



Resúmenes del
XLI Congreso Nacional
de Medicina Interna

21 al 24 de noviembre, 2018
Mérida, Yucatán



Para descargar el suplemento apunte al código QR o ingrese a la siguiente liga:

<http://uqr.to/d019>

www.medicinainterna.org.mx

REVISTA DEL COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DE MÉXICO

RovartalNF[®]

Rosuvastatina

EL NIVEL
IDEAL



- **Estatina** de alta intensidad con **mayor potencia y eficacia Vs atorvastatina**¹⁻⁸
- **RovartalNF** es **superior en el incremento** de HDL con **menos dosis Vs atorvastatina**^{9,10}
- **Mayor reducción** de LDL con el **cambio** de atorvastatina a **RovartalNF**¹¹
- **RovartalNF** le **ofrece a su paciente** una **mejor relación costo beneficio**¹²

Referencias: 1. Jones P.H., Davidson M.H., Stein A.E., et al. Comparison of the Efficacy and Safety of Rosuvastatin Versus Atorvastatin, Simvastatin, and Pravastatin Across Doses (STELLAR[®] Trial). The American Journal of Cardiology 2003; 92: 152-160. 2. Colivochi F., Sternhufvud C., Gandhi S.K. Impact of treatment with rosuvastatin and atorvastatin on cardiovascular outcomes: evidence from the Archimedes-simulated clinical trials. ClinicoEconomics and Outcomes Research. 2015; 7: 555-565. 3. Rehman A. Comparison of Low-Dose Rosuvastatin with Atorvastatin in Lipid-Lowering Efficacy and Safety in a High-Risk Pakistani Cohort: An Open-Label Randomized Trial. Journal of Lipids. 2014; 1-5. 4. Barakat L., Jayyousi A., Bener A., et al. Comparison of Efficacy and Safety of Rosuvastatin, Atorvastatin and Pravastatin among Dyslipidemic Diabetic Patients. ISRN Pharmacology. 2013; 1-7. 5. Chustocka Z. Rosuvastatin the most potent statin yet. Heartwire from Medscape. 2000; 1-2. 6. Yahn C., Chenggong J., Mellin L., et al. Efficacy and safety comparison of different statins in elderly patients. Chin J Cardiol. 2014; 42(11): 910-915. 7. Ogawa H., Matsui K., Saito Y., et al. Differences Between Rosuvastatin and Atorvastatin in Lipid-Lowering Action and Effect on Glucose Metabolism in Japanese Hypercholesterolemic Patients With Concurrent Diabetes. Circulation Journal. 2014; 78: 2512-2515. 8. Scott L.J., Curran M.P., Figgitt D.P. Rosuvastatina, una revisión de su uso en el tratamiento de las dislipidemias. Am J Cardiovasc Drugs. 2004; 4 (2): 117-140. 9. Adams S., Sekhon SS., Wright JM. Lipid-lowering efficacy of rosuvastatin (Review). The Cochrane Collaboration. Published: 2014; 11: 1-260. 10. Ulku M.U., Aygul N., Altunkeser B.B., et al. Comparative effects of high-dose atorvastatin versus moderate-dose rosuvastatin on lipid parameters, oxidized-LDL and inflammatory markers in ST elevation myocardial infarction. Atherosclerosis. 2015; 239: 439-443. 11. Fox K.M., Gandhi S.K., Ohfeldt R.L., et al. Comparison of Low-density Lipoprotein Cholesterol Reduction After Switching Patients on Other Statins to Rosuvastatin or Simvastatin in a Real-world Clinical Practice Setting. The American journal of managed care 2007; 13(10): S270-S275. 12. Precio Máximo al Público Junio/16.

Coriatros® Duo®

Candesartán, Hidroclorotiazida

Para **corazones**
con **alto riesgo**

Combinación de alta eficacia para pacientes hipertensos
de difícil control con alto RCV ¹⁻⁴

- Logra los objetivos en todos los estadios de hipertensión ²
- Reduce la presión arterial con mayor potencia que losartán + HCTZ y olmesartán + HCTZ ⁵⁻⁷
- Mejor relación costo beneficio ⁸



Reg. No. 259M2016 SSA IV

No. de Aviso 163300202C5690 SSA 2016

Referencias: 1. Setiawati A, Pohan T. Safety and Effectiveness of Candesartan and Candesartan/HCT Fixed Dose Combination in Patients with Hypertension. *Acta Medica Indonesiana -The Indonesian Journal of Internal Medicine* 2013; 45(3): 193-201. 2. Bramlage P, Buhck H, Zemmrich C. Candesartan Cilexetil 32 mg/Hydrochlorothiazide 25 mg in Unselected Patients with High or Very High Cardiovascular Risk: Efficacy, Safety, and Metabolic Impact. Springer International Publishing Switzerland 2014; 1-9. 3. Mugellini A, Nieswandt V. Candesartan plus hydrochlorothiazide: an overview of its use and efficacy. *Expert Opin. Pharmacother* 2012;13(18):2699-2709. 4. Melian E. B., Jarvis B. Candesartan Cilexetil plus Hydrochlorothiazide Combination. A Review of its Use in Hypertension. *Drugs* 2002; 62(5): 787-816. 5. Ohman K.P., Milon H., Valnes K. Efficacy and Tolerability of a Combination Tablet of Candesartan Cilexetil and Hydrochlorothiazide in Insufficiently Controlled Primary Hypertension-Comparison with a Combination of Losartan and Hydrochlorothiazide. *Blood Pressure* 2000; 9: 214-220. 6. Koenig W. Comparison of the Efficacy and Tolerability of Combination Tablets Containing Candesartan Cilexetil and Hydrochlorothiazide or Losartan and Hydrochlorothiazide in Patients with Moderate to Severe Hypertension Results of the CARLOS-Study1. *Clin Drug Invest* 2000; 19 (4): 239-246. 7. Scott L. J., McCormack P. L. Olmesartan Medoxomi A Review of its Use in the Management of Hypertension. *Drugs* 2008; 68 (9): 1239-1272. 8. Precio Máximo al Público Junio 2016.



Potencia

ANTIHIPERTENSIVA¹



Presentaciones
 80 mg / 14 y 30 comp.
 160 mg / 14 y 30 comp.
 320 mg / 14 comp.



Presentaciones
 80 / 12.5 mg con 14 y 30 tab.
 160 / 12.5 mg con 14 y 30 comp.
 160 / 25 mg con 14 y 30 comp.
 320 / 12.5 mg con 14 y 30 comp.
 320 / 25 mg con 30 comp.

Para mayor información consulte la información para prescribir del producto
 MATERIAL EXCLUSIVO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

NP4: MX1705647551
 No. Aviso SSA: 173300202C3556



DESCENSO QUE LLEVA AL CONTROL

Presentaciones

5 mg/160 mg con 14 y 28 comp.
 10 mg/160 mg con 14 y 28 comp.
 5 mg/320 mg con 14 y 28 comp.
 10 mg/320 mg con 14 y 28 comp.



Presentaciones

5 mg / 160 mg / 12.5 mg con 14 y 28 comp.
 10 mg / 320 mg / 25 mg con 28 comp.

Para mayor información consulte la información para prescribir del producto
 MATERIAL EXCLUSIVO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

NP4: MX1705648248
 No. Aviso SSA: 173300202C3904



COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DE MÉXICO AC

Consejo Directivo
2018-2019

Presidente

Jorge Alberto Rodríguez García

Vicepresidente

Roberto López Espinosa

Primer Secretario (Secretaría General)

Eva María Perusquía Frías

Segundo Secretario (Actividades Científicas)

Rosalía García Peña

Tesorero

Carlos Reyes Zavala

Primer Vocal (Comunicación Social)

Julio César Dávila Valero

Segundo Vocal (Admisión y Filiales)

Javier Pedraza Chávez

Primer Secretario Suplente

Virginia Hipólita Sánchez Hernández

Protesorero

Ángel González Romero

Segundo Secretario Suplente

Edith Flores Hernández

Primer Vocal Suplente

Alfredo Torres Vilorio

Segundo Vocal Suplente

Karla Erika Rojas Vértiz Contreras

Editor

Manuel Ramiro H.

Coeditores

Asísco de Jesús Villagómez

J. Enrique Cruz Aranda

Consejo Editorial

David Kersenobich

Alberto Lifshitz G.

Adolfo Martínez-Palomo

Victor Hugo Olmedo-Canchola

Guillermo J. Ruiz-Argüelles

José Sifuentes Osornio

Roberto Tapia Conyer

Olga Lidia Vera Lastra

Niels Wachter R.

Comité Editorial Internacional

Jaime Merino (España)

Daniel Sereni (Francia)

Alberto Malliani (Italia)

Cristopher Davidson (Inglaterra)

Enrique Caballero (Estados Unidos)

Estefan Lindgren (Suecia)

Jan Willem Felte (Países Bajos)

Moisés Aurón (EUA)

Marina Y. Duran Castillo (EUA)

COMISIONES ESPECIALES

Comisión de Educación Médica

César Alejandro Arce Salinas

Francisco Rafael Anaya Gómez

Comisión de Ética Médica y Bioética

María del Carmen Cedillo Pérez

María Antonieta Calderón Márquez

Comisión de Peritos y Servicio Social Profesional

Joaquín Zúñiga Madrazo

Eduardo Meneses Sierra

Comisión Editorial

Alberto Lifshitz

José Halabe Ch.

Ricardo Juárez Ocaña

Comisión de Honor y Justicia

Manuel Ramiro Hernández

Comisión de Relaciones Internacionales

Víctor Huggo Córdova Pluma

Haiko Nellen Hummel

Comisión de Investigación

Guadalupe Castro Martínez

Alberto F Rubio Guerra

Comisión de Difusión de la Medicina Interna

Rodolfo de Jesús Palencia Vizcarra



Resúmenes del

XLI

Congreso Nacional de Medicina Interna

21 al 24 de noviembre, 2018
Mérida, Yucatán

La revista **Medicina Interna de México** es el órgano oficial del Colegio de Medicina Interna de México. Revista bimestral. Editor responsable: Enrique Nieto R. Reserva de Título de la Dirección General del Derecho de Autor (SEP) número 04-2008-011713163100-102. Certificado de Licitud de Título número 11967 y Certificado de Licitud de Contenido de la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas (SeGob) número 8375. Autorizada por SEPOMEX como Publicación Periódica. Registro número PP09-1501. Publicación indizada en Periódica (<http://dgb.unam.mx/periodica/html>), en el Directorio de Revistas Latindex (<http://www.latindex.org>), en la Base de Datos Internacional de EBSCO (MediciLatina) y en LILACS.

Publicación realizada, comercializada y distribuida por **EDICIÓN Y FARMACIA, SA de CV**. Domicilio de la publicación: Cerrada de Antonio Maceo 68, colonia Escandón, 11800 Ciudad de México. Teléfono: 5678-2811. E-mail: articulos@nietoeditores.com.mx

El contenido de los artículos firmados es responsabilidad de sus autores. Todos los derechos están reservados de acuerdo con la Convención Latinoamericana y la Convención Internacional de Derechos de Autor. Ninguna parte de esta revista podrá ser reproducida por ningún medio, incluso electrónico, ni traducida a otros idiomas, sin autorización de sus editores. Impresa por Grupo Art Graph, S.A. de C.V., Av. Peñuelas 15-D, Col. San Pedro Peñuelas, Querétaro 76148, Qro., Tel.:(442) 220 8969.

La suscripción de esta revista forma parte de los servicios que el Colegio de Medicina Interna de México otorga a sus agremiados al corriente en el pago de sus cuotas anuales.

www.medicinainterna.org.mx

Italdermol[®] G

Triticum vulgare y Gentamicina

cicatrizante y regenerador

Líder en el mercado

En heridas infectadas que requieran reepitelización
- Rápida y completa formación de tejido de granulación ⁽¹⁾

Triple acción

Cicatrizante, Regeneradora, Antibiótica



Tubo con 10 g



Tubo con 30 g

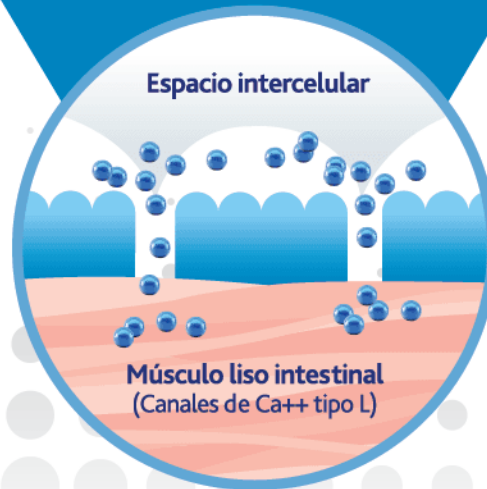
Aplicar 2 veces al día.



Lunarium®

Único Bromuro de Pinaverio
micronizado + Dimeticona.

Mayor penetración
a través de los espacios
intercelulares.¹



- Mayor disponibilidad de B.P*
en micropartículas ($< 20 \mu$).¹
- Mayor bloqueo
de los canales de calcio tipo L.²
- Mayor eficacia clínica
con el mismo perfil
de seguridad.^{2,3,4}



Próximamente
caja con 56 cápsulas





 **Lunarium[®]** 
Bromuro de Pinaverio (Micronizado) / Dimeticona

Italmex
P H A R M A



neocholal-s[®]
Silybum marianum
Silibina-Fosfatidilcolina 

Italmex
P H A R M A

Su eficacia sigue intacta...

- ▶ Considerado el tratamiento de primera línea ⁽¹⁾
- ▶ Mantiene a su paciente libre de crisis ⁽²⁾
- ▶ Control antiepiléptico rápido y duradero ⁽³⁾

El estándar
de oro en
epilepsia



Italmex
P H A R M A



fenidantoin-S®
fenitoína sódica

CONTENIDO

- S1 0002** Endocrinología. **Crisis hipercalcémica como manifestación inicial de hipertiroidismo por bocio endémico en la Sierra Norte de Puebla, e hiperparatiroidismo primario simultáneo, a propósito de un caso**
Arbeu Marlene, Valdín Tania Isabel, Rodríguez Enrique Iván, Treviño Francisco, Montiel José Sabino, Hernández Jesica Mariana
- S1 0003** Endocrinología. **Biopsia por aspiración con aguja fina de nódulo tiroideo. Una serie de casos, Servicio de Medicina Interna, HGZMF 1 Dr. Abraham Azar Farah, IMSS Campeche**
Reséndiz Lidia Guadalupe, Zapata Juan Pablo, Romero Luis Enrique
- S2 0004** Hematología. **Vasculitis cutánea leucocitoclástica como manifestación de presentación en leucemia linfoblástica aguda. Reporte de caso**
Mendoza Luis Angel
- S3 0005** Infectología. **Actividad antifúngica de sertralina contra hongos de importancia clínica de difícil tratamiento**
Espinosa Jaime Eugenio, Treviño Rogelio de Jesús, Martínez Michel Fernando, Nández Homero, González Gloria, Villanueva Hiram
- S4 0006** Dermatología. **Prevalencia de onicomosis en extremidades inferiores en población con enfermedades crónico-degenerativas**
Ulgalde Nora Ximena, Villarreal Enrique, Ferral Julio Gil, Uglade María Fernanda
- S5 0007** Nefrología. **Impacto de la inflamación microvascular mínima (PTG+G=1) en biopsias por disfunción postrasplante**
Haro Fabian Alejandro, Arreola José Manuel, Macías Dulce María
- S6 0008** Oncología. **Coriocarcinoma metastásico a mano: reporte de un caso y revisión de la literatura**
Montiel José Sabino, Montiel Gabino, Arbeu Marlene, López Lidia
- S7 0009** Reumatología. **Trasplante autólogo de células hematopoyéticas en pacientes con esclerosis sistémica refractaria. Reporte de caso**
Delgado Selene Maribel, Ramos Azucena, Grajeda Daniel Octavio, Gómez Juan Pablo, Cabrales Humberto Amadeo
- S8 0011** Hematología. **Hemofilia adquirida en un paciente con psoriasis. Reporte de un caso**
Pacchiano Lillana, García María Cintya, Tapia Nadia Guadalupe
- S8 0012** Infectología. **Lumbalgia por brucelosis**
Cervantes Ricardo Guadalupe, Osua Paul, Figueroa Martin Luis
- S9 0013** Infectología. **Síndrome de reconstitución inmune asociado a sarcoma de Kaposi: una entidad poco frecuente y de alta mortalidad. Reporte de caso**
Espinosa Jaime Eugenio, Aguirre Gloria Mayela, Ramírez María Teresa, González Adriana, Figueroa Gabriel
- S10 0014** Infectología. **Remisión terapéutica de neumonía adquirida en la comunidad por *Rothia mucilaginosa* en adulto con fibrosis pulmonar idiopática**
Secchi Nikos Christo, Peña Miguel, Ramírez Antonio, Vichido Abraham
- S11 0015** Gastroenterología. **Asociación de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) en pacientes con neurofibromatosis tipo I (NF 1)**
Gutiérrez María Teresa, Martínez Yazmín, Andrade Berenice, Banderas Diana, Ortega Norma
- S11 0016** Hematología. **Leucemia granulocítica crónica con transformación blástica hacia una leucemia mieloide aguda mielomonocítica**
Luna Rocio, García Claudia, Antonio Iván
- S12 0018** Hematología. **Síndrome hemolítico urémico mediado por complemento**
Gomez Eliezer Tomas, Cruz Ana Victoria, Casillas Francisco
- S13 0019** Reumatología. **Presentación atípica de lupus eritematoso sistémico en hombre joven con síndrome nefrótico**
Cabrales Humberto Amadeo, Delgado Selene Maribel
- S14 0020** Hematología. **Linfoma de Burkitt en un paciente adulto sin inmunocompromiso**
Díaz Juan Daniel, Fuentes Abel, Chávez Enrique, Morales Ana Lilia
- S15 0021** Gastroenterología. **Asociación de fibrosis y esteatosis hepática en pacientes con hepatitis crónica por virus C determinados por elastografía transitoria y medición del parámetro de atenuación controlada**
Guerrero Cynthia Fernanda, Ramírez Lizeth Carolina, Galindo Martha Alicia, Cimé Erik Antonio, Del Real Carlos Manuel, Rizo María Teresa
- S16 0022** Hematología. **Linfoma plasmablastico con coinfección por virus de Epstein Barr y herpes virus humano 8**
Díaz Juan Daniel, Venzor Juan Pablo, Hopf Karen, Díaz Karla Valeria
- S17 0023** Reumatología. **Trombosis del seno venoso superior como presentación de síndrome de**

Definición de la **Eyaculación Precoz** basada en la evidencia científica de la Sociedad Internacional de Medicina Sexual:¹



Priligy[®]
Dapoxetina

Primer fármaco oral desarrollado específicamente para el tratamiento de la **Eyaculación Precoz**¹

Para una **mayor satisfacción en la relación de pareja**¹

● **Posología.**³

Dosis inicial: 30 mg, administrados de 1 a 3 horas antes de la actividad sexual.

- Se puede aumentar la dosis hasta 60 mg.
- 1 tableta con un vaso de agua.



MENARINI
MÉXICO

Código QR, IPP Priligy



BIBLIOGRAFIA: 1.- Wespes E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Hatzmouratzi K, Moncada I, Salonia A, Vardi A. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. European Association of Urology, 2013. Disponible on line en: http://www.uroweb.org/gis/pdf/14_Male%20Sexual%20Dysfunction_LR.pdf consultado el 27 de enero de 2014. 2.- Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. Eur Urol. 2007;51(3):816-24. 3.- IPP- A Priligy clave 183300415N0105. Aviso de promoción SSA: 183300202C6215. Reg. No. 132M2009 SSA IV

<http://uqr.to/ckmr>



- sobreposición entre artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico (rhusus)**
Santoyo Jesus Alberto, Diaz Rodolfo
- S18 0024 Neurología. Síndrome de plaquetas pegajosas: una causa poco conocida de trombofilia**
Diaz Juan Daniel, Venzor Juan Pablo, Zapata Andrés Felipe, Sierra Estefanía, Flores Fernando Daniel
- S19 0025 Nefrología. Anticuerpos anti-receptor tipo M de fosfolipasa A2 en el diagnóstico de la glomerulonefritis membranosa primaria**
Díaz Juan Daniel, Díaz Karla Valeria, Niño José Antonio, Correa José Ricardo
- S20 0026 Reumatología. Mielosupersión por metotrexato en artritis reumatoide**
Cabrales Humberto Amadeo, Delgado Selene Maribel
- S21 0027 Reumatología. Presentación de dermatomiositis con anticuerpos negativos con prueba terapéutica positiva**
Cabrales Humberto Amadeo, Delgado Selene Maribel
- S22 0028 Hematología. Enfermedad de Wegener en paciente masculino de 59 años**
Torres Belem, Mendoza Marino, Tiempo Fabiola Guadalupe, Ramírez Raul, Arana Julio Cesar
- S23 0030 Nefrología. Glomerulonefritis postrasplante: estudio de cohorte comparativo**
Díaz Juan Daniel, Cano José, Morales Luis, Rosado Rodrigo
- S24 0033 Gastroenterología. Esofagitis eosinofílica, una entidad poco común pero de gran relevancia clínica**
Rivera Cesar, González Jocelyn Raquel, Duran Cristina, Barra Dania Pamela, Quiroz José Carlos
- S25 0034 Nefrología. Cambios en el patrón del ultrafiltrado en pacientes con peritonitis en diálisis peritoneal ambulatoria**
Rivera Cesar, González Jocelyn Raquel, Mercado Victor Armando, Monera Fernando, Reyes Tamara
- S26 0035 Oncología. Feocromocitoma: reto diagnóstico**
Solís Rubén, Rivera Emmanuel
- S27 0036 Hematología. Púrpura trombótica trombocitopénica por deficiencia adquirida de ADAMTS 13**
Solís Rubén, Quiñones Aileve, Pérez Óscar de Jesús
- S27 0037 Gastroenterología. Diagnóstico precoz de un adenocarcinoma del ampulla de vater**
González Jocelyn Raquel, Rivera Cesar, Ramirez Rodolfo, Reyes Tamara
- S28 0038 Endocrinología Crisis hiperparatiroidea secundaria a adenoma paratiroideo gigante: reporte de caso**
Espinosa Ana Isabel, Juárez Paulina, De la Maza Salvador, Gudiño Pedro, Ortiz Mariana, Ruiz Ivette Yolanda
- S29 0039 Infectología. Aspergilosis y tuberculosis pulmonar en paciente inmunosuprimido**
De la Maza Salvador, Espinosa Ana Isabel, Juárez Paulina, Patlán Hazel Ali, Ortiz Arturo
- S29 0040 Reumatología Síndrome de pulmón encogido en lupus eritematoso sistémico; reporte de caso**
Villaseñor Célida, Rivas Rommel Jesús
- S30 0041 Neurología. Macrocitosis sin anemia asociada a déficit de vitamina B12, presentación de un caso atípico**
Petarra Stefania, Ramírez Clotilde Guadalupe, Íñiguez Héctor, Castellanos Mistral, Medina Eloy
- S30 0042 Oncología. Estratificación de riesgo en neutropenia febril posterior a aplicación de quimioterapia en un paciente con tumor sólido: neuroblastoma**
Castellanos Mistral
- S31 0043 Hematología. Leucemia aguda bilineal: presentación de un caso y revisión de literatura**
Gomez Juan Pablo, Osorno Karen Lorena, Delgado Selene Maribel, Pacheco Martin Jacobo, Sotomayor Guillermo
- S32 0044 Gastroenterología. Factores pronósticos asociados a supervivencia en pacientes con diagnóstico de colangitis biliar primaria del Hospital Juárez de México**
Llorente Alberto, Robledo Juio Cesar, Barraza Diego Armando, Ramos Gustavo Adolfo, Zamarripa Felipe
- S32 0046 Endocrinología Hiperparatiroidismo primario secundario a adenoma paratiroideo. Reporte de un caso**
Fandiño Marcela Catalina, Cruz Roxana Azalea
- S33 0047 Gastroenterología. Amiloidosis gastrointestinal, enmascarada por un síndrome diarreico inespecífico. Reporte de un caso**
Llorente Alberto, Zamarripa Felipe, Barraza Diego Armando, Robledo Julio Cesar, Ramos Gustavo Adolfo, Duran Cristina, Rivera Cesar, González Jocelyn Raquel
- S34 0048 Oncología. Síndrome de lisis tumoral secundario a tumor sólido sin tratamiento. Reporte de un caso**
Ferrer Guadalupe, Ñamenlys Silvio Antonio, Barajas Cintya, Rivera Cesar, González Raquel Jocelyn, Luna Angel Ivan, Marquez Cintia Monica
- S34 0049 Infectología. Comamonas testosteroni: una bacteria inusual asociada a neumonía adquirida en la comunidad**
Espinosa Maryjose Daniela, Leon Alejandra Elizabeth, Sánchez Tania Alejandra, Velazquez Karen Esmeralda
- S35 0050 Gastroenterología. Ancho de distribución eritrocitario como marcador de mortalidad y reintegro hospitalario en pacientes con cirrosis hepática descompensada del Hospital Juárez de México**
Barraza Diego Armando, Llorente Alberto, Ramos Gustavo Adolfo, Rivera Cesar
- S36 0051 Otros. Lesión pulmonar aguda producida por transfusión (TRALI) en una paciente con síndrome de HELLP, hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos de HGZGMF1 Dr. Abraham Azar Farah, IMSS Campeche**
Reséndiz Lidia Guadalupe, Zapata Juan Pablo
- S37 0052 Hematología. Pancitopenia como manifestación inicial de anemia perniciososa**
Cisneros Ivonne Giselle
- S37 0053 Infectología. Neumonía atípica grave por Lophomonas sp**



- Muñoa Eduardo Daniel, Morales Alexei Humberto, Pérez Mitzel Del Carmen, García Iveth Eunice, García Francisci Isai, Corona Karem Joselyn
- S38 0055** Gastroenterología. **El significado de los autoanticuerpos en la colangitis biliar primaria y su utilidad clínica. Reporte de un caso**
Pérez Luis Alberto, Scharrer Susana
- S38 0057** Cardiología. **Hipertensión pulmonar primaria como causa de disnea en un hombre joven**
Pérez Diana Alejandra, Mondaca Jorge Eduardo
- S39 0058** Reumatología. **Derrame pericardico como manifestación de síndrome de Sjogren**
Pérez Diana Alejandra, Ramírez María Guadalupe
- S40 0059** Cardiología. **Asociación de niveles de homocisteína, arterias coronarias con enfermedad aterosclerótica, niveles de colesterol en pacientes con síndrome coronario agudo en población derechohabiente del Centro Médico Issemym Toluca**
Jiménez Sergio, Herrera Irais, Hernández Marco A, Suárez Rodrigo
- S40 0061** Cardiología. **Dolor anginoso secundario a uso de ergotamina**
Ortega María José, Zarate Larissa Margarita, Diaz Enrique, Rodríguez Federico
- S41 0062** Gastroenterología. **Relacion de la cistatina C con el filtrado glomerular valorado por CKD-EPI y MDRD en pacientes con insuficiencia hepática crónica descompensada secundaria a etilismo**
Hernández Daniela, García Victor Hugo, Huerta Saúl, Becerra Ernesto, Zamora Laura Elena, Arista Nayeli Xendali, Sánchez César, Garro Ana Karen
- S41 0063** Nefrología. **Hemorragia talámica secundaria a hipertensión renovascular por riñón pélvico**
Aquino Jorge Eduardo, Díaz Marco Antonio, García Jesús Ricardo, Pineda María Fernanda
- S42 0064** Cardiología. **Síndrome de Tako-Tsubo. Primer caso reportado en el Hospital Universitario de Puebla**
Borges Jesús Samuel, Villegas María Soledad Beatriz
- S43 0065** Infectología. **Infección por Mycobacterium intracellulare multidrogoresistente en paciente con VIH**
García Iveth Eunice, Muñoa Eduardo Daniel, Pérez Aldo Alfredo, García Francisco Isai, Rodríguez Benigno Emmanuel
- S43 0066** Endocrinología. **Insulinoma como causa de crisis convulsivas en un paciente joven**
Briseño Ozzel Emmanuel
- S44 0067** Neurología. **Meningoencefalitis herpética en el tercer trimestre de gestación: reporte de caso**
Espinosa Ana Isabel, Ortiz Mariana, De la Maza Salvador, Juárez Paulina, Hernández Ana Karen, Alvarado José Alfredo
- S45 0068** Gastroenterología. **Estenosis esofágica por ingestión de cáusticos**
Aquino Jorge Eduardo, Díaz Marco Antonio, Ruffino Yulia, García Jesús Ricardo, Pineda María Fernanda
- S46 0069** Reumatología. **Asociación de dolor abdominal en pacientes con poliangeitis microscópica debido a lesión vascular intestinal. Reporte de un caso**
Medina Paulina
- S47 0070** Cardiología. **Angioplastia coronaria percutánea en mujer nonagenaria: reporte de un caso**
Cano Lilian Guadalupe, Jimenez Diego Francisco
- S48 0071** Reumatología. **Anemia hemolítica como manifestación inicial de lupus eritematoso**
Gomez Eliezer Tomas, Grageda Daniel Octavio, Mercado Jaime
- S48 0072** Hematología. **Abordaje diagnóstico en paciente con síndrome hipereosinofílico idiopático**
Osorio Jorge Rafael, García Carlos Alberto, Gayosso Julieta Laura
- S49 0075** Gastroenterología. **Isquemia generalizada asociada a terlipresina**
Revuelta Luis Alberto, Gutiérrez Jennifer, Jasso Juan Carlos
- S50 0076** Reumatología. **Detección de resistencia a la insulina evaluada por el índice metabólico Quantose-IR en pacientes con lupus eritematoso sistémico, del Servicio de Reumatología de la UMAE, CMN Manuel Ávila Camacho, IMSS Puebla**
Pamela Soto Santillán, Mario García Carrasco, Claudia Mendoza Pinto, Pamela Munguía Realpozo, Socorro Mendez Martinez, Alejandro Ruiz Arguelles
- S51 0077** Misceláneos. **Pseudotumor inflamatorio pulmonar, en una paciente con enfermedad renal crónica en hemodialisis, hospitalizada en HGZMF 1 Dr. Abraham Azar Farah IMSS Campeche**
Reséndiz Lidia Guadalupe, Tzec Ricardo Martin, Rosado Rodrigo, Zapata Juan Pablo, Romero Luis Enrique
- S52 0078** Hematología. **Hemofilia adquirida en paciente masculino de 82 años**
Torres Belem, Mendoza Marino, Ramírez Raul, Arana Julio Cesar
- S53 0079** Gastroenterología. **Hepatitis fulminante por virus de Epstein Barr**
Cano Francisco, Garza Felipe, Rendon Erik Joel
- S54 0080** Cardiología. **Evento vascular cerebral causado por mixoma cardiaco gigante**
Garza Felipe, Cano Francisco, Benavides Mario Alberto
- S54 0081** Infectología. **Osteomielitis secundaria a Pasteurella canis, a propósito de un caso**
Santiago Héctor Lennin, Valente Benjamín, Alonso María Teresa, Moreno Francisco, Abascal Lucía
- S55 0083** Hematología. **Deterioro rostrocaudal en paciente con neoplasia hematológica**
De la Maza Salvador, Espinosa Ana Isabel, Juárez Paulina, Patlán Hazel Ali
- S56 0084** Infectología. **Linfoma de Burkitt como presentación de síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológica (SIRI) en paciente con infección por VIH. Presentación de caso**
Fuentes María Fernanda, Ahumada Victor Hugo, Lozano Victor Hugo, Peralta Amy Bethel



- S56 **0085** Gastroenterología. **Correlación de los índices serológicos (IFM, APRI, BARD y FIB-4) para el diagnóstico de fibrosis con la elastografía hepática por ARFI en una cohorte de pacientes con enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA)**
Del Cueto Angel Noe, Wah Martín Iván, Jiménez Alan Rafael, Guillén Cinthia Yaneth, García Diego, Rodríguez René, Nañez Homero
- S57 **0086** Neurología. **Síndrome de Tolosa-Hunt: reporte de caso**
Lendo Arcenio Alfonso, Luna Alejandro, Cuervo Juan Jesus
- S58 **0087** Oncología. **Hemorragia de tubo digestivo alto de origen variceal como primera manifestación de hepatocarcinoma fibrolamelar en una mujer de 35 años de edad**
Morales Rodrigo Israel, Cantillo Erlis Estrella, Hernández Osvaldo, Garibay Julio Cesar, García Ana Ivette
- S59 **0088** Infectología. **Índice neutrófilo linfocito como predictor de morbilidad en neumonía por influenza**
Zamora Laura Elena, Hernandez Daniela, Arista Nayeli Xendali, Sánchez César, Lozano José Juan, Mendoza Elizabeth, Benitez Daniel R, Rubio Alberto Francisco
- S59 **0089** Endocrinología. **Agranulocitosis secundaria a uso de tionamidas en paciente con enfermedad de Graves Basedown. Una rara complicación**
Sánchez Oswaldo Augusto, Esquivel Alejandra, Aguilar Iván Hiram, Salgado Eduardo
- S60 **0090** Reumatología. **Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (síndrome de Churg Strauss) con presentación clínica de síndrome de Guillain Barré**
Amaya Luis Enrique, Amores Carlos Alberto, Cornelio Ramon Dario, Gabriel José, Jimenez José Omar
- S61 **0091** Hematología. **Leucemia megacarioblástica aguda, una presentación inusual de pronóstico desfavorable**
Paez Camilo Andres, García Claudia, Flores José Alberto
- S62 **0092** Infectología. **BNP como marcador de severidad y pronóstico en pacientes con sepsis y choque séptico del Hospital General de México**
Mendez Andrea Isabel, Avila Anabel, Zapata Rogelio
- S62 **0093** Reumatología. **Poliangitis granulomatosa**
Chávez Luis Enrique
- S63 **0094** Endocrinología. **Prevalencia de síndrome metabólico y diferencia entre criterios armonizados y ATPIIIa en pacientes atendidos en un hospital del noreste de México**
Ibarra Jesús Arturo, Uribe Miguel, Cortés Alejandro, Valladares Yadira, Morales Freddy, Flores Ulises, Mortera Luisa Isabel
- S64 **0095** Infectología. **Criptococosis diseminada en paciente con infección de virus de inmunodeficiencia humana**
Alvarado José Alfredo, Ortiz Mariana, Ruiz Ivette Yolanda, Martínez Hugo Alberto, Gomez Dayana, Villegas Juan Manuel
- S65 **0096** Infectología. **Mielitis transversa longitudinal extensa por *Mycobacterium tuberculosis***
Alvarado Alfredo, Espinoza Ana Isabel, Sandoval Rosa Martha, Ruiz Ivette Yolanda, Martínez Hugo Alberto, Aviles Lesly Rocio de Jesus
- S66 **0097** Gastroenterología. **Trombosis esplenoportal como manifestación inicial de sepsis abdominal en paciente adulto**
Arteaga Eduardo Ismael, Cruz Itzel, Rosas Manuel Alberto
- S66 **0098** Cardiología. **Infarto agudo del miocardio sin elevación del segmento ST secundario a puente muscular en paciente joven sin factores de riesgo cardiovascular**
Arteaga Eduardo Ismael, Quirino Luis Fernando, Yado José Alberto Damaso
- S67 **0099** Neurología. **Hematoma subdural espontáneo, patología poco frecuente pero con tratamiento urgente**
Ezquerro Alejandro, Sánchez Alicia, Prado Pamela, Gómez Julieta, Villalón Jorge
- S68 **0100** Dermatología. **Dermatomiositis paraneoplásica como manifestación de carcinoma pulmonar de células pequeñas: reporte de caso y revisión de la bibliografía**
Medina Laura, Bolaños Marco, Estrada Lorena, Barreda Lucero
- S69 **0101** Dermatología. **Incremento del riesgo de toxicidad mucocutánea y hematológica por el uso de metotrexate a dosis bajas asociado a AINE's: reporte de un caso y revisión de la literatura**
Medina Laura, Bolaños Marco, Estrada Lorena, Ramos Guillermo
- S70 **0102** Infectología. ***Streptococcus pseudoporcinus*, causa de endocarditis subaguda valvular aórtica de presentación atípica en mujer joven con fiebre de origen desconocido: reporte de caso**
Delgadillo Daniel Alberto, Palencia Rodolfo de Jesús, Galindo Miguel Ángel, Aguilar Sergio, Jasso Priscilla Elizabeth, García Cristian Humberto
- S70 **0103** Infectología. **Tuberculosis diseminada y bola fungosa por *Coccidioides* spp en paciente con VIH/ SIDA**
Carrillo Jorge, Patlan Ali Hazel, Araujo Javier, Abonce Karen Selene
- S71 **0104** Misceláneos. **Síndrome de bolsa de orina púrpura. Reporte de caso**
Martínez Andrea
- S71 **0105** Endocrinología. **Parálisis periódica tirotóxica como presentación de hipertiroidismo y diagnósticos diferenciales de hipokalemia**
Ortega Nayely Yair
- S73 **0106** Infectología. **Infección severa por *C. difficile* como presentación inicial de CUCI**
Manuel Luis Rey, Pérez Eduardo, Pelayo Jaime, Romero Perla Mariana, Muñoz Gabriela, Pedraza Hector Cristobal, Flores Lucia



- S73 **0107** Dermatología. **Micosis fungoide: una gran simuladora**
Medina Laura, Guevara Esther, Cruz Mercedes, Lascari Moisés
- S74 **0109** Oncología. **Determinación de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo asociado a uso de trastuzumab en pacientes con cáncer de mama con sobreexpresión de HER2 (receptor de crecimiento epidérmico tipo 2)**
Rodríguez Benigno Emmanuel, Pérez Aldo Alfredo, García Iveth Eunice, García Francisco Isai
- S75 **0110** Infectología. **Miositis infecciosa de repetición en paciente con síndrome mielodisplásico. Probable alteración de la inmunidad celular**
Sánchez Oswaldo Augusto, Santoyo Dennis Lizeth, Esquivel Alejandra, Aguilar Iván Hirám, Salgado Eduardo
- S76 **0111** Otros. **Hematoma retroperitoneal secundario a uso de anticoagulantes en paciente con enfermedad renal crónica posterior a cateterismo cardíaco**
Martínez Ediel, Borges Jesús Samuel, Pondigo Jorge Alberto
- S77 **0112** Otros. **Caracterización de los pacientes con enfermedad de Fabry en tratamiento con agalsidasa alfa en comparación con agalsidasa beta**
Carreño Paulina, Pineda Luis Francisco
- S77 **0113** Cardiología. **Paciente joven con edema agudo pulmonar posterior a laparoscopia**
García Juan Salvador, Cernas María Elena
- S78 **0114** Endocrinología. **Presentación clínica atípica de insulinoma. Abordaje diagnóstico y reporte de un caso**
Prado Carlos Gerardo, Del Río Antonio Felipe, González Julia Aurora, Ornelas Nardia Isabel, Garay Jorge Alberto
- S79 **0115** Endocrinología. **Presentación de un caso de osteítis fibrosa quística por hiperparatiroidismo primario**
Murillo Alberto, García Aldo Ivan, Escobedo Yanei Taatení
- S79 **0116** Cardiología. **Anomalía de Ebstein y embarazo: presentación de un caso**
Carrizales Edgar Francisco, De la Cruz Olga Norali, Flores Ana Cristina, Pérez Sandra Itzel, Vera Raymundo, Flores Ramiro, Nañez Homero
- S80 **0117** Cardiología. **Anomalía de Ebstein: presentación de un caso**
Carrizales Edgar Francisco, De la Cruz Olga Norali, Flores Ana Cristina, Pérez Sandra Itzel, Vera Raymundo, Flores Ramiro, Nañez Homero
- S80 **0118** Oncología. **Cáncer de páncreas en el embarazo: presentación de un caso**
Silva Sergio Renato, Avalos Javier Miguel, Suastegui Juan Alberto, Astudillo Dulce María, Gaspard Annette Valerie
- S81 **0119** Dermatología. **Sarcoma de Kaposi en paciente con VIH, un cáncer clínicamente evidente, potencialmente curable, aunque en ocasiones histológicamente inespecífico**
González Jocelyn Raquel, Rivera Cesar, Martínez María Fernanda, Zenteno Edia, Santana Nestor Ricardo, Hernández Alejandro
- S82 **0120** Endocrinología. **Cateterismo de venas adrenales como parte del abordaje diagnóstico de hiperaldosteronismo primario**
Ornelas Nardia Isabel, Del Río Antonio Felipe, González Julia Aurora, Prado Carlos Gerardo, Garay Jorge Alberto
- S82 **0121** Infectología. **Caso de aspergilosis invasiva en paciente neutropénico grave, un reto diagnóstico y terapéutico para nuestro medio hospitalario**
González Jocelyn Raquel, Rivera Cesar, Reyes Tamara, Ferrer Guadalupe, Barra Dania Pamela
- S83 **0122** Reumatología. **Lipodistrofia adquirida parcial en relación a lupus profundus**
Llovera Karina Ivette, Villarreal Arturo
- S84 **0123** Gastroenterología. **Diagnóstico temprano del adenocarcinoma de cabeza de páncreas, crucial para el pronóstico del paciente**
Rivera Cesar, González Jocelyn Raquel, Zamarripa Felipe, Llórente Alberto, Duran Cristina, Reyes Tamara
- S84 **0124** Reumatología. **Enfermedad mixta del tejido conectivo. Reporte de un caso**
Peña Gonzalo Alejandro, Gómez Ernesto, Ortiz Teresa de Jesús, García María Okairy, Torres Jairo
- S85 **0126** Dermatología. **Herpes zoster diseminado asociado a diabetes mellitus tipo 2 y uso de esteroides: a propósito de un caso**
Martínez Cortés Dapne, Pérez Rojas Diego Olin, Hernández Salcedo Daniel, Valencia López Raul
- S86 **0127** Nefrología. **Frecuencia de la lesión renal aguda asociada al embarazo y puerperio en el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez**
Reyes Tamara, González Jocelyn Raquel, Rivera Cesar
- S87 **0128** Cardiología. **Deformación longitudinal global medida por ecocardiografía en pacientes con pancreatitis aguda**
Vera Raymundo, Carrizales Edgar Francisco, De la Cruz Olga Norali, Pacheco Adan, Flores Ramiro, Ordaz Alejandro
- S88 **0129** Endocrinología. **Síndrome de insensibilidad completo a andrógenos. Reporte de un caso**
Garay Jorge Alberto, Del Río Antonio Felipe, González Julia Aurora, Ornelas Nardia Isabel, Prado Carlos Gerardo
- S88 **0130** Infectología. **Síndrome de reconstitución inmunológica asociado *Mycobacterium avium* y coinfección por *Salmonella enterica*, subsp. *Enterica* serotipo stanley**
García Miguel Alexis, Torres Juan Adrián, Salazar Karina Daniela, Sánchez María José, Rodríguez Juan Carlos, Hernández Pedro
- S89 **0131** Dermatología. **Pustulosis exantemática generalizada aguda inducida por terbinafina. Reporte de caso del servicio de medicina interna del Hospital Juárez de México**



- Guerrero Diana Valeria, Castro Senyasen Sairí, De los Santos Julio Alfonso
- S90 0132** Infectología. **Infección por *Acinetobacter* y su impacto en un hospital de segundo nivel**
Arista Nayeli Xendali, Lozano José Juan, García Victor Hugo, Narvaez Jorge Luis, Ramírez María Leslye, Hernandez Daniela, Zamora Laura Elena, Sánchez Cesar, Garro Ana Karen
- S91 0133** Reumatología. **Lupus eritematoso sistémico concomitante con colitis ulcerosa crónica inespecífica asociada a infección por citomegalovirus. presentación de un caso**
Aguilera Dulce Nohemí, Damián Gustavo Netzahualcóyotl, Sánchez Ma. de Lourdes, Pérez Eduardo, Marín Héctor, Salas Jesús Emmanuel
- S92 0134** Endocrinología. **Relación entre el índice AST/ALT y síndrome metabólico en pacientes atendidos en un Hospital de Monterrey, México**
Ibarra Jesús Arturo, Cortés Alejandro, Uribe Miguel, Flores Ulises, Moreno Juan Pablo, Morales Freddy, Mortera Luisa Isabel
- S92 0135** Hematología. **Enfermedad de Rosai Dorfman con afeción extranodal (manifestaciones intratorácicas) y anemia hemolítica. Reporte de un caso**
García Claudia, Paez Camilo Andres, Ramírez Ana Lirio, Schettino Mariel Veronica, Moreira Carolina, Camacho Jessyca Ivonne, Luna Rocio
- S93 0136** Hematología. **Síndrome de Evans secundario a linfoma no Hodgkin hepático. Reporte de un caso**
García Claudia, Paez Camilo Andres, Ramírez Ana Lirio, Camacho Jessyca Ivonne, Moreira Carolina
- S94 0137** Hematología. **Linfadenitis histiocítica necrotizante no linfocítica (enfermedad de Kikuchi) reporte de un caso**
Navarro Edgar Felipe, García Claudia, Ramírez Ana Lirio, Schettino Mariel Veronica, Luna Rocio
- S94 0139** Infectología. **Mucormicosis rinoorbitocerebral en paciente con diabetes mellitus. Reporte de caso**
Godos Yesenia Saharai, López Alin Cristela, Fernandez Joaquín Hernan
- S95 0142** Hematología. **Amiloidosis de cadenas ligeras. Un caso poco frecuente**
Hurtado Jorge, Espinoza María Lucero, García Rivas Daniel, Robles Manuel, Barón Claudia
- S96 0143** Otros. **Deficiencia de fructosa 1-6 bifosfatasa una enfermedad rara de la gluconeogénesis**
Hurtado Jorge, Espinoza María Lucero, García Rivas Daniel, Olvera Arturo
- S97 0145** Reumatología. **Lupus eritematoso sistémico y dermatomiositis una asociación inusual**
Hurtado Jorge, Espinoza María Lucero, García Rivas Daniel, Briceño Fernando
- S97 0147** Hematología. **Síndrome mielodisplásico en paciente joven**
Espinoza María Lucero, Hurtado Jorge, García Rivas Daniel, Peralta Ana Lilia
- S98 0148** Reumatología. **Síndrome antisintetasa. Reporte de caso**
Cruz Nydia Karen, Cimé Erik Antonio, Hernández Zenia Irais
- S99 0149** Hematología. **Trombocitopenia como manifestación inicial de mieloma latente**
Martínez Zinia Fernanda, Batún José Antonio de Jesús, Mejía Juan Carlos
- S100 0150** Reumatología. **Miopatías inflamatorias autoinmunes. Serie de casos con cuadro clínico atípico y serología negativa**
Fuentes María Fernanda, Mendoza Aleyda Berenice, Infante Hector, Quiroz José Carlos
- S100 0152** Hematología. **Reacciones adversas perinfusionales con el uso de rituximab en un hospital de tercer nivel**
Gamboa Carmen Magdalena, Aguirre Gloria Mayela, Gamboa Augusto Andrés, Purón Emma
- S101 0153** Cardiología. **La IRA como factor asociado al síndrome coronario agudo de tipo infarto agudo del miocardio con o sin elevación del segmento ST**
Sánchez César, Arista Nayeli Xendali, Hernandez Daniela, Zamora Laura Elena, Elizalde César Ivan, Melchor Alberto, Rubio Alberto Francisco, Garro Ana Karen, Huerta Saul
- S102 0154** Infectología. **Radioopacidad circular como presentación inicial de neumonía por *Pneumocystis jirovecii* en un paciente inmunocomprometido**
Jiménez Raúl Alberto, Teresa Lucía, Vera Raymundo, Carrizales Edgar, García Gisela, Corpus Dulce Georgina, González Julio Edgardo
- S102 0155** Gastroenterología. **Reporte de paciente con neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas**
Rivera Cesar, González Jocelyn Raquel, Duran Cristina, Llórente Alberto, Barraza Diego Armando, Ramos Gustavo Adolfo
- S103 0156** Infectología. **Síndrome hemofagocítico inducido por citomegalovirus como presentación de fiebre de origen desconocido en paciente con VIH**
Anda Juan Carlos, Narvaez Uriel
- S104 0157** Cardiología. **La grasa epicárdica, pero no la grasa intraabdominal, correlaciona con el grosor íntima media en pacientes con síndrome metabólico**
Rubio Alberto Francisco, Guerrero Carolina, Benitez Daniel Rabindranath, Maceda Alberto, Meneses Ivan, Vargas Germán, Narvaez Jorge Luis
- S105 0158** Hematología. **Síndrome colestásico como forma de presentación de linfoma difuso de células B: reporte de un caso**
Solis José Gabriel, Cornelio Ramon Dario, Amores Carlos Alberto, Jimenez José Omar, Ayala Ismael
- S106 0159** Infectología. **Leucemia linfoblástica aguda en paciente con infección por VIH B2. Reporte de un caso**
Canche Doris Licely, Duran Jaime Jesus, Sánchez Juan Manuel, Morales Javier de Jesús
- S106 0160** Dermatología. **Argiria cutánea sistémica asociada a carboplatino**
Crystal Elisa, Olea Estefania Guadalupe, Barrera Miriam, Valencia Raúl, Hernández Daniel Ramón



- S107 0161** Infectología. **Evento cerebral vascular isquémico secundario a un émbolo séptico en un paciente con mucormicosis rino-orbitaria: reporte de un caso en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán**
Zapata Adriana, Sanchez Diego Enrique
- S108 0163** Toxicología. **Caracterización clínica y epidemiológica de intoxicación por paraquat entre el 01 de enero de 2012 al 23 de noviembre del 2017**
Zamora Adriana, Navarro Edgar Felipe
- S108 0164** Nefrología. **Síndrome nefrótico por amiloidosis al asociado a gammapatía monoclonal de cadenas ligeras lambda**
Olea Estefanía Guadalupe, Sánchez Elisa Crystal, Barrera Miriam, Hernández Daniel Ramón, Valencia Raúl, Luque Alejandro, Aceves Gabriel
- S109 0165** Infectología. **Neuropatía craneal múltiple secundario a infección por citomegalovirus**
Navarro Edgar Felipe, Martinezescanname Carlos
- S109 0166** Cardiología. **Gradiente de presión de pulso post y pre valsava como marcador de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, correlación con péptido natriurético cerebral y fracción de eyección de ventrículo izquierdo**
Vergara Fernando Ivan, Garrido José Ricardo, Palacos Elizabeth, Hernandez Miriam Marcela, Arista Nayeli Xendali, Hernandez Daniela, Ramírez María Leslie
- S110 0167** Oncología. **Síndrome de motoneurona superior debido a metástasis cerebrales como manifestación primaria de un carcinoma de células renales. Reporte de caso y revisión de la literatura**
Leyva Heriberto, Salazar Gina Daniela, Barco Yolanda
- S110 0168** Nefrología. **Síndrome pulmón-riñón. Un reporte de caso de hemorragia alveolar asociado con glomerulonefritis paucimmune- ANCA negativo**
Balderas Marisela Berenice, Ramírez Alberto, Velazquez Yuridia
- S111 0169** Reumatología. **Poliangeitis microscópica C ANCA (+) en paciente joven**
Arana Julio César, Ibarra Jesús Alejandro, Ramírez Olivia, Ramírez Raúl, Orozco Francisco Javier, Solorio Jorge Daniel, Tiempo Fabiola Guadalupe
- S112 0170** Gastroenterología. **Gastroenteritis eosinofílica: reporte de caso**
Esquivel Alejandra, Hernández Héctor Gustavo, Rosales Minerva Yolanda
- S112 0171** Oncología. **Cancer testicular con metastasis**
Medina Kenia Sugey, López Alin Cristela, Fernandez Joaquin Hernan, Duran Manuel Alejandro
- S113 0172** Infectología. **Infección por virus de sarampión importado de área endémica en paciente con inmunización previa. Reporte de caso**
Guzman Alejandro, Duran Manuel Alejandro, Rivera Erik, Niño Sandra Kira, Vargas Carlos Guillermo, Lopez Alin Cristela, Fernandez Joaquin Hernan
- S114 0174** Gastroenterología. **Carcinoma coloide de páncreas metastásico: reporte de un caso**
Cano Francisco, González Adriana, Gallegos Daniel
- S114 0175** Neurología. **Síndrome de Miller Fisher: enfoque tradicional vs. diagnóstico terapéutico**
Martinez María Cristina, Chavarría Ivan David, Infante Hector, Hernandez Alejandro
- S115 0176** Infectología. **Prevalencia de la administración de antimicrobianos, basados en niveles séricos de procalcitonina en un servicio de urgencias**
Amaro Néstor, Rivera César
- S116 0177** Neurología. **Toxoplasmosis cerebral en paciente con infección por virus de inmunodeficiencia humana manifestada por deterioro cognitivo subagudo y datos de hipertensión intracraneal**
Hernández Melissa, Hernández Luis Daniel, Velazquez Bruno Alexander, Estrada Ricardo, Salas Arturo
- S117 0178** Endocrinología. **Paraganglioma: causa poco frecuente de hipertensión arterial secundaria.**
Esquivel Alejandra, Flores Guillermo, Pérez Bernardo, Hernández Martha Adriana
- S118 0179** Neurología. **Cuadro encefalítico asociado a enfermedad de Creutzfeld-Jakob probable. Reporte de un caso**
Xavier Daniela, Paulino Guillermo, Jiménez Carlos Augusto, Gastélum Jesús Roberto
- S119 0180** Dermatología. **Eritema indurado de Bazin como manifestación clínica de tuberculosis latente. Reporte de un caso**
Xavier Daniela, Hernández Héctor Gustavo
- S119 0181** Neurología. **Crisis convulsivas generalizadas como primera manifestación de enfermedad de Fahr: reporte de caso**
Valtierra Araceli, García Jaime Israel, Angeles Monica, Estrada Martin
- S120 0182** Endocrinología. **Localización de adenoma paratiroideo ectópico mediante sestambi y SPECT-CT**
Yepez Alicia, Millan Silvia
- S121 0183** Oncología. **Síndrome de Morquio asociado con condrosarcoma esofágico: reporte de caso**
Martínez María Cristina, Hernandez Alejandro, Infante Hector, Chavarría Ivan David
- S122 0185** Gastroenterología. **Ascitis como presentación inicial de carcinoma gástrico difuso**
Cruz Gabriela Rocío, Galván Karla Lizette, Lastra Juanita Hortensia, Sánchez Juana
- S122 0186** Hematología. **Colitis neutropénica en adulto con leucemia linfoblástica aguda: reporte de caso**
Jiménez Raúl Alberto, Figueroa Ana Lizzeth, Luna Debanhi Kassandra, García Gisela, Rivas Giselle, Jaime José Carlos
- S123 0187** Endocrinología. **Hipoglucemia pancreatogena no insulinoma en adulto con diabetes mellitus**
Torres Mata Miguel Luis, Hernandez Ma Lucero, Mercado Jaime, Hernández Silviajudith
- S123 0188** Cardiología. **Endocarditis bacteriana en válvula mitral nativa por Streptococcus viridans, en paciente con ortodoncia y enfermedad periodontal, en una institución de alta complejidad, Medellín, Colombia**



- Cortés Miguel Ángel, Arango Steven, Moncada Miguel Alfredo, Higueta Eliana, Henao María Carolina, Aristizabal Manuela, Castano Pablo Andres
- S124 0189** Infectología. **Sarcoma de Kaposi diseminado en paciente que convive con el virus del VIH: presentación de un caso, en una institución de alta complejidad de Medellín, Colombia**
Martínez Larry, Cortés Miguel Ángel, Higueta Eliana, Del Valle Manuela, Ojeda Sebastian, Alzate Diego
- S125 0190** Reumatología. **Utilidad del conjunto (proteína C reactiva, C3, VSG, leucocitos, índices neutrófilo/linfocito y plaqueta/linfocito) para detección de infecciones bacterianas en lupus eritematoso sistémico**
Broca Blanca Estela, Cruz María del Pilar, Saavedra Miguel Ángel, Cimé Erik Antonio
- S126 0191** Epidemiología. **CORP 65 nueva herramienta para clasificación de la neumonía adquirida en la comunidad**
Cortés Miguel Ángel, Alzate Diego, Higueta Eliana, Arango Steven, Cano María
- S126 0192** Endocrinología. **Comparación clínica de la litiasis renal en pacientes con hiperparatiroidismo primario**
Ortega José Luis, Marquez Marco Antonio
- S127 0193** Dermatología. **Síndrome de DRESS secundario a carbamazepina: presentación de un caso corroborado histopatológicamente en Hospital General de Acapulco**
Centeno Belen, Castillo Rodrigo, Sánchez Manuel Salavador
- S128 0194** Infectología. **Trimetoprim sulfametoxazol como tratamiento de toxoplasmosis cerebral en paciente vih en un hospital de alta complejidad de medellín: reporte de caso**
Cortés Miguel Ángel, Alzate Diego, Higueta Eliana, Martínez Larry Luber, Buchelli Paula Andrea, Gómez Rodrigo Alejandro, Curtidor Thaly Andrea
- S129 0195** Oncología. **Neoplasias sincrónicas: linfoma no Hodgkin y carcinoma renal de células claras**
García Mario Ramón, Gonzaga Teresa Ivonne, González Nadia del Carmen, Alavez Enrique, Blancas Luis Angel, Sanson Lizeth Sonia, Rodríguez Pablo César, González Nallely
- S130 0196** Neurología. **Síndrome de Miller-Fisher recurrente. Reporte de caso**
Duran Manuel Alejandro, Padilla Benjamin, López Alin Cristela, Fernandez Joaquin Hernan, Vargas Carlos Guillermo
- S130 0197** Cardiología. **Síndrome de Heyde como causa de anemia en un adulto mayor**
García Mario Ramón, Pozos Benjamín, Balam Eros Osiris, Rangel Francisco Javier, González Nadia del Carmen, Gonzaga Teresa Ivonne, Guzmán Perla Marlene, Enriquez Kevin Giuseppe
- S131 0198** Neurología. **Neuroborreliosis Lyme temprana, un caso sin eritema**
Patricio Jaime, Padilla Benjamin, Godos Yesenia Saharai, López Alin Cristela, Vargas Carlos Guillermo, Fernandez Joaquin Hernan, Niño Sandra Kira
- S132 0199** Reumatología. **Serositis como primera manifestación de lupus eritematoso sistémico**
González Jorge, Bernache Viridiana Berenice, Cerda Fidel, Lozada Carlos Alberto
- S132 0200** Infectología. **Encefalitis por enterovirus en paciente con infección por VIH. Reporte de un caso clínico**
Gómez Tatiana
- S133 0201** Oncología. **Lumbalgia como síntoma inicial de enfermedad metastásica por adenocarcinoma mucinoso de apéndice: reporte de un caso**
González Nallely, Rodríguez Pablo César, Alvarez María Elena
- S134 0202** Hematología. **Tiempo de diagnóstico de linfoma no Hodgkin en el Hospital Juárez de México**
Villegas Diana Alejandra, Leyto Faustino, Milan Andrea Iracema
- S135 0203** Endocrinología. **Obesidad con peso normal en trabajadores del Hospital General de Zona no. 50, IMSS-SLP**
García Jorge Alfredo, Jaimes Gerardo Tonatiu
- S135 0204** Otros. **Elevación de HbA1c como factor de riesgo para neumonía asociada a ventilación mecánica en pacientes adultos del Hospital ISSSTE Regional Monterrey**
Sánchez Ekaterina, Cardenas Luis Carlos, Salas Arnoldo
- S136 0205** Infectología. **Endocarditis pulmonar aislada sobre válvula nativa por Streptococcus gallolyticus**
Noriega Ana Gisela, Sosa Rosa Elena, Mendoza Andrés, Molina Alejandro, Canale Jesús Manuel, Siordia Rodolfo Elías, Rogel Jorge David, Cossio Gerardo
- S137 0206** Neurología. **Embolia grasa no traumática. Las consecuencias de la vanidad. Caso clínico**
Rodríguez María Berenice, Castro Luis Javier, Rodríguez José Luis, Reyes Abraham Emilio, Malagón Karina, Morales Yazmin, Juárez Miriam
- S138 0207** Reumatología. **Lupus eritematoso sistémico de inicio tardío: presentación atípica agresiva con actividad neurológica y renal. Reporte de un caso**
Ortega Jorge Arturo, Pérez Gabriel, Fernández David, Ramírez Alberto, Jiménez Yeimmy Zuyenn, Malagón José
- S139 0208** Reumatología. **Pancreatitis aguda como primera manifestación de actividad en lupus eritematoso sistémico: reporte de caso de un joven masculino**
Muñoa Eduardo Daniel, Morales Alexei Humberto, Becerril Lizbeth Teresa, García Iveth Eunice, Pérez Mitzel Del Carmen, García Francisco Isai, González Fausto Miguel
- S139 0209** Oncología. **Presentación de LNH variante NK con afección nasal unilateral confundidor de rinosinusitis micótica alérgica**
Torres José David, Petarra Stefania, Cruz Dalia, Barragán Clotilde Guadalupe, Ávila Alfredo, Medina Eloy

- S140 0210** Gastroenterología. **Tumor solido pseudopapilar del páncreas**
Flores Rómulo Omar, Wah Martín, Jaquez Joel Omar, Maldonado Hector Jesus, Martinez José Dario, Nañez Homero
- S140 0211** Infectología. **Actinomicosis como causa de disfagia en una paciente con artritis reumatoide**
Carrillo María Betania, Montoya Hugo Quetzalcóatl
- S141 0213** Endocrinología. **Hiperaldosteronismo primario secundario a hiperplasia suprarrenal unilateral. Reporte de caso**
Aguilar Juan Carlos, Guizar Luis Alberto, Davila Andrea, Rodríguez Mario Gabriel, Tamayo María Luisa, Cruz Erika Alejandra, Hernandez Isaac
- S142 0214** Endocrinología. **Características clínicas y de laboratorio de 221 pacientes con cetoacidosis diabética en un centro académico del noreste del país**
Jiménez Raúl Alberto, Román Marco Antonio, Benavides Daniel Eduardo, Rodríguez René, Tamez Héctor Eloy, Nañez Homero
- S142 0215** Dermatología. **Síndrome de DRESS inducido por antifímicos: reporte de un caso**
Vera Raymundo, Carrizales Edgar Francisco, De la Cruz Olga Norali, Flores Ana Cristina, Pérez Sandra Itzel, Nañez Homero
- S143 0216** Hematología. **Linfoma anaplásico de células grandes con presentación leucémica: reporte de un caso**
Alvarez María Elena, Pérez Fernando, González Nallely, Rodríguez Pablo César
- S144 0217** Misceláneos. **Comparación de la capacidad predictiva de mioglobina vs creatinina total para lesión renal aguda en pacientes con traumatismo**
Palacios Elizabeth, Cerda Fidel, Elizalde César Iván, García Jorge Luis, Hernandez Miriam Marcela, Vergara Fernando Iván, Suárez Juan
- S145 0218** Neurología. **Síndrome de encefalopatía posterior reversible en paciente con hemorragia post parto y post paro cardíaco**
Correa Freddy, Barra Dania Pamela, Rivera Cesar, González Jocelyn Raquel, Rojas Michelle Encarnación, Márquez Cintia Mónica, Hernandez Alejandro
- S145 0219** Misceláneos. **Abordaje diagnostico del paciente con síndrome confusional agudo a proposito de un caso**
Uribe Roberto Salvador, Ibañez Laura Silvia, Macias Luis Alberto, García Yang David
- S146 0221** Otros. **Coinfección de *Mycobacterium tuberculosis* y *Pneumocystis jirovecci* como sospecha en patron quístico pulmonar en paciente con infección por VIH: la búsqueda intencionada**
Alvarez Natalia
- S147 0223** Neurología. **Índice leuco/glucémico asociado a complicaciones en isquemia cerebral aterotrombótica**
Hernández Miriam Marcela, Lozano José Juan, Suarez Juan Antonio, Mendoza Elizabeth, Palacios Elizabeth, Vergara Fernando Iván, González Francisco Javier, Villanueva Jonathan
- S148 0224** Neurología. **Leucoencefalopatía tóxica por inhalación de tolueno. Reporte de caso**
Ibarra Kevin, Solís Daniel Antonio, Esquivel Gonzalo Enrique, Hidalgo Diego Antonio
- S148 0226** Neurología. **Brote psicótico como primera manifestación de lupus eritematoso sistémico**
Hernández Miriam Marcela, Mendoza Elizabeth, Lozano José Juan, Vergara Fernando Iván, Palacios Elizabeth, Estrada Martin, Espinosa Maryjose, Carrillo Brenda Margarita
- S149 0227** Hematología. **Síndrome hemofagocítico secundario a sarcoma de Ewing**
Cruz Erika Alejandra, Guizar Luis Alberto, Dávila Andrea, Tamayo María Luisa, Rodríguez Mario Gabriel, Aguilar Juan Carlos, Hernández Isaac
- S149 0228** Infectología. **Reto diagnóstico en infectología**
Treviño Francisco, Lucas Herzain, Montiel José Sabino, Arbeu Marlene, Valdín Tania Isabel, Camaras Sara Elizabeth
- S150 0229** Infectología. **Endocarditis por *Histoplasma capsulatum* como causa de fiebre de origen desconocido**
Cornelio Ramon Dario, Aburto Elsa, Ramos Gustavo Jony, Solis José Gabriel, Amores Carlos Alberto, Jimenez José Omar, Noyola Maura Estela
- S151 0230** Otros. **Insuficiencia cardíaca terminal, ¿paliarnos lo suficiente?**
Macías Areli Teresita, García Yessica, Navarro Fabián Alonso, López Gabriel Raymundo, Heded Ana Isabel, Altamirano Cynthia Viridiana, Montejo Gustavo
- S152 0231** Oncología. **Respuesta patológica completa de carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cérvix. Reporte de caso y revisión de la literatura**
Cárdenas María Fernanda, Gómez Gabriela Sofía, González José Luis, Castro Julio Fernando
- S153 0232** Infectología. **Neoplasias sincrónicas en un paciente VIH naive**
Amaro Néstor, Hernández María Luisa, Blancas Omar, Fonseca Juan José
- S154 0233** Cardiología. **Niveles de fosfatasa alcalina y gammaglutamil transferasa como factores pronósticos del infarto agudo al miocardio**
Ramírez María Leslye, Villanueva Jonathan, Arista Nayeli Xendali, Zamora Laura Elena, Vergara Fernando Ivan, González David, Zuñiga Sergio Adrian, Hernandez Daniela
- S155 0234** Neurología. **Déficit isquémico tardío asociado a la vía de administración de nimodipino en pacientes con hemorragia subaracnoidea**
Morales Mario, Salas Arnoldo
- S155 0235** Oncología. **Síndrome de lisis tumoral presentación espontánea: imprescindible diagnóstico de exclusión como etología de la lesión renal aguda**
Martínez María Cristina, Chavarría Ivan David, Hernandez Alejandro, Infante Hector



- S156 0236** Reumatología. **Síndrome DRESS por doTbal, reporte de casos**
Tun José de la Cruz, Barrera Aaron Alejandro
- S157 0237** Oncología. **Angiosarcoma mamario bilateral**
Tun José de la Cruz, López Reyes Alberto, Moguel Denise Arlete, Acevedo Francisco, Pérez Rodrigo, Cimé Erik Antonio
- S157 0238** Gastroenterología. **Asociación de la gravedad de la enfermedad por reflujo gastroesofágico con los trastornos motores esofágicos en población mexicana de un centro de tercer nivel de atención**
Villegas Federico Ulises, Castillo Mauricio, García Fausto Daniel, Del Real Carlos, Cimé Erik Antonio
- S158 0239** Toxicología. **Comparación del uso de dexmedetomidina vs diazepam como tratamiento del síndrome de supresión etílica moderada-severa en el servicio de urgencias del Hospital O'Horán, Mérida, Yucatán**
Tun José De La Cruz, Briceño Miguel, Tabarez Brenda
- S159 0241** Cardiología. **La grasa visceral epicárdica, pero no la intraabdominal, favorece el desarrollo de disfunción diastólica en el paciente obeso**
Guerrero Carolina, Rubio Alberto Francisco, Benítez Daniel R, Vargas Germán, Meneses Iván, Narváez Ivonne Georgina, Narváez Jorge Luis
- S160 0242** Hematología. **Síndrome mielodisplásico en adolescente: reporte de caso**
Olvera Ana Silvia, Sinco Armando, Romero Tzirari Yaneli, Palomo Carlos Rodrigo, Rodríguez Ricardo Omar, Schroeder Ioannes
- S161 0243** Endocrinología. **Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la masa muscular**
Meneses Iván, Maceda Alberto, Guerrero Carolina, Rubio Alberto F, Vargas Germán, Ovando Jennifer P, Domínguez Ruth S
- S161 0244** Misceláneos. **Correlación entre sarcopenia, esteatosis hepática y grasa troncal en el paciente diabético**
Meneses Iván, Vargas Germán, Maceda Alberto, Rubio Alberto F, Guerrero Carolina, Guerrero Brenda Lorena, Domínguez Ruth S
- S162 0245** Gastroenterología. **Recordando el síndrome de Boerhaave. Reporte de un caso**
Baldenebro Miguel Angel, Enriquez Isaac Aaron, Rico Claudia Veronica, Reyes Abraham Emilio, Rodriguez José Luis
- S163 0247** Neurología. **Trombosis venosa cerebral, presentación de caso clínico**
Villalón Jorge, Ezquerro Alejandro, Sánchez Carmen Alicia, Prado Pamela, Ungson Mariana Guadalupe, González Dylan Mauricio
- S164 0248** Infectología. **Ectima gangrenoso por pseudomonas aeruginosa xdr como complicación de colangitis nosocomial**
Cervantes Erika, Cruz Carlos, Sánchez Hiralda Beatriz, Arias Karina Ivonne, Valdivia Lucero del Carmen, Esteban Araceli, Moreno Joaquín
- S165 0249** Reumatología. **Hipertensión intracraneal idiopática como primera manifestación de lupus eritematoso sistémico**
Martínez Javier, Castro Zully, Martínez Michel Augusto, Sánchez Reyna Elizabeth, Saavedra Miguel Ángel, Morales Susana Isabel, Jiménez María del Pilar
- S166 0251** Endocrinología. **Gastroparesia diabética: complicación frecuente poco diagnosticada.**
Vega Francisco Javier, Hernández Jessica Johana, Montalvo Arantxa, Hernández Daniel Ramón, Valencia Raúl
- S167 0253** Otros. **Catatonía asociada a hiponatremia profunda. Reporte de caso**
Hernández Martha Adriana, Flores Miguel Guillermo, Pérez Bernardo, Cruz Hans de Jesús, Esquivel Alejandra, De Lira Roberto, Carranza Fabian
- S168 0255** Gastroenterología. **Hepatitis fulminante secundario a infección por virus de hepatitis A**
Cervantes Erika, Cruz Carlos, Sánchez Hiralda Beatriz, Arias Karina Ivonne, Valdivia Lucero del Carmen, Esteban Araceli, Salas Ana Karen
- S169 0256** Cardiología. **Cardiotoxicidad inducida por antraciclina. Reporte de un caso**
Montiel José Sabino, Adel Luis Alfonso, Treviño Francisco
- S170 0257** Otros. **Asociación de PNPLA3 y GCKR con grados de esteatosis hepática y grosor de íntima media carótidea en pacientes adultos con diabetes mellitus 2. Estudio PEMEX-INMEGEN**
Ordaz Karina, Arce Alejandro César, Coronado Martín, Canizales Samuel, Cruz Nadia Ruth, González Mirelle Vanessa
- S170 0258** Reumatología. **Reto diagnóstico en una vasculitis seronegativa**
Treviño Francisco, Sánchez Ernesto, Arbeu Marlene, Valdín Tania Isabel, Montiel José Sabino, Martínez Alberto David
- S171 0259** Neurología. **Alteración visuoespacial detectada mediante prueba del reloj en pacientes geriátricos con fractura de cadera**
Pérez Mitzel del Carmen, Pérez Eduardo, Muñoa Eduardo Daniel, Pérez Eduardo
- S172 0260** Neurología. **Infarto talámico bilateral secundario a oclusión de la arteria de Percheron: reporte de caso**
Balderas Marisela Berenice, Molina Luis Enrique, Jiménez Reyna Alicia, Ramírez Alberto
- S172 0261** Endocrinología. **Correlación del índice de calidad de sueño de Pittsburg (mala calidad del sueño) con el descontrol glucémico en pacientes diabéticos tipo 2 en la clínica de diabetes del Hospital General Chihuahua**
Aleman Dassaev, García Angel, Hernandez Mario Enrique, Cota Stephanie, Navarrete Rodrigo, Fernandez Karla Ivette
- S173 0262** Gastroenterología. **Respuesta a tratamiento médico en pacientes con colitis microscópica y colitis eosinofílica del servicio de gastroenterología**



- del CMN 20 de Noviembre ISSSTE enero 2012 a marzo 2018
Aleman Dassae, López Jesus Gerardo, Ramos Mayra Virginia, Reyes Miriam Gabriela, Trujillo Korely Corazon, Rivera Blanca Cristina
- S174 **0263** Infectología. **Síndrome de DRESS complicado con síndrome de PRES en un paciente con tuberculosis pulmonar**
Lajud Francisco Antonio, Cano Lilian Guadalupe, Arteaga Daniela, Garcilazo Alexandra, Salazar Claudia Naí, Vargas David
- S175 **0264** Cardiología. **Elevación transitoria del segmento-ST en un paciente con cetoacidosis diabética severa**
Vera Raymundo, Carrizales Edgar Francisco, De La Cruz Olga Norali, Flores Ana Cristina, Pérez Sandra Itzel, Nañez Homero
- S176 **0265** Endocrinología. **Presentación de caso: acidosis tubular renal tipo I secundaria a tiroiditis de hashimoto**
Munguía Diana, Mendoza Jesús Guillermo, Machorro Rafael
- S177 **0266** Gastroenterología. **Relación entre la esteatosis hepática y el grosor de la íntima-media de las carótidas en una población asintomática con diabetes mellitus tipo 2**
Ordaz Karina, Coronado Martin, Camarin Efrain Ignacio, Arce Cesar Alejandro, Cruz Nadia Ruth
- S177 **0267** Hematología. **Epidemiología de pacientes con fiebre y neutropenia de origen hematológico en un hospital del noreste del país**
Reyes Alan Ledif, Cantú Olga Graciela, Vázquez Brandon, Garza Andrea Cecilia, Villalobos Leonel
- S178 **0268** Hematología. **Variables clínicas y paraclínicas en pacientes con neutropenia febril de origen hematológico en un hospital de tercer nivel del noreste del país**
Reyes Alan Ledif, Cantú Olga Graciela, Garza Andrea, Vázquez Brandon, Villalobos Leonel
- S178 **0269** Neurología. **Polineuropatía desmielinizante crónica infamatoria, en un paciente con infección simultánea por tuberculosis pulmonar y VIH, un reto en el diagnóstico**
García Héctor René, González Laura Leticia, Mancillas Leonardo Guadalupe
- S179 **0270** Neurología. **Dissección de arteria vertebral**
Emeterio Jazmín Guadalupe, Belmonte Freddy, Cutiérrez Jessica
- S180 **0271** Cardiología. **Amiloidosis cardíaca: reporte de un caso**
Vazquez Nallely Alejandra, Cerda Fidel, Lozada Carlos Alberto, Escarela Maricela, Rodriguez Andrea
- S181 **0272** Reumatología. **Asociación de neumopatía intersticial con la presencia de anticuerpos anti-Ro en pacientes mexicanos con síndrome de Sjögren primario**
García Iveth Eunice, Becerril Lizbeth Teresa, Barbosa Rosa Elda, Alonso Delfino, Berea Ricardo
- S182 **0273** Infectología. **Enfermedad invasiva por citomegalovirus de inicio tardío en el post trasplante renal con múltiples factores de riesgo: a propósito de un caso**
Iñiguez Hector, García Y Otero Gonzalo, González Alejandra, Santana Jessica, Medina Eloy
- S182 **0274** Otros. **Signo de halo inverso como manifestación única de embolismo pulmonar**
Absalón Erika Abigahyl, Pérez Luis Felipe
- S183 **0275** Neurología. **Trombosis de seno venoso y embolismo pulmonar masivo secundario a anticonceptivos orales**
Absalón Erika Abigahyl, García Diego Alberto
- S184 **0277** Neurología. **La barrera hematoencefálica como entidad dinámica: reporte de caso de encefalopatía posterior reversible**
Razo Vicenta Nataly, Medina Zaira
- S184 **0278** Otros. **Síndrome de Good diagnóstico y tratamiento reporte de un caso**
Gomez Juan Pablo, Fierro Alan Paul, Delgado Selene Maribel, Pacheco Martin Jacobo
- S185 **0279** Oncología. **Coriocarcinoma asociado a tirotoxicosis, la importancia del seguimiento bioquímico**
Tun José de la Cruz, López Reyes Alberto, Moguel Denis Arlete, Cimé Erik Antonio, Acevedo Francisco, Pérez Rodrigo
- S186 **0280** Reumatología. **Polimiositis. Presentación de un caso**
Monera Fernando, González Jocelyn Raquel, Rivera Cesar, Reyes Tamara, Esquivel Cesar Manuel, Domínguez Carlos
- S187 **0281** Otros. **Neumotórax espontáneo masivo por tuberculosis pulmonar**
Absalón Erika Abigahyl, Pérez Luis Felipe
- S187 **0282** Infectología. **Imagen de neumonía redonda en paciente adulto con enfermedad renal crónica**
Violante Jorge Rafael, Violante Karla Alejandra
- S188 **0283** Infectología. **Tuberculosis pericárdica complicada con taponamiento cardíaco en paciente con VIH**
Monera Fernando, Domínguez Carlos, Rivera Cesar, González Jocelyn Raquel, Infante Hector
- S189 **0284** Hematología. **Microangiopatía trombótica. Presentación clínica y reporte de caso**
Angeles Abish, Alba Dulce Leonor, Pérez Luis Fernando, Medina Julieta, Marin Aldo, Martinez Georgina, Ramos Miguel Angel
- S190 **0285** Endocrinología. **Asociación de los trastornos de la densidad mineral ósea al tratamiento con fármacos antiepilépticos**
Martínez María Cristina, Infante Héctor
- S191 **0286** Cardiología. **Efecto de hipocloremia sobre mortalidad y reingreso hospitalario a tres años, en pacientes hospitalizados por falla cardíaca crónica**
López Rogelio, Ángeles Abish, López Guillermo Nahúm
- S192 **0287** Reumatología. **Granulomatosis con poliangeítis de presentación ocular como primer síntoma**



- Violante Jorge Rafael, Rosales Jesús Maximino, Violante Karla Alejandra*
- S192 0288** Toxicología. **Falla orgánica posterior a la administración intramuscular de podofilina. A propósito de un caso**
Carrasco Oscar Israel
- S193 0289** Infectología. **SIRA en paciente con neumonía por herpes virus: presentación de un caso**
Sánchez Grisel Guadalupe, Zamora Miguel Ángel, Sánchez Sergio Saúl, Treviño Mario Alonso
- S194 0290** Misceláneos. **Síndrome de dificultad respiratoria como manifestación inicial de hemorragia alveolar difusa en paciente con lupus eritematoso. Reporte de un caso y revisión de la literatura**
López Rogelio, Ángeles Abish, Terán José Oscar
- S195 0291** Hematología. **Anemia hemolítica autoinmune secundaria a tuberculosis pulmonar. Reporte de caso**
Aguilar Christian Alejandro, González Andres, Piñeiro Claudia Monserrat, Peralta Adriana Berenice
- S196 0292** Dermatología. **Síndrome de reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) secundario a alopurinol en paciente con enfermedad renal crónica terminal. Reporte de caso**
Quiroz José Carlos, Villagomez Oscar Alberto, Infante Hector, Vidaurri Helena
- S197 0293** Neurología. **Síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) en un caso de preeclampsia**
Sánchez Alberto Onofre, Infante Adrian, Ochoa Nelson Eloy, Hernández Adriana Marcela, De la Cruz Jorge Luis, Ceballos Rubí Alejandra
- S197 0294** Nefrología. **Acidosis láctica inexplicable en el postoperatorio inmediato de un trasplante renal de donador cadavérico**
Fariás Alma Leticia, Dehesa Edgar, Irizar Sergio Saul
- S198 0295** Reumatología. **Patrón de citocinas en suero y lavado bronquioalveolar de pacientes con enfermedad pulmonar intersticial secundario a síndrome de Sjögren primario**
Navarro María del Carmen, Salgado Alfonso, Paz Daniel
- S199 0296** Cardiología. **Correlación entre el grosor íntima media con la velocidad de la onda del pulso, y el índice brazo tobillo en sujetos con síndrome metabólico**
Guerrero Carolina, Rubio Alberto Francisco, Arana Karla C, Maceda Alberto, Narváez Ivonne Georgina, Meneses Iván, Vargas Germán
- S200 0297** Neurología. **Transformación hemorrágica de infarto cerebral: presentación de un caso clínico**
Rosiles Dulce María Concepción, Rosiles Artemio
- S200 0299** Infectología. **Absceso esplénico criptogénico en paciente inmunocompetente: reporte de caso**
De la Torre Jesus Edgar, Velarde Ismael Salvador
- S201 0300** Oncología. **Oftalmoplejía completa izquierda y pérdida de peso como primera manifestación de un adenocarcinoma pulmonar**
Morales Ana Lilia, García Victor Hugo, Plascencia Julio Cesar, Hernández Juan Carlos, Rivera Rosario
- Minerva, García Jaime Israel, Vazquez Nallely Alejandra*
- S202 0301** Oncología. **Cáncer primario múltiple sincrónico. A propósito de un caso**
Morales Ana Lilia, García Victor Hugo, Plascencia Julio Cesar, Hernández Juan Carlos, Vazquez Nallely Alejandra, Rivera Rosario Minerva, García Jaime Israel
- S203 0303** Infectología. **Anaplasmosis y embarazo reporte de un caso**
Morales Erick, Valencia Nicolás, Gándara Cesar Adrián, Rojas Jahzeel Samir, Hernández Jesús Manuel
- S204 0304** Misceláneos. **Frecuencia de sarcopenia por grupos etarios en una población de bajos recursos de la Ciudad de México**
Godínez Keren Jared, Gallego Carlos Francisco, Meneses Iván, Vargas Germán, Ovando Jennifer P, Guerrero Carolina, Rubio Alberto F
- S204 0305** Neurología. **Infarto cardiocerebral sincrónico tratado con trombectomía y fibrinólisis intraarterial cerebral y angioplastia coronaria con colocación de stent medicado**
Plata Juan Carlos, Lara Beatriz, Ceron José Aurelio
- S205 0306** Neurología. **Síndrome de Opalski por lesión bulbar reporte de caso**
Plata Juan Carlos, Plata Miguel Angel, Ceron José Aurelio
- S206 0307** Nefrología. **Frecuencia de sobrecarga de hierro en pacientes adultos con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal**
Banegas Noé, Flores Juan Antonio, Pazarín Héctor Leonardo, Vega Dante, Calvo Cesar Gonzalo, Robles Martín, Mendoza Pedro Alberto, Ramos Gabriel Arturo, Melendrez Carlos, Guzman Ma. Lourdes, Borrayo Cecilia, Vazquez José Oscar, Barron Edilberto, Miramontes Elvira, Tapia Ma. Teresa, Andrade Jorge, García Yessica
- S206 0308** Oncología. **Carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado que se presenta como enfermedad metastásica de primario no conocido**
Hernández Isaac, Aburto Elsa, Arreola Rocío Lorena, Casanova Erika, Díaz Jorge Javier, Aguilar Juan Carlos, Degante Karen Itzel
- S207 0309** Infectología. **Tuberculosis peritoneal y embarazo: reporte de un caso**
Gaxiola Ana Victoria, Dehesa Edgar, Tirado Gerardo, Irizar Sergio Saul
- S208 0310** Hematología. **Hemoglobinuria paroxística nocturna en un hombre de 18 años**
Cortés Fernando, Rivera Eduardo, Sánchez Carmen Alicia, Gay Paulina, Hermosillo Brenda Alejandra
- S209 0311** Reumatología. **Enfermedad pulmonar intersticial difusa como manifestación extraglandular de síndrome de Sjögren primario. Reporte de un caso**
Jiménez José Omar, Ayala Ismael, Cornelio Ramón Dario, Amores Carlos Alberto, Solis José Gabriel, García Edgar Jesús, Bautista Andoreni Reyna

- S209 0314 Hematología. Linfoma no Hodgkin tipo Burkitt esporádico primario de peritoneo. Reporte de un caso**
Aguilera Dulce Nohemí, Amador Lauro Fabián, Sánchez Ma. de Lourdes, Salas Jesús Emmanuel, Pérez Eduardo, Marín Héctor
- S210 0315 Otros. Preferencias al final de la vida de adultos mayores profesionistas en una institución al norte de México**
Galván Verónica Alejandra, Zertuche Tania
- S211 0316 Oncología. Crisis hipercalcémica secundaria a linfoma no Hodgkin. Reporte de un caso**
Molina Ignacio, González Hector Alejandro, Espinola Javier Alejandro, Neri Marcia Vianett, Valeriano Sahiana Itzel, Gomez Ernesto, Arciga Montserrat
- S211 0317 Dermatología. Penfigoide ampollosa secundario a utilización de nuevos hipoglucemiantes**
Hermosillo Brenda Alejandra, Chavira Jaime Alberto, Gay Paulina Mariel, Hierro Sagrario, Ungson Mariana Guadalupe, Ramírez Karen Montserrat, Prado Pamela Michelle
- S212 0318 Nefrología. Parálisis hipocalémica aguda: acidosis tubular renal-nefrocalcinosis. Reporte de un caso**
Chavez Irma Corina, Velazco Estefania, Morales Roberto Carlos, Gomez Ernesto, Arciga Montserrat, García Diego de Jesus, López Socorro
- S213 0319 Reumatología. Un paciente con síndrome de Shulman**
Treviño Francisco, Sánchez Ernesto, Arbeu Marlene, Valdín Tania Isabel, Montiel José Sabino, Martínez Alberto David
- S214 0320 Misceláneos. Estudio observacional en un hospital de tercer nivel para predecir falla orgánica en sepsis y choque séptico**
Treviño Francisco, Valdín Tania Isabel, Arbeu Marlene, Martínez Alberto David, Montiel José Sabino
- S215 0321 Hematología. Efecto Warburg, debut en el diagnóstico de linfoma gástrico, reporte de un caso**
De La Fuente Claudia Hazzel
- S216 0322 Epidemiología. Proporción de casos positivos en pruebas rápidas de VIH en adultos con alcoholismo y drogadicción de un centro de rehabilitación del estado de Yucatán**
Guillermo Juan Pablo, Pech Claudio Hiram, Peniche Adriana, Canto Juan Pablo, Cáceres José Luis, Sanabrais María José, Méndez Nina Isabel
- S217 0323 Neurología. Índice de neutrófilos/linfocitos y plaquetas/linfocitos en esclerosis lateral amiotrófica**
García Miguel Alexis, Cámara Carlos R, Fikir Mariana, Martínez Héctor Ramón, Escamilla César Eduardo
- S217 0324 Infectología. Tétanos generalizado: reporte de caso en preescolar de 5 años con abandono familiar**
Guillermo Juan Pablo, Sanabrais María José, Guillermo Montserrat, Guillermo Mariana, Méndez Nina Isabel, Gómez Salvador
- S218 0325 Endocrinología. Hiperaldosteronismo primario asociado a insuficiencia respiratoria y trastornos del ritmo por hipokalemia severa**
Palacios María Guadalupe Iris, León Karolina, Arias Juan Carlos, Orozco Juliana Patricia, Valdes Juliana
- S219 0326 Hematología. Hombre de 56 años de edad con diarrea crónica por un linfoma intestinal de tipo T con una variante poco común de células plasmáticas productoras de globulinas**
De La Vega Frida Margarita, Zuluaga Lizeth Yohana, Ochoa Gerardo Javier
- S220 0327 Cardiología. Aneurisma gigante de la coronaria derecha: reporte de un caso**
Palacios María Guadalupe Iris, Mejía María Isabel, Suárez Luis
- S221 0328 Hematología. Histiocitosis maligna secundaria a leucemia mielomonocítica crónica**
González Enrique, Del Cueto Angel Noe, Salazar Manuel Alejandro, Osorno Karen Lorena, Pezina Cesar Octavio, Villarreal Cesar Daniel
- S222 0329 Oncología. Taponamiento cardiaco como manifestación inicial de cáncer cervicouterino: reporte de un caso y revisión de literatura**
Rodríguez Yuridia Evangelina, Soto Blanca Angélica, Hernández David, Vidal Óscar
- S222 0330 Reumatología. Síndrome de Guillain Barré como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico: reporte de caso**
Llamas Brian Javier, Jiménez Jesus, Reyes Alejandra, Calderilla Laura Gabriela
- S223 0331 Endocrinología. La prueba cualitativa sudomotora plantar como método de diagnóstico temprano de neuropatía autonómica cardiovascular y su relación con la hiperfiltración glomerular en pacientes diabéticos tipo 2**
Romero Javier Alonso, Monroy Adriana, Ramírez Ana Guadalupe, Reding Arturo, Frías Karen Michelle
- S224 0333 Epidemiología. Manejo del dolor en pacientes hospitalizados en la sala de medicina interna: perspectiva del paciente**
Sánchez Grisel Guadalupe, Alvarez Natalia, González Enrique
- S225 0335 Oncología. Derrame pericárdico severo como manifestación primaria de mesotelioma pericárdico primario**
Vallejo Carlos, De La Cruz Ivette, Hurtado José Joel, Rodríguez Brenda, Solano Irlanda, Peralta Ana Lilia
- S226 0336 Epidemiología. Impacto de las nuevas guías de hipertensión ACC/AHA 2017 en población mexicana: análisis de las encuestas nacionales de salud y nutrición 2006 y 2012**
Olivas Antonio, Carrillo Eduardo, Vega Olynka, Martínez Armando Jezael, Fonseca Jorge Ignacio, Correa Ricardo
- S227 0337 Hematología. Trombosis venosa profunda como primera manifestación clínica de disfibrirogenemia**



- Cordero Edgar Laurencio, Sinco Armando, Guevara Maricela, Sánchez Karla Alexandra, Palomo Carlos Rodrigo
- S227 **0338** Oncología. **Ascitis quillosa como manifestación inicial de cáncer de páncreas irresecable**
Bautista Abigail, Aranda Mercedes, Arias Gisela, Rodríguez Lucero
- S228 **0339** Hematología. **Causas de poliglobulia y su impacto como factor de riesgo para trombosis según la etiología: experiencia en un centro de referencia de la Ciudad de México**
Olivas Antonio, Tuna Elena Juventina, Aguayo Álvaro, Jiménez María Guadalupe
- S229 **0340** Endocrinología. **Impacto de una estrategia educativa de tipo participativa (DIABETIMSS) en el control metabólico en los usuarios con diabetes mellitus (DM) tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar no. 47, en la ciudad de San Luis Potosí**
Celestino Laura Esther, Estrada Diana, Ayala María Teresa, Hernández Héctor Gerardo
- S229 **0341** Nefrología. **Amiloidosis renal: a propósito de un caso**
González Alejandra, Ramírez Clotilde Guadalupe, González Rodrigo, Iñiguez Hector, Santana Jessica, Camarena Ricardo, Rico Enrique
- S230 **0342** Gastroenterología. **Metronidazol en la prevención de diarrea asociada a antibióticos e infección por *Clostridium difficile* en pacientes hospitalizados de alto riesgo**
Tobar Marco, Guerrero María, Santiago Ricardo
- S231 **0343** Neurología. **Síndrome neuroléptico maligno inducido por risperidona: reporte de caso y revisión de literatura**
Esquivel Victor Alejandro, Cavazos Rossana, De La Garza Roberto
- S231 **0344** Otros. **Anisocoria secundaria a micronebulizaciones**
Cordero Edgar Laurencio, Guevara Maricela, Santiago Monica Elvira, Angeles Flor de Azalea, Castañeda Emmanuel
- S232 **0347** Cardiología. **Síncope como presentación tardía de comunicación interauricular tipo *ostium secundum* en un adulto**
Ungson Mariana Guadalupe, Frenk Paul, Ramírez Karen Montserrat, Cómez Julieta, Sánchez Carmen Alicia, Ezquerria Alejandro
- S233 **0348** Reumatología. **Pancreatitis aguda asociada a lupus eritematoso en hombre joven, reporte de un caso**
Pérez Allende Francisco, Hernández Marisol, Hernández Jorge Ezequiel, Arenas José Omar
- S234 **0350** Misceláneos. **Obesidad sarcopénica en una población de bajos recursos de la Ciudad de México**
Gallegos Carlos Francisco, Godínez Keren Jared, Menezes Iván, Luna Gabriela Alejandra, Vargas Germán, Rubio Alberto Francisco, Guerrero Carolina
- S234 **0351** Infectología. **Criptococosis de sistema nervioso central y pulmonar en paciente inmunocompetente: reporte de caso**
Rodríguez Jesús Sebastián, Valdez Antonio Israel, González Carlos Benjamin, Bernal Veronica Elena, Echeagaray German
- S236 **0352** Infectología. **Neurosífilis como manifestación inicial de sífilis en una mujer de 20 años de edad**
Romero Perla Mariana, Flores Lucía, Manuel Luis Rey, Pelayo Jaime, Esquivel Víctor Alejandro, Pérez Jaime Adrián, Pedraza Héctor Cristobal
- S236 **0354** Neurología. **Parálisis bilateral del sexto par craneal asociada a infiltración de linfoma de Burkitt a nivel del seno cavernoso**
Díaz Néstor Benedicto, Medina Verónica, Arce César Alejandro, Guzmán Elías, Bretón Mauricio
- S237 **0355** Neurología. **Síndrome de embolismo graso. Reporte de un caso**
Morales Roberto Carlos, Velasco Estefania, Chavez Irma Corina, Gomez Ernesto, Arciga Montserrat, Antonio Carlos, Becerra Miguel
- S237 **0357** Gastroenterología. **Carcinoma de células en anillo de sello gástrico como hallazgo en padecimiento ginecológico**
Sánchez Raymundo, Wah Martín
- S238 **0359** Reumatología. **Dermatomiositis. Reporte de un caso**
Velasco Estefania, Chavez Irma Corina, Morales Roberto Carlos, Arciga Montserrat, Gomez Ernesto, Ocadiz Ivan, Larios Carlos Gerardo
- S239 **0361** Misceláneos. **Lesión pulmonar aguda producida por transfusiones en paciente con anemia severa**
Pérez Jaime Adrian, Pelayo Jaime, Mascorro Cesar Alejandro
- S239 **0362** Endocrinología. **Reporte de caso: schwannoma del área suprarrenal simulador de feocromocitoma**
García Luis Manuel, González Oscar Eduardo, Rivera Emmanuel, Oros Cuauhtémoc, Rodríguez Jaime Guillermo
- S240 **0363** Nefrología. **Experiencia en hospital de referencia de segundo nivel en el occidente del país, en pacientes con enfermedad renal crónica terminal hospitalizados por infección relacionada a accesos vasculares para hemodiálisis**
Aranda Andres, Ortiz Carlos Eduardo, Montoya Olivia de Jesus
- S241 **0364** Reumatología. **Endocarditis no infecciosa de la válvula mitral, asociada a lupus eritematoso sistémico como presentación inicial. Reporte de un caso**
Angeles Abish, López Rogelio, Peñaloza Mario, Rangel Francisco Javier, Balam Eros Osiris, Villela Jorge
- S242 **0367** Gastroenterología. **Esofagitis necrosante asociada a cetoacidosis diabética (reporte de un caso)**
Villegas Carlos Antonio, Pérez Mayra, Gutiérrez Ruben, Olvera Roberto, Montoya Nora Elisa, Alcalá Aurora Paola Cruz
- S242 **0368** Reumatología. **Arteritis de células gigantes: reporte de caso del sureste mexicano.**
Jiménez Rodolfo, Fueyo Omar, Coss María Fernanda, Acosta María José, Aguirre Jonathan, Turrent Alonso

- S243 0369** Endocrinología. **Insulinoma como reto diagnóstico en paciente con retraso del desarrollo cognitivo. Presentación de un caso**
Ávila Anabel, Ramírez Norma Alicia
- S244 0370** Oncología. **Schwannoma maligno medianamente diferenciado de retroperitoneo con metástasis hepáticas**
Juárez Paulina, Espinosa Ana Isabel, Ortiz Mariana, De La Maza Salvador
- S245 0371** Otros. **Utilidad pronóstica del índice neutrófilo linfocito en sujetos con sepsis y choque séptico en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de México**
Lara Anabel, Méndez Andrea
- S245 0372** Hematología. **Hipoglucemia y polineuropatía axonal como manifestación inicial de síndrome de Poems**
Gutierrez Anahi Guadalupe, Aburto Elsa, Casanova Erika, Amores Carlos Alberto
- S247 0373** Endocrinología. **Estudio retrospectivo-prospectivo observacional en la vida real del tratamiento con denosumab en pacientes mexicanas con osteoporosis posmenopáusica (base de datos Rosemary)**
Macías Amador Ernesto, Cons Francisco Fidencio, Jasqui Salomón, Salinas Carlos Rubén, Zarain Alfonso Jesús, Reza Alfredo, Peña Hugo Daniel, Morales Jorge
- S247 0374** Hematología. **Síndrome anémico y descontrol metabólico secundario a fistula duodenal no asociado a complicación quirúrgica**
Guerrero María de los Ángeles, Cerda Fidel, Escarela Maricela, García Yang David
- S248 0375** Otros. **Síndrome febril y afección pulmonar severa por proteinosis alveolar idiopática**
Guerrero María de los Ángeles, Cerda Fidel, Escarela Maricela, Rodríguez Andrea
- S249 0376** Dermatología. **Eritrodermia psoriásica en paciente femenino de 35 años de edad**
Mascorro César Alejandro, Pérez Jaime Adrian, Vargas Joary, Villanueva Juan Manuel
- S249 0377** Neurología. **EVC isquémico de origen cardioembólico en paciente joven**
González Marusia, Soto Carlos, Martínez Juan Manuel
- S250 0378** Nefrología. **Neuromielitis óptica y asociación con glomerulonefritis membranosa**
Toledo Sebastian Eduardo, Flores Miguel Guillermo, Morales Dalia Azucena, Martínez Karen Belen, Uresti Eileen Liberata, Cedillo José Ramon
- S251 0379** Infectología. **Meningoencefalitis por *Listeria monocytogenes***
Ramos Alejandra, Rivera Hector, Uribe Roberto Salvador
- S251 0380** Infectología. **Micosis rino-cerebral: coexistencia de *Mucor* y *Aspergillus* en una paciente inmunosuprimida. Reporte de un caso**
Hernández Moisés, Ramírez De Aguilar Jimena, Pérez Gabriel, Cedillo José Ramón, Ávila Juan Raúl, Aguilar Iván Hiram, Echeverría Liliana Paola
- S252 0381** Reumatología. **Granulomatosis eosinofílica con poliangeitis y afección cardiaca: reporte de un caso**
Osua Paul, Cervantes Ricardo Guadalupe, Argüelles Marco Hipolito, Figueroa Martin
- S253 0383** Infectología. **Compresión medular cervical: complicación infrecuente de actinomicetoma**
Figueroa Martin Luis, Cervantes Ricardo Guadalupe, Osua Paul, Staeps Montserrat Rebeca, Sánchez Santiago
- S253 0384** Endocrinología. **Cetoacidosis diabética euglicémica: reporte de caso clínico**
Coss María Fernanda, Rodríguez Alma Nelly, García Javier, Valente Benjamín
- S254 0385** Reumatología. **Trombosis de la vena yugular interna derecha, seno transversal derecho y seno cavernoso: reporte de caso**
Mondragón Héctor, Aguiñiga Ariadna, Morgan Diana Selena, Guzmán Perla Marlene, García Laura Anahí, Andoney Jessica Valeria, Mondragón Lidia Aurora
- S255 0386** Hematología. **Síndrome de destrucción vertebral como manifestación inicial de linfoma no hodgkin**
Becerril Gabriela, Ramírez de Aguilar Jimena, Casanova Erika
- S256 0387** Hematología. **Linfoma no Hodgkin primario de sistema nervioso central de tipo linfoblástico inmunofenotipo B en paciente con antecedente de leucemia linfoblástica aguda de alto riesgo**
Luna Rocio, Guerrero Diana Valeria, García Claudia, De los Santos Julio Alfonso, Moreira Carolina, Camacho Jessyca Ivonne
- S257 0388** Dermatología. **Pénfigo eritematoso. Reporte de un caso**
Gálvez Yuriria Asbel, Vásquez Mariana, Barrón Jahaziel
- S258 0389** Oncología. **Síndrome de compresión medular secundario a metástasis epidural como primera manifestación clínica de melanoma metastásico: reporte de caso**
Navarrete Claudia Aline, Olguín Leticia Alejandra, Alvarado Norma Lizeth, Franco Rodolfo, Delgado Mauricio, Armendáriz Immer
- S259 0390** Reumatología. **Síndrome de antifosfolípidos primario con trombo-embolia pulmonar: presentación de un caso**
Luna Fernando Vladimir, Osua Paul, Cervantes Ricardo, Figueroa Martin
- S260 0391** Dermatología. **Psoriasis pustulosa de Von Zumbusch en tratamiento con etanercept. Reporte de caso**
Rojas Maricarmen, Guevara Rosa María
- S261 0392** Dermatología. **Síndrome de DRESS asociado a uso de carbamazepina, farmacodermia inusual potencialmente letal: presentación de un caso**
Diestel Jarumi Crystal, Galaviz Luis Manuel, Acosta Ernesto



- S261 **0393** Infectología. **Bacteremia por *Staphylococcus aureus*. Manifestaciones clínicas a propósito de un caso**
Fandiño Marcela Catalina, López Mextli Gabriela
- S262 **0394** Endocrinología. **Signos y síntomas clásicos en la insuficiencia suprarrenal primaria y su importancia en el abordaje del paciente hipotenso**
Violante Jorge Rafael, Obeso Javier
- S262 **0395** Hematología. **Miositis paraneoplásica en un linfoma no Hodgkin T anaplásico. Reporte de caso**
Romero Norma Berenice, Pereda Brenda Yajaira, Martínez Sandra Aideth, Jacobo Jorge Antonio, Ríos Stefany Hiday, Martínez Edgar Iván, Arreguin Roberto
- S264 **0397** Infectología. **Enfermedad de Lyme como diagnóstico diferencial en pacientes con vasculitis p- anca positivos.**
Nucamendi Freeman Isaac, Guízar Luis, De Lira Roberto Carlos, Hernandez Martha Adriana
- S265 **0398** Infectología. **Absceso óseo por *Trichosporon asahii* en un paciente con quemaduras graves como causa de fallo primario del injerto**
De la Rosa Gerardo Alexis, Pérez Eduardo, Villarreal Daniel Leocadio
- S265 **0399** Nefrología. **Rabdomiólisis y pancreatitis aguda simultáneas debido al uso de hipolipemiantes en una paciente con enfermedad renal crónica terminal en terapia de sustitución mediante diálisis peritoneal continua ambulatoria**
López Iris Itzel, Jiménez Gerardo, Campos María Guadalupe
- S266 **0400** Reumatología. **Síndrome de Guillian-Barré y aortitis como manifestación de tuberculosis pulmonar. Presentación de caso único**
Madrid Miguel Francisco, Natera Luis, Ramírez Clotilde Guadalupe, Meza Renata Gabriela
- S266 **0401** Dermatología. **Síndrome de DRESS: a propósito de un caso clínico**
Zárate Larissa Margarita, Ortega María José, Moreno Lorena Guadalupe, Díaz Juan Enrique, Rodríguez Federico Leopoldo
- S267 **0402** Nefrología. **Estado oxidativo en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria. ¿hay diferencias entre el tipo de transporte peritoneal?**
García Yessica, Pazarín Héctor Leonardo, Yanowsky Francisco Gerardo, Mendoza Pedro Alberto, Delgado Tonatuh, Torres Rosalina, Miranda Alejandra Guillermina
- S268 **0404** Endocrinología. **Seudohipoparatiroidismo; asociación de crisis convulsivas, braquidactilia e hipocalcemia**
Guzman Salvador, Romero Javier Alonso, García Rafael, Pérez Eliseo, Huacuja Oscar Yamil
- S268 **0405** Cardiología. **Miocardiopatía dilatada periparto en la unidad de cuidados intensivos coronarios de un hospital de referencia. Una serie de casos**
Gomez Saira, Rangel Jesús Andrei
- S269 **0406** Neurología. **Uso de dexmedetomidina y propofol en un paciente con tétanos**
Martínez Eduardo, Vásquez Fortunato, García Sergio
- S270 **0407** Endocrinología. **Pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia severa en población mexicana: serie de casos**
Albarrán Alejandra, Ramírez Claudia, Cardenas Espinosa Etual, Ferreira Aldo, Molina Mario, Mendoza Victoria
- S270 **0408** Hematología. **Linfoma no Hodgkin extranodal de alto grado: presentación atípica en órbita con extensión a medula espinal**
Gallegos Hugo Alberto, Otero Israel, Luna Fernando Vladimir
- S271 **0410** Infectología. **Síndrome cavernoso como manifestación inicial de meningitis tuberculosa: reporte de caso**
García Minamy Jaime Israel, Angeles Monica, Vazquez Nallely Alejandra, Rivera Rosario Minerva, Morales Ana Lilia
- S272 **0412** Otros. **Enfisema subcutáneo cérvico-facial en paciente diabético, secundario a procedimiento odontológico. Clínica hospital Dr. Patricio Trueba Regil, ISSSTE, Campeche**
Reséndiz Lidia Guadalupe
- S273 **0413** Infectología. **Neurosifilis en el paciente con infección por VIH**
Blanco Miguel Angel, Gudiño Humberto, Lezama Jezer
- S273 **0414** Epidemiología. **Incidencia, prevalencia y mortalidad de cirrosis hepática por VHC en México y América**
Guzmán Alan Francisco, Álvarez Martha Mercedes, Lara Elia, Garnica Francisco
- S274 **0415** Gastroenterología. **Tejido pancreático ectópico: reporte de un caso**
Miranda Roberto Antonio, Meza Cynthia Margarita, González Abigail, Tamayo José Luis, Esquerro Omar, Zapata Alejandra Deyanira, Dehesa Edgar, Irizar Sergio Saul
- S275 **0416** Gastroenterología. **Daño gástrico y colónico inducido por AINES. Reporte de un caso**
Guevara Karen Jocelyn, Lara José Elliott
- S275 **0417** Reumatología. **Evaluación de la sinovitis por ultrasonografía de Power Doppler en pacientes con artritis reumatoide que reciben inhibidores del factor de necrosis tumoral: un estudio piloto observacional**
Paz Aleni, Arriaga Hugo, Arce César, Díaz Yaremi, Comellas Lucia, Aldrete Jorge
- S276 **0418** Infectología. **Afección renal por coccidioidomicosis**
Leal Victor Ezequiel, Ochoa Jacobo, Soto Martha Ofelia, Chaparro Jacqueline, Cadena Daniel, Figueroa Martin Luis
- S277 **0419** Endocrinología. **Cambio en los factores antropométricos y metabólicos en respuesta al uso de mazindol en población mexicana con obesidad**



- Neri Juan Carlos, Barranco Lina Marcela, Flores Francisco Javier, Romero Edgar Román, Rocha Héctor Isaac, Fernández Del Valle Cecilia, Reyes Juan Gerardo
- S278 0420** Hematología. **Linfoma no Hodgking difuso células grandes posgerminal con infiltración a músculo ocular: a propósito de un caso**
Nieblas Daniel Ignacio, Martínez Sandra Aydeth
- S278 0421** Neurología. **Depresión y deterioro cognitivo asociado a la función pulmonar en población geriátrica mexicana**
Guerrero Carolina, Huerta Saúl, Rubio Alberto Francisco, Meneses Iván, Guerrero Brenda Lorena
- S279 0422** Misceláneos. **Correlación entre el índice de masa corporal y la cantidad de grasa intraabdominal en población del norte de la Ciudad de México**
Meneses Iván, Guerrero Carolina, Rubio Alberto Francisco, Vargas Germán, Huerta Saúl, Guerrero Brenda Lorena
- S279 0423** Infectología. **Enfermedad por arañazo de gato: una causa inusual de linfadenopatía cervical unilateral en una paciente inmunocomprometida**
Campos María Guadalupe, Frago Mabel Yolotzin, Hernández María Concepción
- S280 0424** Gastroenterología. **Paciente con síndrome de desgaste y protocolo de lesiones hepáticas**
García Yang David, Guerrero María de los Ángeles, Cerda Fidel, Escarela Maricela, Salvador Roberto, Rodríguez Andrea
- S281 0425** Infectología. **Infección por hepatitis C en un paciente con elevación de azoados y diabetes mellitus 2**
Arvizu Rosa Icela, Herrera José Luis, Kubelis David Emmanuel, Nuzzolo Laura
- S281 0426** Epidemiología. **Prevalencia, distribución y características microbiológicas de infecciones asociadas a la atención de la salud en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán durante el año 2017**
Núñez Nelda Judith, Torres Darwin Stalin, Durán Maximiliano Dercole, Villalobos Rodolfo
- S282 0427** Infectología. **Leptospirosis severa en coinfección con borreliosis**
Otero Israel, Gallegos Hugo Alberto
- S283 0428** Hematología. **Polimorfismo clínico de histiocitosis: enfermedad de Rosai Dorfman cutánea pura**
Ceja Ana Isabel, González Andrés
- S284 0429** Toxicología. **Diabetes insípida con manifestaciones neurológicas asociadas a intoxicación aguda por litio. Reporte de caso**
Hernández Jorge Ezequiel, Hernández Marisol, Arenas José Omar, Pérez Allende Francisco
- S285 0430** Oncología. **Angiosarcoma primario de bazo**
Purón Emma, Coronado Edgar Ulises, Aguirre Javier, Salazar Joel Mario, Casillas Alberto, Ramírez Ricardo Javier, Barboza Carlos Alberto
- S286 0431** Gastroenterología. **Ascitis secundaria a tuberculosis peritoneal. Reporte de un caso**
Sarro Andrea, Ontiveros Nora Hilda, Castro Gerardo Reynold, Hoil Gonzalo, Medina Gilberto
- S286 0432** Gastroenterología. **Signo de Chilaiditi: una entidad a considerar. Reporte de un caso y revisión de literatura**
Lara José Elliott, Guevara Karen Jocelyn
- S287 0433** Oncología. **Hemorragia gastrointestinal alta e intususcepción intestinal como manifestación de melanoma amelanótico metacrónico de origen desconocido**
Arteaga Ricardo Jesús, Meza Nayeli, Gómez Alejandro, Orozco Juliana Patricia, Hernández Juan Carlos, Rivera Karina Angélica
- S288 0434** Reumatología. **Acidosis tubular tipo I como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico**
Ochoa Jacobo, Leal Víctor Ezequiel, Estrada Flavio César, Soto Martha Ofelia, Cazares Iris
- S288 0435** Infectología. **Mucormicosis orbito-cerebral, presentación de caso**
Díaz Dalila Anahí, Abbud Héctor Jacobo, Díaz Guadalupe, Díaz Diego Sebastián
- S289 0436** Toxicología. **Intoxicación por ingesta de semillas de *Ricinus communis*. Reporte de caso**
Abbud Héctor Jacobo, Díaz Dalila Anahí, Díaz Guadalupe, Díaz Diego Sebastián, Sáenz Oswaldo
- S290 0437** Hematología. **Linfoma primario de sistema nervioso central: reporte de dos casos y revisión de la literatura**
Gacilazo Alexandra, Barranco Gilberto Israel, Cruz Antonio, Tapia Mario Alberto, Salazar Claudia Nai, Lajud Francisco Antonio, Artega Daniela
- S291 0438** Endocrinología. **¿Por qué se eleva la lipasa en pacientes con cetoacidosis diabética?**
Ramírez Norma Alicia, Sánchez Virginia H
- S291 0439** Otros. **Prevalencia de deterioro cognitivo en la consulta externa de Geriatría del Hospital Regional de Ciudad Madero de Petróleos Mexicanos de febrero a marzo del 2017**
García Adriana, Castro Elizabeth, Hernandez Yesi Gisela
- S292 0440** Cardiología. **Evaluación del tiempo de activación electromecánica auricular por ecocardiograma en pacientes dentro de un programa de mantenimiento de hemodiálisis con catéter tunelado como acceso vascular**
Ramos José Luis, Benavides Mario Alberto, Rodríguez Cesar Alejandro, Bautista Ivan Roel
- S293 0442** Cardiología. **Análisis, mediante minería de datos, del impacto en México de la enfermedad cardiovascular y la diabetes mellitus tipo 2**
Juárez Sonia, Aldrete Jorge, Gallardo Luis
- S293 0443** Nefrología. **Glomerulonefritis membranoproliferativa asociada a tormenta tiroidea**
Revuelta Luis Alberto, Jasso Juan Carlos, Rivera Héctor, Carranza Carlos, Uribe Norma, Carrillo Eduardo, Carrillo Diego Luis
- S294 0444** Reumatología. **Reactivación de manifestaciones articulares en un paciente con diagnóstico previo de rhus. Reporte de caso**



- Cisneros José Antonio, Conde Cristina Eugenia, Barrera Ramón Jesús*
- S295 0445** Infectología. **Síndrome miopático secundario a miositis granulomatosa asociada a tuberculosis**
Cano Yisela, Ramírez De Aguilar Jimena, Pérez Gabriel, Cedillo José Ramón, Ávila Juan Raúl, Aguilar Iván Hiram, Hernández Moisés
- S296 0446** Infectología. **Absceso cerebral como complicación de sinusitis paranasal etmoidal**
Mérida Itzel González Arana, Vega Gloria Nayeli, Macías Ana Patrica, Sánchez Fernando, Solís Damayanty, García Valeria
- S297 0447** Reumatología. **Polimiositis con compromiso respiratorio, reporte de caso y revisión de la literatura**
Barriga Ariadna Yareli, Arteaga Mayra, Corona Karem, Quiles Betzabé, Ramírez Jorge Luis
- S297 0449** Gastroenterología. **Dolor torácico no cardiogénico con desnivel positivo del segmento ST, a propósito de un caso**
González Mérida Itzel, Vega Gloria Nayeli, Macías Ana Patrica, Sánchez Fernando, Solís Damayanty, García Valeria
- S298 0451** Reumatología. **Hemorragia alveolar difusa asociada a granulomatosis con poliangeítis. Reporte de un caso**
Rodríguez Mario Enrique, Meza Paulina Monserrat, Aranda Alejandra
- S299 0452** Endocrinología. **Panhipopituitarismo crónico como secuela de traumatismo craneoencefálico severo**
Rodríguez Omar Gabriel, Atrisco Neftali, Solís Dulce Fabiola, Galván Karla Lizette, Terrazas Elías, Romero Liliana
- S300 0453** Cardiología. **Síndrome de Wellens como presentación inicial de SICACEST intrahospitalario**
Ortega Horus Ramsés, Argüello Jardiel, Guzmán Elías, López Giovana Lucía, De La Cruz José Martín
- S300 0454** Gastroenterología. **Gastromegalia y alcalosis metabólica severa como presentación inicial de la estenosis pilórica**
Arenas José Omar, Hernández Marisol, Hernández Jorge Ezequiel, Pérez Allende Francisco
- S301 0455** Infectología. **Abordaje diagnóstico terapéutico de toxoplasmosis en VIH**
Fernández Antonio, Cortés Fernando, Villalón Jorge, Jaramillo Agustín Eduardo, López Mariana Altigracia, Maldonado Ilere Atzimba
- S302 0456** Hematología. **Linfohistiocitosis hemofagocítica, caso de éxito con esquema HLH04**
López Sandra Lorena, Noyola Maura Estela, Anda Juan Carlos, Ramos Gustavo Jony, Cornelio Ramon Dario, Martinez Eduardo, Duran Monica Yasmin
- S303 0458** Reumatología. **Infarto agudo al miocardio recurrente en paciente con síndrome antifosfolípido primario**
Montes Daphne Marisol, Valencia Oswaldo Horacio, Rivera María de la Luz
- S303 0459** Cardiología. **Hiperuricemia asintomática y enfermedad arterial coronaria**
Miranda Tomas, Pérez Silvia Esmeralda, Puron Emma, Esturau Ramon, Meneses Luis, Ortega Williams, Gomez Carlos
- S304 0460** Reumatología. **Epidemiología del lupus eritematoso sistémico en la región Soconusco del estado de Chiapas: experiencia del HRAE Ciudad Salud en Tapachula**
Sepúlveda Jesús, Vera Olga Lidia, Ramírez Juan Carlos, Ocaña Manuel Jesús, Cetina José Hiram, Bulos Pedro, Tevera Monica Georgina, Mena Blanca Aurora, Cruz Mario Adolfo, Granados Julio
- S305 0461** Reumatología. **Amiloidosis AA secundaria a enfermedad relacionada a IGG4**
Wisniewski Andrea, Zavala Gerardo, González Alejandra, Hernández Gabriela, Ángeles Arturo, Martin Eduardo
- S306 0462** Otros. **Limitación del esfuerzo terapéutico y el conflicto ético en médicos internistas**
Garduno José de Jesús, Veytia Marcela, Herreros Benjamin, García Rosalia, Rodríguez Jorge Alberto, Quijano Uriel, Marquez Octavio
- S307 0463** Misceláneos. **Cetoacidosis diabética severa como primera manifestación de absceso subfrénico**
Rivera Rosario Minerva, García Víctor Hugo, Rubio Mauricio Eduardo, Hernández Juan Carlos, García Jaime Israel, Vázquez Nallely Alejandra, Morales Ana Lilia
- S308 0464** Reumatología. **Polineuropatía asociada a poliangeítis microscópica, un reto diagnóstico. Reporte de caso**
Panama Mariana, Domínguez Carlos, García María Fernanda, Contreras Karina Yutzil, Minor Nataly
- S308 0465** Oncología. **Linfagitis carcinomatosa pulmonar como presentación inicial de cáncer de colon: caso clínico**
Murillo Felipe de Jesús, Treviño Mario Alonso
- S309 0466** Oncología. **Epidemiología del hepatocarcinoma en el estado de Chiapas: experiencia del HRAE Ciudad Salud en Tapachula**
Sepúlveda Jesús, Lajous Martin, Godoy Cesar, Bulos Pedro, Tevera Monica Georgina, Pérez José Manuel
- S310 0467** Infectología. **Desarrollo de mucormicosis en paciente con cetoacidosis diabética. Reporte de caso**
Panama Mariana, Domínguez Carlos, García María Fernanda, Contreras Karina Yutzil, Minor Nataly, Guamán John Oswaldo
- S310 0468** Misceláneos. **Poliquistosis renal, parte del complejo de esclerosis tuberosa. Reporte de caso**
Solís Daniel Antonio, Esquivel Gonzalo Enrique, Ibarra Kevin, Hidalgo Diego Antonio
- S311 0469** Neurología. **Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada: presentación de un caso**
Murillo Alberto, Venegas Omar Alberto, Nava Roberto, Robles Jesus, Pérez Wilma
- S312 0470** Reumatología. **El HLA DRB102 (15 y 16) se asocia al desarrollo de lupus eritematoso sistémico**

- posterior a la infección por los virus Zika y chikungunya en una zona endémica en la frontera sur de México
Sepúlveda Jesus, Bulos Pedro, Pérez José Manuel, Ruiz Daniela, Juarez Francisco, García Raquel, Hernández Susana Marcela, Granados Julio, Tevera Monica Georgina
- S313 **0471** Otros. **Score geriátrico para predecir mortalidad intrahospitalaria**
García Juan Carlos
- S314 **0472** Oncología. **Carcinoma embionario extragonadal en mediastino anterior como causa de derrame pleural**
Ontiveros Juan Luis, Sánchez Juan Manuel, Cruz Natali
- S314 **0473** Cardiología. **Síndrome de Eisenmenger en el adulto**
Ángeles Mónica, García Jaime Israel, Valtierra Araceli, Estrada Martín, Larracilla Karina, Benitez Daniel Rabindanath
- S315 **0474** Otros. **Carcinoma renal asociado a uso crónico de inhibidores de calcineurina en paciente postrasplantado renal no relacionado**
Pineda Jaime Andres, Noyola Maura Estela, Anda Juan Carlos, Velazquez Karla Abigail, Martinez Eduardo, Sánchez Jorge
- S316 **0475** Neurología. **Evento cerebrovascular isquémico como presentación de glioblastoma multiforme: a propósito de un caso**
Guzman Elias, Santillan Wendy Josefina, Breton Mauricio, Diaz Nestor Benedicto, Ortega Horus Ramses, Arguello Jardiel, Aguirre Alejandra
- S316 **0476** Gastroenterología. **Prevalencia de esófago de Barrett: estudio observacional en una clínica de gastroenterología**
Herrera José Luis, Monreal Roberto, García Diego, González Emmanuel, Borjas Omar David, Maldonado Hector, González José Alberto
- S317 **0477** Infectología. **Leishmaniasis visceral y cutánea recurrente por *Leishmania mexicana* en un paciente con infección por virus de la inmunodeficiencia humana**
Rodríguez Lucero Jasmin, Rivera Norma Eréndira, García Sergio, López Iván Fidel
- S317 **0478** Misceláneos. **Reconocimiento del síndrome de Ramsay Hunt**
Hoil Gonzalo Alberto
- S318 **0479** Cardiología. **Miopericarditis aguda revisión de un caso clínico. Hospital Gustavo A Rovirosa Pérez**
Rojas Jahzeel Samir, Hernández Eufates, Morales Erick, Díaz César Adrián, Olán Francisco, Morales Zoila
- S318 **0480** Toxicología. **Mujer con falla renal, alteraciones neurológicas y electrocardiográficas por intoxicación crónica por litio**
De La Vega Frida Margarita, Zuluaga Yohana, Ramírez Arturo
- S320 **0482** Neurología. **Encefalomielitis aguda diseminada, una enfermedad desmielinizante. Presentación de un caso clínico. Hospital Gustavo A. Rovirosa Pérez**
Rojas Jahzeel Samir, Gándara César Adrián, Morales Erick, Llamas Cesar, Morales Zoila, Hernández Eufates
- S320 **0483** Gastroenterología. **Neoplasia pseudopapilar sólida de páncreas, reporte de un caso de un tumor poco común**
Ruiz Alejandra, Shveid Daniela, Afya Avi, Moreno Francisco
- S321 **0484** Oncología. **Linfoma cutáneo primario anaplásico de células grandes CD30 + en estadio avanzado, reporte de un caso**
Camberos Carlos Arturo, Navarro Miriam Nayeli, González Jessica
- S322 **0485** Endocrinología. **Aldosteronismo primario por hiperplasia suprarrenal bilateral como causa de debilidad muscular, hipocalemia severa y urgencia hipertensiva en una mujer de 54 años de edad**
Bonilla Raquel, Peralta Ana Lilia, Rodríguez Brenda Grisel, Solano Irlanda
- S323 **0486** Nefrología. **Agentes causales de peritonitis, su resistencia antimicrobiana y asociación con el desgaste proteico energético en pacientes en diálisis peritoneal en el servicio de Nefrología del Hospital Civil Dr. Juan I Menchaca**
Cruz Beatriz, Pazarin Hector Leonardo, Yanowsky Francisco Gerardo, Delgado Tonatihu, Mendoza Pedro Alberto, Picazo Eduardo
- S324 **0487** Neurología. **Deterioro cognitivo subagudo en paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida**
Hernández Melissa, Hernández Luis Daniel, Velazquez Bruno Alexander, Estrada Ricardo, Salas Arturo
- S324 **0488** Reumatología. **Trombosis venosa profunda asociada a infección de tejidos blandos como presentación de síndrome antifosfolípidos triple positivo en paciente varón. Reporte de caso clínico**
Gallardo Josue Isaías, Martinez Laura Patricia, Plascencia Marcela, Buenrostro Miguel Angel, Landeros Ernesto, Michel Jorge Isaac
- S325 **0489** Neurología. **Neuritis óptica bilateral como primera manifestación de enfermedad desmielinizante, reporte de caso**
Gómez Livier, Fuentes Elida Elizabeth, Del Valle José María, Valadéz Maritza Jaqueline
- S326 **0490** Reumatología. **Lupus eritematoso sistémico: retraso en su diagnóstico**
Velázquez Karla Abigail, Malagón José
- S327 **0491** Neurología. **Demencia de inicio temprano probable enfermedad de Alzheimer familiar. Reporte de un caso**
Rosiles Artemio, Centeno Belen, García Enrique, García Francisco Javier
- S328 **0492** Gastroenterología. **Presentación con hemocromatosis en una paciente con diabetes mellitus de reciente diagnóstico: presentación de un caso**



- Serna José Antonio, Salgado Raul Eduardo, Cordoba Jacqueline, Morales Ana Lilia, Loeza Michelle Patricia, Parra Nela Melissa, Velazquez Ana Fernanda
- S329 0493** Reumatología. **Amiloidosis primaria como causa de síndrome nefrótico: presentación de caso**
 Tamayo Dulce Mariana, Vázquez Lorenzo Manuel, Barrera Aarón Alejandro, Medina Gilberto Jesús
- S329 0495** Hematología. **Mieloma múltiple en paciente con hemocromatosis presentación de un caso**
 Serna José Antonio, Salgado Raul Eduardo, Cordoba Jacqueline, Prada Mario Ricardo, Parra Nela Melissa, Velazquez Ana Fernanda
- S330 0496** Dermatología. **Linfoma cutáneo primario difuso de células B grandes, de las piernas, CD 20 positivo, resistente a tratamiento, presentación de un caso**
 Guerrero Diana Valeria, Luna Rocío, Vázquez Mariana, Puebla Miriam, Cruz Jorge
- S331 0497** Nefrología. **Lesión renal aguda en pacientes con diagnóstico de dermatomiositis**
 Salazar David, Ochoa Guadalupe Montserrat, Jiménez Pedro Ricardo, Díaz Jennifer Samara, Ríos Adriana Gabriela, Macías Diego Jarek, Torres Santiago
- S332 0498** Otros. **Abdomen agudo como una traducción clínica de amiloidosis primaria**
 Sáenz Carlos Eduardo, Enciso Ervin Saúl, Ramírez de Aguilar Jimena, Salgado Eduardo
- S333 0499** Misceláneos. **Alergia a trimetoprim con sulfametoxazol en paciente con VIH, esquema de desensibilización, presentación de un caso**
 Guerrero Diana Valeria, Hernández Leticia
- S334 0500** Infectología. **Tuberculosis miliar multidrogoresistente en un paciente usuario de drogas inhalantes**
 De La Rosa Gerardo Alexis, Cedillo Hector Enrique, Figueroa Ana Lizzeth
- S335 0501** Infectología. **Un caso de diarrea e intolerancia a la vía oral en una paciente de 59 años**
 Arvizu Rosa I, Sanchez Karen I, González Laura Leticia, Jimenez Edgar I, Hernandez Edgar G
- S335 0502** Hematología. **Mieloma múltiple con compromiso extramedular y diferenciación plasmablastica**
 Carlos Blanca Nohely, Hernández Éufrates Núñez, Olán Francisco, Morales Zoila
- S336 0503** Nefrología. **Un caso de mialgias y elevación de azoados en un paciente de 38 años**
 Arvizu Rosa I, Herrera José Luis, Farías Iris C
- S337 0504** Neurología. **Polineuropatía como manifestación inicial de síndrome de Poems**
 Escudero Emma María, Arriaga Martín José Roberto, Morales Georgina Selene
- S338 0505** Neurología. **Encefalopatía de Wernicke asociada a colitis ulcerativa cronica idiopática. Reporte de caso**
 Plascencia Marcela, Ruiz Josue Isaias, Buenrostro Miguel Angel, Martinez Laura Patricia, Michel Jorge Isaac, Landeros Ernesto
- S338 0507** Reumatología. **Hemorragia alveolar difusa como primera manifestación de lupus eritematoso sistémico**
 Rojas Michelle Encarnación, Correa Freddy, Rivera Cesar, Reyna Jaime, Rojas Mario Antonio, Álvarez Cinthia, Aliaga Felipe Aladino
- S339 0508** Infectología. **Deterioro cognitivo subagudo secundario a meningitis por Aspergillus en paciente portador de enfermedad renal crónica**
 Murillo Alberto, Roman Susana, Fernandez Paulina, Murillo Hector
- S340 0509** Reumatología. **Rabdomiólisis fatal y daño renal agudo secundario a miopatía inflamatoria autoinmune: dos casos**
 Navarro Guillermo, Michel Jorge Isaac, Uribe Jefe Felipe, Ruiz Josué Isaias, Plascencia Marcela, Chávez Jonathan Samuel, Orozco Dayana Estefanía
- S341 0510** Hematología. **Recaída pulmonar tardía de linfoma no Hodgkin folicular, entidad poco frecuente. A propósito de un caso**
 Peralta Adriana Berenice, González Andres, Regino Nora Elemi
- S342 0511** Infectología. **Comparación de casos nuevos de síndrome de inmunodeficiencia humana entre 2016 y 2017 en el estado de Guanajuato**
 Sánchez de Aparicio Enrique, Vargas Eunisse Guadalupe, Garnica Francisco, Salcedo Aaron Missael de Jesús, Lara Elia
- S343 0512** Epidemiología. **Casos nuevos de enfermedad diarreica en Guanajuato 2017**
 Garnica Francisco, Sánchez de Aparicio Enrique, Guzmán Alan Francisco, Salcedo Aarón Missael, Lara Elia
- S344 0514** Neurología. **Trombosis séptica del seno cavernoso: reporte de un caso infrecuente**
 Salgado Gandhi Vicente, García Francisco Javier, García Enrique, Guadarrama José Francisco
- S345 0515** Neurología. **Síndrome de Bannwarth y vasculitis cerebral por neuroborreliosis de Lyme: reporte de caso**
 De La Torre Andrés Eduardo, Olguín Leticia Alejandra, Navarrete Aline, Frias Ilse Catalina, Maya Rogelio de Jesus, González Carlos, Sánchez María Teresa
- S345 0516** Hematología. **Amiloidosis sistémica secundaria a mieloma múltiple de cadenas ligeras lambda con afectación renal y cardiaca: reporte de caso**
 Bautista Abigail, Aranda Mercedes, Rodríguez Lucreo, Escamilla José Ángel
- S346 0517** Epidemiología. **Principales causas de años de vida perdidos por muerte prematura en hombres en edad productiva en Guanajuato 2016**
 Garnica Francisco, Sánchez de Aparicio Enrique, Álvarez Martha Mercedes, Lara Elia
- S346 0518** Misceláneos. **Perfil epidemiológico de la mortalidad por neoplasias ginecológicas entre 2014 y 2016 en el estado de Yucatán**
 López Katheryn, Méndez Nina, Pappas Marcos, Calafell Pablo Antonio, Hernández Diego

- S347 0519 Neurología. Encefalitis autoinmune anti-NMDA: reporte de caso**
Martinez Javier Alejandro, Cardenas Marco Antonio, Nañez Homero
- S348 0520 Otros. Analisis de resultado de un programa de monitoreo de colocacion de accesos venosos centrales de un hospital de tercer nivel del noreste de México**
Violante Jorge Rafael, Vera Raymundo, Hernandez Dali Alejandro, Escobedo Nicolas, Castro Ana Gabriela, González Santiago Elizandro, Sanchez Maria José, Nañez Homero
- S349 0521 Gastroenterología. Síndrome de sobreposición de hepatitis autoinmune y cirrosis biliar primaria asociado a hipotiroidismo, fibrosis pulmonar y enfermedad de Parkinson: a propósito de un caso**
Espinosa Ramón, Regino Nora Elemi, Carmona Jorge Alberto, Paulino Guillermo, Juárez Leonardo Samuel, López Jorge Alberto, Tetlalmatzi Ricardo Antonio
- S350 0523 Oncología. Neoplasia de origen primario desconocido, a propósito de un caso**
Reyes Abraham Emilio, Castro Luis Javier, Rodríguez José Luis, Rodríguez María Berenice, Sansón Lizeth
- S351 0524 Epidemiología. Panorama epidemiológico de la mortalidad por cirrosis hepática alcohólica en el estado de Yucatán entre 2013 y 2016**
Vázquez Lucía Lisseth, Meléndez Elisael, Moo Carlos Daniel, Méndez Nina
- S352 0526 Endocrinología. Crisis hipercalcémica secundaria a insuficiencia suprarrenal. Reporte de un caso**
Castillo Rodrigo, Flores María Fernanda, Parra Nela Melissa, Mendoza Jesus Guillermo, González Hector Raul, Soriano Ana Mercedes
- S353 0527 Nefrología. Deterioro abrupto de la tasa de filtración glomerular como manifestación de nefropatía no diabética en paciente con diabetes mellitus tipo 2: reporte de un caso**
Mena Jorge, Castaño Ana Gabriela, Hernandez Manuel Antonio, Barajas Cristian Emmanuel, Chávez Jorge Alberto, Borjas Jaime Antonio
- S353 0529 Misceláneos. Presentación de caso de paciente con diagnóstico de disección aórtica tipo B crónica**
De La Cruz María Fernanda, Peón Gerardo, Buenfil Coralía, Matos Fátima, Paredes Rosalba
- S354 0530 Neurología. Elevada frecuencia de depresión mayor y riesgo suicida en población maya-mestiza de Yucatán**
Bravo Erandi, Peña Barbara Itzel, Miguel Oliver Aldhair, Méndez Herón Gaspar, Nicolini José Humberto, Menjivar Marta Alicia
- S355 0531 Misceláneos. Revisión sistemática de la estacionalidad de la enfermedad de Kawasaki**
Villasuso Victor, Méndez Nina, Cisneros Alejandra, Díaz Ana Cristina
- S356 0532 Endocrinología. Incidentoma suprarrenal**
Hurtado José Joel, Briceño Fernando, Zaldivar Nedelé
- S356 0533 Neurología. Asociación entre hipertensión arterial y deterioro cognitivo leve en pacientes mayores de 60 años**
Alonso Adriel Ismael, Méndez Nina, Dzul Karla Rossanet
- S357 0534 Infectología. Cistitis enfisematosa presentación de caso, abordaje y tratamiento**
Rodríguez Rocío Berenice, Pavon Ana Leticia, Moreno Julio
- S358 0535 Infectología. Criptococosis meníngea como manifestación inicial de SIDA C3: reporte de caso**
Alcántara Melchor, Belmonte Freddy, Calderilla Laura Gabriela, Jiménez Jesús
- S359 0536 Gastroenterología. Hemocromatosis: reporte de caso clínico**
Herrera Jorge Alexis, García Alejandro, Cázares Vanesa Yoaly, Leños Angeles Del Rocio, Mejía Leonardo Miguel
- S359 0537 Cardiología. Caso clínico cardiomiopatía chagásica**
Tellez Carlos Alberto
- S360 0538 Infectología. Tuberculosis epiglótica. Caso atípico**
Muñoz Gabriela, Manrique Alejandro, Vazquez Eduardo, Melo Americo, Esquivel Victor, Manuel Luis Rey, Pelayo Jaime
- S361 0539 Oncología. Coexistencia atípica de metástasis cerebral y carcinoma de vesícula biliar**
Galván Karla Lizette, Rodríguez Omar Gabriel, Romero Liliana, Arteaga Ricardo
- S361 0540 Hematología. Linfoma no Hodgkin hepatoesplénico de células T: presentación de caso y revisión de literatura**
Zamora Miguel Angel, Lucio Ana Felizha, González Enrique, Osorno Karen Lorena, Márquez Óscar Octavio, Pezina César Octaviano, Alvarado Petra Yuridia Lizeth
- S362 0541 Dermatología. Síndrome de DRESS asociado a alopurinol en paciente con enfermedad renal crónica estadio 3b**
Granados Irene Belen, Rojas Eric, Martínez José Fabián
- S362 0542 Neurología. Demencia rápidamente progresiva como manifestación inicial de una encefalitis autoinmune antiNMDA. Reporte de un caso**
Dávila Andrea, Aburto Elsa, Casanova Erika, Aguilar Juan Carlos, Hernandez Isaac, Degante Karen Itzel, Cruz Erika Alejandra
- S363 0543 Hematología. Medición de niveles de citocinas en líquido cefalorraquídeo y su relación clínica en pacientes con leucemia linfoblástica aguda**
Jiménez Raúl Alberto, Gamboa Magdalena, Silva Leslie Jazmin, Pinzón Mónica Andrea, Gómez Andrés, Gómez David, Jaime José Carlos
- S364 0544 Otros. Hipertensión arterial pulmonar secundario a uso de leflunamida, en un paciente con enfermedad renal crónica e infección de virus BK**
Cruz Rodrigo Zenón, Cueto Guillermo, Cruz Miguel Ángel, Jurado Merly Yamile



- S365 0545 Neurología. Síndrome de Guillain-Barré asociado a exteriorización de marcapasos permanente, reporte de un caso**
Hernández José Francisco, Valadez Maritza Jacqueline, Parra José Luis, Del Valle José María, Varela Diana Selene, Alvarado Armando, Olvera Oscar
- S365 0546 Otros. Hipertensión pulmonar limítrofe: serie de casos en el Hospital General de México**
Cruz Rodrigo Zenón, Cueto Guillermo, Cruz Miguel Ángel, Jurado Merly Yamile
- S366 0547 Gastroenterología. Colitis microscópica: reporte de caso**
Martínez Javier Alejandro, Herrera Carlos Alejandro, Esquivel Miguel Ángel, Isordia Javier, Nañez Homero
- S367 0548 Nefrología. Estimación de la osmolaridad urinaria a partir de electrolitos urinarios y del examen general de orina: propuesta de una fórmula para población mexicana**
Olivas Antonio, Vidal Jesús, Pérez Iván, Fagundo Reynerio, Carrillo Eduardo
- S368 0549 Otros. Asociación de hipertensión pulmonar en pacientes con síndrome de Down**
Cruz Miguel Ángel, Cueto Guillermo, Martínez Cruz, Jurado Merly Yamile
- S369 0550 Dermatología. Carcinoma basocelular con metástasis a hígado, pulmón y hueso. Reporte de caso**
Valladares Yadira, Ibarra Jesús Arturo, Reyna María Ángela, Zárate Edgar
- S369 0551 Neurología. Síncope como única manifestación en paciente con síndrome de Fahr asociado a hipoparatiroidismo secundario**
Bernache Viridiana Berenice, González Jorge
- S370 0553 Reumatología. Artritis reumatoide del anciano con manifestaciones extra articulares, asociada a condrocalcinosis**
Bernache Viridiana Berenice, González Jorge, Cerda Fidel, Lozada Carlos Alberto
- S371 0554 Neurología. Espectro de neuromielitis óptica y pancitopenia secundaria a mielotoxicidad por aziatropina**
Martínez José Daniel, Vázquez Francisco
- S372 0556 Otros. Asociación de deterioro cognitivo con niveles de vitamina D en pacientes con diabetes mellitus tipo 2**
Valdín Tania Isabel, Romero Cuauhtémoc, Arbeu Marlene, Treviño Francisco, Montiel José Sabino, Hernández Jessica Mariana, Rodríguez Enrique Iván
- S372 0557 Reumatología. Enfermedad de Still del adulto como causa de fiebre de origen desconocido (FOD)**
Hernández Arturo Eduardo, Martínez Miguel Ángel, Arroyo María Fernanda
- S373 0558 Oncología. Asociación entre el valor del índice neutrófilo/linfocito y los subtipos histopatológicos de cáncer de próstata con la supervivencia global durante el periodo comprendido entre marzo del 2000 a febrero del 2017**
Hernández Roberto, Alvarez Cristina Guadalupe, Hernández Sandra
- S374 0559 Infectología. Rickettsiosis y proteus ox-19. Reporte de utilidad de anticuerpo en diagnóstico: reporte de caso y revisión de literatura**
Zarate Gerardo, Salazar Laura Alexandra
- S375 0560 Endocrinología. Evaluación de metas de control de diabetes en pacientes con VIH**
Alvarez Rigoberto Doroteo, Belaunzarán Pablo Francisco, Hernández Sergio César, Sierra Juan, Cano Jorge Oggun, Caro Yanink
- S376 0561 Endocrinología. Miopatía proximal hipertrófica como manifestación inicial de hipotiroidismo primario: reporte de un caso**
Armenta María Fernanda, Espinosa Ramón, Rosales Claudia Ivet, Gómez Coral Alejandra, Viveros Eloína, Oropeza Lizbeth Eliza, Hernández David Enrique
- S377 0562 Misceláneos. Polineuropatía craneal asociada a vasculitis como manifestación inicial de síndrome de Cogan**
Sánchez Diego Enrique, Martínez Carel, Dzul Eddier Salomon
- S378 0563 Gastroenterología. Síndrome de sobreposición de colangitis biliar primaria y hepatitis autoinmune**
Tellez Carlos Alberto
- S379 0564 Gastroenterología. Sangrado de tubo digestivo alto secundario a lesión de Dieulafoy**
Tellez Carlos Alberto, Herrera Gilberto
- S379 0565 Hematología. Linfoma de la zona marginal (estómago e intestino delgado) con transformación a linfoma difuso de células grandes estirpe B (ganglio cervical) en masculino de la octava década de la vida: reporte de caso**
Belmonte Freddy, Moran Edith Margarita, Jimenez Luis Miguel, García María Carmen, Emeterio Jazmin Gpe., Jaimes Kathia Ma.
- S380 0566 Nefrología. Inicio de diálisis peritoneal en el postquirúrgico inmediato en paciente con hernia umbilical gigante y disfunción de catéter tenckhoff, agotamiento vascular y urgencia dialítica**
Rico Jesús Alejandro, Villavicencio Carlos Alberto, Chávez Hugo Enrique
- S381 0567 Neurología. Schwannomas cervicales: reporte de caso y revisión de la literatura**
Zarate Gerardo, Salazar Laura Alexandra
- S382 0568 Infectología. Síndrome hemofagocítico informe de un caso**
Herbert Zaira Nereida, Patlán Hazel Ali, De la Maza Salvador, Gil Lamadrid Itzel, Borjas Jaime Antonio
- S382 0569 Endocrinología. Secreción de adiponectina por adipocitos primarios humanos, recuperación de adiponectina y su relación con la y reversión de diabetes mellitus tipo 2 post-cirugía bariátrica**
Suárez Juan Antonio, Martínez José Enrique, López Itzcoatl Miguel, Ortíz Moisés, Montoya Jesús
- S383 0571 Endocrinología. Hiperparatiroidismo primario con osteitis fibrosa quística. Reporte de un caso**
Salero Débora, Vergara Adriana, Piña Monserrat
- S384 0572 Endocrinología. Evolución espontánea de tumoración suprarrenal bilateral**



- Ramírez Raul, Ibarra Jesus Alejandro, Gutierrez Leticia, Cortez Brenda Guadalupe, Arana Julio Cesar, Orozco Francisco Javier, Tiempo Fabiola Guadalupe
- S384 0573 Hematología. Hemofilia adquirida: presentación de caso clínico**
Medina Benjamín, Carreño Paulina, Zaldivar Nedelé, Camacho Marco Antonio, Olvera Arturo
- S385 0574 Gastroenterología. Reporte de caso: pancreatitis aguda medicamentosa secundaria a propofol**
Salinas José Alfredo, Galván Verónica Alejandra, Sánchez María Teresa
- S386 0575 Gastroenterología. Estenosis esofágica secundaria a adenocarcinoma de estómago: reporte de caso y revisión de literatura**
Zarate Gerardo, Salazar Laura Alexandra
- S386 0576 Cardiología. Trombolisis por catéter y ultrasonido en paciente con síndrome May-Thurner (MTS) y trombosis extensa ileofemoral y VCI**
Zuluaga Lizeth Yohana, De la Vega Frida Margarita, Jaime Diego Alberto, Kuri Mauricio, García Edgar Andres, López Hector
- S387 0577 Reumatología. Miositis necrotizante como manifestación paraneoplásica de adenocarcinoma metastásico de origen desconocido. Reporte de un caso**
Hernandez Adrian, Navarro Joel, Martinez Dalia Araceli, Silva Rafael, García Felipe
- S388 0578 Endocrinología. Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética: incidentaloma hipofisiario. Reporte de un caso**
Ramírez Raul, Ibarra Jesus Alejandro, Gutierrez Leticia, Cortez Brenda Guadalupe, Arana Julio Cesar, Carmona Gabriel Alberto, Solorio Jorge Daniel, Rosas José Vicente
- S389 0579 Oncología. Síndrome de sección medular agudo completo como primera manifestación de cáncer renal**
Mínor Nataly, Contreras Karina Yutzil, Panamá Mariana, Hernández Ulises
- S389 0580 Nefrología. Cohorte retrospectiva de pacientes con enfermedad renal crónica terminal y criterios de hemodiálisis urgente en el área de urgencias y medicina interna de un hospital de 3° nivel del noreste del país**
Rodríguez Yuridia Evangelina, Olivo Mara Cecilia, Nández Homero, Rivera Daniel
- S390 0582 Infectología. Bacteremia por *Ralstonia pickettii* en un paciente en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis: reporte de un caso**
Flores Nataly Yatziri, Torres María Berenice, Rodríguez Ameyalli
- S391 0584 Infectología. Coinfección diseminada de citomegalovirus y *Cryptococcus neoformans* en paciente inmunosuprimido VIH-SIDA**
Barragán Eduardo, Noyola Maura Estela, Anda Juan Carlos, Juárez Fany Gabriela, Albarracín José Luis
- S392 0585 Infectología. Tuberculosis meníngea en paciente con artritis reumatoide**
Reyes Carlos Antonio
- S393 0586 Cardiología. Detección de síndrome de QT largo en paciente de 28 años postoperada de resección de tumoración supraselar con infusión de norepinefrina que desencadenó torsades de pointes**
Ruiz Teresita de Jesús, Maldonado Cástulo Damián, Cárdenas Luis Carlos
- S393 0587 Infectología. Criptosporidiosis: reporte de un caso clínico con presentación atípica**
Mijangos Alejandra Madeleine, Carmona Gabriel Alberto, Arana Julio César, Ibarra Jesús Alejandro, Ramírez Raúl, Cardona Melisa, Orozco Francisco Javier
- S394 0589 Neurología. Insuficiencia vertebro-basilar en paciente con síndrome de Klippel Trenaunay Weber. Reporte de un caso**
Cruz José Eduardo, Jarvio Gabriel Esaú, Cimé Erik Antonio, Rodríguez Brenda Grisela, Peralta Ana Lilia
- S395 0590 Reumatología. Hemoptisis como manifestación de vasculitis pulmonar primaria en paciente con enfermedad renal en hemodiálisis**
García Daniel, Barrios Karla Veronica, Flores Ana Gabriela, Marin Miguel, Arias Jaime, González Heidi Andrea, Cansino Mariana Aurora
- S396 0591 Gastroenterología. Colitis eosinofílica: informe de un caso clínico**
Ramírez Angélica, Palencia Rodolfo, Santoyo Jesús Alberto, Villagrán Manuel
- S397 0592 Dermatología. Carcinoma de Merkel asociado a miastenia gravis paraneoplásica**
Lankenau Diana Lorena, De la Garza Fernando
- S397 0593 Neurología. Variante faringo-cervico-braquial del síndrome de Guillain-Barré. Reporte de un caso**
Valdín Tania Isabel, Castillo Manuel de Jesús, Arbeu Marlene, Treviño Francisco, Montiel José Sabino, Hernández Jessica Mariana, Rodríguez Enrique Iván
- S398 0594 Endocrinología. Fracturas patológicas en un paciente joven por hipercalcemia secundaria a la presencia de adenoma paratiroideo**
Rivera Miguel Angel, Arias Cisela, Vasquez Fortunato, Arango Ariadna
- S399 0595 Neurología. Mielinólisis central pontina asociada a suspensión de consumo de alcohol, en un paciente alcohólico crónico**
Morales Pedro, Fernández José Antonio, Rendón Ana Patricia, Ruiz Angelica, Mata Martha Patricia
- S401 0596 Endocrinología. Hipertiroidismo subclínico en paciente con lupus eritematoso sistémico. Reporte de un caso**
Jarvio Gabriel Esaú, Cruz José Eduardo, Solano Irlanda, Peralta Ana Lilia
- S401 0597 Reumatología. Arteritis de Takayasu posterior al diagnóstico de leucemia mieloblástica aguda, una temporalidad infrecuente**
Salcido Alejandro, Arvizu Rosa Icela, Cerda Christopher, Irruegas Angel Ricardo, Serna Griselda, Garza Ingrid Abigail
- S402 0598 Gastroenterología. Síndrome de Wilkie como manifestación de adenocarcinoma gástrico**



- Cessa José Carlos, Cuellar Jesús Eduardo, De la Rosa Gerardo Alexis, Estrada Jorge ¹, González José Alberto, Nañez Homero
- S402 0599 Neurología. Meningioma de la hoz trombosado asociado a trombosis venosa cerebral de repetición en paciente joven**
Cárabes Delia Lizbeth, Valadez Maritza Jacqueline, Hernandez José Francisco
- S403 0600 Otros. Una singular causa de disnea: proteinosis alveolar pulmonar. Reporte de caso**
Cortez Brenda Guadalupe, Rodríguez Marcos Teodoro, Aguilar María Fernanda, Ramírez Raul, Tiempo Fabiola Guadalupe, Solorio Jorge Daniel, Ibarra Jesús Alejandro
- S404 0601 Neurología. Ataxia cerebelosa por anticuerpos anti-GAD; acerca de un caso del Hospital General de León**
Lara José Bernardo, García Maximiliano, Cano Juan Manuel
- S404 0602 Nefrología. Riñón de mieloma con depósito por cadenas ligeras como causa de enfermedad renal crónica: la importancia de buscar etiología**
García Héctor René, Marmolejo Manuel Alejandro, Garza Carlos A
- S406 0603 Oncología. Adenocarcinoma mediastínico primario: neoplasia poco frecuente**
Carlos Blanca Nohely, Hernández Éufrates, Olán Francisco, Morales Zoila
- S406 0604 Reumatología. Relación de los marcadores de inflamación, títulos de factor reumatoide y anti-PCC con el riesgo cardiovascular en la artritis reumatoide**
Torres Julian, Mendez Priscila Lucina, Lugo Gustavo Esteban, Berea Ricardo, Jara Luis Javier, Muñoz Omar Eloy, De la Cruz Juan Carlos
- S407 0605 Infectología. Experiencia de 16 casos de histoplasmosis diseminada en personas coinfectadas con virus de la inmunodeficiencia humana en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca**
Aranda Mercedes, Rivera Norma Eréndira, Corzo Dora Edith, Flores Iván Fidel, Escamilla José Angel
- S408 0607 Oncología. Ascitis quilosa por adenocarcinoma endometrial**
Mora Mauricio de Jesús, Romero Liliana, Sánchez Vicente Manuel, Torres Oscar Amauri, Escobar Gisela
- S409 0608 Hematología. Rabdomiólisis como complicación de quimioterapia en paciente con leucemia mieloide aguda. Reporte de caso**
Flores José Alberto
- S409 0609 Hematología. Linfoma de Hodgkin primario de hígado. Presentación de caso**
Cortez Brenda, Aguilar Maróa Fernanda, Ramírez Raul, Javier Francisco, Paredes Eugenia Patricia, Carmona Gabriel Alberto, Ibarra Jesús Alejandro
- S410 0610 Nefrología. Nefritis intersticial aguda inducida por ciprofloxacino: reporte de un caso del Hospital General de León**
Lara José Bernardo, Villaseñor Jacqueline, García Maximiliano, Cano Juan Manuel
- S411 0611 Reumatología. Reporte de un caso: polineuropatía sensitivo-motora simétrica dependiente de longitud como manifestación inicial de poliangeitis microscópica**
Jiménez Yeimmy Zuyenn, Rangel José, Pérez Gabriel, Ramírez Alberto, Ortega Jorge Arturo, Ramírez Madaí Arfasad, Zepdeda Ivan
- S412 0612 Infectología. PCR en lavado gástrico como método diagnóstico de tuberculosis pulmonar en población vulnerable**
Trujillo Silvia Alejandra, Hoil Angel Antonio, Castrejón Rene, González Lidia
- S413 0613 Dermatología. Porfiria cutánea tarda: presentación de caso representativo y revisión del tema**
Bolaños Marco Antonio, Eljure Nixma, Ilizaliturri Ixtabay
- S413 0614 Endocrinología. Trastornos neuropsiquiátricos y constipación crónica como manifestación inicial de hiperparatiroidismo primario secundario a adenoma, reporte de caso.**
Parra José Luis, Varela Diana Selene, Hernandez José Francisco, García Erica
- S414 0615 Infectología. Tuberculosis extrapulmonar, una serie de 3 casos. Hospital Gustavo A Rovirosa Pérez**
Morales Erick, Valencia Nicolas, Rojas Jahzeel Samir, Gandara César Adrian
- S415 0617 Otros. Una causa inesperada de evento cerebrovascular**
Salame Latife, Fonseca Alfredo, Vélez Mariana, Elizalde José Javier
- S416 0618 Infectología. Rinosinusitis crónica por Aspergillus sp. en paciente diabético descontrolado, reporte de caso**
Rodríguez Marco Antonio, Ortega María José, Mercadillo Elizabeth, López Bianca Eunice, Díaz Enrique Juan
- S417 0620 Oncología. Encefalitis límbica paraneoplásica asociada a tumoración ovárica: reporte de caso y revisión de la literatura**
Arbeu Marlene, Valdín Tania Isabel, Hernández Jesica Mariana, Treviño Francisco, Montiel José Sabino, Rodríguez Enrique Iván
- S418 0621 Oncología. Cáncer colorrectal de presentación temprana en paciente con antecedente de uso de hormona del crecimiento: reporte de caso en mujer de 23 años**
Alavez Enrique, Alba Dulce Leonor, García Alan, García Mario Ramón, Gómez Sandra Aidee, Azuara Nestor David, González Nadia del Carmen
- S419 0622 Infectología. Meningitis por Cryptococcus neoformans en paciente adulto inmunocompetente**
Gómez Sandra Aidee, Alba Dulce Leonor, Paz Alan, García Mario Ramón, Alavez Enrique, Azuara Néstor David
- S419 0623 Infectología. Coinfecciones bacterianas y micóticas durante neutropenia febril prolongada**



- Aranda Mercedes, González Jorge Alfredo, Rivera Norma Eréndira, Hernández Eleazar, Flores Iván Fidel
- S420 0624** Hematología. **Anemia perniciosa, reporte de caso**
 Rodríguez Marco Antonio, Ortega María José, López Bianca Eunice, Mellado Raúl, Díaz Enrique Juan, Rodríguez Federico Leopoldo
- S421 0625** Infectología. **Histoplasmosis diseminada, con afección duodenal que se presenta como sangrado de tubo digestivo superior en un paciente con infección por VIH**
 Paez Camilo Andres, Flores José Alberto, Serrano Carlos, Duran Zindy
- S421 0626** Endocrinología. **Sensibilidad y especificidad del B-hidroxibutirato capilar para el diagnóstico de cetoacidosis diabética definida por pH y bicarbonato sérico**
 Román Marco Antonio, Jiménez Raúl Alberto, Salcido Alejandro, Tamez Héctor Eloy, Rodríguez René, Nañez Homero
- S422 0627** Gastroenterología. **Comparación de escalas de riesgo de sangrado de tubo digestivo en un hospital universitario de tercer nivel**
 Cessa José Carlos, Naranjo Alejandra Iohí, Muñoz Juan Manuel, González José Alberto, Rodríguez Karla María, Alcorta Fernando
- S423 0628** Neurología. **Síndrome de sobreposición Guillian Barre-Miller Fisher asociado a anticuerpos anti GQIB positivos. Reporte de un caso**
 Varela Diana Selene, Parra José Luis, Valadez Maritza Jacqueline, Hernandez José Francisco, González Erick Alonso, Alvarado Armando
- S424 0629** Hematología. **Caso clínico especial de leucemia en adultos: leucemia aguda de fenotipo mixto bilineal/bifeno típica**
 Reyna Roberto Adrián, Zamora Miguel Angel, Zapata Natalia Aranza¹, Marquez Oscar Octavio¹, Gómez Andrés
- S425 0630** Cardiología. **Células progenitoras endoteliales circulantes coronarias y biomarcadores solubles en el pronóstico cardiovascular después de la angioplastia coronaria en pacientes con cardiopatía isquémica**
 Suárez Juan Antonio, Robledo Rogelio, Alcántara Marco Antonio, Díaz Luis Javier
- S426 0631** Infectología. **Reporte de caso: bacteriemia asociada a infección de catéter de hemodiálisis por *Ochrobactrum anthropi*, un microorganismo oportunista emergente**
 Albarrán Antonio, Hernández Jessica Johanna, Hernández Daniel Ramón
- S427 0632** Cardiología. **Minoca (*myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries*) una patología subestimada en nuestro entorno**
 Rodríguez Omar Gabriel, Rosas Manuel, Mejía María Isabel, Quirino Luis Fernando, Arteaga Eduardo Ismael, Yado Damaso José Alberto
- S428 0633** Infectología. **Perfil lipídico e inmunocompromiso en un paciente con VIH y criptococosis diseminada**
 Pérez Lucía Herlinda
- S429 0634** Nefrología. **Manifestación atípica de síndrome de sjögren primario a nivel renal, serie de casos**
 Córdoba Angela María, Argudo Diego, Torres Ramón
- S429 0635** Reumatología. **Artritis reactiva secundaria a enfermedad inflamatoria intestinal (EII). A propósito de un caso**
 Martínez Ivonne, Seniscal Daniel Alejandro, Díaz Enrique Juan
- S429 0636** Infectología. **Infección Por *Micobacterium simiae* como manifestación infecciosa oportunista en paciente con VIH C3**
 Narvaez Uriel, Barba Fernando, Aburto Elsa, Uresti Eileen Liberata
- S430 0637** Nefrología. **Diabetes insípida nefrogénica asociada a meropenem. Reporte del primer caso reportado en la literatura**
 Martínez Ivonne, Rojas Alejandro
- S430 0638** Cardiología. **Abordaje clínico diagnóstico de hipertensión arterial secundaria: coartación de la aorta**
 Salcido Alejandro, Torres Juan Adrián, Sánchez María José, Rodríguez René
- S431 0639** Infectología. **Linfoma nasal de células T/NK en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida: descripción de un caso**
 Espinosa Meztli Artemisa, Gómez Juan Pablo, Osorno Karen Lorena, Sanchez Ana Laura, Alonso Abdías, Chavez José Marcelino
- S432 0640** Otros. **Mesenteritis esclerosante como causa de dolor abdominal**
 Sanson Lizeth Sonia, Teran José Oscar, López Rogelio, Enriquez Kevin, Ramos Miguel Angel, García Mario Ramon, Angel Luis, Peralta Marco Polo
- S433 0641** Reumatología. **Manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide: presentación de un caso**
 Hernández Claudia, Pineda Luis Francisco, Ibarra José Oswaldo Antonio
- S434 0642** Nefrología. **Prevalencia, frecuencia, y caracterización de disglucemias en el paciente con enfermedad renal crónica hospitalizado en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de México**
 Córdoba Angela María, Zapata Rogelio, Puentes Nancy, Ramos Guadalupe, Giraldo Diego Alejandro, De la Torre Leonardo Darío
- S434 0643** Dermatología. **Dermatomiositis con calcinosis cutis universalis, asociación poco frecuente. Reporte de caso**
 Moreno Lorena Guadalupe, Cornelio Georgina Ana Ruth, Ortega María Ortega, Zarate Larissa, Luna Hugo Alberto
- S435 0644** Cardiología. **Cierre percutáneo de persistencia de conducto arterioso en paciente adulto. Reporte de caso**



- Flores Nicholas, Diaz Mario, Alvarado Maribel, Osnaya Juan
- S435 **0645** Endocrinología. **Remision de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes obesos sometidos a gastrectomia en manga**
Sánchez Alberto Onofre, Cantu Felipe Joaquin, Lara Bruno, Cantu Marco, Peña Francisco Caleb, Eguia Andres, Ceballos Rubi Alejandra
- S436 **0646** Dermatología. **Eritrodisestesía palmoplantar “síndrome mano-pie” reporte de un caso**
Robles Jesus, Murillo Alberto, Murillo Hector, Guardado Adriana, Rivera Daniel
- S437 **0647** Infectología. **Síndrome de Sjögren, enfermedad intersticial pulmonar con sobreinfección de *Aspergillus fumigatus* “fungus ball”**
Salcido Alejandro, Torres Juan Adrián, Sánchez María José, Rodríguez René
- S437 **0649** Neurología. **La barrera hematoencefálica como entidad dinámica: reporte de dos casos de encefalopatía posterior reversible**
Sotelo Thalía, Razo Vicenta Nataly, Medina Zaira
- S438 **0650** Oncología. **Cancer esofágico, 10 años de experiencia en un centro de referencia oncológica**
Cessa José Carlos, Salazar Carlos Eduardo, Alcorta Fernando, González Celia Beatriz, González Juan Francisco, Muñoz Juan Manuel
- S439 **0651** Gastroenterología. **Lesión hepática inducida por fármacos (metildopa) en paciente con VIH. Reporte de caso**
Ballesteros Myrna Icela, Flores Emmanuel
- S440 **0652** Infectología. **Cetoacidosis diabética como presentación atípica de un absceso hepático piógeno con desarrollo de *Kleibsell pneumoniae***
Quirino Luis Fernando, Terrazas Elías, Hernández Juan Carlos, Arteaga Eduardo, Rosas Manuel, Yado Damaso José Alberto
- S440 **0654** Infectología. **Linfoma no Hodgkin de estirpe B CD 20+ índice de proliferación alto hepático en un paciente con VIH**
González Christian, Paredes Orlando
- S441 **0655** Neurología. **Síndrome de Guillain-Barré: serie de seis casos en su variedad axonal en el Hospital General de Zona n°1 Aguascalientes**
García Marybel, Hernández Diana, Díaz Alberto Javier, Lira Luz Gabriela, González Luis Jonathan, Suárez Belén, Velázquez Salvador David
- S442 **0656** Dermatología. **Fascitis eosinofílica: reporte de un caso**
Moreno Lorena Guadalupe, Cornelio Georgina
- S442 **0657** Reumatología. **Dermatomiositis asociado a neoplasia de ovario**
Mendoza Marino, Ibarra Alejandro, Ramírez Raul, Arana Julio Cesar
- S443 **0658** Gastroenterología. **Fistula hepatopleural como complicación torácica de absceso hepático amebiano; reporte de caso**
Del Valle José María, Gómez Livier, Fuentes Elida Elizabeth, Hernández José Francisco
- S444 **0659** Hematología. **Linfohistiocitosis hemofagocítica secundario a una leucemia mielomonocítica juvenil. Presentación de un caso**
Torres Irving Horacio, Luna Rocio, Cruz Ruben, Cruz Jorge
- S444 **0660** Infectología. **Neumonía adquirida en la comunidad por co-infección: coccidioidomicosis y *Trichophyton rubrum*. Reporte de un caso**
Ortiz Teresa de Jesus, Gomez Carlos Alberto, Jacinto Ivan, Peña Gonzalo Alejandro, García María Okairy
- S446 **0662** Infectología. **Infección de tejidos blandos por *Sthaphylococcus aureus* complicada con diseminación multiorgánica por vía hematogena**
Pineda María Fernanda, Munguía Diana, Castillo Rodrigo, Hernández Hector Gustavo, Aquino Jorge Eduardo
- S446 **0663** Endocrinología. **Identificación de apoplejía tumoral en prolactinoma tras suspensión farmacológica**
Santiago Gerardo, Ruiz Ana Luisa, Rivera Dante de Jesús
- S447 **0664** Endocrinología. **Manejo de enfermedad de Graves y complicaciones asociadas a tratamiento; evolución atípica de un caso**
Murillo Claudia Verónica, Vázquez Israel, Ruiz Ana Luisa, Calzada Jade, Díaz Alejandro
- S448 **0666** Neurología. **Deterioro neurológico subagudo asociado a enfermedad inflamatoria autoinmune**
Fuentes Elida Elizabeth, DelValle José María, Gómez Liver, Valadez Maritza Jaqueline
- S449 **0667** Infectología. **Meningitis tuberculosa en paciente con virus de inmunodeficiencia humana**
Escobar Gisela, Gomez Rodrigo, Mora Mauricio de Jesus, Romero Liliana
- S449 **0668** Gastroenterología. **Desenlace hospitalario del tratamiento de absceso hepático en el hospital general Dr. Manuel Gea González, experiencia de 16 años**
Aquino Jorge Eduardo, Ramírez Juan Pablo, Pineda María Fernanda, Munguía Diana, García Jesús Ricardo
- S450 **0669** Oncología. **Síndrome de lisis tumoral espontáneo en tumor neuroendocrino de recto a propósito de un caso**
Uribe Roberto Salvador, Macías Luis Alberto, Lupian Karla Astrid, García Yang David
- S451 **0672** Gastroenterología. **Lesión renal aguda asociada a mayor riesgo de mortalidad, en pacientes hospitalizados por pancreatitis aguda: estudio analítico**
Sánchez Eduardo, Gonzaga Teresa Ivonne, Teran José Oscar, Angeles Abish, Blancas Luis Angel, Gomez Ana Laura, López Gerardo
- S452 **0674** Neurología. **Leucoencefalopatía desmielinizante tóxica: revisión de un caso clínico**
Torres Julián, Pérez Reynaldo, Herrera Alicia, Méndez Priscila Lucina
- S452 **0675** Neurología. **Encefalopatía de Hashimoto**

- Morales Guadalupe, Pérez José Renán, Piñeiro Claudia Monserrat
- S453 0676** Endocrinología. **Caso clínico: “costo beneficio, apego farmacológico y metas de control glucémico con el uso de herramienta educativa (REMAG 28D), agonista de GLP-1 de larga duración y metformina en el paciente con síndrome metabólico y DT2**
Maldonado Itzel, Ceballos Jesús Carlos, Estrada Evelyn Yazmín, Domínguez Belinda Sthefani, Cervera Antonio, Cruz Miguel, Peralta José de Jesús
- S454 0677** Nefrología. **Calcifilaxis. A propósito de un caso y revisión de la literatura**
Chávez Rocío, Flores Cándido
- S455 0678** Hematología. **Síndrome nefrótico en paciente con linfoma no Hodgkin angioinmunoblástico de células T**
Salcido Alejandro, Arvizu Rosa Icela, Farías Iris Camelia, Cerda Christopher, Iruegas Ángel Ricardo, Náñez Homero
- S456 0679** Reumatología. **Tumor fibroso solitario en un paciente con artritis reumatoide. Reporte de un caso**
Díaz Dulce Karen, Flores Cándido, Pérez Elíseo, García Rafael
- S457 0680** Neurología. **Curso clínico de la neuropatía óptica inflamatoria crónica recurrente (CRION)**
Molina Luis Enrique, Medina Gabriela, Lira Josehp, Jimenez María del Pilar[†]
- S457 0681** Oncología. **Coriocarcinoma de testículo y toxicidad pulmonar por bleomicina reporte de caso**
Manzo Rodrigo Raúl, Almaraz Diana Aracely, Rico Jesus, Martínez Miguel Angel
- S458 0682** Gastroenterología. **Linfangiomatosis intestinal: revisión de un caso clínico**
Torres Julián, Cerda Eira, Mora Isabel, Rebollo Victoria
- S459 0683** Oncología. **Derrame pleuro-pericárdico asociado a germinoma mediastinal. Reporte de caso**
Rodríguez Judith, Mendoza Sergio Alberto, De Santiago José Martín, Camacho Marco Antonio, Segura Alfredo, Sánchez Daniela, Cruz José Eduardo
- S460 0684** Oncología. **Tumor de Frantz-Gruber, presentación de un caso en un hombre de mediana edad**
Rivera Karina Angelica, Cruz Itzel, Arteaga Ricardo Jesus, Meza Nayeli
- S460 0685** Neurología. **Evento vascular cerebral isquémico de causa desonocida en paciente joven**
Aguñiga Ariana, García Laura Anahí, Mondragón Hector, Mondragón Lidia Aurora, Andoney Jessica Valeria, Morgan Diana Selene
- S461 0686** Infectología. **Neumonía de focos múltiples por *Fusobacterium mortiferum*, reporte de caso**
Fernandez Antonio, Sánchez Carmen Alicia, Camino Emanuel, Juárez Eduardo, Ezquerra Alejandro, Hermosillo Brenda Alejandra
- S462 0687** Endocrinología. **Feocromocitoma bilateral como manifestación inicial de neoplasia endocrina múltiple tipo 2A. Reporte de caso**
- Rios Adriana Gabriela, Salazar David, Ochoa Guadalupe Montserrat, Palomera Emmanuel, Machuca Michel, Torres Santiago, Macias Diego Jarek
- S463 0688** Reumatología. **Parry Romberg, un síndrome neurocutáneo: presentación de 3 casos clínicos**
Zaldivar Nedelé, Olvera Arturo, Carreño Paulina, Camacho Marco Antonio, Medina Benjamin, Duarte Alma
- S463 0689** Oncología. **Reporte de caso: tamponade cardíaco como manifestación inicial de mesotelioma epitelioide**
Mora Cecilia, Mendoza Héctor Augusto, García Valeria, Sánchez Fernando, Porras Fany Iris, Narvaez Carlos
- S464 0690** Otros. **Reporte de un caso: derrame pleural derecho como presentación de leiomiomas pulmonar primario**
Mendoza Hector Augusto, Mora Cecilia, García Valeria, Gomez Damayanty, Macias Ana Patricia, Solis Damayanty
- S465 0691** Reumatología. **Manifestaciones cutáneas atípicas en un caso de dermatomiositis**
Rojas Eduardo, Vargas Francisco Javier, Saenz Mauricio, Peralta Ana Lilia
- S466 0693** Reumatología. **Hallazgos en ultrasonido carotídeo en pacientes con artritis reumatoide y controles: estudio de casos y controles**
Wah Martin, Náñez Homero, Galarza Dionicio
- S467 0694** Infectología. **Linfoma primario de SNC en un paciente con VIH**
Patlan Hazel Ali, De la Maza Salvador, Herbert Zaira, Gudiño Pedro, Hernandez Manuel Antonio, Ortiz Arturo
- S467 0695** Reumatología. **Enfermedad mixta del tejido conectivo. Reporte de un caso**
Parra Laura Sinai, Rodríguez Anabel
- S468 0696** Endocrinología. **Papel del índice triglicéridos glucosa en los pacientes en estado crítico**
López Inés, Vásquez Juan Ernesto
- S469 0697** Otros. **Estimación del riesgo de sangrado en pacientes recibiendo tromboprofilaxis farmacológica dentro de un programa de prevención de trombosis venosa profunda en un hospital del tercer nivel del noreste de México**
Carrizales Edgar Francisco, Vera Raymundo, Torres Juan Adrián, Martínez Rolando Jacob, Del Cueto Ángel Noé, Náñez Homero
- S469 0698** Reumatología. **Serositis como manifestación de lupus del anciano**
Rojas Eduardo, Vargas Francisco Javier, Saenz Mauricio, Rodríguez Judith, Peralta Ana Lilia
- S470 0699** Infectología. ***Acinetobacter baumannii* causante de osteomielitis**
Moreno Stephanie Zenaida, Sosa Jessica Guadalupe, Alarcón Pedro, Mora Ana Maria, Ayala Ivonne Alexandra, Cruz Antonio
- S471 0700** Nefrología. **Reporte de caso: síndrome nefrótico del adulto secundario a infección por virus de**



- hepatitis B, en forma de glomeruloesclerosis focal y segmentaria variedad colapsante**
Gómez Damayanty, Mora Cecilia
- S471 0701 Neurología. Factores de riesgo cardiovascular y condiciones clínicas asociados a mortalidad en pacientes con evento vascular cerebral agudo del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca**
Rodríguez Jaqueline, Ruiz José Luis, Calvo César González
- S472 0703 Gastroenterología. Factores asociados para desarrollo de esteatohepatitis no alcohólica en una población con hígado graso**
Galindo Roberto, Cruz María del Pilar, Cimé Erik Antonio, Cruz Eduardo, Hurtado José Joel
- S473 0704 Hematología. Pancitopenia inexplicable, a propósito de un caso de mielonecrosis idiopática**
Vargas Francisco Javier, Rojas Eduardo, Sáenz Mauricio, Rodríguez Judith, Peralta Ana Lilia
- S474 0705 Epidemiología. Hipercalcemia: serie de casos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Manuel Gea González**
Márquez Félix Gibrant, Castillo Rodrigo, Hernández Héctor, Flores Fernanda
- S475 0706 Oncología. Hemoptisis como manifestación inicial de cáncer papilar de tiroides**
Olascoaga Arturo, Malagon José, Villanueva Fernandez, Jimenez Yeimmy Zuyenn, Ortega Jorge Arturo, Zepeda Ivan, Ramírez Alberto
- S475 0708 Otros. Hematomas hepáticos subcapsulares postparto en síndrome de HELLP**
López Inés, Vásquez Juan Ernesto, Maxil Abraham Juan, De la Cerda Juan Carlos
- S476 0710 Hematología. Infarto esplénico como manifestación de síndrome antifosfolípido primario**
Vargas Francisco Javier, Rojas Eduardo, Saenz Mauricio, Rodríguez Judith, Peralta Ana Lilia
- S477 0711 Infectología. Fractura patológica lumbar y absceso paravertebral asociados a infección por *M. tuberculosis***
Morales Erick, Valencia Nicolas, Gándara Cesar Adrián, Rojas Jahzeel Samir, Alvarado Citlalli
- S477 0712 Toxicología. Informe de caso: pancreatitis necrotizante como presentación atípica de intoxicación por solventes**
Moctezuma Rogelio, Cantú Jaime Javier, Navarrete Claudia Aline, González Rodrigo, Frías Ilse Catalina, Valdovinos Salvador Bruno, Cortes Job
- S478 0713 Neurología. Mielinólisis extrapontina en paciente con hiponatremia crónica: reporte de un caso**
Tiempo Fabiola Guadalupe, Solorio Jorge Daniel, Ibarra Jesús Alejandro, Ramírez Raúl, Cortez Brenda Guadalupe, Arana Julio César, Cardona Melisa
- S479 0714 Hematología. Linfoma Hodgkin en paciente con histoplasmosis: asociación inusual en paciente inmunocompetente**
Martinez Karen Euridice, González Andres, Ruiz Ana Luisa, Rivera Dante, Pellon Irma Karen
- S480 0715 Hematología. Linfoma no Hodgking como presentación clínica de lupus eritematoso sistémico. Acerca de un caso en el Hospital General León**
Lara José Bernardo, Palomares Pascual, García Maximiliano, Cano Juan Manuel
- S481 0717 Hematología. ¿Y si el tratamiento de primera línea falla? Leucemia mieloide crónica en paciente joven. Reporte de caso**
Gómez Ana Laura, Gonzaga Teresa Ivonne, Mijangos Francisco Javier, Sánchez Eduardo, Ángeles Abish, Blancas Luis, López Gerardo
- S481 0718 Hematología. Inhibidor adquirido del factor VIII en un paciente no hemofílico**
Coronado Edgar Ulises, Purón Emma, Ramírez Ricardo, Montemayor Jorge Luis
- S482 0719 Nefrología. Abordaje exhaustivo de la acidosis metabólica en medicina interna. El instrumento olvidado**
Arroyo Maryjose, León Alejandra Elizabeth, Huerta Saúl, Sánchez Tania Alejandra, Velázquez Karen Esmeralda, Sandoval Karen Liliana
- S483 0720 Toxicología. Metahemoglobinemia asociada al uso de dapsona reporte de caso y revisión de literatura**
Tapia Diana Karen, Morales Haydee Ninette, García Edgar Santino, Islas José de Jesús, Barriga Javier Álvaro, Velarde José Antonio, Robles Martin
- S484 0721 Reumatología. Miocardiopatía dilatada como presentación inicial de arteritis de Takayasu. Reporte de caso**
Ayala Ximena, Fabián Juan José, Dávila Andrea, Garrido Martín Horacio
- S485 0722 Oncología. Sarcoma alveolar de tejidos blandos, tumor indolente y más asociado a metástasis cerebrales. Reporte de un caso**
Alfonso de los Santos Trejo Julio Alfonso, Guerrero Diana Valeria, Castro Senyassen Sairi
- S485 0723 Cardiología. Correlación entre vasodilatación mediada por flujo de arteria braquial y termografía en manos de pacientes con y sin factores de riesgo cardiovascular**
Cruz María del Pilar, Martínez Michel Augusto, Calderón Erick, Montes Daniel Héctor, Lira Josehp, Gil Kybaná Aurora
- S486 0724 Infectología. Síndrome de destrucción vertebral y espondilodiscitis por *Salmonella enteritidis***
Espinosa Eduardo, Acosta David Neri, Santiago Ricardo, Barrera Ramon
- S487 0725 Reumatología. Esclerosis sistémica limitada y colitis ulcerativa, una asociación poco frecuente. A propósito de un caso**
Gándara César Adrián, Olán Francisco, Morales Erick, Rojas Jaazhel Samir, Hernández Éufrates
- S488 0726 Neurología. Resonancia magnética y secuencia Fast Imaging Employing Steady-State Acquisition en el diagnóstico y seguimiento de la neurocisticercosis vesicular subaracnoidea. A propósito de dos casos**

- Díaz Alberto Javier, González Luis Jonathan, Gu-
tierrez Bianca Elizabeth, Suarez Belen, Michel Lily,
Velazquez Salvador, Medina Jesus Manuel
- S488 0727** Infectología. **Arañoiditis espinal por *Cryptococcus neoformans* en un paciente inmuno-competente: reporte de un caso clínico**
Flores Anayeli, Martínez Carlos Eduardo, Rocha Ricardo
- S489 0728** Endocrinología. **Incidentaloma suprarrenal bi-lateral. Presentación inusual de linfoma no hodgkin suprarrenal**
López Jerson Omar Carlos, Ortíz Gerardo, Durán Edgar
- S489 0729** Reumatología. **Granulomatosis con poliangi-
tis generalizada, reporte de caso y revisión de la literatura**
Castillo Mario Alberto, Arteaga Mayra, Delgado Franco David
- S490 0730** Neurología. **Polineuropatía inflamatoria aguda axonal variante faringo-cervico-braquial con anti-cuerpos anti GT1a (Hughes 2, Brighton 1)**
Lucas Abihai, Durán Elizabeth Andrea, Rivera Karen Lilian, Nava Dina Lisbeth, Pablo Claudia, Córdova César, Canizal José Luis
- S491 0731** Reumatología. **Síndrome anti fosfolípidos primario: úlcera maleolar como primera manifes-tación. Reporte de caso**
Diestel Ricardo
- S492 0732** Oncología. **Sarcoma sinovial en el contexto de un paciente con patología autoinmune**
Pineda Luis Francisco, Rojas Eduardo
- S493 0733** Reumatología. **Femenino de 32 años de edad con lupus eritematoso sistémico, síndrome de Fisher Evans, anemia perniciosa y trombocitopenia refractaria a tratamiento**
Loeza Michelle Patricia, Machorro Rafael Alejandro, Serna José Antonio
- S493 0735** Epidemiología. **Incidencia de tromboprofilaxis en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío**
Marín Hector, Aguilera Dulce Nohemí, Zapien Reynaldo, Martínez Liz Jovanna
- S494 0736** Infectología. **Mucormicosis rinoorbital como causa de síndrome de ápex orbitario: reporte de un caso clínico**
Rocha Ricardo, Ramírez de Aguilar Jimena, Pérez Gabriel, Ramírez Rubén, Flores Anayeli
- S495 0738** Hematología. **Impacto del IMC en pacientes con linfoma**
Sánchez Grisel Guadalupe, Cantú Olga Graciela
- S495 0739** Reumatología. **Síndrome de superposición dermatomiositis/síndrome antisintetasa. Reporte de un caso**
Marroquin Manuel Alejandro, López Juan Roberto, Cruz Jesus, Cime Erik Antonio
- S497 0740** Oncología. **Cordoma sacro, tumor intraaxial extramedular: presentación de un caso**
Romo Carolina, López Gilberto, Gudiño Francisco Javier, Fuentes Yesica Lizet
- S497 0742** Hematología. **Relevancia de la medición de piruvato sérico en pacientes con sepsis**
Sánchez Grisel Guadalupe, Cantú Olga Graciela
- S498 0743** Oncología. **Síndrome de Horner como mani-festacion clínica de tumor mediastinal: reporte de un caso**
Carmona Jorge Alberto, Paulino Guillermo, Espinosa Ramón, Viveros Eloina, Oropeza Lizbeth Eliza
- S499 0744** Oncología. **Carcinoma neuroendocrino de células grandes de pulmón. Reporte de caso clínico**
Islas Marcela, Espinosa Eduardo, Acosta David Neri, Santiago Ricardo, Barrera Ramon
- S500 0745** Cardiología. **Enfermedad multivalvular en pa-ciente con hipercolesterolemia familiar homocigota**
Arango Ariadna, Rivera Miguel Ángel, Pérez Guillermo Karey, Ponce Luis Alberto, Vásquez Fortunato, Hernández José Fabián, Guerra Mariano Miguel
- S501 0746** Endocrinología. **Enfermedad de Addison secundaria a infiltración por tuberculosis de las glándulas suprarrenales**
Castro Daniela, Villaseñor Jorge, Valencia Laura, Silva Gabriela Escolastica
- S502 0747** Gastroenterología. **Uso de pentoxifilina para el tratamiento de hepatitis alcohólica grave en el contexto de neumonía adquirida en la comunidad. A propósito de un caso**
Gándara César Adrián, Valencia Nicolás, Morales Erick, Rojas Jahzeel Samir
- S502 0748** Neurología. **Encefalitis por anticuerpos antireceptor N-metil-D-aspartato. Reporte de un caso**
Cimé Erik Antonio, Rodríguez Sonia Yvette, Rojas Eduardo, Cruz Nydia Karen, Marroquin Manuel Alejandro, Rodríguez Emmanuel
- S503 0749** Reumatología. **Forma temprana de esclerosis sistémica manifestada como edema de falanges de manos**
Cruz Natali, Trejo Irving, Ontiveros Juan Luis, Arteaga Ulises Guadalupe
- S504 0750** Reumatología. **Abordaje de las manifestacio-nes multisistémicas de la intoxicación crónica con metrotexato oral a baja dosis**
Martínez Alberto, Esquivel Miguel Angel, Olloqui Oveed, Nández Homero, Del Cueto Angel Noe
- S505 0751** Oncología. **Osteosarcoma osteoblástico de fémur como segunda neoplasia maligna primaria en paciente con cáncer cervicouterino. Reporte de un caso y revisión de la literatura**
Cimé Erik Antonio, Acevedo Francisco, López Reyes Alberto, Cruz Roxana Azalea, Cimé Benito Jesús
- S506 0752** Infectología. **Prevalencia y factores de riesgo asociados a mortalidad por colitis pseudomembra-nosa**
Vera Olga Lidia, Jimenez Victor Manuel
- S506 0753** Infectología. **Aspergilosis pulmonar en pacien-te con fiebre neutropenia, a propósito de un caso**
Chávez María de los Ángeles, Velasco Mariana, Hernández Daniel



- S507 0754** Neurología. **Ictus en paciente joven secundaria a disección de arteria cerebral derecha**
Alarcon Pamela, Martínez Daniella Itzel, García Dioselina
- S508 0755** Misceláneos. **Actividad lupica asociada a infección: a propósito de un caso**
Velasco Mariana, Cortés Dapne, Chávez María de los Ángeles, Hernández Daniel Ramón
- S508 0757** Nefrología. **Enfermedad de cambios mínimos (ecm) primaria del adulto: reporte de caso**
Morales Daniel Alejandro, Barcena Cesar, Ibañez Laura Silvia
- S509 0758** Cardiología. **Una entidad poco diagnosticada: fenocopia de Brugada**
Sánchez Carmen Alicia, Prado Pamela M, Cortes Fernando, Juárez Karim Yarek, Ezquerro Alejandro, Villalon Jorge, Ungson Mariana
- S510 0759** Hematología. **Histiocitosis de células de Langerhans, infiltración rectal, hepatoesplénica, cutánea y médula ósea**
Contreras Zully Esmeralda, González Andrés, Cruz Arnulfo
- S511 0760** Endocrinología. **Hipercortisolismo, ¿dónde? Revisión de protocolo de diagnóstico a propósito de un caso**
Ramírez Norma Alicia, Avila Anabel
- S512 0761** Endocrinología. **Enfermedad de Addison en una mujer con uso crónico de ketoconazol**
Sánchez Azalea, Ruiz Jesus
- S512 0762** Cardiología. **Miocardiopatía no compactada puerperal, presentación de caso y revisión de literatura**
Castillo-Velázquez Mario-Alberto, Becerril-Mendoza Lizbeth-Teresa, Gasca-Aldama José-Carlos, Rendon-Hernandez Ana-Patricia
- S513 0763** Infectología. **Tétanos generalizado sin vía de entrada y estenosis renal en un paciente con VIH: reporte de un caso**
López Karla Elizabeth, Flores Oscar, Sierra Sarai
- S513 0764** Infectología. **Endocarditis por a *Burkholderia cepacia* asociada a catéter tunelizado en dos pacientes en hemodiálisis**
Cudiño Pedro, Borjas Jaime Antonio, García Mauricio, Salazar Carlos Daniel, Herbert Zaira Nereida, Patlan Hazel Ali, Avilés Lesly del Rocio
- S514 0765** Gastroenterología. **Infección múltiple por citomegalovirus en paciente con trasplante hepático D+/R-: reporte de caso**
Castañeda Zaira Miriam, Sánchez María Teresa, Bosques Francisco Javier
- S515 0766** Cardiología. **Manifestaciones autoinmunes de endocarditis infecciosa subaguda. Reporte de un caso**
Rojas Eduardo, Ramírez Jonathan René, Cimé Erik Antonio, Guerrero Zeltzin Olivia, Flores Andrea Miranda, Peralta Ana Lilia
- S516 0767** Neurología. **Síndrome de la arteria de Percherón (infarto talámico bilateral): reporte de un caso**
Arriola Emmanuel, Leal Roberto, Barrera Aarón Alejandro
- S517 0768** Cardiología. **Síndrome de Wolff Parkinson White: reporte de un caso**
Salazar Gerardo, De la Torre Jesus Edgar, Irizar Sergio Saul, Dehesa Edgar, Meza Cynthia Margarita, González Abigail
- S518 0770** Infectología. **Morbilidad y mortalidad de pacientes con infección por VIH ingresados en el servicio de medicina interna en el periodo de tiempo septiembre 2017- febrero 2018**
Jiménez Maribel, López Gabriel Alejandro, Morales Faustino
- S518 0771** Oncología. **Glioblastoma multiforme como doble primario en cáncer de mama triple positivo**
Pecero Emily Itzel, Martínez Daniella Itzel, López Gerardo Emilio, Barrios Saúl, Santana Álvaro, Esquivel Alejandro
- S519 0772** Reumatología. **Síndrome de macrófago activado como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico: abordaje terapéutico con inmunoglobulina**
Velazquez Yuridia, Mendoza Sergio A, Galindo Roberto, Sánchez Daniela, Cimé Erik Antonio, Balderas Maricela Berenice
- S520 0773** Reumatología. **Debilidad muscular y pérdida de peso significativa como manifestaciones iniciales de miopatía inflamatoria idiopática**
Mora Julio César, Mendoza Sergio Alberto, Millán Jesús, Sánchez Magdalena
- S521 0774** Oncología. **Identificación de tumor primario en paciente con enfermedad metastásica craneal, manifestándose como infección de tejidos blandos**
González Jocelyn Raquel, Rivera Cesar, Rojas Michelle Encarnacion, Corona Freddy, Domínguez Carlos
- S521 0775** Oncología. **Tumor tipo GIST avanzado en tratamiento con regorafenib: exposición de un caso**
Azuara Nestor David, García Lourdes Yadira, Alba Dulce Leonor, Paz Alan, García Mario Ramón, Gómez Sandra Aidee, Alavez Enrique
- S522 0776** Otros. **Prevalencia de eosinofilia en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el Hospital Universitario de Puebla**
Montiel José Sabino, Valdin Tania Isabel, Arbeu Marlene, Treviño Francisco, López Lidia, Romero Cuauhtemoc, Herrera José Carlos
- S523 0777** Neurología. **Encefalomiелitis paraneoplásica asociada a seminoma testicular. Reporte de un caso**
Rojas Eduardo, Montiel Lilita, Cimé Erik Antonio
- S524 0778** Nefrología. **Nefritis tubulointersticial y pseudogranuloma como presentación inicial de vasculitis ANCA positivo asociada a cocaína**
Gomez Damayanty, García Valeria, Mendoza Hector Augusto, Solís Damayanty, Soto Virgilia
- S524 0779** Misceláneos. **Linfadenopatía cervical y fiebre de origen desconocido como manifestaciones iniciales de enfermedad de Still de inicio en el adulto**
Mora Julio César, Pineda Luis Francisco, Ramos Patricia



- S525 0780** Hematología. **Linfocitosis hemofagocítica en el adulto: una patología potencialmente fatal**
Leal María Graciela, Gayón Erika, Hernández Andrea Priscila, Boulón Christianne, De la Peña Ildelfonso Roberto
- S526 0781** Gastroenterología. **Correlación entre los valores de hemoglobina y el resultado de FibroTest en pacientes con fibrosis hepática en el Hospital Central Norte de Pemex**
Paz Alan, García Mario, Alavez Enrique, Gomez Sandra Aidee, Azuara Néstor, Alba Dulce Leonor, Enriquez Kevin Giuseppe
- S527 0782** Reumatología. **Disfagia como manifestación inicial de dermatomiositis. Reporte de un caso**
Castro Zully, Saavedra Miguel Ángel, Montes de Oca Hugo, Medina Gabriela, González Francisco Rafael
- S527 0783** Hematología. **Síndrome hemolítico urémico atípico en un paciente adulto, un reto diagnóstico. Reporte de un caso**
Ortiz Daniela, Gomez Eliezer Tomas
- S528 0784** Endocrinología. **Sangrado uterino disfuncional con choque hipovolémico como manifestación de hipotiroidismo severo**
Pérez Huerta Evelyn Samantha
- S529 0785** Reumatología. **Cuando la polimiositis es refractaria a esteroides**
Valdez José Guadalupe
- S530 0786** Dermatología. **Mastitis lúpica como diagnóstico diferencial de tumor en mama: reporte de caso**
Tetlalmatzi Ricardo Antonio, Hernández Alejandro, Oropeza Elisa Lizbeth, Espinosa Ramón, López Jorge, Carmona Jorge Alberto, Armenta María Fernanda
- S531 0787** Neurología. **Asociación entre elevación sérica de gamma-glutamyl transpeptidasa y riesgo aumentado de evento vascular cerebral isquémico en población mexicana**
Villanueva Jonathan, Ramírez María Leslye, Huerta Saul, Huerta Dalila, Lozada Carlos Alberto
- S532 0789** Hematología. **Trombocitopenia inmune refractaria asociada a linfoma gástrico tipo MALT**
Velazquez Bruno Alexander, Zamora Elia, Goudet Enoc
- S533 0790** Dermatología. **Síndrome de DRESS asociado a consumo de alopurinol, reporte de caso**
López Bianca Eunice, Alcocer Daniela, Quintana Lucero Itzá, Rodríguez Marco Antonio, Rodríguez Federico Leopoldo
- S534 0791** Infectología. **Enfermedad de Weil por leptospirosis: reporte de un caso**
Santana Jessica, Íñiguez Hector, González Alenjan-dra, Urdiales Néstor Adair, Eguía Omar, Ramírez Clotilde, Medina Eloy
- S534 0793** Cardiología. **Pericarditis recurrente con derrame pericárdico como presentación inicial de carcinoma de células de Merkel**
Morales-Molina Pedro, Ruiz-Matta Juan Manuel, Rodríguez-Sánchez Alejandro, García-Salazar Claudia, Becerril-Mendoza Lizbeth Teresa
- S535 0795** Neurología. **Enfermedad muscular ondulante en paciente con distrofia de cinturas**
Contreras Sarahí, Guzmán Christian Paul, Armenta Edel, Dehesa Edgar, Quintero Aniela, Gaxiola Ana Victoria, Ibarra David Ricardo
- S536 0796** Infectología. **Reporte de caso tuberculosis meníngea**
García María Fernanda, Panama Mariana, Guaman John Oswaldo, Minor Nataly, Contreras Karina Yutzil, Domínguez Carlos
- S537 0797** Otros. **Síndrome de HELLP con infarto cerebral vs síndrome antifosfolípidos, reporte de un caso**
Ramírez Erik, Rivas Rommel Jesus
- S538 0798** Misceláneos. **Demencia rápidamente progresiva secundaria a neurosarcoidosis, un desafío diagnóstico**
Tamayo María Luisa, Guizar Luis Alberto, Anda Juan Carlos, Noyola Maura Estela, Flores Miguel Guillermo, García Edgar Jesús, Hernández Isaac
- S539 0799** Neurología. **Degeneración subaguda combinada secundaria a gastritis crónica autoinmune e infección por *Helicobacter pylori*: reporte de un caso**
Luiz María de Jesús, Guizar Luis Alberto, Anda Juan Carlos, Pérez Bernardo, Luna Pamela Jazmín, Mora Pablo
- S539 0800** Neurología. **Síndrome de encefalopatía posterior reversible en abstinencia alcohólica**
López Jorge Alberto, Hernandez David Enrique, Martínez Manuel, Pérez Minerva del Carmen, Tetlalmatzi Ricardo Antonio, Oropeza Lizbeth Elisa, Cerda Megan Carolina
- S540 0803** Infectología. **Lesiones hemorrágicas en SNC asociadas a infección por *Toxoplasma gondii* en paciente con VIH/SIDA**
Avilés Lesly Rocío de Jesús, Chapa Osvaldo, Alvarado José Alfredo, García Nalleli, Abonce Karen Selene, Hernández Manuel Antonio
- S541 0804** Otros. **Osteomalacia oncogénica secundaria a tumor mesenquimatoso e hiperparatiroidismo primario. Reporte de caso**
Guerrero Zeltzin Olivia, González Fabiola, Rojas Eduardo
- S542 0805** Oncología. **Tumor del estroma gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumor, GIST): reporte de caso**
Calzada Santiago, Rodríguez Irving Christian, Bosques Francisco Javier, Sánchez María Teresa
- S543 0806** Cardiología. **Dolor precordial como manifestación inicial de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)**
Barrios Karla Veronica, García Daniel, Marín Miguel, Flores Ana Gabriela, Montoya Olivia de Jesus, Arias Jaime
- S543 0807** Neurología. **Herpes virus simple tipo 2 como agente etiológico inusual de mielorradiculitis aguda en paciente inmunocompetente, a propósito de un caso**



- Arbeu Marlene, Rodríguez Enrique Iván, Hernández Jessica Mariana, Montiel Sabino, Treviño Francisco, Valdín Tania Isabel
- S544 **0808** Endocrinología. **Síndrome poliglandular autoinmune tipo 2 asociado a diabetes mellitus tipo 1 de inicio tardío**
Nares Itzel, Vargas Edith Alicia, Cortés Alicia, Rivera Dante, Orduña Alfredo
- S545 **0809** Dermatología. **Psoriasis y su influencia en el desarrollo del síndrome metabólico en el Hospital General Regional Carlos Macgregor Sánchez Navarro**
Rodríguez Anabel
- S546 **0810** Oncología. **Manifestaciones adversas inusuales del tratamiento con doble bloqueo hormonal en cáncer de mama, estadios tempranos: reporte de un caso**
Fuentes Yésica Lizet, Romo Carolina, López Gilberto
- S547 **0811** Gastroenterología. **Neumatosis quística intestinal**
Gutiérrez Jennifer, Revuelta Luis Alberto
- S547 **0813** Reumatología. **Correlación entre la escala de predicción de riesgo cardiovascular para artritis reumatoide y hallazgos videocapiloscópicos**
Luna Tania Adriana, Martínez Georgina, Aguilera-Barragán Georgina, Pedro Angél Javier, Acevedo Eduardo Saúl, López Homero, Martínez Marco Ulises
- S548 **0814** Otros. **Neumomediastino posterior a toma de biopsia por broncoscopia**
Escobedo Nicolás, García Gisela
- S549 **0815** Dermatología. **Eritema polimorfo de difícil remisión relacionado a herpes virus 1 y 2, reporte de caso**
López Bianca Eunice, Del Rio Viridiana, Quintana Lucero Itsaí, Rodríguez Marco Antonio, Díaz Enrique Juan
- S549 **0816** Oncología. **Síndrome de pseudo meigs como causa de derrame pericárdico. Reporte de un caso**
Robles Yovani, Ortiz María del Mar, Rosales Víctor Hugo
- S550 **0817** Nefrología. **Glomerulonefritis pauciinmune anca negativo**
Bollo Juan Carlos, Ortega Nayely Yair, Bollo Miguel Ángel
- S551 **0819** Gastroenterología. **Reporte de caso de linfoma no Hodgkin de bajo grado asociado a mucosa en masculino de 72 años en hospital del noreste del país**
Martínez Javier Alejandro, Esquivel Miguel Angel, Nañez Homero, Rodríguez Yuridía Evangelina
- S552 **0821** Reumatología. **Síndromes antifosfolípidos catastrófico: reporte de caso y revisión de la literatura**
Aguilar-Alvarez Jorge Luis, Becerril-Mendoza Lizabeth Teresa, González-Villagrán Fausto Miguel, Barbosa-Cobos Lucía, Maya-Piña Lucía Verónica, Arteaga-Moreno Mayra, Pérez Elizabeth
- S553 **0822** Reumatología. **Manifestaciones oculares en una paciente con reactivación de poliangeitis con granulomatosis**
Escobedo Nicolás, Cerda Christopher, Uriarte Rodolfo Allan
- S553 **0823** Neurología. **Síndrome de encefalopatía reversible posterior. A propósito de un caso**
Rojas Eduardo, Monreal Claudia
- S554 **0824** Hematología. **Vasculitis cutánea linfocítica como presentación inicial de linfoma de Hodgkin en paciente de la tercera edad: reporte de caso**
Grajeda Jesús Adrián, Rivera Jesús José, Pacheco Cesar Francisco, Vargas Eleazar, González Carlos Mauricio
- S555 **0825** Nefrología. **Lesión renal aguda AKI III secundario a mordedura por serpiente de la especie Bothrops**
Jiménez Diego Francisco, González Israel Abraham
- S556 **0826** Hematología. **Mutación C677T del gen MT-FHR como causa de infarto cerebral; reporte de caso**
Guerrero Lorena, Castañeda Luis Manuel, Ruiz Ana Luisa, Mares Adán Rafael, Rivera Dante Jesús
- S557 **0827** Infectología. **Reporte de caso: mucormicosis rinocerebral**
Cruz Pedro Enrique, Barragán Gabriel, Madrigal Jorge Luis, Mayoral Miguel Angel, Domínguez Eloy, Mendoza Onasis Abdiel
- S557 **0829** Infectología. **Síndrome inflamatorio de reconstitución inmune paradójico por Mycobacterium colombiense en un paciente con infección por VIH**
Iniestra Oscar Francisco, Lezama Jezer Ivan, Juárez Abigail
- S558 **0830** Nefrología. **Evaluación costo-beneficio de la colocación del catéter para diálisis peritoneal vía percutánea modificada vs colocación quirúrgica en pacientes del programa de diálisis peritoneal**
Gomez Luis Carlos, Méndez Socorro, Rivera Hector
- S560 **0831** Infectología. **Enfermedad poliquistica del adulto y sepsis urinaria por Acinetobacter baumannii reporte de un caso**
Seriñá Luis Gabriel, Reyes Oblesther, Moreno Stephanie, Cabrera Diana Sofía, González César, Cruz Antonio
- S560 **0832** Endocrinología. **Feocromocitoma: reto diagnóstico de hipertensión secundaria en paciente joven**
Blancas Luis Angel, Sánchez Eduardo, Gonzaga Teresa Ivonne, Angeles Abish, López Gerardo
- S561 **0833** Oncología. **Patología linfoproliferativa como diagnóstico diferencial de tumor de células germinales testicular en un paciente con síndrome doloroso abdominal persistente**
Cruz Carlos, Amscheridam Schajrit Esther, Muñoz Omar, Sánchez Hiralda, Cervantes Erika, Reyes Daniel
- S562 **0834** Infectología. **Histoplasmosis en paciente con VIH en hospital de tercer nivel al noreste de República Mexicana: reporte de caso**
Martínez Javier Alejandro, De Leon Ana Laura, Nañez Homero, Sánchez Hector Mauricio, Nuzzolo Laura, Sánchez Karen



- S563 **0835** Hematología. **Una extraña leucemia; leucemia bifenotípica riesgo alto CD20 +**
Trejo Irving, Cruz Natali, Zamora Elia
- S564 **0836** Dermatología. **Micetoma abdominal. Caso clínico**
Infante Ana Teresa, Paredes Orlando, Rivera Ofelia
- S564 **0837** Gastroenterología. **Desenlaces de los pacientes sometidos a cortocircuito portosistémico intrahepático transyugular y factores asociados a mortalidad en una institución mexicana**
Ruiz Jesús Alejandro, Olivas Antonio, Zavala Gerardo, Carrillo Eduardo, Muñoz Sergio Gabriel, Torre Aldo
- S565 **0838** Cardiología. **Síndrome de Reel, complicación poco frecuente tras la implantación de marcapasos. Reporte de caso**
Prado Pamela Michelle, Juárez Karim Yarek, Sánchez Carmen Alicia, Ezquerro Alejandro, Villalón Jorge, Hermosillo Brenda Alejandra, Gay Paulina Mariel
- S566 **0839** Cardiología. **Síndrome de Stoke Adams como presentación clínica de un paciente con miocardiopatía no compactada**
Gómez Luis Carlos, Alcantar Mayra Miroslava, Ceballos Martha Esmeralda, Rivera Hector
- S567 **0840** Oncología. **Tumor neuroectodérmico primitivo pulmonar primario en el adulto, patología torácica poco frecuente. Presentación de un caso y revisión de la literatura**
Chávez Oswaldo Alan, Rumbo Uriel, Recinos Elio German, Duarte Alejandra, González Jorge Alfredo, López Marco Antonio
- S568 **0841** Hematología. **Fibrosis quística coexistente con linfoma B difuso de células grandes en paciente ingresado en el Hospital General de México. Reporte de caso**
Mora Ana María, Ayala Ivonne Alexandra, Moreno Stephanie Zenaída, Arias Karina Ivonne, Galicia Viridiana, Sánchez Virginia Hipólita, Rosales Victor Hugo
- S568 **0842** Neurología. **Síndrome de sagging una demencia frontotemporal asociada a hipotensión intracraneana espontánea: reporte de caso**
Del Río Viridiana, Lopez Bianca Eunice, Rodríguez Marco Antonio, Guajardo Jaime Alberto, Diaz Enrique Juan, Rodríguez Leopoldo Federico
- S570 **0844** Cardiología. **Evolucumab y la disminución de riesgo cardiovascular en pacientes de alto riesgo: serie de casos**
Faustino Gladis, Ruiz Ana Luisa, Ceja Ana Isabel, Calzada Jade, Castañeda Luis Manuel
- S570 **0845** Endocrinología. **Reporte de caso: feocromocitoma-paraganglioma**
Mendoza Onasis Abdel, Domínguez Eloy, Barragán Gabriel, Méndez Rosalina, Cruz Pedro Enrique
- S570 **0846** Nefrología. **Nefritis tubulointersticial y raddomiólisis secundaria al uso de relajante muscular**
Velazco Irali María, Zapata Alejandra Deyanira, González Abigail, Contreras Sarahi, Dehesa Edgar, Irizar Sergio Saúl, Meza Cynthia Margarita
- S571 **0847** Infectología. **Absceso hepático amebiano con formación de fístula hepatopulmonar**
Juárez Hilda, Rodríguez Alejandro
- S572 **0848** Cardiología. **Tamponade cardiaco como presentación de metástasis pura de variante carcinoma papilar vesical. Reporte de caso**
Seniscal Daniel Alejandro, Martínez Ivonne, Guajardo Jaime Alberto, Ortega María José, Díaz Enrique Juan, Rodríguez Federico Leopoldo
- S573 **0849** Otros. **Inmunodeficiencia primaria, como patología de baja incidencia reporte de un caso**
Huerta Alma Diana, Briceño Fernando
- S574 **0850** Gastroenterología. **Insuficiencia hepática y sangrado gastrointestinal en un paciente con síndrome de telangiectasia hemorrágica hereditaria**
Montes Zyanya Lorely, Domínguez Andres, López Viridiana, Angel Diego, Reyna Ricardo Orson
- S574 **0851** Neurología. **Cefalea atípica secundaria a trombosis del seno lateral derecho por trombofilias primarias: factor V Leiden homocigoto y metileno-tetrahydrofolato reductasa**
Guajardo Jaime Alberto, Solís Emmanuel, Díaz Enrique Juan, Rodríguez Federico Leopoldo
- S575 **0852** Infectología. **Tuberculosis el gran simulador neoplásico**
Jerma Valery Fabiola, Basurto Daniel Alberto, Piñeiro Claudia Monserrat
- S576 **0853** Reumatología. **Expresión de ACPA en artritis reumatoide y enfermedad periodontal en hospital de segundo nivel**
Carlos Blanca Nohely, Olán Francisco, Hernández Éufrates, Hernández Guadalupe, Hernández Alejandra
- S577 **0854** Hematología. **Un caso inusual de ascitis: enfermedad de Castleman multicéntrica variante de POEMS**
Muñoz Brenda Daniela, Martínez Daniella Itzel, Gomez Carlos, Morales Teresa Catalina, Careaga Daniel, Lopez Adriana, Espinosa Laura
- S578 **0855** Neurología. **Neurosarcoidosis. Reporte de un caso en Aguascalientes**
Lira Luz Gabriela, Suarez Belen, Velazquez Salvador David, Hernandez Diana, Diaz Lily Michel, García Marybel, Diaz Alberto Javier
- S578 **0856** Oncología. **Iltrasonido contrastado con microburbujas para el diagnóstico no invasivo de hepatocarcinoma en pacientes con lesión renal para evitar nefropatía por contraste**
Cordova Victor Hugo, Guajardo Jaime Alberto, Vega César, Ramírez Alfredo, Valdivia Mónica, Quiróz Oscar
- S579 **0857** Reumatología. **Dermatomiositis como presentación clínica de un síndrome paraneoplásico**
Ortega Nayely Yair, Bollo Juan Carlos, Bollo Miguén Angel
- S580 **0860** Toxicología. **Loxoscelismo sistémico de presentación cutánea atípica**
Lastra Juanita Hortensia, Galván Karla Lizette, Cruz Gabriela Rocío



- S581 0861** Cardiología. **Derrame pericárdico masivo sin presencia de tamponade cardíaco como complicación de insuficiencia cardíaca en paciente hospitalizado en el Hospital General de México**
Dr. Eduardo Liceaga
Mora Ana María, Ayala Ivonne Alexandra, Vazquez Guadalupe Karina, Moreno Stephanie Zenaida, Rosales Victor Hugo, Cruz Antonio
- S581 0863** Oncología. **Trombosis venosa profunda como una de las principales manifestaciones de tumoración incidental a nivel renal**
Castillo Cruz, Amscheridam Schajrit Esther, Cervantes Erika, Sánchez Hiralda, Muñoz Omar
- S583 0864** Gastroenterología. **Síndrome de sobreposición de hepatitis autoinmune con colangitis biliar primaria en hombre de la tercera década de la vida. Reporte de un caso**
García Carlos Alberto, Osorio Jorge Rafael
- S584 0865** Infectología. **Bacteriemia secundaria a gastroenteritis con metástasis sépticas pulmonares y renales por *Salmonella typhi* como manifestación extraintestinal en paciente inmunocomprometido**
Ayala Ivonne Alexandra, Mora Ana María, Moreno Stephanie Zenaida, Esteban Araceli, Rosales Victor Hugo, Cruz Antonio
- S585 0867** Gastroenterología. **La esteatosis hepática se relaciona más estrechamente con la adiposidad troncal que con la grasa corporal total en el paciente diabético**
Vargas Germán, Meneses Iván, Guerrero Carolina, Rubio Alberto Francisco, Maceda Alberto
- S585 0868** Otros. **Inmunoterapia en el solapamiento asma y EPOC**
Hernández Javier, Pliego Jesús Alfonso, Hernández Mayra
- S586 0869** Reumatología. **Granulomatosis con poliangeítis localizada y ANCA negativo**
Nogales Miguel Angel, Peralta Ana Lilia, Rodríguez Brenda Grisel, Solano Irlanda
- S587 0870** Otros. **Fenotipos de sobreposición asma y EPOC; una propuesta de clasificación**
Hernández Javier, Hernández Mayra, Pliego Jesús Alfonso
- S587 0872** Otros. **Esplenomegalia y anemia como manifestaciones iniciales de enfermedad de Gaucher tipo 1**
García Rivas Daniel, Pineda Luis Francisco, Hurtado Jorge, Espinoza María Lucero
- S588 0874** Gastroenterología. **Hígado graso agudo del embarazo con cistitis aguda concomitante: presentación clínica atípica de una enfermedad poco común**
Cárdenas Luis Carlos, Cortez Carlos, Salas Arnoldo, González Arturo, Estrada Mario Alberto, Sánchez Ekaterina, Ruiz Teresita de Jesús
- S589 0875** Reumatología. **Muerte súbita en un paciente con amiloidosis cardíaca**
García Rivas Daniel, Briceño Fernando, Espinoza María Lucero, Hurtado Jorge
- S590 0877** Neurología. **Infartos de la pica: síndrome de Wallenberg: a propósito de un caso**
Cardona Melisa, Mijangos Alejandra Madeleine, Carmona Gabriel, Tiempo Fabiola Guadalupe, Cortez Brenda, Aguilar María Fernanda, Ibarra Jesús Alejandro
- S590 0880** Reumatología. **Síndrome overlap hepatitis autoinmune-colangitis biliar primaria: reporte de 1 caso**
Mendoza Marino, Ibarra Alejandro, Torres Belem
- S591 0881** Infectología. **Enterococo hiraе, un patógeno infeccioso inusual en humanos, causante de absceso hepático en un paciente diabético con síndrome consuntivo e hipoglicemia como únicas manifestaciones**
Salazar Claudia Nai, Cruz Antonio, Garcilazo Alexandra, Lajud Francisco, Arteaga Daniela, Aguilar Sandra
- S592 0882** Oncología. **Flegmasia cerúlea dolens en paciente con adenocarcinoma de la unión esofagogastrica, enfermedad metastásica y sepsis**
Avilés Lesly Rocío de Jesús, Chapa Osvaldo, Alvarado José Alfredo, Martínez Hugo Alberto
- S593 0883** Oncología. **Insuficiencia hepática aguda por hepatocarcinoma durante los cuidados postoperatorios inmediatos de cirugía cardíaca**
Mora Mauricio de Jesús, Mendoza Viridiana, Mendez Rene
- S593 0884** Infectología. **Quiste mesentérico en paciente con virus de inmunodeficiencia humana**
Ramón Isabel Cristina, Flores Óscar Israel, Chávez Samantha Daphne Georgina
- S594 0885** Dermatología. **Necrosis epidérmica tóxica**
Morales Enrique Fleuvier, Domínguez Eloy, Sánchez Luis Manuel, Barragán Gabriel, Cruz Pedro Enrique, Madrigal Jorge Luis
- S594 0886** Cardiología. **Cardiomiopatía de takotsubo asociada a crisis suprarrenal aguda en paciente con enfermedad de Addison: reporte de caso y revisión de la literatura**
Villanueva Ricardo Alejandro, Uribe Jefte Felipe, Palafox Diego, Martínez Laura Patricia, Arizaga Manuel, Díaz Jennifer Samara, Anaya Israel
- S595 0887** Reumatología. **Neumomediastino secundario en un paciente con reciente diagnóstico de granulomatosis con poliangeítis**
Escamilla José Angel, Aranda Mercedes, González Verónica, Bautista Abigail, Pérez Guillermo Karey, García Sergio
- S596 0888** Nefrología. **Retomando la diálisis peritoneal en pacientes críticamente enfermos**
Miranda Luis Johari, Loza Gustavo, Alvarez Alfredo, López Giovana Lucia
- S597 0889** Endocrinología. **Hipoglucemia de repetición secundaria a tumor neuroendócrino metastásico de alto grado funcional. Reporte de un caso**
Ortiz María del Mar, Munguía Ana Lilia, Echeverría Blanca Nury, Robles Yovani, Hernández Marisol, Hernández Jorge Ezequiel

- S598 0890** Infectología. **Mucormicosis en una paciente portadora de lupus eritematoso sistémico con actividad hematológica. Reporte de un caso**
Sánchez Ana Laura, Espinosa Meztli Artemisa, Mejía Yadhira, Alonso Abdías
- S598 0891** Neurología. **Diagnóstico tardío de esclerosis lateral amiotrófica un hospital de tercer nivel**
Salazar Claudia Nai, Cruz Antonio, Garcilazo Alexandra, Lajud Francisco, Arteaga Daniela
- S599 0892** Hematología. **Quilotórax como manifestación inusual de linfoma nodal de la zona marginal**
Ramírez Guillermo Eduardo, Ortiz Irving Elliot, Pérez Eliseo, Flores Candido, Valencia Rafael Ubaldo
- S600 0893** Reumatología. **Granulomatosis con poliangitis. Reporte de caso y revisión de bibliografía**
De la Cruz Juan Carlos, Pérez Francisco Arturo, Mendez Priscila
- S601 0894** Gastroenterología. **Penfigoide bulloso como primera manifestación de cáncer esofágico: reporte de caso**
Torrecilla Wilmer Daniel, García Estefanía, García Alejandro, Campos Julio César, Urzúa María Dolores
- S602 0895** Neurología. **Síndrome de Parinaud, localización milimétrica a 135 años de su descripción**
Escobedo Nicolás, Cantú Diego Alberto, Castillo Sergio Andrés
- S603 0896** Neurología. **Demencia rápidamente progresiva: enfermedad de Creutzfeldt-Jakob como reto diagnóstico**
Ramírez Guillermo Eduardo, Cabrera Juan Pablo, Pérez Eliseo, Gil Israel Nayensei, García Rafael, Flores Cándido
- S603 0898** Gastroenterología. **Dolor crónico de cadera como presentación inicial de osteodistrofia hepática en un paciente cirrótico con hipogonadismo hipogonadotrópico congénito. Reporte de un caso**
Robles Yovani, Hernández Marisol, Ortiz María del Mar
- S604 0899** Endocrinología. **Serie de casos de complicaciones graves en pacientes que desarrollaron Cushing exógeno por uso crónico de esteroides orales, inyectables y tópicos, sin protocolo diagnóstico de enfermedad de base**
Salazar Claudia Nai, Cruz Antonio, Estrada Karla Patricia, Garcilazo Alejandra, Lajud Francisco, Arteaga Daniela
- S605 0900** Infectología. **Endocarditis infecciosa por *Staphylococcus aureus* en un paciente con trilogía de Fallot. Reporte de caso Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga**
Rodríguez Ricardo, Jiménez Luis Antonio, Camacho Raúl, González Karen Victoria, Aguilar Georgina, Flores Argelia
- S606 0901** Hematología. **Leucemia cutis reporte de caso**
Alonso María Teresa, Elizondo Ochoa Alvaro, Inclán Sergio, Neme Yvette
- S606 0903** Reumatología. **Colitis ulcerativa y artritis reumatoide: una rara asociación**
Ramírez Guillermo Eduardo, Castro Daniela, Zamarripa Felipe, Huacuja Óscar Yamil, Flores Cándido
- S607 0904** Dermatología. **Vasculitis por hipersensibilidad, presentación de un caso**
Luna Rocio, Reyes Ivonne Leticia, Torres Irving, García Claudia
- S608 0905** Oncología. **Derrame pleural derecho masivo recidivante secundario a osteosarcoma osteogénico de tibia**
Cruz Carlos, Cervantes Erika, Sánchez Hiralda, Amscheridam Schajrit Esther
- S609 0906** Reumatología. **Fenotipo de miopatía inflamatoria con positividad anti-Jo1/ anti-Ro52: reporte de caso**
Aguilar-Álvarez Jorge-Luis, González Alan, Becerril-Mendoza Lizbeth-Teresa, Martínez Velia, Barbosa-Cobos Rosa-Elda, Reyes-Cetina Ivonne-Leticia, Sacoto-Flores Goethe-Salomón
- S609 0907** Infectología. **Caso atípico de un paciente que desarrolla falla hepática aguda secundaria a infección por *Rickettsia rickettsii***
Salazar Claudia, Cruz Antonio, Garcilazo Alexandra, Arteaga Daniela, Lajud Francisco, Villacaña Diana
- S610 0908** Neurología. **Polineuropatía periférica como manifestación inicial de cáncer papilar de tiroides: reporte de un caso**
Gutiérrez Isabel, Bolio Ana Beatriz, Cadena Arturo, Uribe Paul David, Joya Joaquín Gerardo, De la Garza César Alberto
- S612 0909** Reumatología. **Fiebre, sinusitis crónica e hipoacusia progresiva: un caso de vasculitis de pequeño vaso**
Lara Angel Admin, Arias María Fernanda, Aguilar Sandra Elizabeth, García Roxana Stephanie, García Edgar
- S613 0912** Infectología. **A propósito de una tuberculosis intestinal multifarmacorresistente en paciente inmunocompetente**
Cortés Migue Ángel, Higueta Eliana, Pérez Sofia, Alzate Diego, Arroyave Alex, Fuentes Gustavo, Arroyave Diego
- S613 0914** Nefrología. **Caracterización del volumen plaquetario medio en pacientes con y sin enfermedad renal crónica**
Lugo Flavio Arturo, Zapata Rogelio, Inclán José Ivan
- S614 0915** Infectología. **Ascariasis como una causa inusual de pancreatitis aguda**
Ortega Nayely Yair, Bollo Juan Carlos, Bollo Miguén Angel
- S615 0916** Neurología. **Encefalomiелitis aguda diseminada en adultos, reporte de un caso**
Jaimes Kathia María, Belmonte Freddy, Treviño Eduardo, Suarez Azalia, Arias María Fernanda
- S616 0917** Infectología. **Hiperamilasemia crónica y dolor abdominal como manifestación inicial de tuberculosis diseminada, no asociada a condición de inmunocompromiso. Reporte de caso**
Maldonado Uriel, González Jessica



- S617 0918** Cardiología. **Medición automatizada de la presión arterial no supervisada en consultorio, comparada con la auto-medicación a préstamo de la presión arterial, en sujetos hipertensos**
Ramírez José Rafael, Calvo César Gonzálo
- S617 0919** Otros. **Índice neutrófilos-linfocitos como marcador pronóstico de mortalidad en pacientes con choque séptico ingresados a la unidad de cuidados intensivos**
Rojas Julia Jael, Esparza Rafael, Salas Arnoldo
- S618 0920** Oncología. **Cefalea, desorientación y crisis convulsivas: síndrome de encefalopatía posterior reversible asociado al uso de pazopanib**
Lara Angel Admin, Alcantara Melchor, Salinas Octavio Antonio, Aguilar Sandra Elizabeth, Graziano Pablo Augusto
- S620 0921** Dermatología. **Discromías conjuntas. Eritema discrómico perstans y molusco contagioso con reacción de Sutton. Reporte de caso**
Estrada Lourdes, Arenívar Carlos, Sanabria José Antonio, Serrano Fray Elae
- S621 0922** Neurología. **Encefalomiелitis diseminada aguda como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico**
Sáenz Mauricio, Delgadillo Elena Deyanira, Armenta Mariana
- S621 0925** Dermatología. **Síndrome de DRESS asociado a isoniazida en paciente con diabetes mellitus tipo 2. Reporte de caso**
González Jessica, Maldonado Uriel, Navarro Miryam Nayeli, Camberos Carlos Arturo, Peña Mitzi Nayely
- S622 0926** Infectología. **Miocarditis por Ehrlichia**
Moreno Francisco, Valente Benjamin, Shveid Daniela, Fonseca Alfredo, Fueyo Omar, Aguirre Daniel Andrés, Gómez Victor Hugo
- S623 0927** Reumatología. **Síndrome de pulmón encogido en paciente con lupus eritematoso sistémico: reporte de caso clínico**
Sánchez Silvia Berenice, Damian Gustavo Netzahualcoyotl
- S623 0928** Otros. **Neumotórax espontáneo como manifestación inicial de enfermedad poliquística autosómica dominante. Reporte de un caso**
Lima Jesús Daniel, Ortega Ana Gabriela
- S624 0929** Infectología. **Pancolitis amebiana como causa de diarrea aguda en el paciente inmunocompetente**
Rodríguez Yuridia Evangelina, Soto Blanca Angélica, Nañez Homero
- S624 0930** Hematología. **Mielofibrosis primaria idiopática: reporte de un caso**
Díaz Néstor Benedicto, Bretón Mauricio, Guzmán Elías, Santillán Wendy Josefina, Vicuña Rosa María
- S625 0931** Cardiología. **Reporte de caso. Angina de esfuerzo por compresión extrínseca del tronco coronario izquierdo CE-TCl por dilatación de tronco de arteria pulmonar**
Tahuahua Oscar, González Rodrigo, López Mauricio, Hernandez Axel Hiram
- S626 0932** Otros. **Programa de mejora y seguridad hospitalaria en el adulto mayor como modelo emergente de atención en salud**
García Juan Carlos, Rivera Luz del Carmen, Ramírez Cresencia
- S626 0933** Otros. **Obesidad en el adulto mayor ¿es factor asociado a fragilidad? Un estudio con impedancia bioeléctrica**
Huerta Saúl, Castro David, Vargas Germán, Elizalde Cesar Ivan, Rubio Alberto Francisco
- S627 0934** Gastroenterología. **Aplicación de las escalas pronósticas y experiencia en pancreatitis aguda en un hospital privado de tercer nivel**
Aguirre Gloria Mayela, Guerra Manuel Nicolás, Sánchez Oswaldo Enrique, Gamboa Carmen Magdalena, Casillas Alberto
- S628 0935** Cardiología. **Síndrome de Wolff Parkinson White con conducción antidrómica y fibrilación auricular con ablación de múltiples vías accesorias**
Carlos Blanca Nohely
- S629 0938** Neurología. **Neurolyme: una causa inusual de paresia del sexto nervio del cráneo aislada**
Mora Mauricio, Haro Juan Pablo, Guizar Luis Alberto
- S630 0940** Infectología. **Artritis seronegativa por enfermedad de Lyme**
Cadena Arturo, Valente Benjamín, Espinosa Luís, Saavedra Rafael, Fernández Eduardo
- S630 0941** Infectología. **Infección osteoarticular micobacteriana en paciente inmunocomprometido**
Orozco Dayana Estefanía, Rubio Luis Roberto, Serrano Andrea, Rodríguez Axel Abel, Zamora David, Ochoa Guadalupe Montserrat, Macías Diego Jarek
- S631 0942** Oncología. **Carcinoma insular tiroideo: incidentaloma secundario a hemorragia en extubación**
Cedillo Martín Rodrigo, Matamoros Adriana Paula, Ramírez Leticia, Hernández Ulises, Hernández Roberto, Marín Aldo Hernán, Hernández Daniel
- S632 0943** Otros. **Aspectos sociales asociados con depresión en el adulto mayor**
Paniagua Angélica, Ledesma Andrés, Torres Yadira Edith, Garrido Ricardo, Rodríguez Leticia, Huerta Saúl
- S632 0944** Infectología. **Coinfección aguda de dengue y leptospirosis en zona endémica de Veracruz**
Medina Julieta, Enríquez Kevin Giuseppe, García Mario Ramón, Servín Daniel, García Laura Anahí, Blancas Luis Ángel
- S633 0945** Neurología. **Enfermedad de Huntington (variante Westphal) expresada por una vía muy inusual: linaje materno**
Cerda Christopher, Estrada Ingrid Eloisa, Sotelo Jazmín, Chávez Beatriz Eugenia, Nañez Homero, Castillo Sergio Andrés
- S633 0946** Infectología. **Prevalencia de tuberculosis latente en el personal de enfermería de medicina interna y urgencias de un hospital universitario**
Flores Rómulo Omar, Sánchez María José, Soto Berenice, Lozano Brenda Nohemi, Rendón Luis Adrián, Hernández Marco Antonio, Nañez Homero



- S634 0947** Dermatología. **Un caso poco usual de la enfermedad de Rosai Dorfman**
Espinoza María Lucero, Hurtado Jorge, García Rivas Daniel, Guevara Rosa María, Briceño Fernando
- S635 0948** Toxicología. **Intoxicación por metanol, supervivencia a concentraciones letales. Reporte de caso**
Soto Oscar, Cruz Carlos, Madariaga Brian, Prestegui David Eduardo
- S636 0949** Endocrinología. **Asociación de macroadenoma hipofisiario mixto productor de prolactina/hormona de crecimiento y cáncer papilar de tiroides en paciente joven: reporte de un caso**
González Francisco Jesús, Hernández Enrique, García Erica, Valadez Maritza Jacqueline, Olvera Oscar
- S637 0950** Reumatología. **Pancreatitis aguda como debut de lupus eritematoso sistémico complicado con necrólisis epidérmica tóxica: a propósito de un caso**
Chong Christian Alexis, Villarreal Diego Alonso, García Grecia Jazmin, Sánchez Jesus Rene, Roman Cristina Guadalupe, Casasola Emy, Pulido Grecia Elvira
- S638 0951** Oncología. **Asociación de adenocarcinoma esofágico en paciente con poliquistosis renal. Reporte de un caso**
Xavier Daniela, Rosales Minerva, Reyes Luis Andres, Castillo David Julián, Hernández David Enrique
- S638 0952** Infectología. **Parálisis facial bilateral secundaria a infección por virus de inmunodeficiencia humana. Reporte de un caso**
López Marco Antonio, Chávez Oswaldo Alan, Guevara Karen Jocelyn
- S639 0954** Nefrología. **ERC-5 con hipercalcemia al inicio de la terapia de reemplazo renal**
Herbert Zaira Nereida, Patlan Hazel Ali, Ramírez Luis Manuel
- S640 0955** Infectología. **Meningoencefalitis viral de probable etiología herpética en masculino de la sexta década de la vida sin factores de riesgo. Reporte de caso**
Rodríguez Ricardo, Serriñá Luis Gabriel, Jiménez Luis Antonio, Camacho Raúl, Amaro Néstor, González Karen Victoria, Aguilar Georgina
- S641 0956** Infectología. **Prevalencia de tuberculosis latente en residentes de nuevo ingreso al área de medicina interna de un hospital universitario**
Flores Rómulo Omar, Soto Berencice, Lozano Brenda Nohemi, Sánchez María José, Rendón Luis Adrián, Hernández Marco Antonio, Nañez Homero
- S642 0957** Infectología. **Linfadenopatía en paciente con inmunosupresión adquirida**
Aguilar Elvira Elizabeth, Batún José Antonio de Jesús
- S642 0958** Reumatología. **Síndrome de caídas secundario a miopatía inflamatoria seronegativa: reto diagnóstico en el adulto mayor**
López Gerardo, Gonzaga Teresa Ivonne, Sánchez Eduardo, Angeles Abish, Blancas Luis Ángel, Gómez Ana Laura
- S643 0960** Neurología. **Abscesos cerebrales como complicación de la endocarditis infecciosa. A propósito de un caso.**
Prado Gala, Mendo Iliana E, Cerón José A
- S644 0961** Cardiología. **Miopericarditis aguda como diagnóstico diferencial de infarto**
Moreno Víctor Hugo, Villalobos Montserrat
- S645 0962** Otros. **Hemotórax catamenial, un reto diagnóstico: reporte de caso y revisión de la literatura**
Cervantes Rosa Elena, Uribe Jefe Felipe, Uribe Josafat François, Anaya Israel
- S645 0963** Reumatología. **Poliarteritis nodosa como causa de fiebre de origen desconocido clásica de larga evolución**
Ramírez Ruben, Noyola Maura Esthela, Davila Andrea, Malagon José, Anda Juan Carlos
- S646 0964** Neurología. **Tuberculosis diseminada en paciente inmunocompetente con presentación neurológica**
Morales Eliu Jefe, Nanez Homero
- S647 0965** Reumatología. **Kikuchi Fujimoto como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico**
Hintze Juan Carlos, González Nallely, Martínez Georgina, Medina Julieta, Hernández Adrian, Teran Oscar
- S647 0966** Infectología. **Neurolisteriosis en paciente inmunocomprometido: reporte de caso**
Martínez Guadalupe, Sotelo Thalia, Medina Zaira
- S648 0967** Cardiología. **Taquiarritmia relacionada a uso de norepinefrina a dosis bajas en choque séptico**
Faustino Gladis, Roque Carlos Javier
- S648 0968** Neurología. **Foramen oval como causa de ictus criptogénico en paciente joven, una entidad**
Prestegui David Eduardo, Madariaga Brian, Soto Oscar, Frias Jacqueline Lorena, Cruz Carlos, Prestegui José Ángel de Jesús
- S649 0969** Infectología. **Tuberculosis pericárdica: reporte de caso y revisión de literatura**
Hernández Axel Hiram, Tahuahua Oscar, Urzua María Dolores
- S650 0970** Cardiología. **Ictus isquémico en paciente joven secundario a foramen oval**
Prestegui David Eduardo, Frias Jacqueline Lorena
- S650 0971** Nefrología. **Enfermedad de Kyrle en un paciente con insuficiencia renal terminal en diálisis peritoneal y diabetes mellitus tipo 2 descontrolada**
Almaguer Daniel Alejandro, Guendulain Irving Hugo, Juárez Andrea, Rojas Gerardo, Escobar Oscar
- S651 0972** Neurología. **Síndrome del vértice orbitario secundario a pansinusitis; reporte de caso**
Armenta María Fernanda, López David Julián, Reyes Luis Andrés, Hernández David Enrique, Xavier Daniela, Bautista Pedro Axel
- S652 0974** Infectología. **Brucelosis en paciente receptor de trasplante renal**
Juárez Hilda, Mendoza Emmanuel Antonio, Bazán Karla Guadalupe, Armas Miguel Angel, Dueñas Samuel, González Mario



- S653 0975 Dermatología. Zigomatosi en autoinmuniad**
Pliego Jesús Alfonso, Olvera Ana Silvia, Romero Tzirari Yaneli, Rodríguez Ricardo Omar, Ramírez Adriana Lorena, Jiménez Diana Jael
- S654 0976 Otros. Linfangioleiomiomatosis esporádic. Reporte de un caso**
Cimé Erik Antonio, Isidro Michel Vladimir, Márquez Carlos, Cruz Nydia Karen, Rojas Eduardo, Hurtado José Joel
- S655 0977 Hematología. Lesión gingival como manifestación inicial de linfoma no Hodgkin**
Bretón Mauricio, Santillan Wendy Josefina, Benedicto Néstor, Guzmán Elías, Argüello Jardiel, Ortega Horus Ramses
- S656 0978 Endocrinología. Parálisis periódica hipokálmica esporádic asociada a hipertiroidismo primario: reporte de un caso**
Triana Salma, Escobar Oscar
- S657 0979 Neurología. Enfermedad de Creautzfeldt-Jakob (ECJ) demencia rápidamente progresiva con debut oftalmológico, variante Heidenhain: presentación de un caso**
Diestel Jarumi Crystal, Serdio Luis Arturo, Diestel Ricardo
- S658 0980 Hematología. Linfohistiocitosis hemofagocítica, presentación de un caso y revisión de la literatura**
Ocampo Karen Ivette, Guzman Erasmo, López Maribel, Betancourt-Villaruel Juan Carlos, Urrutia Bernardo
- S659 0981 Reumatología. Miocardiopatía inducida por estrés en una paciente con arteritis de Takayasu: reporte de caso**
Astudillo Miguel Francisco, Vera Olga Lidia
- S660 0982 Reumatología. Mieloma múltiple en un paciente con enfermedad humana por adyuvantes; causa o azar?**
Arias Ivon, Vargas David Alejandro
- S660 0983 Endocrinología. Adrelectomía bilateral como tratamiento definitivo en enfermedad de Cushing persistente. Reporte de caso**
Quiles Betzabe, Valencia Laura, Villaseñor Jorge, Barriga Ariadna Yareli, Corona Karem Joselyn
- S661 0984 Cardiología. Comparación de la respuesta a diferentes grupos de terapia farmacológica específica en pacientes con hipertensión arterial pulmonar tratados en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez**
Hernández Andrea Priscila, Leal María Graciela, Gayón Erika, Pulido Tomás René, Sandoval Julio
- S662 0985 Hematología. Mielofibrosis severa secundaria a mieloma múltiple**
Gómez Edgar, Añorve Erika, Trejo Jorge Enrique
- S663 0986 Reumatología. Síndrome de Felty como manifestación inicial de artritis reumatoide en paciente masculino**
Bollo Juan Carlos, Ortega Nayely Yair, Bollo Miguel Ángel
- S664 0987 Oncología. Síndrome de Trousseau asociado a síndrome de vena cava superior secundario a caso de germinoma no seminoma**
Corona Karem Joselyn, Cuaya Angélica Cristina, Arteaga Mayra, Ramírez Ana Lirio, Hernández César Alejandro
- S665 0988 Infectología. Pancitopenia secundaria a una histoplasmosis diseminada en un paciente con VIH-SIDA**
García Maximiliano, García César Jesus, Cano Juan Manuel, Chavira Luis Raúl, Esquivias José Guadalupe, Romero Edith, Nuñez Andrea
- S666 0989 Infectología. Prevalencia del Staphylococcus aureus en las batas blancas de residentes de medicina interna de un hospital universitario**
Flores Rómulo Omar, Absalon Erika Abigahyl, Salazar Karina, Wah Martín, Camacho Adrian, Garza Elvira, Nañez Homero
- S666 0990 Endocrinología. Secreción de adiponectina por adipocitos primarios humanos en pacientes con diabetes tipo 2, con y sin recuperación de adiponectina plasmática postcirugía bariátrica**
Martínez José Enrique, Suárez Juan Antonio, Rivera Dante Jesús
- S668 0991 Cardiología. Puente miocárdico como causa de síndrome coronario agudo**
Aguilar Elvira Elizabeth, Batún José Antonio de Jesús
- S668 0992 Dermatología. Pénfigo foliáceo de presentación atípica: reporte de caso**
Pulido Grecia Elvira, García Grecia Jazmin, George Fernando, Beltran Martha Leticia
- S669 0993 Infectología. Escabiasis noruega y múltiples abscesos cutáneos de origen a determinar**
Escobedo Nicolás, Garza Humberto Ricardo, Reyna Roberto Adrián, Tijerina Bertha Patricia, Ramírez Edgar
- S669 0994 Cardiología. Edema pulmonar agudo secundario a lipoma auricular derecho: presentación de caso**
Guajardo Jaime Alberto, Mellado Raul
- S670 0995 Misceláneos. Esclerosis tuberosa, una enfermedad con múltiples manifestaciones sistémicas: presentación de un caso clínico**
Gudiño Francisco Javier, Hori Kenji Diego, Romo Carolina
- S671 0996 Infectología. Infarto cerebral como una presentación inusual de tuberculosis en el sistema nervioso central en paciente adulto con trisomía 21**
Pitones María Guadalupe, Díaz Jennifer Samara, Macías Guillermo Arnulfo, Uribe Jefte Felipe, Escobedo Rodrigo, Gaytán Francisco Javier, Valle Adriana
- S671 0997 Cardiología. Pericarditis post-infarto, como causa inusual de dolor torácico y elevación persistente del segmento ST**
Villaseñor Rosa, Vazquez Carlos Alfredo, Vazquez Oscar, Salas Sergio, Gomez Edgar
- S672 0998 Otros. Reporte de caso: neumonitis eosinofílica aguda asociado a consumo de cocaína**



- Sagarnaga Eduardo, Delgado Francisco, Sánchez Diana, Mellado Raul, Rodríguez Federico Leopoldo, Díaz Enrique Juan
- S673 **0999** Neurología. **Estatus epileptico post hidrocortisona/lidocaina intratecal**
Cabrería Tania Stefania
- S674 **1000** Cardiología. **Pericarditis tuberculosa en paciente inmunocompetente, un desafío clínico**
Cobos Orestes de Jesús, Hernández Paulina, Márquez Mitzi Gabriela, Lagunas Teresa Monserrat, Ramírez Sandra María, Trejo Nancy, Lozano Flor Magdalena
- S675 **1001** Infectología. **Bronquitis obliterante con neumonía organizada en un paciente con infección por *Borrelia burgdoferi***
Soler Fernando
- S675 **1002** Misceláneos. **Traqueobroncomalacia asociada a tumor laríngeo y enfisema pulmonar**
Martínez Zinia Fernanda, Batún José Antonio de Jesús
- S675 **1003** Reumatología. **Granulomatosis con poliangitis. Reporte de un caso**
González Abigail, Hernández Ángel Anatolio, Velazco Irali María, Dehesa Edgar, Irizar Sergio Saúl, Meza Cynthia Margarita
- S676 **1004** Hematología. **Síndrome de plaqueta pegajosa, una causa poco considerada de trombofilia**
Rodríguez Ricardo Omar, Sinco Armando, Guevara Maricela, Romero Tzirari Yaneli, Palomo Carlos Rodrigo, Ángeles Jorge Luis, Castañeda Emmanuel
- S677 **1005** Infectología. **Neumonía asociada a ventilación mecánica: factores de riesgo, mortalidad y patrones de resistencia, en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México del 2016 al 2018**
Villaseñor Rosa, Villalpando Jorge, Lara Luis Bruno, Santiago Ricardo
- S678 **1006** Neurología. **Atrofia de múltiples sistémicas: variedad pontocerebelosa, reporte de caso**
Solorio Jorge Daniel, Orozco Francisco Javier, Tiempo Fabiola Gaudalupe, Aguilar María Fernanda, Mijangos Alejandra Madeleine, Cardona Melisa, Ibarra Jesús Alejandro
- S679 **1007** Infectología. **Síndrome de cráneo hipertensivo secundario a meningoencefalitis por *Mycobacterium tuberculosis* en paciente joven**
Figueroa José de Jesús, Ceballos Diego Alberto
- S680 **1008** Infectología. **Criptococosis diseminada con prostatitis fúngica primaria**
Paez Camilo Andres, Flores José Alberto
- S680 **1009** Hematología. **Linfadenitis necrotizante histiocítica otra gran simuladora**
Rodríguez Ricardo Omar, Sinco Armando, Guevara Maricela, Romero Tzirari Yaneli, Pliego Jesús Alfonso, Angeles Flor de Azalea, Sánchez Karla Alexandra
- S681 **1010** Endocrinología. **Fosfatasa alcalina elevada como hallazgo incidental en paciente adulto mayor con enfermedad de Paget**
Haro Juan Pablo, Contreras Carlos, Olascoaga Arturo, Mora Mauricio, Zavala Luis, Villanueva Abel
- S682 **1011** Infectología. **Pancreatitis aguda grave y síndrome de distrés respiratorio agudo secundario a infección por virus de influenza A H1N1**
Villaseñor Rosa, Acosta David Neri, Xospa Veronica Ivette, Santiago Ricardo
- S683 **1012** Otros. **Aspergillosis broncopulmonar alérgica, en paciente con asma y diabetes mellitus tipo 2, reporte de caso**
Sánchez Hiralda Beatriz, Jurado Merly Yamile, Camacho Franco, López Viridiana, Cruz Carlos, Cervantes Erika, Rios Daniela, Jimenez Jaime Uriel
- S684 **1013** Reumatología. **Caso clínico de una paciente con hemorragia alveolar difusa con artritis reumatoide sin control**
Ochoa José Armando, Lazaro Patologo
- S685 **1015** Nefrología. **Poliquistosis renal y hepática con pancreatitis secundaria no quística**
Rodríguez Ricardo Omar, López José Onofre, Guevara Maricela, Romero Tzirari Yaneli, Pliego Jesús Alfonso, Ruíz Vicente, Meyer Julio César
- S685 **1016** Infectología. **Linfoma plasmablastico de sistema nervioso central, reporte de un caso**
Chávez Samantha Daphne Georgina, Flores Oscar Israel, Ramón Isabel Cristina
- S686 **1017** Reumatología. **Vasculitis anca positivo con afectacion endocardica, mucocutanea, renal y de sistema nervioso central: reporte de caso**
Covarrubias Dora Luisa, Ávila Anabel, Saavedra Daniela, Hernández Ulises, Rosales Victor Hugo, Soto María Virgilia
- S687 **1018** Oncología. **Sarcoma sinovial bifásico de rodilla: reporte de caso**
García Francisco Isai, Bulos Pedro, Sepulveda Jesus, Muñoa Eduardo Daniel
- S688 **1019** Hematología. **Linfoma no Hodgkin primario de sistema nervioso central en un paciente inmunocompetente. Reporte de un caso**
Mancía Esmeralda, Rivera Dante, González Andrés, Mayoral José Manuel, Faustino Gladis
- S689 **1020** Endocrinología. **Evento vascular cerebral isquémico cardioembólico por fibrilación auricular secundario a hipertiroidismo apático**
Mercado José Antonio, Castro Alejandrina, García Victor Hugo
- S689 **1021** Neurología. **Déficit de disferlina C y N: reporte de caso clínico**
Méndez Herón Gaspar
- S690 **1023** Hematología. **Atelectasia pulmonar masiva, secundaria a obstrucción por linfoma no hodgkin de células B**
García Maximiliano, García Cesar Jesus, Lara Jorge Bernardo, Cano Juan Manuel, Chavira Luis Raul, Romero Edith, Esquivias José Guadalupe, Palomares Pascual
- S691 **1024** Oncología. **Metástasis inguinal abscedada como presentación inicial de cáncer testicular**
González Enrique, Salazar Manuel Alejandro, Salazar Carlos Eduardo, Nañez Homero



- S691 1025 Oncología. Caso inusual de cáncer pulmonar no microcítico en mujer joven**
González Jorge Alfredo, Aranda Mercedes, Rumbo Uriel, Chávez Alan Oswaldo, López Mónica Aracely, Hernández Ángel Anatolio
- S692 1026 Neurología. Signo del tridente: desmielinización osmótica pontina, a propósito de un caso**
Rosales Jesús Maximino, Castillo Sergio Andres, Cantú Diego Alberto, Marfil Alejandro, Gamboa Mariana
- S693 1027 Reumatología. La cistitis enfisematosa en el paciente lupico: reporte de caso**
Ramírez Hector Alejandro, Delgado Selene
- S694 1028 Nefrología. Glomerulonefritis pauciinmune: a propósito de un caso**
Padilla Raul Amauri, Martínez Dapne, Hernandez Daniel Ramon, Valencia Raul, Mendiola Ricardo
- S695 1029 Infectología. Infección por *Mycobacteria* no tuberculosa diseminada**
González Enrique, Salazar Manuel Alejandro, Nuz-zolo Laura Marina, Nañez Homero
- S696 1030 Toxicología. Coagulopatía intravascular diseminada secundaria a envenenamiento por mordedura de serpiente *Bothrops asper***
Tafolla Edgar Jesús, Alvarado Citlalli, Valencia Nicolás, Hernández Éufrates, García Oscar Alejandro, Gándara César Adrián
- S697 1031 Infectología. Coinfección de *Mycobacterium tuberculosis* y *Pneumocystis jirovecii* en paciente con infección por VIH. A propósito de un caso**
Gándara César Adrián, Valencia Nicolás, Morales Erick, Rojas Jahzeel Samir
- S698 1032 Cardiología. Disección aórtica. Reporte de caso**
Castro Alejandrina, Mercado José Antonio, García Victor Hugo, Mejía Raul Ibrain
- S698 1033 Otros. Síndrome de Stevens Johnson inducido por efavirenz**
Sánchez Eduardo, Collado Rodrigo
- S699 1034 Hematología. Deficiencia severa de vitamina B12 secundaria a anemia perniciosa: presentación de un caso con pancitopenia y hemolisis**
Orozco Gerardo, Carrera Fabian Armando
- S700 1035 Endocrinología. Deterioro cognitivo secundario a hiperalдостernismo primario: enfoque del adulto en riesgo de demencia por elevación de mineraolocorticoides a razón de un caso**
Alcázar Luis Ernesto, Félix Saúl Alfonso, Osio Tito Gustavo, García Ricardo Emmanuel, Arroyo Daniel Iván, Pérez Edgar Eduardo, Aguayo Olivia Alejandra, Pacheco José Alberto
- S701 1036 Gastroenterología. Enfermedad inflamatoria intestinal: un reto diagnóstico en fiebre de origen desconocido**
Chávez Nancy Libertad, Torres Ulises, Santiago Ricardo, Nava Alfredo, Trejo Jorge Enrique, García Gustavo
- S702 1037 Cardiología. Síndrome de Stoke Adams en paciente con situs inversus totalis**
Rodríguez Alberto Nicolás
- S703 1038 Nefrología. Glomerulonefritis membranoproliferativa asociado a un carcinoma neuroendocrino, la importancia del abordaje diagnóstico correcto. Reporte de un caso**
Hernandez Ángel Anatolio, González Abigail, Dehesa Edgar, Irizar Sergio Saúl, Meza Cynthia Margarita, González Jorge Alfredo
- S704 1039 Oncología. Sarcoma indiferenciado primario de corazón**
Carrera Fabian Armando, Diaz Juan Daniel
- S705 1040 Reumatología. Crisis renal refractaria como expresión inicial de escleroderma**
Martínez Georgina, Luna Tania Adriana, Abud Carlos
- S705 1041 Nefrología. Dilema diagnóstico terapéutico: glomerulonefritis membranoproliferativa tipo 1 en asociación a trombosis venosa masiva con positividad para anticuerpos antinucleares y anticoagulante lúpico**
Grajeda Jesús Adrián, González Carlos Mauricio, Mingura Victor, Hermosillo Ana Karen, Zubia Carolina Ivette, Muñoz Roberto, Ramírez Carlos Gastón
- S706 1042 Misceláneos. Terapia de reemplazo hepático extracorpóreo en paciente con choque séptico**
Arguello Jardiel, Ortega Horus Ramsés, Santillan Wendy Josefina, Bretón Mauricio, Rodríguez Nayely Adriana, Ramírez Alejandro Domingo
- S708 1043 Infectología. Neumonía varicelosa en masculino de 63 años**
Bobadilla Luis Orlando, Díaz Rodrigo Gaspar, Ortégón Rodrigo, Méndez Nina, Gómez Salvador
- S709 1044 Reumatología. Enfermedad de Kikuchi, reto diagnóstico**
Martínez Flores Georgina, Luna Tania Adriana, Abud Carlos
- S709 1045 Endocrinología. Alcalosis post-hipercápnica inducida por síndrome de apnea del sueño**
Escobedo Nicolás, Arvizu Rosa Icela, Garza Humberto Ricardo, Tijerina Bertha Patricia, Ramírez Edgar
- S710 1046 Infectología. VIH y síndrome febril, experiencia de 12 años en mielocultivos del Hospital Juárez de México**
García Francisco Isai, Muñoz Eduardo Daniel, Aquino Lisette del Rosario, Galvez Luis Enrique, Leyva Angel David, Patatuchi Jorge Daniel
- S711 1047 Cardiología. Tratamiento exitoso de disección de aneurisma de aorta torácica y abdominal. Reporte de caso**
Magallanes Alberto, Ayala Abril de María, Farca Sion, Chacek Samuel
- S712 1050 Otros. Enfermedad de Castleman multicentrica relacionada a virus de la inmunodeficiencia humana**
Sánchez Eduardo, Collado Rodrigo
- S713 1051 Gastroenterología. Motivos de reingreso hospitalario en el primer año pos-trasplante hepático: experiencia en un centro de referencia de la Ciudad de México**
Zavala Gerardo, Olivas Antonio, Ruiz Jesús Alejandro, García Ignacio

- S713 1052** Reumatología. **Descompensación de hepatopatía crónica como causa de muerte en paciente con complicaciones de esclerosis sistémica localizada no conocida**
Medina Julieta, García Felipe, Hernández Adrián, Hintze Juan Carlos, Martínez Georgina, González Nallely
- S714 1053** Neurología. **Esclerosis múltiple pseudotumoral. Reporte de un caso**
Meza Angelica Jasaai, Cruz José Eduardo, Galindo Roberto, Hurtado Joel, Rodríguez Brenda Grisela, Solano Irlanda, Peralta Ana Lilia
- S715 1055** Dermatología. **Síndrome de DRESS (reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos) en un paciente con afección gastrointestinal y antecedente de consumir productos herbolarios**
Ruvalcaba Nallely Denisse, Lezama Jezer Ivan, Barqueño Virgen, Cabrales Ivan Eduardo
- S716 1057** Endocrinología. **Schwannoma del nervio laríngeo recurrente: diagnóstico incidental en el abordaje de un nódulo tiroideo**
Gamas Anel, Vargas Guadalupe, Eugenio Genesis Dinora, Irisson Irene
- S717 1058** Nefrología. **Candida tropicalis: causa infrecuente de peritonitis asociada a diálisis peritoneal. Reporte de caso**
Mercado José Antonio, Castro Alejandrina, García Víctor Hugo
- S717 1059** Infectología. **Absceso hepático asociado endoftalmítis piógena secundaria a Klebsiella pneumoniae reporte de caso Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga**
Jiménez Luis Antonio, Rodríguez Ricardo, Serriñá Luis Gabriel, Esquivel Jennifer, Aguilar Georgina, González Karen Victoria, Camacho Raúl
- S718 1060** Dermatología. **Linfoma primario cutáneo CD8+ citotóxico, epidermotrópico agresivo. A propósito de un caso extremadamente infrecuente**
Verazaluce Blanca Elena, Varela Diana Selene, Ceballos Diego Alberto, Murguía Mario, Parra José Luis
- S718 1061** Gastroenterología. **Epidemiología de la hemorragia digestiva proximal no variceal. Experiencia de una década en centro de segundo nivel**
Miranda Roberto Antonio, Olivares Laura Ofelia, Cómez Paulo César, Tamayo José Luis, Meza Cynthia Margarita, González Abigail, Gaxiola Erendira Kathya Escarleth, Dehesa Edgar
- S719 1062** Otros. **Neumotórax bilateral espontáneo en mujer de 17 años**
Pelayo Jaime, Romero Perla Mariana, Pérez Jaime Adrian, Flores Lucía, Esquivel Victor Alejandro, Muñoz Gabriela, Pedraza Hector Cristobal
- S720 1063** Reumatología. **Estratificación del riesgo cardiovascular estimado mediante tres calculadoras distintas en pacientes con artritis reumatoide del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca**
García Sergio, García Imelda, Leví Carlos, Peláez Alejandra
- S721 1064** Reumatología. **Síndrome autoinmune/autoinflamatorio inducido por adyuvantes como diagnóstico por inmunización antirrábica**
Goudet Enoc, Hernandez Noemi, Velazquez Bruno Alexander, Sanchez Juan Manuel
- S722 1065** Endocrinología. **Síndrome de Sheehan, diagnóstico 30 años después de su aparición**
Castillo Alejandro, Martin Jair
- S723 1066** Nefrología. **Vasculitis pauciimmune con afectación renal en un paciente del Hospital Regional Salamanca de Petróleos Mexicanos**
Alvarez Alfredo, López Giovana Lucía, Loza Gustavo, Miranda Johari
- S723 1067** Reumatología. **Ascitis: manifestación inusual de inicio de lupus eritematoso sistémico. A propósito de un caso**
Villegas Luz Yareli, Reyes Idarmis Brisseida, Osuna Gladys Carolina, Rodríguez Verónica Adriana, Sánchez José Ángel, Sandoval Diana, Armenta Andrea Carolina
- S724 1068** Oncología. **Quilotórax, ¿reto diagnóstico? Reporte de un caso asociado a la neoplasia con mayor letalidad en México**
Diaz Lily Michel, Gutiérrez Bianca Elizabeth, Medina Jesus Manuel, Sandoval Nallely, Hernandez Diana, García Marybel, González Luis Jonathan
- S725 1069** Neurología. **Diabetes mellitus y el envejecimiento como factores de riesgo de enfermedad vascular cerebral: epidemiología, fisiopatología y prevención. Una perspectiva actual**
Sánchez Juan José, Cantú Carlos Gerardo, Mimenza Alberto, Bautista Andoreni Reyna
- S726 1070** Reumatología. **Síndrome antifosfolípidos de manifestaciones no trombóticas. Reporte de caso**
Veloz José Antonio, Yépez Ángel de Jesús
- S727 1071** Dermatología. **Argiria: reporte de un caso posterior a ingesta de solución con plata coloidal**
Galvez Yuriria Asbel, Barrón Jahaziel, Ruiz Juan Manuel
- S728 1072** Cardiología. **Taquicardia ventricular sostenida desencadenada durante eco-estres farmacológico con dobutamina**
Ramos Miguel Angel, Meneses Eduardo, Hernandez Alejandro, Cortes Mauricio, Guerrero Maria Cristina
- S728 1073** Reumatología. **Probable síndrome antifosfolípidos catastrófico secundario como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico: reporte de un caso del servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México**
Castro Senyasen Sairí
- S729 1074** Misceláneos. **Presentación clínica atípica de hematoma hepático subcapsular que complica el embarazo**
Guerrero María Cristina, Meneses Eduardo, Ramos Miguel Angel
- S730 1076** Dermatología. **Enfermedad de Kikuchi**
Rios Daniela, Villalobos Víctor Hugo, Mena Lourdes, Peña Danna María



- S730 1077** Infectología. **Síndrome inflamatorio de respuesta inmune en un paciente con infección por VIH y tuberculosis diseminada polirresistente**
Mendoza Emmanuel Antonio, Juárez Hilda, Armas Miguel Angel, Dueñas Samuel, Zavaleta Mariana, González Mario
- S731 1078** Cardiología. **Coartación aórtica diagnosticada en el abordaje de preeclampsia severa**
Hernández Dalí Alejandro, Nañez Homero
- S732 1079** Cardiología. ***Klebsiella pneumoniae* como agente inusual de endocarditis bacteriana; reporte de caso**
Jimenez David, Rivera Dante Jesus, Castillo Alejandro, Martinez Karen Euridice, Faustino Gladis, Ruiz Ana Luisa, Mares Adan Rafael
- S733 1080** Nefrología. **Uso de analgésicos en el paciente geriátrico y su impacto en el desarrollo de lesión renal aguda**
Gayon Erika, Escamilla David, Leal Graciela, Hernandez Andrea Priscila
- S733 1082** Oncología. **Neoplasias del sistema fagocítico mononuclear: sarcoma histiocítico (SH) reporte de caso**
Andoney Jéssica Valeria, Morgan Diana Selene, García Laura Anahí, Mondragón Lidia Aurora, Aguiñiga Ariadna, Guzmán Perla Marlene, Mondragón Héctor, Hernández Ulises
- S734 1083** Reumatología. **Síndrome de encefalopatía posterior reversible tras infusión de ciclofosfamida en paciente con lupus eritematoso generalizado; reporte de caso**
Gomez Luna Tony, Uribe Jefe Felipe, Valle Adriana, Arizaga Manuel, Lordmendez Gabriela, Amaya Edna Lizeth, Anaya Israel
- S735 1084** Infectología. **Infusión de vancomicina en cavidad torácica, una alternativa de tratamiento**
Luna Angel Ivan, Ahumada Victor Hugo, Lozano Victor Hugo, Peralta Amy Bethel
- S735 1085** Neurología. **Síndrome de Wallenberg: correlación anatómo-clínica**
Romero Tzirari Yaneli, Huebe Juan Andres, Rodríguez Ricardo Omar, Olvera Ana Silvia, Pliego Jesus Alfonso, Palomo Carlos Rodrigo, Angeles Flor de Azalea
- S736 1086** Cardiología. **Tromboembolismo pulmonar como manifestación de hepatocarcinoma en paciente joven**
Martínez Hugo Alberto, Alvarado José Alfredo, Gómez Dayana, De Jesús Lesly Rocío, Ruiz Ivette Yolanda, Monternach Felipe Alberto
- S737 1087** Neurología. **Neumoencefalo no traumático a propósito de un caso**
Chávez Samantha Daphne Georgina, Sosa José Luiz, Ramón Isabel Cristina, López Karla Elizabeth
- S737 1088** Gastroenterología. **Pseudotumor pancreático secundario a enfermedad de Whipple**
Degante Karen Itzel, Ramírez de Aguilar Jimena, Pérez Gabriel, Rodríguez Mario
- S738 1089** Misceláneos. **Síndrome de POEMS. Reporte de un caso**
Cimé Erik Antonio, Cruz José Eduardo, Miyagui Sayako Mariana, Peralta Ana Lilia
- S739 1090** Reumatología. **Frecuencia de síndrome seco con prueba de la oblea en pacientes con esclerodermia**
Zambrano Francisco, García Grettel, Cruz María del Pilar, Vera Olga Lidia
- S740 1091** Gastroenterología. **Prevalencia y severidad de síntomas gastrointestinales en obesos mórbidos y su modificación con dieta hipocalórica**
Gil Kybaná Aurora, Cruz María del Pilar, Martínez Michel Augusto, Juárez Antonio, Martínez María de los Angeles, Jimenez María del Pilar
- S741 1092** Neurología. **Presentación de caso clínico, de síndrome de Ramsay Hunt, con afección a pares craneales VII y VIII en sus dos ramas**
Miranda Luis Johari, Rodríguez Nayely, Santillan Wendy Josefina, López Giovana Lucía, Alvarez Alfredo
- S742 1093** Neurología. **Demencia rápidamente progresiva: Creutzfeldt-Jakob**
Hernández Luis Daniel, Hernández Melissa
- S742 1094** Otros. **Neumonía intersticial descamativa: reporte de caso con patrón radiográfico inusual**
Sánchez José Juan, Leal María Graciela, Leal Miguel Alfredo, Pérez Estela
- S743 1095** Hematología. **Recaída de leucemia linfoblástica aguda a leucemia mieloide aguda mielomonocítica, reporte de un caso**
Luna Rocio, Guerrero Diana Valeria, De los Santos Julio Alfonso, Moreira Carolina, Camacho Jessyca Ivonne
- S744 1096** Neurología. **Evento vascular cerebral embólico secundario a endocarditis infecciosa**
Chávez Samantha Daphne Georgina, Sosa José Luiz, Ramón Isabel Cristina, Cerino Victoria Matilde
- S744 1097** Otros. **Dermatomiositis como manifestación inicial de esclerodermia síndrome de sobreposición en la novena década de la vida**
Cervantes Citlali Ima, López Gabriela Guadalupe, Pizano Mosqueda Raúl, Hernández Colín Cesar Francisco, Martínez Huitron Daniella Itzel, Barrios González Saúl
- S746 1099** Cardiología. **Síndrome de Conn, como causa de hipertensión refractaria a tratamiento**
Villaseñor Rosa, Díaz Mario Alejandro, Vazquez Oscar, García Gustavo Adolfo, Salas Sergio, Santiago Ricardo
- S746 1100** Cardiología. **Hemoptisis como única presentación clínica de pseudoaneurisma de la aorta secundario a reparación de PCA**
Vazquez Dayana, Orozco Juliana Patricia, Mendez Eugenio Rene, Sánchez Juana
- S747 1101** Neurología. **Paro circulatorio cerebral detectado mediante doppler transcraneal. Implicaciones en la confirmación de la muerte cerebral**
Sánchez Juan José, Cantú Carlos Gerardo, Mimenza Alberto
- S748 1102** Toxicología. **Intoxicación por metanol a dosis supraletales; historia de un superviviente**



- Prestegui David Eduardo, Soto Oscar, Madariaga Brian, Cruz Carlos, Frias Jacqueline Lorena, Prestegui José Ángel de Jesús*
- S748 **1103** Infectología. **Reporte de caso: meningococemia**
Servando Jesús Ariben, Barragán Gabriel, Hernández Olga Monserrat, Covarrubias Alfonso
- S749 **1104** Infectología. **Tuberculosis de mama: presentación extrapulmonar inusual en una paciente con enfermedad renal crónica. Reporte de un caso en un hospital general regional del Estado de México**
Ortiz Manuel, Díaz Cristina Alejandra, Huesca Gema Osiris, Pérez Karen Citlalli, Ruelas Juan Pablo
- S749 **1105** Neurología. **Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob variedad esporádica, hallazgos clínicos, electroencefalogramas e imagenológicos. Reporte de un caso**
Jiménez Cristian Oziel, Mendoza Ivonne Melissa, Bayliss Leo
- S750 **1106** Endocrinología. **Reporte de caso: enfermedad de Addison de etiología familiar**
Mares Adán Rafael, Faustino Gladis, Guerrero Lorena, Rivera Dante, Ruiz Ana Luisa
- S751 **1107** Reumatología. **Índice de daño crónico en pacientes con granulomatosis con poliangeitis y sus características clínicas**
Vera Olga Lidia, Angulo Ana Gabriela
- S751 **1109** Endocrinología. **Hiperaldosteronismo primario secundario a adenoma en glándula suprarrenal**
Díaz Juan Daniel, Mateos Norma, Díaz Karla Valeria, Díaz María Vanessa, Fuentes Abel
- S752 **1110** Reumatología. **Síndrome de Evans en presencia de lupus eritematoso sistémico y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. Reporte de un caso**
Castillo Manuel de Jesús, Póndigo Jorge Alberto, Maldonado Cindy
- S754 **1111** Misceláneos. **Sarcoidosis en paciente con dermatosis generalizada e insuficiencia cardíaca crónica**
Carranza Fabián, Ramírez de Aguilar Jimena, Chávez Diana, Ramírez Ricardo, Ávila Juan Raúl
- S754 **1112** Otros. **Ruptura diafragmática derecha postraumática antigua, con eventración de hígado, colon y estómago a hemitórax derecho. Incidentaloma**
Vázquez Dayana, Cruz Gabriela, Orozco Juliana Patricia, Rivas Miguel
- S755 **1113** Dermatología. **Liquen plano oral erosivo-bulboso y su relación con enfermedades sistémicas**
Rivera Karen Lilian, Lucas Abihai, Pablo Claudia, Nava Dina Lisbeth, Córdova Cesar
- S756 **1114** Infectología. **Neumonía necrotizante y abscesos abdominales por *Bacteroides fragillis* secundarios a diseminación hematogena por diverticulitis. Reporte de caso**
Sánchez Diana, Mellado Raúl, Rodríguez Erika Fari-de, Herrera Julio de Jesús, Rodríguez Federico, Díaz Enrique Juan, Sánchez Pablo Adrián
- S757 **1116** Gastroenterología. **Pancreatitis secundaria a gastroenteritis por *Escherichia coli*: primer reporte de caso**
Salinas Erika, Nuñez Jacobo, Gallegos Marcos Cesar, Valdivia Monica
- S758 **1117** Neurología. **Síndrome neuroléptico maligno como manifestación inicial de encefalitis autoinmune anti-NMDA en paciente con diagnóstico de esquizofrenia**
Acuña Paulina, Cervantes Rosa Elena, Uribe Jefe Felipe, Lordmendez Gabriela, Pitones María Guadalupe, Rivas Francisco Javier, Anaya Israel
- S759 **1118** Cardiología. **Marcapasos temporal, cuidados mas allá de las espigas**
Martínez Javier Alejandro, Nañez Homero, Andrade Catalina Janette
- S760 **1119** Infectología. **Bacteremia asociada dispositivo intravascular secundaria a *Chryseobacterium indologenes*: reporte de caso Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga**
Jiménez Luis Antonio, Rodríguez Ricardo, Serina Luis Gabriel, Esquivel Jennifer, Aguilar Georgina, González Karen Victoria, Camacho Raúl
- S760 **1120** Endocrinología. **Causas de internamiento en pacientes diabéticos en la sala de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González**
Figuroa Gabriel, De la Garza María Fernanda, Vázquez Abraham Antonio, Tamez Héctor Eloy, Nández Homero
- S761 **1121** Infectología. **Reporte de un caso importado de malaria**
Piña Monserrat, Salero Débora, Vergara Adriana, González Germán
- S762 **1122** Nefrología. **Síndrome de hematuria-proteinuria y deterioro rápidamente progresivo de la función renal con consumo de complemento y bicitopenia como manifestación de nefritis lúpica**
Mora Cecilia, Gómez Damayanty, Mendoza Héctor, Sánchez Fernando, Solís Damayanty, García Valeria, Macías Ana Patricia
- S763 **1123** Reumatología. **Evolución de nefritis lúpica: reporte de una serie de casos y enfoque desde las nuevas guías latinoamericanas para el tratamiento de lupus eritematoso sistémico**
Faustino Gladis, Casasola Julio Cesar
- S763 **1124** Endocrinología. **Crisis adrenal como diagnóstico diferencial de estado de choque resistente a vasopresores**
Mendoza Viridiana
- S764 **1127** Nefrología. **Prevalencia de hiperparatiroidismo terciario y factores de riesgo relacionados posterior a 1 año de trasplante renal exitoso**
Hurtado José Joel, Peralta Ana Lilia, García Catalina, Cime Erik
- S765 **1128** Dermatología. **Reporte de un caso de esporotricosis linfocutánea**
Juárez Hilda, Mendoza Emmanuel Antonio, Armas Miguel Angel, Dueñas Samuel, González Mario
- S765 **1129** Dermatología. **Argiria, tras la ingesta de plata coloidal durante 30 años**



- Vega Gloria Nayeli, González Merida Itzel, Alcántara Valerie, Catarino Arturo, Macías Ana Patricia, Sánchez Fernando, Solís Damayanty
- S766 **1130** Reumatología. **Parálisis hipokalémica como forma de presentación de síndrome de Sjögren primario con acidosis tubular renal distal**
Cimé Erik Antonio, Castro Zully, Sánchez Reyna Elizabeth, Galindo Roberto, González Carlos Arturo, Martínez Javier
- S767 **1131** Endocrinología. **Resistencia central a hormonas tiroideas (RCHT) como diagnóstico diferencial de tirotropinoma**
Mendoza Viridiana, Díaz Carlos, Mendoza Pedro
- S768 **1132** Endocrinología. **Hiperinsulinismo y resistencia a la insulina secundario a adenoma hipofisiario (acromegalia)**
Martínez Morales Hugo Alberto, Alvarado José Alfredo, Gómez Dayana, Ruíz Ivette Yolanda, De Jesús Lesly Rocío, Monternach Felipe Alberto
- S768 **1133** Gastroenterología. **Riesgo de complicaciones en pacientes con úlcera péptica con o sin infección por *Helicobacter pylori*. Estudio de cohorte**
Klimek Gabriel, Noguez Alejandro, Martínez Julián, Arce César Alejandro
- S769 **1134** Hematología. **Linfoma TNK de tipo nasal en paciente con infección por VIH: a propósito de un caso**
Cobos Orestes de Jesús, Ramírez Sandra María
- S770 **1135** Infectología. **Crisis adrenal en paciente con SIDA C3. Reporte de caso**
Treviño Eduardo, Jaimes Kathia María, Abud Jorge Hafid, Jiménez Luis Miguel, Alonso Victor Hugo, Reyes Alejandra
- S771 **1136** Misceláneos. **Micosis angioinvasora por *Mucor* spp. y *Aspergillus* spp concomitante con diagnóstico de linfoma T-NK. Reporte de caso**
Méndez Herón Gaspar, Mancilla Roberto de Jesús, Gutiérrez Juan Manuel
- S772 **1137** Cardiología. **Sistema endocannabinoide y enfermedad cardiovascular, un paradigma terapéutico por resolver**
Zúñiga Mario, Peña Martín
- S773 **1138** Neurología. **Singulto persistente, una manifestación inicial de trastornos del espectro de la neuromielitis óptica (NMOSD)**
Valdivia Lucero del Carmen, Cervantes Erika, Tinoco Maritza, Soto Karla Andrea, Garcilazo Alexandra
- S774 **1139** Dermatología. **Síndrome de Lyell o necrólisis epidérmica tóxica (NET) tratado con ciclosporina A**
Hermosillo Ana Karen, Del Rosal Celia Elena, Medina Isai, Valencia Carla Betsabé, González Carlos Mauricio, Grajeda Jesus Adrian, Muñoz Perla Denisse
- S774 **1140** Nefrología. **Reporte de caso: un caso de glomerulonefritis membranoproliferativa en lupus eritematoso sistémico**
López Viridiana, Causor Abel, Hernández Marisol, Flores Baldomero
- S776 **1141** Hematología. **Linfoma no Hodgkin folicular de bajo grado (grado 2), inmunofenotipo B**
Rivera Itzel, Lorenzo Adrian Antonio, Martínez José Fabian
- S776 **1142** Otros. **Niveles de micrnas circulantes asociados con la respuesta inflamatoria en pacientes con neumonía grave por virus de influenza pandémica A/H1N1**
Regino Nora Elemi, Espinosa Ramón, Ramírez Gustavo, Jiménez Luis Armando, Cruz Alfredo, Peralta Adriana Berenice, Oropeza Lizbeth Eliza, Zúñiga Joaquín Alejandro
- S777 **1143** Reumatología. **Úlcera corneal como presentación inicial de lupus eritematoso sistémico y síndrome de Sjögren secundario**
Salgado Eduardo, Anda Juan Carlos, Enciso Ervin Saúl, Sáenz Carlos Eduardo, Hernández Alejandra, Zepeda Iván
- S778 **1144** Hematología. **Nódulo tiroideo como primera manifestación de linfoma de linfocitos pequeños**
Nares Itzel, González Andres, Cortes Alicia, Lobato Adriana
- S779 **1145** Gastroenterología. **Síndrome icterico secundario a hepatitis autoinmune tipo I**
Hernández Miriam Marcela, Rubio Mauricio Eduardo, García Victor Hugo, Palacios Elizabeth, Vergara Fernando Iván, Carrillo Brenda Margarita
- S780 **1146** Otros. **La importancia de un sub-comité de prevención de tromboembolismo venoso en el hospital. A propósito de un caso de tromboembolia pulmonar fatal**
Guerrero María Cristina, Meneses Eduardo, Secchi Nikos Christo
- S780 **1147** Misceláneos. **Manejo en trombofilia por deficiencia de proteína S. Revisión de literatura**
González Carlos Arturo, Cimé Erik Antonio, Cruz Nydia Karen, Mendoza Sergio Alberto
- S781 **1148** Neurología. **Disfagia como manifestación clínica de presentación del síndrome de Wallenberg. Reporte de caso clínico**
Vallejo Ileri Danae, Martínez Georgina, Rosales Fabricio
- S782 **1149** Neurología. **Tumor de Pott secundario a trauma en paciente adulto inmunocompetente**
Bonilla Diana, Bojalil Fabiola, Gutierrez Dulce Tania, Negrete Karla, Raffoul Isaac
- S782 **1150** Reumatología. **Evento vascular cerebral de tipo isquémico por aterosclerosis acelerada en lupus eritematoso sistémico**
Tejeda Mayra Paulina, Briceño Fernando
- S783 **1151** Neurología. **Neuromielitis óptica en mujer con embarazo del segundo trimestre**
Ramón Isabel Cristina, Sosa José Luis, Chávez Samantha Daphne Georgina, Cerino Victoria Matilde
- S784 **1153** Nefrología. **Podocitopatía primaria: glomeruloesclerosis focal y segmentaria variedad colapsante. Reporte de un caso**



- Esquivel Jennifer, Jiménez Luis Antonio, Rodríguez Ricardo, Aguilar Georgina, González Karen Victoria, Camacho Raúl
- S785 **1154** Endocrinología. **Hipercalcemia hipocalciúrica, diagnóstico diferencial y abordaje diagnóstico. A propósito de un caso desafiante**
Galván Daniel
- S786 **1155** Gastroenterología. **Paciente con epixtasis y hemorragia gastrointestinal recurrente en el que se diagnosticó síndrome de Osler Weber Rendu**
Zuluaga Lizeth Yohana, De la Vega Frida Margarita, Ochoa Gerardo Javier, López Hector
- S787 **1156** Infectología. **Mediastinitis con osteomielitis de articulación esternoclavicular: reporte de caso.**
Gutiérrez Alfredo, Contreras Carlos Eduardo, Pérez Bernardo, Sánchez Jorge, Ugarte Paulina, Cruz Erika Alejandra
- S787 **1157** Otros. **Síndrome de dificultad respiratoria aguda como manifestación de neumonitis intersticial por paclitaxel, reporte de un caso**
Mondragón Lidia Aurora, Morgan Diana Selene, García Laura Anahí, Andoney Jéssica Valeria, Mondragón Héctor, Aguiñiga Ariadna, Guzmán Perla Marlene
- S788 **1158** Reumatología. **Anemia megaloblástica de larga evolución que lleva al diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo**
Contreras Karina Yutzil, Minor Nataly, García María Fernanda, Panama Mariana, Hernandez Ulises
- S789 **1159** Educación. **Índice de evaluación de la historia clínica basado en la metodología por problemas, como predictor de mortalidad hospitalaria**
Vargas David Alejandro, Arias Karina Ivonne, Cano Lilian Guadalupe, Lajud Francisco
- S790 **1160** Nefrología. **Comportamiento de los principales factores de morbilidad en pacientes en hemodiálisis**
Herbert Zaira Nereida, Borjas Jaime Antonio, Alfaro Gerardo, Aranda Francisco
- S791 **1161** Cardiología. **Uso de reserva fraccional de flujo en lesiones no significativas de la coronaria izquierda**
Esparza Gustavo
- S792 **1162** Infectología. **Necrosis retiniana herpética bilateral en un paciente inmunocompetente**
Cedillo Hector Enrique, De la Rosa Gerardo Alexis, Figueroa Ana Lizzeth
- S792 **1164** Endocrinología. **Cetoacidosis diabética euglucémica asociada al uso de inhibidor del co-transportador de sodio glucosa tipo 2 en un paciente con diabetes mellitus tipo 2**
Reyes Tamara, González Jocelyn Raquel, Rivera Cesar, Domínguez Carlos, Monera Fernando
- S793 **1165** Reumatología. **Síndrome de Felty ¿es una complicación grave extraarticular de la AR, variante de AR, AR con neutropenia o enfermedad autoinmune autónoma?**
Cómez Livier, Del Valle José María, Fuentes Elida Elizabeth
- S794 **1166** Endocrinología. **Síndrome de Cushing grave: reporte de caso en una mujer mexicana con carcinoma suprarrenal**
Enríquez Gretell Alejandra, Zavala Gerardo, Carrillo Eduardo
- S795 **1167** Otros. **Edema agudo pulmonar neurogénico: reporte de un caso**
Landa Pedro Daniel, Arias Andres, Domínguez Ernesto
- S796 **1168** Infectología. **Neumonía necrotizante por Klebsiella pneumoniae con abscesos metastásicos a hígado y bazo en paciente con diabetes tipo 1**
Cedillo Hector Enrique, De la Rosa Gerardo Alexis
- S797 **1170** Reumatología. **Curso clínico a 5 años de un caso de lupus eritematoso multisistémico (LES) con manifestaciones severas asociado a los haplotipo de clase II HLADRB102-DQB10302 y a deficiencia adquirida del inhibidor C1**
Sepúlveda Jesús, Bulos Pedro, Ramírez Juan Carlos, Ocaña Manuel Jesús, Cetina José Hirám, Tevera Mónica Georgina, Granados Julio, Vera Olga Lidia
- S798 **1171** Epidemiología. **Incidencia, prevalencia y mortalidad de cirrosis hepática por VHC en México y América**
Guzmán Alan Francisco, Álvarez Martha Mercedes, Lara Elia, Garnica Francisco, Macías César
- S798 **1172** Nefrología. **Amiloidosis renal (tipo AA) secundaria a espondilitis anquilosante**
Piña Monserrat, Vergara Adriana, Salero Débora, Rodríguez Adrián, Soto Ma. Virgilia
- S799 **1173** Misceláneos. **Síndrome de uñas amarillas una causa rara de derrame pleural**
Mayorquín Juan Manuel, Zavala Carmen, Miguel José Luis, Sánchez Juan Javier, Arsuaga Blanca Marcela
- S799 **1175** Neurología. **Esclerosis concéntrica de Baló: reporte de un caso**
García Felipe, Hernández Adrián, Hintze Juan Carlos, Martínez Georgina, Medina Julieta, González Nallely
- S800 **1176** Dermatología. **Pénfigo paraneoplásico secundario a linfoma Hodgkin de celularidad mixta reporte de caso Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga**
Jimenez Luis Antonio, Seriná Luis Gabriel, Rodríguez Ricardo, Esquivel Jennifer, Aguilar Georgina, Aguilar Karen Victoria, Camacho Raúl
- S801 **1177** Hematología. **Linfocitosis hemofagocítica, un reto para el internista**
Chávez Miguel Ángel, Ruiz Cristian, Ceja Luis Alberto
- S802 **1178** Gastroenterología. **Colangitis biliar primaria: abordaje de colestasis intrahepática con anticuerpos antimitocondriales negativos**
Castillo Rodrigo, Marquez Gibrant, Flores Fernanda, Cordova Jacqueline, Munguía Diana, Pinedo Alfredo
- S803 **1179** Neurología. **Disfagia como manifestación atípica de tumoración del cuarto ventrículo**
Laguna María Guadalupe, Beristain María Berenice, Mijangos Alejandra Madeleine, Cortéz Brenda Guadalupe, Orozco Francisco Javier



- S803 1180** Neurología. **Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en la ciudad de Chihuahua, México. A propósito de un caso clínico**
González Carlos Mauricio, Avalos Andrea, Porras Manuel, Vargas Eleazar
- S804 1181** Cardiología. **Trombo en tránsito: reporte de un caso y actitud terapéutica**
Acosta Ana Cecilia
- S804 1182** Infectología. **Factores asociados a mal pronóstico en pacientes hospitalizados con neumonía adquirida en la comunidad**
Hernández Jessica Johana, Barrera Miriam, Vega Francisco Javier, Albarran Antonio, Hernández Daniel Ramon, Valencia Raul
- S806 1183** Neurología. **Hidrocefalia crónica del adulto como causa de síndrome de caídas en adulto mayor. Reporte de caso**
Rodríguez Pablo César, González Nadia del Carmen, Hernández Roberto, Hernández Daniel, Marín Aldo Hernan, González Nallely, Alvarez Maria Elena
- S806 1184** Endocrinología. **Enfermedad de Addison: un diagnóstico clínico vigente a 163 años de su descripción**
Aguillon Zayra Fernanda, Cruz Antonio, Solis Fabio
- S808 1186** Neurología. **Neuropatía autonómica como manifestación de un síndrome paraneoplásico secundario a cáncer de próstata**
López Jorge Alberto, Viveros Eloina, Carmona Jorge Alberto, Gomez Coral Alejandra, Espinosa Ramón, Rosales Claudia Ivett, Hernández Hector Gustavo
- S808 1187** Endocrinología. **Trastornos neuropsiquiátricos y constipación crónica como manifestación inicial de hiperparatiroidismo primario secundario a adenoma e hiperplasia paratiroidea concomitante, a propósito de un caso**
Parra José Luis, Moreno Nicolás, García Erica, Varela Diana Selene, Hernández José Francisco, Salazar Cynthia Jeannette
- S809 1188** Cardiología. **Identificación de alteraciones cardiacas mediante ecocardiografía y su asociación con la etiología del infarto cerebral**
Morales Eliu Jefe, Nacoud Alfredo, Congora Fernando, Nanez Homero, Salcido Alejandro
- S810 1189** Reumatología. **Síndrome de rhusus acerca de un caso**
Cruz Nydia Karen, Hernández Zenia Irais, Cimé Erik Antonio
- S811 1191** Endocrinología. **Síndrome de hueso hambriento, predictores de riesgo previos a la cirugía de paratiroides**
Martinez Alberto, Esquivel Miguel Angel, Nañez Homero, Wah Martin I
- S812 1192** Reumatología. **Encefalitis como primera manifestación de lupus eritematoso sistémico**
Sánchez Patricia Elvira, Rodríguez Pedro J, Venzor Juan Pablo, Díaz Juan Daniel, Flores María Fernanda, Reyes Francisco Javier
- S812 1193** Hematología. **Linfoma extranodal de presentación nasal bifenotípico de células T/NK: reporte de caso**
Castañeda Luis Manuel, Padilla Roberto, Ceja Ana Isabel, González Andrés, Faustino Gladis, Ruiz Ana Luisa
- S813 1194** Gastroenterología. **Pancreatitis inducida por paglifozina, reporte de caso**
Marquez Cintia Monica, Hernandez Alejandro, Correa Freddy, Rivera Cesar, Barra Dania Pamela, González Jocelyn Raquel, Chavarria Ivan David
- S814 1195** Dermatología. **Efluvio telógeno asociado a uso de albendazol**
Aguilar María Fernanda, Cortez Brenda Guadalupe, Cardona Melisa, Ibarra Jesus Alejandro, Aguilar José Gerardo
- S815 1196** Dermatología. **Melanoma primario múltiple sincrónico. Reporte de un caso.**
Barron Jahaziel, Galvez Yuriria Asbel, Cuesta Teresa, Puebla Miriam
- S816 1197** Infectología. **Papel emergente de *Raoultella ornithinolytica* en infecciones humanas: presentación de dos casos**
Martínez José Enrique, Rivera Dante Jesús
- S817 1198** Hematología. **Deficiencia de factor XII (factor de Hageman)**
Cordero Edgar Laurencio, Sinco Armando, Guevara Maricela, Sánchez Karla Alexandra
- S818 1199** Nefrología. **Glomerulopatía asociada a obesidad: diagnóstico diferencial de daño renal progresivo en pacientes obesos jóvenes sin otras comorbilidades**
Garcilazo Alexandra, Cruz Antonio, Salazar Claudia Nai, Portillo Laura Fabiola, Lajud Francisco Antonio, Valdivia Lucero del Carmen, Cabrera Diana Sofía, Artega Daniela
- S818 1200** Gastroenterología. **Toxicidad hepática inducida por fármacos (DILI) secundario a anabólicos**
Sánchez Patricia Elvira, Díaz Juan Daniel, Córdova Jacqueline, Estrada María del Rocío, García Rigel, Torre Aldo
- S820 1201** Reumatología. **Granulomatosis con poliangeítis con perforación intestinal como complicación: reporte de caso**
Ramírez Sandra María, Cobos Orestes de Jesús
- S820 1203** Gastroenterología. **Síndrome de Budd-Chiari idiopático**
Llórente Alberto, Rivera Cesar, González Jocelyn Raquel, Zamarripa Felipe, Barraza Diego Armando, Ramos Gustavo Adolfo, Duran Cristina
- S821 1204** Infectología. **Diferencia venoarterial de dióxido de carbono como predictor de mortalidad en choque séptico**
Rentería Jaime Alfonso, Salas Arnoldo, Estrada Mario Alberto
- S822 1205** Oncología. **Fiebre de origen desconocido como primera manifestación de carcinoma suprarrenal**



- Luna Pamela Jazmín, Cornelio Ramón Darío, Guizar Luis Alberto
- S823 1206** Gastroenterología. **Factores asociados con mortalidad en pacientes con pancreatitis aguda en un hospital de referencia del estado de Tabasco**
Márquez Obed Adrián, López Carlos Ramón, Robledo Julio César, Rojas Vicente, Torres Jorge Alonso Joaquín, Barrueta Jesús Manuel, Mayo Fabiola
- S824 1207** Dermatología. **Histiocitosis sinusal cutánea “enfermedad de Rosai Dorfman: reporte de un caso clínico**
López Karla Elizabeth, Leal Víctor Javier, Sierra Saraí, Chávez Samantha Daphne Georgina
- S824 1208** Oncología. **Tumor retroperitoneal como presentación inicial de melanoma amelanótico**
Ruiz Viridiana, Mendoza Sergio Alberto, Bonilla Raquel, Torres Norberto, Macías María De Los Angeles, Carreño Paulina
- S825 1209** Hematología. **Aplasia pura de células rojas como manifestación inicial de timoma: reporte de un caso**
Miyagui Sayako Mariana, Peralta Ana Lilia, Cime Erik Antonio, Macías María de los Ángeles, Azamar Gibran Felipe
- S825 1210** Gastroenterología. **Hiperplasia nodular linfoides de secundaria a infección por *Helicobacter pylori* refractaria a tratamiento**
Pablo Claudia, Cordova Cesar, Nava Dina Lisbeth, Canizal José Luis, Rivera Karen, Lucas Abihai
- S826 1211** Reumatología. **Crisis renal en esclerosis sistémica, a propósito de un caso**
Martínez Leticia Montserrat, Gudiño Pedro, Barajas Cristian Emmanuel, Patlan Hazel Ali, Borjas Jaime Antonio, Martínez David
- S827 1213** Reumatología. **Seguimiento a 5 años de un caso de cirrosis hepática en paciente joven, esplenomegalia severa congestiva y síndrome de Fisher Evans, secundario a síndrome antifosfolípido primario (SAF)**
Sepúlveda Jesús, Bulos Pedro, Tevera Mónica Georgina, Medina Eduardo, Vera Olga Lidia, Perez José Manuel
- S828 1214** Nefrología. **Femenino de 73 años de edad con lesión renal aguda y anemia hemolítica, posterior a disentería. Reporte de caso**
Nuñez Andrea, García Maximiliano, Sosa Eduardo
- S829 1215** Infectología. **Causa inusual de choque séptico en paciente inmunocompetente**
Bollo Juan Carlos, Ortega Nayely Yair, Bollo Miguel Ángel
- S830 1216** Endocrinología. **Informe de caso: cetoacidosis euglicémica asociada a uso de inhibidores del co-transportador de sodio-glucosa tipo 2 en paciente no diabética**
Moctezuma Rogelio, Portillo Paola, Maya Rogelio, Rodríguez Irving Christian, Fragoso María Esther
- S831 1217** Oncología. **Metastasis hepática abscedada de un adenocarcinoma colo-rectal**
González Fabian Apolinar, Hernandez José Hansel
- S832 1218** Endocrinología. **Síndrome de resistencia extrema a la insulina, patología grave poco diagnosticada, acerca de un caso**
Llaven Carlos Yair, Medina Joseph, González Everardo Francisco, Avila Carmen Amor
- S832 1219** Cardiología. **Reporte de caso: síndrome de takotsubo en paciente geriátrico secundario a infección de vías urinarias**
Galván Verónica Alejandra, Paredes José
- S833 1220** Oncología. **Denosumab, tratamiento para enfermedad metastásica ósea por cáncer de mama en paciente de 36 años. Reporte de un caso**
Ramos Miguel Angel, Terán José Oscar, Enríquez Kevin Giuseppe, López Rogelio, Sanson Lizeth Sonia, Alvarez Ma Elena
- S834 1222** Neurología. **Síndrome de apnea obstructiva del sueño y su relación con taquiarritmias auriculares en el infarto cerebral agudo**
Martínez Juan Manuel, Góngora Fernando, Chávez Beatriz, Guerrero Francisco J, González Alejandro, Martínez Denisse Grace, Nández Homero
- S834 1223** Infectología. **Delta de volumen plaquetario medio a las 72 horas como factor pronóstico de mortalidad a los 28 días en pacientes con sepsis**
Aguilar Rodrigo
- S835 1225** Misceláneos. **Vasculitis ANCA positivo con manifestaciones cutáneas, renales y pulmonares secundario a uso de cocaína**
Galicia Viridiana, Ayala Ivonne Alexandra, Moreno Stephanie Zenaida, Lugo Flavio Arturo, Reyes Daniel, Rosales Víctor Hugo
- S836 1226** Gastroenterología. **Colitis colagenosa como diagnóstico diferencial de síndrome consuntivo y diarrea crónica**
Torres Ivan Dionicio, Torres Irving Horacio
- S837 1227** Oncología. **Melanoma metastásico de origen primario desconocido: desafío diagnóstico. Reporte de un caso y revisión de literatura**
Garcilazo Alexandra, Cruz Antonio, Estrada Karla Patricia, Arteaga Daniela, Salazar Claudia Nai, Lajud Francisco Antonio, Fuster Miguel, Gallegos Belén, Arredondo Francisco Javier, Mendoza Saulo
- S838 1228** Reumatología. **Vasculitis de grandes vasos (arteritis de Takayasu) e infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), una asociación poco frecuente**
Tamayo Dulce Mariana, Zamora Erick Adrián, Lorenzo Isaí Guillermo, García Israel
- S838 1229** Hematología. **Mieloma múltiple en un paciente joven. Reporte de un caso**
Esquivel Jennifer, Flores Baldomero, Ortega Antonioni de Jesús
- S839 1230** Endocrinología. **Coma mixedematoso: reporte de caso en un hospital rural**
Mancilla José Oscar, Paz Salyme, Machorro Gabriela
- S840 1231** Infectología. **Tumoración selar como presentación de absceso hipofisario. Presentación de un caso y revisión de literatura**



- Sánchez Oswaldo Augusto, Aguilar Iván Hiram, Esquivel Alejandra, Salgado Eduardo, Santoyo Dennis Lizeth*
- S841 1232 Oncología. Presentación de un caso de neoplasia pulmonar infrecuente: neumocitoma esclerosante pulmonar (hemangioma esclerosante pulmonar)**
Villaseñor Rosa, Cortazar Angelica María, Damian María Elena, Santiago Ricardo
- S841 1234 Hematología. Síndrome de POEMS: un reto diagnóstico**
Escorza Salvador, Figueroa Rodrigo, García María Fernanda, Ruiz Jesús Alejandro
- S842 1235 Oncología. Carcinomatosis peritoneal secundaria a adenocarcinoma de células en anillo de sello en paciente masculino joven presentación de un caso**
García José, Gumi Roberto, Pérez José Adolfo, Flores Oscar Iván, Ramírez Elio Eder, Orta David, Ramírez Hugo Omar
- S843 1236 Infectología. Choque séptico secundario a empiema causado por actinomicosis pulmonar**
Arias Karina Ivonne, Vargas David Alejandro, Cervantes Erika, Cruz Rodrigo Zenon, Ayala Ivonne Alexandra, Moreno Stephanie Zenaida
- S843 1237 Oncología. Síndrome esclerodemifome como manifestación de tumor carcinoide de colon (caso clínico y revisión)**
Córdova César, Rivera Karen L, Pablo Claudia, Nava Dina L, Lucas Abihai, González Itzel
- S844 1238 Otros. Lesión ósea única en cráneo en adulto, positiva para histiocitosis de Langerhans con expresión para CD1a y langerina, con cefalea persistente como síntoma único**
Salinas Erika, Rodríguez Federico, Diaz Enrique Juan, Gallegos Marcos Cesar
- S845 1239 Reumatología. Fiebre de origen desconocido: reporte de un caso de enfermedad de Still del adulto en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar 1 de Pachuca, Hidalgo**
Sánchez Tania, Vasconcelos Luis Oscar, Cabrera Alejandro
- S847 1240 Infectología. Colectomía como tratamiento de colitis pseudomembranosa fulminante secundario al uso de quinolonas**
Hernandez Sandra Lizeth, Moreno Stephanie Zenaida, Ayala Ivonne Alexandra, Castillo Ana María, Mora Ana María, Rosales Víctor Hugo
- S848 1241 Infectología. Infección de vías urinarias complicada por *Acinetobacter baumannii* erradicada con ceftozalona/tazobactam. Reporte de un caso**
Roque Carlos Javier, Hermida Carlos Enrique, Lobato Adriana Concepcion
- S848 1242 Cardiología. Bloqueo interauricular: anomalía en la conducción eléctrica poco apreciada en la práctica clínica**
Cortés Aida Alicia, Mares Adan Rafael, Baustista Francisco Javier, Rivera Dante Jesus
- S849 1243 Hematología. Anemia hemolítica como presentación de linfoma esplénico marginal**
Gayon Erika, Hernandez Andrea Priscila, Leal Graciela, Ceja Laura Guadalupe, Garibay Brian Ricardo, Izquierdo Carlos, Zapata Nidia Paulina
- S850 1244 Reumatología. Dermatopolimiositis grave y anticuerpos específicos de miositis anti NXP2**
Vera Olga Lidia
- S851 1245 Endocrinología. Hiperparatiroidismo secundario a litio, manifestado por lesión renal aguda y pancreatitis. Reporte de caso**
Veloz José Antonio, Cabrera Ana Lucia, Yépez Ángel de Jesús
- S851 1246 Hematología. Factores pronósticos al diagnóstico de LLA en pacientes del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca**
Ruiz Josue Isel, Hernandez Eleazar, García Sergio
- S852 1247 Reumatología. Púrpura de Schönlein-Henoch, presentación en el adulto mayor**
Hernandez Daniel, Hernandez Roberto, Marin Aldo Hernan, Cedillo Martin Rodrigo, Rodriguez Pablo Cesar, González Nadia del Carmen
- S853 1248 Endocrinología. Abordaje de síndrome de Cushing: ¿enfermedad o secreción ectópica?**
Reyes Idarmis Brisseida, Estrada María Rosalba Monserratt, Villegas Luz Yareli, Osuna Gladys Carolina, González Lorena Elizabeth, Sandoval Diana, Madrid Alejandra
- S853 1249 Hematología. Caracterización clínica y bioquímica de un síndrome de POEMS asociada a mieloma múltiple secretor de IgA diagnosticado a partir de un protocolo de anemia crónica aislada**
Sepúlveda Jesús, Bulos Pedro, Cruz Mario Adolfo, Tevera Mónica Georgina, Ramírez Juan Carlos, Ocaña Manuel Jesús, Cetina José Hiram, Pérez José Manuel
- S854 1250 Reumatología. Nefritis lúpica con anti-dsDNA negativos como primera manifestación de LES de inicio tardío. A propósito de un caso**
Lobato Adriana Concepcion, Roque Carlos Javier, Villca Roxana, Soto María Virgilia
- S855 1251 Gastroenterología. Informe de caso: adenoma hepático en masculino de 33 años con obesidad**
Lozano César Lauro, Monreal Roberto
- S856 1252 Dermatología. Síndrome de DRESS secundario a fenobarbital a propósito de un caso**
Chávez Samantha Daphne Georgina, Denis Carlos Alberto
- S856 1253 Hematología. Trombosis de la vena porta no asociada a cirrosis o neoplasia**
Romero Tzirari Yaneli, Sinco Armando, Olvera Ana Silvia, Angeles Jorge Luis, Meneses Jesus Natanael, Sánchez Karla Alexandra, Castañeda Emmanuel
- S857 1254 Neurología. Síndrome de Percherón: lesión isquemia talámica bilateral**
Castro Daniela, Hernandez Raul Omar, Martinez Rosario, Rivera Ricardo



- S858 1255** Oncología. **Linfoma difuso de linfocitos B grandes en mujer embarazada**
García María Cintya, Pacchiano Lillana, Tapia Nadia
- S858 1256** Oncología. **SIRA y hemorragia alveolar en paciente con coriocarcinoma primario de mediastino: reporte de caso**
Hanessian Diana Carolina, Mendoza Dolores Leticia
- S859 1257** Gastroenterología. **Reporte de caso del síndrome de Wilkie: propuesta de un diagnóstico oportuno**
Ceballos Jesus Carlos, Estrada Evelyn Yazmin, Bautista Gustavo Adolfo, Maldonado Itzel, Cruz Miguel, Tostado Carmen Lilia, Peralta José de Jesús
- S860 1258** Gastroenterología. **Hemangioma en intestino delgado. Etiología infrecuente de una presentación infrecuente de sangrado digestivo**
Martínez Juan Manuel, Benavides Daniel Eduardo, Scharer Susanna, Escobedo Miguel, Náñez Homero
- S861 1259** Hematología. **Reporte de caso: síndrome de Fisher-Evans**
Cortés Carlos Adrián, Cruz Victor, Cruz Pedro Enrique
- S861 1260** Infectología. **Coccidioidomycosis diseminada como manifestación clínica secundario a uso de biológicos en paciente con artritis reumatoide. A propósito de un caso clínico**
González Carlos Mauricio, Medina Isaf, Grajeda Jesús Adrián, Alamillo Narda Estephanie
- S862 1262** Reumatología. **Cavitaciones pulmonares como manifestación de inicio en granulomatosis con poliangeítis: reporte de un caso**
Armilla Luis Angel, Mena Jorge
- S862 1265** Endocrinología. **Correlación fuerza de agarre de mano y tiempo de evolución en pacientes con diabetes mellitus 2**
Guerra Abraham, Sánchez Raymundo Abram, Wah Martín Ivan, Náñez Homero
- S863 1266** Cardiología. **Alteraciones estructurales cardíacas en pacientes con accidente cerebro vascular isquémico: descripción según diagnóstico etiológico**
Salcido Alejandro, Morales Eliu Jefe, Náñez Homero, Góngora Fernando, Nacoud Alfredo
- S864 1267** Gastroenterología. **Ascitis refractaria, descripción de opciones terapéuticas: reporte de caso con colocación de derivación portosistémica transyugular intrahepática**
Silva Karen Viridiana, Magallanes Alberto, Flores Ilse Lucero, Aiza Ignacio
- S865 1268** Gastroenterología. **Informe de caso: DILI (drug-induced liver injury) secundario a uso de amoxicilina-clavulanato; un reto diagnóstico**
Lozano César Lauro, Cortes Carlos
- S866 1269** Reumatología. **Prevalencia de deterioro cognitivo en pacientes con síndrome antifosfolípido primario y factores de riesgo asociados**
Rodríguez Judith, Medina Gabriela, Cime Erik Antonio
- S866 1271** Reumatología. **Asociación de los niveles séricos de interleucina 6 (IL-6) y masa grasa en pacientes con artritis reumatoide**
Enríquez Alejandra, Becerra Itzel Nayar, Saldaña Ana Miriam, Sánchez Esther Nérida, González Laura del Carmen, Gámez Jorge Iván, Rodríguez Alejandra
- S867 1272** Infectología. **Eumicetoma refractario a tratamiento**
Rios Stefany Hiday
- S868 1273** Reumatología. **Síndrome de Löfgren como presentación clínica de sarcoidosis**
Figueroa Rodrigo, Escorza Salvador, García María Fernanda, Linares Fernando Gregorio, Ruiz Jesús Alejandro
- S868 1274** Infectología. **Mielorradiculitis asociada a neuroinfección por citomegalovirus en un paciente con infección por VIH, presentación clínica atípica**
Salas Ana Karen, De la Torre Leonardo Darío, Cervantes Erika, Flores Andrea
- S869 1275** Neurología. **Demencia rápidamente progresiva: ¿una entidad poco frecuente?**
Yáñez Christian Delfino, Valdivieso Jorge Arturo, Cambranes Roberto, Mendez Herón Gaspar
- S870 1276** Endocrinología. **Síndrome de Cushing dependiente de ACTH: comparación del diagnóstico de dos casos**
García Guillermo, Soto Mayra Selene
- S870 1277** Infectología. **Meningoencefalitis tuberculosa con probable extensión peritoneal**
González Fabian Apolinar, Fierros Kevin Alexis
- S871 1278** Reumatología. **Embolismo pulmonar masivo como forma de presentación de síndrome antifosfolípido secundario en paciente con lupus eritematoso sistémico**
Cimé Erik Antonio, Broca Blanca Estela, Olvera Arturo
- S872 1279** Toxicología. **Intoxicación por loperamida**
Gaytán Andrés, Moranchel Leslie
- S873 1280** Nefrología. **Lesión renal aguda en un centro regional de enfermedades renales**
Gómez Raymundo, Gongora Juan Fernando, Náñez Homero, Sánchez Sindy Melissa
- S874 1281** Cardiología. **Muerte súbita cardíaca y nacimiento anómalo del tronco coronario izquierdo. Presentación de un caso clínico**
Jarvio Gabriel Esaú, Morales Cristina
- S875 1282** Hematología. **Linfoma cutáneo primario de células con expresión ganglionar inicial. Reporte de un caso**
Montaño Nalleli Orquidea, González Andres
- S876 1283** Cardiología. **Endocarditis infecciosa asociada a infección de catéter Mahurkar. Una presentación poco común**
Cortés Aida Alicia, Nares Iztel, Faustino Gladis, Rivera Dante Jesus, Martínez José Enrique
- S877 1284** Nefrología. **Glomerulonefritis asociada a sífilis**
Guardado Adriana, Velázquez Ricardo Iván, Robles Jesús, Murillo Alberto, Soto Virgilia, Pineda Ivette
- S877 1285** Endocrinología. **Seguridad cardiovascular (CV) y beneficios en hipoglucemia severa safety and severe de insulina degludec vs. insulina glargina U100**



- en pacientes adulto mayor (≥65 años) con diabetes tipo 2 (DT2) —observaciones de DEVOTE—**
Arechavaleta Rosario, Pratley Richard E, Emerson Scott S, Franek Edward, Gilbert Matthew P, Duarte Manuel, Contreras Yael
- S878 1286 Oncología. Melanoma gástrico sin primario de origen conocido**
Figuroa Andrés Alfredo, Arana Shagra Grisel, Villalpando Jorge, Santiago Ricardo
- S879 1287 Gastroenterología. Schwannoma benigno del yeyuno como causa de hemorragia digestiva. Reporte de un caso**
Klimek Gabriel, Noguez Alejandro, Martínez Julián, Ochoa José Darío
- S880 1288 Oncología. Síndrome de Wunderlich asociado a tumor germinal no seminoma (coriocarcinoma) metastásico: reporte de un caso**
Mendoza Dolores Leticia, García Tatiana, M. de J. Gómez Nora, Alvarez Miguel Angel, Sobrevilla Nora
- S880 1289 Endocrinología. Cardiopatía mixta desencadenado por bocio tóxico asintomático**
Laguna María Guadalupe, Beristain María Berenice, Cortéz Brenda Guadalupe, Orozco Francisco Javier, Mijangos Alejandra Madeleine
- S881 1290 Infectología. Nefritis tubulointersticial granulomatosa en paciente con VIH**
Patlan Hazel Ali, Chapa Oswaldo, De la Maza Salvador, Gudiño Pedro, Hernandez Ana Karen, Ortiz Arturo
- S881 1291 Oncología. Reporte de caso: melanoma y terapia dirigida**
Ramírez Ricardo Javier, Cancel Luis Antonio, González Juan Francisco, Decanini Horacio, Coronado Edgar Ulises, Purón Emma
- S882 1292 Hematología. Síndrome hemofagocítico como forma de presentación de un linfoma anaplásico de células grandes**
Valdivieso Jorge Arturo, Salas Juan Carlos, Vázquez Felipe
- S883 1293 Endocrinología. Paciente con insulinoma no detectado mediante estudios de imagen: la importancia del diagnóstico bioquímico**
Fierros Kevin Alexis, Ceceña Laura Elena, Cruz Antonio, Solis Fabio
- S884 1294 Infectología. Mucormicosis rinocerebral de evolución subaguda a propósito de un caso**
López Giovana Lucia, Alvarez Alfredo, Miranda Luis, Santillan Wendy, Ortega Horus, Suarez Edgar, Rodríguez Nayely
- S885 1295 Misceláneos. Paciente psicótico con polidipsia e hiponatremia, reto para el internista**
Ramírez María Leslye, Villanueva Jonathan, Arista Nayeli Xendali, González David, Badillo Sandy
- S886 1296 Cardiología. Linfoma no Hodgkin cardíaco primario como causa de taponamiento cardíaco, una entidad poco usual. Reporte de caso**
Velázquez Daniel, Vázquez Omar, Piñeiro Claudia Monserrat, Campos Gerardo
- S887 1297 Otros. Correlación de índices somatométricos y riesgo cardiometabólico**
Delgado Francisco, Sagarnaga Eduardo, Lira Liliana
- S888 1298 Infectología. Reporte de un caso: asociación de tratamiento a base de anti TNF alfa (adalimumab) en un paciente con espondilitis anquilosante con desarrollo de histoplasmosis diseminada**
Gallardo Miguel, García Yunuen
- S889 1300 Gastroenterología. Cirrosis hepática de rápida evolución inducida por fármacos**
Gaytán Andrés, Pérez Ome
- S890 1302 Hematología. A propósito de un caso de leucemia eritroide pura como diagnóstico diferencial de anemia megaloblástica**
De Lira Roberto Carlos, Martinez Raul, Nucamendi Freeman Isaac
- S891 1303 Misceláneos. Amiloidosis familiar relacionada con la mutación Ser50Arg en el gen de la transtiretina, reporte de un caso**
Barba Fernando, Malagón José, González Alejandra, Ramírez De Aguilar Jimena
- S891 1304 Gastroenterología. Hepatocarcinoma variedad fibrolamelar metastásico no asociado a infección viral crónica ni daño hepatocelular crónico**
García Garcilazo Laura Anahi, Aguiñiga Ariadna, Guzmán Perla Marlene, Morgan Diana Selene, Mondagrón Héctor, Mondragon Lidia Aurora
- S893 1305 Infectología. Derrame pericárdico como manifestación de adenocarcinoma de pulmón. Reporte de un caso**
Aguilar Georgina
- S893 1306 Hematología. Anemia microcítica hipocrónica severa: síndrome Rendun Osler Weber: reporte de caso Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga**
González Karen Victoria, Aguilar Georgina, Rodríguez Ricardo, Jimenez Luis Antonio, Camacho Raul
- S894 1307 Oncología. Tumoración apical gigante en tórax como manifestación de tumor fibroso solitario: reporte de un caso**
Villegas Juan Manuel, Najera Rubí Janday
- S895 1308 Infectología. Prevalencia y factores de riesgo de pacientes detectados con hepatitis B que acuden a donación de banco de sangre**
Jiménez Diego Francisco, Sanchez Virginia Hipolita, Arreguín Dulce María, Cano Lilian Guadalupe
- S895 1309 Reumatología. Frecuencia de los criterios clínicos ACR 1997 y SLICC/ACR 2012 y su correlación con el puntaje de actividad de la enfermedad (Mex-SLEDAI) en la evaluación basal de pacientes con sospecha de lupus eritematoso sistémico**
García Sergio, García Imelda, Leví Carlos
- S896 1310 Infectología. Intoxicación por *Bertholletia excelsa* (semilla de Brasil)**
Santander Guillermo Alejandro, Salas Arturo
- S897 1311 Misceláneos. Crisis addisoniana en paciente con tuberculosis pulmonar y meníngea, reporte de caso**

- Rivas Francisco Javier, Ochoa Montserrat Guadalupe, Macías Diego Jarek
- S897 1312** Misceláneos. **Disfagia como manifestación inicial de amiloidosis, a propósito de un caso.**
Cedillo José Ramón
- S898 1313** Misceláneos. **Anomalías cerebrales en RMN posterior a intoxicación por monóxido de carbono**
Martínez Juan Manuel, Cerda Christopher, Guerra Manuel Nicolás, Náñez Homero
- S899 1314** Hematología. **Caracterización clínica de un caso de coagulación intravascular diseminada crónica (CIDC) secundaria a neoplasia de primario no identificado**
Sepúlveda Jesús, Bulos Pedro, Tevera Monica Georgina, Rizo Mario, Vera Olga Lidia, Cornejo Victor, Ocaña Manuel Jesús, Ramírez Juan Carlos, Cetina José Hiram
- S900 1315** Oncología. **Frecuencia de tumores malignos en pacientes ≥ 65 años. Registro de cáncer de la UMAE-Mérida-Yucatán**
Cimé Erik Antonio, Acevedo Francisco, Cruz Roxana Azalea, Leal Yelda Aurora
- S900 1316** Infectología. **Linfoma primario del sistema nervioso central relacionado con síndrome de inmunodeficiencia adquirida en un paciente con sarcoma de Kaposi en fase temprana macular**
Pablo Claudia, Cordova Cesar
- S901 1317** Toxicología. **Análisis descriptivo en pacientes con intoxicación aguda con tolueno/thinner inhalado que se presentan con acidosis metabólica e hipokalemia**
Enriquez Raul Valeriano, Canel Alejandra, González Linda Ivette, Náñez Homero, Vera Raymundo, Gongora Juan Fernando
- S902 1318** Dermatología. **Hipersensibilidad a fármacos: síndrome de DRESS**
Ramírez María Leslye
- S902 1319** Neurología. **Meningitis aséptica como primera manifestación de cáncer pulmonar de células no pequeñas**
Muñoa Eduardo Daniel, Mata Martha Patricia, García Claudia, Pérez Mitzel del Carmen
- S903 1321** Epidemiología. **Agentes etiológicos aislados en cultivos de pacientes con infección urinaria en hospital de segundo nivel durante el periodo enero-junio de 2018**
Cobos Orestes de Jesús, Hernández Paulina, Del Ángel Mariela, Ramírez Sandra María, Lozano Flor Magdalena, Trejo Nancy
- S903 1322** Nefrología. **Factores predictivos de mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica terminal y hemodiálisis urgente**
Rosales Yuridia Evangelina, Olivo Mara Cecilia, Náñez Homero, Wah Martín Iván, Rivera Daniel
- S905 1324** Misceláneos. **Síndrome de takotsubo en paciente con esclerosis lateral amiotrófica variante bulbar de reciente diagnóstico. Reporte de caso**
Méndez Herón Gaspar, Yáñez Christian Delfino, Zapata Adriana, Ramos Karime Berenice
- S905 1325** Otros. **Neurotoxicidad por cefepime, a propósito de un caso**
Campoverde Carlos Andrés, Zapata Rogelio, Robiou Enrique José, Cruz Rodrigo Zenón
- S906 1327** Infectología. **Pancolitis (fulminante) secundaria a *Entamoeba histolytica* en una paciente inmunocompetente**
García Jorge Óscar, Kúsulas Deyanira, Nieva Julio, Rojo Leticia, Darwich Akram, Chablé Fredy, López Eric
- S907 1328** Infectología. **Encefalitis aguda por virus Epstein Barr (EBV) combinado con pancreatitis aguda asintomática**
García Jorge Óscar, Blaz Agustín, Leyva Adolfo
- S908 1329** Infectología. **Síndrome de Swyer James Macleod secundario a infección por coronavirus NL63 en un adulto mayor**
García Jorge Óscar, Guerra Dulce, Dajer Walid, Noffal Víctor, Sansores Raúl
- S909 1330** Endocrinología. **Coexistencia de insulinoma y diabetes mellitus tipo 2: reporte de caso**
Achach Ahmed, Jimenez Julio Cesar
- S909 1331** Nefrología. **Factores de morbilidad que intervienen en la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis**
Mena Jorge, Huerta Ana Patricia, Borjas Jaime Antonio
- S910 1333** Reumatología. **Granulomatosis con poliangeitis: caso de alta severidad**
Vergara Adriana, Meneses Blanca A, Piña Monserrat, Salero Débora
- S910 1335** Hematología. **Factores de mal pronóstico en pacientes hematológicos con neutropenia febril**
Reyes Mondragón Alan Ledif, Cantú Olga Graciela, Náñez Homero, Garza Andrea Cecilia, Villalobos Leonel
- S911 1336** Infectología. **Caso inusual de infección de vías urinarias de repetición por *Mycobacterium chelonae* en paciente no inmunocomprometida**
Ortega María José, Moreno Lorena Guadalupe, Soler Fernando, Diaz Enrique, Rodríguez Federico
- S911 1337** Nefrología. **Complicaciones infecciosas en paciente con trasplante renal de febrero de 2012 a abril de 2018 en el Hospital Ángeles del Pedregal**
Mellado Raúl, Sánchez Diana, Guajardo Jaime, Díaz Enrique Juan, Rodríguez Federico L, Rojas Alejandro
- S912 1338** Infectología. **Validación de escala predictora de severidad y mortalidad en pacientes con influenza**
Gamboa Carmen Magdalena, Aguirre Gloria Mayela, Elizondo Rogelio Andrés, Gamboa Augusto Andrés, Camacho Adrián
- S913 1339** Infectología. **Manifestaciones de la tuberculosis extrapulmonar (TBEP) más frecuentes. Reporte de caso y revisión de la literatura**
Meza Patricia A, Flores Cándido, García Rafael
- S914 1340** Oncología. **Síndrome de Trousseau como manifestación paraneoplásica de enfermedad metastásica. A propósito de un caso**



- Enriquez Kevin Giuseppe, Teran José Oscar, López Rogelio, Gonzaga Teres, Alvarez María Elena, Sanson Lizeth, Ramos Miguel Angel
- S914 1341** Cardiología. **Prevalencia de disfunción diastólica en pacientes con pancreatitis aguda y su predicción basada en variables clínicas**
Carrizales Edgar Francisco, Vera Raymundo, González Sergio Pablo, De La Cruz Olga Norali, Flores Ana Cristina, Pacheco Adán, Flores Ramiro
- S915 1342** Infectología. **Tuberculosis en el embarazo, presentación de un caso de tuberculosis peritoneal en un embarazo de 17 semanas de gestación**
Orozco Gerardo, Carrera Fabian Armando
- S916 1343** Cardiología. **Uso de la deformación longitudinal global medida por ecocardiografía para predecir la presencia de disfunción diastólica en pacientes con diabetes mellitus**
Carrizales Edgar Francisco, Vera Raymundo, De la Cruz Olga Norali, Ordaz Alejandro, Flores Ramiro, Nañez Homero
- S916 1344** Epidemiología. **Estudio epidemiológico de la mortalidad por enfermedad renal crónica terminal en yucatán 2013-2015**
Morales Yareni María, Méndez Nina Isabel, Marín José Manuel
- S917 1345** Cardiología. **Trombofragmentación mecánica con catéter en tromboembolia pulmonar masiva posterior a fracaso del tratamiento con trombólisis. Reporte de un caso y revisión de la literatura**
Márquez Obed Adrián, Henne Orlando Luis, Robledo Julio César, Barrueta Jesús Manuel, Torres Jorge Alonso Joaquín
- S918 1346** Cardiología. **Comparación de las características clínicas y ecocardiográficas de una población de pacientes diabéticos con y sin disfunción diastólica**
Vera Raymundo, Carrizales Edgar Francisco, Ordaz Alejandro, Flores Ramiro, Nañez Homero
- S919 1347** Hematología. **Falla hepática aguda en relación a linfoma no Hodgkin de células B grandes infiltrante, caso clínico**
Hernandez Adrian, Morgan Diana Selene, Sánchez Eduardo, López Rogelio, Paz Alan, Hernandez Roberto
- S920 1348** Infectología. **Binomio sarcoma de Kaposi y tuberculosis diseminada en un paciente con SIDA, atención de paciente en un hospital de escasos recursos del sureste mexicano**
Márquez Obed Adrián, Flores Oscar Israel, Barrueta Jesús Manuel, Torres Jorge Alonso Joaquín
- S920 1349** Gastroenterología. **Insuficiencia hepática hiperaguda: presentación atípica de un caso de hepatitis autoinmune**
García Iliana Esmeralda, Gomez Martha Estefania, López Juan Roberto
- S921 1350** Infectología. **Análisis de supervivencia en neumonía adquirida en la comunidad y el uso de antibiótico previo a ingreso hospitalario en un hospital de referencia**
Sierra Sarai, Ruiz Jesus Arturo, Pascual Julio Cesar, Ramos Pilar, Sánchez Denisse, López Karla Elizabeth
- S922 1351** Infectología. **Microorganismos y su resistencia microbiana en neumonía adquirida en la comunidad en hospital de referencia del sureste de México**
Sierra Sarai, Ruiz Jesus Arturo, Pascual Julio Cesar, Ramos Pilar, Ruiz Jesus, López Karla Elizabeth, Sánchez Denisse
- S924 1352** Infectología. **Enfermedad de Pott**
Dominguez Carlos, Infante Hector, González Jocelyn Raquel, Rivera Cesar, Monera Fernando, Esquivel Cesar Manuel
- S925 1353** Reumatología. **De enfermedad indiferenciada a enfermedad mixta del tejido conectivo: reporte de un caso con 8 años de historia**
Del Valle Eugenio, Cruz Claudia
- S925 1354** Reumatología. **Síndrome antisintetasa y polimiositis con pobre respuesta a la primera línea de tratamiento. ¿Ahora que sigue? Reporte de un caso y revisión de la literatura**
Jiménez Sergio, Najera Emmanuel
- S926 1355** Gastroenterología. **Carcinomatosis peritoneal secundaria a linfoma difuso de alto grado con primario en apéndice cecal: a propósito de un caso**
García Valeria, Arzate Victor, Mendoza Héctor, Mora Cecilia, Sánchez Fernando, Gomez Damayanti, Solís Damayanti
- S927 1356** Infectología. **Colitis por citomegalovirus en paciente con infección por VIH. Reporte de caso**
Godos Yesenia Saharai, López Alin Cristela, Bustos Gracia María, Niño Sandra Kira, Fernandez Joaquín Hernan, Vargas Carlos Guillermo
- S928 1357** Infectología. **Mononucleosis infecciosa y criptococosis diseminada en paciente no inmunocomprometido**
Cerino Victoria Matilde, López Carlos Ramón, Chávez Samantha Daphne Georgina, Sierra Sarai, Ramón Isabel Cristina, Márquez Obed Adrián, Torres Jorge Alonso Joaquín
- S929 1358** Misceláneos. **Asociación entre hipotiroidismo y enfermedad litiasica de la vía biliar en pacientes tratados en el Hospital General Regional no. 1 Ignacio García Téllez de la ciudad de Mérida, Yucatán**
Acevedo David Humberto, Mendez Nina, Reza Carlos
- S930 1359** Neurología. **Determinantes clínicos de riesgo cardiovascular alto en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática**
Castro Ana Gabriela, Cerda Christopher, Andrés Sergio, Soto Carlos Alberto, Chávez Beatriz, Estrada Ingrid, Góngora Fernando
- S931 1360** Otros. **Efecto de la hospitalización en la fuerza de prensión en pacientes mayores de 70 años**
Peña Mónica Elizabeth, Gomez Merit, Cisneros Daniela, Palos Jaime Dante, Tapia Mónica, Díaz Alejandro, Regalado Justino
- S932 1361** Educación. **Aprendizaje significativo para proporcionar reanimación cardiopulmonar en**

- estudiantes de medicina de pregrado empleando simulación médica de alta fidelidad
Inurreta Martín, Cetina Gregorio, Puga Herberth, Cambranis Joeana, Aguilar Esteban, Novelo José Patricio, Alvarez Alberto
- S933 1362** Neurología. **Crisis oculógiras como presentación de crisis psicógena; reporte de caso**
Delgado Daniela, Guajardo Jaime Alberto, García Frade Luis Fernando, Cuevas Carlos Fredy
- S934 1363** Reumatología. **Características clínicas, bioquímicas y farmacológicas de una cohorte de pacientes con nefritis lúpica en la primera recaída renal**
Martínez Javier, Saavedra Miguel Ángel, Sánchez Reyna Elizabeth, González Francisco Rafael, Martínez Michel Augusto, Jiménez María del Pilar, Mendoza Jaime Miguel, Rodríguez Luis Carlos
- S934 1364** Misceláneos. **Frecuencia de incontinencia urinaria y su impacto en la calidad de vida en los participantes del programa de adultos mayores de la Universidad Marista de Mérida**
González Luis Alberto, Mendez Nina, Martínez Gisselly Dessiree, Martínez Carlos Omar, Mendoza Julio Ramon, Pech Paola Ivette
- S935 1365** Misceláneos. **Síndrome de Job: reporte de un caso del servicio de Inmunología y Alergia del Hospital Juárez de México**
Castro Senyasen Sairí, Hernández Leticia, Guerrero Diana Valeria, De los Santos Julio Alfonso, Cruz Ruben
- S936 1366** Nefrología. **Medición de la tasa de filtrado glomerular en pacientes mayores de 85 años, mediante la fórmula de Cockroft-Gault, MDRD4 y CKD-EPI y su correlación en pacientes hospitalizados**
Navarro Edgar Felipe, Martínez María del Rosario
- S937 1367** Hematología. **Variabes clínicas y de laboratorio de 410 donadores y su relación con el rendimiento plaquetario**
Jiménez Raúl Alberto, Vázquez Karina Elizabeth, Herrera José Luis, Jaime José Carlos
- S937 1368** Gastroenterología. **Covariabilidad de la oxidación lipídica-proteica con amoniaco y severidad de la encefalopatía hepática por cirrosis hepática**
Montes Daniel, Cruz María del Pilar, Martínez Michel, Olivares Ivonne
- S938 1369** Reumatología. **Relación entre actividad en artritis reumatoide de inicio reciente con funcionalidad y fuerza de prensión**
Cruz María del Pilar, Montes Daniel, Lira Joseph, Alcalá Magdalena, Carrión Isaac
- S938 1370** Cardiología. **Eficacia del tratamiento con levosimendan en la sobrevida de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica agudizada (CF III/IV NYHA) en un periodo de un año en comparación con dobutamina y terapia convencional**
Gomez Luis Carlos, Callejas Gerardo, Ceballos Martha, Rivera Héctor
- S939 1371** Endocrinología. **Evaluación del cumplimiento de metas ada 2017 en pacientes diabéticos que acudieron a una unidad integral comparado con pacientes diabéticos de consulta externa durante un año de seguimiento**
Morgan Diana Selene, Aguiñiga Ariadna, Guzmán Perla Marlene, Mondragón Lidia Aurora, García Laura Anahí, Andoney Jéssica Valeria, Mondragón Hector
- S940 1372** Reumatología. **Características de adherencia y alianza terapéutica en pacientes con lupus eritematoso sistémico en un hospital de tercer nivel**
Cano Lilian Guadalupe, Alvarez Everardo, Lajud Francisco Antonio, Vargas David Alejandro
- S941 1373** Dermatología. **Eritema elevatum diutinum ampolloso, reporte de caso**
Vázquez Dayana, Alvarado Erika Stephania, Ramírez Tania Gissel, Guevara Rosa María, Pulido Nancy
- S942 1374** Reumatología. **Púrpura de Henoch Schonlein con criterios de severidad y su resistencia al manejo inmunomodulador. Reporte de un caso**
Marcial Josué, Jimenez Jesus, López Misael Alejandro
- S943 1375** Oncología. **Síndrome de compresión medular de origen neoplásico: serie de casos y revisión de la literatura**
Garcilazo Alexandra, Cruz Antonio, Quiñonez María Santa Juana, Ayala Osdelia, Cano Lilian Guadalupe, Lajud Francisco Antonio, Salazar Claudia Nai, Medina Juan Manuel, Artega Daniela, Arredondo Francisco Javier, Gallegos Belen
- S944 1376** Hematología. **Anemia microcítica hipocrómica: diagnóstico diferencial en el embarazo**
Quintero Aniela, Ibarra David Ricardo, Contreras Sarahi, Farias Alma Leticia, Espericueta Karen, Medina Jesús Emanuel, Dehesa Edgar
- S944 1377** Otros. **Tromboembolismo pulmonar crónico sin presencia de hipertensión pulmonar, presentación de caso clínico**
Arias Karina Ivonne, Cueto Guillermo, Cruz Rodrigo Zenón, Cruz Miguel Ángel, Jurado Merly Yamile
- S945 1378** Neurología. **Parálisis flácida periódica tirotóxica: revisión de la literatura y reporte de caso en un hospital universitario mexicano de alta especialidad**
Sierra Manuel, Muñoz Wallace Rafael Arturo, Izquierdo Carlos Daniel, Lara Aldo Enrique, Vega Carolina, Medina Raul
- S946 1379** Reumatología. **Prolactina y sulfato de dehidroepiandrosterona en mujeres con lupus eritematoso sistémico activo versus crónico inactivo**
Vera Olga Lidia, Vásquez Enzo Christopher, Cruz María Pilar, Jara Luis J
- S947 1380** Endocrinología. **Síndrome de Cushing no dependiente de ACTHh secundario a carcinoma corteza suprarrenal. Reporte de caso**
Olvera Oscar, García Gustavo, García Erica, González Francisco
- S948 1381** Nefrología. **Microangiopatía trombótica un reporte de caso**
González Enrique, Nañez Homero, Villarreal Jaime Adrian, Ramirez Guadalupe, Garza Carlos



- S949 1382** Hematología. **Primigesta con hipercoagulabilidad por deficiencia de proteína S**
Ramírez Sandra María, Cobos Orestes de Jesús, Del Ángel Mariela, Hernández Paulina
- S950 1383** Infectología. **Absceso por Salmonela en paciente con infección por VIH. Reporte de caso**
Bustos Gracia María, Niño Sandra Kira, López Alin Cristela, Fernandez Joaquin Hernan, Vargas Carlos Guillermo
- S950 1384** Infectología. **Factores asociados a mortalidad en pacientes con infección por A. baumannii y patrón de resistencia a antimicrobianos**
Vera Olga Lidia, Martínez Alberto, Terrazas José Juan, Sepulveda Jesus
- S951 1385** Nefrología. **Prevalencia de enfermedad renal crónica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2**
Cruz Nydia Karen, Estefan Janette, Obrador Gregorio Tomás, Villa Antonio Rafael
- S952 1386** Gastroenterología. **Pancreatitis aguda asociada a metotrexate, una entidad poco común pero de gran relevancia para nuestro medio**
Correa Freddy, Rojas Michelle Encarnacion, Hernandez Alejandro, Rivera Cesar, González Jocelyn Raquel, Marquez Cintia Monica, Carrillo Edgar
- S953 1387** Hematología. **Evolución clínica de los pacientes con leucemia mieloide aguda bajo tratamiento con quimioterapia durante el periodo 2008 al 2017 en hospital de referencia**
Sánchez Silvia Berenice, Amador Lauro Fabian, Álvarez José Antonio de Jesús
- S954 1388** Reumatología. **Gota tofácea grave con manifestaciones cutáneas atípicas pústulas y úlceras**
Barrientos Corazon de Jesus, Noyola Maura Estela, Anda Juan Carlos, Toledo Sebastian, Tovar Yovani, Jimenez José Omar
- S954 1389** Hematología. **Púrpura trombocitopénica trombótica refractaria a uso empleo de rituximab**
Alvarado Citlalli, Tafolla Edgar Jesús, Olán Francisco, Morales Zoila, Morales Erick, Lechuga David Emmanuelle, Hernández Jesús Manuel
- S955 1390** Educación. **Diálisis peritoneal: el beneficio de la capacitación ambulatoria**
Terán José Oscar, Urtiz Cesar A, Lagunas Maricarmen, Guzmán Perla Marlene
- S956 1391** Hematología. **Hiperleucocitosis: presentación inicial de leucemia linfocítica aguda en un paciente de 32 años**
Gomez Julieta, Ungson Mariana, Ezquerro Alejandro, Ramírez Karen, Cortés Fernando, Terreros Eduardo
- S957 1392** Neurología. **Eventos vasculares cerebrales de tipo isquémicos asociados a etiología ESUS**
Nanez Homero, Morales Eliu Jefe, Gongora Fernando, Nacoud Alfredo
- S958 1393** Toxicología. **Diferencias clínicas y serológicas en pacientes con esclerosis sistémica con y sin sobreposición con otras enfermedades autoinmunes**
Vera Olga Lidia, Ruvalcaba Oswaldo, Cruz María Pilar
- S958 1394** Infectología. **Aprendizaje de los errores de medicación**
Terán José Oscar, Lagunas Maricarmen, López Rogelio
- S959 1395** Hematología. **Mieloma múltiple en paciente menor de 40 años**
Palmeros Francisco Sebastian, Rodríguez Olga Veronica, Avendaño Ulises, Rodríguez Ana Laura, Moreno Angelica
- S960 1396** Nefrología. **Asociación de la variabilidad de fósforo y mortalidad en los pacientes en hemodiálisis crónica**
Villalobos Montserrat, Escamilla David, Arce César Alejandro, Sebastián Mario Alberto
- S961 1397** Reumatología. **Enfermedad hepática inducida por lupus eritematoso sistémico. Reporte de caso**
Navarro Miryam Nayeli, González Jessica, Maldonado Uriel, Camberos Carlos Arturo, Peña Mitzi
- S961 1398** Nefrología. **Nefritis lúpica con anticuerpos ANCA positivos: reporte de caso**
Gomez Damayanty, Mendoza Hector, Islas Juan Paulo, Lorenzo Adrian, Macias Ana Patricia, Solís Damayanty
- S962 1399** Infectología. **Enfermedad de Lyme manifestada por fiebre de origen desconocido y esplenomegalia masiva**
Uresti Eileen Liberata, Guizar Luis Alberto, Anda Juan Carlos, Toledo Sebastian Eduardo, Diaz Jorge Javier
- S963 1401** Endocrinología. **Eficacia y seguridad de la radioterapia fraccionada en el tratamiento de la acromegalia**
Martínez Karen Belén, González Baldomero José Gregorio, Ortega Guadalupe, García Octavio René
- S964 1402** Infectología. **Mucormicosis rinocerebral no fatal asociado a trombosis parcial de la carótida interna**
Marmolejo Manuel Alejandro, Aguilar Leonardo Rene, Nañes Homero
- S964 1403** Oncología. **Quilotórax masivo no traumático, asociado a linfoma no Hodgkin: reporte de caso**
Flores Ilse Lucero, Magallanes Alberto, Pérez Fernando, Moreno Erneto, Guzmán Nicolas
- S965 1405** Otros. **Caracterización de los pacientes con enfermedad de Fabry en tratamiento con agalsidasa alfa en comparación con agalsidasa beta**
Carreño Paulina, Pineda Luis Francisco
- S966 1406** Infectología. **Meningitis tuberculosa fulminante de presentación atípica: reporte de un caso**
Alvarado Armando, Valadez Maritza Jacqueline, Varela Diana Selene, Hernández José Francisco
- S967 1407** Oncología. **Presentación de LNH variante NK con afección nasal unilateral confundidor de rinosinusitis micótica alérgica**
Torres José David, Petarra Stefania, Cruz Dalia, Ramírez Clotilde Guadaupe, Avila Alfredo, Medina Eloy
- S968 1408** Endocrinología. **Más sujetos lograron reducciones compuestas de $\geq 1\%$ de HbA1c, $\geq 5\%$ de**



- peso corporal y ≥ 5 mmHg de PAS con semaglutida versus comparadores (SUSTAIN 1-5, 7)**
Leon Jonathan, Dungan Kathleen, R Vanita, Krag Filip, A Lawrence, Leonora Nanna, Lindberg Søren, Meier Juris, Arrieta Elsa
- S968 1409** Endocrinología. **HbA1c y reducción del peso corporal consistentes con semaglutida, independientemente de la duración de la diabetes: SUSTAIN 1-5 y 7 metaanálisis a nivel del paciente**
Nava Alfredo, Rosenstock Julio, Chaykin Louis, Lüdemann Jörg, Madsbad Sten, Rask Julie, C. Stephen, Arrieta Elsa
- S969 1410** Cardiología. **Semaglutida reduce consistentemente el riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes tipo 2 independientemente del nivel de riesgo cardiovascular inicial: análisis posthoc del programa de ensayo SUSTAIN**
Morales Enrique, Bain Stephen, Réa Rosângela, Warren Mark, Gaarsdal Anders, Vrazic Hrvoje, Madsbad Sten, Arrieta Elsa
- S970 1411** Cardiología. **La reducción de la presión arterial sistólica con el tratamiento con semaglutida no se debe solo a la pérdida de peso: datos de SUSTAIN 1-5**
Pavía Abel Alberto, C Stephen, Davies Melanie, Krag Filip, Vrazic Hrvoje, Vang Trine, Lingvay Ildiko, Arrieta Elsa
- S971 1412** Endocrinología. **Deterioro glucémico reducido con exposición prolongada a liraglutida en el estudio leader**
González Guillermo, A. Michael, B. John, Bosch Heidrun, Frimer Helle, D. David, Zinman Bernard, Arrieta Elsa
- S972 1413** Cardiología. **Efecto de liraglutide en los resultados cardiovasculares en pacientes ancianos en el ensayo leader**
González Guillermo, P Matthew, C. Stephen, Franek Edward, Jodar Esteban, Nauck Michael, Pratley Richard, Réa Rosângela, Saraiva José, Rasmussen Søren, Tornøe Karen, Johan Bernt, Buse John, Arrieta Elsa

Los resúmenes se reproducen tal como se recibieron por parte de los autores, por lo que su contenido científico y editorial no es responsabilidad de *Medicina Interna de México*.

OKSEN®



90 años
Senosiain®

OK EN HIPERTENSIÓN

Porque la **hipertensión** es un problema de salud global que daña órganos blanco y que tiene como consecuencia:

- › **Insuficiencia cardiaca**
- › **Daño renal**
- › **Retinopatía**
- › **Demencia vascular** ⁽¹⁾

OKSEN Es la cápsula de contenido líquido que da el **OK en hipertensión**

+ **Telmisartán**
Hidroclorotiazida



 **IPAL®**

Senosiain®

OKSN-A01-17



Bredelin (Levofloxacino) es un **agente antibacteriano de amplio espectro** para la administración **oral e intravenosa**

Bredelin

está indicado principalmente en **infecciones causadas por Bacterias aeróbicas Gram (+) y Gram (-) sensibles**

- 1 Tratamiento de **infecciones del tracto respiratorio** superior e inferior
- 2 **Gérmes sensibles al Levofloxacino** en diferentes localizaciones

90
años
Senosiain®

Cetus®



Viravir

Sensación **que alivia**

90 años
Senosiain®

**Reduce significativamente
la intensidad del dolor
neuropático** causado por:

1

**Neuropatía diabética
periférica**

2

Neuralgia postherpética

3

Radiculopatías

4

Fibromialgia (1,2,3,4)

Dosis
75 a 300 mg

Viravir

2

VECES
AL DÍA

ACORDE
A RESPUESTA
Y TOLERANCIA

VIRA-A01-17

ALTIA®

Senosiain®



Folio: 0002

Tema: Endocrinología

Crisis hipercalcémica como manifestación inicial de hipertiroidismo por bocio endémico en la Sierra Norte de Puebla, e hiperparatiroidismo primario simultáneo, a propósito de un caso

Arbeu Marlene¹, Valdín Tania Isabel², Rodríguez Enrique Iván², Treviño Francisco², Montiel José Sabino², Hernández Jessica Mariana

¹ Hospital Universitario de Puebla, BUAP. Hospital General de Tlatlauquitepec, SSA; ² Hospital Universitario de Puebla, BUAP

Introducción: El hipertiroidismo es una de las causas principales de hipercalcemia, sin embargo, solo dos casos previos de hipertiroidismo asociado a crisis hipercalcémica han sido reportados; el presente cobra relevancia al desarrollarse en una zona de bocio endémico aunada a hiperparatiroidismo primario.

Caso clínico: Mujer de 59 años, originaria y residente de Tlatlauquitepec, Puebla, campesina. HAS tratada con captopril 25 mg/día, 15 años de diagnóstico. Inició su padecimiento el 15/junio/2018, con confusión y desorientación que progresa a somnolencia en dos semanas, siendo llevada a Urgencias y hospitalizada el 27/junio/18, con F.R. 24 x', F.C. 100 lpm, SO₂ 92% aire ambiente, Temp. 36.3°C. A su

llegada con deshidratación, letargo (GCS 10 O3 V3 M4), isocoria y normorreactividad pupilar, reflejos miotáticos incrementados, sin datos meníngeos. Cuello con bocio, sin adenopatías. Uresis 3.5 L/día. Paraclínicos: Calcio sérico corregido (albúmina 1.9) 14.52, fósforo 2.5, citometría hemática normal. EKG: taquicardia sinusal, QT 220 ms. PTH 119 pg/ml, hipercalcemia. US con nódulo tiroideo único patrón esponjiforme TIRADS 1. TSH 0.02 UI/ml, T4L 4.8 ng/ml. Se indica ácido zoledrónico 4 mg dosis única e hidratación intensiva, con disminución en calcemia (9.5) y recuperación neurológica total. Biopsia tiroidea: adenoma tóxico benigno, paratiroides: datos de hiperplasia. Egresada con metimazol 30 mg/día, en protocolo de resección nodular tiroidea. **Discusión:** La crisis hipercalcémica se caracteriza por poliuria, deshidratación y alteraciones del estado mental, con Ca sérico > 13-15. En hospitalizados con hipercalcemia, el 25% se debe a HPT, el 10% a HP terciario por nefropatía crónica y 45% a malignidad, las dos últimas descartadas en esta paciente, con hiperparatiroidismo primario confirmado por biopsia; por hallazgo de nódulo tiroideo a la exploración física se realiza perfil confirmando hipertiroidismo. La zona de residencia juega un papel fundamental, por su clima templado con precipitación

pluvial todo el año (la lluvia es decisiva en el ciclo ecológico del yodo) a una altitud > 1500 msnm, es conocida desde hace más de 50 años, como una área bociógena. **Conclusiones:** La disfunción tiroidea y paratiroides simultánea como causales de crisis hipercalcémica constituyen una etiología inusual. El tratamiento oportuno es crítico para el control de la sintomatología neurológica y disminución del riesgo cardiovascular fatal. Por otra parte, aunque la extensión y severidad del bocio endémico han disminuido en México, persiste en las comunidades que solo consumen lo producido en sus tierras, bajas en yodo.

Palabras clave: crisis, hipercalcemia, encefalopatía, hiperparatiroidismo, PTH, tiroides.

Folio: 0003

Tema: Endocrinología

Biopsia por aspiración con aguja fina de nódulo tiroideo. Una serie de casos, Servicio de Medicina Interna, HGZMF 1 Dr. Abraham Azar Farah, IMSS Campeche

Reséndiz Lidia Guadalupe, Zapata Juan Pablo, Romero Luis Enrique

HGZMF 1 Dr. Abraham Azar Farah IMSS Campeche, Servicio de Medicina Interna

Introducción: El nódulo tiroideo es un aumento focal de volumen o consistencia localizado en la tiroides, que

se detecta por palpación o mediante estudios de imagen, cuyas características permiten su distinción del resto del parénquima. 90-95% de nódulos tiroideos son benignos y asintomáticos. La importancia clínica de estudiar un nódulo radica en la necesidad de excluir el cáncer de tiroides, lo que ocurre en el 5 a 10%. debe realizarse examen físico, ultrasonido de alta resolución y citología tiroidea con aguja fina que muestre la histología cuando el caso lo amerite, para reducir los pacientes que son sometidos a cirugía por enfermedad tiroidea benigna. Incrementar la BAAF con factores riesgo. En México, un estudio de prevalencia en la población general, evaluando 2401 personas entre 18-90 años, 82.4% pertenecía al sexo femenino, detectando nódulos por palpación con 1.4% de prevalencia, con ecografía logro un incremento al 19.6% y del total el 5.9% correspondió a cáncer papilar de tiroides. (Hurtado-López L, 2011). **Objetivo:** Investigar la patológica más frecuente en nódulo tiroideo palpable no toxico detectado en la consulta externa de referencia a nuestro Hospital ya que no se tiene registro de algún estudio previo en el Estado de Campeche. Por medio de biopsia por aspiración con aguja fina. **Material y métodos:** Se realizó una serie de casos de tipo prospectiva, transversal con intervención que incluyó hombres y mujeres mayores

de 15 años que acudieron a la consulta externa de Medicina Interna del 16 de febrero al 31 de agosto de 2018, con nódulo tiroideo no tóxico de más de 10 mm de diámetro contando con ultrasonido de cuello, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial, citometría hemática completa que aceptaron realizarse con previo consentimiento informado biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) de Tiroides no guiada por ultrasonido. Siendo interpretados por Anatomía Patológica de nuestro hospital. **Descripción de casos y resultados:** muestra de 8 pacientes, siendo un hombre, edad de 19 a 52 años, tamaño del nódulo tiroideo de 16 a 35 mm, uno paciente con bocio multinodular teniendo resultado de patología sospechoso de malignidad Bethesda V, 1 con abundantes eritrocitos, 1 muestra insuficiente, 1 adenocarcinoma papilar y el resto con bocio coloide. **Conclusiones:** Aun son pocos pacientes en nuestro estudio por lo que se cataloga como una serie de casos hasta el momento con valiosa información y se deberá de seguir realizando para poder determinar su utilidad y así seguir disminuyendo el costo y la utilización de forma masiva la Cirugía de tiroides innecesaria de forma inicial. **Discusión:** Las ventajas de la BAAF son numerosas, pudiendo mencionar que es una prueba segura, rápida, barata, poco molesta y que genera informa-

ción valiosa para el tratamiento posterior del paciente. Tiene muy pocas desventajas: requiere personal entrenado para su realización e interpretación; en ocasiones, el material aspirado no es adecuado, y puede generar resultados falsos negativos. Reduce la necesidad de realizar otros procedimientos diagnósticos más invasivos y/o costoso. **Palabras clave:** BAAF, nódulo tiroideo.

Folio: 0004

Tema: Hematología

Vasculitis cutánea leucocitoclástica como manifestación de presentación en leucemia linfoblástica aguda. Reporte de caso

Mendoza Luis Angel

Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho. IMSS

Las vasculitis cutáneas pueden estar asociadas a malignidad, y comportarse como un síndrome paraneoplásico. Dentro de las causas más comunes asociadas a malignidad son neoplasias de tipo hematológico. Sin embargo es una presentación interesante y rara, en la cual la prevalencia se ha obtenido en estudios de series de casos. En este caso se presenta una paciente con lesiones de tipo variceliforme, la cual se biopsió con reporte de vasculitis leucocitoclástica, precediendo al diagnóstico final de leucemia linfoblástica aguda. **Objetivo:** Describir un caso de vasculitis leucocitoclástica como cuadro clínico inicial



en una paciente con leucemia linfoblástica aguda. **Caso clínico:** Mujer de 45 años de edad, originaria de Tabasco, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Inicia su padecimiento actual en el mes de abril del 2017 con exantema macular a nivel de cara anterior de antebrazo y región paraesternal izquierdo, que se acompañó de prurito y alzas térmicas no cuantificadas de manera intermitente, posterior a 3 días evolucionan lesiones a ser vesiculares con exudado purulento; además se agregó al cuadro mialgias y artralgias. Acude a nuestra unidad hospitalaria el día 7 de Abril del mismo año, a su ingreso a la exploración física con palidez de tegumentos +++, presencia de adenopatías submandibulares y retroauriculares de 2 cm no dolorosas, vibraciones vocales, ruidos respiratorios y transmisión de la voz disminuidas en ambos pulmones a nivel basal de aproximadamente 20%, hepatomegalia de 5 cm por debajo del reborde costal, además lesiones circunscritas tipo variceliforme de tamaño variable, por presencia de pápulas, costras y ampollas con centro necrótico con reacción descamativa perilesional a nivel de cara anterior de ambos antebrazos y toráx; así como lesiones petequiales circunscritas de aproximadamente 0.5 cm en mesogastrio y cara anterior de ambas piernas, resto de exploración normal. Sus paraclínicos

a su ingreso con una pancitopenia en su biometría hemática (Hb 4 gr/dl, plaquetas 30 mil, leucocitos 540 /ul), química sanguínea y examen general de orina normales. Se decide manejo con hemotransfusión de 3 paquetes globulares y se da manejo en servicio de urgencias con ceftriaxona. Ingres a al piso de Medicina interna el día 09.04.2017 donde se suspende antibiótico y se le solicita TAC toracoabdominal simple y contrastada ante sospecha de malignidad, el cual se realiza el mismo día con reporte de derrame pleural bilateral, atelectasias laminares difusas bilaterales, hepatomegalia de 170 mm de longitud craneocaudal. En su estancia hospitalaria, se solicitaron pruebas de funcionamiento hepático, en la que se encontró hipoalbuminemia (2.40 g/dl) y elevación de fosfatasa alcalina (205 UI/L), resto normal; panel viral para hepatitis y VIH negativos, frotis de sangre periférica con blastos en 5%, poiquilocitosis, anisocitosis, dacriocitos y ovalocitos. El día 12/04/2017 se le realiza biopsia cutánea de lesiones en antebrazo; así como también ante sospecha de neoplasia hematológica, aspirado de médula ósea a nivel esternal; 2 días posteriores se entregan resultados de ambos estudios con reporte de vasculitis leucocitoclástica y leucemia linfoblástica aguda respectivamente. Se decide su egreso hospitalario para iniciar esquema de quimioterapia Lar-

son de manera programada con paraclínicos con una Hb de 9.6 gr/dl, plaquetas 49 mil y leucocitos en 1200 /ul. Reingresa el día 22/04/2017 para inducción de quimioterapia, asintomática y con lesiones dermatológicas en fase de cicatrización. **Conclusión:** Las vasculitis cutáneas como forma de presentación paraneoplásica es una entidad poco común encontrada en la práctica clínica, por lo que ante sospecha clínica y anormalidades en hemograma son claves para iniciar protocolo de neoplasia hematológica.

Palabras clave: leucemia linfoblástica aguda, vasculitis cutánea, síndrome paraneoplásico.

Folio: 0005

Tema: Infectología

Actividad antifúngica de sertralina contra hongos de importancia clínica de difícil tratamiento

Espinosa Jaime Eugenio, Treviño Rogelio de Jesus, Martínez Michel Fernando, Nájuez Homero, González Gloria¹, Villanueva Hiram

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González Universidad Autónoma de Nuevo León

Se trató de un ensayo in vitro el cual partió de una colección de 40 cepas de hongos conocidos por su resistencia a los antifúngicos y de relevancia clínica recolectados en un período de 20 años en el Laboratorio de Micología del Centro Regional

de Control de Enfermedades Infecciosas del Departamento de Microbiología de la Facultad de Medicina de la UANL e identificados por métodos morfológicos y moleculares. Se evaluaron los perfiles de susceptibilidad antifúngica frente a anfotericina B desoxicolato y/o voriconazol dependiendo de la cepa a ensayar, así como susceptibilidad a la sertralina a todas las cepas. Se realizaron también estudios de sinergia del tratamiento antifúngico combinado entre sertralina y el compuesto antifúngico seleccionado (voriconazol o anfotericina B desoxicolato) siguiendo la metodología del tablero de damas para el estudio de sinergias aplicando la fórmula de FICI (Fractional Inhibitory Concentration Index). De igual manera, se procedió a realizar identificación molecular de las cepas estudiadas con la finalidad de confirmar el microorganismo genéticamente. Proponemos realizar un estudio *in vitro* de susceptibilidad al compuesto sertralina en varias cepas de hongos emergentes de difícil manejo con la finalidad de evaluar el futuro uso de este compuesto en el tratamiento de las infecciones, cada vez más frecuentes, de hongos de importancia clínica de difícil tratamiento. Dentro de las cepas que estudiamos, las cuales fueron 40, se identificaron molecularmente el 100% de las cepas, de las cuales solo 2 cepas de las 40, no fueron

concordantes con el microorganismo que se pensaba y el 38 restante si fueron concordantes. En base a los resultados que obtuvimos en nuestro estudio podemos concluir que a sertralina provocó una inhibición del crecimiento en el 100% de las cepas probadas a una concentración entre 8-16 mcg/ml. Microorganismos como *Lomentospora spp.*, *Scedosporium spp.* y *Paecilomyces spp.* resultaron resistentes a anfotericina B. De las 3 especies mencionadas, *Paecilomyces spp.* aparte de no presentar sinergia con sertralina, presentó antagonismo al compuesto sertralina con voriconazol. Por otro lado, *Lomentospora spp.*, *Scedosporium spp.*, *Alternaria spp.*, *Rhizopus spp.* y *Mucor spp.* presentaron sinergia con el compuesto sertralina y anfotericina B. Mientras que *Curvularia spp.*, *Fusarium spp.* y *Paecilomyces spp.* no presentaron sinergia con el compuesto sertralina y otros antifúngicos. La sertralina pareciera tener un papel adyuvante en el tratamiento, a futuro, de estas patologías. Sin embargo, se deben realizar estudios posteriores en modelos animales y seres humanos para evaluar la eficacia demostrada en este estudio

Palabras clave: sertralina, hongos, *in vitro*, anfotericina B, voriconazol, difícil.

Folio: 0006

Tema: Dermatología

Prevalencia de onicomicosis en extremidades inferiores en

población con enfermedades crónico-degenerativas

Ulgalde Nora Ximena¹, Villarreal Enrique¹, Ferral Julio Gil², Uglade María Fernanda³

¹ Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro, IMSS; ² IMSS HGR 220; ³ SESEQ

Introducción: La onicomicosis es la primera causa de enfermedad ungueal (18 a 40% de todas las onicopatías). La prevalencia mundial se estima en 0.1 a 11% y en México es la segunda dermatofitosis después de la tiña pedis. La onicomicosis más frecuente es la de los pies, preferentemente en la uña del primer orjejo. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de onicomicosis en población con enfermedades crónico-degenerativas. **Metodología:** Estudio transversal descriptivo en pacientes atendidos en la Clínica Familiar Ismael Vázquez Ortíz ISSSTE de Querétaro de junio a agosto del 2018. El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de porcentajes para población infinita, con nivel de confianza de 95% para una cola ($Z_{\alpha/2} = 1.64$), asumiendo que la prevalencia es 40% ($p=0.40$) y el margen de error asumido 5% ($d=0.05$ el total de la muestra correspondió a 258.20 ($n=258.20$)). La técnica muestral fue no aleatoria por cuota, empleando como marco muestral el listado de pacientes que asistieron a la consulta de Gerontología, Geriatria y MIDE.



Se identificó la onicodistrofia y la onicomiosis para cada uno de los ortejos de ambos pies. El diagnóstico de onicomiosis se realizó mediante toma de muestra ungueal de los ortejos con presencia de onicodistrofia y posterior observación por microscopía con tinción de KOH 20%. La lectura de las muestras se realizó por 2 observadores cuando estos no coincidían se solicitó la intervención de un observador más. Los observadores fueron capacitados en el Laboratorio Estatal del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. El análisis estadístico incluyó promedios, porcentajes e intervalos de confianza Se solicitó consentimiento informado. **Resultados.** El promedio de edad de la población estudiada es 58.61 años (IC 95%; 56.71-60.51), predominan las mujeres con 61.7% (IC 95%; 53.5-69.8), y 82.2% (IC 95% 75.8-88.6) se encuentra activa laboralmente. El índice de masa corporal es 30.27 (IC 95%; 29.22-31.37), y el promedio de perímetro abdominal es 107.02 cm (IC 95%; 100.91-113.14). La prevalencia de la Diabetes en la población estudiada es 42.5% (IC95%; 34.0-51.0), y el tiempo de evolución 10.37 años (IC 95%; 8.19-12.56). En el primer ortejo del pie derecho la prevalencia de onicodistrofia es 89.3% (IC 95%; 84.2-94.5) y de onicomiosis 49.6% (IC 95%; 41.3-57.9 en el primer ortejo del pie izquierdo es 81.5% (IC 95%;

75.0-88.0) y 46.1% (IC 95; 37.9-54.3) respectivamente. En el quinto ortejo del pie derecho la prevalencia de onicodistrofia es 70.9% (IC95%; 54.3-87.6) y de onicomiosis 36.9% (IC 95%; 28.9-44.9 en el quinto ortejo del pie izquierdo la prevalencia de onicodistrofia es 70.2% (IC 95%; 53.5-86.8) y de onicomiosis 34.8% (IC 95%; 26.9-42.7) respectivamente. La prevalencia de onicomiosis en pie derecho es 41.1% (IC 95%; 33.0-49.2), en pie izquierdo 48.2% (IC 95%; 40.0-56.4) y en general 49.6% (IC 95%; 41.3-57.9). El promedio de ortejos con onicomiosis en pie derecho es 0.94 (IC 95%; 0.71-1.17), en pie izquierdo 1.26 (IC 95%; 0.99-1.54), y en total 2.21 (95%; 1.72-2.70). **Conclusión:** La extremidad inferior izquierda tiene mayor prevalencia de onicomiosis, el primero y quinto ortejo son los más afectados. En la actualidad no existe ninguna literatura que mencione la prevalencia de onicomiosis por ortejo y por pie. Esto es relevante ya que existen múltiples alteraciones ungueales que pueden presentar características similares a las de la onicomiosis desde la observación directa. Estadísticamente la prevalencia de onicomiosis es igual en ambos pies. Sin embargo, la extremidad inferior izquierda fue la que reportó mayor promedio de ortejos por pie con onicomiosis, contrario a lo esperado. En conclusión en este estudio se demuestra que la prevalen-

cia de onicomiosis es igual en ambos pies. Sin embargo, el número de ortejos afectados es mayor en el pie izquierdo, aunado a ello se demuestra que no toda la onicodistrofia es onicomiosis.

Palabras clave: onicomiosis, prevalencia, hongo, onychomycosis, prevalence, fungus.

Folio: 0007

Tema: Nefrología

Impacto de la inflamación microvascular mínima (PTG+G=1) en biopsias por disfunción postrasplante

Haro Fabian Alejandro, Arreola José Manuel, Macías Dulce María

Centenario Hospital Miguel Hidalgo

Introducción: Conforme el número de trasplantes renales aumenta en todo el mundo, el rechazo humoral del injerto se vuelve cada día un reto. El rechazo humoral crónico del injerto renal se integra con tres elementos: signos de daño morfológico en tejido renal (doble contorno glomerular o multilaminación de la membrana basal glomerular y tubular o fibrosis intersticial/atrofia tubular y/o arteriopatía crónica del trasplante depósitos difusos de C4d en capilares peritubulares, y presencia de anticuerpos donante-específicos. Parece ser que la relación entre presencia de Ac contra HLA clase y clase II con un peor supervivencia del injerto está bien documentada

(5, 6, 7, 8, 9). La pérdida del injerto se asocia con variables clínicas e histológicas de daño crónico e inflamatorio, que pueden o no asociarse con la actividad del complemento demostrada por positividad de C4d, ya que se asocia con daño microvascular y fibrótico. La clasificación BANFF tiene una baja correlación intra e interobservador, especialmente para la inflamación microvascular. La relevancia de valores mínimos de glomerulitis (G) y capilaritis (PTC) es incierto. En México, diversos factores impiden la realización de anticuerpos anti HLA postrasplante, por lo que es indispensable explorar el pronóstico de hallazgos sugerentes de rechazo mediado por anticuerpos. Así mismo, el impacto que tienen los cambios inflamatorios mínimos en las microvasculatura sobre la sobrevida del injerto aún no está totalmente esclarecido.

Material y métodos. Se trata de un estudio de cohorte, retrospectivo, de pacientes receptores de trasplante con biopsia por disfunción de injerto, realizadas entre marzo 2012 y julio del 2016. Fueron incluidos aquellos pacientes con seguimiento postbiopsia. Las biopsias fueron interpretadas por nefropatólogo en base a criterios de BANFF. El desenlace primario se estableció como tiempo a pérdida del injerto definido como TFG menor de 15ml/min/1.73m². SE utilizaron curvas de Kaplan Meier y riesgos proporcionales

de Cox. **Resultados.** De los 201 pacientes seleccionados, sólo 121 (60.1%) continuaron seguimiento. La edad promedio del receptor fue de 26.4 años, con predominio del sexo masculino (72.3%). La mediana de tiempo a la biopsia del injerto fue de 16.8 meses, con un tiempo promedio de seguimiento postbiopsia de 12.4 meses. De los 121 pacientes, 22 (18.1%) presentaron pérdida del injerto. En el análisis multivariado, tanto la sumatoria PTC+G (HR 1.7, 1.2-2.24) y T+I (HR 1.6, 1.2-2.3), mantuvieron significancia estadística. En un segundo modelo, al ajustar lo sumatorio T+1, los valores de PTC+G=1 y PTC+G=2 perdieron significancia estadística, por lo que se demuestra un fenómeno confusor. Al realizar el modelo únicamente en pacientes con T+1 >2, todos los grados de PTC+G presentaron asociación significativa, mientras que en el grupo T+1

Palabras clave: inflamación, rechazo, injerto, tubulitis, mínima.

Folio: 0008

Tema: Oncología

Coriocarcinoma metastásico a mano: reporte de un caso y revisión de la literatura

Montiel José Sabino, Montiel Gabino, Arbeu Marlene, López Lidia

Hospital Universitario de Puebla

Introducción: La neoplasia trofoblástica gestacional es un

término que describe las lesiones malignas que se originan en las vellosidades coriónicas y el trofoblasto extraveloso. Se comporta como una proliferación bifásica del trofoblasto y sincitiotrofoblasto, con una morfología similar al trofoblasto primitivo de la etapa prevellosa placentaria caracterizado por la secreción de hormona Gonadotropina coriónica Humana. Se dividen en cuatro entidades principales: Mola invasiva, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario y tumor trofoblástico epiteloide. Las zonas de metástasis se caracterizan por diseminación hematógenos siendo los primeros lugares el pulmón y la vagina. En algunos casos raros, también se informa metástasis al hígado, cerebro, riñón o tracto gastrointestinal. La metástasis cutánea es rara y se han publicado 12 casos. **Objetivo.** Dar a conocer los diferentes sitios de metástasis del coriocarcinoma, así como la incidencia de la metástasis a piel. **Información del caso:** Paciente mujer de 18 años de edad, ingresa por presentar cefalea intensa en hemicráneo izquierdo de intensidad 8/10 la cual no remite a medicamentos, sufriendo caída sobre su plano de sustentación, además de deterioro neurológico, durante la exploración se encuentra tumoración en dedo medio derecho ulcerado con tejido necrótico. Se realiza tomografía simple de cráneo con imagen ovoide a nivel de



lóbulo parietal izquierdo, de densidad mixta halo hiperdenso y centro hipodenso de 24X38mm con desplazamiento de línea media hacia el lado contralateral. TAC de tórax y abdomen con lesión metastásica a nivel pulmonar derecho y en región parietocolica derecha sin delimitar sitio primario. Se realiza Craneotomía con drenaje y resección total de lesión. Se realiza estudio anatomopatológico: en el cual se identifica células de citoplasma amplio, claro y núcleos grandes pleomórficos con cromatina en sal y pimienta compatible a “metástasis de coriocarcinoma en tejido cerebral”. Inmunohistoquímico con: citoqueratina AE1/AE3 Positiva, Hormona Gonadotrofina Positiva. Se realiza amputación de dedo medio derecho distal de 4x4cm ulcerado con necrosis con reporte histológico de coriocarcinoma metastásico. Marcadores tumorales de inicio con Hormona Gonadotrofina Coriónica Humana 4510mU/mL. Por lo que se da una Puntuación de FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) de 12 puntos considerándose Enfermedad Trofoblástica del alto riesgo. Se inicia Radioterapia 10 sesiones a 30 Gy a cráneo, posteriormente se inicia con Cisplatino y Etoposido. Con Marcadores de control, Hormona Gonadotrofina coriónica Humana de 3134mU/mL, por lo que se agrega a tratamiento Bleomicina en forma paliativa.

Discusión y Conclusión: Los estudios indican que del 40% al 50% de los coriocarcinomas surgen de una mola hidatidiforme previa y del 25% al 30% provienen de abortos previos o embarazos ectópicos, mientras que el 20% sigue un embarazo normal. Ocasionalmente, el tumor primario desaparece, como sucedió en nuestro paciente, pero el paciente puede morir de enfermedad metastásica. La afectación de la mano representa aproximadamente el 0.1% de todas las lesiones metastásicas y ocurre predominantemente en los metacarpianos y las falanges, especialmente en la falange terminal como ocurrió en la paciente que describimos su caso con afección a falange. La incidencia de afectación cutánea por metástasis se estima entre 1% y 4%. Por lo general, la presencia de una lesión metastásica en la mano o la piel conlleva un pronóstico ominoso, con una mediana de supervivencia de unos pocos meses.

Palabras clave: metástasis, coriocarcinoma.

Folio: 0009

Tema: Reumatología

Trasplante autólogo de células hematopoyéticas en pacientes con esclerosis sistémica refractaria. Reporte de caso

Delgado Selene Maribel, Ramos Azucena, Grajeda Daniel Octavio, Gómez Juan Pablo, Cabrales Humberto Amadeo
Centro Médico Nacional del Noreste. UMAE 25

Introducción: La alteración en la autorregulación del sistema inmune conlleva a enfermedades como la Esclerosis Sistémica. Recientemente el Trasplante Autólogo de Células Hematopoyéticas representa una nueva terapia en caso de refractariedad, teniendo como base la creación de un nuevo sistema inmune auto tolerante. Se realiza reporte de caso clínico: Masculino de 26 años sin antecedentes relevantes. Inicia su padecimiento en 2005 con lesiones hipocrómicas que progresan a eritematosas en miembro superior izquierdo y tórax, enviado a dermatología quienes toman biopsia y concluyen esclerodermia. Es enviado a reumatología iniciando tratamiento con D penicilamina sin respuesta, cambiando a metotrexato después ciclofosfamida oral, ciclosporina colchicina sin respuesta. En 2008 se inició ciclofosfamida IV recibiendo 6 dosis y 2 de Rituximab sin embargo la enfermedad progresa a engrosamiento cutáneo extenso generalizado a hemicuerpo izquierdo que imposibilita los arcos de movilidad de hombro codo y muñeca; el paciente perdió seguimiento por dos años, a su regreso los cambios cutáneos en mano lo llevaron a pérdida de la función de prensión con aparición de úlceras tróficas con afección a extremidad y hemicara derecha además lesión en golpe de sable en cráneo. A pesar de la rápida progresión cutánea el paciente

no presenta manifestaciones sistémicas. Debido a la refractariedad presentada se realiza trasplante autólogo de células hematopoyéticas siendo realizado el 24/3/11 posteriormente se da tratamiento con D penicilamina el cual fue suspendido hace 3 años al momento sin nuevas lesiones dermatológicas o extra dermatológicas desde hace 5 años conclusión: La esclerosis sistémica cuenta con altas tasas de morbimortalidad en nuestro medio En la última década estudios muestran buenos resultados a la terapia con trasplante autólogo de células hematopoyéticas en refractariedad como es el caso de nuestro paciente, Al día de hoy continua siendo un amplio campo de investigación.

Palabras clave: esclerosis, sistémica, trasplante, refractario, células, hematopoyéticas.

Folio: 0011

Tema: Hematología

Hemofilia adquirida en un paciente con psoriasis. Reporte de un caso

Pacchiano Lillana, García María Cintya, Tapia Nadia Guadalupe
Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos ISSSTE

Se trata de paciente masculino de 58 años de edad quien cuenta con antecedente de psoriasis no especificada de 10 años de evolución en manejo con etanercept y metotrexate a dosis no especificada. Inicia su padecimiento actual en junio

de 2018 con dolor en región axilar derecha, intensidad 9/10, irradiado a miembro torácico ipsilateral, exacerbado con movimiento, asociado a aumento de volumen que mejora con el uso de diclofenaco. Dos días después se agregan evacuaciones melénicas, con presencia superficial de hematoma en región abdominal, motivo por el cual acude al servicio de urgencias, a su ingreso con Hb 5 g/dl, se realiza usg axilar con reporte de trombosis venosa axilar derecha, motivo por el cual se refiere a servicio de Medicina Interna, a su ingreso a la exploración física con mácula confluyente violácea-azulada en muslo derecho, abdomen y brazo derecho, no hay megalias a la palpación, no dolor ni datos de irritación peritoneal. extremidades inferiores con edema +, hematoma en tercio proximal y medio muslo derecho. Laboratorios: plaquetas 164 000, TP 11.7, INR 1.01, TPT 102.7, se solicitan pruebas de coagulación especiales donde se demuestra que el TPT no corrige con incubación con plasma normal a 37 grados por dos horas, por lo que se solicita medición de inhibidor que resulta en 220 UB/ml con lo que se hace diagnóstico de hemofilia adquirida. Se inicia sustitución con Factor VII activado, prednisona y rituximab sin embargo el paciente no responde y fallece.

Palabras clave: hemofilia, adquirida, inhibidores, psoriasis, autoinmune, hematoma.

Folio: 0012

Tema: Infectología

Lumbalgia por brucelosis

Cervantes Ricardo Guadalupe, Osua Paul, Figueroa Martin Luis
Instituto Mexicano del Seguro Social

Masculino de 21 años, originario de San Diego California, residente de Hermosillo, Sonora, estudiante de enfermería, soltero, católico. Al interrogatorio negó cronicodegenerativos, quirúrgicos, toxicomanías, tatuajes, transfusiones o parejas de riesgo. Su padecimiento de un mes de evolución, caracterizado por la presencia de astenia, adinamia, acompañado de cefalea holocraneana, intensidad 6/10 que cedía al uso de analgésicos durante una semana. Se agrega lumbago en reposo, el cual mejoraba con el movimiento y uso de AINE, sin embargo el dolor fue incrementando hasta limitar la deambulacion, motivo por el cual acudió al servicio de urgencias. Fue ingresado a hospitalización a cargo de neurocirugía con diagnóstico de lumbalgia con ciática derecha. Sus estudios iniciales con Hemoglobina 14.3 g/dL, Hematocrito: 42.4 %, VCM: 86.3 fl, HCM: 29.2 pg, Leucocitos: 6.2 x 10³ /μL, Plaquetas 251 x 10³ /μL, Glucosa: 91 mg/dL, Urea: 30.0 mg/dL, Creatinina: 0.7 mg/dL, Ácido úrico 6.6 mg/dL, Calcio: 9.2 mg/dL, Fósforo: 3.8 mg/dL, Cloro: 101 mmol/L, Potasio: 4.3 mmol/L,



Sodio: 134 mmol/L, Magnesio: 2.1 mg/dLm, Bilirrubina total 0.7 mg/dL, Proteínas totales: 7.4 g/dL, Albúmina: 3.6 g/dL, Globulinas: 3.8 mg/dL, ALT 250 UI/L, TP: 14 seg TTP: 25 seg, panel viral negativo. En piso de neurocirugía se solicitó Rdiografía AP y lateral de columna lumbar solo reportando discreta escoliosis a la derecha con discartrosis L3-L4, fue manejado con infiltración de metilprednisolona intrarticular y fue egresado. Tras su egreso presentó fiebre cuantificada en 39.5°C, de predominio vespertino, comentando también alteraciones visuales en ojo derecho (caracterizadas por visión borrosa y ojo rojo), motivo de reingreso a hospitalización. Se solicitó RMN de columna lumbar y HLAB27, siendo derivado posterior a reumatología. Los resultados de HLAB27 fueron positivos, y reumatología catalogó el cuadro como espondiloartropatía, solicitó RMN de sacroiliacas y se inició manejo a base de metotrexate, sulfasalazina, deflazacort, ácido fólico, celecoxib, paracetamol + tramadol, con leve mejoría del dolor lumbar, sin embargo, persistió febril, motivo por el que fue valorado por Infectología. La RMN de sacroiliaca concluyó no haber evidencia de sacroiliitis visible por tal método, articulaciones sacroiliacas de morfología, aspecto y situación normal, RMN Columna Lumbar : sin alteración en los cuerpos vertebrales, no

se observan trazos de fractura o lesiones óseas, no hay datos de discopatías, herniaciones o protrusiones discales, Canal dural normal. En infectología se solicitaron estudios para descartar tuberculosis y brucelosis ya que son enfermedades que pueden simular espondiloartropatías. Los estudios para tuberculosis (PPD) fue negativo. El resultado de rosa de Bengala fue positivo, por lo que se tomaron muestras para pruebas confirmatorias con 2-ME y SAT y se inició manejo con doxiciclina y rifampicina. Los resultados de las pruebas confirmatorias resultaron positivos con títulos altos (SAT 1:640, 2 ME 1:320), llegando al diagnóstico final de Brucelosis sacroiliaca con afección ocular, dando manejo a base de doxiciclina y rifampicina, presentando mejoría clínica y resolución del cuadro. **Palabras clave:** lumbalgia, brucelosis, HLAB27.

Folio: 0013

Tema: Infectología

Síndrome de reconstitución inmune asociado a sarcoma de Kaposi: una entidad poco frecuente y de alta mortalidad.

Reporte de caso

Espinosa Jaime Eugenio¹, Aguirre Gloria Mayela², Ramírez María Teresa¹, González Adriana¹, Figueroa Gabriel¹

¹ Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González Universidad Autónoma de Nuevo León; ² Hospital Christus Muguerza Universidad de Monterrey

Masculino de 24 años de edad con diagnóstico de VIH, en noviembre del 2017, y carga viral de 212,665 copias/ml con cuenta total de linfocitos CD4 de 180/μl y que presenta 4 lesiones violáceas de 2 x 2 cm, asimétricas, no pruriginosas, no evanescentes y con relieve en región facial y 3 en tórax anterior de similares características permaneciendo sin tratamiento hasta marzo del 2018 cuando se inicia terapia antirretroviral a base de tenofovir/emtricitabina + efavirenz. A los 5 días de iniciado el tratamiento, refirió la aparición de lesiones violáceas, asimétricas, no pruriginosas, no evanescentes con relieve en región temporal derecha y posterior de la cabeza, paladar blando, región facial derecha e izquierda extendidas desde región mandibular hasta arco cigomático, así como un aumento en el número de lesiones, de iguales características a las descritas anteriormente, en región torácica anterior y posterior de forma bilateral. Posteriormente, presentó edema en miembro inferior izquierdo de inicio distal, no doloroso y ascendente hasta región genital por lo que acude a consulta de dermatología donde se realiza biopsia de lesión reportando Sarcoma de Kaposi. La radiografía de tórax demostró derrame pleural bilateral y nódulos pulmonares bilaterales por lo que se realizó toracocentesis, obteniendo 1500 cc de líquido sanguinolento con características de

exudado por criterios de Light. Se decide realizar tomografía de tórax para estadificación de la neoplasia la cual reportó derrame pleural bilateral, nódulos pulmonares y lesiones hipodensas de bordes definidos, irregulares en hígado y bazo sin presentar hepatoesplenomegalia. Se realiza estadiaje de la enfermedad diagnosticando Sarcoma de Kaposi T1 I1 S0. En base al número de lesiones cutáneas, involucro visceral de la enfermedad y la aparición del síndrome de reconstitución inmune se decide iniciar quimioterapia sistémica a base de doxorubicina plegilada 20 mg/m² hasta mejor respuesta.

Palabras clave: VIH, sarcoma, kaposi, reconstitucion, inmune, doxorubicina.

Folio: 0014

Tema: Infectología

Remisión terapéutica de neumonía adquirida en la comunidad por *Rothia mucilaginosa* en adulto con fibrosis pulmonar idiopática

Secchi Nikos Christo¹, Peña Miguel¹, Ramírez Antonio², Vichido Abraham²

¹ Hospital General de Minatitlán Sesver; ² Universidad Veracruzana

Rothia mucilaginosa es una especie bacteriana parte de la flora normal de la orofaringe y del tracto respiratorio superior. Es un coco Gram-positivo aeróbico o anaeróbico facultativo no formador de esporas,

y es considerado un patógeno oportunista ante estados de inmunosupresión. Al momento, la significancia de *Rothia* en diferentes síndromes clínicos no es clara debido a la gran dificultad de cultivo y alta posibilidad de contaminación de la muestra. Los principales factores de riesgo asociados a enfermedad sistémica son malignidad hematológica y neutropenia. Presentamos el caso de un adulto no-neutropénico, sin malignidad hematológica, con fibrosis pulmonar idiopática complicada con neumonía por *Rothia*. Masculino de 50 años, con diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática, que ingresa a nuestra institución por agravamiento de disnea, tos productiva, y disminución de peso. A la exploración física destaca SpO₂ 85% a medio ambiente, con franca insuficiencia respiratoria con uso de músculos accesorios. Los exámenes de laboratorio revelaron leucocitosis de 25,700 células/μL con neutrófilos 21,320 células/μL. Se solicita radiografía de tórax demostrando únicamente patrón reticular, y TAC de tórax evidenciando patrón usual de neumonía intersticial con anormalidad reticular y patrón en panal de abejas de predominancia basal y subpleural. Se realiza cultivo de esputo evidenciando *Rothia*. Por alto índice de sospecha de contaminación de muestra se realiza broncoscopia flexible diagnóstica eviden-

ciando de nuevo *Rothia* con >10,00000 unidades formadoras de colonias. Se realiza hemocultivo y urocultivo los cuales no demuestran criterios de enfermedad. Prueba de VIH negativa. Se inicia tratamiento empírico con levofloxacino 500 mg vía intravenoso cada 24 horas, añadido a tratamiento para neumopatía intersticial, demostrando mejoría inmediata. La infección por *Rothia* ocurre comúnmente en pacientes con estados de inmunosupresión y comorbilidades significativas, principalmente malignidad hematológica con neutropenia severa, manifestándose frecuentemente como bacteremia. El manejo utilizado de acuerdo a la literatura es a base de vancomicina, cefalosporinas de tercera generación, o rifampicina. A pesar de esto, el tratamiento antimicrobiano para la infección por *Rothia* aún no esta definido. De acuerdo a nuestra búsqueda bibliográfica, nuestra experiencia con *Rothia* representa de los primeros casos de infección del tracto respiratorio inferior en México y en el mundo. Recomendamos ampliamente el uso de broncoscopia flexible para un diagnóstico de calidad debido al alto índice de contaminación de muestra reportado. Creemos que el mecanismo fisiopatológico por el cual ocurrió la infección por *Rothia* se basa ampliamente en la neumopatía intersticial subyacente y la susceptibilidad presente por



el uso de esteroides. Nuestro régimen antibiótico a base de fluoroquinolonas demostró una remisión exitosa de la infección. Concluimos que *Rothia* es un patógeno oportunista que debe encontrarse dentro de nuestro diagnóstico diferencial, especialmente en pacientes con estados de inmunosupresión como malignidad hematológica, trasplantes de células hematopoyéticas y VIH, con o sin evidencia de neutropenia. Se requiere de mayor investigación en el patógeno para poder delimitar un tratamiento antimicrobiano definitivo y poder evaluar los pronósticos en cuanto a las diferentes características demográficas y clínicas. **Palabras clave:** *Rothia*, neumonía, neumopatía intersticial, inmunosupresión, broncoscopia, fluoroquinolonas.

Folio: 0015

Tema: Gastroenterología

Asociación de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) en pacientes con neurofibromatosis tipo I (NF 1)

Gutiérrez María Teresa, Martínez Yazmín, Andrade Berenice, Banderas Diana, Ortega Norma
Instituto Mexicano del Seguro Social

Caso clínico: Masculino de 58 años, con diagnóstico de Neurofibromatosis tipo I. Inició 7 días previos a su ingreso, con evacuaciones melánicas en 4 ocasiones (Vol. aprox. 1000 mL), astenia, adinamia, náusea

y vómito en posos de café de aprox. 500 cc. A su ingreso al HGR-1 del IMSS con taquicardia, palidez de tegumentos y mucosas, múltiples lesiones en dorso y extremidades. Hemoglobina (Hb) inicial de 10.2 g/dL. Se realizó panendoscopia observando anillo de Schatzki, hernia hiatal tipo 1 y gastropatía crónica antral, inició tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP), sin embargo, presentó hemorragia digestiva y descenso de Hb a 5.5 g/dL requirió transfusión de 7 concentrados eritrocitarios y 1 plasma fresco congelado (PFC). Tras estabilización se realizó enteroscopia. Se realizó TAC toracoabdominal. Posteriormente con nueva hemorragia, que ameritó resección intestinal. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria y está pendiente el inicio de quimioterapia. **Introducción:** La neurofibromatosis tipo 1 se presenta como una mutación autosómica dominante en el gen NF1, presentando un síndrome caracterizado por manchas café con leche, neurofibromas y en algunos casos tumores gastrointestinales. La prevalencia de NF1 es de 1:4-5000 con penetrancia completa y con expresión variable en su amplia presentación clínica. La prevalencia reportada en la literatura de GIST como causa de hemorragia digestiva en sujetos con NF1 es variable. **Objetivo.** Mostrar la asociación de GIST en pacientes con NF1. **Conclusión:** Los GISTs son sarcomas de

tejidos blandos que se originan de las células intersticiales de Cajal; se asocian a la mutación en el oncogen c-kit (CD 117) en 80-85% de los casos, tienen una prevalencia de un 3.9 a 25% en NF 1. Los GIST ocurren en estómago en un 70% y en intestino delgado de 10-20%. Tratamiento: se evaluará sin ser candidato a inhibidores de la tirosina quinasa.

Palabras clave: GIST, NF 1, STDA, oncogen c-kit, ITK.

Folio: 0016

Tema: Hematología

Leucemia granulocítica crónica con transformación blástica hacia una leucemia mieloide aguda mielomonocítica

Luna Rocio¹, García Claudia¹, Antonio Iván²

¹ Hospital Juárez de México;
² Hospital General de México

Paciente masculino de 45 años con antecedente de leucemia granulocítica crónica diagnosticada en diciembre del 2017, en tratamiento con Imatinib 400mg cada 24 hrs, el cual comenzó a tomar hace 1 mes, ya que no contaba con el recurso económico para conseguirlo, actualmente cuenta con apoyo de una institución. Inicia padecimiento actual 1 semana previa a su ingreso aproximadamente con astenia adinamia, acompañado de presencia de intolerancia a la vía oral caracterizado por náusea y vómito, además de dolor abdominal, localizado en cuadrante supe-

rior e inferior izquierdo, motivo por el cual acude al servicio de urgencias, refiere desde aproximadamente 1 mes picos febriles de predominio vespertino, que cedían parcialmente con la ingesta de antipiréticos, niega sintomatología respiratoria o urinaria. Se toman laboratorios con frotis de sangre periférica en urgencias, con presencia de 24 blastos. Es valorado por el servicio de hematología los cuales decide ingreso a cargo de su servicio para inicio de protocolo de estudio por una leucemia granulocítica crónica en fase blástica. A su ingreso con laboratorios Leu 87 000 Neu 45 500 Linf 4400 Hb5.3 hto16.2 Plaquetas 20 000, por lo cual se inicia apoyo transfusional y medidas de protección de lisis tumoral. Paciente con picos febriles con Procalcitonina inicial de 90 por lo que se decide inicio de esquema antibiotico con meropenem, se toman hemocultivos, con mejoría en picos febriles. Con Procalcitonina de control de 3.18. El día 20 de julio se realiza aspirado de medula ósea, con toma de PCR para translocaciones y FISH. Con aspirado de medula osea con 45% de blastos, con reporte de leucemia mieloide aguda M4 secundaria a leucemia granulocítica crónica. Se recaba PCR con translocación positiva t(9:22)(q34;q11)BCR-ABL1. Se recaba FISH con translocación 9:22 (BCR/ABL) en el 77% de las células. Se da receta para

Dasatinib, sin embargo familiares sin contar con recurso económico para conseguirlo. Se decide dar citoreducción con citarabina 100mg cada 24 horas dos dosis. Se continua con Imatinib, se aumenta dosis a 600 mg cada 24 horas. Paciente el cual inicia con picos febriles, con disnea súbita, con saturaciones por oximetría de 70%, se cambia apoyo por mascarilla reservorio sin mejoría, por lo que se decide manejo con ventilación mecánica no invasiva. Con evolución tórpida, se plantea manejo avanzado de la vía aérea a los familiares y paciente quienes no aceptan, se firma consentimiento de no intubación. Se decide dejar apoyo con puntas de alto flujo, por mala tolerancia a ventilación no invasiva. Se toma placa de torax de control, con aumento de radioopacidades heterogeneas bilaterales, se inicia esquema antibiótico con vancomicina. Con evolución tórpida, paciente que fallece con diagnósticos de síndrome de insuficiencia respiratoria aguda secundario a sepsis de origen pulmonar.

Palabras clave: leucemia granulocítica crónica, Hematología.

Folio: 0018

Tema: Hematología

Síndrome hemolítico urémico mediado por complemento

Gomez Eliezer Tomas, Cruz Ana Victoria, Casillas Francisco
Hospital de Especialidades No.25 Centro Médico Nacional Noreste IMSS

Introducción: El síndrome hemolítico urémico es una forma de microangiopatía trombótica afectando principalmente al riñón se caracteriza por la tríada trombocitopenia anemia hemolítica y lesión renal aguda En aproximadamente un 10% de los casos se produce como consecuencia de una desregulación de la vía alternativa del complemento por causas genéticas o adquiridas El diagnostico puede realizarse con muestra fecal cultivo bacteriano C3 C4 actividad plasmática de ADAMTS13 El tratamiento deberá incluir Eculizumab y/o plasmaféresis. **Caso clínico:** Masculino 28 años sin antecedentes de importancia dos meses previos con presencia de dolor abdominal sordo intermitente no exacerbantes ni atenuantes acompañado de náusea y vómito intensidad 6/10 acudiendo en múltiples ocasiones con manejo sintomático con mejoría parcial un mes posterior continua con dolor abdominal de características previas intensidad 8/10 malestar general acudiendo a urgencias donde se solicitaron paraclínicos detectando hiperazoemia pre renal anemia y trombocitopenia con criterios de HD aguda DNR diarrea fiebre desorientación exploración física palidez generalizada abdomen peristalsis disminuida distendido timpánico doloroso edema miembros inferiores dos cruces Paraclínicos hb 8 plt 29000 neu 2700 linfocitos 1600 creatinina 16 urea 162



bun 76 p 6.3 k 5.2 DHL 621 haptoglobina 169 retis 10% Coombs directo negativo BT 4.1 BD 0.7 BI 3.4 tgo 71 tgp 50 albumina 2.5 VSG 14 PCR 46.33 FR 15 C3 40 C4 4 fib 595 TP 16 INR 1.2 TTP 30 Dímero D 250 FSP presencia de esquistocitos USG renal sin cambios crónicos panel viral negativo panel inmunológico negativo ADAMTS13 ac IgG 29.1 positivo actividad a13 74% toxina Shiga en heces positiva PLASMIC 2 tac toracoabdominal simple y contrastada normal Tratado inicial con pulsos de esteroides hemodiálisis así como recambio plasmático terapéutico Cursando con mejoría clínica sin ameritar posteriormente hemodiálisis se protocolizo para eculizumab conclusión: Las causas de microangiopatía trombótica pueden ser de diversas etiologías en niños la principal causa es por SHU secundario a proceso infeccioso al contrario de la edad adulta donde la causa más frecuente es la Purpura Trombocitopénica trombótica la cual se caracteriza por la Pentada de Moschowitz En este caso el paciente no cumplía con los criterios clínicos para una PTT al no haber referido fiebre ni síntomas neurológicos buscándose otras causas hematológicas y reumáticas que explicaran el proceso abrupto de la lesión renal aguda y trombocitopenia sin embargo se encontró unos datos importantes que permito diferenciar ambos cuadros

ADAMTS13 y la positividad de la toxina Shiga en heces concluyendo que los grupos de edad nos orientan hacia el diagnóstico de patologías sin ser completamente determinante

Palabras clave: eculizumab, microangiopatía, anemia, trombocitopenia, plasmaferesis, ADAMTS13.

Folio: 0019

Tema: Reumatología

Presentación atípica de lupus eritematoso sistémico en hombre joven con síndrome nefrótico

Cabrales Humberto Amadeo, Delgado Selene Maribel

Hospital de Especialidades Número 25 Centro Médico Nacional Noreste IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad inflamatoria crónica de causa desconocida que puede afectar prácticamente a todos los órganos Afecta a mujeres casi en 90% de todos los casos la incidencia en varones varia de 4% a 22%, el patrón más común de presentación clínica es una mezcla de quejas constitucionales con afectación cutánea Musculoesqueletico hematológica leve y serológica Sin embargo algunos pacientes tienen predominantemente manifestaciones hematológicas renales o del sistema nervioso central La afectación renal es clínicamente evidente en aproximadamente el 50 por ciento de los pacientes con

LES y es una causa importante de morbilidad y mortalidad La presentación clínica de la nefritis lúpica es muy variable desde hematuria asintomática proteinuria hasta síndrome nefrótico y glomerulonefritis rápidamente progresiva con pérdida de la función renal. **Caso clínico:** Masculino de 42 años con antecedentes de alcoholismo durante 22 años y uso de cocaína y drogas intravenosas, con hipertensión diagnosticada hace 9 años en tratamiento con amlodipino 5mg cada 24 horas Inicia su padecimiento en abril del 2017 con pérdida de peso de hasta 30 kg en semanas edema de miembros inferiores fue valorado por médico el menciona presentar función renal del 60% y se diagnostica con enfermedad renal crónica siendo tratado con eritropoyetina y diuréticos En enero 2018 comienza con fiebre disnea por lo que se hospitaliza se realiza radiografía de tórax en el cual se evidencia proceso neumónico y derrame pleural derecho se inicia antibiótico y se realiza toracentesis evacuadora siendo necesaria en 3 ocasiones durante su estadía En marzo 2018 presenta aumento de edema en miembros inferiores y deterioro de la función renal Posteriormente con 2 ingresos hospitalarios por derrame pleural el cual requirió sonda endopleural y pleurostomía en mayo 2018 y realización de biopsia pleural por derrame pleural de repetición se reportó

con proceso inflamatorio crónico inespecífico. Se egresa con diagnóstico de derrame pleural recidivante secundario a síndrome nefrótico. De marzo en adelante el paciente presenta con deterioro rápido de la función renal por lo que es enviado a consulta de nefrología en junio 2018 donde se evidencia consumo de complemento niveles elevados de azoados y clínicamente como síndrome urémico por lo que es ingresado para tratamiento renal sustitutivo y diálisis en agudo. Se sospecha de glomerulonefritis rápidamente progresiva por probable infección de virus hepatitis se realiza perfil viral el cual es positivo para virus hepatitis C pruebas inmunológicas con presencia de anticuerpo antinuclear positivo patrón homogéneo. Ac anti DNA doble cadena positivo anti RO positivo. Se diagnostica como Lupus eritematoso sistémico y se realiza biopsia renal se inicia tratamiento con pulsos de Paciente con mejoría posterior a sesiones de hemodiálisis sin embargo con requerimientos de 3 hemodiálisis a la semana. Se decide su egreso. Se inicia tratamiento con ácido micofenólico y cloroquina. En el resultado de la biopsia renal se reporta glomerulonefritis de semilunas IGA IGM y c4 positivos los túbulos presentan atrofia en el 50% del componente Intersticio con infiltrado mononuclear y fibrosis en el 40% del componente.

Conclusión: Paciente presen-

to serositis fiebre pérdida de peso y síndrome nefrótico con deterioro rápido de la función renal comportándose como una glomerulonefritis rápidamente progresiva la cual por antecedentes se pensaba que fuera de origen infeccioso con VHC positivo sin embargo el perfil inmunológico con anticuerpos específicos para lupus eritematoso sistémico positivo siendo una presentación atípica de LES siendo hombre y presentar nefritis lupica. En la biopsia renal se evidencio fibroso en túbulos y semilunas fibrocelulares se inicia tratamiento con ácido micofenólico y cloroquina sin lograr recuperar función renal actualmente paciente en diálisis peritoneal por enfermedad renal crónica.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, síndrome nefrótico, glomerulonefritis, derrame pleural, anticuerpo antinuclear, biopsia renal.

Folio: 0020

Tema: Hematología

Linfoma de Burkitt en un paciente adulto sin inmunocompromiso

Díaz Juan Daniel, Fuentes Abel, Chávez Enrique, Morales Ana Lilia

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México

Antecedentes: El linfoma de Burkitt es una neoplasia de linfocitos B de alto grado. Representa menos del 1% de

los linfomas no Hodgkin del adulto. Suele ser más frecuente en niños e inmunosuprimidos. Los reportes en pacientes mayores de 65 años son sólo anecdóticos. **Objetivo:** Exponer y describir un caso de linfoma de Burkitt, infrecuente en un paciente mayor sin inmunocompromiso, con su respectivo abordaje y mala evolución que suele acompañar. **Exposición del caso:** Masculino de 65 años sin antecedentes hereditarios de importancia y sin antecedentes crónico degenerativos. Cuadro clínico caracterizado por aumento de volumen en región mandibular derecha que se acompañó de astenia, adinamia, pérdida de peso de 15 kilos en 3 meses y diaforesis nocturna. A su ingreso a la unidad de urgencias presentó signos vitales dentro de los parámetros normales, a la exploración física el paciente se encontró caquético y con tumor en región submandibular de aproximadamente 8 cm, redondeada, adherida a planos profundos, no dolorosa y pétreo, así como aumento de volumen del perímetro abdominal en donde se identificó tumor palpable en epigastrio e hipocondrio derecho, de consistencia pétreo, con percusión mate durante la exploración y no doloroso. Se solicitaron laboratorios, dentro de los cuáles destacaron: hemoglobina 11.1 g/dl, hematocrito 34.5%, Volumen corpuscular medio 79.3 fL, hemoglobina



corpúscular media 25.5 pg, Deshidrogenasa láctica 1501 U/L y Proteína C Reactiva 22.6. Se realizó tomografía de cuello con presencia de adenopatías bilaterales a nivel cervical y tomografía contrastada de abdomen y tórax observándose una masa lobulada de gran dimensión que ocasionó desplazamiento de estructuras adyacentes y abundante cantidad de líquido libre en cavidad abdominopélvica. Se realizó biopsia incisional de ganglio linfático que presentó sustitución de su arquitectura por neoplasia maligna de estirpe linfoide (CD45+) caracterizada por presentar células medianas con escaso citoplasma y núcleo con cromatina dispersa con nucléolos rechazados a la periferia, CD20+, BCL-2-, CD10+, presentando un alto índice mitótico (Ki67+ > 90%) con abundantes macrófagos y cuerpos teñibles, con diagnóstico anatomopatológico de Linfoma de Burkitt. El paciente presentó durante su hospitalización respiración agónica con descenso abrupto de la frecuencia cardíaca, donde familiares solicitaron libre evolución, falleciendo minutos después. **Conclusión:** El linfoma de Burkitt es una neoplasia que afecta generalmente a niños y adolescentes, en los adultos suele ser relacionado con el VIH, siendo infrecuente en personas sin inmunocompromiso. Representando menos del 1% de los linfomas no Hodgkin del

adulto. Es considerado de alto grado de malignidad por su rápida capacidad de replicación, en los casos de detección tardía la sobrevida es muy corta. El interés de este caso radica en la baja prevalencia del Linfoma de Burkitt en el adulto y aún más sin presentar alguna inmunosupresión y comentar sobre la mala evolución que suele acompañar a los pacientes adultos mayores.

Palabras clave: linfoma de Burkitt, linfoma no Hodgkin, paciente inmunocompetente, metástasis, caquexia, síndrome consuntivo.

Folio: 0021

Tema: Gastroenterología

Asociación de fibrosis y esteatosis hepática en pacientes con hepatitis crónica por virus C determinados por elastografía transitoria y medición del parámetro de atenuación controlada

Guerrero Cynthia Fernanda, Ramírez Lizeth Carolina, Galindo Martha Alicia, Cimé Erik Antonio, Del Real Carlos Manuel, Rizo María Teresa

Instituto Mexicano del Seguro Social

Antecedentes: La esteatosis hepática es frecuente en pacientes con hepatitis crónica C (HCVC), por factores genéticos, ambientales, virales y comorbilidades del huésped. Se ha considerado a la esteatosis hepática como un cofactor de progresión a fibrosis en este grupo. Mediante el-

astografía transitoria (FibroScan) y medición del parámetro de atenuación controlada (CAP) se puede estimar la presencia de esteatosis y fibrosis. **Objetivo:** Reportar la asociación de esteatosis y fibrosis en pacientes con HCVC determinadas por FibroScan y CAP así como describir los factores metabólicos asociados. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico. Se incluyeron pacientes con HCVC a los que se les realizó FibroScan, midiendo CAP con punto de corte de 268 dB/m para determinar la presencia de esteatosis y 12 kPa para fibrosis significativa (F3-F4), de igual forma se determinaron variables como tomándose en cuenta variables como edad, dislipidemia, diabetes mellitus (DM) y obesidad. Se determinó la asociación entre las variables independientes y la presencia de fibrosis a través de prueba de Chi cuadrada y prueba exacta de Fisher. **Resultados:** Se incluyeron 73 pacientes, 51 mujeres y 22 hombres, edad promedio 57 años. El 70% contaba con genotipo 1, 12.8% con genotipo 2 y 2.85% con genotipo 3. Con respecto al tratamiento, el 58.3% fueron no respondedores a PegInterferón/Ribavirina, 15.2% contaron con respuesta virológica sostenida al mismo tratamiento y el 13.8% no contaba con tratamiento previo. Del total de pacientes, 45.3% tenía esteatosis, 32.8% fibrosis significativa (F3-F4),

8.2% DM, 19.2% dislipidemia y 32.9% obesidad. Del grupo con fibrosis significativa, 50% presentaron esteatosis, de este conjunto, 43% presentó obesidad, 6.2% dislipidemia y ninguno DM. No se encontró asociación estadísticamente significativa de los parámetros evaluados con la presencia de fibrosis. **Conclusiones:** En este estudio, 50% de pacientes con F3-F4 presentaron esteatosis por CAP, sin asociación estadísticamente significativa con el grado de fibrosis. Dado que la mayoría de las pacientes de este grupo tienen replicación viral y serán tratados, no se debe restar importancia a la alta frecuencia de esteatosis y obesidad en los pacientes con fibrosis, por lo que sugerimos implementar estrategias de reducción de peso y control metabólico así como dar seguimiento a éstos pacientes posterior a la terapia antiviral.

Palabras clave: hepatitis crónica, fibrosis hepática, esteatosis hepática, elastografía transitoria, parámetro de atenuación controlada.

Folio: 0022

Tema: Hematología

Linfoma plasmablastico con coinfección por virus de Epstein Barr y herpes virus humano 8

Díaz Juan Daniel¹, Venzor Juan Pablo², Hopf Karen¹, Díaz Karla Valeria¹

¹ Servicio de Medicina Interna;

² Servicio de Neurología

Hospital General Dr. Manuel

Gea González, Ciudad de México

Antecedentes: El linfoma plasmablastico es una neoplasia agresiva poco frecuente. La mayoría de los casos tienen relación con el virus Epstein-Barr. Presenta un claro predominio por el sexo masculino, y típicamente se asocia a estados de inmunodeficiencia, sobre todo al VIH. En estos pacientes, la media de edad de presentación es de 50 años y la cavidad oral suele ser la más afectada. Se presenta un caso interesante de un paciente con infección por VIH con compromiso a sistema nervioso central (SNC), con coinfección por Virus de Epstein Barr y Herpes Virus Humano 8.

Objetivo: Exponer y describir un caso de infrecuente de linfoma de plasmablastico con compromiso a SNC con su respectivo abordaje y evolución del paciente. **Exposición del caso:** Masculino de 34 años de edad con antecedente de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, en tratamiento con Efavirenz/Emtricitabina/Tenofovir (600/200/300 mg por día) con cuadro clínico de 5 meses de evolución caracterizado por cefalea parietal derecha en EVA 8/10, tipo punzante, con irradiación a región frontal ipsilateral y occipital, acompañándose de déficit auditivo, así como visión borrosa, pérdida de peso involuntaria de 10 kilogramos en los últimos 5 meses, astenia y adinamia, con poste-

rior aparición de tumoración a nivel de cráneo. A su ingreso a la unidad de urgencias se encontró con signos vitales dentro de los parámetros normales, con laboratorios que integraban una hipercalcemia (Ca²⁺ 15.2 mg/dL) y una Deshidrogenasa láctica (DHL) de 1992 UI/L. A la exploración física se observó, consciente, orientado, con tumoración en región temporo-parietal-occipital de 20x20cm, pétreo, no móvil, fija a planos profundos, cavidad oral sin presencia de lesiones, adenopatía cervical derecha de 2x2 cm en región IV y V del lado derecho. Dentro de los estudios de imagen se realizaron, resonancia magnética nuclear con evidencia de tumor extra-axial en región frontoparietotemporo-occipital derecha que infiltraba estructuras adyacentes, que condicionó una herniación subfalcina y carcinomatosis leptomeníngea. PET-CT con Fluorodesoxiglucosa con evidencia de actividad tumoral hipermetabólica a nivel de lesión extraaxial descrita, antro maxilar derecho y adenopatías cervicales. Se decidió realizar biopsia de tumor parietotemporooccipital, compatible con Linfoma plasmablastico con coinfección por virus de Epstein barr y Herpes virus humano 8. Inmunohistoquímica, Positivo: CD138, EBER-ISH, HHV8 y Ki67(90%), Kappa ++, lambda +, Negativo: CD20, EMA, CD30 y PAX5 y positivo CD3 en linfocitos T reactivos. En biopsia de



hueso, se reportó sin evidencia de infiltración neoplásica. Con CD138 positivo en 3% de células plasmáticas. El paciente fue tratado con fluidoterapia y ácido zolendrónico para control de hipercalcemia, se propuso inicio de tratamiento con radioterapia (RT), con dosis de 30Gy/15Fx, posterior a 5 sesiones de RT, se encontró con mejoría en los niveles de calcio (8.52mg/dL) se egresó del hospital para completar sesiones de RT de manera ambulatoria. Se decidió inicio de esquema de quimioterapia con DA-EPOCH alternado con DA MTX, aplicándose tres ciclos con mejoría de su sintomatología. **Conclusión:** El linfoma plasmablastico (LPB) es un desafío diagnóstico, con un tratamiento agresivo y un mal pronóstico. Este debe hacerse en relación con los hallazgos clínicos (datos de inmunodeficiencia, relación con VIH y virus de Epstein-Barr) y el inmunofenotipo. El riesgo relativo de desarrollar este tipo de linfoma en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) positivos es de 80 a 110 veces mayor que en la población general. Es un tumor altamente agresivo con pobre respuesta a la quimioterapia y con una supervivencia media muy baja. El 90% son linfomas B y la mitad contienen el virus de Epstein-Barr. Este caso presentado es un linfoma plasmablastico en un paciente VIH-positivo y de presentación clínica poco habitual.

Palabras clave: linfoma plasmablastico, infección por VIH, virus herpes humano 8, virus esptein barr, neoplasia maligna, síndrome consuntivo.

Folio: 0023

Tema: Reumatología

Trombosis del seno venoso superior como presentación de síndrome de sobreposición entre artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico (rhupus)

Santoyo Jesus Alberto, Diaz Rodolfo

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La coexistencia de dos o más enfermedades del tejido conectivo en un paciente es poco frecuente, particularmente la coexistencia de lupus eritematoso sistémico (LES) y artritis reumatoide (AR), enfermedad denominada rhupus, descrita por primera vez en 1969 por Kantor. Existen menos de 150 casos publicados en la bibliografía, con prevalencia de alrededor de 0.09%. Debido a esta baja prevalencia de la enfermedad, los criterios diagnósticos aún no están claramente establecidos, dejando a muchos pacientes subdiagnosticados; sin embargo, de acuerdo con los últimos estudios, el diagnóstico se realiza con base en las características clínicas de artritis reumatoide y de lupus eritematoso sistémico además de la presencia de autoanticuerpos con alta especificidad (anticuerpos antipeptido citruli-

nados, anticuerpos anti-DNA o anti-SM). Estos pacientes se presentan con características de AR, desarrollando posteriormente características de LES; pocos lo hacen en forma simultánea y menos aún con LES como manifestación inicial. **Objetivos:** A partir de un caso clínico compartir nuestra experiencia en la identificación de las características clínicas y estudios complementarios que nos permitieran llegar al diagnóstico de rhupus. **Caso clínico:** Mujer de 31 años de edad, con antecedente familiar de presencia de trombosis en múltiples familiares de primer grado, antecedente personal de trombosis venosa de miembro inferior derecho hace 4 años e inicio hace 3 años de artralgiyas y artritis de pequeñas articulaciones (manos y pies). Inicia con parestesias en hemi-cuerpo derecho, disminución de la fuerza y dificultad para la prensión ipsilateral, a las 24 horas se agrega somnolencia excesiva, hemiparesia derecha, incapacidad para la deambulacion, indiferencia al medio y disartria por lo que fue llevada a urgencias donde realizaron intubación endotraqueal por deterioro neurológico y toma de tomografía craneal contrastada donde se aprecian datos sugestivos de trombosis de seno venoso, corroborando diagnóstico por medio de angio-resonancia en la que se evidencia trombosis del seno venoso superior. Auxiliares

diagnósticos: VSG: 36mm/h
Anticoagulante lúpico 1.32
proteína S: 10% proteína C:
79.2% antitrombina III: 76%
complemento C3: 104mg/dl
complemento C4: 15.7 Beta II
glicoproteína IgG: 3.68 SGU
beta II glucoproteína IgM: 7.75
SMU Anticardiolipina IgG: 27.2
anticardiolipina IgM: 5.7 Proteína
C reactiva: 254 mg/l factor
reumatoide: 24 Panca positivo
+++ C- anca negativo Anti-
cuerpos antinucleares positivo
1:640 patrón de fluorescencia
homogéneo Anticuerpos anti-
péptido citrulinado: 164.166
UI Proteínas orina de 24horas:
0.19gr/día Anticuerpos anti
DNA positivo + anticuerpos anti
Smith 5.03 U Anticuerpos anti
RNP 7.597 U anticuerpos anti
SSA 96.625 U Anticuerpos anti
SSB 6.8 UI Mutación FV Leiden
= normal Polimorfismo de pro-
trombina en 20210 = normal
Mutación MTHFR A1298C
= normal Mutación MTHFR
C677T = normal. *Exploración
física:* Paciente consciente,
orientada en tiempo, persona y
espacio, con adecuado estado
de hidratación y coloración
mucotegumentaria, no caída de
cabello a la tracción ni zonas
de alopecia, cavidad oral sin
presencia de úlceras orales,
no úlceras nasales, campos
pulmonares con murmullo
vesicular bilateral, sin crépi-
tos, área cardíaca rítmica, sin
soplos, abdomen asinológico
extremidades hipotróficas, con
limitación de la extensión de
ambos codos, manos con pre-

sencia de desviación cubital,
con datos de sinovitis en articu-
laciones metacarpofalángicas e
interfalángicas proximales, con
deformidad en cuello de cisne
reductible, encuadramiento de
carpos e hipotrófica de interó-
seos. Con presencia de pie varo
sin datos de inflamación articular.
No fenómeno de raynaud.

Conclusión: Los hallazgos de
sinovitis crónica, con eleva-
ción de PRC >200 y anti CCP,
además de presencia de anti
DNA+ y anti DNA doble cadena
positivos nos permitió hacer el
diagnostico final de rhusus.

Palabras clave: lupus, artritis
reumatoide, trombosis seno
venoso, rhusus.

Folio: 0024

Tema: Neurología

**Síndrome de plaquetas pegajo-
sas: una causa poco conocida
de trombofilia**

*Díaz Juan Daniel¹, Venzor Juan
Pablo¹, Zapata Andrés Felipe¹,
Sierra Estefanía¹, Flores Fernando
Daniel²*

¹ Hospital General Dr. Manuel
Gea González, Secretaría de
Salud, Ciudad de México;

² Instituto Nacional de Ciencias
Médicas y Nutrición Salvador
Zubirán

Antecedentes: El síndrome de
las plaquetas pegajosas (SPP) es
un trastorno plaquetario autosó-
mico dominante considerado
como una de las causas más
frecuentes de eventos trom-
bóticos, tanto arteriales como
venosos. Este síndrome supone

trastornos en la agregación de
las plaquetas caracterizados
por su incremento anormal. El
mecanismo patogénico no se
conoce; su existencia puede
determinarse con las pruebas de
agregación y adhesión plaque-
tarias. Tampoco se conoce su
prevalencia, pero hay datos que
sugieren que es frecuente. Algu-
nos investigadores plantean que
es responsable del 23 % de las
trombosis arteriales inexplicables
y del 14 % de las venosas, en
las que no es posible identificar
una causa. **Objetivo:**
Exponer y describir un caso de
síndrome de plaquetas pegajo-
sas con su respectivo abordaje
diagnóstico y evolución del
paciente. **Exposición del caso:**
Se trata de paciente femenino
de 35 años edad quien se pre-
senta al servicio de Urgencias
por presentar de forma aguda y
progresiva en 24 horas hemipar-
resia en extremidades escapular
y pélvica derecha, parestesias
en igual hemicuerpo y disartria,
sin otras alteraciones a la explo-
ración dirigida. Se solicitaron
laboratorios sin reportar altera-
ciones y Tomografía Simple de
Cráneo que reportó lesiones
hipodensas a nivel frontal, in-
sular y de núcleos de la base
izquierda correspondientes a
infarto del territorio de arteria
cerebral posterior izquierda.
Se indicó manejo con medidas
generales y tratamiento médico
antiisquémico. Se realizó elec-
trocardiograma con reporte de
datos compatibles con corazón
estructural y funcionalmente



normal, FEVI: 57%. Ultrasonografía Doppler Carotídeo: Estudio dentro de parámetros normales con grosor intimal conservado, sin evidencia de placas arteromatosas. Perfil trombogénico reumatológico (IgM e IgG anticardiolipina, Anticuerpos Antinucleares, AntiSSA, AntiSSB y anticoagulante lúpico) con resultado negativo. Ante la ausencia de una razón a su fenómeno trombotico, se solicitó posteriormente batería de pruebas de coagulopatías, dentro de las cuales se encontraron valores normales de Proteínas C y Proteína S Antitrombina y Fibrinógeno, al igual que valores normales para factores de coagulación (FII, V, VIII, IX, X, XI, XII y FvW), Activador Tisular del Plasminógeno y su inhibidor dentro de parámetros normales, con Homocisteína plasmática en ayuno normal. No se encontraron mutaciones para la Protrombina, FV de Leiden o MTHFR. Dímero D: negativo, ni alteraciones en el complejo Trombina/Antitrombina. Se reportó hiperactividad plaquetaria positiva tipo 3 con agregometría plaquetaria inducida con ácido araquidónico de 0% (control 89%) y agregometría plaquetaria inducida con ADP: 22% (control 94%). Reporte de Hiperactividad plaquetaria tipo 3 con efecto antiplaquetario completo del ácido acetil salicílico y pérdida del efecto antiplaquetario del clopidogrel. **Conclusión:** Los diagnósticos diferenciales de un

EVC de tipo Isquémico requieren de un abordaje dirigido en ocasiones hacia los trastornos de la coagulación, en este caso se observó un fenómeno trombotico causado por el SPP en una mujer joven sin presencia de factores de riesgo convencionales cardiovasculares o factores de riesgo relacionados con patología neurovascular. El SPP se debe sospechar en sujetos que, a pesar de estar bajo anticoagulación oral, presentan recurrencias de eventos tromboticos, por lo que es indispensable investigar esta condición en todos los pacientes jóvenes que muestren datos clínicos de trombosis, de tal manera es importante efectuar estudios de agregometría plaquetaria en todo paciente con eventos tromboticos primarios sin causa aparente para descartar la presencia de SPP, así como realizar estudio familiar. **Palabras clave:** síndrome de plaquetas pegajosas, trombofilia primaria, trombosis arteriales, trombosis venosas., autosómico dominante, adhesión plaquetaria.

Folio: 0025

Tema: Nefrología

Anticuerpos anti-receptor tipo M de fosfolipasa A2 en el diagnóstico de la glomerulonefritis membranosa primaria

Díaz Juan Daniel ¹, Díaz Karla Valeria ¹, Niño José Antonio ², Correa José Ricardo ²

¹ Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de

México; ² Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México

Introducción: La nefropatía membranosa idiopática (NMI) es una de las principales causas de síndrome nefrótico en población adulta. Aproximadamente entre 20 y 40% de los pacientes que la padecen requieren terapia sustitutiva en un periodo de 10 a 15 años. Recientemente se ha informado que los anticuerpos contra el receptor Tipo M de fosfolipasa A2 (APLA2R), son responsables de entre 69 y 82% de los casos con NMI en diferentes partes del mundo. Hasta este momento el diagnóstico y seguimiento clínico de la NMI requiere la realización de una biopsia renal y mediciones de proteinuria. **Objetivos:** Determinar la frecuencia y rendimiento diagnóstico de los APLA2R en sujetos con NMI para diferenciarlo de otras nefropatías, nefropatías membranosas consideradas secundarias por histopatología y en pacientes sanos de nuestra población. Determinar la asociación de los APLA2R con la proteinuria en 24 horas. **Material y métodos:** Estudio de prueba diagnóstica en una cohorte de 106 pacientes que continuaban en seguimiento en la consulta externa (CE) de nefrología, en el periodo comprendido de 1º de Enero de 2009 a 31 de enero de 2017. Se tomaron y analizaron muestras

de suero de pacientes con diagnóstico histológico de NMI con proteinuria mayor y menor a 1 gr en 24 horas y otras enfermedades glomerulares diferentes a NMI como nefritis lúpica, nefropatía diabética, enfermedades glomerulares primarias y donadores renales (sujetos sanos) con medición de APLA2R por ELISA (EUROIMMUN) concomitante a la medición de proteinuria en orina de 24 horas. **Resultados:** En 22 de 106 pacientes se encontró una concentración de APLA2R > 9 RU/mL y todos estos casos tuvieron NMI (21 NMI activa, Proteinuria > 1 gr en 24 horas y 1 NMI inactiva, Proteinuria < 1 gr en 24 horas). La prevalencia de seropositividad en los casos con NMI activa fue del 78% (21/27). Las concentraciones de APLA2R tuvieron una correlación positiva con la proteinuria en orina de 24 horas ($r=0.68$) y colesterol sérico ($r=0.42$) y negativa con la albúmina sérica ($r= -0.34$). Todas estas correlaciones fueron estadísticamente significativas con una $p < 0.001$. El área bajo la curva ROC (AB-ROC) de APLA2R fue de 0.87 (95%, CI: 78-0.96). Al comparar a los sujetos con NMI activa versus otros sujetos con enfermedades glomerulares, con un punto de corte de 9 RU/mL, la sensibilidad fue del 78% y la especificidad del 99%. **Conclusiones:** Los APLA2R tiene una adecuada utilidad diagnóstica para diagnosticar NMI en la población seleccionada;

especialmente en sujetos con proteinuria mayor de 1gr/día, con una sensibilidad del 78% con especificidad del 99%. Los APLA2R son útiles para el diagnóstico de nefropatía membranosa idiopática, sobre todo cuando existe proteinuria mayor a 1gr en 24 horas. Los APLA2R medidos por ELISA con títulos mayores a 9 RU/ml excluyen otras enfermedades glomerulares y son altamente específicos para el diagnóstico de NMI, lo cual pudiera evitar la realización de una biopsia renal.

Palabras clave: nefropatía membranosa, APLA2R, biopsia renal, proteinuria, ELISA, síndrome nefrótico.

Folio: 0026

Tema: Reumatología

Mielosupresión por metotrexato en artritis reumatoide

Cabrales Humberto Amadeo, Delgado Selene Maribel
Centro Médico del Noreste
Hospital de Alta Especialidad
Número 25 IMSS

Introducción: El metotrexato es un antagonista del ácido fólico el cual reduce los niveles de tetrahidrofolato en las células por inhibición de las enzimas dihidrofolato reductasa y timidilato sintetasa. Tales enzimas son indispensables en la síntesis del ácido desoxirribonucleico y del ácido ribonucleico. La monitorización es una práctica clínica habitual para identificar pacientes de riesgo ajustar dosis

de ácido fólico y establecer otras medidas correctoras ha logrado reducir la incidencia de efectos adversos graves así como del número de muertes debidas a altas concentraciones de La prevalencia de toxicidad hematológica es aproximadamente del 3% en pacientes con artritis reumatoide tratados con metotrexato. La incidencia de pancitopenia cuya patogenia es poco clara aún es de 1.4%. Los principales efectos adversos son mielosupresión, pancitopenia, agranulocitosis, cambios inflamatorios, necrosis en las mucosas, lesión hepática, fibrosis pulmonar, renal, vasculitis y lesiones cutáneas. La severidad de estos síntomas hacen obligatoria la consideración del potencial catastrófico del uso de dosis supratrapéuticas incluso a corto plazo. Los casos de severidad toxicológica asociados a muerte han sido aquéllos donde se presentan mielosupresión severa y procesos infecciosos concomitantes. El folinato cálcico es recomendado como terapia de rescate cuando se usa MTX en altas dosis y existen datos de intoxicación. **Cuadro clínico:** Femenino de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial 1 año en tratamiento con enalapril, artritis reumatoide 20 años, diagnóstico en tratamiento con metotrexato y ácido fólico se suspende a principios de abril metotrexato para realizar hemorroidectomía y siendo iniciado nuevamente



el 1 mayo 2018 a dosis de 20 mg a la semana con molestias en paladar blando al consumir alimentos posteriormente con hiporexia astenia adinamia dolor articular generalizado otalgia izquierda con aparente salida de material purulento por lo que se inició tratamiento con amoxicilina/ ácido clavulánico 5 días previos a su ingreso con exacerbación de síntomas, con incapacidad para deambular debido a dolor articular intolerancia a sólidos debido a ardor y dolor en mucosa oral con aparición de lesiones hiperpigmentadas violáceas papulares, pruriginosas en extremidades superiores en tórax a nivel submamario izquierdo distribución lineal, así como en abdomen extremidades inferiores en región genital muslos anal posteriormente con rotura de pápulas quedando zonas erosivas dolorosas con edema de miembros inferiores refieren febrículas de 37.6 grados Debido a encontrarse en mal estado general y no mejoría sintomática es hospitalizada en sus laboratorios cursa con neutropenia absoluta anemia y trombocitopenia severa por lo que requiere apoyo transfusional, aplicación de estimulante de colonias de granulocitos así como inicio de ácido folínico Presenta mejoría de las lesiones en piel y mucosas, sin embargo continuo con mielosupresión iniciando 7 días posteriores a su ingreso con fiebre hipotensión e insuficiencia respiratoria

aguda por lo que se decide su intubación orotraqueal y apoyo con ventilación mecánica 24 horas posteriores a intubación la paciente fallece. **Conclusión:** La intoxicación por metotrexato es una entidad rara con una baja incidencia, siendo la mielosupresión una de los efectos adversos más temidos. En este caso en particular la paciente presentó intoxicación a la reinserción del metotrexato posteriormente presentado sintomatología en aproximadamente 3 semanas con lesiones cutáneas y mucosas propias de la intoxicación. A pesar de comenzar tratamiento con ácido folínico y apoyo transfusional así como estimulador de las colonias de granulocitos la paciente no tuvo recuperación de la médula ósea, presentado fiebre y neutropenia coque hipovolémico y falla respiratoria con resultado fatal.

Palabras clave: mielosupresión, metotrexato, artritis reumatoide, ácido folínico, neutropenia, intoxicación.

Folio: 0027

Tema: Reumatología

Presentación de dermatomiositis con anticuerpos negativos con prueba terapéutica positiva

Cabrales Humberto Amadeo, Delgado Selene Maribel
Centro Médico del Noreste Hospital Alta Especialidad Número 25 IMSS

Introducción: La dermatomiositis y la polimiositis son

miopatías inflamatorias idiopáticas que se caracterizan por la debilidad del músculo esquelético proximal e inflamación muscular La incidencia se ha estimado en 2 por 100.000 anualmente Hay un predominio femenino a masculino de aproximadamente dos a uno La incidencia máxima ocurre los 40 y 50 años Las manifestaciones cutáneas a menudo preceden o acompañan a la debilidad La distribución de la debilidad es característicamente simétrica y proximal Los músculos afectados suelen incluir los deltoides y los flexores de la cadera Varias erupciones cutáneas características son las pápulas de Gottron y la erupción de En la mayoría de los pacientes se producen elevaciones de la creatina quinasa sérica la lactato deshidrogenasa la aldolasa y las aminotransferasas Los niveles de enzimas musculares son útiles para hacer el diagnóstico y seguir la actividad de la enfermedad Los autoanticuerpos se encuentran en la mayoría de los pacientes Entre los autoanticuerpos específicos de la miositis los anticuerpos contra la transferencia de aminoácido del ácido ribonucleico sintetasas particularmente los anti-Jo-1 Los autoanticuerpos específicos adicionales incluyen otros anticuerpos antisintetasa anticuerpos de partículas de reconocimiento de señal anticuerpos anti-Mi-2 y otros. **Caso clínico:** Femenino de 45 años

con antecedentes de diabetes mellitus diagnosticado enero 2018, cáncer cervicouterino en 2002 realizando histerectomía no recibió quimioterapia comenzó su padecimiento en marzo 2018 con fiebre sin cuantificar de predominio vespertino diaforesis, manchas eritematosas pruriginosas no descamativas en frente nariz cuello y antebrazos acompañado de debilidad en brazos y piernas, dificultad para subir escaleras, ponerse de pie, peinarse lavarse el cabello En mayo del 2018 comienza con disfagia a sólidos y dislalia por lo que es hospitalizada recibiendo 3 pulsos de metilprednisolona valorado por dermatología quien describe eritema heliotropo en frente y mejillas con eritema intenso en cuello en V así como placas de eritema algunas con escama en nudillos y hemorragias en astilla en cutícula, se realiza biopsia de musculo la cual se reporta negativa para proceso inflamatorios se egresa con prednisona, azatioprina y metotrexate 15 días posteriores a su egreso con empeoramiento de sintomatología con imposibilidad para deambular ni estar de pie por lo que es enviada valoración a consulta de reumatología donde se evidencia presencia de aumento de enzimas musculares por lo que sospecha de dermatomiositis y se hospitaliza Se inicia tratamiento con inmunoglobulina así como pulsos de esteroide con esto la paciente se refiere

con mejoría de la debilidad en sus control de laboratorios con descenso de enzimas musculares se solicitan perfil de anticuerpos reumatológicos Al quinto día de su ingreso se inicia con biológico anti CD20 (Rituximab) Paciente con mejoría de la debilidad de la fuerza distal y de la deambulación. Los anticuerpos ANAS Anti Jo 1 Anti DNA anti mitocondriales anti Smith Paciente se egresa con diagnóstico de dermatomiositis y se continúa con inmunomoduladores con buena respuesta a tratamiento. **Conclusión:** Paciente la cual debuto con lesiones eritematosas heliotropas en frente nariz cuello y extremidades la cual posteriormente presenta debilidad distal que a pesar de terapia inmunosupresora fue empeorando hasta comenzar con disfagia e incapacidad para deambular Debido a las lesiones cutáneas junto con la debilidad distal empeoramiento de la sintomatología y aumento de enzimas musculares se sospechó de dermatomiositis y se decide inicio de tratamiento con inmunoglobulinas y Rituximab con mejoría de la sintomatología Sin embargo con los anticuerpos negativos a pesa de presentar anticuerpos negativos y que en la unidad no se cuentan con todos los anticuerpos para dermatomiositis por la clínica de la paciente así como la mejoría con el tratamiento se diagnostica con dermatomiositis.

Palabras clave: dermatomiositis, debilidad muscular, heliotropo, enzimas cardíacas, eritema, miopatía.

Folio: 0028

Tema: Hematología

Enfermedad de Wegener en paciente masculino de 59 años

Torres Belem, Mendoza Marino, Tiempo Fabiola Guadalupe, Ramírez Raul, Arana Julio Cesar ISSSTE

La granulomatosis de Wegener es una vasculitis sistémica, necrosante y granulomatosa que afecta el tracto respiratorio superior e inferior y el riñón; es la vasculitis anticuerpos anticito plasma del neutrófilo (ANCA) positiva más frecuente. El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas, la biopsia de los órganos afectados y la presencia de ANCA en el suero. Los criterios de clasificación según el Colegio Americano de Reumatología son inflamación oral o nasal, alteraciones en la radiografía de tórax (nódulos, infiltrado pulmonar fijo, cavitaciones), anomalías urinarias (hematuria), biopsia con infiltrado granulomatoso. Las manifestaciones clínicas de la granulomatosis de Wegener son diversas; no obstante, la tríada clásica es la afección del tracto respiratorio superior e inferior, así como del riñón. Las manifestaciones del pulmón y del riñón al momento del diagnóstico nos indican una forma generalizada de la enfermedad



y se asocian a un peor pronóstico. Los síntomas de presentación más frecuentes son los del tracto respiratorio superior en más de 90% de los casos. Pueden aparecer como manifestación inicial sin afección del riñón y la granulomatosis de Wegener se considera limitada y tiene mejor pronóstico. La afección pulmonar se manifiesta por nódulos asintomáticos, infiltrado pulmonar y hemoptisis, cuya frecuencia es de 5 a 45%. La afección renal es un distintivo de la granulomatosis de Wegener; la glomerulonefritis pauci inmune se presenta en más de 75% de los casos; la insuficiencia renal grave al inicio de la GW se observa de 11 a 17%. **Objetivo:** Identificar las manifestaciones clínicas en pacientes con enfermedad de Wegener, analizar los criterios diagnósticos y las opciones terapéuticas en pacientes que presentan falla renal al momento del diagnóstico para poder ofrecer un tratamiento eficaz. **Exposición del caso:** Se trata de paciente masculino de 58 años de edad con antecedente de sinusitis crónica; inicia su padecimiento actual hace 15 días con; adinamia, hiporexia, tos con expectoración blanquecina diseminada no cianozante, fiebre de 38 sin predominio de horario, disnea de grandes esfuerzos progresiva, pérdida 4kg en 1 mes, acudió con médico quien administró tratamiento antibiótico no especificado durante 5 días sin mejoría, con

persistencia de los picos febriles por lo cual acude al servicio de urgencias donde se detecta Hb 7mg/dl se trasfunde un CE, con elevación de azoados con Cr 4.34 Urea 141 BUN:70, A la EF: Facies anémica, nariz en silla de montar, estertores en hemitórax izquierdo lesiones purpúricas en ambas extremidades inferiores. Tomografía de tórax con granuloma basal izquierdo, biopsia por servicio de cirugía de tórax con reporte de neumonía granulomatosa, anticuerpos ANCA positivos por lo cual se concluyó diagnóstico de granulomatosis de Wegener, valorado por servicio de reumatología y nefrología, se inició manejo con ciclofosfamida con buenos resultados.

Conclusiones: La granulomatosis de Wegener se define como una vasculitis ANCA positiva, granulomatosa, necrosante con afección al tracto respiratorio y riñón. Para el diagnóstico es necesario evaluar; las manifestaciones clínicas, estudios topográficos, los ANCA-c y la biopsia. Para el tratamiento es necesaria una fase de inducción a la remisión con ciclofosfamida más glucocorticoides, y una fase de mantenimiento con otros inmunosupresores como azatioprina, metotrexate, micofenolato de mofetilo, leflunomida. La terapia biológica con etanercept no ha sido de utilidad y el rituximab es una terapia prometedora.

Palabras clave: vasculitis, granulomatosis de Wegener, ANCA

C, renal, respiratorio, inmunosupresores.

Folio: 0030

Tema: Nefrología

Glomerulonefritis postrasplante: estudio de cohorte comparativo

Díaz Juan Daniel¹, Cano José², Morales Luis², Rosado Rodrigo²
¹ Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México; ² Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La glomerulonefritis postrasplante (GMNPTR) es considerada la tercera causa de pérdida de injerto. Existe evidencia en la literatura que esta entidad se asocia a peores desenlaces cuando se compara con el resto de la población trasplantada, sin embargo, está poco explorado si dicho riesgo se mantiene a pesar de compararla con una de riesgo inmunológico similar. **Objetivos:** Describir la incidencia de GMNPTR y frecuencia de diagnósticos histológicos. **Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva de receptores de trasplante renal (TR) del INCMNSZ del año 2004 al 2016 con seguimiento activo y con diagnóstico de GMNPTR comprobada por biopsia. Se realizó un análisis comparativo de desenlaces con controles pareados 1:1 por: género, edad ± 3 años, haplotipos compartidos y año de TR ± 3 años. Para el análisis de variables depen-

dientes de tiempo se utilizó de Kaplan-Meier y para comparación de la función del injerto se utilizó U de Mann-Whitney.

Resultados: En el periodo de estudio se realizaron 632 TR, se encontró 54 casos de GMNPTR para una incidencia de 8.5%. De estos 44 (81.5%) corresponden a nefropatías primarias, siendo las más frecuentes el patrón mesangioproliferativo (n=14, 25.9%), nefropatía por IgA (n=10, 18.5%), glomerulosclerosis focal y segmentaria (n=7, 12.9% se reportaron 10 casos de GMNPTR secundarias, de las cuales las más frecuentes fueron: nefropatía diabética y nefritis lúpica, en 9.3% y 7.4% respectivamente. Del total de casos 4 (7.4%) corresponden a Recurrencia verdadera, 4 (7.4%) a Enfermedad de novo y 46 (85%) a Glomerulonefritis en injerto con enfermedad primaria desconocida. La mediana de tiempo para el diagnóstico de GMNPTR fue de 10 meses (RIC 3 – 14), la TFGe por CKD-EPI fue de 67.4 (± 21.2) ml/min/1.73m² y la proteinuria de 231 mg/24 hrs (RIC 100-600 mg/día). Se seleccionaron 54 controles con los criterios de pareamiento previamente descritos: la edad al momento del TR fue de 38.6 (±12) años, género femenino en 57.4% y la mediana de tiempo en diálisis de 45 meses (RIC 35-61), similar entre ambos grupos. Los Haplotipos compartidos con el donante fueron: 0 (n=33, 61%), 1 (n=13, 24%), 2 (n=8, 15%) y

0 (n=32, 59%), 1 (n=14, 26%), 2 (n=8, 15%) para los casos y controles respectivamente, p=NS. El trasplante renal de donante fallecido fue 41% para ambos grupos; la mediana de seguimiento para los casos fue de 43 meses (RIC 24 – 90) y en los controles 53.5 (RIC 33-85) p=0.5. Se observó una incidencia global de rechazo de 31.8 % a una mediana de 140 meses (IC95% 28-252), log-rank p= 0.27, llamó la atención que la mediana de tiempo para la aparición de rechazo celular mostró una tendencia a ser mayor en los casos de GMNPTR (168 vs 123 meses), log-rank p=0.08; la incidencia global de pérdida de injerto fue de 7.5% a una mediana de seguimiento de 149 meses (IC95% 130.5-168.3) log-rank p=0.91. Finalmente al comparar las TFGe por CKD-EPI en el último seguimiento no se observó diferencia (TFGe 64.6 ± 26 vs 60.9 ± 27 ml/min/1.73m² p= 0.4). En análisis de subgrupos se encontró que aquellos sujetos controles con rechazo presentaron una TFGe menor comparada con controles sin rechazo y con los casos de GMNPTR p= 0.02. **Conclusiones:** En el presente estudio encontramos que la incidencia de GMNPTR es similar a la reportada en otras cohortes, las más frecuente fueron las primarias y aquellas de patrón mesangioproliferativo; Después de ajustar para factores de riesgo inmunológico, la GMNPTR

no afecto la sobrevida comparada con una población de riesgo inmunológico homogéneo. Por el contrario y como es bien sabido, la presencia de rechazo se asoció a menor función del injerto. El mantenimiento con triple terapia pudiera modular la gravedad de la GMNPTR y por ello vemos diagnósticos histológicos de poco impacto clínico.

Palabras clave: glomerulonefritis, postrasplante renal, biopsia renal, mesangioproliferativa, halotipos, nefropatía por IgA

Folio: 0033

Tema: Gastroenterología
Esofagitis eosinofílica, una entidad poco común pero de gran relevancia clínica

Rivera Cesar¹, González Jocelyn Raquel¹, Duran Cristina², Barra Dania Pamela¹, Quiroz José Carlos¹

¹ Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez; ² Hospital Juárez de México

Paciente masculino de 32 años el cual cuenta con el antecedente de rinitis alérgica diagnosticada por facultativo a los 6 años de edad, en tratamiento con antihistamínicos de forma irregular. Inicia su padecimiento actual hace 6 meses con presencia de pirosis de predominio postprandial, disfagia intermitente a sólidos, disnea de medianos esfuerzos, hiporexia, así como pérdida de peso, motivo por el cual acude a nuestra unidad Hospitalaria, a



su llegada se encuentra paciente con TA: 120 / 80 mmHg, FC: 80 latidos por minuto, FV: de 22 respiraciones por minuto, T: 36.5°C, So₂ al medio ambiente al 90%, con facie disneica, ligera palidez de tegumentos, se inicia oxígeno suplementario a 3 litros por minuto y se toma Biometría hemática con reporte anemia de patrón normocítico e importante eosinofilia. Química sanguínea, Pruebas de funcionamiento hepática y Electrolitos séricos ; sin alteraciones. Radiografía de tórax; con presencia de radiolucidez de predominio basal y horizontalización de arcos costales, por lo que se realiza Espirometría la cual no es compatible con proceso restrictivo ni obstructivo. Se realiza Endoscopia en donde se observó esófago con formación de anillos, y membranas, decidiendo toma de 5 biopsias, las cuales se reportan por el servicio de patología como: "mucosa esofágica que muestra importante acantosis, con infiltración densa de eosinófilos, mas de 20 células por campo, con microscopio de alto poder y zonas que conforman microabscesos, con impresión diagnóstica de Esofagitis Eosinofílica, se inician medidas higiénico - dietéticas y tratamiento farmacológico con esteroide, teniendo una adecuada evolución clínica, decidiendo su egreso de nuestro servicio con envió a la consulta externa de Gastroenterología.

Palabras clave: disfagia, pirosis, esofagitis, eosinofílica, hiporexia, alergia.

Folio: 0034

Tema: Nefrología

Cambios en el patrón del ultrafiltrado en pacientes con peritonitis en diálisis peritoneal ambulatoria

Rivera Cesar, González Jocelyn Raquel, Mercado Victor Armando, Monera Fernando, Reyes Tamara

Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

Se realizó la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los cambios en el patrón de ultrafiltrado de los pacientes con peritonitis en diálisis peritoneal ambulatoria? Fue un estudio: Observacional, del área clínica, con un Diseño descriptivo, transversal y retrospectivo, con un muestreo determinístico intencional y un universo finito. La población se conformo de paciente que pertenecían al programa de diálisis peritoneal ambulatoria del Hospital de Especialidades de la CDMX Dr. Belisario Domínguez. Los criterios de inclusión; Expedientes de pacientes > de 16 años, pacientes con Dx de peritonitis asociada a diálisis peritoneal ambulatoria del 15/05/2017 al 15/04/2018, pacientes con cultivo positivo para peritonitis del 15/05/2017 al 15/04/2018. Los criterios de exclusión: Pacientes que tengan 3 eventos de peritonitis,

pacientes sin registro de capacitación para ingreso al programa, pacientes con hoja incompleta de seguimiento, pacientes sin reporte de laboratorios del 15/05/2017 al 15/04/2018. **Material y métodos:** Se recolectaron los datos de los expedientes clínicos y de la base de datos de la plataforma Sharesource del programa de diálisis peritoneal ambulatoria, el paciente se identificó con sus iniciales, se analizaron los cambios registrados en el patrón de ultrafiltrado de la plataforma 15 días antes, durante y 15 días después al evento infeccioso. Las variables fueron: Ultrafiltrado (UF) y albumina, para el análisis de variables cualitativas se estimaran frecuencias absolutas y relativas (% para las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central y de dispersión. La muestra fue de 39 pacientes, se dividieron en 3 grupos; 1ro comprendió a 1 paciente (2.5%), en el que no se afectó la UF. 2do comprendió a 5 pacientes (12.5%) en los cuales no hubo relación a la baja o la alta del UF. 3ro comprendió 33 pacientes (85%) en el que se observó una caída del UF de los cuales se analizó el UF 15 días previos al diagnóstico de peritonitis bacteriana, encontrando los siguientes resultados: La disminución del UF con respecto a su basal; 2 pacientes (6%), < 10% del UFP, 4 pacientes (12%), < 40% del UFP, 5 pacientes (15%), < 30% del UFP, 6 pa-

cientes (18%), < 20% del UFP, 7 pacientes (21%), < 60% del UFP y 9 pacientes (27%), < 50% del UFP. La caída del UF el día del diagnóstico se observó una disminución con respecto al basal; 1 paciente (6%), del 10% del UFP, 3 pacientes (18%), del 20% del UFP, 20 pacientes (60%), del 30% al 60% del UFP, 3 pacientes (18%), del 70% del UFP, 2 pacientes (6%) del 80% del UFP, 1 paciente (3%) del 90% del UFP, 3 pacientes (9%) de más del 100% del UFP. Por lo que de acuerdo al análisis estadístico con una disminución igual o mayor al 30% (P: < 0.05) de acuerdo a las lecturas reportadas en la plataforma Sharesource más la clínica compatible es sugestiva de un proceso infeccioso a nivel peritoneal. Posterior al diagnóstico, se inició tratamiento antibiótico empírico y posteriormente se ajustó a antibiograma del cultivo, se siguió un monitoreo del UFP 15 días posteriores, se clasificaron de acuerdo al % de recuperación del UFP, obteniendo los siguientes resultados; (n=33). 1 paciente (3%) recuperó 40% del UFP basal, 1 paciente (3%) recuperó 50% del UFP, 1 paciente (3%) recuperó 60% del UFP, 2 pacientes (6%), recuperaron 70% del UFP, 5 pacientes (15.15%) recuperaron 80% del UFP, 9 pacientes (27.27%) recuperaron 90% de su UFP y 14 pacientes (42.42%) recuperaron el 100% del UF. Con respecto a los niveles de albumina, se

encontró una caída mayor del 60% del UFP en un 62%. (n=29) con niveles de albumina de 2 gr/dl a 2.99 gr/dl, siendo un factor de riesgo estas cifras de albumina para la caída del UFP. De acuerdo a estos resultados se puede citar a los pacientes que presenten una < 30% del UFP con niveles de albumina de 2g/dl a 2.9gr/dl y clínica compatible para toma de citología y citoquímico, para poder hacer un diagnóstico y tratamiento oportuno y así evitar complicaciones tales como la pérdida de la cavidad peritoneal que influye en la calidad de vida en estos tipos de pacientes o incluso la mortalidad.

Palabras clave: peritonitis, bacteriana, ultrafiltrado, diálisis, ambulatoria, patron.

Folio: 0035

Tema: Oncología

Feocromocitoma: reto diagnóstico

Solís Rubén, Rivera Emmanuel
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Los feocromocitomas, son tumores del sistema nervioso simpático, se originan a partir de la médula suprarrenal, secretan tanto adrenalina como noradrenalina. Son tumores poco comunes, engañosos y letales, esto último, cuando no se diagnostican y se tratan de manera correcta. Presentamos el caso, masculino de 68 años de edad, originario de Texas, residente de San Luis Potosí,

empresario, casado, toxicomanías negadas. Diabético de 8 años de evolución tratado con metformina, hipertenso de 28 años de evolución sin manejo. Inicia el padecimiento un año previo a consulta, con dificultad respiratoria, diaforesis e hipoglucemia en dos ocasiones, acude con neumólogo, quien solicita tomografía de tórax y abdomen, observando imagen hipodensa en región suprarrenal derecha, de 7 a 8 cm., se solicitaron metanefrinas en suero y orina, resultando negativas. Se procede a toma de biopsia y resección quirúrgica, previa administración de bloqueadores alfa; obteniendo un tumor de 8 cm, compatible con feocromocitoma por histología. Estos tumores constituyen una causa inusual de hipertensión, diagnosticándose un 0.3% de los pacientes. Cada año se diagnostican dos a tres casos nuevos por millón de habitantes. Provocan "paroxismos" espontáneos o desencadenados por ejercicio, tensión emocional, presentándose hipertensión, cefalea, diaforesis, palpitaciones, ansiedad. La prueba más sensible para feocromocitoma secretor es la concentración plasmática de metanefrina libre fraccionada, alterada en pacientes con apnea del sueño, uso de IMAO, entre otros fármacos. La resonancia magnética permite evaluar metástasis. El tratamiento es quirúrgico, control de presión arterial y bloqueo alfa adrenér-



gico y beta adrenérgico previo al procedimiento. Tumores mayores a 7 cm presentan mayor riesgo de metástasis, empeorando el pronóstico. Realizar el diagnóstico de feocromocitoma es complicado por lo poco específico de los síntomas y los diagnósticos diferenciales, (tirotoxicosis, hipertensión primaria, miocarditis, glomerulonefritis y psiconeurosis). Como internistas, pensar este tumor permite un tratamiento oportuno, disminuyendo complicaciones y mejorando el pronóstico significativamente.

Palabras clave: feocromocitoma, diagnóstico.

Folio: 0036

Tema: Hematología

Púrpura trombótica trombocitopénica por deficiencia adquirida de ADAMTS 13

Solís Rubén, Quiñones Aileve, Pérez Óscar de Jesús
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Las microangiopatías trombóticas se presentan con anemia hemolítica microangiopática no inmune y trombocitopenia, siendo la púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) una de las entidades características. La PTT, enfermedad rara, con mortalidad del 90% sin tratamiento, que actualmente está vinculada a la ausencia de ADAMTS 13. Se trata de femenino de 42 años de edad originario de Rio Verde, SLP; residente California, casa-da, carga genética para diabetes

mellitus tipo 2, hipertensión y artritis reumatoide. Hipertensa de un año de diagnóstico, sin tratamiento, histerectomía hace 15 años, sospecha de cáncer cervicouterino. Inicia con epigastralgia intensa, que irradiaba a hipocondrio derecho, náuseas, vómito, mareo y lipotimia, sin mejoría por lo que acude a clínica, realizan ultrasonido abdominal, reporta colecistitis crónica litiásica. Es enviada a nuestra institución. Refiere artralgias matutinas con duración de 1 hora, disnea de medianos esfuerzos, ortopnea, a la exploración física consciente, orientada, muy pálida en piel y tegumentos, sin adenomegalias, sin síndrome pleuropulmonar, precordio, solo taquicardia. Abdomen no doloroso, sin visceromegalias, peristalsis normal. Paraclínicos con anemia normocrómica normocítica, leucocitosis, fracaso renal, con TFG de 13 mL/min., trombocitopenia de 11 000, DHL (2,083 UI/L) e hiperbilirrubinemia a expensas de indirecta (2.48 mg/dL), prueba de Coombs directo negativo, hiperglucemia de 176 mg/dl, electrolitos dentro de valores normales, con PCR de 17.6, EGO con proteinuria y eritrocituria. Perfil tiroideo normal. Serología negativa. Captación de hierro total baja. Electrocardiograma normal y ultrasonido abdominal con colecistitis crónica litiásica con cálculo único en cuello de vesícula. Frotis de sangre periférica v esquistocitos

y polisegmentados, por lo tanto, con el cuadro clínico y el resto de los estudios, que sugieren hemólisis. Ante sospecha de PTT, se iniciaron pulsos de metilprednisolona y se realizó plasmaféresis, se observó mejoría clínica y bioquímica, con un aumento de plaquetas de 16 000 a 175 000, después de última sesión de plasmaféresis. Los resultados de los anticuerpos anti ADAMTS 13 fueron positivos con valor de 33.95 units/mL (valor de referencia: positivo > 15 units/mL). La PTT es una entidad que se debe considerar en el diagnóstico diferencial ante bicitopenia a expensas de plaquetopenia y anemia hemolítica no inmune, una vez contemplada esta patología el abordaje y tratamiento benefician en gran medida al paciente.

Palabras clave: púrpura trombótica trombocitopénica, ADAMTS13.

Folio: 0037

Tema: Gastroenterología

Diagnóstico precoz de un adenocarcinoma del ampulla de vater

González Jocelyn Raquel², Rivera Cesar², Ramirez Rodolfo¹, Reyes Tamara²

¹ Centro Médico Nacional 20 de Noviembre; ² Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

Masculino de 69 años, quien acude al Hospital Belisario Domínguez con datos clí-

nicos de síndrome icterico. APNP:Tabaquismo positivo durante 20 años,20 tabacos día, alcoholismo 50gr semana por 10 años,toxicomanías:negadas. PA:Inició el 20/04/2018 con ictericia y distensión abdominal,se toman paraclínicos; FA; 1047, ALT; 367, AST; 376, BT; 6.53, BD; 4.79, BI; 1.74, GGT; 1498, Ca 19=271, TC simple de abdomen con hallazgo de dilatación de colédoco y conducto pancreático principal,CPRE del 9/05/2018 con ampula de vater aumentada de tamaño,dilatación del colédoco de 30 mm,sin defectos de llenado,se realiza esfinterotomía evidenciando abundantes detritos y se coloca endoprótesis cotton de 10 french,7 cm,se hace cepillado y biopsia de la vía biliar con reporte de hiperplasia del epitelio glandular. Laboratorios de control en los que se observó disminución significativa de las pruebas de funcionamiento hepático; HDL: 62.70, albumina; 4.2, FA; 62, ALT; 27, AST; 25, BT; 0.57, BI; 0.38, BD; 0.19, Ca; 19-9; 29.1, GGT; 46, por lo que se decide enviar a CMN 20 de Noviembre(paciente derechohabiente). Se realiza USG Endoscópico y toma de biopsia del ampula de vater, reportando adenocarcinoma bien diferenciado.TC contrastada de abdomen en la que se observa engrosamiento parietal de 2da porción del duodeno sin infiltración vascular ni de estructuras adyacentes. Es valorado por

el servicio de Oncología Quirúrgica quien decide cirugía de Whipple, presentando una adecuada evolución clínica. Los ampulomas representan el 2% de los tumores del tracto digestivo, se deben sospechar en pacientes entre 40 y 90 años, que presenten ictericia con patrón colestásico y síndrome consuntivo. Al tener una clínica tan llamativa, suelen ser tumores de buen pronóstico si se establece un diagnóstico oportuno, estadificación apropiada y tratamiento correcto.

Palabras clave: ampuloma, adenocarcinoma, colestasis, whipple, cpre, biopsia.

Folio: 0038

Tema: Endocrinología

Crisis hiperparatiroidea secundaria a adenoma paratiroideo gigante: reporte de caso

Espinosa Ana Isabel, Juárez Paulina, De la Maza Salvador, Gudiño Pedro, Ortiz Mariana, Ruiz Ivette Yolanda

Hospital Central Ignacio Morones Prieto

Introducción: El hiperparatiroidismo primario se caracteriza por la presencia de hipercalcemia con elevación de hormona paratiroidea intacta. La presentación más frecuente es hipercalcemia moderada asintomática; en el 90% de los casos la causa es un Adenoma Paratiroideo, otros etiologías son la Hiperplasia Paratiroidea y el carcinoma de Paratiroides; ante la presencia de crisis hiperpara-

tiroidea, entidad clínica poco frecuente caracterizada por hipercalcemia grave (>15mg/dL) sintomática en pacientes con hiperparatiroidismo primario, se deben considerar como diagnósticos diferenciales el Adenoma Gigante (>2cm) y el Carcinoma de Paratiroides cuya incidencia es menor al 0.5%. El diagnóstico se realiza con exploración quirúrgica y estudio histopatológico. El tratamiento del Adenoma Gigante es la Paratiroidectomía con curación hasta en 95% de los casos. **Objetivo:** presentar un caso de Crisis Hiperparatiroidea con manifestaciones neuropsiquiátricas, cardíacas, renales, gastrointestinales y musculoesqueléticas secundario a Adenoma Paratiroideo Gigante. **Caso:** Paciente femenino de 55 años sin antecedentes de importancia acude a valoración por un cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por ansiedad, anorexia, náusea, vómito, dolor abdominal, debilidad progresiva, constipación y poliuria. A la exploración física con somnolencia y deshidratación de mucosas. Laboratorios: Cr 2.7mg/dL (TFG MDRD: 14ml/min/1,73m²), Urea 101mg/dL, BUN 47mg/dL, Ca 22mg/dL, P 4.18mg/dL, Mg 2.23mg/dL, Albúmina 4.79g/dL, Fosfatasa alcalina 367U/L, GGT 16U/L, PTHi 2864pg/ml, 25(OH) vitamina D 17.2ng/mL. Electrocardiograma: QTc 0.32s. Se realiza exploración quirúrgica y paratiroidectomía.



Diagnóstico microscópico: Adenoma Paratiroideo Gigante. **Conclusiones:** Ante una crisis Hiperparatiroidea los principales diagnósticos diferenciales a considerar son el adenoma paratiroideo gigante y el carcinoma de paratiroides, entidades clínicas poco frecuentes cuyo diagnóstico definitivo es la Histopatología.

Palabras clave: hiperparatiroidismo primario, hipercalcemia, adenoma, crisis hiperparatiroidea, paratiroidectomía.

Folio: 0039

Tema: Infectología

Aspergilosis y tuberculosis pulmonar en paciente inmunosuprimido

De La Maza Salvador, Espinosa Ana Isabel, Juárez Paulina, Patlán Hazel Ali, Ortiz Arturo
Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Hospital Central Ignacio Morones Prieto

Paciente receptor de trasplante renal cadavérico posterior a inducción con timoglobulina 3 meses previos a hospitalización. Recibió micofenolato de mofetilo 500mg cada 12 horas, tacrolimus 0.5mg cada 12 horas y prednisona 10 mg diarios. Inicia con 1 mes de fiebre no registrada y pérdida de peso por lo cual fue hospitalizado a su ingreso hemocultivos y urocultivos negativos, se toma tomografía de tórax con nódulo periférico de 1cm de diámetro. Se realizó una biopsia guiada del ganglio por tomografía sin

encontrar infección alguna. 1 semana posterior presentó disnea, dolor pleurítico, fiebre y a la exploración física con crépitos gruesos pulmonares inspiratorios. En su investigación inicial se tomaron cultivos para sangre y orina en donde se reportó *Klebsiella pneumoniae* BLEE (+), así como una nueva tomografía de tórax en donde se observa infiltrado intersticial y nuevos infiltrados micronodulares. Se realizó biopsia pleural y pulmonar en donde se diagnosticó aspergilosis invasiva, se encontraron bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) y cocos gram positivos. El paciente recibió tratamiento con vancomicina, imipenem, anfotericina B y DOTbal, 4 días posterior se suspendió anfotericina B y se inició Voriconazol, así mismo el esquema de DOTbal se cambió por Etambutol, Isoniazida y Levofloxacin. El paciente sin mejoría significativa 12 días posterior a su ingreso presentando falla hepática, requirió de intubación orotraqueal, administración de aminas vasoactivas, así como suspensión de DOTbal. El paciente fallece 2 semanas posterior a su ingreso. **Conclusión:** Las especies de aspergillus son ubicuas en la naturaleza y la invasión a tejidos ocurre frecuentemente en el escenario de inmunosupresión. La mayoría son causadas por *A. fumigatus*. En pacientes inmunosuprimidos se debe de tener un alto índice de sospecha para mico-

bacterias atípicas así como para hongos ya que el desenlace en este tipo de pacientes suele ser fatal.

Palabras clave: tuberculosis, aspergilosis, inmunosuprimido, DOTbal, voriconazol, anfotericina B.

Folio: 0040

Tema: Reumatología

Síndrome de pulmón encogido en lupus eritematoso sistémico; reporte de caso

Villaseñor Célida, Rivas Rommel Jesús

Hospital General Agustín O'Horán

Introducción. LES se presenta comúnmente afección respiratoria, lesionando vasos sanguíneos, pleura, parénquima pulmonar y diafragma. El síndrome de pulmón encogido (SPE) es una entidad rara, también pudiéndose encontrar en otras enfermedades autoinmunes. Incidencia baja de 0.5-1% siendo una presentación atípica inicial. Es secundario a una disfunción diafragmática por neuropatía, vasculitis y deposición de inmunocomplejos. Se caracteriza por disnea, tos no productiva, dolor pleurítico y ortopnea. Los hallazgos radiográficos son atelectasias y elevación de ambos hemidiafragmas; las pruebas funcionales pulmonares presentan patrón restrictivo. El diagnóstico es de exclusión. El tratamiento no está bien estandarizado, tratándose con

inmunosupresor y esteroide.

Objetivo. Femenino de 28 años con embarazo de 18 SDG, antecedentes de G5, P2, A2, C0; seis meses previos a su ingreso presenta hemiparesia, artritis y úlceras orales. Inicia con alzas térmicas tos no productiva, dolor pleurítico, disnea progresiva, ortopnea e hipoxemia, se inicia tratamiento para NAC requiriendo ventilación mecánica, posteriormente continua con taquicardia y dolor pleurítico; se descarta proceso infeccioso y TEP. Cultivos negativos, procalcitonina negativa. TAC de tórax en fase arterial con atelectasia basal derecha, elevado diafragma, derrame pericárdico y pleural bilateral, sin datos de compromiso vascular pulmonar ni patrón de neumonitis. ECOTT sin HAP con FEV1 del 66%. Se documenta linfopenia, serositis, proteinuria, eritrocitos en sedimento, oliguria y rash. Se solicitan anticuerpos con ANA por IFI positivos (1:320) y Anti-DNA positivos iniciando tratamiento con cloroquina, azatioprina y prednisona con marcada mejoría. **Conclusion:** SPE es una entidad rara la cual se debe sospechar en pacientes con enfermedades autoinmunes, con afección respiratoria y con marcada mejoría tras el tratamiento con esteroide e inmunosupresor. La mortalidad es baja, con buen pronóstico, remitiendo solo 20%.

Palabras clave: síndrome pulmón encogido, lupus eritematoso sistémico, disnea, dolor

pleurítico, esteroide, inmunosupresor.

Folio: 0041

Tema: Neurología

Macrocitosis sin anemia asociada a déficit de vitamina B12, presentación de un caso atípico

Petarra Stefania, Ramírez Clotilde Guadalupe, Íñiguez Héctor, Castellanos Mistral, Medina Eloy

Hospital Ángeles del Carmen

Objetivo: presentar un caso de déficit de vitamina B12 sin anemia, sólo con macrocitosis y afección típica de cordones posteriores, ya que solo se presenta en 20% de los casos.

Material y métodos: femenino de 55 años, que presenta hace 1 mes rigidez muscular en ambas manos con parestesias en forma de guante y disminución en la fuerza, calambres en ambas piernas durante la noche, que afectan tercer y cuarto orjejo de ambos pies sin disminución en la fuerza de miembros pélvicos ni espasticidad. Hace 15 años sufre accidente automovilístico con traumatismo cervical, atribuyéndole síntomas actuales. Niega alteraciones de memoria, alteraciones visuales o ataxia en la marcha. A la exploración física: gcs 15 puntos, pares craneales explorados (ii-xii) sin alteraciones, fuerza proximal extremidad superior izquierda 4/5, resto de segmentos 5/5, sin alteraciones a la vibración. Reflejo bicipital izquierdo (c5-c6) y rotuliano ipsilateral (l2-l4)

+/++++. Signos cerebelosos negativos y marcha íntegros.

Resultados: hb 13.1 hto 32.2 vcm 120.9 hcm 49.1 plaq 227 leuc 6.2 neut 69.5% linf 23.3% eos 1.7% vsq 40 mm/hr pcr 12mg/dl homocisteína 40mmol/l ac.metilmalónico 13,777 nmol/l vit b12 100pg/ml (>300) ac factor intrínseco positivos 1: 103. **Conclusiones:** considerar macrocitosis (>115 fl) como dato pivote en pacientes con sospecha de déficit de vitamina B12. La macrocitosis y la hipersegmentación de granulocitos precede a la anemia en déficit de vitamina B12. Más del 20% de pacientes con signos y síntomas neurológicos no manifiestan anemia. Considerar screening en otras enfermedades autoinmunes (tiroiditis hashimoto, graves, miastenia gravis, dm1, vitíligo), hiperhomocisteinemia y tratamiento con metformina.

Palabras clave: déficit vitamina b12, macrocitosis, cordones posteriores, polineuropatía periférica mixta, síndrome anémico macrocítico.

Folio: 0042

Tema: Oncología

Estratificación de riesgo en neutropenia febril posterior a aplicación de quimioterapia en un paciente con tumor sólido: neuroblastoma

Castellanos Mistral

Hospital Ángeles del Carmen

Objetivo: Evaluar el riesgo de desarrollo de neutropenia



febril en el paciente oncológico posterior a la aplicación de quimioterapia utilizando escala de MASCC y CISNE.

Material y métodos: Femenino 39 años, con neuroblastoma metastásico infiltrante en médula espinal, con resección de tumor, descompresión medular y 31 sesiones de radioterapia en tórax y canal medular posterior. Actualmente enfermedad residual en mediastino y axila, con quimioterapia hace 1 semana con CAV-EP. Ingresa al hospital por neurotoxicidad post-quimio, la cual la incapacita, observándose neutropenia profunda (MASCC 13) e inicia antibioticoterapia profiláctica a base de Meropenem y Aciclovir. A las 48 horas fiebre de 39°C, taquicardia, distensión abdominal franca con dolor abdominal tipo cólico generalizado EVA 8/10 e incapacidad para evacuar. Se toma radiografía abdominal con ileo generalizado. A las 48 horas del inicio de fiebre evacuaciones diarreas Bristol 6 con moco, sin sangre 5 al día, náuseas sin llegar al vómito y dolor abdominal con características similares. Presenta toxina A y B para C. difícil y glutamato deshidrogenasa positivas, más TAC abdominal con contraste donde se reporta megacolon por medición de 9 cm, con diagnóstico de infección secundaria a C. difícil fulminante.

Resultados: conclusiones: En pacientes neutropénicos siempre estratificar riesgo para

evaluar complicaciones, administración de antibiótico y tratamiento ambulatorio o intrahospitalario. Utilizar escala de MASCC. En caso de resultar de bajo riesgo (MASCC >21), reevaluar con escala CISNE (Bajo riesgo=0, Intermedio (1-2), Alto (>3). No utilizar factor estimulante de colonias de granulocitos a menos de que el riesgo sea >20%, evaluado por las guías para la utilización de FEC-G de la EORTC.

Palabras clave: neutropenia febril, neuroblastoma con neutropenia febril, escala MASCC, escala CISNE, Factor estimulador de colonias de granulocitos en cáncer.

Folio: 0043

Tema: Hematología

Leucemia aguda bilineal: presentación de un caso y revisión de literatura

Gomez Juan Pablo², Osorno Karen Lorena¹, Delgado Selene Maribel², Pacheco Martin Jacobo², Sotomayor Guillermo²

¹ Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González; ² Centro Médico Nacional del Noreste IMSS

Introducción. La mayoría de las leucemias agudas pueden ser clasificadas como de fenotipo mielóide o linfóide sin embargo en algunos casos esta nomenclatura no se puede realizar debido a la presencia de marcadores con inmunofenotipos complejos o más de una población de células. **Caso**

clínico. Paciente masculino de 36 años, sin antecedentes médicos de importancia el cual inicia su padecimiento 3 semanas previas a su ingreso con ataque al estado general acompañado de dolor óseo intenso a la exploración con palidez sin palparadenopatías ni visceromegalias. En sus laboratorios iniciales se encuentra con esta biometría hemática: Leu 12,300 Neu 480 Lin 2380 Mon 5700 Bas 3570 Hb 5.57 Pla 28,000 retis 0.4%. Se realizó frotis de sangre periférica donde se observa presencia de bastos de aspecto linfóide. Se reporto en la citometría de flujo presencia de dos poblaciones de blastos 48% de blastos linfoides y 51 % de blastos mieloides dándose así el diagnóstico de leucemia aguda bilineal preB/LMA M5. **Discusión.** En las leucemias bilineales se pueden dar dos inmunofenotipos combinados para este tipo de leucemias, ya sea linfóide B/mielóide o T/mielóide de los cuales ambos tienen mal pronóstico sin importar la línea que predomine en la citometría (linfóide o mielóide) En la revisión del 2016 de la OMS este tipo de leucemias se unificaron bajo la clasificación de leucemias agudas de fenotipo mixto haciendo una subdivisión entre las B mieloides y t mieloides; en la cuales se especifican los marcadores presentes en línea B, línea T y serie mielóide, siendo hasta el momento la clasificación vigente. Es debido a esto que no se

conoce una incidencia exacta de las leucemias bilineales ya que tiene poco que están bien establecidos los criterios diagnósticos para una leucemia de este tipo. Basándonos en la evidencia demostrada en "How I Treat" por Blood Journal para leucemias de fenotipo mixto se prefiere una inducción con esquema para LLA.

Palabras clave: leucemia, biliar, linfocítica, mielocítica.

Folio: 0044

Tema: Gastroenterología

Factores pronósticos asociados a supervivencia en pacientes con diagnóstico de colangitis biliar primaria del Hospital Juárez de México

Llorente Alberto², Robledo Juio Cesar¹, Barraza Diego Armando², Ramos Gustavo Adolfo², Zamarripa Felipe²

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Dr Juan Graham Casanus; ² Hospital Juárez de México

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad colestásica crónica caracterizada por una destrucción autoinmune de conductos biliares intrahepáticos. Se han identificado factores de mal pronóstico relacionados a pobre respuesta al tratamiento y mortalidad como: género masculino, hipertensión portal, anticuerpos GP 120 y anticuerpos centrómeros. Se ha reportado en la literatura la media de supervivencia de

7.5-9 años. **Objetivo:** Identificar los factores pronósticos independientes asociados a supervivencia en pacientes con diagnóstico de CBP en el Hospital Juárez de México.

Material y métodos: Cohorte de pacientes con diagnóstico de CBP por criterios de la EASL. Período enero 2016 - enero 2018. Se analizaron variables clínicas, laboratorio, gabinete, tratamiento, complicaciones y mortalidad. Análisis exploratorio y análisis estratificado. Se efectuó cálculo de supervivencia mediante método de Kaplan-Meier para conocer la mediana e intervalos de confianza 95%. Para evaluar la asociación se utilizó análisis univariado Chi cuadrada, exacta Fisher, posteriormente las variables con $p < 0.05$ se incluyeron en análisis multivariable de riesgos proporcionales Cox stepwise forward para encontrar las variables independientes asociadas, se obtuvo Hazard ratio IC 95%, el modelo se ajustó número de variables de acuerdo a la relación paciente-evento. **Resultados:** 46 pacientes femenino 95.6%, edad $X=55.3$ (23-83) años, Enfermedad tejido conectivo 52%, ChildPugh A 60.9%, B 36.9%, C 2.2%. Mortalidad 8.6%. En el análisis univariado las variables asociadas fueron: presencia de enfermedad autoinmune $p=0.02$, hospitalizaciones por encefalopatía $p=0.003$, ascitis $p=0.001$, infecciones $p=0.024$, vómitos esofágicos $p=0.04$. En

los modelos evaluados ascitis $HR=10.4$ IC 95%(1.08-100) fue la única variable independiente asociada con mortalidad. En Kaplan-Meier la media de supervivencia sin ascitis fue de 80 meses IC 95% (74-86), media de supervivencia en pacientes con hospitalizaciones por ascitis de 52.4 meses IC 95% (37-67) y fue estadísticamente significativo con Log Rank 0.01 ($p < 0.05$). **Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con CBP en tratamiento con ácido ursodesoxicólico observamos una menor supervivencia, la cual se ve comprometida por la presencia de ascitis como causa de hospitalización. Esta variable fue la única independiente asociada tanto en el análisis univariado como multivariado para mortalidad. Los autores niegan algún conflicto de interés

Palabras clave: colangitis biliar primaria, supervivencia, factores pronósticos.

Folio: 0046

Tema: Endocrinología

Hiperparatiroidismo primario secundario a adenoma paratiroides. Reporte de un caso

Fandiño Marcela Catalina¹, Cruz Roxana Azalea²

¹ Hospital Juárez de México; ² UMAE Hospital de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación Física

Se trata de paciente femenina de 51 años, originaria y residente del Estado de México, sin



antecedentes personales no patológicos de relevancia para el padecimiento actual, Hipertensión Arterial desde hace 3 años en manejo con captopril 25 mg cada 24 horas. Fracturas patológicas diagnosticadas desde hace 8 meses por un hallazgo incidental, con manejo conservador. Última hospitalización en mayo de 2019 por trombosis venosa profunda con resolución sin complicaciones. Acude a la unidad por cuadro de edema de miembros pélvicos, asociado a astenia, adinamia y malestar general. Al interrogatorio dirigido refería disnea de medianos esfuerzos. Traía una serie ósea externa en donde se apreciaban imágenes compatibles con lesiones líticas. Ingresa al piso de medicina interna con un diagnóstico de probable Gammapatía monoclonal a descartar mieloma múltiple, lesión renal aguda AKIN 2, hipercalcemia moderada. Se inicia protocolo de estudio. Se realizaron estudios de inmunoglobulinas, las cuales fueron normales, sin evidencia de pico monoclonal, Bence Jones negativo, Aspirado de médula ósea con hiperplasia, sin células plasmáticas. B2 microglobulina de 6200. Se realizó Serie ósea metastásica en donde se evidenciaron lesiones líticas, y lesiones en cráneo en "borde en cepillo". Posterior se realizó determinación de PTH de 2160, así como un gammagrama paratiroideo en donde se apreció un adenoma de paratiroides izquierdo. Se realizó

por parte de cirugía de cabeza y cuello resección de paratiroides y parte de lóbulo tiroideo izquierdo, a los 3 días se tomó control de PTH encontrando una disminución importante en sus niveles (80mg/dl), así como disminución de niveles de calcio (8.0). No se pudo continuar con seguimiento ya que la paciente falleció por complicaciones.

Palabras clave: hiperparatiroidismo, hipercalcemia, fractura, desmineralización, paratiroides.

Folio: 0047

Tema: Gastroenterología

Amiloidosis gastrointestinal, enmascarada por un síndrome diarreico inespecífico. Reporte de un caso

Llórrente Alberto¹, Zamarripa Felipe¹, Barraza Diego Armando¹, Robledo Julio Cesar¹, Ramos Gustavo Adolfo¹, Duran Cristina¹, Rivera Cesar², González Jocelyn Raquel²

¹ Hospital Juárez de México; ² Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

Masculino de 57 años, con los siguientes APP; Hipertensión arterial sistémica y Diabetes mellitus tipo 2. PA: Lo inicia el 12/12/2016 con disnea de medianos esfuerzos, evacuaciones diarreicas, sin moco, sangre, esteatorrea ni lentería, que no se relacionan con la ingesta de alimentos, niega pujo, tenesmo y dolor abdominal. Se cuantifica pérdida de 20kg, acude con

médico facultativo en Mayo de 2017, donde se realiza ultrasonido abdominal, diagnosticando colecistitis litiasica, se realiza colecistectomía, sin mejoría clínica, con un aumento en el número de evacuaciones de 6-8 día, agregándose eructos, sensación de plenitud postprandial y pérdida de 14kg, por lo que acude a Hospital Juárez de México, a su llegada se encuentra deshidratado, caquético, taquicárdico, taquipneico, So₂ al 80%, paraclínicos: BT; 0.5, BD; 0.19 mg/dL, BI: 0.31, ALT; 17, AST; 16, Albúmina: 2.9, Hb: 11.2, HTO; 43.7, VCM; 91.4, HCM: 31, VSG; 16. Radiografía de tórax; con patrón intersticial, TC de tórax; Cisterna izquierda calcificada y engrosada con pseudoplasmas, opacidades lineares y nódulos intralobulares, múltiples granulomas calcificados. Colonoscopia; Mucosa edematosa, hiperemia, pérdida de patrón vascular, con múltiples úlceras de 2-4 cm, válvula ileocecal edematosa, friable al roce, con reporte de pancolitis inespecífica, se realiza toma de biopsias. Endoscopia; Mucosa de fondo, cuerpo y antro engrosada, hiperémica, se reporta; pangastropatía inflamatoria, se realiza toma de biopsias. Reporte anatomopatológico; Material amorfo intramucoso y submucoso con tinción Rojo Congo positiva y birrefringencia focal con luz polarizada compatible con Amiloidosis. Durante su internamiento presenta evolución

tórpida requiriendo apoyo mecánico ventilatorio y posterior parada cardiorrespiratoria. La amiloidosis es una enfermedad de etiología desconocida, se caracteriza por depósito de sustancia amiloide, la clínica es inespecífica, determinada por el órgano o el sistema afectado. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y demostración de la sustancia amiloide en los tejidos

Palabras clave: amiloidosis, colon, estomago, diarrea, inespecífico, síndrome.

Folio: 0048

Tema: Oncología

Síndrome de lisis tumoral secundario a tumor sólido sin tratamiento. Reporte de un caso

Ferrer Guadalupe¹, Ñamendys Silvio Antonio¹, Barajas Cintya², Rivera Cesar², González Raquel Jocelyn², Luna Angel Ivan², Marquez Cintia Monica²

¹ Instituto Nacional de Cancerología; ² Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

Masculino de 22 años, dedicado al comercio, con antecedente de tabaquismo desde los 16 años, consumiendo 2 tabacos al día, sin APP. PA: Lo inicia hace 3 meses con presencia de disnea de medianos esfuerzos, fiebre, dolor torácico y pérdida de 10 kg en 2 meses. Acude con médico particular el cual diagnostica infección de vía aérea superior, recibió

tratamiento antibiótico con mejoría parcial. Se agrega cefalea y confusión por lo que acude a Hospital Belisario Domínguez, a su ingreso presenta edema en cuello y miembro torácico izquierdo, dilatación venosa cutánea sugerentes de síndrome de vena cava superior. Radiografía de tórax con radiopacidad en hemitórax izquierdo del 100%, Tomografía toraco abdominal con tumor de 21 cm de diámetro, que desplaza el mediastino en sentido contralateral y comprime la vena cava superior, en retroperitoneo presenta ganglios < de 10 mm. Marcadores tumorales; Alfa fetoproteína de 19.200 ng/mL, gonadotropina coriónica humana de 97.9 mUI/mL y antígeno carcinoembrionario de 1.56 mcg/dL. Se estabiliza y se refiere a Instituto Nacional de Cancerología donde se realiza Biopsia de mediastino con reporte de tumor germinal no seminomatoso. Durante su internamiento presenta deterioro neurológico y hemodinámico, requiriendo apoyo mecánico ventilatorio y uso de vasopresor, ingresa a terapia intensiva, donde se integra síndrome de lisis tumoral. (K; 7.8 mEq/L, Calcio; 12.5 mEq/L, Acido Úrico; 20 mg/dl, creatinina; 4.5 mg/dl, BUN; 120 mg/dl y Urea; 235 mg/dl). Evoluciona de manera tórpida, desarrollando fibrilación Auricular y posterior paro cardiorrespiratorio. El síndrome de lisis tumoral se caracteriza por la liberación de K, Ca, fósforo y ácidos nucleí-

cos de las células cancerosas al torrente sanguíneo, es más frecuente en el tratamiento con quimioterapia de tumores hematológicos, sin embargo; puede ocurrir en tumores sólidos y voluminosos o de alta proliferación de manera espontánea e incluso después de la toma de biopsias.

Palabras clave: tumor, germinal, lisis, hiperuricemia, hiperkalemia, hipercalcemia.

Folio: 0049

Tema: Infectología

Comamonas testosteroni: una bacteria inusual asociada a neumonía adquirida en la comunidad

Espinosa Maryjose Daniela, Leon Alejandra Elizabeth, Sánchez Tania Alejandra, Velazquez Karen Esmeralda

Hospital General de Ticoman

Comamonas testosteroni es una bacteria Gram (-) pertenece a la familia Camamonadaceae al orden Burkholderiales, bacilo aerobio estricto, mide aproximadamente 0.5x2 µm, puede ser móvil, se encuentran con frecuencia en diversos hábitats, como lodo activado, marismas, hábitats marinos, plantas y tejidos animales. Solo se han reportado 38 casos de infecciones asociadas a este microorganismo por lo que se considera poco frecuente. **Caso:** Masculino de 43 años, originario de la Cd. de México, abogado con antecedente de tabaquismo, etilismo y otras toxicomanías.



Diagnóstico de HAS de un año en manejo. Múltiples hospitalizaciones por síndrome de supresión etílica. Inicia su padecimiento al encontrarse ingiriendo bebidas etílicas, presenta datos de supresión etílica por lo que es ingresado a centro toxicológico, 24h después con astenia, adinamia, hiporexia, fiebre no cuantificada tos con expectoración blanquecina, disneizante, es referido a Hospital General de Ticomán. A su llegada con taquicardia y saturación por oximetría a 80%, con diagnóstico de NAC. Al 4to día de evolución con deterioro respiratorio, taquipnea, uso de musculatura accesoria, taquicardia y un índice de Kirby 80, clasificándose con SIRA severo se decide manejo avanzado de la vía aérea por 11 días, se toma cultivo de secreción bronquial con reporte de *C. Testosteroni*, manejado con imipenem durante 10 días, con adecuada respuesta a tratamiento se egresa a domicilio. Los factores predisponentes para bacteremia por *C. testosteroni* generalmente son aquellas condiciones de inmunosupresión y edad avanzada. Cabe señalar que el microorganismo puede adquirir resistencia a los antibióticos a través de la presencia del plásmido blaNDM1. *C. testosteroni* es una bacteria que debido a su baja virulencia se considera oportunista, la poca información es secundario a la incapacidad de los laboratorios para aislarla; es imprescindible

realizar más investigación, dado que en el futuro podría adquirir relevancia epidemiológica.

Palabras clave: comamonas, testosteroni, neumonia, comunidad, inusual, blaNDM1

Folio: 0050

Tema: Gastroenterología

Ancho de distribución eritrocitario como marcador de mortalidad y reingreso hospitalario en pacientes con cirrosis hepática descompensada del Hospital Juárez de México

Barraza Diego Armando¹, Llorente Alberto¹, Ramos Gustavo Adolfo¹, Rivera Cesar²

¹ Hospital Juárez de México; ² Hospital de Especialidades de la CDMX Belisario Domínguez

Introducción: El ancho de distribución eritrocitario (ADE) es un valor de la biometría hemática que nos da información acerca de la heterogeneidad en el tamaño de los eritrocitos. Su elevación > 15.4% se ha encontrado como factor pronóstico para mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca. Los mecanismos implicados son deficiencias nutricionales, inflamación crónica, es una alteración muy frecuente en pacientes cirróticos. **Objetivo:** Comparar a 3 meses mortalidad y reingresos de los pacientes con cirrosis hepática descompensada con ADE normal contra aumentado. **Material y métodos:** Se trata de una cohorte de pacientes con cirrosis hepática

descompensada, del hospital Juárez de México atendidos de marzo a noviembre de 2017. Se midió el ADE al ingreso, y se consideró como desenlace la presencia de muerte o reingreso por descompensación en los siguientes 3 meses. Inicialmente se comparó el ADE aumentado ($\geq 15.4\%$) y normal ($< 15.4\%$) con las características basales, posteriormente contra la presencia de reingreso y muerte (prueba X²). Finalmente, a través de una regresión logística múltiple se ajustó el riesgo de reingreso por ADE elevado con las características basales. Se usó el programa estadístico SPSS versión 22 y se consideró estadísticamente significativa una $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyó un total de 74 pacientes, 46 (62.2%) hombres, con edad media de 56.9 ± 11.3 años. 19 pacientes (46.3%) reingresaron en el grupo de ADE aumentado contra 8 pacientes (24.2%) en el grupo ADE normal (valor de $P 0.042$). 8 pacientes (19.5%) murieron en el grupo de ADE aumentado contra 4 (12.1%) en el grupo de ADE normal (valor de $P 0.297$). El riesgo de reingreso a 3 meses ajustado por edad y sexo en pacientes con ADE ≥ 15.4 fue OR 2.97 (IC 95% 1.04-8.48, con valor de $P 0.041$), y ajustado por hemorragia variceal OR 2.92 (IC 95% 1.02-8.40, con valor de $P 0.046$). **Conclusiones:** Existió mayor frecuencia de reingresos por descompensación a 3 meses en los pacientes con

ADE aumentado, aun ajustado con edad y sexo, así como hemorragia variceal. El ADE puede servir como un método rápido de escrutinio de riesgo en pacientes con cirrosis hepática. Conflicto de intereses: este trabajo no recibió patrocinio.

Palabras clave: cirrosis, mortalidad, reingreso, ancho de distribución eritrocitaria, descompensada.

Folio: 0051

Tema: Otros

Lesión pulmonar aguda producida por transfusión (TRALI) en una paciente con síndrome de HELLP, hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos de HGZGMF1 Dr. Abraham Azar Farah, IMSS Campeche

Reséndiz Lidia Guadalupe, Zapata Juan Pablo

Hospital General de Zona con Medicina Familiar # 1 Dr. Abraham Azar Farah, IMSS Campeche

Introducción: TRALI (transfusion related acute lung injury; lesión pulmonar aguda producida por transfusión) en 1985. Síndrome raro, que puede amenazar la vida y que se caracteriza por insuficiencia respiratoria aguda y edema pulmonar no cardiogénico durante o después de una transfusión de productos hemáticos. Aunque su verdadera incidencia es desconocida se le ha atribuido un caso por cada 5.000 transfusiones de cualquier producto hemático y ha sido la causa más

frecuente de muerte relacionada con la transfusión durante 3 años en Estados Unidos. Se han propuesto 2 etiologías. 1ª episodio mediado por anticuerpos debido a la transfusión de anticuerpos contra el antígeno leucocitario o anticuerpos antigranulocito a pacientes cuyos leucocitos presentan antígenos afines. 2ª es un modelo en el que se precisan 2 eventos: el primero está relacionado con el cuadro clínico del receptor (sepsis, trauma, etc.) que produce activación endotelial y secuestro de neutrófilos y el segundo es la transfusión de sustancias con capacidad de modificar la respuesta biológica que activa los leucocitos adheridos que produce daño endotelial y aumento de permeabilidad capilar. El tratamiento es de soporte en función de la gravedad del cuadro clínico. **Presentación del caso clínico:** Femenino de 35 años médico radica en Ciudad del Carmen esposo Ginecólogo, AHF padre diabético, madre cardiópata, APP hipotiroidea levotiroxina sódica 125 mcgr, asma bronquial montelukast 10 mg, resto negados, AGO M14 años, G3 P0 A0 C2, Embarazo de 22.2 SDG. PA Una semana previo a su ingreso con astenia adinamia, lipotimia, fosfenos, acufenos, ingresada en ISSSTE Cd. De Carmen egresada por mejoría, se agrega fiebre de 38 grados, se realiza IgG e IgM para dengue (negativo), persiste mal estado general con ictericia

en escleróticas, epistaxis y petequias en piernas y cara, ingresa HGZ4 Cd del Carmen y enviada HGZ1 Campeche, valorada por Ginecología con Síndrome de HELLP ingresa a UCI estudios Hb 10.1gr/dl plaquetas 26770 leucocitos 5300 ALT 109 AST 317 BT4.21 Dir 3.37 DHL 1489 TP 13.7" inr 1.016 TPT 29.9" fibrinógeno 383, se transfunden 10 concentrados plaquetarios sin complicaciones se realiza histerectomía obstétrica, y ooforectomía, con estabilidad hemodinámica, se toman lab de control a las 24 horas con 7.6 gr/dl plaquetas de 33650 leucocitos 6700 se transfunde un paquete globular e inmediatamente presenta dificultad respiratoria taquipnea, polipnea, estertores y desaturación, siendo necesario manejo avanzado de la vía aérea, con estancia en UCI por 9 días con evolución favorable, retirando Ventilador y egresada a ginecología con herida abdominal dehiscente manejada con lavado quirúrgico y luego cierre de herida egresada por mejoría. **Conclusiones:** el síndrome de TRALI es suamante grave y raro, la mortalidad es de hasta 88-90%. La paciente presentó un Síndrome de HELLP Tipo 1, que su mortalidad materna es hasta del 24%, aunado que presento sepsis por infección de herida quirúrgica por escherichia coli manejada con amikacina y carbapenem. siendo egresada por mejoría clínica. **Palabras clave:** TRALI, HELLP.



Folio: 0052

Tema: Hematología

Pancitopenia como manifestación inicial de anemia perniciosa

Cisneros Ivonne Giselle

Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos

Introducción: La anemia perniciosa en una enfermedad autoinmune con absorción alterada de vitamina B12 por anticuerpos contra el factor intrínseco o células parietales de la mucosa gástrica. Es más frecuente en sujetos de edad avanzada. La prevalencia en Europa es 4% de la población. **Objetivo:** Presentación de caso clínico de anemia perniciosa y revisión de literatura.

Presentación del caso: Mujer 70 años, vive en Jilotepec, primaria incompleta, hogar, padece diabetes mellitus 2 desde hace 10 años (glimepirida tuvo anemia megaloblástica hace 4 años sin seguimiento. Inició su padecimiento 10 días previos al ingreso, presentó petequias y equimosis espontánea en miembros inferiores y abdomen, astenia, adinamia, anorexia y malestar general. Exploración física: Glasgow 15, pálida, sin adenomegalias, cardiopulmonar y abdomen normal, petequias y equimosis de 3x5 en flaco derecho; petequias en miembros pélvicos. Paraclínicos: Hemoglobina: 9.3 mg/dl, VGM 103 ft, CHCM 33 g/dl, HCM 33 pg, leucocitos 3.2, linfocitos 1.9, monocitos 0.1,

neutrófilos 1.9, plaquetas 18 mil. Reticulocitos 2% Glucosa 295 mg/dL, urea 46, bun 21.3, creatinina 0.9, Na 14, K 3.5, Cl: 99. Función hepática normal. Tiempos de coagulación normales. Aspirado de médula ósea con hipocelularidad de las 3 series celulares. Anticuerpos antifactor intrínseco: 30 U/ ml (Positivo). **Conclusión:** La anemia perniciosa puede cursar de forma asintomática y silenciosa durante meses e incluso años, y ser diagnosticada por hallazgos analíticos. La afección cardinal es anemia macrocítica, pero el déficit de B12 no solo afecta la serie roja, conforme avanza la enfermedad puede haber síntomas relacionados con trombocitopenia, leucopenia o pancitopenia, la cual se presenta en aproximadamente el 10% de los pacientes, como en nuestro caso.

Palabras clave: anemia perniciosa, pancitopenia, vitamina B 12, factor intrínseco.

Folio: 0053

Tema: Infectología

Neumonía atípica grave por *Lophomonas* sp

Muñoa Eduardo Daniel, Morales Alexei Humberto, Pérez Mitzel del Carmen, García Iveth Eunice, García Francisci Isai, Corona Karem Joselyn
Hospital Juárez de México

Masculino de 56 años, **Antecedentes:** Originario y residente de la CDMX. AHF: negados. APNP: empleo en fabrica de

aluminio por 10 años. Residencia en Estados Unidos durante el periodo 1996-2016, en condiciones insalubres. APP: interrogados y negados. PA: inicia hace 2 meses con disnea mMRC2 y dolor en hemitórax derecho, así como tos productiva. Niega picos febriles y pérdida de peso. Posteriormente cursa con progresión de disnea mMRC 4, motivo por el que acude a valoración médica. A su ingreso (19/07/2018), a la EF se integra síndrome de condensación pulmonar. Se realiza BH: Leu:9.93, Neu:8.16, Hb: 17.6, 57.7%. QS, ES y PFH sin alteraciones. HbA1C: 7.8%. TAC tórax: consolidación heterogénea y derrame pleural bilateral. Por lo anterior ingresa a Neumología con diagnóstico de neumonía atípica aguda grave. En las primeras 24 hrs de su estancia progresa con choque séptico de origen pulmonar y deterioro de la función ventilatoria (SIRA moderado), requiriendo apoyo con ventilación mecánica invasiva e ingreso a UCI. Se realizó cultivo de expectoración (sin desarrollo), baciloscopias seriadas y PCR Tb (negativos), ADA líquido pleural (-). Broncoscopia con toma de cepillado bronquial (epitelio cilíndrico con displasia de alto grado) y lavado broncoalveolar para cultivo de hongos (-) y examen en fresco, el cual reporta: células ciliadas móviles: *Lophomonas* sp.(+++). Se inició tratamiento con Metrohidazol 500 mg cada 8 horas

vía enteral, con posterior remisión del SIRA y choque en las siguientes 72 hrs, con egreso de UCI a piso. La infección pulmonar por *Lophomonas* se presenta en pacientes adultos con neumonía grave de aparente etiología bacteriana que no responden al tratamiento empírico inicial. Esta patología es transmitida por vector, causada por *Lophomonas blattarum*, protozoo que parasita termitas y cucarachas, plagas de alta prevalencia en las ciudades modernas. El primer caso fue reportado en 1993, por lo que existen pocos reportes sobre este agente patógeno.

Palabras clave: neumonía, atípica, lophomonas, infección, SIRA.

Folio: 0055

Tema: Gastroenterología

El significado de los autoanticuerpos en la colangitis biliar primaria y su utilidad clínica. Reporte de un caso

Pérez Luis Alberto, Scharer Susana

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. UANL

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP), es una enfermedad hepática con progresión crónica, deriva en cirrosis hepática y sus complicaciones. Los anticuerpos antimitocondriales (AMA) (>1:40) son criterio diagnóstico distintivo, sin embargo, pueden negativizar sin tener significado clínico. Hay fenotipos

clínicos diferentes según el anticuerpo específico. **Reporte de caso:** Femenina de 53 años, ama de casa con AHF (Padre: DM2 e hipertenso). Antecedentes personales patológicos: Hipertensión arterial sistémica de larga evolución tratado con Enalapril 10mg c12h (20a), colecistectomía (1992), obesidad grado I de larga evolución (2012) Medicamentos actuales: Enalapril, metoprolol 25mg c12h, aspirina protect, resto negado (transfusiones, inmunizaciones, alergias). Antecedentes personales no patológicos: Negados (Tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías, tatuajes). Antecedentes ginecoobstétricos: Sin ETS, ni prácticas sexuales de riesgo, ni uso de anticonceptivos orales. Inició padecimiento en noviembre 2011 con hematemesis (3 episodios) y melena, se realizó endoscopia superior con ligadura de varices esofágicas(3), identificando además gastropatía hipertensiva grave, se estabilizó y egresó con Propranolol 20mg c/12h. Se citó seguimiento, donde se identificó ANA negativos (Dic/2011), se identificó intolerancia a la glucosa (Mar/2012), se erradicaron várices esofágicas tras 4 sesiones endoscópicas. Se identificó AMA título en 1:80 (Nov/2013), se inició ácido ursodesoxicólico 500mg c/12h. Continuó con seguimiento endoscópico y curso clínico estable por 4 años (Junio/2017) agregándose prurito generaliza-

do y alteración bioquímica. Se solicitó nuevamente anticuerpos con negativización de AMA y positivización de ANA (1:80, moteado fino), se aumentó dosis de Ursosalk (750-0-500), se indicó biopsia hepática y se reportó CBP (infiltrados linfocíticos, ductopenia, ductolisis, cirrosis micronodular). Se continuó con ácido ursodesoxicólico y colestiramina con mejoría clínica

Palabras clave: colangitis biliar primaria, autoanticuerpos, cirrosis hepática, hipertensión portal.

Folio: 0057

Tema: Cardiología

Hipertensión pulmonar primaria como causa de disnea en un hombre joven

Pérez Diana Alejandra, Mondaca Jorge Eduardo

Hospital Regional No. 1 Carlos Macgregor Sánchez Navarro

La hipertensión pulmonar se define como un aumento de la presión arterial pulmonar media ≥ 25 mmHg en reposo, calculada mediante cateterismo cardiaco derecho. En Europa, la prevalencia y la incidencia de la Hipertensión pulmonar primaria están en la franja de 15-60 sujetos/millon de habitantes y 5-10 casos/millon de habitantes/año respectivamente. En México se desconoce su prevalencia, aunque esta en planes su registro. Se presenta el siguiente caso: masculino 26 años de edad con los siguientes antece-



dentales: Asma desde el año de edad, sin tratamiento. Acude al servicio por cuadro de 3 meses con edema en ambos miembros pélvicos, ascendente, blando, no doloroso hasta ambos muslos, a lo cual se agrega disnea en reposo e imposibilidad a la deambulación, a su ingreso con taquicardia, taquipnea, descontrol hipertensivo y desaturando hasta 72% mejorando con oxígeno, Radiografía de torax con cardiomegalia GIV y aumento de cono de la pulmonar. Se realiza ecocardiograma transtorácico: VI con hipertrofia con remodelado concéntrico, movimiento septal paradójico, resto de la movilidad conservada, FEVI 44%, no hay cortocircuitos intracavitarios. Válvula aórtica trivalva y mitral sin alteraciones, ventrículo derecho severamente dilatado e hipertrófico, pared libre de 14 mm hipocinesia generalizada, disfunción sistólica TAPSE 11 mm. Aurícula derecha dilatada Insuficiencia tricúspidea severa. Función diastólica con patrón restrictivo. Derrame pericárdico posterior, con máxima separación de hojas en 17 mm, sin compromiso hemodinámico. La VCI de 20 mm sin colapso inspiratorio, PSAP 125 mmHg. Se realiza cateterismo cardiaco para determinar etiología de hipertensión pulmonar y se reporta PCP 5 mmHg, gasto cardiaco 3.37, RVS: 2666 Din, RVP: 23.14 Din, rama izquierda de la arteria pulmonar 103 mmHg de presión. Se soli-

cita AngioTAC torácica sin datos de TEP. **Conclusiones:** En el contexto del paciente joven con disnea es importante pensar en patologías congénitas con manifestaciones tardías, así como sus diagnósticos diferenciales. Mediante el abordaje diagnóstico se llegó a la conclusión que se trataba de hipertensión pulmonar primaria, una patología sumamente rara, además que por el rango de edad podría ser subdiagnosticada (o confundida con Asma), en este caso el diagnóstico temprano es de suma importancia pues con el inicio de terapia adecuada se mejora la calidad de vida del paciente, mejorando la clase funcional de insuficiencia cardiaca, aunque el porcentaje de supervivencia es de 2-3 años después del diagnóstico.

Palabras clave: hipertensión pulmonar, disnea.

Folio: 0058

Tema: Reumatología

Derrame pericárdico como manifestación de síndrome de Sjogren

Pérez Diana Alejandra¹, Ramírez María Guadalupe¹

¹ Hospital Regional No. 1 Carlos Macgregor Sánchez Navarro

El síndrome de Sjögren es un trastorno inflamatorio autoinmune crónico caracterizado por disminución de la función glandular. Además, puede producirse otras manifestaciones que afectan a múltiples órganos y sistemas de órganos. La

incidencia global se estimó en aproximadamente 7 por 100.000 personas. Las tasas de incidencia más altas se informaron en estudios de Europa y Asia. Se presenta el siguiente caso: Femenino 39 años de edad antecedente de Esquizofrenia paranoide en tratamiento con risperidona. Inicia padecimiento 2 meses previos a internamiento con ataque al estado general, sequedad bucal, disnea de medianos esfuerzos, edema de ambos miembros pélvicos, progresivo, ascendente, no doloroso, hasta pared abdominal dificultando ambulación, agregándose ortopnea, disnea paroxística nocturna y tos, acude a urgencias. A su ingreso pulsioximetría hasta 82%, IY GIII, S3 audible, edema ya descrito. Radiografía torax con cardiomegalia GII aumento de cono de la pulmonar. Durante hospitalización se realiza ecocardiograma transtorácico el cual reporta FEVI normal, HAP moderada (54 mmHg), dilatación importante de cavidades derechas, derrame pericárdico de 600 cc aproximadamente, separación epi-pericardio 1.9 cm sin taponamiento. Se realiza pericardiocentesis extrayendo líquido amarillo setrino, se envían muestras a patología, cultivo y prueba para TB descartando proceso infeccioso y neoplásico. Se realiza angioTAC sin evidencia de tromboembolia pulmonar. Se realiza perfil reumatológico con ANA positivos (1:80) anti Ro positivo

y anti La positivo, Anti DNA (-) C3C4 normales, Se realiza biopsia de glándula salival en el cual se reporta infiltración linfocitaria, por lo que se confirma diagnóstico de síndrome de Sjogren. **Conclusiones:** Son pocos los estudios realizados en afección cardiaca como manifestación extraglandular del síndrome de Sjogren. El diagnóstico diferencial con otras patologías autoinmunes como el Lupus Eritematoso Sistémico es de vital importancia. En este caso no se encontró afectación articular, renal, cutánea, neurológica ni hematológica. Se ha reportado que la regurgitación valvular, el derrame pericárdico, la hipertensión pulmonar y el aumento del índice de masa del ventrículo izquierdo ocurren con una frecuencia desproporcionadamente alta en pacientes con síndrome de Sjögren primario con clínica silente. Por lo tanto, es posible que sea necesario realizar estudios ecocardiográficos en estos pacientes de manera rutinaria pues mejora la sobrevivencia.

Palabras clave: Sjogren, derrame pericardico.

Folio: 0059

Tema: Cardiología

Asociación de niveles de homocisteína, arterias coronarias con enfermedad aterosclerótica, niveles de colesterol en pacientes con síndrome coronario agudo en población derechohabiente del Centro Médico Issemym Toluca

Jiménez Sergio², Herrera Irais¹, Hernández Marco A.², Suárez Rodrigo²

¹ UAEH;² Centro Médico Issemym Toluca

Introducción: Actualmente la hiperhomocisteinemia (Hhcy) es considerada un factor de riesgo cardiovascular independiente, los pacientes con esta alteración, presentan niveles de marcadores de inflamación aguda elevados al parecer por daño endotelial. Su relación con el patrón lipídico y vasos afectados no se ha demostrado.

Metodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo en el que se incluyeron 57 pacientes consecutivos con diagnóstico primario de síndrome coronario agudo en cualquiera de sus formas, se obtuvieron del expediente las variables de estudio.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo. Se encontró una alta prevalencia de hiperhomocisteinemia, sin embargo, no existió correlación con el grado de afección coronaria ni con otros parámetros bioquímicos. Al separar los sujetos de estudio en 2 grupos, Hcy normal (2 arterias afectadas, en cuanto a la Hhcy el OR fue de 1.7, sin embargo, el IC95% no supero la unidad.

Conclusiones: A pesar de que no se encontró una correlación estadística entre los niveles de homocisteína (hcy) y las variables estudiadas, si existe una

alta prevalencia de sujetos con Hhcy entre la población con SICA, además llamó la atención la diferencia estadísticamente significativa entre la presencia de hipertensión arterial sistémica en el grupo de pacientes con Hhcy.

Palabras clave: homocisteína, infarto, riesgo cardiovascular, hiperhomocisteinemia.

Folio: 0061

Tema: Cardiología

Dolor anginoso secundario a uso de ergotamina

Ortega María José, Zarate Larissa Margarita, Diaz Enrique, Rodríguez Federico

Hospital Angeles del Pedregal

Se trata de paciente femenino de 44 años, con antecedente de hipertensión arterial sistémica de reciente diagnóstico (Diciembre 2017) con buen control de cifras tensionales únicamente con medidas higiénico dietéticas, migraña de larga evolución (1985) que suele tratarse con anti inflamatorios no esteroideos no mas de 2 veces por mes. Inicia cuadro caracterizado por cefalea de tipo migrañoso en hemicraneo izquierdo con intensidad 9/10 por lo que se auto medica con 6 tabletas de ergotamina+ cafeína (dosis total 6 g/600 mg) 20 minutos posterior a esto presento dolor torácico de tipo opresivo intensidad 7/10 con irradiación a mandíbula, diaforesis y nausea, tensión arterial de 160/100 mmHg motivo por el cual acude a valoración al



servicio de urgencias. Se realizo abordaje para descartar infarto agudo al miocardio encontrando enzimas cardiacas negativas y electrocardiograma en ritmo sinusal, 60 lpm, sin datos de isquemia o lesión recibiendo manejo con acido acetilsalicilico/clopidogrel 100/75 mg via oral c/ 24 h, enoxaparina 40 mg subcutaneo c/ 24 horas, ibuprofeno 400 mg via oral cada 6 h y metoprolol 50 mg vias oral c/ 12 h. Se completo abordaje con toma de ecocardiograma transtoracico con datos de disfunción diastólica ligera, FEVI 60%, sin datos de isquemia, por ultimo se solicito un test de esfuerzo con MIBI dipiridamol sin evidencia de isquemia, FEVI 84% y datos de ventriculo izquierdo pequeño sugestivo de cardiopatía hipertensiva crónica. Se mantuvo en vigilancia por 24 horas sin nuevos eventos de dolor precordial por lo que se decidio su egreso a domicilio para continuar en vigilancia por consulta externa.

Palabras clave: dolor toracico, ergotamina, femenino, hipertension arterial sistemica.

Folio: 0062

Tema: Gastroenterología

Relacion de la cistatina C con el filtrado glomerular valorado por CKD-EPI y MDRD en pacientes con insuficiencia hepática cronica descompensada secundaria a etilismo

Hernández Daniela, García Victor Hugo¹, Huerta Saúl, Becerra Ernesto, Zamora Laura Elena,

Arista Nayeli Xendali, Sánchez César², Garro Ana Karen

¹ Hospital General de Tlahuac; ² Hospital General Ticoman

Introducción: La cistatina C ha demostrado ser más sensible para la detección inicial de la disfunción renal en comparación con la creatinina reflejando mejor la tasa de filtración glomerular. Este estudio intenta demostrar la relación de la cistatina C con el filtrado glomerular valorado por CKD-EPI y MDRD en pacientes con falla hepática crónica descompensada secundaria a etilismo. **Objetivo:** Determinar la relación de la cistatina C con el filtrado glomerular valorado por CKD-EPI y MDRD en pacientes con insuficiencia hepática crónica secundaria a etilismo. **Material y método:** ensayo transversal analítico, se estudiaron 30 pacientes del Hospital General de Xoco y Tláhuac de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, se tomaron laboratorios y se calcularon escalas de severidad y de estimación de la TFG. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 20 y STATA. **Resultados:** encontramos una correlación negativa entre la cistatina C, CKD-EPI ($p=0.0002$) y MDRD ($p=0.0002$) y positiva con los niveles de creatinina ($p=0.0007$). **Conclusiones:** Existe una correlación positiva entre cistatina C y la TFG valorado por CKD-EPI / MDRD en pacientes con in-

suficiencia hepática crónica secundaria a etilismo. **Perspectivas:** La insuficiencia hepática crónica es una patología de alta prevalencia en nuestro país, la esperanza de vida de los pacientes que presentan lesión renal aguda disminuye, se ha comprobado que la cistatina C podrían predecir de manera más precoz el daño renal que pueden presentar estos pacientes y de esta manera iniciar la terapéutica adecuada mejorando la esperanza de vida

Palabras clave: insuficiencia hepática crónica, creatinina, cistatina C, CKD-EPI, MDRD.

Folio: 0063

Tema: Nefrología

Hemorragia talámica secundaria a hipertensión renovascular por riñón pélvico

Aquino Jorge Eduardo², Díaz Marco Antonio¹, García Jesús Ricardo², Pineda María Fernanda²

¹ Hospital General Milpa Alta;

² Hospital General Dr. Manuel Gea González

Caso: Mujer de 46 años con antecedente de hipertensión arterial de difícil control desde los 35 años de edad. Acudió a Urgencias por presentar debilidad de hemicuerpo izquierdo, dislalia y astasia de 8 horas de evolución. Se encontró con TA de 200/120 mmHg. En la exploración física estaba alerta, con síndrome piramidal denso, proporcionado izquierdo. Cardiopulmonar sin alteraciones. TAC de cráneo evidenció

hemorragia talámica derecha. Laboratorios generales y perfil hormonal (tiroideo y cortisol) normales. USG renal reportó riñón pélvico derecho con asimetría y Doppler por arriba de parámetros establecidos, sugerentes de hipertensión renovascular. TAC de abdomen simple reportó riñón pélvico derecho, dolicoaorta y alargamiento de la arteria renal derecha. Evolución clínica satisfactoria, se refirió para completar abordaje en Hospital de tercer nivel. **Discusión:** El 5-10% de los pacientes con hipertensión tienen la forma secundaria (con una causa identificable) y en menores de 40 años usualmente responden al tratamiento específico. La hipertensión de origen renovascular en adultos tiene una prevalencia de 1 a 8% entre hipertensos y la forma aterosclerótica es la más frecuente. El abordaje por imagen requiere USG Doppler, TAC y/o RMN, de confirmarse entonces se deriva a angiografía renal por hemodinamia. En este caso, los estudios complementarios determinarán el tratamiento definitivo (stent, revascularización o nefrectomía). La manifestación hemorrágica cerebral por hipertensión descontrolada en este caso, sugirió el cuadro de hipertensión secundaria y el abordaje reveló una causa poco frecuente en adultos jóvenes. **Conclusión:** El diagnóstico y tratamiento de las causas de hipertensión

secundaria pueden tener buen desenlace clínico.

Palabras clave: hipertensión, renovascular, riñón, pélvico, hemorragia, ectopia.

Folio: 0064

Tema: Cardiología

Síndrome de Tako-Tsubo. Primer caso reportado en el Hospital Universitario de Puebla

Borges Jesús Samuel, Villegas María Soledad Beatriz
Hospital Universitario de Puebla

Introducción: El síndrome de Tako-Tsubo o también conocido como síndrome de corazón roto o cardiomiopatía por estrés se presenta en menos del 1% de los pacientes con síndrome coronario agudo, predominando en mujeres postmenopausicas y es causado por estrés emocional debido a una descarga simpática exagerada que provoca espasmo coronario y disfunción vascular. Se caracteriza por dolor precordial, alteraciones electrocardiográficas, enzimáticas, ausencia de obstrucción coronaria y una típica discinesia anteroapical e hipercinesia basal transitoria del ventrículo izquierdo que simula a una trampa de pulpos japonés llamado "Tako-Tsubo". **Reporte de caso:** Femenino de 50 años sin antecedentes de importancia que inició el día 18/03/18 posterior a estrés emocional, con dolor precordial súbito, opresivo, intensidad

10/10, irradiado a cuello, mandíbula y miembro torácico izquierdo, agregándose diaforesis y disnea, siendo llevada a urgencias, realizando electrocardiograma y perfil cardíaco, evidenciando IAMSEST en cara anteroseptal, con elevación de troponina I de 3.17 ng/dl, indicando realización de cateterismo cardíaco sin evidenciarse lesiones coronarias, presentando en ventriculograma zona de discinesia antero-apical con resto de movilidad segmentaria normal, concluyendo diagnóstico de síndrome de Tako-Tsubo, realizando posteriormente ecocardiograma transtorácico y electrocardiograma, encontrándose sin alteraciones, por lo que fue egresada a los 3 días por mejoría clínica. **Discusión y conclusión:** El caso anterior se reporta en un bajo porcentaje, no habiendo documentado un caso similar en nuestro Hospital. La paciente cumple criterios de un síndrome coronario agudo, teniendo como principal desencadenante un evento estresante, evidenciando posteriormente las alteraciones características del síndrome de Tako-Tsubo. Una vez diagnosticada dicha patología debe indicarse tratamiento mediante B-bloqueadores, IECA, y continuar manejo en servicio de psiquiatría y cardiología.

Palabras clave: Takotsubo, síndrome coronario agudo, corazón roto, discinesia anteroapical, cardiomiopatía por estrés, cateterismo cardíaco.

**Folio: 0065****Tema: Infectología****Infección por *Mycobacterium intracellulare* multidrogoresistente en paciente con VIH**

García Iveth Eunice, Muñoa Eduardo Daniel, Pérez Aldo Alfredo, García Francisco Isai, Rodríguez Benigno Emmanuel
Hospital Juárez de México

Masculino de 19 años, originario del Estado de México, sin crónico degenerativos ni antecedentes de relevancia, IVSA a los 18 años, NPS1 MSM, sin uso de método de barrera, sin pruebas de escrutinio previas para enfermedades de transmisión sexual. Inicia su padecimiento una semana previa a su ingreso con petequias en miembros inferiores no asociadas a traumatismo, astenia, adinamia y mal estado general además de evacuaciones diarreas de consistencia líquida sin moco ni sangre, que se autolimitaron al tercer día. Al interrogatorio dirigido presenta pérdida ponderal de 8 Kg en 3 meses. A la EF neurológico y cardiopulmonar sin compromiso, con hepatoesplenomegalia, condilomas en pene y petequias. Se decide su ingreso a medicina interna y se reportan los siguientes resultados: Hb de 11.5, VCM 80.5, plaq 30 mil, leucos 3350, linfos 500 y neutros 2200, Cr 0.3, BUN 20, U 30, Na 137, K 3.8, Cl 100, Radiografía de tórax y de abdomen sin alteraciones, panel viral con reactividad para VIH y conteo de CD4/CD8 de 3

células, se realiza mielocultivo con Tinción de Ziehl Neelsen positiva en MO, se inicia DOT-BAL y se decide su egreso por mejoría clínica; sin embargo reingresa 3 semanas posteriores por persistencia de fiebre, se recaba reporte preliminar de mielocultivo con crecimiento de una "mycobacteria", se realizan hemocultivos en serie de 3, BAAR en expectoración, Ag de cryptococo sérico y Ag de histoplasma en orina negativos. Se obtiene el reporte definitivo de mielocultivo con crecimiento de *Mycobacterium intracellulare* y tinción de Grocott positiva para levaduras por lo que se inicia tratamiento con claritromicina, etambutol y rifampicina así como itraconazol, sin embargo a las 2 semanas de tratamiento persiste febril, por lo que se realiza TAC de tórax y abdomen con actividad ganglionar paraaortica y abdominal de 0.3 y 0.5cm; por dolor abdominal y evacuaciones diarreas se realiza endoscopia que reporta en la biopsia duodenitis crónica asociada a bacilos ácido alcohol resistentes intracelulares; se presentar a cirugía general para toma de biopsia de los ganglios sin embargo por localización no es posible la biopsia; siguiendo el protocolo de fiebre de origen desconocido en VIH se realiza un 2º mielocultivo con positividad para M. Intracellulare con resistencia a claritromicina y rifampicina, sensible a ciprofloxacino y amikacina por lo

que se inicia dicho manejo remitiendo la fiebre. Los casos de infección por MAC se presentan hasta en el 40% de los pacientes con SIDA en ausencia de una terapia antiretroviral efectiva, su incidencia global ha disminuido mas de 10 veces desde el inicio de esta, su forma de presentación más común es diseminada y multiorgánica como en nuestro paciente; se deben repetir los cultivos para MAC a las 4 a 8 semanas de iniciado el tratamiento en los pacientes que no tengan una respuesta clínica adecuada así como un test de susceptibilidad a claritromicina para inicio de régimen multidroga en caso de resistencia a los mismos.

Palabras clave: infección, *Mycobacterium intracellulare*, resistencia, VIH, claritromicina.

Folio: 0066**Tema: Endocrinología****Insulinoma como causa de crisis convulsivas en un paciente joven**

Briseño Ozzel Emmanuel
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El primer insulinoma fue descrito en 1927, tras experimentación de síntomas de neuroglucopenia por períodos largos de ayuno. Son tumores funcionales más frecuentes de las células de los islotes. En más del 80% de los casos se trata de tumores solitarios y benignos de curso insidioso. Los pacientes pueden soportar

los síntomas de hipoglucemia durante años antes de solicitar asistencia médica, hasta 2 años.

Objetivo: Conocer una forma poco común de presentación inicial de insulinoma con crisis convulsivas por neuroglucopenia. Asociar el protocolo de hipoglucemia en el adulto.

Caso Clínico: Masculino de 28 años de edad, diagnóstico de migraña con aura. Se refiere lipotimia tres meses previos a su padecimiento, asociado a una determinación de glucometria capilar de 45 mg/dL. Inicia padecimiento con cefalea sin presencia de aura, de intensidad 5/10, holocraneal, pulsátil, refiriendo nauseas durante 40 minutos. Se agrega agitación y desorientación, junto con fasciculaciones faciales, pérdida de alerta con crisis convulsivas tónicas de 1 minuto de duración, tratado con anticomiciales y administración de soluciones glucosadas, con recobro del estado de alerta aparentemente somnoliento y nuevamente un lapso de 4 episodio de crisis con una duración de 1 a 2 minutos, comprometiendo ventilación por lo que se da manejo avanzado de la vía aérea. Se manejó con barbitúricos y soluciones glucosadas intravenosa mientras se mantenía en ayudo por persistencia de glucemia central de 60 mg/dL. Se le realiza TAC de cráneo sin evidencia de lesiones estructurales. Estudios complementarios: EEG leve a moderada disfunción cortical generalizada y sin actividad epi-

leptiforme. IRM sin evidencia de lesiones estructurales. LCR citológico y bioquímico sin alteraciones, estudio de tinciones negativos y panel viral negativo. Se retira ventilación mecánica exitosamente y sin evidencia de alteraciones neurológicas, continuando manejo ambulatorio con levetiracetam. En dos meses posteriores presenta una nueva crisis precedida de agitación, desorientación y convulsión tónica de 30 segundos con reporte de glucometria capilar de 30 mg/dL con mejoría a la administración de soluciones glucosadas intravenosas. Presentando tres crisis más durante los siguientes seis meses y confirmación de glucemia sérica de hasta 19 mg/dL. Se hace estudio para Hipoglucemia en adultos, con ayuno de 72 horas, presentando nuevamente cuadro de crisis descrito, realizando toma de medición de glucosa (38 mg/dL), insulina (39.2mcU/mL) y péptido C (14.6 ng/dL). Se realiza IRM de abdomen que reporta en T1 lesión hipointensa, redondeada de 10 mm hacia la unión de cuerpo y cola de páncreas, con captación al medio de contraste (gadolinio). Al paciente se le practico enucleación quirúrgica, ya con ocho meses posteriores al procedimiento no ha presentado nuevamente cuadro de crisis convulsivas, ya sin manejo con anticomiciales desde tres meses, continua en seguimiento. **Conclusiones:** Se expone el caso de paciente con insulinoma y una presentación

clínica inicial poco común, siendo las crisis convulsivas hipoglucémicas raras como expresión de neuroglucopenia. Por el mismo motivo no es tomada en consideración al principio del protocolo de estudio y por lo que se extendió por meses su diagnóstico final. El insulinoma esporádico, que suelen presentar un adenoma único, el tratamiento de elección es la enucleación quirúrgica con una tasa de recurrencia en estos pacientes es baja, generalmente inferior al 10%. Los insulinomas pueden ser malignos (aproximadamente el 5%) estos son los que presentan invasión local o de los ganglios linfáticos, o metástasis en órganos remotos, por lo que su seguimiento es importante.

Palabras clave: insulinoma, convulsiones, hipoglucemia.

Folio: 0067

Tema: Neurología

Meningoencefalitis herpética en el tercer trimestre de gestación: reporte de caso

Espinosa Ana Isabel, Ortiz Mariana, De la Maza Salvador, Juárez Paulina, Hernández Ana Karen, Alvarado José Alfredo
Hospital Central Ignacio Morones Prieto

Introducción: La encefalitis/meningoencefalitis es una emergencia médica que se caracteriza por la presencia de fiebre, estado mental alterado, anormalidades neurológicas focales y crisis epilépticas



con o sin signos meníngeos. El virus de herpes simple es la principal causa, por lo cual ante este síndrome es indispensable el inicio de aciclovir. Su frecuencia aumenta en el tercer trimestre de gestación; los principales diagnósticos diferenciales son trombosis venosa cerebral y eclampsia. En el abordaje diagnóstico es indispensable la punción lumbar y la resonancia magnética y en el diagnóstico etiológico la PCR viral en líquido cerebrospinal. La mortalidad va desde 30-80%. **Caso clínico:** Mujer 19 años cursando primer embarazo intrauterino de 24 semanas. Inicia 4 días previos a su ingreso con cefalea bilateral de intensidad 9/10, fiebre, náusea y vómito, 1 día previo al ingreso presenta crisis tónico clónico generalizada motivo por el que acude a valoración. A su ingreso somnolienta, desorientada, rigidez de nuca, fondo uterino 20cm, FCF 140lpm. Previa TAC de cráneo se realiza punción lumbar en la cual se encuentra presión de apertura de 7cmH₂O, líquido claro, con 720 leucocitos, 75% mononucleares, 25% polimorfonucleares, eritrocitos 123, hiperproteinorraquia 101.1mg/dL, normogluorraquia 38mg/dL (glucemia 76mg/dL). Con diagnóstico sindromático de meningoencefalitis y se inicia tratamiento con aciclovir 10mg/kg cada 8 horas y tratamiento empírico de meningitis bacteriana aguda incluyendo

dexametasona 0.15mg/kg cada 6 horas. Se solicita resonancia magnética en la cual se observa hiperintensidad de lóbulos temporales. PCR Virus Herpes Simple 1 positiva. Se suspende tratamiento de meningitis bacteriana y se continúa con aciclovir. La paciente presenta deterioro y posterior fallecimiento. **Conclusiones:** meningoencefalitis herpética es una emergencia médica con alta mortalidad pesar de tratamiento adecuado. La sospecha clínica es suficiente para iniciar tratamiento.

Palabras clave: meningoencefalitis, VHS, aciclovir.

Folio: 0068

Tema: Gastroenterología
Estenosis esofágica por ingestión de cáusticos

Aquino Jorge Eduardo², Díaz Marco Antonio¹, Ruffino Yulia¹, García Jesús Ricardo², Pineda María Fernanda²

¹ Hospital General Milpa Alta;

² Hospital General Dr. Manuel Gea González

Caso: Mujer de 19 años sin antecedentes, quien acudió a Urgencias 8 horas después de ingestión voluntaria de sosa cáustica por intento suicida. Presentó náusea sin vómitos, dolor retroesternal y psialorrea. A la exploración se con eritema en mucosa oral y psialorrea acuosa; resto sin alteraciones. Laboratorios generales normales. Endoscopía reportó esófago con distensibilidad alterada,

disminución del diámetro en todo su trayecto y sin peristalsis, exudado blanco espeso (Mara-tka III) y estómago con eritema intenso. Se mantuvo en ayuno por 14 días, con alimentación parenteral y se realizó esofagograma que reportó disminución de la luz en tercio medio. Evolución clínica satisfactoria, se progresó de dieta líquida a papillas y se dio alta. Endoscopía de control al día 35 del evento reportó bandas cicatrizales que condicionan estenosis del 60%, 80% y 90% a los 20, 22 y 31 cm respectivamente. Se refirió a hospital de tercer nivel para dilataciones esofágicas. **Discusión:** La ingestión por cáusticos es una entidad poco frecuente. En EEUU se reportó 66,000 exposiciones a corrosivos en 2013 (4000 a álcalis la verdadera prevalencia de ingestión y complicaciones (estenosis) es desconocida. Los niños entre 2 a 6 años suelen presentar ingestiones accidentales y las personas entre 30 a 40 años por intento suicida. Los álcalis producen necrosis licuefactiva en todos los niveles del tracto gastrointestinal. El 10% requieren intubación por lesiones laríngeas severas. La endoscopía se realiza en las primeras 48 horas (no antes de 6 horas por riesgo de perforación) y después de los 15 días. El 80% presentan estenosis en las primeras 6 semanas (o hasta un año). El manejo requiere hidratación, dosis altas de IBP, antimicrobianos y nutrición parenteral total.

El uso de esteroides es controversial y los eméticos están contraindicados. **Conclusión:** La ingestión de cáusticos es un evento potencialmente devastador, con escasa experiencia clínica e incertidumbre en el manejo clínico óptimo.

Palabras clave: suicida, sosa, cáustica, maratka, esofagitis, estenosis.

Folio: 0069

Tema: Reumatología

Asociación de dolor abdominal en pacientes con poliangeitis microscópica debido a lesión vascular intestinal. Reporte de un caso

Medina Paulina

Instituto Mexicano del Seguro Social

Mujer de 64 años de edad originaria de la CDMX, residente de la CDMX, actualmente pensionada, casada; católica. Antecedentes heredofamiliares: Antecedente de Cáncer Gástrico por parte de Rama paterna, padre finado por dicha causa y tiene un hermano con cáncer gástrico. Antecedentes personales patológicos: -Crónico degenerativos: • Hipertensión Arterial Sistémica desde hace 20 años en tratamiento actual con amlodipino de 5 mg VO cada 24 hrs • Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace 6 años en tratamiento con Insulina NPH 10-10-7 • Esófago de Barret desde hace 12 años en seguimiento endoscópico cada 2 años, el último hace 1

año, aparentemente normal • Disgenesia Renal – Riñón en Herradura -Alergias: preguntado y negado -Quirúrgicos: • Histerectomía total hace 35 años secundaria a miomatosis uterina • Po Hernia hiatal hace 12 años. -Hospitalizaciones previas: preguntado y negado -Traumatismos: fractura de rodilla derecha, con tratamiento quirúrgico -Trasfusiones: positivo hace aproximadamente 40 años, debido a un embarazo ectópico; sin reacciones adversas -Tabaquismo: positivo desde los 25 años hasta los 54 años a razón de 5 cigarrillos diarios con un IT 7.25 -alcoholismo: preguntado y negado, -Toxicomanías : interrogado y negados Antecedentes Gineco-obstétricos: FUM hace 35 años, P2C0A0 1 embarazo ectópico. Paciente que inicio el día viernes 25 de mayo de 2018 aproximadamente a las 7:00 pm, con dolor abdominal tipo cólico en epigastrio que se irradia a hipocondrio izquierdo, de intensidad 10/10, que no disminuye con posición pero si aumenta, además de que refiere haber tomado espavem sin embargo no cede el dolor, se acompaña de nauseas y vómito en 5 ocasiones, refiere solo "saliva", posteriormente se agrega dermatosis en miembros superiores de tipo maculas eritematosas, no pruriginosas, las cuales se generalizan a los miembros inferiores y a hemitórax posterior, motivo por el cual acude a esta unidad. *Signos*

vitales: TA 140/80 mmHg FC 75x FR 20 Temperatura 36°C, SO₂ 93%. *Somatometria:* peso 73 kg, talla 1.59 CM Ingresó el día 28 de mayo de 2018 consciente cooperadora orientada con leve palidez de tegumentos y piel, con leve estado de deshidratación de mucosa oral, en frente se observan lesiones petequiales, cuello sin adenomegalias, sin ingurgitación yugular, con ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad sin soplos audibles, tórax posterior y anterior con lesiones purpúricas no palpables, con movimientos de amplexión y amplexación conservados, murmullo vesicular presente sin alteraciones, sin sibilancias y estertores no se integra síndrome pleuropulmonar, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, doloroso a la palpación media y profunda en epigastrio e hipocondrio izquierdo, con esplenomegalia, peristalsis normoaudible, sin datos de IP, extremidades superiores e inferiores con lesiones tipo purpúricas no palpables, no dolorosas y no pruriginosas. *Laboratorios al ingreso de medicina interna:* 28 de mayo de 2018: Glucosa 167 mg/dl, urea 23, creatinina 0.64, Na 135, K 4.3 Cl 101, leucocitos 11.1, hemoglobina 16.3, hematocrito 49.8, plaquetas 175 mil, neutrofilos 8.4 El día 28 de mayo comienza con dolor abdominal nuevamente localizado en epigastrio, posteriormente con evacuaciones



tipo melena en 5 ocasiones, se realiza ENDOSCOPIA 30-05-18: esofago de barret com3, gastropatía eritematosa, lesión ulcerada infiltrante de segunda porción duodenal, con nuevos laboratorios con daño renal AKIN III, por lo que se decide pasar a hemodialisis de urgencia, posteriormente se toma biopsia de piel de lesiones purpúricas con resultado de reacción leucocitoclástica, que concuerda finalmente con la lesión a intestino y a nivel renal de manera rápidamente progresiva. se inicia tratamiento con esteroides, sin embargo fallece por daño renal y sangrado de tubo digestivo.

Palabras clave: dolor abdominal, vasculitis, purpura, isquemia, necrotizante, hemorragia.

Folio: 0070

Tema: Cardiología

Angioplastia coronaria percutánea en mujer nonagenaria: reporte de un caso

Cano Lilian Guadalupe, Jimenez Diego Francisco

Hospital General de México

La esperanza de vida de las personas ha aumentado en los últimos años, como resultado la prevalencia nonagenarios, con el diagnóstico de síndrome coronario agudo tipo infarto con elevación del segmento ST ha aumentado. La evidencia sobre el tratamiento con intervención coronaria percutánea (ICP) primaria en estos pacientes es poca y su uso es controversial.

Muchos estudios retrospectivos han revisado el tratamiento con ICP primaria en octogenarios, concluyendo que una ICP primaria exitosa, puede reducir mortalidad a corto y largo plazo. **Caso clínico:** Mujer de 93 años con hipertensión arterial, antecedente de evento vascular cerebral de tipo isquémico tres meses previos a padecimiento actual Inicia a las 16:00 horas, al estar en reposo, con dolor precordial, de tipo anginoso es llevada a unidad médica a las 17:20 horas, en donde se toma un electrocardiograma de 12 derivaciones encontrando ritmo de la unión con frecuencia cardíaca de 40 latidos por minuto y desnivel positivo del segmento ST en cara inferior (DII, DIII y AVF). Se inicio tratamiento con aspirina, enoxaparina, pravastatina, clopidogrel, y dopamina, presento inestabilidad hemodinámica y deterioro neurológico, con GLASGOW de 9 puntos, requiriendo manejo avanzado de vía aérea, se colocaco un marcapaso temporal, y se envía a hemodinamia en el contexto de código infarto donde realizan coronariografía a las 21:58 horas, encontrándose enfermedad arterial coronaria significativa de 2 vasos epicárdicos principales: coronaria derecha y descendente anterior, la coronaria derecha con oclusión total aguda e imagen de trombo grado 5 desde segmento medio, descendente anterior con lesión del 70% en segmento medio, flujo TIMI 3. se

realizó intervención coronaria percutánea a segmento medio de coronaria derecha con Stent Liberty 3.5X32MM con flujo final TIMI 2. Ingresa a terapia intensiva coronaria en donde se logró retiro de ventilación mecánica invasiva dentro de las primeras 24 horas de estancia, presenta adecuada evolución clínica por lo que se retira dopamina y marcapaso temporal, se traslada a piso de cardiología en donde inicia rehabilitación cardíaca, y movilización temprana, sin embargo presento delirium mixto, e infección de vías urinarias con cultivo positivo para E. Coli Blee, se cumple esquema de antibiótico con Imipenem y terapia de rehabilitación presentando resolución de delirium e infección de vías urinarias, por lo que se decide su egreso con seguimiento por parte de geriatría y rehabilitación cardíaca. **Conclusiones:** En base a la evidencia actual, la decisión de realizar una ICP primaria a un paciente nonagenario, no se debe basar solamente en la edad, se debe evaluar el beneficio de cada paciente de manera individual, asesorar si es candidato a la revascularización, y se tiene que tomar en cuenta de las posibles complicaciones que se pueden presentar durante y posterior al procedimiento. Continúa siendo un tema controversial y se necesitan más estudios en pacientes octogenarios y nonagenarios con infarto para realizar una recomendación

concluyente sobre si realizar ICP primaria o trombólisis.

Palabras clave: síndrome coronario agudo, angioplastica, cateterismo, angina, nonage-narios.

Folio: 0071

Tema: Reumatología

Anemia hemolítica como manifestación inicial de lupus eritematoso

Gomez Eliezer Tomas, Grageda Daniel Octavio, Mercado Jaime
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Especialidades No.25, Centro Médico Nacional Noreste, Monterrey Nuevo León

Introducción: El LES es una enfermedad multisistémica autoinmune afecta mujeres 90% con incidencia 15:1 encontrándose en hombres mayor afección renal cutáneo citopenias serositis afección neurológica trombosis enfermedad cardiovascular hipertensión y vasculitis La AHAI afecta 10% se manifiesta con anemia reticulocitosis DHL elevada hiperbilirrubinemia indirecta Coombs directo positivo haptoglobina disminuida y esferocitos en FSP puede o no estar acompañada de otras manifestaciones sistémicas. El diagnóstico es por medio de anticuerpos. El manejo de la hemólisis de forma inicial es con pulso de esteroides o inmunoglobulina en cuanto se determina causa. **Caso clínico:** Masculino 47 años con

antecedente de Hipertensión arterial inicia con presencia de disnea de grandes esfuerzos de una semana de evolución de curso progresivo, así como ictericia y palidez mucocutánea generalizada acudió a urgencias donde detectaron Hb 2 con datos de anemia hemolítica autoinmune e insuficiencia respiratoria ameritando intubación orotraqueal Exploración Física Palidez mucocutánea e ictericia generalizada taquipnea Crepitos generalizados Se inicio Metilprednisolona en pulso 3 días y posterior Prednisona vía oral Laboratorios leucocitos 20740 neutrófilos 16600 linfocitos 2500 urea 132 bun 62 creatinina 2.6 bt 5.6 bd 1.9 bi 3.7 tgp 152 tgo 299 fa 79 dhl 2198 reticulocitosis 12% frotis de sangre periférica con normoblastos EGO no protei-nuria Ultrasonido abdominal sin alteraciones Panel viral negativo Perfil tiroideo normal EKG taquicardia sinusal ANAS DNADC RO LA ACL BETA2GPI cardiolipina C y P ANCA RNP negativo SM 48.7 positivo C3 11 C4 5 Prots orina 24h 150mg día Tomografía abdominal sin alteraciones Ecott sin derrame pericárdico Se manejó con rituximab y Prednisona 1mg/kg/día y posterior disminución de la dosis así como Cloroquina de mantenimiento Se realizo protocolo de extubación sin eventualidades Neurológicamente integro. **Conclusiones:** El caso permite concluir que el LES es un diagnostico que

podría sospecharse en un paciente masculino con AHAI dada su baja prevalencia 15:1 Mujer a Hombre al no encontrar otra causa que justifique la misma y que ante un resultado negativo de ANAS y antidnadc no podemos descartar LES, asimismo la presencia de C3 y C4 disminuido, ausencia de linfopenia, trombocitopenia no permiten descartar el diagnostico de lupus hematológico, en el caso de la falla renal aguda en ausencia de proteinuria en el ego y depuración se dejó manejo con líquidos sospecha que la causa era por hemólisis vigilando la función renal cursando con mejoría de la misma. los anticuerpos Sm son específicos 55-90% los cuales resultaron positivos en este paciente

Palabras clave: hemolisis, reticulocitosis, normoblastos, trombosis, rituximab, linfopenia.

Folio: 0072

Tema: Hematología

Abordaje diagnóstico en paciente con síndrome hipereosinofílico idiopático

Osorio Jorge Rafael, García Carlos Alberto, Gayosso Julieta Laura

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Los síndromes hipereosinofílicos son un grupo de enfermedades caracterizadas por un recuento de eosinófilos > 1500 y evidencia de manifestaciones orgánicas atribuibles



a la eosinofilia. Este tipo de síndromes son pleomórficos en cuanto a manifestaciones clínicas y puede verse exacerbado por alergias, enfermedades reumatológicas, infecciones por helmintos o parásitos, infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana neoplasias gastrointestinales e incluso primaria como neoplasias mieloides hasta manifestarse de una forma idiopática. Los corticosteroides son la primera línea de tratamiento para este tipo de síndromes con Prednisona 1 mg/kg o metilprednisolona 1 gr por día, así mismo se puede añadir anticuerpos monoclonales e inhibidores de la Tirosin cinasa. **Caso clínico:** Masculino de 53 años de edad previamente sano el cual inicia padecimiento actual con disfonía progresiva sin exacerbantes ni atenuantes agregándose disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos y desde entonces pérdida de peso a razón de 3 kg. Presenta exacerbación de la sintomatología añadiéndose afonía con tos en accesos disneizante no cianozante sin predominio de horario; se toma placa de tórax con infiltrado difuso bilateral y laboratorios en donde se evidencia leucocitosis (48,000) a expensas de 49% de eosinófilos a la exploración física solo con estertores bilaterales crepitantes. Se realiza tomografía de tórax contrastada con reporte de múltiples ganglios mediastinales con infiltrados bilaterales en ambas

bases pulmonares. Se comienza abordaje de eosinofilia severa realizando ecocardiograma el cual reporta hipertrofia moderada de VI y FEVI conservada de 42%, coprocultivos los cuales resultan negativos, así mismo cifras de IgE dentro de cifras normales. Se solicita Tomografía contrastada de abdomen la cual no muestra alteraciones. Panel viral y serología para Strongoloides los cuales son negativos. Se toman P- ANCAS y C- ANCAS reportándose negativos. El paciente presenta exacerbación de disnea persistiendo con cifras de leucocitosis a expensas de 56% de eosinofilos por lo que se decide realizar aspirado de medula osea reportando hiper celularidad (65%) eosinofilos 32%, células en forma de huso. Se refiere a CMN SXXI para realizar cariotipo el cual resultado negativo para FIP1L1-PDGFR, BCR-ABL1 y TEL-PDGFRB. La citometría de flujo no detectó poblaciones aberrantes de células T o B. Se solicitan niveles de vitamina B 12 en niveles limítrofes. Por sospecha de síndrome hipereosinofílico idiopático se decide iniciar con pulsos de Metilprednisolona 1 gr por 3 días continuando con Prednisina 1 mg/kg de peso durante un mes disminuyendo niveles de eosinofilos. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento por el servicio de hematología de CMN SXXI y acudiendo a citas mensuales al servicio de

Medicina Interna de nuestro hospital. **Conclusión:** Después de una evaluación completa hasta el 50% de los pacientes con HES no pueden clasificarse en una de las categorías y se consideran idiopáticos como en el caso del paciente ya presentado. Es importante que antes de iniciar la terapia con esteroides se debe descartar el origen infeccioso, ya que si se inicia injustificadamente la infección puede sobrellevar al paciente a un choque séptico. Es por eso que a nuestro paciente se descartó patología helmíntica, infecciosa e incluso de inmunodeficiencia adquirida. En el caso del paciente ya presentado se realizó hasta cariotipo para observar si existía alguna deficiencia genética que podría llegar a explicar la sintomatología que el presentaba; principalmente en el fue la pulmonar la cual es uno de los principales órganos afectados después de la epidermis. El síndrome hipereosinofílico es un reto diagnóstico para el médico internista ya que cuenta con múltiples patologías complejas causantes, de las cuales, debemos descartar una a una. **Palabras clave:** síndrome, hipereosinofílico, eosinofilia, mielodisplasias, idiopático.

Folio: 0075

Tema: Gastroenterología
Isquemia generalizada asociada a terlipresina

Revuelta Luis Alberto, Gutiérrez Jennifer, Jasso Juan Carlos

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Se trata de mujer de 66 años con antecedente de Lupus eritematoso generalizado inactivo e hipertensión portal no cirrótica (GVHP 9 mmHg) sin tratamiento actual. Acudió por vómito en posos de café y melena. EF: TA 60/40 (47 mmHg), FC 98 lpm, FR 20 rpm, T 36.5 °C, satO₂ 90 % neurologicamente integra, cardiopulmonar sin alteraciones, resto irrelevante. Gasometría arterial inicial con hiperlactatemia 7.5 mmol/L, Hb 11.7 g/dl, Electrocardiograma sin alteraciones, paso a área de choque, se reanimó con cristaloides, se administró omeprazol, ceftriaxona y 2 mg de terlipresina. Posterior administración de medicamentos previamente mencionados, presentó deterioro del estado de alerta (Glasgow 12), TA 200/110 mmHg, FC 140, FR 26, saturación no medible por isquemia acral, presencia de hemiparesia derecha, parálisis facial de característica central izquierda, dolor abdominal, estertores pulmonares generalizados en ambos hemitórax, presencia de livedo reticularis de distribución generalizada y cianosis acral. Gasometría control: pH 7.22, pO₂ 84.3 mmHg, pCO₂ 16.6 mmHg, HCO₃ 6.7 mmol/L, lactato 12.3 mmol/L, ECG: elevación significativa del segmento ST V2-V6, FC 150 lpm, ecocardiografía con acinesia en región inferior, FEVI 25 % (estimada) y radiografía de tórax compatible con edema agudo de pulmón. Por hipoxemia refractaria y dificultad respiratoria, se realizó intubación orotraqueal. Se realizó TAC de cráneo, tórax y abdomen en fase simple: cráneo sin alteraciones, datos de edema agudo de pulmón y probable colecistitis aguda. Ingresó a terapia intensiva presentando falla multiorgánica falleciendo a las 12 hr de su ingreso. Debido a que presentó datos de isquemia a nivel neurológico, cardíaco y cutáneo asociado a descontrol súbito de la tensión arterial posterior a la administración de terlipresina y con base en los efectos secundarios descritos previamente, se concluyó que se trató de una respuesta vasopresora sistémica excesiva debida a terlipresina.

Palabras clave: isquemia, terlipresina.

Folio: 0076

Tema: Reumatología

Detección de resistencia a la insulina evaluada por el índice metabólico Quantose-IR en pacientes con lupus eritematoso sistémico, del Servicio de Reumatología de la UMAE, CMN Manuel Ávila Camacho, IMSS Puebla

Pamela Soto Santillán^{1,2}, Mario García Carrasco^{1,2}, Claudia Mendoza Pinto^{1,2}, Pamela Munguía Realpozo^{1,2}, Socorro Mendez Martínez³, Alejandro Ruiz Arguelles⁴

¹ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Servicio de Reumatología de la Unidad Médica de Alta Especialidad, CMN Manuel Ávila Camacho, IMSS Puebla; ² Servicio de Reumatología de la Unidad Médica de Alta Especialidad, CMN Manuel Ávila Camacho, IMSS Puebla; ³ Coordinación de Investigación, IMSS Puebla; ⁴ Laboratorios Clínicos de Puebla

Antecedentes: Los pacientes con SLE presentan mayor prevalencia de resistencia a la insulina (RI) y síndrome metabólico (Sx Met) que los controles sanos de la misma edad y sexo. Los avances en la tecnología están permitiendo la evaluación para la prevención y la detección temprana de esas morbilidades. Quantose IR es una prueba de metabólica simple para IR basada en una sola muestra de sangre en ayunas y puede tener valor como un indicador temprano de riesgo para el desarrollo de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 (DM2). **Objetivo:** Evaluar el RI en mujeres con LES no diabético utilizando biomarcadores identificados mediante técnicas de metabólica de alto rendimiento. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, prolectivo, comparativo y homodémico en pacientes con lupus eritematoso sistémico con y sin síndrome metabólico, en el Servicio de Reumatología de la Unidad Médica de Alta Especialidad,



CMN Manuel Ávila Camacho IMSS Puebla. Se desarrolló un enfoque de metabolómica utilizando cromatografía líquida de rendimiento ultra alto junto con espectrometría de masas en tándem de alta resolución (UPLC-MS/MS) en muestras de suero de mujeres con LES no diabéticas. Las puntuaciones del índice de actividad (SLEDAI-2K) y de daño (SLICC), así como el grosor de la íntima-media carotídea (IMT), se determinaron en pacientes con LES. Los pacientes con una puntuación Quantose IR de ≥ 63 se definieron como IR. MetS se evaluó de acuerdo con los criterios NCEP-ATP III. **Resultados:** Se incluyeron 70 pacientes con LES con una edad media \pm DE de $39,3 \pm 10,6$ años y una mediana de duración de la enfermedad de 11 años (RIC: 8-14). Cuarenta y cinco de 70 (64.2%) y 27 (38.5%) pacientes con LES tenían RI y Sx Met, respectivamente. La mediana de la puntuación IR Quantose fue 69 (IQR 52.7-80.0). Los pacientes con RI tenían un índice de masa corporal (IMC) más alto que aquellos sin IR (27 vs. 23.7, $p = 0.001$). La hipertensión se encontró con mayor frecuencia en pacientes con RI (33,3% frente a 8,0%, $p = 0,02$). El índice SLICC y la actividad de la enfermedad no se asociaron con la puntuación Quantose IR. La prevalencia de un puntaje Quantose IR ≥ 63 fue mayor en pacientes con SM (81.5% vs 53.5%, $p =$

0.02). La puntuación IR Quantose también se correlacionó con el número de criterios del síndrome metabólico ($r = 0.35$, $p = 0.003$). Los valores IMT carotídeos no se correlacionaron con el índice IR.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, resistencia a la insulina, metabolómica.

Folio: 0077

Tema: Misceláneos

Pseudotumor inflamatorio pulmonar, en una paciente con enfermedad renal crónica en hemodialisis, hospitalizada en HGZMF 1 Dr. Abraham Azar Farah IMSS Campeche

Reséndiz Lidia Guadalupe, Tzec Ricardo Martin, Rosado Rodrigo, Zapata Juan Pablo, Romero Luis Enrique

IMSS Campeche HHZMF Dr. Abraham Azar Farah

Introducción: El pseudotumor inflamatorio pulmonar es raro. Descrito en 1939. De características inflamatorias, circunscrito, no encapsulado se considera no neoplásico, se caracteriza por crecimiento irregular de células inflamatorias; miofibroblastos, células plasmáticas, macrófagos, histiocitos. Su presentación es variable; en mesenterio, retroperitoneo, mucosa orofaríngea. En tórax se reporta de 0.04 a 1.2% en las toracotomías y representa el 0.7% de los tumores del pulmón. No se considera un proceso maligno. Su origen se relaciona con

respuesta inflamatoria crónica y focal a antígenos o infecciones pulmonares repetitivas. La presentación histológica tiene 3 formas histológicas: vascular mixoide, células fusiformes compactas o fibroso hipoceleular, sin diferencia clínica radiológica o pronóstico entre ellos. Edad de presentación es variable, sin predominio de género. Más frecuente en jóvenes, 60% de casos se presenta en menores de 40 años. Clínicamente puede cursar asintomático en el 50 a 70% de los casos; asociado a alteraciones respiratorias como disnea, dolor torácico, tos o hemoptisis en relación a su localización. La localización en el tórax es en zonas periféricas y en los lóbulos inferiores, la presentación intrabronquial es rara. En radiografía de tórax se observa lesión redondeada, bordes definidos y densidad homogénea. En la tomografía se observa una masa de bordes lisos o lobulados definidos o de patrón heterogéneo de realce tras el contraste. Pueden haber necrosis, cavitación, hemorragias. La resonancia magnética presenta señal intermedia en secuencias potenciadas en T1, hiperintenso en T2 y realce heterogéneo tras el contraste. El diagnóstico final suele ser por la obtención de biopsia guiada por tomografía. **Presentación del caso:** Femenino de 41 años de edad quien cursa con los antecedentes personales patológicos: Hipertensión arterial sistémica

de 10 años de diagnóstico en manejo actual con calcio antagonista y antagonista del receptor alfa-adrenérgico. Enfermedad renal crónica terminal en terapia de sustitución de la función renal en modalidad hemodiálisis. Secuelas de EVC isquémico en territorio de la arteria cerebral media izquierda con RANKIN 3. Obesidad. Inicia su padecimiento hace 2 meses con dolor de intensidad moderada en hemitórax derecho, EVA 6/10 intermitente, de características opresivo, sin mejoría del dolor con cambios en la posición, exacerbándose con la respiración profunda. Asociado a disnea de esfuerzo durante las exacerbaciones del dolor. Niega pérdida de peso, elevaciones térmicas. En la exploración física se aprecian runcus y disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho, ausencia de ruidos respiratorios en base pulmonar y matidez a la percusión ipsilateral. Con dolor a la palpación media en hipocondrio derecho. Hemograma con leucocitosis, elevación de reactantes de fase aguda y marcadores tumorales sin elevaciones significativas, tele radiografía de tórax observándose lesión con bordes curvos, contacta con pleura y disminución de ángulo costodiafragmático derecho, la Tomografía simple de tórax con derrame pleural derecho y una lesión sólida espiculada de aproximadamente 2 a 3cm, lodo biliar en vesícula,

ateroesclerosis abdominal. Se realizó biopsia guiada por TAC y el resultado con infiltrado linfoide heterogéneo sin signos histológicos de malignidad compatibles con pseudotumor inflamatorio en seguimiento por Neumología con control del dolor con sertralina y olanzapina. **Discusión:** Nuestra paciente con estado inflamatorio crónico, IRC en hemodialisis, EVC isquémico, cursó con dolor importante en abdomen hipocondrio derecho y en hemitórax, con presentación atípica por lo cual se realizó completo su protocolo y biopsia de lesión torácica guiada por Tomografía. Actualmente en tratamiento por Neumología, Nefrología y clínica del dolor. **Palabras clave:** pseudotumor inflamatorio pulmonar.

Folio: 0078

Tema: Hematología

Hemofilia adquirida en paciente masculino de 82 años

Torres Belem, Mendoza Marino, Ramírez Raul, Arana Julio Cesar
ISSSTE

La hemofilia adquirida es una enfermedad de muy poca frecuente presentación. El paciente habitualmente consulta con equimosis y hematomas extensos en la piel y tejido celular subcutáneo, anemia y en algunas oportunidades un sangrado grave, que si no se controla puede ser fatal hasta en el 20% de los casos. Se produce por un autoanticuerpo dirigido contra

el factor VIII de la coagulación y suele ocurrir en pacientes añosos sin historia de sangrados, pero también puede presentarse asociado a neoplasias, enfermedades autoinmunes, medicamentos y en mujeres jóvenes asociado al embarazo. Tiene un perfil de laboratorio característico con un tiempo de tromboplastina parcial activada (aPTT) prolongado, que no corrige con plasma normal, y niveles de factor VIII disminuidos. El tratamiento recomendado es muy específico, ya que para controlar el sangrado se utilizan agentes de puenteo (productos que sortean el efecto del inhibidor), factor VII recombinante activado o concentrado de complejo de protrombina activada, y medicación inmunosupresora para erradicar el autoanticuerpo. **Objetivo:** Identificar las principales manifestaciones clínicas en pacientes con hemofilia A adquirida, analizar la evolución y las opciones de tratamiento en pacientes que presentan dicha patología para evitar la hemorragia grave. **Exposición del caso:** Se trata de paciente masculino de 82 años de edad quien inicia su padecimiento actual 3 meses previos a su ingreso con la presencia de astenia, adinamia así como presencia de hematomas en miembros pelvicos bilateral a nivel de tobillos extendiéndose a región poplíteas, posteriormente con la presencia de hematomas en miembros torácicos bilateral



a nivel de antebrazo acompañado con disminución de la fuerza y arcos de movimiento hace 1 semana. Refiere pérdida involuntaria de peso de aproximadamente 6 kg en 2 meses motivo por el cual fue traído al servicio de urgencias llama la atención la presencia de hematomas extensos en extremidades, durante su estancia en urgencias presenta sangrado de tubo digestivo alto manifestado por melena. A su ingreso con Hb 5 mg/dl leucocitos 20.42 Hb 6.3 plaquetas 336 neutrófilos :73%, TP 14.3 Testigo TP: 12.1 INR:1.18 TTPa: No coagula, Fibrinógeno 47. Por sus alteraciones en los tiempos de coagulación se solicitan Factores de coagulación, se observa Factor VIII muy disminuido (1% de un rango de 70- 150%), se solicita inhibidor del Factor VIII el cual se encuentra positivo, (512 U, de un rango de 0.00- 0.001 U) por lo cual se concluye el diagnóstico de Hemofilia A adquirida, se solicita la valoración por servicio de hematología quien inicia manejo con rituximab. **Conclusiones:** La hemofilia adquirida (HA) o inhibidor adquirido contra el factor VIII (FVIII) es una enfermedad autoinmune infrecuente que se presenta como un sangrado súbito y grave en pacientes sin historia de coagulopatía previa. Se trata de una enfermedad hemorrágica producida por un autoanticuerpo específico contra el Factor VIII. El objetivo del tratamiento de la

HA es detener el sangrado con agentes hemostáticos, y erradicar el inhibidor, se considera tratamiento de primera línea la asociación de prednisona 1 mg/kg/día con ciclofosfamida 1.5-2 mg/kg/día por 4-6 semanas. El objetivo final es lograr la erradicación completa del inhibidor, lo que se consigue cuando el título del anticuerpo es menor a 0.6 U, y los niveles de FVIII son mayores al 50%.

Palabras clave: hemofilia adquirida, inhibidor adquirido FVIII, autoanticuerpo, hemorragia, prednisona, rituximab.

Folio: 0079

Tema: Gastroenterología
Hepatitis fulminante por virus de Epstein Barr

Cano Francisco, Garza Felipe, Rendon Erik Joel
Hospital Universitario, UANL

Se trata de paciente femenino de 32 años de edad con antecedentes personales de lupus eritematoso sistémico en tratamiento con prednisona 2.5 mg al día vía oral y metotrexate 15 mg por semana vía desde hace 4 año con buena respuesta clínica. Inicia padecimiento 15 días previo a su ingreso con astenia, adinamia, y anorexia, así como fiebre no cuantificada, 10 días previos al ingreso presenta dolor en hipocondrio derecho e ictericia y persiste fiebre, un día previo a su ingreso presenta alteración del estado de conciencia, caracterizada por lenguaje incomprensible

y estupor, por lo que acude a un hospital de primer nivel del cual refieren a la paciente a nuestra institución por sospecha de hepatitis aguda con encefalopatía hepática (niega ingesta de paracetamol al ingreso a esta institución se encuentra a una paciente estuporosa, desorientada en espacio y tiempo, con ictericia evidente, y dolor a la palpación en hipocondrio derecho, se solicitan estudios de gabinete, resultando con una elevación de transaminasas y fosfatasa alcalina 15 veces por encima del límite superior e INR en 7.58, Bilirrubinas en 21.4 a expensas de indirecta, US de abdomen muestra inflamación hepática, se solicita panel para hepatitis A, B y C resultando negativos, ELISA para VIH negativo; por cuadro clínico compatible con hepatitis fulminante se inicia terapia con N-acetilcisteína y bolos de metilprednisolona, y se ingresa a la unidad de cuidados intensivos, en los días posteriores presenta deterioro gradual del estado de conciencia hasta encontrarse en encefalopatía grado IV (estado comatoso), por lo que se boletina como emergencia "0" para trasplante hepático; se solicita PCR en tiempo real para citomegalovirus y para virus de Epstein Barr el cual se reporta positivo con 1824 copias/mL (.021 por ciento de hepatitis fulminantes son causadas por Virus de Epstein Barr, motivo de lo interesante y raro de este caso), el trasplante hepático

se realiza 4 días posterior a su ingreso hospitalario de un donante cadavérico, la paciente evoluciona favorablemente, recuperando el estado de conciencia 2 días posteriores a trasplante hepático, logrando su extubación y egreso de terapia intensiva 4 días posterior a trasplante, y alta a domicilio con terapia medica 10 días posteriores a trasplante hepático, a la fecha con seguimiento de la paciente por 21 días no ha presentado alguna complicación.
Palabras clave: hepatitis, Epstein Barr, trasplante hepático, N-acetilcisteína.

Folio: 0080

Tema: Cardiología

Evento vascular cerebral causado por mixoma cardiaco gigante

Garza Felipe, Cano Francisco, Benavides Mario Alberto
Hospital Universitario, UANL

Presentaremos el caso de un masculino de 31 años sin antecedentes médicos. Paciente inicia padecimiento al estar sosteniendo relaciones sexuales, pareja refiere que paciente inicia con dificultad para el habla (disartria y afasia severa) y hemiparesia fasciocorporal derecha 5/5 por lo que acude a hospital donde se le realiza tomografía de cráneo que se encuentra dentro de parámetros normales, por lo que se le realiza resonancia magnética nuclear de cerebro donde se encuentran multiples lesiones

isquémicas agudas en territorio de la arteria cerebral media, con un NIHSS de 18 por lo que se procede a administrar trombolisis IV con Alteplase, siendo esta parcialmente efectiva, con mejoría en afasia y mejoría en fuerza motora a 3/5, con un Rankin de 4 y NIH de 11. Se realiza dentro del abordaje inicial del paciente un ecocardiograma transtorácico donde se evidencia una masa en aurícula izquierda de 4.5x3.5 cm que protruye hacia VI durante sístole auricular sin involucro valvular, a demás se realiza ecocardiograma transesofágico con 3D, con apariencia ecocardiográfica de Mixoma auricular por lo que se solicita apoyo de servicio de cardiocirugía quien realiza excision quirúrgica del tumor, resultando una pieza quirúrgica de 5.2 x 4.1 x. 2x5 cm, a demás se coloca un parche de pericardio en septum interauricular para reparación del defecto en septum, el resultado histopatológico reporta un Mixoma auricular con histopatología positiva para expresión de Interleucina-6. Posterior a cirugía y una estancia de 2 días en terapia intensiva postquirúrgica, paciente pasa a sala general con una mejoría muy importante en hemiparesia, siendo esta 4/5, sin afasia, con una disartria muy leve, siendo el NIH de 4 al egreso y Rankin de 1. La originalidad del caso la evolucion tan favorable del paciente lo cual es característico de los eventos vasculares

cerebrales secundarios a tumores cardiacos, contrario al mal pronostico en casos por fibrilacion auricular o aterosclerosis carotídea.

Palabras clave: infarto cerebral, mixoma, comunicacion interauricular, ecocardiograma 3D, embolismo cerebral, tumor cardiaco.

Folio: 0081

Tema: Infectología

Osteomielitis secundaria a *Pasteurella canis*, a propósito de un caso

Santiago Héctor Lennin¹, Valente Benjamín², Alonso María Teresa², Moreno Francisco², Abascal Lucía³

¹ Universidad Veracruzana; ² The American British Cowdray Medical Center; ³ University Of California

Femenino de 20 años, sin antecedentes de importancia, sufre mordedura en pierna derecha por su perro, el cual cuenta con esquema completo de vacunación. El día de la mordedura recibió atención médica, con cierre primario de herida y antimicrobiano con dicloxacilina. A las 12 horas la paciente comienza a observar la presencia de secreción purulenta, cambios de coloración de la piel, y refiere presentar dolor a la movilización de la pierna derecha. A las 24 horas la paciente presenta cambios eritematosos más extensos, con aumento importante de la temperatura local y de vo-



lumen, con dolor intenso que imposibilita el apoyo de la extremidad derecha, acudiendo a una nueva valoración. A su llegada se retiran los puntos, se toman cultivos y se realiza limpieza profunda. Debido al dolor tan intenso aunado a la dificultad de la ambulación se realizó una resonancia magnética con gadolinio de las piernas, en donde se observó las estructuras óseas con morfología conservada, discreta cantidad de edema difuso en la medula, en el tercio proximal de la diáfisis tibial derecha indicativo de osteomielitis. Se concluye osteomielitis asociada a celulitis de la pierna derecha. Se decidió su ingreso a hospitalización para administrar clindamicina y levofloxacino intravenosos, más manejo del dolor. Dos días después de su ingreso se obtiene el resultado del cultivo en el cual se aisló *Pasteurella canis*. La identificación se realizó mediante MALDI-TOF MS con >99% de confianza. Con aislamiento y una buena evolución clínica, se decidió egresar a la paciente para continuar manejo con mismos antibióticos vía oral, completó 2 semanas de antibióticos con un desenlace favorable. Existen pocos reportes en la literatura acerca de osteomielitis por *Pasteurella*, debido a que se encuentra infradiagnóstica por su alta sensibilidad a betalactámicos y al uso de éstos como primera elección en el

tratamiento profiláctico en mordeduras de animales. La dicloxacilina no debe emplearse en el tratamiento.

Palabras clave: *Pasteurella*, canis, mordedura, perro, osteomielitis.

Folio: 0083

Tema: Hematología

Deterioro rostrocaudal en paciente con neoplasia hematológica

De la Maza Salvador, Espinosa Ana Isabel, Juárez Paulina, Patlán Hazel Ali

Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Hospital Central Ignacio Morones Prieto

Femenino de 18 años de edad sin antecedentes de importancia. Acude a urgencias por presentar un cuadro de 8 días de evolución caracterizados por dolor en brazo izquierdo y pierna derecha así como un cuadro de vómito de contenido gástrico hasta 3 veces por día. Inicia su cuadro a las 10:00 horas con disminución de la fuerza de brazo izquierdo y pierna derecha con posterior incapacidad para movilizar dichas extremidades. Acude a urgencias con TA 130/90 mmHg, FC 52 rpm, FR 18 rpm, Sao₂: 92%. Ingresar con somnolencia, reactiva a estímulos dolorosos, confundida con seguimiento de órdenes de manera parcial. Presentaba ptosis palpebral derecha, desviación externa e inferior del ojo derecho. Anisocoria con midriasis

derecha, pupila izquierda con reacción lenta a la luz. Reflejo nauseoso presente, disminución de fuerza de extremidad superior izquierda así como de ambas piernas (Glasgow de 9). A la exploración del fondo de ojo derecho se observa edema papilar así como hemorragias en llamas perivenosas. 5 minutos posterior a su ingreso presentó deterioro del estado de alerta (Glasgow de 4) por lo cual se realizó intubación orotraqueal. Se colocó sonda orogástrica encontrando sangre en posos de café. Posterior a realizar tomografía de cráneo la paciente presentó posturas de decorticación, pupilas midriáticas bilaterales no reactivas a la luz y ausencia de reflejos vestibulooculares. Se realiza tomografía de cráneo con contraste intravenoso encontrando: hemorragia intraparenquimatosa y subaracnoidea derecha así como hernia subfalcial derecha. Se inició manejo con manitol para hipertensión endocraneana 1gr/kg/dosis cada 6 horas. Se recaba BH: Leu de 244 mil, Neu de 2.4, Lind 4.8, Hb 9.7, Plan 76 mil, Fibrinogeno 50, Dímero D 7.4, TP 15, TTP 35, INR 1.4. Se calcula ISTH 6, se transfunden hemoderivados. La paciente fallece 6 horas posterior a su internamiento.

Palabras clave: leucemia mieloblastica aguda, hipertensión endocraneana, herniación cerebral, coagulación intravascular diseminada.

Folio: 0084

Tema: Infectología

Linfoma de Burkitt como presentación de síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológica (SIRI) en paciente con infección por VIH. Presentación de caso

Fuentes María Fernanda¹, Ahumada Victor Hugo², Lozano Victor Hugo², Peralta Amy Bethel²

¹ Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez; ² Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas/Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

El linfoma de Burkitt es una de las neoplasias asociadas a SIDA relacionada a la reactivación lítica de una infección por Virus de Epstein Barr. Presenta una evolución rápida, con un comportamiento agresivo y respuesta variable a quimioterapia. Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico reciente de VIH que desarrolló Linfoma de Burkitt dentro de los primeros meses de iniciado terapia antirretroviral, manteniéndose con carga viral de VIH indetectable y conteo de CD4 > 400 células/ml por lo que se consideró como un Síndrome Inflamatorio de Reconstitución Inmune (SIRI) asociado a replicación masiva de VEB Hombre de 44 años, diagnosticado con infección por VIH en 2017, en ese momento con carga viral de VIH de 4,588,750 copias de ARN/mL y CD4 19 cél/uL.

Inició terapia antirretroviral (TDF/FTC/EFV) con buena adherencia, logrando control viral a los 7 meses. Presentó cuadro de 2 semanas con aumento de perímetro abdominal y dolor, disnea, fiebre de predominio nocturno y diaforesis. A su ingreso con derrame pleural derecho, ascitis y edema en miembros pélvicos. En paraclínicos se evidencia lesión renal aguda AKIN III, carga viral sérica de VEB en 19,452 copias/mL (previo 8 397 copias/mL), carga viral de VIH indetectable. TAC abdominal con líquido libre, engrosamiento de epiplón y ganglios retroperitoneales. Paracentesis con linfocitos atípicos, compatibles con neoplasia linfoide, carga viral de VEB en líquido peritoneal 103,853,950 copias. Se solicita biopsia peritoneal, sin embargo, presenta deterioro hemodinámico con desenlace fatal. Se recaba biopsia con linfoma no Hodgkin de tipo linfoma de Burkitt. Hasta el momento se desconocen los aspectos fisiopatológicos sobre las neoplasias que aparecen de forma temprana como SIRI en pacientes con VIH tras el inicio de la terapia antirretroviral. Es probable que los fenómenos inflamatorios residuales del VIH y otras infecciones virales latentes propicien un ambiente idóneo para el desarrollo de estas neoplasias mas agresiva

Palabras clave: VIH, linfoma de Burkitt, síndrome inflamatorio de reconstitución inmune, virus Epstein Barr, CD4, carga viral.

Folio: 0085

Tema: Gastroenterología

Correlación de los índices serológicos (IFM, APRI, BARD y FIB-4) para el diagnóstico de fibrosis con la elastografía hepática por ARFI en una cohorte de pacientes con enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA)

Del Cueto Angel Noe, Wah Martín Iván, Jiménez Alan Rafael, Guillén Cinthia Yaneth, García Diego, Rodríguez René, Nañez Homero

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Introducción: La EHGNA puede progresar de esteatosis simple a esteatohepatitis, cirrosis y cáncer. El factor de mal pronóstico es la fibrosis. La biopsia es el estándar de oro pero tiene inconvenientes y baja aceptación; se han desarrollado métodos no invasivos: elastografía e índices serológicos (IS) validados con biopsia. Se considera a la elastografía como procedimiento de referencia por su alto rendimiento diagnóstico. Los IS son sencillos y baratos pero su exactitud es variable. Los más utilizados son: Índice de fibrosis de la Mayo (IFM), APRI, BARD y FIB-4. **Objetivo:** Investigar cuál de los IS se correlaciona mejor con la elastografía y cuál tiene la mayor precisión diagnóstica. **Material y métodos:** En un estudio descriptivo, prospectivo y transversal se incluyeron pacientes > 18 años con EHGNA por US, sin otras



causas de enfermedad hepática. Se determinaron las variables clínicas, demográficas y de laboratorio. Se realizó elastografía por método de ARFI con punto de corte ≥ 8.7 kPa. Se calcularon los IS y los puntos de corte fueron para IFM ≥ 0.676 ; APRI > 1 ; BARD ≥ 2 y FIB-4 ≥ 3.25 . La correlación se evaluó con el coeficiente de Spearman (rS) y con la medición del AU-ROC, considerándose como significativa > 0.70 . Finalmente, se calculó la S, E, VPP y VPN. **Resultados:** Se incluyeron 70 pacientes, 47 (67.1%) mujeres con edad media de 51.3 ± 12.7 . Sesenta y seis (91.5%) con sobrepeso y obesidad. Treinta y seis (51.4%) con DM2 e intolerancia a la glucosa. Los valores de rS fueron: FIB-4: 0.437 ($p < 0.001$) IFM: 0.433 ($p < 0.001$) APRI: 0.418 ($p < 0.001$) y BARD: 0.085 (NS). Los valores de AUROC fueron: FIB-4: 0.735; IFM: 0.704; APRI: 0.660 y BARD: 0.606. **Conclusiones:** FIB-4 tuvo la mejor correlación por rS y AUROC, tuvo la mayor especificidad y VPP. IFM fue el segundo mejor en correlación por AUROC, pero tuvo mayor VPN. En ausencia de elastografía sugerimos el uso inicial de FIB-4 en pacientes con EHGNA. **Palabras clave:** EHGNA, fibrosis, índices serológicos, elastografía, biopsia hepática.

Folio: 0086

Tema: Neurología

Síndrome de Tolosa-Hunt: reporte de caso

Lendo Arcenio Alfonso¹, Luna Alejandro², Cuervo Juan Jesus²

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social; ² Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Introducción: El síndrome de Tolosa-Hunt es una patología rara que se sospecha cuando un paciente acude con cefalea periorbitaria intensa, unilateral que se asocia con imposibilidad o restricción de los movimientos oculares ipsilaterales. La incidencia anual es de aproximadamente 1 caso por millón de personas. El síndrome de Tolosa-Hunt es diagnosticado por las manifestaciones clínicas, estudios de neuroimagen y respuesta a esteroides, los exámenes de laboratorio y el estudio de líquido cefalorraquídeo son estudios de soporte pero ayudan a descartar otras causas de oftalmoplejía. La biopsia es diagnóstica pero se considera un procedimiento de alto riesgo, siendo la última opción diagnóstica y no se realiza rutinariamente. **Caso clínico:** Se trata de paciente femenino de 28 años que acudió a consulta con cuadro de dos meses de evolución con cefalea en hemirráneo derecho, punzante que disminuye con analgésicos inicialmente, incrementando de intensidad agregándose diplopía y exoftalmos de ojo derecho. A la exploración física se observa exoftalmos del ojo derecho, con parálisis del

III, IV y VI para craneal. En la punción lumbar no se observan alteraciones. En laboratorios se reporta Complemento C3 106.7 (83 a 193 mg/dl), C4 16.6, (15 a 57 mg/dl), Anticuerpos antinucleares negativos, c-ANCA/PR3 12.9 (0 a 180 UAA/ml), p-ANCA/MPO 150.5 (0 a 180 UAA/ml). Anticuerpos IgM anti Herpes, Tubeola, Toxoplasma, Citomegalovirus, Epstein-Barr negativos. En la RM de encéfalo donde se observa engrosamiento en seno cavernoso que refuerza con contraste. Se sospecha Síndrome de Tolosa-Hunt, se inicia tratamiento con prednisona 50 mg cada 24 horas por 6 semanas, presentando evolución favorable refiriendo mejoría de cefalea días posterior a inicio de tratamiento, así como movilidad ocular, se inicia reducción de dosis, actualmente se encuentra con prednisona 10 mg cada 24 horas, aún no se retira tratamiento. Se realiza seguimiento a los 6, 12 y 24 meses, ya sin presentar exoftalmos, recuperación movilidad ocular, y sin episodios de cefalea. En última resonancia magnética ya no se observa ninguna alteración. **Discusión:** Existen pocos casos reportados de Síndrome de Tolosa-Hunt en la bibliografía. De los casos reportados, la mayoría son casos con manifestaciones típicas, antes ya comentadas. Uno de los casos, se presentó con manifestaciones bilaterales. No existe especificación de

glucocorticoide, ni dosis, ni tiempo establecido, solo se refiere que a dosis altas presentan una adecuada evolución, se ha observado mejoría clínica en promedio a la semana de inicio de glucocorticoides, aunque la recuperación de parálisis nervios craneales en promedio es entre 2-8 semanas. Algo importante que comentar es que las recaídas se presentan en un 40-50% de las veces, y son más comunes en pacientes jóvenes que en adultos. Otros fármacos que se han reportado donde se ha visto una adecuada respuesta clínica como segunda línea de tratamiento son aziatropina, metrotexate, micofenolato de mofelit, ciclosporina e infliximab. Existe un caso reportado de respuesta a una sola dosis de infliximab. En caso de nuestro paciente como se encuentra publicado presentó una respuesta favorable a prednisona, aún sin episodios de recaída pero por lo publicado en bibliografía es importante continuar su vigilancia, ya que existe una probabilidad de recaída.

Palabras clave: síndrome, Toluca, Hunt.

Folio: 0087

Tema: Oncología

Hemorragia de tubo digestivo alto de origen variceal como primera manifestación de hepatocarcinoma fibrolamelar en una mujer de 35 años de edad

Morales Rodrigo Israel, Cantillo Erlis Estrella, Hernández Osval-

do, Garibay Julio Cesar, García Ana Ivette

ISSSTE

Introducción: El hepatocarcinoma fibrolamelar es extremadamente raro, constituye el 1% de los carcinomas hepatocelulares, con incidencia de 0,02 casos/100,000 habitantes, predomina en pacientes jóvenes (65-80% en < 40 años), no se relaciona a hepatopatías crónicas o hepatitis virales. Al diagnóstico suele tratarse de masas solitarias de 7-20 cm. Hasta un 70% se diagnostica en estadios avanzados de la enfermedad, debido a síntomas inespecíficos, el tratamiento de elección es la resección quirúrgica. El diagnóstico diferencial se debe realizar con hiperplasia nodular focal, hemangioma, adenoma y CHC clásico. **Objetivo:** Describir un caso clínico, determinando las características clínicas y opciones de tratamiento de acuerdo a la literatura internacional.

Caso clínico. Femenino de 35 años de edad, como único antecedente cesárea a los 27 años, ningún antecedente patológico. Ingresó el día 27 de septiembre de 2017 al servicio de urgencias de HRAEBI Tultitlán ISSSTE por cuadro de inicio súbito caracterizado por mareo, náusea, hematemesis y melena en 7 ocasiones, acompañado de epigastralgia y síndrome anémico secundario, evolucionando a choque hipovolémico que ameritó manejo con vasopresor,

cristaloides y hemoderivados, fue sometida a panendoscopia el día 28 de septiembre de 2017: varices esofágicas grandes, estigmas de hemorragia reciente y gastropatía portal hipertensiva leve. Fue sometida a ligadura variceal satisfactoria el 29 de septiembre 2017. Ingresó al piso de MI/Oncología el 01 de octubre de 2017 para abordaje diagnóstico: paraclínicos de ingreso: Hb: 8.6g/dL, leuco: 9240, plaq: 395000, urea: 64 mg/dL, creat: 0.61mg/dL TP: 10.2 seg, TTP: 23.5 seg, AST 67UI/L, ALT: 48 UI/L FA: 163 U/L, BT: 1.3 mg/dl GGT 59 U/L, panel viral 06/octubre/2017: VHC, VHB, HIV negativos, TORCH negativo, marcadores tumorales negativos, TAC 09/octubre/2017: Tumoración hepática multinodular voluminosa que afecta ambos lóbulos y compromiso portal, con realce arterial, ganglios mediastinales múltiples subcentricos. IRM 12/octubre/2017: Tumoración hepática voluminosa de predominio en lóbulo izquierdo, colonoscopia 05/octubre/2017 sin datos patológicos, Biopsia por laparoscopia el día 26/octubre/2017: con hallazgos de líquido de ascitis y tumor de 12x9 cm con múltiples nódulos en segmentos III y IV hepáticos, con infiltración en epiplón de tipo carcinomatoso realizando biopsia y envío a transoperatorio. RHP (Q4980-17): Carcinoma hepatocelular fibrolamelar etapa IV por extensión hepática, vascular y peritoneo, se inició quimio-



rapia a base de Gemcitabina y Oxaliplatino el 06/noviembre/2017 con respuesta nula al tratamiento evolucionando torpidamente, teniendo complicaciones múltiples y falleciendo el día 4/feb/2018. **Discusión y conclusiones:** Reportamos el caso debido a la baja incidencia de ésta variante histológica de hepatocarcinoma, y a sus signos síntomas inespecíficos, hasta el 70 % de los pacientes que cursan con esta enfermedad son diagnosticados en etapas muy avanzadas, en éste caso, la paciente debutó con un cuadro clínico compatible con síndrome de hipertensión portal y hemorragia de tubo digestivo variceal; si bien la sintomatología mas frecuente en ésta entidad es la triada: Dolor abdominal, masa palpable y pérdida de peso, nuestra paciente no presentó ninguno de esos síntomas, otra característica del hepatocarcinoma fibrolamelar es que el tumor se desarrolla en el contexto de parenquima hepático sano no cirrótico lo que hace mas aun difícil su diagnóstico de primera intención, la resección quirúrgica o el trasplante hepático son el estándar de oro como tratamiento para éste tipo de hepatocarcinoma en casos seleccionados, la quimioterapia solo ha mostrado mejora relativa en el 25% de los pacientes, con beneficios muy cuestionables sobre la supervivencia, lo que hace a éstos pacientes de muy mal pronóstico, ya que la supervivencia en enfermedad

metastásica es de un promedio de 14 meses en el mejor de los casos.

Palabras clave: hemorragia, varices, hepatocarcinoma, fibrolamelar, biopsia, quimioterapia.

Folio: 0088

Tema: Infectología

Índice neutrófilo linfocito como predictor de morbimortalidad en neumonía por influenza

Zamora Laura Elena, Hernandez Daniela, Arista Nayeli Xendali, Sánchez César, Lozano José Juan, Mendoza Elizabeth, Benitez Daniel R, Rubio Alberto Francisco

Hospital General Ticomán

Antecedentes: Algunos biomarcadores utilizados en neumonía no son accesibles por su elevado costo. El índice neutrófilo/linfocito es fácilmente calculable, aunque ya valorado como predictor en otras patologías, no se ha estudiado en pacientes con neumonía tipo influenza. El objetivo del estudio es comprobar que predice la mortalidad en pacientes con neumonía tipo influenza. Material y métodos Estudio de casos y controles, 69 pacientes con neumonía por influenza que desarrollaron neumonía aguda grave. Se calculó APACHE II, SMART COP e índice neutrófilo linfocito (INL). Se determinó supervivencia mediante Kaplan y Meier, para la asociación entre INL con mortalidad, APACHE II, SMART COP y comorbilidades se usó X2, U

de Mann-Whitney y razón de momios (RM), así como correlación entre APACHE II, SMART COP e INL. **Resultados:** Mediante U de Mann-Whitney se obtuvo asociación de 169.500 ($p=0.013$; IC95 0.000 a 0.043) para APACHE II, de 521.500 ($p=0.356$; IC95 0.183 a 0.397) para SMART COP con el INL. RM entre el INL y mortalidad de 0.174 ($p=0.533$; IC95 0.274 a 2.08). Asociación significativa entre INL con componentes del síndrome metabólico en pacientes vivos. No hubo diferencia en la supervivencia entre INL mayor o menor de 7. Correlación positiva entre APACHE II e INL de 0.4295 ($p=0.0002$; IC95 0.09 a 0.55).

Conclusiones: Existe asociación entre INL y síndrome metabólico en pacientes vivos, así como con APACHE II con correlación positiva. No hay asociación entre INL y mortalidad. El punto de corte del INL se desplazó 4 puntos comparado con otras poblaciones.

Palabras clave: índice neutrófilo linfocito, síndrome metabólico, neumonía por influenza, SMART COP, APACHE II.

Folio: 0089

Tema: Endocrinología

Agranulocitosis secundaria a uso de tionamidas en paciente con enfermedad de Graves Basedown. Una rara complicación

Sánchez Oswaldo Augusto, Esquivel Alejandra, Aguilar Iván Hirám, Salgado Eduardo

Hospital de Especialidades
CMN Siglo XXI

Introducción: La mayoría de casos de neutropenia es secundaria a disminución de la producción de granulocitos y de estas, la causa más frecuente es de forma adquirida por ingesta de fármacos debido a una reacción idiosincrásica. La agranulocitosis es una condición rara con incidencias reportadas de 1-5 casos por millón al año, asociada a fármacos en 70% de los pacientes. Dentro de estos, informes reportan el mayor riesgo con tiamidas (42%), con prevalencia de 0.2-0.5%; el desarrollo de la neutropenia es secundario a destrucción inmunomediada de neutrófilos y a efectos tóxicos directos sobre precursores granulocíticos. El tratamiento tiene como base el retiro del fármaco causante, tratamiento de la infección asociada y la administración de factor estimulado de colonias. El pronóstico depende de la edad, ANC, infecciones o comorbilidades. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de neutropenia y fiebre por agranulocitosis, secundario a ingesta de tiamazol en paciente con enfermedad de Graves Basedown, valorado en el servicio de Infectología de CMN Siglo XXI. **Exposición del caso:** Paciente femenino de 45 años de edad, como único antecedente de importancia tabaquismo y alcoholismo ocasional. Valorada en la con-

sulta externa de servicio de endocrinología por tirotoxicosis secundario a enfermedad de Graves Basedown, candidata a uso de tiamidas, motivo por el que se inicia tiamazol 15mg vía oral cada 8 horas y propranolol para control sintomático. Posterior a 4 días de uso acude al servicio de urgencias por presentar fiebre, odinofagia, tos y malestar general de 24 horas de evolución sin mejoría con tratamiento sintomático, valorada previamente en medio externo e iniciando amoxicilina/ácido clavulánico. La exploración física a su ingreso destacando por eritema a nivel de faringe, adenopatías cervicales no dolorosas y signos vitales con taquicardia. Al solicitar estudios iniciales se reporta en la biometría hemática leucocitos de 0.5m/ul, neutrófilos de 0.3m/ul, linfocitos 0.2m/ul, Hb 12.5g/dl y plaquetas 212mil/um, glucosa 115mg/dl, creatinina 0.8mg/dl, resto de parámetros dentro de rangos normales. Se decide su ingreso con diagnóstico de neutropenia grave y fiebre motivo por el que se suspende tiamazol, es valorado por servicio de infectología iniciando tratamiento antibiótico de amplio espectro y es valorado por servicio de hematología quien realiza aspirado de médula ósea la cual se reporta como hipocelular con eritropoyesis y megacariopoyesis adecuada con ausencia de precursores granulocíticos por lo que se inicia filgrastim como tratamiento

adyuvante. Durante su estancia el paciente se mantiene estable, sin desarrollar falla orgánica, con profilaxis para infecciones oportunistas y posterior a 7 días comienza la recuperación de las líneas celulares siendo egresado del servicio de endocrinología con mejoría en líneas celulares y asintomático, con reporte de última biometría hemática leucocitos 2.6m/ul, neutrófilos 1.4m/ul. El paciente como único dato de mal pronóstico presenta la cuenta de neutrófilos absolutos a su ingreso. **Conclusiones:** La agranulocitosis es una condición rara, la cual se puede presentar con ingesta de fármacos de uso común. Su correcta identificación y tratamiento oportuno otorgan una mortalidad menos así como mejoría en su pronóstico.

Palabras clave: agranulocitosis, neutropenia, fiebre, tiamazol, Graves-Basedow.

Folio: 0090

Tema: Reumatología

Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (síndrome de Churg Strauss) con presentación clínica de síndrome de Guillain Barré

Amaya Luis Enrique, Amores Carlos Alberto, Cornelio Ramon Dario, Gabriel José, Jimenez José Omar

Hospital de Especialidades
Centro Médico Siglo XXI

Masculino de 55 años de edad con antecedentes de asma de 2 años. Dos semanas previo a su



ingreso inicia con parestesias en miembros inferiores, doloroso, hipoestusias en calcetín corto posteriormente con instauración de debilidad muscular asimétrica ascendente en extremidades inferiores con predominio derecho, arreflexia, a la semana con afectación miembros torácicos, el cual condiciona dificultad para la deambulación y relizar actividades cotidianas por lo cual acude a valoración con el servicio neurología clínicamente SGB, realiza velocidades de conducción nerviosa con ondas F ausentes, citometría reporta leucocitos con predominio de eosinofilia (Eo#11.10, rango referencia 0.00 – 040), se inicia tratamiento con inmunoglobulina calculada a 2mg/kg con dosis total de 130 gr, se egresa al presentar mejoría de síntomas, 2 meses posteriormente presenta mismos síntomas agregando al cuadro pérdida de peso 15 kg, dificultad para la deglución a líquidos, lesiones isquémicas digital distal en 3er y 4to dedo mano derecha, teniendo en cuenta la historia de asma y eosinofilia se solicitan C-ANCA/MPO con reporte de 69.99, ANA IFI patrón moteado 1:80, ante la sospecha de polineuropatía vasculítica eosinofílica, se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisona 1 gr por 3 dosis, y posteriormente ciclofosfamida 0.5 gr/m² S.C, se realiza biopsia de piel encontrando infiltrados eosinofílicos concluyendo con polineuropatía asociada a

EGPA. El paciente respondió a tratamiento recuperando fuerza de extremidades superiores y con bipedestación con apoyo.

Palabras clave: síndrome de Churg-Strauss, polineuropatía, síndrome de Guillain-Barre, eosinofilia.

Folio: 0091

Tema: Hematología

Leucemia megacarioblástica aguda, una presentación inusual de pronóstico desfavorable

Paez Camilo Andres, García Claudia, Flores José Alberto
Hospital Juárez de México

Leucemia megacarioblástica aguda, una presentación inusual de pronóstico desfavorable Femenina de 38 años de edad, artesana, con antecedente de tabaquismo y consumo de bebidas alcohólicas esporádicos, Exposición a Tinner ocasional desde hace 10 años por ocupación laboral, ooforectomía izquierda en el año 2015, en Instituto Nacional de Cancerología, aparentemente sin patología neoplásica. Inicia su padecimiento en el mes de febrero de 2018 con la presencia de síntomas generales astenia, adinamia, mareo, dolor óseo y palidez cutánea generalizada. Al interrogatorio dirigido refiere pérdida de peso no intencionada desde hace 3 semanas y fiebre no cuantificada desde hace 3 días. A la exploración física con datos de síndrome anémico, sin adenopatías, sin

datos de hemorragia o sangrados, sin hepatoesplenomegalia, con los siguientes laboratorios de ingreso en abril de 2018 Leucocitos 3300 neutrófilos 1340 linfocitos 1400. Hemoglobina 5.3g/dl, Plaquetas 818000. Frotis de Sangre Periférica 10% blastos de aspecto mielóide. Creatinina 0.71, Bun 14 Urea 30, TGO 14, TGP 14. Cloro 102, potasio 3.8 Sodio 137 Fibrinógeno 430 TP 16 TPT 23.2 examen general de orina no patológico radiografía de tórax sin alteraciones. Ingresando con diagnósticos Bicitopenia, trombocitosis y probable leucemia mielóide aguda, se inició protocolo diagnóstico realizándose los siguientes estudios: aspirado de médula ósea reportando celularidad incrementada, presencia de células de aspecto inmaduro, las que muestran prolongaciones citoplasmáticas, algunas con satelitismo plaquetario sugerente de origen megacarioblástico. Citometría de Flujo CD 13, CD33, CD 34, CD 41a, CD 41b positivos, mieloperoxidasa negativa; biopsia de médula ósea fibrosis Reticulinica. Panel Viral y perfil TORCH: sin reactividad, determinación de gonadotropina coriónica negativa, se realiza diagnóstico de leucemia mielóide aguda M7-megacarioblástica con inicio de esquema de quimioterapia 7+3, a base de citarabina y daunorrubicina. Permanece hospitalizada por un mes por citopenias, con posterior neutropenia febril, los

cuales remitieron con esquema de antibióticos y requerimientos transfusionales. Se egresa del servicio en mayo con la siguiente biometría hemática: leucocitos 1700 neutrófilos 380 linfocitos 840 Hemoglobina 8.7 g/dl Plaquetas 254000 frotis de sangre periférica 4% blastos. Reingreso en junio para continuar esquema de quimioterapia ya que no presento remisión con la fase previa. Inicio 2° ciclo de quimioterapia 5+2 a base de citarabina y doxorubicina. Continua hospitalización para vigilancia de citopenias, requiriendo apoyo transfusional cada 24 hrs, desarrolla lesiones nodulares en región axilar izquierda, con características de forunculosis, por lo que se indicó tratamiento inicial con dicloxacilina, persistió con dolor y aumento de tamaño de las lesiones y debido a neutropenia severa, se escala antibioticoterapia a vancomicina. Presentando además sangrado transvaginal, cursando con deterioro hemodinámico, sin mejoría a las lesiones y persistencia de sangrado transvaginal, ameritando requerimientos transfusionales, sin adecuada respuesta, con deterioro progresivo, presentando paro cardiorrespiratorio, sin retorno a la circulación espontánea a pesar de realizar maniobras de Reanimación, con fallecimiento en el mes de junio 2018.

Palabras clave: leucemia, megacarioblastica, inusual, desfavorable, LMA, M7.

Folio: 0092

Tema: Infectología

BNP como marcador de severidad y pronóstico en pacientes con sepsis y choque séptico del Hospital General de México

Mendez Andrea Isabel, Avila Anabel, Zapata Rogelio
Hospital General de México

Sepsis es la disfunción orgánica ocasionada por una respuesta no regulada del huésped a una infección, y es la disfunción miocárdica relacionada a sepsis (SMD) una de las causas más importantes en su mortalidad, la cual en México llega a 30%; SMD es la depresión transitoria de la función ventricular izquierda, evento que ocasiona disminución del aporte de oxígeno y con ello un peor desenlace. El BNP, biomarcador en insuficiencia cardiaca, inhibe el SRAA, ocasionando natriuresis y vasodilatación que lleva a un aumento de la filtración glomerular; en sepsis el BNP puede elevarse por los lipopolisacáridos de las bacterias Gram negativas, las citocinas proinflamatorias como la IL1b, IL16 y el TNFa, y por la disminución de su aclaramiento en choque séptico. Todo esto apoya el uso de BNP como marcador de severidad en sepsis, es por esto que realizamos un estudio prospectivo, descriptivo, de Marzo 2017 a Febrero 2018 con una población de 18-65 años, con sepsis o choque séptico y hospitalización en el HGM, descartando

a los pacientes con cáncer de ovario, nefropatas crónicos en tratamiento sustitutivo, hepatopatas, tuberculosis activa, cirugía abdominal en los últimos 30 días y serositis. Dentro de los resultados se observó que la media de BNP al ingreso fue mayor en los pacientes con choque séptico en comparación con los pacientes con sepsis; los niveles de BNP al ingreso eran mayores en los pacientes que presentaron mortalidad a los 30 días; se corroboró el uso de las escalas SOFA y APACHE II como marcadores de mortalidad en sepsis y choque séptico, al encontrar que el puntaje de la escala APACHE II y SOFA fue mayor en los pacientes que fallecieron a los 30 días y, además, se identificó una correlación positiva significativa entre los niveles séricos de BNP con la escala SOFA y APACHE II; otro marcador pronóstico valorado fue el desarrollo de lesión renal aguda (LRA), del cual se identificó una relación positiva de su desarrollo con BNP, en sujetos con sepsis.

Palabras clave: sepsis, choque séptico, BNP, disfunción miocárdica.

Folio: 0093

Tema: Reumatología

Poliangitis granulomatosa

Chávez Luis Enrique
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Masculino de 31 años, casado, albañil, exposición a



biomasa, consumo de alcohol, tabaco, alergias negadas, fracturas y transfusiones negadas. Inicia su padecimiento actual hace 1 mes con la presencia de malestar generalizado, fiebre no cuantificada termométricamente, pérdida de peso de 5 kg aproximadamente, tos con expectoración. Se realiza diagnóstico de Neumonía y tratamiento con Amoxicilina sin presentar mejoría. Posteriormente se comenta con cuadro de inicio hace 10 días con la presencia de dolor y aumento de volumen de miembro pélvico derecho y limitación a la deambulaci3n. Se integra el diagnóstico de trombosis venosa profunda y se inicia abordaje clínic3. A la exploraci3n se encuentra paciente alerta, no presencia de úlceras orales, cuello sin soplos ni adenomegalias, campos pulmonares con estertores subcrepitantes bilaterales, ruidos cardiacos sin agregados, abdomen asignol3gico, extremidades íntegras, no datos de artritis, Signo de Homans positivo, no lesiones cutáneas. *Paraclínicos* Estudios de laboratorio, destaca la presencia de leucocitosis, anemia y aumento de reactantes de fase aguda (PCR 22) además de proteinuria en examen general de orina. Posteriormente comienza con descenso de cifras de hemoglobina y presencia de aumento de azoados. El ultrasonido doppler con la presencia de trombosis venosa profunda y superficial,

dependiente de vena safena menor. En la radiografía de t3rax se presenta con aumento de la trama broncovascular, además de imágenes radio opacas patr3n infiltrado bilaterales apicales. Ultrasonido renal bilateral sin alteraciones, presencia de morfología normal, no agregados. Tomografía de t3rax con presencia de infiltrados bilaterales, áreas de condensaci3n bilateral. Se solicitan c-ANCA 1:20, anti cardiolipina (-), ANA negativo. Manejo y abordaje En este primer momento se realiza manejo con anticoagulaci3n, además de cobertura con antibióticos en sospecha de neumonía. *Problemas diagn3sticos* La presencia de trombosis en miembro pélvico derecho, y defecto de llenado en arteria pulmonar sugiere tromboembolia pulmonar submasiva. La presencia de neumonía adquirida en la comunidad y la probable infecci3n por tuberculosis se consideran a pesar de la presencia de baciloscopias negativas y cultivo de expectoraci3n de igual forma negativa. Lesi3n renal aguda (AKIN -1), y presencia de sedimento activo. Persistencia de anemia normocítica y normocrómica nos sugieren proceso de pérdida sanguínea en agudo. Durante su internamiento, se considera de forma inicial la presencia de foco infeccioso, no encontramos mejoría con el manejo establecido y el paciente persiste con

fiebre, se agrega la presencia de descenso de hemoglobina la cual y sin evidencia de sitio de sangrado nos hace volver a revalorar el caso, además de aumento de azoados. Se considera realizar biopsia renal por dicho motivo. *Biopsia renal* En la inmunofluorescencia renal marcada con IgG, presencia de escasos dep3sitos mesangiales mediados por ANCA. Se observa el marcador en mesangio y no así en pared capilar. *Tomografía* Presencia de áreas de consolidaci3n en parche heterogéneas, zonas con imagen en vidrio despulido, patr3n inespecífico, sugerente de proceso neum3nico. Defecto de llenado en ambas arterias pulmonares y segmentos terminales. IDX: Poliangeítis Granulomatosa

Palabras clave: PAG, trombosis, neumonía.

Folio: 0094

Tema: Endocrinología

Prevalencia de síndrome metab3lico y diferencia entre criterios armonizados y ATPIIIa en pacientes atendidos en un hospital del noreste de México

Ibarra Jesús Arturo, Uribe Miguel, Cortés Alejandro, Valladares Yadira, Morales Freddy, Flores Ulises, Mortera Luisa Isabel

Instituto Mexicano del Seguro Social

Antecedentes: El síndrome metab3lico está conformado por aumento de glucosa, tri-

glicéridos y presión arterial, disminución de lipoproteína de alta densidad y obesidad central; estas condiciones interactúan para ser factores de riesgo cardiovascular. La prevalencia de esta enfermedad difiere según los criterios diagnósticos utilizados. Los más utilizados son los de ATPIIIa, sin embargo, ha sido motivo de controversia durante el transcurso de los años. Debido a que la bibliografía referente a la prevalencia de esta enfermedad es escasa en territorio mexicano y el impacto en la salud de la población es grande se decidió realizar el presente estudio. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del síndrome metabólico y la diferencia entre los criterios diagnósticos armonizados y ATPIIIa en pacientes hospitalizados. **Métodos:** Es un estudio transversal, observacional y analítico. Los pacientes se reclutaron en el periodo del 1ro de julio del 2018 al 1^a de agosto del 2018, en el departamento de Medicina Interna del Hospital General de Zona No. 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los criterios utilizados fueron los de ATPIIIa y criterios armonizados (donde la circunferencia abdominal utilizada en estos últimos fue de mayor o igual a 90 cm en hombres y mayor o igual a 80 cm en mujeres). Se calculó un tamaño de muestra de 289 con la fórmula para poblaciones infinitas: $n = [(Z\alpha)^2(p)(q)] / \delta^2$ Donde a "Z α " se le dio un valor de 1.96

para una confianza del 95%, a "p" de 0.25, a "q" de 0.75 y a "δ" de 0.05 para una potencia de 80%. Se realizó cálculo de chi-cuadrada para valorar la diferencia entre el diagnóstico de síndrome metabólico entre los dos criterios utilizados y según corresponda. Para variables numéricas se utilizó t de student o U de Mann-Whitney, según correspondiera. **Resultados:** Se reclutaron 291 pacientes. Se encontró un promedio de edad de 61.9 años (DE 16.7). Se calculó una prevalencia con los criterios del ATPIIIa de 63.6% mientras que con los criterios armonizados fue del 72.2%. Según el sexo la prevalencia con los criterios de ATPIIIa fue de 60.4% y 66.7%, para hombres y mujeres, respectivamente, con una p=0.276. Con los criterios armonizados del 71.5% para hombres y 72.8% para mujeres, con una p=0.896. La diferencia calculada entre ambos criterios fue de p=0.001 mediante la prueba exacta de Fisher, con una concordancia Kappa de 0.805. El valor de p obtenido al comparar el diagnóstico de síndrome metabólico en hombres fue de p=0.001 y en mujeres de p=0.001. Se obtuvo que para los criterios armonizados la sensibilidad fue del 99% y la especificidad del 76.41%, mientras que para los criterios del ATPIIIa la sensibilidad fue de 88.09% y especificidad del 99%. **Conclusiones:** La prevalencia del síndrome metabólico en nuestro estudio fue mayor a

la bibliografía nacional e internacional (63.6% con criterios ATPIIIa y 72.2% con los armonizados), lo cual se explica por el tipo de población estudiada. Existe diferencia significativa en el diagnóstico de síndrome metabólico al utilizar los criterios armonizados en comparación con los criterios del ATPIIIa. Los criterios difieren en cuanto a sensibilidad y especificidad, siendo mayor la sensibilidad de los criterios armonizados, debido a una menor cifra de circunferencia abdominal.

Palabras clave: síndrome metabólico, ATPIIIa, criterios armonizados, diferencia, prevalencia.

Folio: 0095

Tema: Infectología

Criptococosis diseminada en paciente con infección de virus de inmunodeficiencia humana

Alvarado José Alfredo, Ortiz Mariana, Ruiz Ivette Yolanda, Martínez Hugo Alberto, Gomez Dayana, Villegas Juan Manuel
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, SLP, México

Introducción: La criptococosis es una enfermedad de distribución mundial, causa un millón de infecciones anuales, con mortalidad hasta del 60% que se relacionan con tratamientos subóptimos y formas diseminadas. **Objetivo:** Presentación de un paciente con infección por virus de inmunodeficiencia humana y criptococosis diseminada. **Exposición del**



caso: Masculino de 37 años, 6 meses de evolución con pérdida de peso de 20 kg, cefalea, fiebre, tos productiva, fatiga y anorexia. El examen físico mostró: hipoxemia 76%, estertores pulmonares crepitantes bibasales; rigidez de nuca con signos Kerning y Brudzinski presentes; adenopatías cervicales, axilares e inguinales. En fondo de ojo: papiledema grado IV, hemorragias intra-retinianas y perivasculares, manchas de Roth y datos de uveítis posterior. Resultados de laboratorio: Leucocitos 9 k/uL, linfocitos 0.3 k/uL, DHL 309 UI/L. ELISA VIH (+). Radiografía de tórax con infiltrados intersticiales bilaterales generalizados. Tomografía de tórax: infiltrados en vidrio esmerilado, nódulo periférico cavitado derecho. IRM cerebral: múltiples lesiones hiperintensas en zona perforante anterior y en sustancia blanca, atrofia cerebral. En aspirado traqueal, hemocultivo y mielocultivo se aisló *Cryptococcus neoformans* sensible a fluconazol, flucitosina, anfotericina B. Se inició tratamiento con fluconazol 400 mg IV cada 8 horas. Evolución no adecuada con deterioro progresivo y muerte 3 semanas después. **Conclusiones:** La infección por *Cryptococcus neoformans* es de difícil diagnóstico cuando sólo se localiza a nivel pulmonar. En nuestro caso, la diseminación hematogena permitió la afección del sistema nervioso central, ocular y de médula ósea. La forma di-

seminada conlleva mortalidad alta. Este paciente describe la gravedad de la enfermedad diseminada por *Cryptococcus neoformans*, que, asociada a la no disponibilidad de medicamentos de primera línea, conllevó a un desenlace fatal.

Palabras clave: criptococosis diseminada, ocular, sistema nervioso central, médula ósea, pulmonar, virus de inmunodeficiencia humana.

Folio: 0096

Tema: Infectología

Mielitis transversa longitudinal extensa por *Mycobacterium tuberculosis*

Alvarado Alfredo, Espinoza Ana Isabel, Sandoval Rosa Martha, Ruiz Ivette Yolanda, Martínez Hugo Alberto, Aviles Lesly Rocío de Jesús

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, SLP, México

Introducción: La mielitis transversa longitudinal extensa es caracterizada por lesiones inflamatorias en médula espinal en más de 3 segmentos vertebrales. Sus causas incluyen infección, neoplasia y enfermedades autoinmunes. **Objetivo:** Presentación de un paciente con mielitis transversa secundaria a *Mycobacterium tuberculosis*.

Exposición del caso: Mujer de 21 años con fiebre intermitente, pérdida de peso, cefalea frontal intermitente, disminución de fuerza en miembros inferiores con posterior imposibilidad a la deambulaci6n

y retenci6n urinaria. A su ingreso fuerza en miembros superiores 5/5, miembros inferiores: 1/5, hiperreflexia, babisnky bilateral, nivel sensitivo en T7-T8-T9. Tomografía de cráneo: aracnoidocele selar parcial, reforzamiento de meninges al contraste. Resonancia magnética pequeño sirinx a nivel de T2-T3 y cambios en la intensidad de se6al a nivel de la médula en T4-T7 en secuencia T2 y STIR. Punci6n lumbar: proteínas 2269, presi6n de apertura 28 cmH₂O, 372 células/mm³, Leucocitos 146, Monocitos 20%, Aspecto xantocrómico, Glucosa 21 mg/dl, Eritrocitos 226. PCR de LCR positiva para TB y Cultivo de Lowenstein-Jensen +, Identificaci6n de Complejo *Mycobacterium tuberculosis* por método GeneXpert, Resistencia Pirazinamida concentraci6n 100 microg/ml. HIV Ag/Ab no reactivo. Radiografía de tórax patr6n micro nodular e intersticial. TAC patr6n micronodular y ganglios mediastinales. Tratamiento hospitalario con dexametasona, amikacina, levofloxacino, rifampicina, etambutol, pirazinamida e isoniacida. Con adecuada mejoría y recuperaci6n de fuerza en miembros inferiores. **Conclusiones:** La tuberculosis en sistema nervioso central representa la minoría de todos los casos de tuberculosis en inmunocompetentes y la mitad de estos afectan a la columna vertebral. La afectaci6n intramedular es rara en la

tuberculosis y generalmente se presenta en forma de radiculomielitis, mielitis transversa, granulomas intraespinales o trombosis de la arteria espinal anterior.

Palabras clave: mielitis transversa longitudinal extensa, síndrome medular, *Mycobacterium tuberculosis*, inmunocompetente.

Folio: 0097

Tema: Gastroenterología

Trombosis esplenoportal como manifestación inicial de sepsis abdominal en paciente adulto

Arteaga Eduardo Ismael, Cruz Itzel, Rosas Manuel Alberto
Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General Dr. Gaudencio González Garza Centro Médico Nacional La Raza

Introducción. La trombosis del eje esplenoportal no asociada a cirrosis o neoplasias cumple los criterios de enfermedad rara de la OMS, ya que tiene una prevalencia inferior a 5 por cada 10.000 habitantes. **Objetivo.** Describir esta inusual forma de presentación, la trombosis, en paciente adulto con diagnóstico de sepsis abdominal secundaria a apendicitis perforada. **Caso.** Hombre de 45 años de edad sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento 5 semanas, previo a su internamiento, con dolor abdominal de tipo cólico, intensidad 8/10, sin irradiaciones, fiebre y coluria. Se agrega ictericia, astenia, adinamia

e hiporexia. Con pérdida de 7 kgs en las 5 semanas. A su ingreso a urgencias se reporta: TA 50/35, FC 110, FR 24 SaO₂ 90% T 35.3°C con palidez generalizada, diaforético e ictericia ++, tratado con cristaloides sin buena respuesta; se inicia manejo vasopresor, e ingresa a medicina interna con datos de choque séptico y alteración importante de la función hepática, sugerente de patrón colestásico. Con respuesta parcial a antibiótico. Por sospecha de colangitis, se realiza US de abdomen donde se encuentra hepatoesplenomegalia. En TC abdominal simple y contrastada: Reporta perforación apendicular y trombosis a nivel de vena mesentérica superior, trombosis portal con predominio en rama derecha, infartos esplénicos y proceso apendicular agudo. Es sometido a LAPE (realizan apendicentomía). Se realiza protocolo de estudio: TORCH, panel viral, Ac antifosfolípidos, anticardiolipinas, ANAs Anticoagulante lúpico, todos negativos; complemento normal e inmunoglobulinas normales. Con buena evolución en posoperatorio. Reporte histopatológico: con infiltrado de polimorfonucleares en capa muscular, múltiples áreas de necrosis y perforación de pared apendicular. Se inicia anticoagulación oral y se egresa paciente. En control a 4 semanas: factores V, VII y proteínas C y S normales. **Conclusión.** Trombosis debida a sepsis, por

descartarse trombofilia primaria y autoinmunidad.

Palabras clave: trombosis esplenoportal, sepsis.

Folio: 0098

Tema: Cardiología

Infarto agudo del miocardio sin elevación del segmento ST secundario a puente muscular en paciente joven sin factores de riesgo cardiovascular

Arteaga Eduardo Ismael, Quirino Luis Fernando, Yado José Alberto Damaso

Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General Dr. Gaudencio González Garza Centro Médico Nacional La Raza

Introducción. Los puentes miocárdicos son una banda de tejido muscular que rodea un segmento de una arteria coronaria epicárdica, la longitud del puente muscular suele ser de 4 a 25 mm. La prevalencia real de los puentes musculares se desconoce y varía ampliamente según los métodos utilizados para detectar esta variante anatómica. **Objetivo.** Describir esta inusual forma de presentación, el infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST, en una paciente joven con puente muscular. **Exposición de caso.** Hombre de 37 años de edad, sin antecedentes de importancia. Inicia 3 días previos a su internamiento, con dolor precordial de tipo opresivo, intensidad 5/10, irradiado a brazo izquierdo, duración de 30 min,



sin atenuantes ni exacerbantes, sin disnea. Refiere haber tomado paracetamol e ibuprofeno refiriendo mejoría parcial. Sin embargo el día siguiente presenta nuevo episodio de dolor precordial de intensidad 8/10, el cual aumentaba con la inspiración, acompañado de diaforesis, duración 6 horas. A su ingreso a urgencias: TA 123/84, FC 120, FR 26, T 35.2°C saO_2 89%, palidez tegumentaria, diaforesis, pupilas isocóricas normorreflécticas. Cuello cilíndrico, sin IY, sin adenopatías. Tórax se encuentra simétrico, con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, murmullo vesicular presente. Precordio rítmico taquicárdico con ruidos cardíacos de adecuado tono e intensidad sin agregados. Abdomen se encuentra blando, peristalsis conservada, sin datos de irritación peritoneal. Extremidades íntegras, con fuerza y sensibilidad conservada, llenado capilar 2 seg. En los paraclínicos de ingreso en EKG con ritmo sinusal y datos de hipertrofia ventricular izquierda, sin otros hallazgos. En paraclínicos con elevación enzimática y persistencia de sintomatología sugestiva de origen cardíaco, por lo que se realizó ICP temprana, en donde se encontraron las arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas, con puente muscular en segmento medio de la DA. En los laboratorios de control se encuentra: curva

enzimática evidente. ECOTT de control: Hipocinesia anteroseptal, hipertrofia concéntrica del VI leve, FEVI 62%. Se solicita que se reportaron normales. Se realiza protocolo de estudio con TORCH, panel viral, Ac antifosfolípidos negativo, anticardiolipinas, anas, Anti DNA, anticoagulante lúpico, p-ANCA y c-ANCA, todos negativos; perfil de lípidos, hemoglobina glucosilada y perfil tiroideo normales. Sin alteraciones en citometría hemática. Se realiza RM de miocardio con datos de infarto anteroseptal, se descarta miocarditis. Se realiza revisión de cinecoronariografía, con estenosis sistólica que desaparece durante la diástole. Se da tratamiento a base de diltiazem con adecuada respuesta, en la enzimas cardíacas de control con tendencia a la disminución. Se egresa a paciente. Se concluye como diagnóstico SICA IAMSEST secundario a obstrucción por puente muscular en DA, al haberse descartado autoinmunidad, infección y miocarditis. **Conclusiones.** De acuerdo a lo obtenido en distintas revisiones, se trata de una afección relativamente común en la población general. No obstante, cuando se manifiesta como infarto agudo de miocardio es poco frecuente. Puesto que la perfusión coronaria es fundamentalmente diastólica la presencia aislada de un puente muscular no explica por sí misma la existencia de isquemia miocárdica, involucrando

otros mecanismos tales como la taquicardia, el espasmo coronario y la trombosis local para su justificación. En nuestro medio no se tiene conocimiento de la prevalencia real de la presencia de puentes musculares que sean sintomáticos y aun menos aquellos que tienen presentación de infarto. La arteria dañada con mayor frecuencia es la descendente anterior en su tercio medio y proximal, lo cual es compatible con las características del paciente.

Palabras clave: IAMSEST, puente muscular.

Folio: 0099

Tema: Neurología

Hematoma subdural espontáneo, patología poco frecuente pero con tratamiento urgente

Ezquerria Alejandro, Sánchez Alicia, Prado Pamela, Gómez Julieta, Villalón Jorge
Hospital Ángeles Mocol

Caso clínico: Masculino de 48 años, sedentario, hipertenso en tratamiento con atenolol. Cuadro clínico de una semana con dolor gradual retroocular y cefalea hemicraneana izquierda que aumentaba al toser, acude a urgencias por agregarse afasia motora. Se valoró con 146/80mmHg y con resonancia magnética (edema y hematoma subdudral subagudo en hemisferio izquierdo.). Se dio manejo conservador al mejorar cuadro clínico. **Introducción:** Emergencia médica que de acuerdo con la definición diagnóstica

de Tokoro se han presentado 92 casos desde 1988 hasta el 2015, siendo el primer caso en 1934 y más común hasta 80% en hombres con edad promedio 52 años. Fisiopatología: Aún en debate, pero puede ser arterial o venoso. Generalmente proviene de arterias que anastomosan vasos corticales y duros, común la perisilviana. No hay factor precipitante claro, pero se cree que hay un pequeño trauma craneoencefálico. Factores de riesgo como Kikuchi Fujimato, linfoma, edad >50 años, alcoholismo, ejercicio extremo y esteroides. Cuadro clínico Pérdida de la consciencia repentina lo más frecuente, pero otros pueden ser una cefalea de 2 semanas. Criterios diagnósticos de Tokoro: 1) sin antecedente de traumatismo craneoencefálico, 2) exclusión de lesión en la corteza cerebral, 3) descartar presencia de aneurisma o malformación vascular cerebral, 4) identificar arteria sangrante en cirugía. Hay discrepancia en este último criterio. No debe haber alteraciones en la coagulación. Tratamiento: Evacuación del hematoma y hemostasia. Mortalidad de 25 a 90% (relacionado con Glasgow de ingreso y retraso en cirugía).

Discusión: Nuestro paciente presentó cefalea de banderas rojas y no con el cuadro típico de pérdida del estado de alerta. Se decidió manejo conservador por mejoría del cuadro clínico y al disminuir el hematoma

estudio de control a los 4 días. Se ha relacionado al hematoma subdural con trauma, se necesita conocer sus criterios diagnósticos e identificarlo para su tratamiento.

Palabras clave: neurología, hematoma, urgencias, resonancia, cirugía, subdural.

Folio: 0100

Tema: Dermatología

Dermatomiositis paraneoplásica como manifestación de carcinoma pulmonar de células pequeñas: reporte de caso y revisión de la bibliografía

Medina Laura, Bolaños Marco, Estrada Lorena, Barreda Lucero
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México, México

Paciente masculino de 45 años de edad sin antecedentes personales patológicos de importancia que se presenta al servicio de urgencias refiriendo como motivo de consulta debilidad muscular de predominio proximal que dificulta la deambulación, disfonía, disfagia a sólidos, pérdida ponderal, mialgias, astenia, adinamia y dolor en tórax posterior a nivel de región infraescapular derecha acompañado de hemoptisis. Llama la atención la presencia de dermatosis diseminada, bilateral y con tendencia a la simetría caracterizada por eritema heliotropo, signo de la V en escote, signo de Gottron, signo de la pistolera, pápulas de Gottron y signo de “manos de mecáni-

co”, acompañado de prurito y sensación urente, de 3 meses de evolución, sin tratamiento previo. Se encuentra con anemia normocítica normocrómica (Hb 9.5 g/dl), elevación de CPK (247 U/l), CK (2475 U/l), DHL (711 U/l) y VSG (23 mm/h). Anticuerpos Anti JO1, MI2 y Anti SSA/Ro resultan negativos; aldolasa dentro de parámetros normales. Ante la sospecha diagnóstica de neoplasia asociada se realiza Tomografía Simple y Contrastada de cráneo y toracoabdominal encontrando una neoformación espiculada en lóbulo pulmonar inferior derecho asociada a un conglomerado ganglionar mediastinal de tipo infiltrativo así como lesiones hepáticas compatibles con probables metástasis; mediante videobroncoscopia se toma biopsia de lesión con reporte histopatológico de carcinoma pulmonar de células pequeñas. En la biopsia de piel se encuentra epidermis con hiperqueratosis, vacuolización focal de la capa basal y engrosamiento de la misma; en dermis depósito de mucina a nivel papilar y edema acompañado de infiltrado inflamatorio difuso de predominio linfocitario. En la biopsia muscular observamos cambios degenerativos, atrofia periférica e inflamatorio polimorfonuclear perimisial y perifascicular. Se instaura quimioterapia con etopósido-cisplatino y de forma tópica a base de inhibidor de calcineurina con adecuada respuesta.



Palabras clave: dermatomiositis, paraneoplásica, carcinoma pulmonar, anticuerpos anti p-155/140, pápulas de Gottron, eritema heliotropo.

Folio: 0101

Tema: Dermatología

Incremento del riesgo de toxicidad mucocutánea y hematológica por el uso de metotrexate a dosis bajas asociado a AINE's: reporte de un caso y revisión de la literatura

Medina Laura, Bolaños Marco, Estrada Lorena, Ramos Guillermo

Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México, México

Caso clínico: Paciente femenino de 64 años, que se presenta al servicio de urgencias con una dermatosis diseminada, bilateral y con tendencia a la simetría que afecta semimucosa labial, mucosa oral a nivel de dorso y vientre de lengua, carrillos y paladar duro; mucosa genital a nivel de labios menores y piel a nivel de ingles; la cual se caracteriza por múltiples placas eritematoedematosas sobre algunas de las cuales se asientan erosiones, algunas de las cuales cubiertas por costras sanguíneas y escasas dianas atípicas; dolorosas, que dificultan la ingesta de líquidos y sólidos, de aparición 7 días previos a su ingreso y asociado a malestar general, refiriendo inicio en cavidad oral y posteriormente en ingles; con tratamiento pre-

vio a base de dexametasona, aciclovir y tramadol vía oral sin mejoría, por lo que se ingresa al servicio de urgencias de nuestra unidad hospitalaria. Como dato relevante la paciente refería haber ingerido tres dosis de Ibuprofeno 24 horas previas al inicio del padecimiento como adyuvante en el tratamiento de dolor articular. Como antecedentes de importancia la paciente refiere diabetes mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico sin tratamiento farmacológico, hipertensión arterial sistémica en tratamiento con losartán, hidroclorotiazida y metoprolol; y artitis reumatoide de 15 años de diagnóstico con tratamiento desde entonces a base de metotrexate, refiriendo desde hace 10 años a dosis constante de 12.5mg V.O. de forma semanal asociado a Ácido fólico a razón de 5mg V.O. cada 24 horas de forma irregular los días que no ingiere Metotrexate. Con base en la evolución clínica y tomando en cuenta el antecedente de la ingesta de AINE así como la afección de dos mucosas, inicialmente se tuvo inicialmente la impresión diagnóstica de síndrome de Stevens Johnson. Estudios básicos de laboratorio reportaron pancitopenia severa: anemia normocítica normocrómica (Hb 10.1 mg/dl, VCM 97.3 fL, HCM 33.9 pg), Leucopenia (0.44 103/ μ L), neutropenia (0.05), linfopenia (0.17), trombocitopenia (13 103/ μ L) y afección de la función renal

(creatinina 1.65mg/dl, urea 175.8mg/dl, BUN 82mg/dl). En la biopsia de piel se observó vacuolización de la capa basal, algunos cuerpos de Civatte así como hendiduras focales subepidérmicas sin contenido; reportándose oficialmente una dermatitis de Interfase vacuolar y focalmente ampollosa. Con los estudios complementarios se llega al diagnóstico definitivo de toxicidad mucocutánea y hematológica inducida por bajas dosis de Metotrexate debido a asociación con consumo de Ibuprofeno. Se suspende el consumo de ibuprofeno y metotrexate, se descarta toxicidad a nivel hepático y pulmonar y la paciente recibe tratamiento sistémico a base de Ácido fólico I.V. y Filgrastim a dosis de 10mg/Kg/día S.C. así como hidratación; de forma tópica en cavidad oral se indican colutorios con Gelclair y solución filadelfia así como esteroide en spray, en piel se indican fomentos secantes asociados a esteroides. La paciente evoluciona con adecuada respuesta clínica y paraclínica, remisión de la falla medular y mejoría de la función renal así como reepitelización de lesiones al cabo de dos semanas de tratamiento. Revisión: Aunque en bajas dosis (7.5 a 25mg) el Metotrexate se utiliza con seguridad, no está exento de ocasionar efectos adversos. Hablando específicamente de los efectos de la combinación de metotrexate con AINE's, algunos reportes

de caso y estudios farmacocinéticos explican que ésta podría asociarse a un incremento significativo en el riesgo de toxicidad. Han sido propuestos varios mecanismos por los que los AINE's pueden reducir la depuración renal e incrementar la concentración sérica de metotrexate propiciando la toxicidad de éste último, incluyendo el desplazamiento del metotrexate de proteínas plasmáticas, inhibición de prostaglandinas y disminución de la perfusión renal, así como competencia del metotrexate y AINE's en la secreción tubular renal.

Palabras clave: mucositis, metotrexate, AINE's, intoxicación, falla medular, ácido fólico.

Folio: 0102

Tema: Infectología

Streptococcus pseudoporcinus, causa de endocarditis subaguda valvular aórtica de presentación atípica en mujer joven con fiebre de origen desconocido: reporte de caso

Delgadillo Daniel Alberto, Palencia Rodolfo de Jesús, Galindo Miguel Ángel, Aguilar Sergio, Jasso Priscilla Elizabeth, García Cristian Humberto
UMAЕ CMNO Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: *S. pseudoporcinus*, como agente etiológico poco frecuente en procesos infecciosos. Se presenta caso de fiebre de origen desconocido en mujer con síndrome constitu-

cional y hepatoesplenomegalia de tres meses de evolución. Se aisló *S. pseudoporcinus*, ECO demostró vegetación en válvula aórtica. **Objetivo:** Dar a conocer al *S. pseudoporcinus* como bacteria colonizante del tracto genitourinario femenino y su relación a infecciones de gran interés clínico. Actualmente no existe información que explique su mecanismo de virulencia, por lo que se sugiere su sospecha diagnóstica temprana como una causa de endocarditis en caso de fiebre de origen desconocido. **Reporte de caso:** Mujer de 24 años, único antecedente relevante infecciones urinarias repetitivas. Acudió por fiebre, astenia, adinamia, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia y anemia de tres meses de evolución. Exploración mostró palidez, taquicardia, soplo diastólico en foco aórtico y hepatoesplenomegalia. Paraclínicos con anemia ferropénica leve, hipoalbuminemia, elevación de reactantes de fase aguda, serologías negativas (VIH, VHC, VHB, TORCH brucella) urocultivo negativo, hemocultivo y mielocultivo con *S. pseudoporcinus*. ECO transesofágico con válvula aórtica bivalva, vegetación y absceso mitroaórtico. Recibió terapia empírica antimicrobiana y recambio valvular. **Conclusión:** La fiebre de origen desconocido es una enfermedad propia del internista por su amplia gamma e increíble número de patologías en su abordaje diag-

nóstico. El *S. pseudoporcinus*, fue descrito en 2006 por S. Bekal y colaboradores, como flora colonizante en tracto genitourinario femenino y responsable de infecciones del tracto genitourinario. Existen tres reportes en la literatura médica que le atribuyen infección en tejidos blandos, neuroinfección por válvula ventriculoperitoneal y endocarditis valvular mitral.

Palabras clave: *S. pseudoporcinus*, endocarditis subaguda, fiebre de origen desconocido, válvula aórtica bivalva, vegetación, absceso mitroaórtico.

Folio: 0103

Tema: Infectología

Tuberculosis diseminada y bola fungosa por *Coccidioides* spp en paciente con VIH/SIDA

Carrillo Jorge, Patlan Ali Hazel, Araujo Javier, Abonce Karen Selene

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Paciente masculino de 33 años, originario de Honduras, residente de San Luis Potosí en condiciones de hacinamiento. Antecedente de conductas sexuales de riesgo, politoxicómano y tabaquismo con IT 19.5 paquetes año. Niega otras comorbilidades. Inicia su padecimiento actual en marzo del 2017 con tos no productiva, presencia de fiebre y diaforesis nocturna, acompañado de pérdida ponderal aproximada de 20 kg hasta diciembre del 2017, donde presenta expec-



toración hemoptoica y ataque al estado general, motivo por el cual acude a Urgencias con los siguientes signos vitales: TA 90/60, FC 140 lpm, FR 20 rpm, Temperatura de 38° C y saturación de O₂ de 91% al aire ambiente. Tomografía de tórax donde se evidencia patrón micronodular difuso, acompañado de una cavitación en lóbulo superior izquierdo con presencia de imagen nodular en su interior. Dentro del abordaje diagnóstico se solicitan los siguientes laboratorios: ELISA VIH positivo, Baciloscopías de expectoración (+++), Galactomano negativo. El paciente se complica con presencia de síndrome de insuficiencia respiratoria aguda grave, choque séptico refractario y coagulación intravascular diseminada, que amerita manejo invasivo, aminas vasopresoras a dosis altas, hidrocortisona, antibióticos de amplio espectro y fluconazol. Al momento de la defunción se solicita necropsia donde se reporta la presencia de abundantes micobacterias en la tinción de Ziehl-Neelsen, en parénquima pulmonar la presencia de esférulas con endosporas con hallazgos similares en ganglios linfáticos, tracto gastrointestinal y genitourinario. Con tinción de Grocott se reporta la presencia de artroconidias, esférulas y endosporas en el nódulo pulmonar integrando diagnóstico histopatológico de bola fungosa por *Coccidioides* spp,

coccidioidomicosis diseminada y tuberculosis diseminada.

Palabras clave: *Mycobacterium tuberculosis*, *Coccidioides* spp, virus de inmunodeficiencia humana.

Folio: 0104

Tema: Misceláneos

Síndrome de bolsa de orina púrpura. Reporte de caso

Martínez Andrea

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Es común encontrar pacientes con cambios en la coloración de la orina, sin embargo, la coloración purpura es poco frecuente, llamativa y causa de incertidumbre tanto en pacientes como en médicos. El síndrome de bolsa de orina purpura (SBOP) es una entidad rara y poco conocida, suele ser benigna y asintomática pero puede asociarse a enfermedades graves. Fue descrito por primera vez en 1978 por Barlow y Dickson. Se asocia a la presencia de bacterias productoras de enzimas sulfatasa/fosfatasa, tiene mayor prevalencia en mujeres y pacientes con cateterización urinaria permanente o prolongada. **Objetivo:** Describir y analizar un caso clínico con SBOP. **Metodología:** Se revisó literatura médica reciente y se analizó un caso clínico con SBOP. **Resultados:** Mujer de 70 años con hipertensión arterial e hipertiroidismo. Hospitalizada por presentar caída desde su

propia altura con consecuente fractura de cabeza de fémur izquierda. Se colocó sonda vesical obteniendo gasto urinario claro. Posterior a diez días la coloración de orina se tornó púrpura. Se cambió bolsa colectora presentando misma coloración. La paciente cursó clínicamente sin respuesta inflamatoria sistémica y asintomática. El examen general de orina con orina alcalina (pH 8.0), leucocituria, nitritos, proteinuria, bacteriuria, fosfato triple. El cultivo reportó *E. coli* y *Morganella morganii*, se inicio manejo antimicrobiano dirigido con aclaramiento en la coloración de orina. **Conclusión:** En este caso la presentación del SBOP fue intrahospitalaria en una paciente asintomática. Aunque el SBOP puede ser en muchas ocasiones benigno, no debe ser pasado por alto ya que este puede ser un signo clínico de infección de vías urinarias. Ante su aparición debemos tomar acciones necesarias con el fin de intervenir para mejorar la salud del paciente y la calidad de la atención.

Palabras clave: síndrome de orina púrpura, bolsa de orina púrpura, síndrome de bolsa de orina púrpura, SBOP.

Folio: 0105

Tema: Endocrinología

Parálisis periódica tirotóxica como presentación de hipertiroidismo y diagnósticos diferenciales de hipokalemia

Ortega Nayely Yair

IMSS HGR No. 1 Dr. Carlos Macgregor Sánchez Navarro UNAM

Introducción: La tirotoxicosis es un estado de exposición aumentada en la sangre de hormonas tiroideas circulantes, el cual puede ser por diversas causas. Una de las causas más frecuentes de tirotoxicosis es el hipertiroidismo definiéndose como un aumento en la secreción de hormonas tiroideas por la glándula tiroidea. Este aumento de la secreción puede estar dado por diferentes entidades Nosológicas: Enfermedad de Graves y el Bocio multinodular tóxico son probablemente responsables en el más del 90% de todos los hipertiroidismos. Las manifestaciones clínicas son bastante variadas algunas de estas son: pérdida de peso, arritmias, hiperdefecación, por mencionar algunos. En el presente trabajo, se abordará la presentación poco común llamada: parálisis periódica tirotóxica (PPT). La presentación típica son los ataques agudos que varían desde la debilidad leve a la parálisis total comenzando de noche o temprano en la mañana algunas horas después de una comida pesada. Los signos y síntomas de hipertiroidismo pueden no ser obvios. La característica distintiva es la hipocalemia por el aumento de la actividad celular de la bomba de sodio/potasio-ATPasa con el transporte de potasio desde el espacio extracelular

al intracelular en combinación con una producción reducida de potasio. Recientemente, KCNJ18 las mutaciones genéticas que alteran la función de un canal de potasio rectificador de entrada llamado Kir2.6 se han detectado en 0-33% de los casos. La bomba de sodio/potasio ATPasa de la membrana celular transporta activamente potasio del compartimento extracelular al intracelular en los músculos y el flujo hacia afuera se controla mediante canales K⁺ (Kir) que rectifican hacia adentro y canales de K⁺ rectificadores diferidos. Activación de Na⁺ / K⁺ -ATPase existe en muchas condiciones, incluida la tirotoxicosis, hay aproximadamente un 80% de aumento de la actividad de la bomba Na⁺ / K⁺ -ATPasa en pacientes con PPT en comparación con otros pacientes tirotóxicos, así mismo las catecolaminas intensifican la actividad de la bomba Na⁺ / K⁺ -ATPasa en el músculo esquelético y la respuesta β-adrenérgica elevada en el hipertiroidismo. Esto no conduce a la hipocalemia en la mayoría de los pacientes con hipertiroidismo porque la mayor actividad en la mayoría de los casos se verá compensada por un aumento en el flujo de potasio hacia el exterior. Solo si el flujo hacia el exterior también se ve obstaculizado, se producirá hipocalemia y posterior parálisis. Caso Clínico. Ingresar al servicio de urgencias por referir cuadro de dolor mus-

cular de 3 días de evolución con mialgias, disnea de medianos esfuerzos, aumento en la cantidad de las deposiciones, al interrogatorio dirigido con taquicardia, piel caliente y húmeda. Posteriormente presenta parálisis de las 4 extremidades, por lo cual acude al servicio de urgencias, dado la debilidad muscular en el servicio de urgencias, se toma EKG en el cual se evidencia alargamiento de PR, se toma gasometría y laboratorios: GASA: pH: 7.36, CO₂: 25, O₂: 92, HCO₃: 14.8, EB: -8.6, Sat: 97%, Na: 142, K: 1.5, glucosa: 140, Ca: 8.77, fósforo: 4.7, Mg: 0.84. EGO: pH: 6.0, Den: 1.015, sin datos de infección, no cilindros, urobilinogeno-, Electrolitos Urinario: Na: 138, K: 4.42, Urea Urinaria: 9000 Osm Urinaria: 650; Na serico: 138, K: 4.42, Cl: 108.5, Urea: 20, BUN: 9, Cr: 0.54, fósforo: 4.2, Calcio: 8.69, Mg: 0.79, Osm ser: 281, se inicia reposición de potasio, se saca gradiente transtubular de potasio como parte del protocolo de hipocalemia resultando de 3.7, por lo que se clasifica como pérdidas extrarrenales, dado los síntomas referidos se sospecha hipertiroidismo, se solicita perfil tiroideo: TSH: 0.005 T₃ y T₄ aumentadas. Se inicia tratamiento con propanolol 120mg día y dosis de metimazol 20mg día. Se realiza USG de tiroidea descartando Bocio Multinodular se envía Anti TPO resultando positivos. En este caso se hace uso del Algoritmo de Hipoka-



lemia iniciando con Gradiente transtubular de potasio.

Palabras clave: hipertiroidismo, hipokalemia, parálisis periódica tóxica, endocrinología, tiroides, tirotoxicosis.

Folio: 0106

Tema: Infectología

Infección severa por *C. difficile* como presentación inicial de CUCI

Manuel Luis Rey², Pérez Eduardo¹, Pelayo Jaime², Romero Perla Mariana², Muñoz Gabriela², Pedraza Hector Cristóbal², Flores Lucía²

¹ Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González; ² Hospital General de Tampico

La incidencia de las enfermedades intestinales inflamatorias (EII) se encuentra en aumento a nivel global. Lo anterior es también cierto cuando se analiza el subgrupo de pacientes geriátricos, sin embargo el deterioro cognitivo y motor, la polifarmacia y las enfermedades crónico-degenerativas pueden complicar su evolución. Se reporta el caso de una paciente de la tercera edad que presentó infección por *C. difficile* como manifestación inicial de EII. Se trata de paciente femenino de 72 años de edad con antecedente de hipertensión y enfermedad renal crónica. Inició su padecimiento al presentar evacuaciones diarreicas y vómito de cuatro días de evolución que la llevó al estupor. Debido a lo anterior es llevada

a unidad hospitalaria. A su llegada se encuentra con datos de choque y distensión abdominal. Se obtuvieron paraclínicos que sugerían agudización de la enfermedad renal por lo que requirió terapia de reemplazo renal. Durante su estancia hospitalaria presentó rectorragia intermitente por lo que solicitó radiografía de abdomen donde se observó distensión de asas intestinales. Lo anterior fue confirmado con una tomografía, encontrando asas de colon de hasta siete centímetros de diámetro. Se realizó colonoscopia la cual reportó mucosa colónica hiperémica y edematizada con proceso inflamatorio severo y membranas fibrinosas por lo que se tomaron biopsias. Se realizaron GDH y toxinas A y B en heces para *C. difficile*, las cuales resultaron positivas. Se inició tratamiento con Vancomicina oral y metronidazol intravenoso con mejoría importante de la diarrea y la distensión abdominal. La biopsia intestinal reveló colitis ulcerativa crónica inespecífica por lo que se agregó sulfasalazina al manejo. Debido al efecto de disbiosis generado por la inflamación crónica de las EII, estos pacientes tienen un riesgo alto de presentar colitis por *C. difficile*. Es además importante que esta infección tiene una mortalidad más alta en el adulto mayor.

Palabras clave: CUCI, *C. difficile*, colitis pseudomembranosa, colitis ulcerativa crónica inespecífica.

Folio: 0107

Tema: Dermatología

Micosis fungoide: una gran simuladora

Medina Laura, Guevara Esther, Cruz Mercedes, Lascari Moisés
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México, México

Paciente masculino de 68 años el cual tiene como antecedentes de importancia diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, tabaquismo y cardiopatía isquémica; se presenta a nuestra consulta externa por dermatosis diseminada bilateral y con tendencia a la simetría en cuello, tronco, extremidades superiores e inferiores, que respeta mucosas así como palmas y plantas; la cual se encuentra constituida por múltiples placas violáceas infiltradas con escama nácar en la superficie, de bordes irregulares bien definidos; en la región lateral de brazo izquierdo además presenta una neoformación exofítica multilobulada del color de la piel y superficie anfractuosa; las lesiones son levemente pruriginosas, de 3 años de evolución, tratado desde 2 años previos con el diagnóstico clínico e histopatológico de psoriasis en placas mediante esteroide tópico y prednisona oral sin mejoría e incluso refiriendo progresión de las lesiones, por lo que es referido a nuestro servicio para inicio de terapia con fármaco biológico. Para-

clínicamente llama la atención elevación de DHL (485U/l) y el resto de sus laboratorios básicos se encuentran dentro de la normalidad. Ante sospecha de Linfoma Cutáneo se decide toma de nueva biopsia así como realizar estudios de extensión; encontrando en frotis de sangre periférica y biopsia de médula ósea celularidad normal, en tomografía simple y contrastada toracoabdominopélvica ganglios axilares e inguinales de características inflamatorias; con respecto a la biopsia de piel se observa epidermotropismo, microabscesos de Pautrier e infiltrado difuso pleomórfico en dermis con presencia evidente de linfocitos atípicos con núcleos cerebriformes; presentando a la inmunohistoquímica CD3+ CD4+ CD8- CD20-. Con lo anterior se integra el diagnóstico de linfoma cutáneo primario de células T tipo micosis fungoides T3 NO MO BO (estadio IIB para lo cual recibe tratamiento quimioterapéutico a base de CHOP con adecuada respuesta.

Palabras clave: micosis fungoide, psoriasis, CHOP, linfoma cutáneo, quimioterapia, tumoral.

Folio: 0109

Tema: Oncología

Determinación de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo asociado a uso de trastuzumab en pacientes con cáncer de mama con sobreexpresión de HER2 (receptor de crecimiento epidérmico tipo 2)

Rodríguez Benigno Emmanuel, Pérez Aldo Alfredo, García Iveth Eunice, García Francisco Isai
Hospital Juárez de México

Introducción: El cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer en la población femenina en México, 20% son HER2+. **Antecedentes:** Todo paciente con diagnóstico de cáncer de mama deben tener una determinación de HER2. En 1998 se aprobó el uso de Trastuzumab para el tratamiento de cáncer de mama con amplificación de HER2. Se observó cardiotoxicidad severa en 16% al combinar Trastuzumab con antraciclinas y 2% sin éstas. La definición aceptada de cardiotoxicidad corresponde a disminución de la FEVI (fracción de eyección de ventrículo izquierdo) de 5% debajo de 55% con signos y síntomas o de 10% debajo de 55% sin síntomas. Existe incertidumbre entre método adecuado para determinar la función cardíaca y se considera que el estándar de oro es la resonancia magnética cardíaca, sin embargo, el método más usado es el ECOTT (Ecocardiograma Transtorácico). **Objetivo:** Determinar la FEVI por medio de ECOTT en pacientes por cáncer de mama HER2 que recibieron tratamiento con Trastuzumab. **Material y método:** Se realizó revisión de los expedientes desde el 1° de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2016. Se incluyeron pacientes que contaran

con ECOTT previo al inicio de tratamiento y cada 3 meses durante el mismo. **Resultados:** Se encontraron 293 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama HER2+ en tratamiento con Trastuzumab, 102 cumplían con los criterios de selección. Cuarenta y nueve por ciento fueron menores de 50 años, 20% menores de 40. Las etapas clínicas (EC) fueron: EC I 1%, EC II 17.6%, EC III 53.9% y IV 27.5%. Todas recibieron esquema secuencial con antraciclinas previo al Trastuzumab, que se administró con dosis de carga y mantenimiento conforme al esquema trisemanal. La medianas de FEVI fueron: inicial 66%, 3 meses 68%, 6 meses 69%, 9 meses 70% y 12 meses 68%. Ninguna paciente presentó clínicamente insuficiencia cardíaca, no se reportaron muertes, ni se requirió retrasar el tratamiento por cardiotoxicidad. La aplicación de radioterapia se asoció a una disminución de la FEVI a los 9 y 12 meses. Dentro de las comorbilidades, la prevalencia de radioterapia a tórax 70.6%, obesidad 47%, hipertensión arterial 36%, diabetes mellitus 7.8% y tabaquismo 6.9%. **Discusión:** En nuestra población observamos un porcentaje de pacientes menores de 50 años similar a lo reportado en otros estudios. Las menores de 40 años concuerdan con la menor mediana de presentación reportada en población mexicana comparada con la global y no existe recomen-



dación de realizar tamizaje en esta población. En nuestro estudio las pacientes tratadas con Trastuzumab no presentaron disminución de la FEVI ni insuficiencia cardíaca clínica, probablemente debido al número de pacientes incluidas en la revisión, ya que solo 34.8% contaban con seguimiento con ECOTT. Las comorbilidades en nuestra población fueron más prevalentes que en los ensayos pivotaes. En el estudio Slamon del 2001 la prevalencia de radioterapia a tórax fue 32.5%, obesidad 22%, diabetes mellitus 3.4%, hipertensión 16.6% e hipercolesterolemia 4.4%. **Conclusiones:** Es imperativo mantener la vigilancia de las pacientes en tratamiento anti-HER2 conforme las recomendaciones internacionales, si bien este estudio no encontró eventos de cardiotoxicidad, se desconoce la prevalencia real en nuestra población. La alta prevalencia de comorbilidades podría influir en la presentación de cardiotoxicidad y complicaciones asociadas al tratamiento; además, la obesidad se asocia a un mayor riesgo de recurrencia y mortalidad en pacientes con carcinoma de mama. El ECOTT es una herramienta operador dependiente con una alta variabilidad, en casos en los que no es concluyente, o existe duda diagnóstica, se debe recurrir a métodos confirmatorios, mismos con los que no se cuentan en el hospital. Es importante ampliar el acceso de estos mé-

todos a la población de bajos recursos

Palabras clave: cardiotoxicidad, trastuzumab, cáncer, HER2, mexicana.

Folio: 0110

Tema: Infectología

Miositis infecciosa de repetición en paciente con síndrome mielodisplásico. Probable alteración de la inmunidad celular

Sánchez Oswaldo Augusto, Santoyo Dennis Lizeth, Esquivel Alejandra, Aguilar Iván Hírám, Salgado Eduardo

Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI

Las infecciones de tejidos blandos se clasifican con respecto al sitio anatómico en superficiales y profundas. Se subdividen diversos grupos como piomiositis, miositis infecciosa y fascitis necrotizante. De estas, la miositis infecciosa se caracteriza por destrucción de tejidos profundos más allá de la fascia muscular con alta toxicidad sistémica. Dentro de los factores de riesgo se encuentran trauma penetrante, laceración muscular, inmunosupresión, alcoholismo y obesidad. La etiología es infecciosa y se clasifica con base en los datos clínicos y epidemiológicos: polimicrobiana o tipo 1 por bacterias anaeróbicas y aeróbicas; monomicrobianas o tipo 2 por estreptococos del grupo piogénico. Los principales datos clínicos son eritema, edema, dolor severo y fiebre

así como toxicidad sistémica. Los hallazgos de laboratorio son inespecíficos los cuales incluyen leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. El diagnóstico se realiza mediante imagenología siendo la tomografía el diagnóstico de elección la cual puede mostrar presencia de gas, colecciones y cambios inflamatorios. Con respecto al tratamiento requiere valoración quirúrgica, antibióticos y soporte hemodinámico. La terapia con antibióticos va enfocada a la cobertura de cocos gram +, bacilos gram -, así como anaerobios; los principales esquemas incluyen carbapenémico con agente contra MRSA y clindamicina en casos de presencia de crepitación. El pronóstico depende de la etiología con mortalidad de 21% en tipo 1, 25% en tipo 2; empeorando el pronóstico cuando existe falla orgánica. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de miositis infecciosa de repetición en paciente con síndrome mielodisplásico valorado en el servicio de Infectología de CMN Siglo XXI. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 45 años de edad, sin antecedentes heredo familiares de importancia, como antecedentes personales tabaquismo y alcoholismo ocasionales, niega otro antecedente patológico. Comienza su padecimiento 2 meses previo a su ingreso por astenia, adinamia y malestar general, protocolizado en medio exter-

no encontrando pancitopenia motivo por el que se somete a terapia alternativa con administración de suero autólogo en tobillo izquierdo sin presentar mejoría; posteriormente acude a hematólogo quien realiza aspirado de médula ósea concluyendo en síndrome mielodisplásico con displasia multilínea sin otorgar tratamiento en ese momento. Acude a nuestra unidad al presentar fiebre, edema a nivel de pierna izquierda con dolor desproporcional, eritema y datos de sepsis; destaca en laboratorios pancitopenia y neutropenia grave (Hb 8.7g/dl, leucocitos 1.5m/ul, neutrófilos 0.14m/ul, plaquetas 90mil/ul, creatinina 1.7mg/dl, glucosa 122mg/dl), motivo por el que ingresa a hematología donde se le inicia antibiótico de amplio espectro por presentar miositis la cual se corrobora con realización de resonancia magnética. Cursa con evolución favorable pero 15 días posterior a mejoría inicia con edema a nivel de muslo izquierdo realizándose nuevamente resonancia magnética reportando afectación a nivel de compartimento anterior por etiología infecciosa, además presenta datos de infección a nivel de hombro izquierdo. Durante su estancia no se logra realizar aislamiento bacteriológico motivo por el que se da cobertura antibiótica para bacterias más frecuentes (cocos gram positivos) logrando mejoría clínica. Dado los even-

tos de repetición se descartan focos sépticos y se concluye en probable alteración a nivel de inmunidad celular la cual sería la causante de los eventos de repetición los cuales no se encuentran descritos en la literatura. **Conclusiones:** Las infecciones de tejidos profundos presentan una gran mortalidad sin el tratamiento oportuno; la literatura no reporta eventos de repetición asociados a displasias celulares, siendo provocados probablemente en este paciente por alteraciones a nivel de la inmunidad celular por la patología de base. El pronóstico es adecuado con el tratamiento oportuno.

Palabras clave: miositis infecciosa, síndrome mielodisplásico, infectología.

Folio: 0111

Tema: Otros

Hematoma retroperitoneal secundario a uso de anticoagulantes en paciente con enfermedad renal crónica posterior a cateterismo cardíaco

Martínez Ediel, Borges Jesús Samuel, Pondigo Jorge Alberto
Hospital Universitario de Puebla

Introducción: El hematoma retroperitoneal espontáneo es una patología poco frecuente en nuestro entorno con una evolución potencialmente mortal. La mayoría de los casos descritos en la literatura son casos aislados asociados a patologías de la anatomía

retroperitoneal, fármacos antiagregantes plaquetarios anticoagulantes. **Caso Clínico:** Masculino de 74 años con antecedente de diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica sin terapia de sustitución el cual se mantuvo en UCI 12 horas posterior a intervención coronaria percutánea colocando stents en arteria circunfleja y coronaria derecha permaneciendo con manejo antiisquémico óptimo y anticoagulación a base de ticagrelor y enoxaparina posteriormente. Durante su estancia en piso de medicina interna presentó evolución clínica favorable hasta el día 21 de marzo del 2018 ya que a la exploración física se evidenció tumoración en flanco derecho de aproximadamente de 10 cm x 10 cm y equimosis con disminución de hemoglobina a 7.4 mg/dl. Se decidió transfundir un concentrado eritrocitario el día 24 de marzo del 2018 y paraclínicos de control para valoración de hemoglobina >9 gr/dl. Por hallazgos clínicos se realizó TAC abdominal evidenciando hematoma en Zona II de Kuds y Sheldon, solicitando valoración por cirugía general indicando estudio de angiografía de ilíacas, con valoración por cirugía vascular, sin evidenciarse lesión arterial o venosa secundaria a cateterismo, por lo que se suspendió tratamiento anticoagulante, indicando manejo con clopidogrel, teniendo disminución progresiva



de hematoma en los siguientes 10 días con posterior egreso por mejoría. **Conclusión y discusión:** Tomando en cuenta los factores como la Enfermedad Renal y depuración retardada de medicamentos como anticoagulantes, a pesar de antecedente de cateterismo se descarto lesión vascular por procedimiento y se integra con amplio abordaje diagnóstico un hematoma retroperitoneal espontáneo autolimitándose con manejo expectante.

Palabras clave: hematoma, retroperitoneal, cateterismo, anticoagulantes, enfermedad renal crónica, angioplastia.

Folio: 0112

Tema: Otros

Caracterización de los pacientes con enfermedad de Fabry en tratamiento con agalsidasa alfa en comparación con agalsidasa beta

Carreño Paulina, Pineda Luis Francisco

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Antecedentes: La enfermedad de Fabry es secundaria a la alteración del gen de la enzima alfa galactosidasa ácida, que resulta en su deficiencia o ausencia y acumulación de globotriasilceramida. Resultando en una enfermedad crónica degenerativa con manifestaciones en distintos órganos. Se cuenta con dos enzimas para el tratamiento, agalsidasa alfa (Replagal®) y agalsidasa beta (Fabrazyme®),

ambas han demostrado eficacia y seguridad. **Material y Métodos:** Estudio longitudinal, retrospectivo, comparativo de las características clínicas de los pacientes con enfermedad de Fabry en Terapia de reemplazo enzimático, valorados en el periodo de 2011-2018 en la Clínica de Referencia Nacional de Enfermedades Lisosomales. El objetivo fue determinar si existen diferencias entre las características de ambos grupos. Se utilizó la valoración clínica realizada mediante el puntaje de severidad MAINZ pre tratamiento y luego de al menos 12 meses. El análisis de las variables se obtuvo mediante "T-Student" o "U- Mann Whitney". **Resultados:** Se valoraron 47 pacientes, 31 pacientes con MAINZ completo y 17 pacientes con determinación de LYSO GL3, 27 hombres y 20 mujeres. Todos los pacientes mostraron una reducción del puntaje MAINZ ($\bar{x} = -3.5$, $sd = 8.2$), la categoría con más cambio fue el MAINZ neurológico ($\bar{x} = -1.7$, $sd = 3.3$), pero sin diferencia significativa entre AA y AB ($p = 0.42$), se observó una tendencia de mayor cambio con AB. la categoría con mayor cambio fue el MAINZ neurológico con una media de cambio de -1.7 ($sd = 3.3$), pero sin diferencia significativa entre AA y AB (AA: -1.4 (3.5) AB: -2.3 (3.0) $p=0.51$). Llama la atención que el MAINZ cardiovascular mostró aumento respecto al inicial, de forma global con

una media de cambio de 0 ($sd = 0.1$) y para cada tratamiento individual, pero sin diferencia estadísticamente significativa (AA: 0 (0.0) AB: 0 (0.4) $p=0.37$).

Conclusión: En la población estudiada las diferencias entre TRE con AA y AB no fueron estadísticamente significativas, sin embargo

Palabras clave: enfermedad de Fabry, terapia de reemplazo enzimático.

Folio: 0113

Tema: Cardiología

Paciente joven con edema agudo pulmonar posterior a laparoscopia

García Juan Salvador, Cernas María Elena

Instituto Mexicano del Seguro Social

Hombre 28 años, posoperado de amigdalectomía a los 6 años sin complicaciones, sin otro antecedente. Inicia cuadro clínico el 10/07/2018 súbitamente con dolor tipo cólico en FID de intensidad inicial 7/10 progresiva a 10/10, junto con emesis de contenido gastrointestinal en 6 ocasiones, por lo que acude a urgencias, ingresando por apendicitis aguda, realizándose apendicectomía laparoscópica el 11/07/2018 a las 13:00pm, reportándose la administración de 1500 cc de solución intravenosa durante la cirugía, inducción anestésica con Propofol 150mg, relajación neuromuscular con cisatracurio 9 mg, analgesia

con Fentanil 350 mcg y sedante adyuvante midazolam 1mg, siendo el mantenimiento anestésico con desflurano, con una duración aprox. de 2h. Posterior a extubación presentó broncoespasmo requiriendo manejo con broncodilatadores en nebulización y esteroide IV, con respuesta adecuada, sin embargo, durante el periodo posoperatorio (5h después), se le encontró con tos, esputo asalmonelado, junto con murmullo vesicular disminuido y estertores crepitantes bibasales, por lo que se le realiza Rx de tórax observando aumento en la vasculatura bronquial, ce-falización de flujo e infiltrados bilaterales moteados y difusos, progresando (1-2 h después) con taquipnea, desaturación por pulsioximetría hasta 86% y aumento de expectoración asalmonelada, por lo que se interconsulta a UCI ingresándolo con diagnóstico de edema agudo pulmonar. Se inicia ventilación mecánica no invasiva, continuando con murmullo vesicular disminuido bilateral y estertores crepitantes. Se descarta elevación de enzimas cardíacas y se inicia manejo con diurético y dobutamina a 3 mcg/kg/min durante 4 h, logrando la remisión del edema agudo pulmonar en un período menor a 12 horas. Valores de Pro-BNP-17 pg/ml y dímero D-1.42 mcg/ml. Durante su estancia en UCI se identificó parada sinusal aislada con latido de rescate nodal, pero ante

la ausencia de antecedentes de riesgo cardiovascular, ameritó manejo expectante.

Palabras clave: edema agudo pulmonar, joven, poslaparoscopia.

Folio: 0114

Tema: Endocrinología

Presentación clínica atípica de insulinoma. Abordaje diagnóstico y reporte de un caso

Prado Carlos Gerardo, Del Río Antonio Felipe, González Julia Aurora, Ornelas Nardia Isabel, Garay Jorge Alberto

IMSS Hospital General de Zona/ Medicina Familiar No. 6 San Nicolás de los Garza, Nuevo León

Introducción: El insulinoma es el tumor neuroendocrino funcional más común del páncreas, se caracteriza por hipoglucemia secundaria a hiperinsulinismo endógeno. Se sospecha al presentar síntomas de hipoglucemia (tríada de Whipple), el diagnóstico es bioquímico, los estudios de imagen ayudan a localizar la lesión y el tratamiento es quirúrgico (enucleación). **Objetivo:** Reporta un caso clínico de insulinoma con presentación atípica, así como su abordaje y tratamiento. **Caso clínico:** Femenino de 43 años con antecedente de hipotiroidismo primario, inició con hipoglucemias caracterizado por síntomas adrenérgicos (temblor, sudoración, ansiedad, palidez, taquicardia) exacerbados con la ingesta de

carbohidratos, se manejó inicialmente como hipoglucemia reactiva con dieta fraccionada en quintos y disminución de azúcares simples. Posteriormente las hipoglucemias se presentaron sin predominio de horario, con lipotimias y aumento de peso de 20 kg en 2 años e ingresó al hospital con glucosa de 51 mg/dL. En su hospitalización se sometió a prueba de ayuno con los siguientes resultados: Glucosa sérica 49 mg/dL, insulina 14 mU/ml (< 3mU/ml), péptido C de 5.6 nmol/L (< 0.2 nmol/L), cortisol sérico 19.2 mcg/dL y sulfonilureas negativo, resultando positivo para hiperinsulinismo endógeno. Se realizó TAC de abdomen trifásica observando lesión de 1 cm en cola del páncreas en fase arterial y se corroboró con IRM. Se realizó pancreatectomía distal con resultado de patología positivo para tumor neuroendocrino bien diferenciado de grado intermedio de 15 mm, sinaptofisina (+), CD56 (+), KI67 (+). **Conclusión:** El insulinoma presenta una incidencia de 0.4/100 000 personas al año. Habitualmente los síntomas se caracterizan por hipoglucemias en ayuno y neuroglucopenia en un 73%, sólo en estado postprandial el 6% y estados mixtos el 21% como lo fue en este caso. La mayoría de los casos son de forma esporádica y su pronóstico es bueno.

Palabras clave: hipoglucemia, insulinoma, hiperinsulinismo.

**Folio: 0115****Tema: Endocrinología****Presentación de un caso de osteítis fibrosa quística por hiperparatiroidismo primario**

Murillo Alberto¹, García Aldo Ivan², Escobedo Yanei Taateni²

¹ Hospital General Zacatecas Luz González Cosío; ² Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La osteítis fibrosa quística (OFQ) es la manifestación clínica ósea del hiperparatiroidismo primario (HPT) caracterizada clínicamente por dolor óseo, radiográficamente por resorción ósea subperióstica, actualmente se considera una enfermedad rara observada en formas severas de hiperparatiroidismo.

Caso clínico: Femenina de 44 años de edad, con historia de 8 años de litiasis renal bilateral recurrente, diagnóstico reciente de enfermedad renal crónica estadio III e hipertensión arterial. Ingresa al hospital por fractura patológica diafisaria en fémur izquierdo, durante su estancia se evidencia hipercalcemia, serie ósea con resorción ósea subperióstica importante, por lo que es valorada por endocrinología siendo trasladada al servicio con los siguientes laboratorios: PTH: 2863 pg/ml calcio corregido 12.3mg/dl, fósforo 3.7mg/dl, magnesio 2.4mg/dl fosfatasa alcalina 1472 U/L, creatinina 2.7mg/dl, ultrasonido paratiroideo: tumoración hipoeoica posterior a la glán-

dula tiroidea inferior derecha, gamagrama con Tc99 MIBI captación persistente a las 2 horas en región inferior derecha de cuello. Inicia manejo con ácido zoledrónico e hidratación con descenso de niveles de calcio. Se realiza exploración quirúrgica de cuello con resección de la lesión reportando por patología adenoma paratiroideo derecho.

Conclusiones: la importancia radica en la sospecha y detección temprana de HPT desde sus antecedentes clínicos para evitar la progresión a casos severos como el presentado.

Palabras clave: hiperparatiroidismo, osteítis fibrosa quística, hipercalcemia.

Folio: 0116**Tema: Cardiología****Anomalía de Ebstein y embarazo: presentación de un caso**

Carrizales Edgar Francisco¹, De la Cruz Olga Norali¹, Flores Ana Cristina², Pérez Sandra Itzel², Vera Raymundo¹, Flores Ramiro¹, Nañez Homero¹

¹ Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José E González, Monterrey Nuevo León, México; ² Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey Nuevo León, México

Introducción: La anomalía de Ebstein es una malformación caracterizada por un desplazamiento apical de válvula tricúspide con insuficiencia tricúspide y dilatación de cavidades derechas. La presen-

tación clínica es variable donde hasta el 80% de los pacientes pueden tener un defecto septal auricular y presentar cianosis, muchos pacientes llegan a la edad adulta sin intervención, con una clase funcional que varía de acuerdo al grado de insuficiencia tricúspide y disfunción de ventrículo derecho. Las arritmias son otra complicación común manifestándose como vías de conducción accesorias como Sd. Wolff Parkinson White. El embarazo es una condición clínica bien tolerada, se clasifica como una clase II de riesgo de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo en pacientes sintomáticas se aconseja evitarlo antes de corrección quirúrgica. Presentación del caso. Mujer de 28 años con cardiopatía congénita y embarazo de 22 SDG. Al inicio de embarazo disnea a mínimos esfuerzos, ortopnea y disnea paroxística nocturna, clase funcional II-III, Ritmo de 3 tiempos, S2 único, soplo holosistólico III/VI tricúspide, SO2 en 98. EKG: Sinusal, crecimiento de aurícula y ventrículo derecho, defectos de conducción intraventricular. Ecocardiograma con atrialización de ventrículo derecho Carpentier C, insuficiencia tricúspide severa, sin cortocircuitos. Ecocardiograma fetal sin anomalías en el producto. Durante el último trimestre con datos de falla cardíaca y clase funcional III-IV, por lo que se

maneja con diurético y posteriormente se decide someter a cesárea electiva a las 36 SDG, sin complicaciones. **Conclusiones:** Actualmente no existe evidencia sólida de manejo en pacientes con Anomalía de Ebstein y embarazo en casos sintomáticos, sin embargo el embarazo puede ser bien tolerado, siendo la vía vaginal la vía recomendada de terminación de este, sin embargo es indispensable la individualización de estos pacientes debido a las anomalías que suelen asociarse.

Palabras clave: anomalía de Ebstein, cardiopatía congénita, embarazo, Wolff Parkinson White, insuficiencia cardiaca.

Folio: 0117

Tema: Cardiología

Anomalía de Ebstein: presentación de un caso

Carrizales Edgar Francisco¹, De la Cruz Olga Norali¹, Flores Ana Cristina², Pérez Sandra Itzel², Vera Raymundo¹, Flores Ramiro¹, Nañez Homero¹

¹ Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José E. González, Monterrey Nuevo León, México;

² Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

Introducción: La anomalía de Ebstein es una cardiopatía congénita que afecta a la válvula tricúspide, representa menos del 1% de las cardiopatías

congénitas, su cuadro clínico y pronóstico son variables dependiendo del grado del defecto y su asociación con otras malformaciones cardíacas. 80% tienen comunicación interauricular (CIA), 50% bloqueo de rama derecha de haz de His (BRDHH) y 30% síndrome de Wolff Parkinson White (WPW), el manejo puede ser médico, quirúrgico o electrofisiológico dependiendo de la sintomatología, el grado de falla cardíaca y la presencia o no de arritmias. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 32 años de edad con historia de disnea de esfuerzo progresiva de 2 años de evolución. A la auscultación se encontró un ritmo de 3 tiempos, desdoblamiento amplio del S1 y un soplo sistólico en foco tricúspide de intensidad III/VI, el paciente no presentaba edema ni cianosis en ese momento. El electrocardiograma mostró datos de BRDHH y anomalía auricular derecha. El ecocardiograma mostró atrialización del ventrículo derecho y dilatación de la aurícula derecha, dilatación del anillo tricuspídeo, una valva septal de la tricúspide adherida a la superficie miocárdica así como insuficiencia tricuspídea severa, el paciente fue diagnosticado con anomalía de Ebstein y tratado con Digoxina y diuréticos con una evolución clínica estable durante el seguimiento **Conclusiones:** Se caracteriza por el adosamiento de las valvas septal y posterior al ventrículo derecho con atrialización de

este y dilatación de la unión auriculoventricular. Se puede presentar como insuficiencia cardíaca grave en el periodo neonatal o como fatigabilidad y cianosis de inicio en la adolescencia, el manejo médico incluye diuréticos, inotrópicos y ablación de las arritmias. La cirugía se reserva para casos severos y consiste en la plicatura de la porción atrializada del VD, reparación valvular y cierre de la CIA.

Palabras clave: anomalía de Ebstein, cardiopatía congénita, insuficiencia cardíaca, Wolff Parkinson White.

Folio: 0118

Tema: Oncología

Cáncer de páncreas en el embarazo: presentación de un caso

Silva Sergio Renato¹, Avalos Javier Miguel¹, Suastegui Juan Alberto¹, Astudillo Dulce María¹, Gaspard Annette Valerie²

¹ Hospital General de Acapulco;

² Hospital de Ginecología y Obstetricia IMIEM

Femenino de 41 años sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. AGyO: Menarca a los 12 años, ritmo 28x4, IVSA a los 15 años, G:8 P:7, no usa anticonceptivos. Desconoce FUM. Paciente con embarazo de 21 SDG, inicia padecimiento 9 días previos a su ingreso con dolor en epigastrio EVA 8/10, en hospital rural se detecta anemia (no se especifica características) se



transfunden 3 concentrados eritrocitarios. 4 días después coloración icterica de piel y tegumentos por lo que se envía a HGA con diagnóstico de probable pancreatitis. EF de ingreso: coloración icterica de piel y tegumentos ++, en epigastrio se palpa masa de 6x4 cm no móvil, con epigastrio doloroso a la palpación sin otras alteraciones a la exploración. Laboratorios al ingreso: BT 4.31 BD 3.6 BI 0.7. US abdominal con masa a nivel de cabeza de páncreas de consistencia heterogénea con alto flujo en ECO Doppler. Además nódulo en lóbulo derecho hepático de 14mm sugerente de metástasis. Alfa feto proteína 86.3, Antígeno carcinoembrionario 8.93, Ca 125 7.48, Ca 19-9 de 62, 500. Resonancia magnética con imagen de 6x5 cm dependiente de cabeza de páncreas heterogénea con alta vascularidad, en segmentos hepáticos VII y VIII dos imágenes nodulares sugestivas de metástasis, producto de 22 SDG, se concluye pb tumor en cabeza de páncreas, embarazo evolutivo. La evolución tendió al empeoramiento clínico con encefalopatía, presentando BT 42.3, BD 27.9 BD 14.4 FA 419 TGO 128, DHL 702. Se realiza Laparotomía encontrándose masa de 6x4 cm en cabeza de páncreas, se refiere como irreseccable, se toma biopsia. Reporte de patología concluye carcinoma anáplastico poco diferenciado a expensas de glándula pancreática. En 2012

Marci y Cols publicaron el artículo "Cáncer pancreático con metástasis en paciente embarazada, reporte de caso y revisión de la literatura", encontrando únicamente 10 casos descritos de carcinoma pancreático en embarazo hasta ese momento por lo que nos encontramos ante un caso muy poco frecuente.

Palabras clave: cáncer, páncreas, embarazo, CA 19-9.

Folio: 0119

Tema: Dermatología

Sarcoma de Kaposi en paciente con VIH, un cáncer clínicamente evidente, potencialmente curable, aunque en ocasiones histológicamente inespecífico

González Jocelyn Raquel, Rivera Cesar, Martínez María Fernanda, Zenteno Edia, Santana Nestor Ricardo, Hernandez Alejandro

Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

Masculino de 22 años, con antecedente de aorta bivalva y valva posterior corta de la tricúspide, que condiciona insuficiencia severa desde los 15 años, actualmente sin tratamiento. Diagnosticado con VIH el 25/04/2017 en clínica Condesa, en donde inicia Atripla, omite de 4 a 5 dosis al mes. Última carga viral 559171 y 112 Cd4 (13%) abril del 2018. Recibió tratamiento para herpes genital y candidiasis oral en 2017. PA: Inicia el 14/05/2018

con nausea, vómito y dolor en epigastrio. Aparición de máculas hiperpigmentadas en tronco y extremidades, que ocasionan prurito sin dolor. Niega síntomas respiratorios o alteraciones neurológicas. A la exploración, caquético y con dermatosis diseminada bilateral y simétrica, constituida por neoformaciones eritematovioláceas de 0.5 a 3 cm de diámetro, irregulares, bordes bien definidos, superficie lisa y consistencia renitente. Tórax sin datos de síndrome pleuropulmonar. Precordio con presencia de soplo regurgitante tricúspide grado II/IV, sin irradiaciones y soplo holosistólico mitral que borra el primer ruido, irradiado a axila y foco aórtico. Resto sin alteraciones. Leu 6.1, Nt 4.7, Lin 0.6, Hb 10.2, Hto 30.9, Pla 93. Cr 0.8, Glu 100, BUN 8, U 17. Rx de tórax sin alteraciones. Se toma biopsia de piel que reporta: Macula de tipo pigmentada con linfáticos y células fusiformes, no se aprecian atipias. Endoscopia: sin alteraciones. Una vez descartada afección visceral se inició tratamiento acorde a CD4 y fue valorado por clínica Condesa para reinicio de TAR. Meses después regresó a la consulta con recuperación total del cuadro dermatológico. La histología del SK varía en función de la fase clínica. En estadios iniciales los hallazgos histológicos son poco llamativos, puede no haber atipias, a pesar de ser un tumor maligno no se caracteriza

por presentar un índice mitótico muy elevado. En un paciente con mal control de VIH debe ser sospechado aunque la biopsia no sea concluyente e iniciar TAR. Se trata de un cáncer potencialmente curable y con altas tasas de supervivencia.

Palabras clave: VIH, sarcoma, Kaposi, biopsia, dermatosis, antirretroviral.

Folio: 0120

Tema: Endocrinología

Cateterismo de venas adrenales como parte del abordaje diagnóstico de hiperaldosteronismo primario

Ornelas Nardia Isabel, Del Río Antonio Felipe, González Julia Aurora, Prado Carlos Gerardo, Garay Jorge Alberto
IMSS Hospital General de Zona/ Medicina Familiar No. 6 San Nicolás de los Garza

Introducción: El hiperaldosteronismo primario es un síndrome clínico caracterizado por incremento en la producción de aldosterona. El cateterismo de venas adrenales es de suma importancia en el abordaje diagnóstico ya que el 75% de los casos se debe a hiperplasia suprarrenal bilateral. **Objetivo:** Presentar un caso clínico representativo del abordaje diagnóstico de hiperaldosteronismo primario. **Caso clínico:** Hombre de 68 años con hipertensión arterial y angioplastía coronaria a los 49 años, en manejo con metoprolol 50 mg c/12 hrs y prazosina 1 mg c/8

hrs. Se realizó TC de abdomen como protocolo de estudio por hematuria encontrando incidentalmente glándulas suprarrenales hiperplásicas (lado derecho de 24x21 mm e izquierdo de 17x19 mm). Se realizaron paraclínicos con los siguientes resultados: normometanefrinas 260 mcg/24 hrs (VN 82-500), metanefrinas 111 mcg/24 hrs (VN 45-290), norepinefrina 420 pg/ml (VN 0-600), dopamina 21 pg/ml (VN 0-48), adrenalina 70 pg/ml (0-100), cortisol basal: 19.89 mcg/dl y suprime a 1.1 mcg/dl post 1 mg dexametasona, sodio 141 mEq/L, potasio 3.7 mEq/L, aldosterona sérica 84 ng/dl (VN 3-16), actividad de renina 0.52 ng/ml/hr (VN 0.6-5.7) y PAC/PRA: 161, se corroboró hiperaldosteronismo primario. Se realizó cateterismo de venas adrenales: Aldosterona (ng/dl)/cortisol (mcg/dl) vena cava 26.2/9.99, vena suprarrenal derecha 18.56/9.88, vena suprarrenal izquierda 20.4/7.54: sin lateralización. Se diagnosticó hiperplasia suprarrenal bilateral e inició tratamiento con espironolactona con posterior normalización de aldosterona 16.1 ng/dl y actividad de renina 1.9 ng/ml/hr. **Conclusión:** El hiperaldosteronismo primario se presenta en 5 al 10% de los pacientes con hipertensión arterial e incrementa el riesgo cardiovascular. El cateterismo de adrenales nos permite identificar la causa y establecer el tratamiento quirúrgico en caso

de adenoma o médico en la hiperplasia bilateral.

Palabras clave: hiperaldosteronismo primario, cateterismo de venas adrenales.

Folio: 0121

Tema: Infectología

Caso de aspergilosis invasiva en paciente neutropénico grave, un reto diagnóstico y terapéutico para nuestro medio hospitalario

González Jocelyn Raquel, Rivera Cesar, Reyes Tamara, Ferrer Guadalupe, Barra Dania Pamela
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

Paciente femenino de 20 años, de Veracruz, no toxicomanías, tabaquismo ni exposición a pesticidas. Antecedente de leucemia mieloide aguda, diagnosticada el 04/02/2018, con inicio de quimioterapia el 10 de marzo (no especificada). El 26.04.18, acude a urgencias con datos de dificultad respiratoria, Glasgow de 10 y fiebre de 6 hrs. Actualmente sin tratamiento para LMA. Laboratorios: Leu: 0.07, NT: 0, Hb 6.5, Hto 18, Plt 1, Na 136, K 4, Crea 0.61, DHL 348, Alb 4.2. Requiere manejo avanzado de la vía aérea, uso de vasopresor y profilaxis por neutropenia con TMP/SMX, fluconazol y aciclovir e ingreso a UCI; se transfunden 2 concentrados eritrocitarios y 4 aféresis plaquetarias, hemocultivos centrales y periféricos evidenciando infección por S. Aureus, al 10º



día de tratamiento antimicrobiano con carbapenémico, se logra retiro de VMI, y se egresa a piso de medicina interna. BH de control: L:1, Nt: 0.4, Hb: 8.5, Plt: 48.72 horas posteriores presenta nuevo pico febril de 40°C y deterioro respiratorio, ameritando reintubación. TAC de tórax: con Infiltrados pulmonares apicales bilaterales, se solicita broncoscopia y lavado bronquioalveolar. Se inicia cobertura con claritromicina y oseltamivir. Debido al contexto de la paciente se solicita tinción de lactofenol a muestra de LBA, reportando cabezas aspergiliares con fiálides que sólo ocupan la parte superior de la vesícula y conidias incoloras de 2 a 3 µm. Concluyendo Aspergilosis pulmonar. Se inicia Voriconazol presentando mejoría parcial, y se traslada al INCAN para continuar tratamiento dirigido y reabordaje de LMA. Actualmente recibe tratamiento con QT y mejoría significativa de función respiratoria. La aspergilosis invasiva, se presenta en pacientes con inmunosupresión severa, en quienes los macrófagos alveolares son incapaces de eliminar las conidias que habitualmente llegan a las vías respiratorias bajas, forman filamentos dentro del parénquima pulmonar y provocan múltiples focos invasivos y diseminados. Pueden presentar datos clínicos y radiológicos inespecíficos

Palabras clave: aspergilosis, micosis, inmunocompromiso,

hifas, voriconazol, broncoscopia.

Folio: 0122

Tema: Reumatología

Lipodistrofia adquirida parcial en relación a lupus profundus

Llovera Karina Ivette, Villarreal Arturo

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El término lipodistrofia se refiere a un grupo de enfermedades congénitas o adquiridas que se caracterizan por ausencia general o parcial de tejido adiposo. Se clasifica como familiar o adquirida y, generalizada o parcial. La lipodistrofia adquirida parcial es de las formas más frecuentes y generalmente de causa desconocida. Hasta en el 80% de los casos ocurren en mujeres, usualmente en la adolescencia. Inician con pérdida gradual de grasa en la cara, que progresa de forma descendente hacia el cuello, los brazos, y el tronco. Al estudio histopatológico se observan adipocitos normales pero disminuidos. En las formas adquiridas parciales se ha descrito asociación con trastornos inmunológicos como dermatomiositis, miopatías, lupus eritematoso sistémico e hipotiroidismo. **Presentación del caso:** Paciente de sexo femenino de 43 años, referida a reumatología con diagnóstico de probable esclerodermia. Sin antecedentes heredo-familiares de importancia ni

enfermedades crónicas. Inició su padecimiento a los 18 años, con disminución insidiosa del tejido adiposo de cara, brazos y extremidades inferiores; además de presentar máculas hiperpigmentadas en cara, tórax posterior y extremidades. A la exploración física con pérdida del tejido adiposo principalmente en cara, que condiciona enoftalmos y prominencia de la región malar y el mentón. Inicialmente se realizaron los siguientes estudios: Hb 10.7, Hto 35.6, VCM 78.8, HCM 23.7, leucocitos 7 000, plaquetas 257 000, glucosa 80 mg/dl, creatinina 0.72 mg/dl, bilirrubina total 0.3 mg/dl, TGO 18 IU/L, TGP 13 IU/L, DHL 173 IU/L, TSH 2.1 mU/L. Reumatología como parte del abordaje diagnóstico solicitó: ANA 1:320 patrón homogéneo, anti dsDNA 498.7 (< 100), Anti Ro negativo, Complemento C3 107 (83-193), C4 9.6 (15-57), VSG 12, PCR 1, Factor reumatoide 695 U/ml (< 30), Hepatitis B y C negativo, ELISA para VIH negativo. Se realizó biopsia de piel, en la que se descartó esclerodermia. Se concluyó el diagnóstico de lipodistrofia adquirida parcial en asociación a lupus profundus. Inicialmente se trató con metotrexato, debido a intolerancia por síntomas gastrointestinales, se modificó a azatioprina y cloroquina. Fue valorada por cirugía plástica y programada para lipoinyección facial. **Conclusiones:** En el abordaje diagnóstico se descartaron

principalmente causas inmunológicas que pudieran cursar con un cuadro clínico similar. Se concluyó el diagnóstico mencionado debido a la afección de la totalidad de la epidermis, dermis e hipodermis; que corresponde a lupus profundus o paniculitis, el cual puede causar lipodistrofia parcial. En el tratamiento es importante la fotoprotección y, se ha documentado buena respuesta a los antipalúdicos. También se pueden emplear inmunosupresores como azatioprina y metotrexato. Por el momento no existe afección en otros sistemas, pero se mantiene vigilancia estrecha por el alto riesgo de presentarla.

Palabras clave: lipodistrofia, lupus profundus, paniculitis, lupus cutáneo crónico, lipodistrofia adquirida parcial.

Folio: 0123

Tema: Gastroenterología

Diagnóstico temprano del adenocarcinoma de cabeza de páncreas, crucial para el pronóstico del paciente

Rivera Cesar¹, González Jocelyn Raquel¹, Zamarripa Felipe², Llórente Alberto², Duran Cristina², Reyes Tamara¹

¹ Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez; ² Hospital Juárez de México

Paciente femenino de 62 años, con AHF; Abuela materna y madre finadas por cáncer de mama, APP; Cáncer de mama derecha, con realización de mastectomía radical

y 8 ciclos de quimioterapia. PA: Inicia hace 2 meses, con distensión abdominal y dolor tipo cólico, 5/10, difuso, que la despierta en la madrugada, el cual disminuyó de forma gradual, continuando con distensión abdominal y malestar general, por lo que acude con médico quien le indica anti-espasmódicos sin mejoría. Hace 1 mes presenta ictericia, coluria, acolia, prurito generalizado, hiporexia y pérdida de 4 kg, por lo que acude a nuestra Unidad donde se encuentra icterica, abdomen: globoso por panículo adiposo, blando, depresible, indurado en epigastrio y doloroso a la palpación profunda, sin datos de irritación peritoneal, timpánico a la percusión, no ascitis ni visceromegalias. Labs: FA 288, ALT 65, AST 96, BT 20.6, BI 5.16, BD 15.51, TP 14.5, INR 1.1, TPT 23, ALBU 3.1 CA 19-9: 499, CA 125-11: 30.3, CEA 4.97, AFP 3.30. CPRE: Estenosis de V.B. extrahepática y lesión sólida de cabeza de páncreas, se colocando derivación biliar con prótesis tipo Cotton 10fr x 10cm. Se estabiliza y se refiere a H. Juárez de México, se realiza colangiografía magnética evidenciando dilatación de la vía biliar intra-extrahepática y del conducto de Wirsung, secundaria a tumoración en cabeza de páncreas, que no afecta tronco celíaco ni arteria mesentérica superior con eje > de 5.2 cm. US Endoscópico; Cabeza de páncreas con lesión

heterogénea, hipoecogénica de bordes irregulares de diámetro de 28x20mm, alteración en su flujo con infiltración al interior del colédoco, se estadifica T3, N0, M0 (IIA). Se toma biopsia con reporte histopatológico: Adenocarcinoma de cabeza de páncreas y se programa para cirugía de Whipple. El cáncer de páncreas ocupa el 5to lugar de neoplasias malignas en México, entre el 60%-65% se localizan en la cabeza, solo el 10% son detectados en estadios iniciales, siendo candidatos a cirugía. La detección temprana con adecuada estadificación permite tratamiento curativo.

Palabras clave: adenocarcinoma, páncreas, ictericia, CPRE, colangiografía, prótesis.

Folio: 0124

Tema: Reumatología

Enfermedad mixta del tejido conectivo. Reporte de un caso

Peña Gonzalo Alejandro¹, Gómez Ernesto², Ortiz Teresa de Jesús¹, García María Okairy¹, Torres Jairo¹

¹ Hospital Regional Universitario; ² Hospital General de Manzanillo

Femenino de 58 años de edad originaria y residente de Tecoman, Colima, casada, ama de casa, quien tiene historial de Hipotiroidismo de un año de diagnóstico, tratada con levotiroxina 100 mcg vía oral cada 24 horas, la cual suspendió días antes a su ingreso el 5 de Junio de 2017, hospitalizaciones previas: Enero del 2017,



por ataque al estado general, astenia, adinamia, anorexia, diagnosticada con anemia grado I, desde entonces con tratamiento con ácido fólico 0.4 mg y sulfato ferroso 200 mg diarios. Valorada en Urgencias por bicitopenia (anemia y trombocitopenia), probable tumoración hepática en Mayo del 2017. No se conoce con enfermedades crónico-degenerativas, niega alergias, niega transfusiones, niega intervenciones quirúrgicas. Padecimiento Actual: Enviada de su Centro de Salud por ataque al estado general, debilidad generalizada desde hace 9 meses, identificada previamente por facultativo con Síndrome Anémico sin abordaje posterior, presentando exacerbación en el último mes a lo cual ha llegado a la postración, ha presentado disminución de la ingesta de alimentos asociada a "sensación de una bola en la garganta" ocasionado una pérdida de peso de 10 kilos aproximadamente en seis meses. En los últimos 4 meses refiere además frialdad y parestias en todos los dedos de las manos, los cuales adquirirían primero una coloración violácea y posteriormente palidecían coincidiendo con la exposición al frío al salir de su domicilio. Describe uno o dos episodios por semana, de menos de una hora de duración, en ocasiones dolorosos. Exploración Física TA: 100/70, FC: 74x', FR 20x', T 36.3°, Peso 42kg, Talla 1.58m, IMC

17.2kg/m² Paciente femenino con edad mayor a la cronológica, palidez generalizada de ++/+++. escleras normales sin ictericia, conjuntivas pálidas ++/++++; con orientación alopsíquica y autopsíquica, pupilas isocóricas y normorefléxicas, cuello simétrico, sin adenomegalias palpables, ni plétora yugular, sin bocio evidente, tórax normolineo, amplexión y amplexación normales, a la percusión se percibe claro pulmonar, murmullo vesicular presente y de intensidad normal, sin estertores o sibilancias, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni frotos, abdomen simétrico, plano, blando, depresible, no doloroso a la palpación, con peristalsis presente, sin megalias, extremidades simétricas, atróficas, hipotónicas, sin edema, fuerza muscular 3/5 en superiores y 2/5 en inferiores, articulaciones sin flogosis, sensibilidad normal, reflejos normales, marcha no valorable, sin fasciculaciones, Babinski y sucedáneos negativos, llenado capilar 2 seg. Estudios realizados: Hto 23.3%, Hb 7.7gr/dL, VCM 98.3 fl, HCM 32.5pg/cel, Plaquetas 188mil/μL, Leucos de 4.4 mil/μL Neutrófilos 49%, Linfocitos 21%. Grupo Sanguíneo O Positivo, TP 12.6 Seg, TPT 35.1 Seg, INR 1.03 Glucosa de 134mg/dL, Urea 24.6 mg/dl, Cr 0.5 mg/dl, Cl 100 meq/l, Na 130 meq/l, K 4.5 meq/l, Albumina de 2.6g/dL Bilirrubina Total de 1.5mg/dL, Bilirrubina Directa de 1 mg/

dL, Bilirrubina Indirecta de 0.5 mg/dL, ALT 57 U/L, AST 204 U/L, Fosfatasa Alcalina 788 U/l Coombs directo (-), TSH 6.07 UI/ml T4 0.97, VSG 6.4 mm/h, CPK 20.8 U/l, CPK-MB 1 U/l, DHL 624 U/L, ANA Patrón moteado 1:640, Anti DNA 127 UI/ml, Anti Ro 3.3 ng/dl, Anti SM 41 U/ml, Anti RNP 106.7 U/ml Electromiografía que concluye en trastorno con patrón miopático. Biopsia Musculo: Infiltrado inflamatorio focal rodeado de fibras musculares no necróticas con atrofia perifascicular.

Palabras clave: polimiositis, fenómeno de Raynaud, lupus eritematoso sistémico, enfermedad mixta del tejido conectivo.

Folio: 0126

Tema: Dermatología

Herpes zoster diseminado asociado a diabetes mellitus tipo 2 y uso de esteroides: a propósito de un caso

Martínez Cortés Dapne¹, Pérez Rojas Diego Olin², Hernández Salcedo Daniel³, Valencia López Raul⁴

¹ Residente de segundo año de Medicina Interna Hospital Ángeles Clínica Londres:

² Residente de primer año de Dermatología, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos;

³ Profesor titular Curso de Medicina Interna; ⁴ Profesor adjunto de Medicina Interna

Introducción: El herpes zóster cutáneo diseminado (HZCD) ha sido descrito en individuos inmunodeprimidos, siendo

inhabitual su presentación en personas sanas. Los efectos adversos de los glucocorticoides son más comunes en pacientes que reciben estos medicamentos en dosis altas o durante un período prolongado. Los glucocorticoides sistémicos tienen muchos efectos sobre la inmunidad innata y adquirida que predisponen a la infección, dando como resultado un aumento dependiente de la dosis en el riesgo de infección, especialmente con patógenos bacterianos, víricos y fúngicos comunes. **Caso clínico:** Masculino de 84 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica, DM2 y deterioro neurocognitivo mayor. Inició con la aparición súbita de lesiones vesiculares de contenido hemorrágico en hemitórax derecho acompañadas de dolor de tipo ardoroso intermitente, malestar general y un episodio de fiebre de 38.7°C de dos días de evolución. Se negaba ingesta de algún fármaco diferente a los que tomaba el paciente de base de forma crónica. Acudió a unidad hospitalaria en donde se le administró una dosis intramuscular de 8 mg de dexametasona por la sospecha de una probable farmacodermia severa en evolución. Posteriormente el paciente presentó en cuestión de horas la aparición de pápulas y vesículas en cabeza, tórax anterior y posterior, abdomen y región proximal de las cuatro extremidades. A la exploración física al momen-

to de su atención en nuestro hospital presentaba dermatosis diseminada a cabeza de la cual afectaba cara y piel cabelluda cuello, tórax anterior y posterior, abdomen y región proximal de brazos y piernas caracterizada por pápulas y vesículas de contenido seroso sobre base eritematosa y costras, las cuales se acompañaban de prurito intenso. Asimismo, presentaba en hemitórax derecho, siguiendo el trayecto del dermatoma T4, una placa constituida de vesículas flácidas de contenido serohemático sobre base eritematoviolácea, costras sanguíneas y algunas exulceraciones secundarias a rascado. **Discusión:** El herpes zóster diseminado (HZD) se define como una erupción generalizada de más de 20 vesículas extra-dermatomas que ocurren dentro de la semana de inicio del herpes zóster clásico. Esta complicación se ha descrito con mayor frecuencia (10-40%) en personas inmunocomprometidas (VIH, neoplasias, desnutrición e inmunosupresión por drogas). Nuestro paciente presentaba múltiples factores de riesgo que se han descrito para esta enfermedad, como la edad avanzada, DM2 y el uso de corticoesteroides a dosis altas. Consideramos importante reportar esta asociación, ya que el diagnóstico tardío o inadecuado puede ocasionar complicaciones sistémicas con alta mortalidad.

Palabras clave: herpes zoster, diseminado, diabetes mellitus, esteroides.

Folio: 0127

Tema: Nefrología

Frecuencia de la lesión renal aguda asociada al embarazo y puerperio en el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

Reyes Tamara, González Jocelyn Raquel, Rivera Cesar
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal para responder la siguiente pregunta de investigación ¿cuál es la frecuencia de la lesión renal aguda durante el embarazo y puerperio inmediato en el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez? La población estuvo conformada por las pacientes embarazadas de cualquier edad gestacional o en el puerperio inmediato admitidas en la Unidad de Terapia Intensiva en el año 2017. Se incluyó a las mujeres en las que se confirmó el diagnóstico de lesión renal aguda definida por niveles de creatinina sérica por arriba de 0.8 mg/dL. Se excluyeron aquellas mujeres con enfermedades preexistentes en las que pudiera existir daño renal previo al embarazo y aquellas con enfermedad renal crónica conocida. Se revisaron los expedientes para conocer el valor de creatinina sérica al ser admitidas y se es-



tableció la asociación de lesión renal aguda con preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP y hemorragia obstétrica. Se estudiaron 96 expedientes de pacientes embarazadas o cursando el puerperio inmediato, de las cuales 92 cumplieron con los criterios de selección. Se excluyeron 2 casos por contar con antecedente de hipertensión arterial sistémica y 2 más por contar con antecedente de enfermedad renal crónica. La media de la edad materna fue 26.5 años y de la edad gestacional de 34.7. De las pacientes que se incluyeron, 2 cursaban con embarazos en el segundo trimestre y fueron egresadas por mejoría aún embarazadas. En las 90 pacientes restantes (97.82%), la interrupción del embarazo se realizó mediante cesárea en el 76.08% de las pacientes (70 casos), mediante parto vaginal en el 15.21% (14 casos) y mediante abortos instrumentados en el 5.43% (5 casos). La frecuencia del diagnóstico de lesión renal aguda en las 92 pacientes estudiadas fue de 64.13% (59 casos). Dentro de este subgrupo, la frecuencia con la que se encontró lesión renal aguda asociada a hemorragia obstétrica fue de 59.32% (35 casos) siendo la causa más común; seguida por lesión renal aguda asociada a síndrome de HELLP en 15.25% (9 casos), lesión renal aguda y preeclampsia en 13.59% (8 casos), lesión renal aguda y eclampsia en 8.47%

(5 casos) y lesión renal aguda y sepsis en 3.38% (2 casos). En este trabajo se encontró como causa más frecuente de lesión renal aguda asociada al embarazo a la hemorragia obstétrica en 59% (principalmente secundaria a atonía uterina y placenta acreta), seguida del síndrome de HELLP en 15% y de preeclampsia en 14%, lo que coincide con lo reportado en la literatura mundial para países en desarrollo. La frecuencia de lesión renal aguda entre las pacientes evaluadas en este estudio fue de 64.13%, a diferencia de los reportes existentes para México y en general para países en desarrollo en los que va de 4 a 25%. Lo anterior puede explicarse debido a que este estudio se realizó en pacientes graves admitidas en la Unidad de cuidados Intensivos y debido a que se usó un punto de corte menor al que el que se utiliza en la mayoría de los estudios existentes, el recomendado por la American College Of Gynecologists (ACOG) que toma como punto de corte una creatinina sérica mayor a 1.1mg/dL para diagnóstico de lesión renal aguda. **Palabras clave:** lesión, renal, embarazo, puerperio, creatinina, frecuencia.

Folio: 0128

Tema: Cardiología

Deformación longitudinal global medida por ecocardiografía en pacientes con pancreatitis aguda

Vera Raymundo¹, Carrizales Edgar Francisco¹, De la Cruz Olga Norali¹, Pacheco Adan², Flores Ramiro¹, Ordaz Alejandro²

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Servicio de Cardiología Hospital Universitario Dr. José E González, Monterrey, Nuevo León, México

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio local del páncreas el cual, en sus formas severas se asocia con disfunción multiorgánica. Durante el estado agudo puede existir compromiso del sistema cardiovascular. Existen pocos estudios que hayan evaluado la función ventricular en pacientes con PA. **Materiales y métodos.** Se incluyeron a pacientes con diagnóstico de PA. Se excluyó a aquellos pacientes con antecedente de cardiopatía isquémica, insuficiencia renal, embarazo, enfermedad valvular y fibrilación auricular. A todos los participantes se les realizó un ecocardiograma transtorácico simple de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Americana de Ecocardiografía (ASE). Se realizó la medición de la deformación longitudinal global (DLG) por seguimiento de partículas, considerándose como normales valores entre -18 y -25%. Se analizaron las variables continuas expresadas en desviación estándar. Para las diferencias entre los grupos se analizaron las varia-

bles categóricas con la prueba de Chi cuadrada y las variables continuas con la prueba de T de Student. **Resultados.** Se incluyeron un total de 54 pacientes y 61 controles. 46.3% de los casos y 19.7% de los controles presentaron alteración en la DLG ($p = 0.002$). No hubo diferencia significativa en la masa del ventrículo izquierdo, ni en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo. Los pacientes con PA presentaron una DLG de -17.4% vs. -20.0% ($p = 0.001$) Conclusiones. Se trata del primer estudio que ha evaluado la función del VI en pacientes con PA utilizando DLG. Un número importante de pacientes con PA en nuestro estudio presentaron datos de disfunción cardíaca, aún en presencia de una fracción de eyección normal. La disfunción cardiovascular debe considerarse dentro de los datos de compromiso multiorgánico en el curso de la PA, aún sin colapso circulatorio.

Palabras clave: pancreatitis aguda, deformación longitudinal global, falla multiorgánica, disfunción ventricular.

Folio: 0129

Tema: Endocrinología

Síndrome de insensibilidad completo a andrógenos. Reporte de un caso

Garay Jorge Alberto, Del Río Antonio Felipe, González Julia Aurora, Ornelas Nardia Isabel, Prado Carlos Gerardo

Instituto Mexicano del Seguro Social; Hospital General de Zona con Medicina Familiar núm. 6; San Nicolás de los Garza

Introducción: El síndrome de insensibilidad a los andrógenos en su forma completa es un trastorno de resistencia hormonal caracterizado por un fenotipo femenino en un individuo con un cariotipo XY.

Objetivo: Presentar un caso de síndrome de insensibilidad completo a andrógenos y abordaje de amenorrea primaria.

Caso clínico: Femenino de 18 años de edad, con hernioplastia inguinal bilateral a los 4 años de edad, resto sin interés. Acude a consulta por amenorrea primaria. A la EF con peso de 79 kg, talla 1.72 mt (madre 1.53 mt y padre 1.81 mt), talla blanco familiar por arriba de la esperada (1.56 – 1.64 mt), con desarrollo mamario normal (tanner 5), vello púbico escaso (tanner 2) y poco vello axilar. Se inició abordaje con los siguientes estudios hormonales: FSH 54.7 mIU/ml (2.8-11.3 mIU/ml), LH 56.7 mIU/ml (2.0-10.9 mIU/ml), estradiol 35 pg/ml (< 266 pg/ml), testosterona total 3.72 ng/ml (0.1-0.7 ng/ml), 17 alfa hidroxiprogesterona 1.6 ng/ml (< 2.0 ng/ml), androstenediona 3.12 ng/ml (0.3-3.3 ng/ml), dehidroepiandrosterona sulfatada 282 mcg/dl (61.2-493.6 mcg/dl), cortisol am 12.1 mcg/ml (7-18 mcg/ml), ACTH 29.5 pg/ml (10-50 pg/ml) y TSH 1.79 mIU/ml (0.4-4.0 mIU/ml). Se solicitó

ultrasonido pélvico donde no se identificaron útero ni anexos y se corroboró con tomografía abdomino-pélvica. Se solicitó cariotipo con reporte genético 46 XY. **Conclusión:** Es una enfermedad genética ligada a X. Se manifiesta como la presencia de tumoraciones inguinales bilaterales que son los testículos en la infancia y amenorrea primaria en la adolescencia. La presencia de testículos produce el factor inhibidor mulleriano, lo que evita la formación de útero, ovarios y tercio proximal de la vagina, pero al existir mutación en el receptor, el exceso de testosterona por acción de la aromatasa se transforma en estrógeno lo que condiciona el fenotipo femenino. El tratamiento incluye gonadectomía, asesoramiento genético y apoyo psicológico.

Palabras clave: cariotipo, amenorrea primaria, andrógenos

Folio: 0130

Tema: Infectología

Síndrome de reconstitución inmunológica asociado *Mycobacterium avium* y coinfección por *Salmonella enterica*, subsp. *Enterica* serotipo stanley

García Miguel Alexis, Torres Juan Adrián, Salazar Karina Daniela, Sánchez María José, Rodríguez Juan Carlos, Hernández Pedro

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: En países como el nuestro donde gran parte



de los pacientes con VIH son diagnosticados con enfermedad avanzada, es importante un análisis exhaustivo de cada caso para detectar infecciones oportunistas. Descripción del caso: HSM de 36 años con DM2 e infección por VIH diagnosticado en 2016 (CV basal VIH 403,000 copias/mL sin determinación de LTCD4+) quien inició y abandonó TARAA previamente (TDF+FTC+EFV). Acudió por cuadro de 4 semanas de evolución caracterizado por síndrome constitucional, fiebre y diarrea. Refiere reinicio de TARAA 8 semanas previas. EF: TA de 80/60 mmHg, FC 120 lpm, FR 22 rpm, T 38.3 °C y hepatomegalia. Estudios de laboratorio: pH < 6.8, lactato de 3.1 mmol/L, HCO₃ incalculable, hemoglobina 5.67 g/dl, leucocitos 5.26 K/uL, plaquetas 78 K/uL, glucosa 106 mg/dl, BUN 19 mg/dl, creatinina 1.2 mg/dl, albúmina 1.8 g/dl, AST 114 U/L, ALT 29 U/L, FA 119, BT 1.3 mg/dl, BD 0.7 mg/dl, Na 122 mEq/L, fisicoquímico de heces bristol 5, escasos PMN, coproparasitocópico negativo. Se inició reanimación hídrica intravenosa, profilaxis para PCP y MAC, sin embargo, por la presencia de bicitopenia se realizó aspirado/biopsia de médula ósea donde se identificó por MALDI-TOF *Salmonella enterica*, subsp. enterica serotipo Stanley con un score > 1.7; sensible a ciprofloxacino, ceftriaxona y TMP/SMX y en el estudio

histopatológico proceso granulomatoso con abundantes bacilos ZN positivo; MGIT positivo (*Mycobacterium avium* por MALDI-TOF, score > 1.7). Se trató con Ceftriaxona 2 g QD por 14 días, Azitromicina 500 mg (tres veces a la semana), TMP/SMX 160/800 mg QD, DOTBAL fase intensiva, Piridoxina 50 mg QD, TDF/FTC+EFV 1 tableta QD; con buena evolución y seguimiento por la consulta externa. **Discusión:** La infección concurrente de Salmonela/MAC no es común. La detección de múltiples infecciones oportunistas en el inicio o reinicio del TARAA es común. El diagnóstico y tratamiento oportunos pueden mejorar la expectativa de vida. **Palabras clave:** MAV, *Salmonella enterica*, síndrome de reconstitución inmunológica, TARAA, VIH, infecciones oportunistas.

Folio: 0131

Tema: Dermatología

Pustulosis exantemática generalizada aguda inducida por terbinafina. Reporte de caso del servicio de medicina interna del Hospital Juárez de México

Guerrero Diana Valeria, Castro Senyasen Sairí, De los Santos Julio Alfonso

Hospital Juárez de México

Debido a la erupción extensa o a la posibilidad de síntomas sistémicos, se considera a la pustulosis exantemática generalizada aguda una reac-

ción adversa cutánea severa a fármacos. La pustulosis exantemática generalizada aguda es una erupción pustulosa estéril, de inicio agudo y usualmente asociada a la ingesta de fármacos en 90%, principalmente, antibióticos. Se reporta el caso de un hombre de 37 años que presenta lesiones pustulosas sobre una base eritematosa, asociadas a la ingesta de terbinafina. Paciente masculino de 47 años sin antecedentes de importancia, quien solicita valoración por presentar padecimiento de siete días de evolución con la presencia de lesiones eritematosas en el tronco, axilas e ingles, pruriginosas, paciente refiere que dos días posteriores al inicio del cuadro clínico, aparecen lesiones pustulosas, sobre las lesiones eritematosas previas, que se acompañan de fiebre cuantificada en 38.5° sin predominio de horario y malestar general. Al interrogatorio dirigido, refiere el consumo de 250 miligramos de terbinafina cada 24 horas por la presencia de onicomiosis, presentando el inicio de la sintomatología tres días posteriores al inicio del antifúngico. A la exploración física presenta dermatosis generalizada, caracterizada por la presencia de pústulas no foliculares, aproximadamente de 0.5 mm de diámetro, sobre una base eritematosa, presenta signo de Nikolsky positivo, no hay afectación mucosa. Presenta adenopatías cervi-

cales, no adheridas a planos profundos, dolorosas, blandas, de 2 cm diámetro. En manos y pies se observa importante eritema y edema, resto de la exploración sin alteraciones. A su ingreso se solicitan laboratorios: Leucocitos 15070/mm³, neutrófilos 12570/mm³ (83.4%), eosinófilos 792/mm³, linfocitos 1708/mm³, hemoglobina 12 g/dL, TGO 44 U/l, TGP 25 U/l, GGT 80 U/l, creatinina 0.96, BUN 13. Ante este cuadro se plantea un diagnóstico clínico presuntivo de pustulosis aguda exantemática generalizada, y se decide la suspensión de terbinafina y el internamiento para monitorización. Se realiza toma de biopsia de las lesiones, el reporte de histopatología reporta infiltrado neutrofílico con patrón esponjiforme y pústulas subcorneales. Se decide el inicio de esteroides vía oral para el alivio sintomático. Durante su estancia hospitalaria, el paciente presenta evolución favorable, con la presencia de descamación característica y recuento de leucocitos dentro de rangos normales, sin la presencia de neutrofilia, por lo que se suspende tratamiento sistémico y es egresado con la resolución del cuadro clínico. Acude a cita de control en donde se observa a paciente sin lesiones. Se considera que la pustulosis exantemática generalizada aguda es menos grave que el síndrome de Stevens-Johnson,

la necrólisis epidérmica tóxica y el síndrome de DRESS. Su inicio es 2-11 días después de la exposición al fármaco. Los síntomas cutáneos se desarrollan simultáneamente con fiebre alta y numerosas, pústulas estériles no foliculares, que se originan en grandes áreas de eritema, que pueden conducir a eritrodermia. Los primeros sitios involucrados son las zonas intertriginosas (axilas e ingle), tronco y extremidades superiores. Durante la etapa inicial, la confluencia de la pústula puede dar como resultado el signo de Nikolsky, mientras que solo se observa descamación postpustular en la etapa tardía. En menos del 20% de los casos, se forman pústulas o erosiones en las membranas mucosas, generalmente en mucosa oral. Los análisis de sangre revelan recuentos elevados de neutrófilos en la mayoría de los pacientes. Los hallazgos histológicos son infiltrados de neutrófilos, de patrón esponjiforme o no esponjiforme, y pústulas subescapulares o intraepidérmicas. Para limitar la progresión, la suspensión del fármaco puede ser suficiente, y los esteroides tópicos parecen ser favorables en pacientes con pustulosis exantemática generalizada aguda y afectación visceral, sin requerir corticosteroides sistémicos. **Palabras clave:** pustulosis exantemática generalizada aguda, farmacodermia, terbinafina.

Folio: 0132

Tema: Infectología

Infección por *Acinetobacter* y su impacto en un hospital de segundo nivel

Arista Nayeli Xendali¹, Lozano José Juan¹, García Victor Hugo², Narvaez Jorge Luis¹, Ramírez María Leslye¹, Hernández Daniela¹, Zamora Laura Elena¹, Sánchez Cesar, Garro Ana Karen

¹ Hospital General Ticomán; ² Hospital General de Tlahuac

Introducción: Las infecciones nosocomiales están asociadas con alta mortalidad e incremento en la estancia intrahospitalaria. Las infecciones por *A. baumannii* tienden a ocurrir en pacientes susceptibles durante una hospitalización, En México se estima que la frecuencia de infecciones en unidades hospitalarias varía desde 2.1 hasta 15.8%. El objetivo fue describir y analizar sus características asociadas a mortalidad. **Material y métodos:** Se realizó diseño transversal analítico, tipo casos y controles, se incluyó pacientes con foco infeccioso y reporte de cultivo positivo para *Acinetobacter* en el Hospital General de Ticomán. Se utilizó el software SPSS y Graphpad Prism 0.7 para análisis estadístico con homogeneidad de Chi cuadrada, análisis de supervivencia con estimado de Kaplan-Meier, OR y Prueba de U de Mann Whitney. **Resultados:** Se realizó análisis



de 80 pacientes, se formaron 2 grupos: muertos (n=40) y vivos (n=40) con infección por *Acinetobacter*. La media de edad 52 ± 16 años, el 61.3% de sexo masculino y 38.8% femenino, hipertensos ($p=0.15$) y diabéticos ($p=0.12$), media de estancia hospitalaria 28 ± 19 días ($p=0.45$), foco infeccioso más frecuente el pulmonar (72%) ($p=0.11$). 76% requirió apoyo mecánico ventilatorio, se realizó punto de corte con base en los días de ventilación 7 días obteniendo valor $p=0.0013$, OR 11 (95%, IC 2.1 - 55.6). El análisis de supervivencia con Kaplan-Meier concluyó que la estancia en Medicina Interna aumenta la mortalidad ($p=0.012$). **Conclusión:** El ser portador de diabetes mellitus, foco infeccioso pulmonar y requerir apoyo mecánico ventilatorio por más de 7 días disminuye la sobrevida del paciente. Medicina interna es el servicio con mayor población infectada por *Acinetobacter*, aunque parte de nuestros pacientes proviene de la unidad de cuidados intensivos.

Palabras clave: infección nosocomial, *Acinetobacter*, mortalidad.

Folio: 0133

Tema: Reumatología

Lupus eritematoso sistémico concomitante con colitis ulcerosa crónica inespecífica asociada a infección por citomegalovirus. presentación de un caso

Aguilera Dulce Noemí, Damián Gustavo Netzahualcóyotl, Sánchez Ma. de Lourdes, Pérez Eduardo, Marín Héctor, Salas Jesús Emmanuel

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Introducción: El diagnóstico concomitante de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y lupus eritematoso sistémico (LES) es raro. La prevalencia general del diagnóstico conexo de colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) y LES es del 0.4%, mucho más rara es la concurrencia con enfermedad de Crohn (EC). Así mismo, sabemos que la prevalencia de infección por citomegalovirus (CMV) en pacientes con CUCI moderada a severa va del 20 al 40% a diferencia de pacientes con EC, donde se detecta en $< 5\%$. Además de que existe evidencia que sugiere que el CMV juega un papel en la inducción de respuestas autoinmunes como en LES. **Caso clínico:** Mujer de 34 años de edad, inició con síndrome febril y adenopatías generalizadas, se realizó biopsia de las mismas con reporte histopatológico de hiperplasia folicular. Cinco meses después, desarrolló síndrome nefrótico, se llevó a cabo biopsia renal, concluyendo nefropatía lúpica clase IV + V, se dio tratamiento con dosis altas de esteroide intravenoso y vía oral; cuatro meses después se agregó al manejo ácido micofenólico (MMF) 1500 mg/día. Posterior

a ello, inicia con evacuaciones diarreicas, sin disentería ni dolor abdominal, hasta en 6 veces/día, durante 10 semanas, recibió múltiples tratamientos sintomáticos sin mejoría. Se agrega dolor abdominal de predominio en hipogastrio, tipo cólico, sin irritación peritoneal, así como náuseas sin llegar a la emesis e hiporexia, coprológico de características inflamatorias, sin parásitos. Se ajustó dosis de MMF sin mejoría, por lo que fue llevada a colonoscopia, encontrando mucosa colónica edematosa, con eritema, erosiones superficiales y ulceraciones serpentiginosas con patrón nodular alternando con zonas normales en todo su trayecto, se tomaron biopsias que a posteriori reportaron CUCI activa intensa así como cambios citopáticos asociados a CMV. Sin embargo, después del procedimiento endoscópico, la paciente presentó sepsis abdominal secundaria a perforación intestinal, lo cual ocasionó su deceso. **Conclusiones:** La EII puede ocurrir antes o después del diagnóstico del LES, su coexistencia es rara. La convivencia de las características clínicas de ambas enfermedades en un paciente representa un desafío de diagnóstico. A pesar de que una ocurrencia casual no puede ser excluida, es posible que ambas condiciones compartan algún defecto genético o inmunológico. Además, ciertos los medicamentos utilizados para tratar la EII pueden causar

enfermedad lupus like. No podemos dejar de lado, la evidencia existente de la relación entre la infección por CMV en pacientes con EII, y la evidencia que sugiere la relación de éste mismo con la inducción de enfermedades autoinmunes. La mayoría de esos pacientes tienen una excelente respuesta a esteroides combinados con hidoxicloroquina y/o azatioprina.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, colitis ulcerosa, citomegalovirus.

Folio: 0134

Tema: Endocrinología

Relación entre el índice AST/ALT y síndrome metabólico en pacientes atendidos en un Hospital de Monterrey, México

Ibarra Jesús Arturo, Cortés Alejandro, Uribe Miguel, Flores Ulises, Moreno Juan Pablo, Morales Freddy, Mortera Luisa Isabel

Instituto Mexicano del Seguro Social

Antecedentes: El síndrome metabólico (SM) es un trastorno complejo donde interactúan factores de riesgo de diabetes mellitus, enfermedad coronaria y aterosclerótica, conformada por niveles bajos de HDL y alta concentración de triglicéridos, cifras elevadas de tensión arterial, obesidad central y aumento de la glucosa. Se ha relacionado al SM y sus componentes con alteración de la función hepática. Los pacientes con esteatosis

hepática no alcohólica tienen al menos 1 criterio del SM y hasta un tercio presentan 3 de 5 criterios para éste. Se ha demostrado un aumento de transaminasas en pacientes con SM comparado con pacientes sanos ($p < 0.01$) y un mayor riesgo de desarrollar SM cuando se encuentran elevadas. Mientras que el índice AST/ALT se ha relacionado inversamente al riesgo de presentar síndrome metabólico. La mayoría de las veces este índice se encuentra menor a 1. **Objetivo:** Valorar la diferencia del índice AST/ALT en pacientes con SM y sin él; valorar el riesgo de desarrollarlo cuando tienen un índice menor a 1 en pacientes hospitalizados. Métodos Es un estudio transversal, observacional, analítico, con 270 pacientes hospitalizados en el periodo del 1ro de Julio de 2018 al 1ro de agosto del 2018 en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Zona No 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se usaron los criterios para SM de ATP IIIa y armonizados (circunferencia abdominal en hombre de 90cm y mujeres de 80cm). Se utilizó U de Mann-Whitney para variables numéricas y chi-cuadrada para variables categóricas. Se calculó odds ratio para AST/ALT menor a uno en pacientes con SM. Se realizó también una comparativa del índice AST/ALT contra cada variable del SM individualmente. **Resultados:** Se reclutaron 270 pacientes.

El 51.9% de los pacientes eran del sexo femenino. La media de la edad fue de 62.61 años (DE 16.56). La media del IMC 27.25 (DE 6.21). La mediana del AST y ALT sérico fue de 20 U/l (14-30) y de 16 U/l (11-26), respectivamente. La mediana del índice AST/ALT fue de 1.18 (0.88-1.63). Al comparar las medianas del índice AST/ALT entre los pacientes con SM con los criterios armonizados y los que no lo presentaban, se encontró una $p=0.013$ (mediana 1.18 rango intercuartil 0.88-1.63) y al comparar la diferencia entre el valor menor a 1 se obtuvo $p=0.006$ y OR de 2.43 (IC 95% 1.28-4.59). Al comparar las medianas usando los ATP IIIa se obtuvo una $p=0.022$, y al comparar el valor menor a 1 se calculó una $p=0.007$ con un OR de 2.21 (IC 95% 1.25-3.88). **Conclusiones:** Existe una diferencia significativa entre los valores del índice AST/ALT entre los pacientes con síndrome metabólico y los que no presentan dicho diagnóstico; además, tomando en cuenta un valor de este índice menor a 1 se obtuvo una asociación de 2.43 veces de presentar síndrome metabólico mediante los criterios armonizados y de 2.21 veces con los criterios ATP IIIa, en pacientes hospitalizados.

Folio: 0135

Tema: Hematología

Enfermedad de Rosai Dorfman con afección extranodal (manifestaciones intratorácicas)



y anemia hemolítica. Reporte de un caso

García Claudia, Paez Camilo Andres, Ramírez Ana Lirio, Schettino Mariel Veronica, Moreira Carolina, Camacho Jessyca Ivonne, Luna Rocio
Hospital Juárez de México

Femenino de 50 años de edad con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de 4 años de evolución en buen control con biguanidas. Antecedente de asma de 4 años de evolución en control con esteroide inhalado. Poliposis nasal con resección de los mismos hace 3 años. Inicia cuadro 4 meses previos con la presencia de adenopatía en región submandibular derecha 4x2x3 centímetros, blanda, móvil, no dolorosa y fiebre no cuantificada durante dos semanas. Negando otra sintomatología. Se realizó aspiración por aguja fina reportando adenoma pleomorfo de glándula submandibular derecha, se realizó resección de la misma y linfadenectomía con reporte histológico: Sialoadenitis crónica, plasmocitosis intensa reactiva, presencia de granulomas y células gigantes multinucleadas de tipo Langhans, sugiriendo infección por Tuberculosis (tinción Ziehl Neelsen negativa). Se realizó tomografía de cuello y tórax reportando adenomegalias mediastinales y axilares bilaterales. Con serología negativa para VIH, VHC, VHB. En la analítica sólo presentaba Lin-

fopenia moderada 560 cel/mm³. Se inició manejo con antifímicos durante un año por tuberculosis ganglionar diseminada sin complicaciones. Sin embargo persistió con adenopatías cervicales e incremento de volumen de las mismas de 4x4x4 centímetros de iguales características. Se realiza nueva tomografía reportando reactividad ganglionar cervical, mediastinal y mesentérica y retroperitoneal con derrame pleural derecho de un 20%. Se realiza nueva biopsia excisional de ganglio cervical derecho.

•Ingresa a hospitalización por síndrome anémico severo, se diagnostica anemia hemolítica autoinmune. Con serología negativa para Lupus eritematoso sistémico, e hipergammaglobulinemia policlonal a expensas de Inmunoglobulina E 1040 mg/ml, e Inmunoglobulina G 2,897 mg/dl. Sin predominio de subtipo específico de IgG. Con espirometría con patrón obstructivo con reversibilidad, tomografía de alta resolución evidenciando enfermedad pulmonar intersticial. Reporte de biopsia de ganglio cervical: proliferación de histiocitos, emperiopolesis, Inmunohistoquímica S100 (+), CD 68 (+), CD 1A (-). compatible con Enfermedad de Rosai-Dorfman confirmando diagnóstico en dos centros distintos. Se inicia manejo con esteroide sistémico. Diurético de asa con disminución del derrame pleural. Fue egresada por mejoría. Actual-

mente asintomática sin nuevas adenomegalias palpables y regresión a valores normales de inmunoglobulinas.

Palabras clave: enfermedad, Rosai, Dorfman, extranodal, anemia, hemolítica.

Folio: 0136

Tema: Hematología

Síndrome de Evans secundario a linfoma no Hodgkin hepático. Reporte de un caso

García Claudia, Paez Camilo Andres, Ramírez Ana Lirio, Camacho Jessyca Ivonne, Moreira Carolina
Hospital Juárez de México

Paciente femenino de 68 años de edad con antecedente de Anemia hemolítica autoinmune de 3 años de evolución en tratamiento con Prednisona 20mg diario y ácido fólico, en seguimiento por Hematología. Ingresa por presentar síndrome constitutivo con pérdida no intencionada de 17 kg de 6 meses de evolución. Niega otra sintomatología. En el examen físico sólo se encontró hepatomegalia 3 x 3 cm por debajo del reborde costal, no se encontraron adenomegalias palpables. En la analítica destaca la presencia de trombocitopenia severa (plaquetas de 50,000/mm³) y anemia grado 2 normocítica normocromica (Hemoglobina 8.8 gr/dl.). Pruebas de funcionamiento hepático sin alteraciones. En sospecha de síndrome de Evans secundario, se realiza panel

viral para infección por virus de inmunodeficiencia humana, virus de hepatitis C, B, virus Epstein Bar, siendo negativas. Perfil tiroideo normal. Serología para Lupus eritematoso sistémico negativo. Mastografía y Papanicolaou negativos a malignidad. La tomografía de tórax y abdomen reportó hepatomegalia, con presencia de lesión ovoidea heterogénea de 43 x 53 mm que realiza al medio de contraste. Crecimientos ganglionares celiacos paraaórticos. •Se realiza biopsia de lesión hepática con reporte de Linfoma No Hodgkin de inmunofenotipo B. Inmunohistoquímica CD 20 (+), CD 45 (+), CD 5 (-), KI67 56%. •Se realiza biopsia de médula ósea en sospecha de infiltración la cual resulta negativa. Se concluye diagnóstico de síndrome de Evans secundario a linfoma no Hodgkin, se planteó esquema de tratamiento con quimioterapia el cual rechazó. Se egresó por máximo beneficio.

Palabras clave: síndrome, Evans, secundario, linfoma, no Hodgkin, anemia hemolítica.

Folio: 0137

Tema: Hematología

Linfadenitis histiocítica necrotizante no linfocítica (enfermedad de Kikuchi) reporte de un caso

Navarro Edgar Felipe, García Claudia, Ramírez Ana Lirio, Schettino Mariel Verónica, Luna Rocio

Hospital Juárez de México

Masculino de 19 años de edad, sin antecedentes médicos. Inició 3 meses previos con adenopatías retro auriculares y submandibulares bilaterales de dolorosas, fiebre no cuantificada y diaforesis nocturna, además de sintomatología respiratoria (disnea, tos seca). Negó otra sintomatología. Fue tratado en medio externo con Clindamicina durante 10 días sin mejoría. signo de Combe negativo. En el examen físico destacó la presencia de adenomegalias a nivel de la cadena ganglionar cervical derecho, retroauriculares y submandibulares 3x3 cm aproximadamente, de consistencia dura no adherida a planos profundos, doloroso a la palpación, no se palparon otras megalias. A su ingreso con cuadro clínico y radiológico sugestivo de neumonía atípica. En la analítica con pancitopenia severa, niveles de CD4 136. Serología negativa para infección por VIH, Virus de hepatitis B y C, así como Virus de Epstein Bar. Se descartó infección por Tuberculosis. Pantomografía reportando reactividad ganglionar a nivel cervical, mediastinal y retroperitoneal. Se realiza toma de biopsia de ganglio cervical derecho. Se inició manejo para neumonía atípica con Trimetropim con sulfametoxazol con buena respuesta. A los 7 días desarrolla infección por *Clostridium difficile* de intensidad moderada y lesión renal aguda como complicación que requirió hemodiálisis. Se inició

manejo con Vancomicina y metronidazol sin mejoría. •Biopsia de ganglio submandibular reportó linfadenitis histiocítica necrotizante CD20 (+) cd4 (+), CD8 (+), CD 68 (+), CD 30 (+), CD 15 (+), Pax (+), LMP (-). Solicitó su egreso voluntario.

Palabras clave: linfadenitis, histiocítica, necrotizante, enfermedad, Kikuchi, linfadenopatía.

Folio: 0139

Tema: Infectología

Mucormicosis rinoorbitocerebral en paciente con diabetes mellitus. Reporte de caso

Godos Yesenia Saharai, López Alin Cristela, Fernández Joaquín Hernán

Centro de Alta Especialidad Rafael Lucio

Introducción: La mucormicosis es una enfermedad rara, agresiva y angioinvasiva que afecta principalmente a pacientes inmunocomprometidos. No existe una incidencia de esta enfermedad en pacientes con diabetes mellitus en México.

Presentación de caso: Hombre de 28 años de edad sin enfermedades crónicas degenerativas. Inició 1 semana previa a su ingreso con lesión en encía superior derecha y paladar duro al consumir alimentos, cursando con inflamación y dolor en sitio afectado. Acudió con médico quien inició tratamiento antimicrobiano sin mejoría, 3 días después se agregó disminución de agudeza visual de ojo derecho, aumento de volu-



men y secreción por lo que fue traído a valoración. EF: Temperatura 36.8°C, FC 101 lpm, FR 22 rpm, TA 100/70 mmHg. Somnoliento, ojo derecho con exoftalmos y secreción purulenta, con aumento de volumen en cigomático derecho, con placa necrótica en paladar blando. Cuello sin adenomegalias. Tórax sin compromiso. Abdomen asignológico. Extremidades con fuerza y sensibilidad y reflejos conservados. Laboratorio: Leucocitos 12.800, Neutrófilos 10.780, Glucosa 300 mg/dl, Hb glucosilada 13.43%. TAC: pansinusitis, infarto parietal derecho, afección globo ocular con gas en fosa pterigopalatina. Se realizó hemimaxilectomía derecha, enucleación de globo ocular derecho y traqueostomía. Durante su internamiento se diagnosticó diabetes mellitus por lo que se inició tratamiento con insulina glargina 30 U. Cursó con mejoría con tratamiento con anfotericina B deoxicolato 1mg/kg por 28 días. Se obtuvo reporte de biopsia con visualización de hifas compatibles con mucormicosis. **Discusión:** Paciente que no se conocía con diabetes mellitus por lo que se consideró principal factor de riesgo para infección. Respondió adecuadamente a tratamiento quirúrgico y antifúngico empírico por diagnóstico clínico confirmado por histopatología. **Conclusiones:** La mucormicosis rinoorbitocerebral es el resultado de la invasión por esporas en senos

paranasales, reportada en pacientes con diabetes mellitus no controlados. El diagnóstico definitivo requiere de biopsia que demuestre el organismo en tejido afectado. La progresión es rápida y fatal si no es tratada por lo que ante la sospecha diagnóstica se debe iniciar tratamiento empírico. La mortalidad se estima hasta del 80% en pacientes con afección cerebral.

Palabras clave: mucormicosis, rinoorbitocerebral, angioinvasiva, hemimaxilectomía.

Folio: 0142

Tema: Hematología

Amiloidosis de cadenas ligeras.

Un caso poco frecuente

Hurtado Jorge, Espinoza María Lucero, García Rivas Daniel, Robles Manuel, Barón Claudia
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La amiloidosis primaria es una gammapatía monoclonal, caracterizada por depósito de proteínas fibrilares insolubles en la matriz extracelular de diversos órganos; lo que conduce a la muerte celular y disfunción orgánica asociado a una presentación clínica muy variable. Predomina en hombres alrededor de la séptima década de la vida. El diagnóstico debe considerarse en pacientes con proteinuria, miocardiopatía, hepatomegalia, pérdida de peso, neuropatía periférica y síntomas gastrointestinales. El tratamiento se

basa en quimioterapia dirigida.

Reporte de un caso: Femenino de 51 años, hipotiroidea desde hace 1 año en tratamiento con levotiroxina. Inicio un año previo a su ingreso con macroglosia, eritema violáceo peri orbitario bilateral, con pápulas. Evacuaciones diarreicas explosivas, fétidas, con moco, sin sangre, Bristol 7; tres días por semana, las cuales remitían con rifaximina. Después se agregó taquicardia, disnea, parestesias, pérdida de peso de 10 kg y alopecia en un periodo de seis meses, por lo que acude a valoración, evidenciándose derrame pleural bilateral del 30%. Bioquímicamente sin alteraciones, eutiroidea, con velocidad de sedimentación globular de 6ml/min. Candidata a colonoscopia; reportando enfermedad diverticular y biopsia de recto con reporte de amiloidosis. Se solicitó proteína Bence Jones en orina con patrón monoclonal lambda libre. Electroforesis de proteínas en suero: proteínas totales 6.01 g/dl, albumina (53.1 %), alfa 1 (4.7 %), alfa 2 (16.1 %) beta (15.4 %) gamma (1.14 %) y proteínas totales en orina 0.028 g/dl. Inmunofijación en suero: patrón monoclonal en lambda. Inmunoglobulinas: alfa 110.5, gamma 642, mu 38.10. Biopsia periumbilical: amiloidosis con depósitos positivos para rojo Congo. Electrocardiograma con complejos de bajo voltaje. Ecocardiograma con miocardiopatía infiltrativa,

presión sistólica de la arteria pulmonar 60 mmHg, fracción de eyección 70 % y disfunción diastólica con patrón restrictivo. Troponinas 0.03 g/l, péptido natriurético cerebral 162 ng/l. Concluyendo amiloidosis de cadenas ligeras lambda con afección intestinal y cardíaca. Iniciando tratamiento con esquema CyBOR-D (Ciclofosfamida, Bortezomib y Dexamentasona), actualmente en su tercer ciclo y de acuerdo a respuesta valorar trasplante autólogo. **Discusión:** La amiloidosis sistémica primaria debe tenerse presente en cualquier persona con un proceso infiltrativo difuso, no inflamatorio ya que tiene una evolución fatal en un plazo de pocos años, siendo la principal causa de la muerte la insuficiencia cardíaca y muerte súbita. Cuando está asociada a mieloma múltiple el pronóstico es muy sombrío, de ahí la importancia de conformar o descartar su presencia. Ya que se trata de un padecimiento subdiagnosticado es de relevancia realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos por el impacto que tienen en la calidad de vida, tal como ha sido con nuestra paciente.

Palabras clave: amiloidosis, cadenas, ligeras, rojo, congo, diarrea.

Folio: 0143

Tema: Otros

Deficiencia de fructosa 1-6 bifosfatasa una enfermedad rara de la gluconeogénesis

Hurtado Jorge, Espinoza María Lucero, García Rivas Daniel, Olvera Arturo

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La fructosa 1-6 bifosfatasa es una enzima limitante que actúa catalizando la escisión de fructosa-1-6-bifosfato en fructosa-6-fosfato y un fosfato inorgánico lo que permite la formación de glucosa a partir de precursores no glucídicos como lactato, glicerol, oxalacetato, alanina y fructosa. Su deficiencia ésta causada por una mutación en el gen FBP1 (fructose-bisphosphatase 1) situado en el brazo largo del cromosoma 9. Se transmite como herencia autosómica recesiva. Sus manifestaciones clínicas se presentan en ayuno por la imposibilidad de activar la vía de la gluconeogénesis. **Reporte de un caso:** Masculino de 20 años, con diagnóstico de deficiencia de Fructosa 1-6 bifosfatasa, diagnosticada a los 2 años de edad, con tratamiento a base de dieta baja en fructosa, rica en carbohidratos complejos y bicarbonato suspendido hace 5 años. Inició dos días previos a su ingreso con náuseas, vómito de contenido gastro alimentario en cuatro ocasiones, acompañado de astenia, adinamia, hiporexia, diaforesis, somnolencia, temblor fino distal y fiebre no cuantificada, por lo que solicita atención médica evidenciando glucosa sérica de 28 mg/dl, administrándose

solución glucosada al 50% con lo que remitió el cuadro egresándose a su domicilio. Sin embargo, por desapego dietético y las tras la ingesta de jugo, presentó misma sintomatología, acudiendo nuevamente a valoración; encontrándose paciente con palidez tegumentaria, mucosa deshidratada, somnoliento, taquipneico, polipneico, taquicárdico y diaforético. Bioquímicamente con acidosis metabólica severa pH < 6.8, HCO₃ indetectable, pCO₂ 11 mmHg, pO₂ 137 mmHg, glucosa sérica indetectable, lactato > 15 mmol/L, SO₂ 49 %, EB -17.1 mmol/L, hipercalemia moderada 6.7 meq/L, leucocitosis 23.5 K/mL con neutrofilia 20,140, amilasa 870 U/L ameritando manejo avanzado de la vía aérea. Presentando buena respuesta con tratamiento a base de bicarbonato de sodio, solución glucosada ante la refractariedad de cuadro se realizó hemodiálisis. **Discusión:** Las manifestaciones clínicas son síntomas neuroglucopénicos y adrenérgicos, siendo estos episodios; agudos, graves e incluso fatales. El diagnóstico se sospecha al encontrar hipoglicemia, hiperlactatemia, acidosis metabólica y cuerpos cetónicos. se confirma a través de la medición de la actividad enzimática. Son precipitados por infecciones o trasgresión dietética. Responden bien a la terapia vigorosa con glucosa y bicarbonato de sodio. El caso de nuestro paciente es



de relevancia; considerando la sospecha diagnóstica debido a las manifestaciones clínicas y estudios de laboratorio, por lo cual también debe conocerse, el efecto benéfico de la insulina en la glucolisis y en contra parte reconocer la contraindicación de la administración de glucagón, por el riesgo de un desenlace fatal.

Palabras clave: deficiencia, fructosa 1-6 bifosfatasa, gluconeogénesis, hipoglucemia, acidosis, insulina.

Folio: 0145

Tema: Reumatología

Lupus eritematoso sistémico y dermatomiositis una asociación inusual

Hurtado Jorge, Espinoza María Lucero, García Rivas Daniel, Briceño Fernando

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción. Los síndromes de sobreposición se definen como la coexistencia simultánea o sucesiva de dos o más enfermedades autoinmunes sistémicas en un mismo paciente. En estos casos se cumplen criterios diagnósticos suficientes para cada una de las enfermedades del tejido conectivo que se superponen. En esta ocasión presentamos un síndrome de sobreposición entre lupus eritematoso sistémico y dermatomiositis es extremadamente inusual, de ahí la finalidad de presentar este caso. **Reporte de un caso:** Masculino de 50 años

de edad, quien inició dos años previos a su ingreso con mialgias y artralgias, fenómeno de Raynaud, presentando un año después manchas hipocrómicas generalizadas de bordes mal definidos, difusas e irregulares, agregándose debilidad muscular proximal 3/5 e hipotrofia en las 4 extremidades, placas ulceradas eritematosas con tejido de granulación amarillento en codos, rodillas, articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas de ambas manos, signo de Gottron y sinovitis aguda en los mismo sitios. Bioquímicamente con anemia normocítica normocrómica, linfopenia, aumento de reactantes de fase aguda. Perfil reumatológico con ANA 1:640 patrón centro-mérico, anti DNA 318, ENA's negativos e hipocomplementemia, por lo que se concluyó síndrome de sobreposición con LES, además de marcadores tumorales y serología viral negativos. Electromiografía con neuromiopatía. Biopsia piel: dermatitis de interface vacuolar por daño a la capa de células basales y esclerosis de la dermis. Se inició tratamiento con prednisona, gabapentina, azatioprina y nifedipino. **Discusión.** Presentamos este paciente por lo inusual de la asociación de LES con DM y resaltamos su amplia presentación clínica. Nuestro paciente presento datos clínicos de sobreposición, en este caso con criterios para LES como son ANA, anti DNA, hipocomplementemia,

síntomas constitucionales, afectación mucocutánea, articular y hematológica; siete de los once requeridos según la American College of Rheumatology, además de miopatía con electromiografía positiva, debilidad muscular proximal, úlceras cutáneas y signo de Gottron; cumpliendo cuatro criterio, concluyendo dermatomiositis definida. Los síndromes de sobreposición en principio son difíciles de definir dada la heterogeneidad de manifestaciones clínicas por tal razón su abordaje clínico, inmunológico y patogénico; luego de excluir causas infecciosas y neoplásicas asociadas, nos permite realizar un diagnóstico temprano, facilitando el tratamiento oportuno y mejorando el pronóstico.

Palabras clave: lupus, eritematoso, sistémico, dermatomiositis, sobreposición.

Folio: 0147

Tema: Hematología

Síndrome mielodisplásico en paciente joven

Espinoza María Lucero, Hurtado Jorge, García Rivas Daniel, Peralta Ana Lilia

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: Los síndromes mielodisplásicos son neoplasias hematológicas raras en adultos menores de 50 años, comprenden entre el 3-6%, tiene mayor agresividad, caracterizado por la presencia

de citopenias de sangre periférica, displasia, blastos de médula ósea y anormalidades citogenéticas clonales. De ahí la importancia de presentar nuestro caso y debido a la sospecha diagnóstica ante pacientes con pancitopenia existe diferentes aproximaciones, dados los múltiples factores que pueden intervenir en su génesis. **Reporte de un caso:** Femenino de 17 años, antecedente de exposición a pesticidas. Inició en marzo, con infección de tejidos blandos en región tibial anterior izquierda, recibiendo tratamiento antimicrobiano, con persistencia del proceso infeccioso; documentándose pancitopenia severa con hemoglobina inicial de 5.3, hematocrito 14.9, VCM 85.4, HCM 30.4, leucocitos 700, neutrófilos 200, linfocitos 301, plaquetas 5000. Serología viral negativa, cinética de hierro con saturación de hierro 6.81%, captación de hierro 376, ug/dl, hierro 27.47 ug/dl. Ultrasonido abdominal: bazo sin alteraciones. AMO: Se observa displasia en la línea mieloide con abundante granulación, sin evidencia de blastos, con asincronía en la maduración del núcleo y citoplasma. Inmunofenotipo: CD34 (2.41 %), HLA DR (35.9 %), CD117 (4.7 %). Marcadores Linfoides: CD5 (8.66 %), CD10 (0.16 %), CD20 (8.4 %). Marcadores mieloides: CD33 (12.26 %), CD13 (12.56 %), CD64 (1.96 %). Biopsia de hue-

so: relación mieloide-eritroide 2:2. Por lo que se concluyó síndrome mielodisplásico (SMD). Actualmente en tratamiento con ciclosporina y prednisona con aumento de las tres líneas celulares. **Discusión:** Nuestra paciente ingreso con un proceso infeccioso asociado a pancitopenia, lo que obligó a considerar la presencia de fallo hematopoyético, descartándose causas no hematológicas como son las infecciosas, por tóxicos y fármacos, así como por hiperesplenismo. Se descartaron enfermedades hematológicas no neoplásicas, abordándose las neoplásicas, finalmente las hematológicas neoplásicas concluyendo en un síndrome mielodisplásico. El caso de nuestra paciente es de relevancia; ya que el SMD es frecuente en la población adulta, pero no en la pediátrica, por tal motivo representa un desafío diagnóstico muy importante, siendo la anemia aplásica adquirida y los síndromes de falla medular congénita diagnósticos diferenciales infrecuentes pero importantes. Por lo que un abordaje diagnóstico exhaustivo, favorece el inicio de tratamiento oportuno.

Palabras clave: síndrome, mielodisplásico, pancitopenia, inmunofenotipo, paciente, joven.

Folio: 0148

Tema: Reumatología

Síndrome antisintetasa. Reporte de caso

Cruz Nydia Karen, Cimé Erik Antonio, Hernández Zenia Irais
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El síndrome antisintetasa (SA) pertenece a un grupo de enfermedades inflamatorias idiopáticas que tienen en común algunas características, dentro de las cuales se encuentran: afección pulmonar, afección muscular, artritis no erosiva, manos de mecánico, fenómeno de Raynaud y anticuerpos. Las manifestaciones suelen ser de inicio subagudo por lo que suelen ser patológicas que difícilmente tienen diagnóstico a la primera visita médica, aunque en algunas ocasiones la afección pulmonar es tan importante que la primera manifestación es la disnea, en estos casos el pronóstico a pesar del tratamiento suele ser sombrío. **Caso clínico:** Femenino de 44 años de edad hospitalizada a cargo de Reumatología UMAE La Raza, quien cuenta con los antecedentes de: Hipertensión arterial sistémica de 8 años de diagnóstico en manejo con enalapril 10mg cada 12 hrs, alérgica al trimetrom, niega tabaquismo o exposición a polvos u hongos. Refiere que inicia su padecimiento en noviembre de 2017 con disnea de moderados a pequeños esfuerzos por lo que busca atención médica en diversas ocasiones siendo manejada con antimicrobianos para neumonía. En enero de 2018 es valorada por Neumo-



logía quién realiza diagnóstico de neumonitis, sin embargo, en abril de 2018 debido a persistencia de cuadro es enviada a la UMAE La Raza en donde es valorada por Neumología debido hallazgos en la TACAR ingresando para protocolo de estudio. Al interrogatorio dirigido la paciente refería caída de cabello, lesiones hiperqueratósicas en manos en cara radial y pulpejos y fenómeno de Raynaud. *Examen físico:* Clínicamente paciente femenino con reporte de tensión arterial 110/60mmHg, frecuencia cardíaca de 75 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36°C. Despierta, reactiva, neurológicamente integra. Mucosa oral bien hidratada sin lesiones. Cuello sin adenomegalias, ni ingurgitación yugular. Ruidos cardíacos rítmicos con adecuada intensidad y frecuencia. Área pulmonar con disminución de murmullo vesicular en región subescapular bilateral, estertores diseminados aislados, sin integrar algún síndrome pleuropulmonar. Abdomen sin alteraciones. Extremidades simétricas, fuerza muscular 4/5 en extremidades inferiores, sin datos de sinovitis ni vasculitis, con lesiones hiperqueratósicas y algunas grietas en cara lateral de 1-4 falanges, sin reflejos patológicos. *Exámenes complementarios y evolución clínica:* Paraclínicos básicos con reporte de leucocitos 12.4×10^3 , hemoglobina 12.2 g/dL,

hematocrito 40.7%, sodio 137 mmol/dL, potasio 4.18 mmol/L, glucosa 90 mg/dL, CK 479 mg/dL, Ck-Mb 24.5 mg/dL mg/dL, AST 55.9 mg/dL, ALT 49.7 mg/dL, DHL 301 mg/dL, ANA 1:80 moteado fino, antiDNA 4.75UI/mL, anti-Jo negativo, proteína C reactiva < 3.23 mg/L, anti-Ro 8.20 UI; gasometría arterial pH 7.4, pO₂ 68, pCO₂ 35, HCO₃ 24.8, BE -0.3, Sat 81%, examen general de orina sin leucoeritocituria, cilindros ni albuminuria. Radiografía de tórax con patrón reticular bilateral diseminado. TACAR: hemidiafragmas altos por pérdida de volumen, dilatación bronquial parahiliar bilateral cilindrico y varicoso, con fibrosis pulmonar en segmentos basal y medios. Espirometría: Estudio sugerente de restricción severa, con reversibilidad parcial al broncodilatador y saturación del 70% al aire ambiente. La paciente ingresa a Reumatología para protocolo de estudio debido a que la clínica es sugestiva de síndrome antisintetasa se toman paraclínicos necesarios para el diagnóstico bioquímico se inició tratamiento con esteroide y ciclofosfamida debido a que la afección principal era a nivel pulmonar. **Conclusión:** Estamos ante una paciente que cumple con el cuadro clínico de un síndrome anti sintetasa sin ningún otro factor que pudiera explicar los datos encontrados, por lo que si bien esperábamos encontrar el anti-Jo 1 presente por ser el más frecuente, este

no excluye el diagnóstico pues existen otros anticuerpos (PL-7, PL12, Mi-2, Ku, Ro-52) con menor frecuencia de aparición. **Palabras clave:** síndrome anti-sintetasa, manos de mecánico, fibrosis pulmonar.

Folio: 0149

Tema: Hematología

Trombocitopenia como manifestación inicial de mieloma latente

Martínez Zinia Fernanda, Batún José Antonio de Jesús, Mejía Juan Carlos

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La trombocitopenia puede ser originada por producción deficiente (síndrome mielodisplásico, anemia aplásica, leucemia, linfoma, mieloma múltiple), destrucción acelerada (trombocitopenia autoinmune, coagulación intravascular diseminada) o secuestro esplénico, entre los cuales se debe realizar diagnóstico diferencial. **Presentación del caso:** Femenino de 80 años acude por cuadro de tres meses de evolución con astenia, somnolencia, gingivorragia, hematoquezia y hematuria. A la exploración física presenta signos vitales estables, palidez y múltiples equimosis diseminadas en extremidades. Paraclínicos: Hb 8.74 g/dl, Hto 26%, VCM 90.3 fl, HCM 30.4 pg/cel, CMHC 33.71 g/dl, plaquetas 54.24 mil/mm³, leucocitos 7 mil/mm³, proteínas

totales 9.64 g/dl, globulinas 6.01 g/dl, albúmina 3.63 g/dl, relación albúmina/globulina 0.6. Debido a los hallazgos descritos, descartando causas infecciosas y autoinmunes y por la edad de la paciente, se inició protocolo para mieloma múltiple, obteniendo proteínas de Bence Jones positivas, electroforesis de proteínas en suero con aumento de fracción gamma sin llegar a valores diagnósticos (2 g/dL ó 26.6%), C3 y C4, IgA, IgG e IgM en valores normales, β_2 microglobulina 2,833 ng/dL, calcio 9.2 mg/dL, creatinina 0.85 y TFG de 64.7 ml/min. Sin lesiones líticas en la serie ósea metastásica. En el aspirado de médula ósea no se encontraron células plasmáticas. Se inició tratamiento con esquema melfalán/talidomida/prednisona, observándose a la semana un incremento a 100,000 plaquetas. Por los datos anteriores y respuesta al tratamiento se diagnostica como mieloma latente. **Conclusión:** La trombocitopenia es una manifestación frecuente en procesos infiltrativos de médula ósea, pero es raro encontrarla como manifestación inicial del mieloma múltiple y más en el mieloma latente, por lo que se remarca la importancia de realizar un análisis detallado de todos los paraclínicos y un diagnóstico diferencial completo en el estudio de la trombocitopenia **Palabras clave:** trombocitopenia, mieloma múltiple, mieloma latente.

Folio: 0150

Tema: Reumatología

Miopatías inflamatorias autoinmunes. Serie de casos con cuadro clínico atípico y serología negativa

Fuentes María Fernanda, Mendoza Aleyda Berenice, Infante Hector, Quiroz José Carlos
Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

Las miopatías inflamatorias autoinmunes son un grupo de enfermedades poco frecuentes cuyo diagnóstico requiere alta sospecha clínica, parámetros bioquímicos e inmunológicos, así como histopatológicos; sin embargo, no siempre se completan los criterios. Presentamos una serie de casos de miopatías inflamatorias diagnosticadas de mayo 2017 a Junio 2018 con clínica poco común y negatividad para marcadores inmunológicos. P 1. Masculino de 44 años con dolor cervical de inicio súbito acompañado de mialgias, artralgias y limitación de la movilidad en hemicuerpo derecho. Laboratorios con CKT 716, CKMB 28; Anti JO, Anti SRP y Anti MI-2 negativos. Biopsia de musculo con datos compatibles con polimiositis. P 2. Masculino de 34 años que inicia con dolor a nivel de cintura escapular derecha, debilidad y limitación de la abducción; a las 72 horas se agrega debilidad de hemicuerpo izquierdo e incapacidad de realizar movimientos finos.

CKT 1981, CKMB 778; Anti JO, Anti MI-2; biopsia de musculo deltoides compatible con polimiositis. P 3. Femenino de 39 años, inicio con parestesia a nivel occipital de inicio súbito, así como dolor a nivel de región de musculo trapecio con extensión ambos miembros torácicos. A la exploración edema y eritema en brazos, así como eritema heliotropo y pápulas de Gottron's; CKMB 768.6, CKT 16 700; Anti JO-1, Anti MI-2 y Anti SRP negativos. Las miopatías inflamatorias tienen alto impacto en la morbi-mortalidad, teniendo una amplia variedad en su clínica; dado lo anterior, es importante sospechar y hacer diagnóstico temprano en el contexto de dolor muscular asociado a elevación de enzimas musculares, incluso con marcadores serológicos negativos, ya que el diagnóstico temprano y el inicio del tratamiento son la piedra angular del pronóstico. Resaltar que aunque los reportes de la literatura mencionan una baja incidencia de miopatías inflamatorias (4 en 100 000 habitantes), en nuestra unidad se han diagnosticado estos casos con mayor frecuencia de lo espera

Palabras clave: polimiositis, dermatomiositis, anticuerpos, miopatías inflamatorias.

Folio: 0152

Tema: Hematología

Reacciones adversas perinfusionales con el uso de rituximab en un hospital de tercer nivel



Gamboa Carmen Magdalena¹, Aguirre Gloria Mayela¹, Gamboa Augusto Andrés², Purón Emma¹

¹ Universidad de Monterrey;

² Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Rituximab es un anticuerpo monoclonal anti-CD20 utilizado en el tratamiento de múltiples enfermedades hemato-oncológicas. Existe escasa información sobre los efectos adversos presentados con su administración. Es importante conocer la frecuencia y el tipo de reacciones adversas secundarias al uso de Rituximab para establecer la seguridad del medicamento.

Objetivos: Documentar la incidencia de efectos adversos perinfusionales con el uso de Rituximab y la medicación preventiva. **Material y Métodos:** Se analizaron de manera retrospectiva los expedientes de 80 pacientes mayores de 18 años que recibieron Rituximab en un hospital del noreste del país. Análisis estadístico con SPSS versión 20. **Resultados:** Se incluyeron 80 pacientes con una mediana de edad de 53 años (20-86). El peso promedio fue de 70.4 kg (40-130), y talla de 1.65 m (1.47-1.8). Todos los pacientes recibieron algún tipo de premedicación. De los 80 pacientes incluidos, 27 (33.75%) presentaron reacciones perinfusionales. Los efectos adversos se evaluaron según la escala de NCI (National Cancer Institute)

en donde 26 se clasificaron en grado 1-2 (leve a moderado) sin necesidad de suspender la administración del medicamento, y sólo uno se consideró severo. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de efectos adversos entre el grupo que recibió el medicamento bajo el protocolo de velocidad de infusión (n=39 vs 41, p=0.93). Ninguno de los fármacos utilizados como premedicación se asoció a menor incidencia de efectos adversos (metilprednisolona p=0.55, dexametasona p=0.905, hidrocortisona p=0.382, clorfenamina p=0.33 y paracetamol p=0.06). **Conclusión:** A pesar de que la velocidad de infusión ha sido reportada como una medida para prevenir efectos adversos, en nuestro estudio no se replicaron los resultados. El paracetamol correlacionó con una tendencia a la disminución en la incidencia de los efectos colaterales aunque sin alcanzar significancia estadística.

Palabras clave: rituximab, biológico, efecto adverso, perinfusional, anafilaxia, medicamentos.

Folio: 0153

Tema: Cardiología

La IRA como factor asociado al síndrome coronario agudo de tipo infarto agudo del miocardio con o sin elevación del segmento ST

Sánchez César, Arista Nayeli Xendali, Hernández Daniela, Zamora Laura Elena, Elizalde

César Ivan, Melchor Alberto, Rubio Alberto Francisco, Garro Ana Karen, Huerta Saul
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Antecedentes: El síndrome coronario agudo (SCA) de tipo infarto agudo de miocardio es una de las patologías más comunes y de los principales problemas de salud pública actual, se han descrito múltiples factores asociados a este tipo de enfermedades como es el caso de dieta, tabaquismo, dislipidemia y estrés emocional. El enojo como una de las expresiones del estrés emocional ha sido estudiado como un factor asociado para presentar SCA. Actualmente en nuestra población se desconoce que tipo de asociación existe. **Material y método:** se realizó una encuesta y se revisó el expediente de 26 pacientes para conocer sus niveles de enojo basales o habituales y los niveles de enojo 24, 12, 8, 4, 2, 1 horas previo a presentar el SCA, para valorar si existe una relación entre estos y entre factores asociados (dislipidemia, tabaquismo, descontrol glucémico). **Conclusiones:** El estrés emocional, en este estudio medido por el enojo, mostró no estar asociado con el síndrome coronario agudo de tipo infarto agudo de miocardio con y sin elevación del segmento ST. El enojo una hora previa funge como factor protector ([OR= 0.02-0.9], p=0.02) de síndrome coronario agudo de tipo infarto al miocardio.

Palabras clave: síndrome coronario agudo, infarto, enojo, estrés, ira.

Folio: 0154

Tema: Infectología

Radioopacidad circular como presentación inicial de neumonía por *Pneumocystis jirovecii* en un paciente inmunocomprometido

Jiménez Raúl Alberto, Teresa Lucía, Vera Raymundo, Carrizales Edgar, García Gisela, Corpus Dulce Georgina, González Julio Edgardo

Hospital Universitario Dr. José E González

Presentamos el caso de un paciente con reciente diagnóstico de infección por VIH que arribó al servicio de emergencias del Hospital Universitario José E. González con fiebre, cefalea y disnea de esfuerzo de dos semanas de evolución. Durante su estancia se realizó radiografía de tórax en la cual se evidenció una radioopacidad circular en el pulmón izquierdo. Por la sospecha de malignidad asociada a dicha lesión se realizó un TAC de tórax simple donde se mostraba la misma lesión circular con presencia de broncograma aéreo y vidrio despulido en ambos pulmones. Ante la sintomatología y las técnicas de imagen, se sospechó de primera instancia en una neumonía por *pneumocystis jirovecii* a descartar neoplasia pulmonar concomitante. Se inició de manera empírica tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol.

Además se realizó broncoscopia con lavado broncoalveolar mediante la cual fue posible enviar muestras de dicho lavado, las cuales confirmaron la sospecha diagnóstica de neumonía por *pneumocystis jirovecii*. Finalmente después de 8 días de la antibioticoterapia previamente descrita, el paciente presentó una mejoría clínica importante, se realizó radiografía de tórax y la radioopacidad circular previamente observada ya no se encontraba. Este hallazgo sugiere fuertemente el diagnóstico de una neumonía redonda por *neumocistis jirovecii* en un paciente inmunocomprometido, siendo el primer caso reportado en la literatura de neumonía redonda en adulto con infección por VIH.

Palabras clave: neumonía, redonda, VIH.

Folio: 0155

Tema: Gastroenterología

Reporte de paciente con neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas

Rivera Cesar¹, González Jocelyn Raquel¹, Duran Cristina², Llórente Alberto², Barraza Diego Armando², Ramos Gustavo Adolfo²

¹ Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez; ² Hospital Juárez de México

Femenino de 24 años, la cual cuenta con el antecedente de abuelo paterno finado por cáncer de colon a los 78 años. PA: Inicia hace 1 mes con

disconfort en hipocondrio derecho, dolor opresivo 7/10 en epigastrio, fiebre de 38.5°C, de predominio vespertino, acude con médico particular se realiza ultrasonido de hígado y vías biliares con reporte de abscesos hepáticos, inicia tratamiento antibiotico, sin mejoría, hace 1 semana presenta náuseas postprandiales y disminución de la ingesta alimentaria por lo que acude a Hospital Juárez de México. E.F.: Neurológicamente íntegra, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación media y profunda en cuadrante superior derecho, hepatomegalia 3x3x3cm, peristalsis normal, sin irritación peritoneal. Laboratorios: L 6.84, Hb 14.6, Plt 220 000, Cr 1.04. BD 0.40, BT 1.02, AST 58, ALT 112, TP: 7.8 Alb 4.9, GGT 280, FA 804, DHL 849. Ca 19.9: 3389. US de Hígado con datos que sugieren proceso inflamatorio y 2 zonas quísticas, (probables abscesos amebianos) páncreas con presencia de quiste a nivel de la cola. Tomografía de abdomen S. y C.: Metástasis hepáticas múltiples y difusas, imagen quística septada que parece nacer de la cola del páncreas. Biopsia de Hígado guiada por ultrasonido: Infiltración de células epiteliales malignas dispuestas en nidos sólidos y distorsión de estructuras glandulares. Se observa reacción estromal desmoplásica y necrosis. Se realiza



Inmunohistoquímica: Citoqueratina 7 con patrón fuerte y difuso, CD 10 y Beta-catenina positivos, diagnosticando neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas, iniciando manejo con Gemcitabina y Cisplatino, con posterior ingreso al programa de cuidados paliativos. La neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas es un tumor epitelial extremadamente raro con bajo potencial de malignidad. Supone menos del 1-2% los tumores pancreáticos exocrinos. Se presenta como una lesión de apariencia quística, quística/sólida o sólida, del 9-15% presentan metastasis, la base del tratamiento es la resección quirúrgica.

Palabras clave: neoplasia, pseudopapilar, sólido, páncreas, metastasis, hígado.

Folio: 0156

Tema: Infectología

Síndrome hemofagocítico inducido por citomegalovirus como presentación de fiebre de origen desconocido en paciente con VIH

Anda Juan Carlos, Narvaez Uriel

Centro Médico Nacional Siglo XXI

Hombre de 58 años, con antecedentes de relaciones sexuales de riesgo, sin enfermedades crónicas quien ingresa por presentar cuadro de 8 meses de evolución con pérdida de peso no intencionada, hiporexia, fiebre de 38°C intermitente,

diaforesis nocturna, con tos no disneizante. Dos meses previos a su ingreso presentó aumento en la temperatura de hasta 39 grados, de predominio nocturno. A la exploración física de ingreso destacaron desaturación de oxígeno, palidez de tegumentos, adenopatías en regiones axilares, estertores subcrepitantes infraescapulares en hemitórax izquierdo y bazo palpable 2 cm por debajo de reborde costal izquierdo. Sus paraclínicos de ingreso mostraron DHL 345 U/L, GGT 209 U/L, Hb 7.7 g/L normocítica normocromica, Linfopenia y plaquetas 12000 cel/ml. Su abordaje inicial incluyó la determinación de panel viral VIH, por los factores de riesgo expuestos, orientando a causa infecciosa como primera opción de diagnóstico, reportando antígeno p24 y VIH por ELISA positivos, continuando protocolo diagnóstico con objetivo de descartar infección oportunista. Así mismo se solicitó tanto carga viral VIH como subpoblaciones de linfocitos T. Se solicitó USG abdominal como abordaje del síndrome colestásico y esplenomegalia documentados, sin presentar datos de hipertensión portal, sin embargo, con hepatomegalia y esplenomegalia de 17 cm, corroborados por TAC y adenopatías cervicales, axilares y mediastinales. Paciente con hemocultos, cultivo de expectoración, urocultivo, y aspirado de médula ósea con mielocultivo bacteriano,

fúngico y micobacterias, sin embargo ninguna de estas determinaciones mostraron desarrollo de microorganismos. El AMO reportó trombocitopenia verdadera, sin evidencia de diseritropoyesis y ausencia de hemofagocitosis. Así mismo en radiografía de tórax se evidenció imagen de infiltrado intersticial difuso bilateral en bases de predominio izquierdo, iniciando cobertura antimicrobiana de amplio espectro, además de inicio de Trimetoprim Sulfametoxazol al reportarse panel viral positivo a VIH. Además se determinó panel TORCH, únicamente reportando memoria para Citomegalovirus, considerándose de manera inicial como hallazgos no significativos, con solicitud de carga viral de CMV. Se realizó broncoscopia para cultivo de lavado bronquialveolar, con envío a cultivo bacteriano, fúngico y de micobacterias, así como determinación de PCR para M. tuberculosis, siendo todos los anteriores negativos, así como tinción de plata y Grocott en LBA como método diagnóstico de Pneumocistosis e Histoplasmosis pulmonar. Al continuar con deterioro en parámetros hematológicos y clínico en general, se consideró como causa de fiebre síndrome hemofagocítico, por lo que se decide solicitar determinación de ferritina, triglicéridos, fibrinógeno y nuevo aspirado de médula ósea en búsqueda intencionada de hemofagocitosis, descartándose

nuevamente esta, con triglicéridos en valores normales, pero hipofibrinogenemia menor de 150 mg/dL e hiperferretinemia, iniciando tratamiento con inmunoglobulina. Paciente continuó cursando con deterioro respiratorio, así como hematológico, con refractariedad de anemia con descenso en niveles de hemoglobina y trombocitopenia menor de 10 mil plaquetas, desarrollando hemorragia en mucosas y tubo digestivo, situación que empeoró su situación clínica general, presentando su defunción después de 10 días de estancia intrahospitalaria. Al no contar con certeza etiología de fiebre y de la defunción se solicitó y autorizó necropsia. Se recabó resultado de carga viral de DNA de CMV, el cual reportó 99 400 cp/ml, orientando hacia la causa de defunción. El reporte de la necropsia en sus datos más relevantes dictó falla multiorgánica, bazo aumentado de tamaño con abundante hemosiderosis, hígado con colestasis generalizada, sin embargo, evidenciándose hemofagocitos en muestra de ganglios axilares y cervicales, así como inclusiones intracitoplasmáticas por CMV en tejido pulmonar.

Palabras clave: hemofagocítico, fiebre, VIH, neumonía, citomegalovirus, hiperferretinemia.

Folio: 0157

Tema: Cardiología

La grasa epicárdica, pero no la grasa intraabdominal, corre-

laciona con el grosor íntima media en pacientes con síndrome metabólico

Rubio Alberto Francisco, Guerrero Carolina, Benitez Daniel Rabinathan, Maceda Alberto, Meneses Ivan, Vargas Germán, Narváez Jorge Luis

Hospital General de Ticomán SS CDMX

La grasa epicárdica es grasa visceral que se deposita alrededor del corazón, en condiciones normales brinda protección mecánica al miocardio, es fuente de energía y de adipocitocinas antiaterogénicas. Cuando su grosor excede 3 mm se asocia a desarrollo de aterosclerosis. El ecocardiograma transtorácico es un método eficaz y confiable para evaluar el grosor de la grasa epicárdica (GGE). La medición del engrosamiento íntima-media (GIM) de las arterias carótidas mediante ultrasonografía de alta resolución en modo B, es un procedimiento confiable, y no invasivo, con valor predictivo para la aparición de enfermedad cardiovascular. La bioimpedancia ha mostrado tener una sensibilidad y especificidad satisfactoria para la medición de la grasa visceral abdominal (GVA). **Objetivo:** Establecer si el GGE y la GVA correlacionan con el GIM en sujetos con síndrome metabólico. **Material y método:** Evaluamos a 50 pacientes con síndrome metabólico en quienes, se realizó la medición del GGE en la pared libre del ventrículo

derecho al final de la sístole, en 3 ciclos desde una ventana paraesternal, con un equipo Aloka alfa 6, con transductor de 3.5 MHz por 2 ecocardiografistas que desconocían los datos clínicos de los pacientes. Se determinó el GIM por ultrasonografía en modo B de las arterias carótidas, con equipo de alta resolución (ESAUTE MEGAGP, Italia) equipado con un transductor lineal de 7.5 MHz, por un ultrasonografista certificado que desconocía las características de los pacientes, se consideró normal un GIM < 0.9. Se cuantificó la GVA (en kilogramos) por bioimpedancia con equipo INBODY 120, por el investigador principal. Los métodos estadísticos utilizados fueron exacta de Fisher, y coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** Encontramos correlación significativa entre GGE con el GIM ($r = 0.66$, $r^2 = 0.43$, $p = 0.0001$), así como entre el índice de masa corporal con el GIM ($r = 0.31$, $R^2 = 0.014$, $p = 0.03$). No encontramos correlación entre la GVA con el GIM ($r = 0.06$, $p = 0.68$). Al evaluar el riesgo de presentar GIM ≥ 0.9 mm en pacientes con GGE ≥ 4 mm, encontramos significancia estadística ($p = 0.0011$), en forma interesante, ningún paciente con GGE < 4 presentó GIM ≥ 0.9 mm. **Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que el GGE es mejor marcador de aterosclerosis que la grasa visceral abdominal en sujetos



con síndrome metabólico, lo que puede deberse a que las adipocitocinas producidas por la grasa epicárdica difunden directamente a circulación coronaria y al miocardio. La medición rutinaria del GGE durante la realización de una ecocardiografía es aconsejable al ser un método no invasivo y de utilidad para evaluar el riesgo cardiovascular global del paciente.

Palabras clave: grasa epicárdica, grasa visceral abdominal, grosor íntima media, síndrome metabólico, índice de masa corporal

Folio: 0158

Tema: Hematología

Síndrome colestásico como forma de presentación de linfoma difuso de células B: reporte de un caso

Solis José Gabriel, Cornelio Ramon Dario, Amores Carlos Alberto, Jimenez José Omar, Ayala Ismael

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El linfoma difuso de células B grandes es la forma más común de linfoma no Hodgkin. El mecanismo más frecuente de ictericia en estos pacientes es la obstrucción de la vía biliar por adenopatías. Esta suele ser una manifestación tardía de la enfermedad, sin embargo, puede ser la presentación inicial en 0.2% de los casos. **Caso clínico:** Hombre de 75 años con antecedente de

diabetes mellitus y cardiopatía isquémica. Acudió con cuadro de dolor abdominal, diaforesis nocturna, escalofríos y pérdida de peso de 10 Kg de 3 meses de evolución a los que se agregaron ictericia, acolia y coluria. Destacó adenomegalia cervical derecha de 2 cm, hiperbilirrubinemia de 9.82 UI/L con predominio de la fracción directa de 9.66 UI/L, elevación de aminotransferasas (ALT 215 UI/L AST 335 UI/L) y de FA 1464 UI/L, GGT 1703 UI/L y DHL 1453 UI/L, integrando así un patrón colestásico. En el ultrasonido abdominal se encontró dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. La TAC abdominal contrastada y colangioresonancia corroboraron los hallazgos y evidenciaron múltiples adenopatías con características malignas en hilio hepático, pteripancráticas y mesentéricas, que condicionaban compresión extrínseca de la vía biliar y dilatación del colédoco. Posteriormente se agregaron fiebre, leucocitosis con neutrofilia y elevación de PCR, cumpliendo criterios diagnósticos de colangitis aguda, por lo que se inició terapia antimicrobiana con piperacilina/tazobactam. Se realizó una CPRE en la que se decidió colocación de prótesis de 10 Fr. Un ultrasonido de cuello evidenció adenopatías de aspecto infiltrativo en todos los niveles, por lo que se decidió biopsia excisional de ganglio linfático cervical

derecho con estudio histopatológico e inmunohistoquímica el cual reportó Linfoma difuso de células B grandes: CD20 +, CD3 +, Bcl6 +, Bcl2 +, CD10 +, CD 30 – y Ki67 + nuclear en 90% de células neoplásicas. No se encontró infiltración neoplásica en la biopsia de hueso. Durante su estancia cursó con buena evolución del cuadro infeccioso. Recibió esquema de quimioterapia R-mini-CHOP de forma ambulatoria con resolución completa de sintomatología y colestasis en un mes. **Conclusiones:** El linfoma no Hodgkin es una causa rara de obstrucción de la vía biliar representando el 1-2% de los casos, sin embargo, debe considerarse en el diagnóstico diferencial por lo que los estudios de imagen son fundamentales para esclarecer la causa. El estándar de oro para el diagnóstico es la biopsia, que en este caso fue posible realizar en ganglios más accesibles a nivel cervical. Debido a que se trata de una presentación infrecuente el tratamiento de elección no está bien definido e incluye diversos esquemas de quimioterapia y descompresión de la vía biliar con los cuales en este paciente se observó una respuesta clínica favorable. El pronóstico reportado en este tipo de pacientes parece ser malo, con una sobrevida aproximada de 7 meses.

Palabras clave: linfoma, colestasis, ictericia, adenopatías.

Folio: 0159

Tema: Infectología

Leucemia linfoblástica aguda en paciente con infección por VIH B2. Reporte de un caso

Canche Doris Licely, Duran Jaime Jesus, Sánchez Juan Manuel, Morales Javier de Jesús
ISSSTE

Masculino de 27 años de edad, homosexual, diagnosticado con infección por VIH en octubre de 2017, tratado con darunavir. Su carga viral previo a su ingreso actual era de 49 copias/mL con cuenta de células CD4 no reportada. En Julio del 2018 se presentó al Servicio de Urgencias por ataque al estado general, cefalea y odontalgia de dos semanas de evolución siendo manejado de manera sintomática. Diez días antes de su ingreso manifestó también melena y 24 hrs antes tuvo un episodio de hematemesis acompañada de cefalea y diaforesis. Durante el examen físico se le encontró afebril, diaforético, pálido, con adenopatía submaxilar, cervical y axilar bilateral y hepatoesplenomegalia. La biometría hemática (BH) inicial reportó anemia normocítica normocrómica (Hb10.9 g/dL), reticulocitos de 0.34%, plaquetas de 35 mil/mm³ y leucocitos de 110,160/mm³, encontrando también blastos en el frotis de sangre periférica, perfil de coagulación normal, con la química sanguínea que reportó urea de 92.76 mg/dl,

Nitrógeno ureico de 43.35 mg/dl, Cr de 3.56 mg/dl, electrolitos séricos normales; las pruebas funcionales hepáticas reportaban fosfatasa alcalina de 934 UI/L, GGT de 851 UI/L, AST de 127 UI/L, ALT de 80 UI/L, bilirrubinas normales y ácido úrico 25.4 mg/dL. Con base en el reporte de la BH se le realizó aspirado de médula ósea que identificó su infiltración por células de aspecto blástico de estirpe linfoide L3, con lo cual se diagnosticó LLA-L3. El Inmunofenotipo reportó células CD45 positivo débil, CD34 negativo, CD19 positivo, CD79a positivo, CD3 negativo, CDcyc negativo, CD7 negativo y MPO negativo. El panel Euroflow reportó IgMcyt positivo, CD19 positivo, CD20 positivo, CD38+/-heterogéneo, CD66 negativo, CD9 positivo, CD22 positivo, CD24 positivo, TdT negativo, CD81 positivo, compatibles con LLA de estirpe B (LLA B madura). Se inició quimioterapia con dexametasona, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, previamente presentó síndrome de lisis tumoral, requiriendo hemodiálisis.

Palabras clave: virus de inmunodeficiencia humana, leucemia linfoblástica aguda, síndrome de lisis tumoral, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, Yucatán, inmunofenotipo.

Folio: 0160

Tema: Dermatología

Argiria cutánea sistémica asociada a carboplatino

Crystal Elisa, Olea Estefania Guadalupe, Barrera Miriam, Valencia Raúl, Hernández Daniel Ramón

Hospital Ángeles Clínica Londres

Introducción: La argiria cutánea localizada es una entidad cutánea que presenta cambios pigmentados producidos por contacto con sales de plata. Caracterizada por manchas de color gris-azulado en piel, mucosas o anexos. Histológicamente se caracteriza por pigmentación de la basal, complejos de plata-melanina en papilas y gránulos café-grisáceos en membrana basal y dermis, que rodean glándulas écrinas, fibras elásticas y fibrillas de colágeno. Se observa en plateros y soldadores. Sin embargo, se ha asociado con agujas de acupuntura, aretes de plata y medicamentos que contienen nitrato de plata.

Objetivo: Describir hallazgos clínicos de una mujer que desarrollo argiria cutánea localizada por tratamiento con carboplatino. **Caso clínico:** Femenina de 66 años antecedente de cáncer de mama ECOG1, Karnofsky90 con mastectomía radical y linfadenectomía total derecha, posterior >30 sesiones de radioterapia en 1994, 2004 recidiva de cáncer de mama tratamiento de 8 sesiones de quimioterapia con carboplatino. Ingresó a Medicina Interna



para colocación de catéter Mahurkar, a la exploración física se observa dermatosis diseminada a cabeza y manos, de las que afecta a cara, cuello, lúnulas de todos los ortijos; caracterizada por pigmentación azul-grisácea. En la histología se evidenció depósito de pigmento negrozco granular fino a nivel de membrana basal de glándulas sudoríparas. Por lo tanto mediante antecedentes, clínica y la histopatología se integró el diagnóstico de argiria cutánea localizada. Sin embargo, no existe remisión del cuadro debido a que la pigmentación cutánea es permanente.

Discusión: La argiria es la intoxicación crónica por plata, que se manifiesta por una pigmentación azul-grisácea en los tejidos afectados, es una entidad rara, particularmente desde la suspensión de los medicamentos que contienen plata. La toxicidad ocurre tras exposición prolongada ya que la absorción de la plata excede su capacidad de metabolización, precipitándose como sulfuro o selenio de plata en tejidos blandos, con concentraciones altas en piel, hígado, bazo y glándulas suprarrenales. Los metales pesados pueden introducirse en piel a través de exposiciones ocupacionales, acupuntura, aretes, medicamentos tópicos y traumatismos, entre otros como administración anti-neoplásicos como cisplatino o carboplatino, pueden producir argiria. Dicha entidad conduce

a pigmentación azul-grisácea difusa, permanente, asintomática, predominante en áreas fotoexpuestas. La afección a conjuntivas y lúnulas es característica de esta variante. La primera ausente en nuestro paciente. El diagnóstico se basa en asociar antecedentes, clínica e histología.

Conclusión: El interés del caso consiste en presentar la reacción adversa e infrecuente del carboplatino. La mayoría de los casos de argiria generalizada son por ingestión, inhalación de compuestos argénticos; se destaca la importancia nuestro caso para considerarse diagnóstico diferencial de otras entidades, evitando así estudios y tratamientos no requeridos.

Palabras clave: argiria, carboplatino, intoxicación por plata.

Folio: 0161

Tema: Infectología

Evento cerebral vascular isquémico secundario a un émbolo séptico en un paciente con mucormicosis rino-orbitaria: reporte de un caso en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

Zapata Adriana, Sanchez Diego Enrique

Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatan

La mucormicosis es una infección oportunista causada por hongos del orden de los Mucorales (clase Zigomycetes).

La presentación clínica más común es la rino-orbital-cerebral, que comienza con la inhalación de esporas en los senos paranasales de un huésped vulnerable. La hiperglucemia, con acidosis metabólica, es el estado subyacente más común. Presentamos el caso de una paciente de 51 años sin crónico degenerativos. Inicia PA con rinorrea y congestión nasal de un mes de evolución resistente a tratamiento antigripal, posteriormente dolor facial, rinorrea purulenta y posteriormente necrosis de tejidos blandos a nivel de maxilar derecho. En la primera valoración médica se encuentra hiperglicemia y se inicia tratamiento con hipoglucemiantes orales. Se realiza endoscopia de seno paranasales con toma de biopsia encontrándose necrosis ósea secundaria a infección por mucormicosis. Se realiza antrotomía y se inicia terapia con anfotericina B, con mala evolución, presentando SIRA y ameritando VMA. Ingres a UCIA se realiza TAC simple y contrastada de cráneo y senos paranasales con hallazgo de edema de tejidos blandos, cambios postquirúrgicos por antrotomía maxilar derecha y ausencia parcial de la pared medial de ambos antros maxilares y el hueso vomer, concluyendo en pansinusitis con otomastoiditis bilateral de predominio izquierdo así como hallazgo de extensas zonas hipodensas en hemisferio cere-

bral derecho que no condiciona retracción ni efecto de volumen con discreto reforzamiento periférico tras la administración de contraste que corresponden con posible evento isquémico por embolo séptico. a las 48 horas se resuelve cetoacidosis y presenta choque séptico al 4to día. Fallece al 7mo día de estancia. La mucormicosis es una enfermedad mortal con un mal pronóstico. La infección típicamente presenta síntomas inespecíficos; por tanto, para prevenir la diseminación cerebral, como en este caso, el diagnóstico y tratamiento oportuno son cruciales para aumentar la supervivencia.

Palabras clave: mucormicosis, evento cerebral vascular, cetoacidosis, hongo, infección, isquemia.

Folio: 0163

Tema: Toxicología

Caracterización clínica y epidemiológica de intoxicación por paraquat entre el 01 de enero de 2012 al 23 de noviembre del 2017

Zamora Adriana¹, Navarro Edgar Felipe²

¹ Hospital Hernando Moncaleano Perdomo; ² Hospital Juárez de México

Paraquat (PQ) es un herbicida de amonio cuaternario no selectivo altamente tóxico ampliamente usado en agricultura, pertenece a la familia de los Bipyridilos. Paraquat es usado también con fines

suicidas, la intoxicación por paraquat por vía oral tiene una mortalidad superior al 50% debido a su capacidad de generar fibrosis pulmonar progresiva y dependerá de la dosis ingerida, la intoxicación por vía inhalatoria presentará un cuadro clínico no tan severo. Debido a que la intoxicación por paraquat se sigue presentando en nuestra región y en toda la nación, debemos conocer las principales alteraciones que puede ocasionar en el organismo, y a causa de esto, se decidió hacer una revisión de las historias clínicas de 9 pacientes en la primera y segunda década de la vida intoxicados por paraquat, que fueron atendidos en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva – Huila, Colombia entre el 01 de Enero de 2012 y el 23 de Noviembre de 2017. En 6 de los 9 casos la ingesta fue voluntaria con fines suicidas y se confirmaron con el test de ditionita sódica, 2 casos se sospecha la no ingesta de paraquat debido a la no tinción del test de ditionita y el caso restante fue por contacto dérmico de forma accidental. De los 9 casos presentados 3 fallecen debido a complicaciones de la intoxicación. La presentación clínica corresponde a la caracterizada por la literatura internacional.

Palabras clave: intoxicación, paraquat, fibrosis pulmonar, epidemiología, falla orgánica.

Folio: 0164

Tema: Nefrología

Síndrome nefrótico por amiloidosis al asociado a gammapatía monoclonal de cadenas ligeras lambda

Olea Estefanía Guadalupe, Sánchez Elisa Crystal, Barrera Miriam, Hernández Daniel Ramón, Valencia Raúl, Luque Alejandro, Aceves Gabriel
Hospital Ángeles Clínica Londres

Introducción: La amiloidosis es un trastorno en el que las proteínas nativas con plegamiento erróneo se depositan en órganos de forma extracelular generando daño. **Objetivo:** Comunicar un caso de amiloidosis AL con afectación renal e identificar diagrama diagnóstico y complicaciones a corto plazo. **Caso clínico:** Masculino 61 años presenta edema facial con predominio en párpados y en miembros inferiores, derrame pleural derecho del 50%, el cual se corrobora clínica y radiográficamente. Se ingresa a nuestro servicio para protocolo de estudio, se solicita: recolección de proteínas en orina de 24 hrs: 7g, se integra síndrome nefrótico por lo que se toma biopsia renal la cual reporta amiloidosis glomerular vascular e intersticial, inmunomarcación positiva para cadenas ligeras. Se interconsulta a hematología quien realiza aspirado de médula ósea: serie linfocítica con presencia de 26% de células plasmáticas y biopsia de mé-



dula osea normocelular con presencia de células plásmáticas 40% de la totalidad celular, inmunofluorescencia presentando positividad para cadenas ligeras Lambda, sobre Kappa. Integrando diagnóstico de síndrome nefrótico por amiloidosis AL asociado a gammapatía monoclonal de cadenas ligeras Lambda. Inicia tratamiento con inhibidor de la proteasoma a dosis de 1,3 mg/m² días 1, 4, 8 y 11 de cada ciclo (cada 21 días). Actualmente con mejoría clínica, en seguimiento por los 3 servicios. **Discusión:** La amiloidosis de cadena ligera es el tipo más frecuente de amiloidosis sistémica. Una enfermedad rara, cuya incidencia de 5 a 12 personas por millón. La edad media de presentación es de 65 años. El compromiso renal se presenta como síndrome nefrótico con empeoramiento progresivo de la función renal. El diagnóstico se realiza mediante biopsia de médula ósea con un predominio de células plasmáticas o presencia de una cadena ligera monoclonal e inmunofluorescencia de biopsia renal. El tratamiento se basa en un manejo multidisciplinario por las múltiples afecciones.

Palabras clave: amiloidosis, gammapatía monoclonal, síndrome nefrótico.

Folio: 0165

Tema: Infectología

Neuropatía craneal múltiple secundario a infección por citomegalovirus

Navarro Edgar Felipe, Martínez Carlos

Hospital Juárez de México

En esta ocasión, se pone de manifiesto paciente masculino de 35 con diagnóstico de VIH de cinco años de evolución, en tratamiento médico y buen apego con atripla y raltegravir, con conteo de CD4 de 178, quien ingresa por presentar parálisis del III-IV.V y VII par craneal bilateral, se inició abordaje diagnóstico, descartándose proceso bacteriano o tuberculoso a nivel de sistema nervioso central así como toma de títulos de VDRL en LCR, sin encontrar causa alguna, como parte del protocolo se envió muestra para búsqueda de Citomegalovirus, encontrándose positiva, siendo poco probable en pacientes con conteo de CD4 por arriba de 50 células. Se inició tratamiento a base de ganciclovir y rehabilitación con mejoría significativa de la sintomatología, actualmente paciente con mínima paresia del séptimo par bilateral, continua con tratamiento médico establecido y terapia antirretroviral.

Palabras clave: VIH, parálisis, citomegalovirus, CD4.

Folio: 0166

Tema: Cardiología

Gradiente de presión de pulso post y pre valsalva como marcador de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, correlación con propéptido natriurético cerebral y frac-

ción de eyección de ventrículo izquierdo

Vergara Fernando Ivan, Garrido José Ricardo, Palacos Elizabeth, Hernandez Miriam Marcela, Arista Nayeli Xendali, Hernandez Daniela, Ramírez María Leslie

Hospital General de Ticoman

Antecedentes: La insuficiencia cardiaca afecta a 26 millones de personas a nivel mundial. La variación de las cifras de presión arterial y frecuencia cardiaca tras la realización de maniobra de Valsalva ha sido evaluada, encontrando correlación entre la función ventricular izquierda y el péptido auricular natriurético, dicha correlación no ha sido estudiada en la población mexicana. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de cohorte, con una muestra de 32 pacientes. Se realizó determinación de fracción de eyección de ventrículo izquierdo, pro péptido natriurético cerebral. Para la estimación clínica de la función ventricular sistólica se creó el gradiente de presión de pulso Post y Pre Valsalva, que como su nombre lo indica es determinada por la sustracción de presión de pulso post Valsalva y Pre Valsalva.

Resultados: Se realizó análisis descriptivo con determinación de media y mediana de las variables. Se realizó correlación de Spearman con la variable pro péptido natriurético cerebral y la fracción de eyección de ventrículo izquierdo. Una cifra

de gradiente menor de 4.22 tiene una correlación negativa con una fracción de eyección de ventrículo izquierdo menor de 50 %, con un coeficiente de correlación de -0.562 y una "p" de 0.001, además de tener un área bajo la curva de 0.71.

Conclusiones: Es posible usar el GPPV con un punto de corte de 4.22, como indicador de insuficiencia cardiaca con FEVI menor de 50 %, a pesar de no tener un grado de correlación fuerte, la importancia de contar con un método diagnóstico netamente clínico que puede ser realizado en un consultorio es considerable, sin embargo no se cuenta estudios de correlación interobservador, quedaría como perspectiva a futuro la realización de nuevos estudios para poder utilizarlo en práctica diaria.

Palabras clave: insuficiencia cardiaca, maniobra de Valsalva, disfunción sistólica.

Folio: 0167

Tema: Oncología

Síndrome de motoneurona superior debido a metástasis cerebrales como manifestación primaria de un carcinoma de células renales. Reporte de caso y revisión de la literatura

Leyva Heriberto, Salazar Gina Daniela, Barco Yolanda
Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, CMN La Raza, IMSS

Introducción: El carcinoma de células renales (CCR) representa

el 1.5% de todos los cánceres en México. El CCR se asocia a una elevada mortalidad ya que 32% de los casos se diagnostican en estadios avanzados. La afectación aislada del SNC se reporta solamente en 5.1% de los pacientes con CCR. No existen casos en la literatura mundial que reporten un síndrome de neurona motora superior (NMS) como primera manifestación neurológica de un cáncer renal metastásico.

Objetivo: Describir como el síndrome de NMS se presentó como una manifestación inicial de un CCR metastásico.

Caso clínico: Masculino de 56 años inicia con disminución de la fuerza del hemicuerpo derecho y marcha claudicante de un mes de evolución, sin otra sintomatología agregada. En la exploración física presenta hiperreflexia en hemicuerpo derecho, con clonus no agotable en miembro pélvico derecho, así como respuesta plantar flexora bilateral. Se realiza TC contrastada de cráneo que muestra lesiones nodulares, irregulares, con reforzamiento en anillo y edema perilesional. En los paraclínicos con alteración en hemoglobina 11.7 g/dL, hematocrito 37%, VCM 83.5 fL, HCM 26.4 pg, creatinina 1.80 mg/dl, urea 58.2 mg/dL, panel viral y marcadores tumorales negativos, radiografía de tórax, EGO y resto de laboratorios normales. Cuenta con TC contrastado abdominal que evidencia tumoración renal

derecha con afectación completa de órgano (estadio T4N2M1). Se inicia tratamiento con esteroides obteniendo remisión completa de la sintomatología neurológica. **Conclusiones:** Las metástasis cerebrales por CCR representan 4% de incidencia en México según un estudio en el INCan. La clínica habitual de la afectación a SNC por orden de frecuencias suele ser cefalea (36%), debilidad muscular (27%) y convulsiones (5%). Aunque las metástasis cerebrales por una neoplasia renal es un hecho poco habitual, un síndrome de NMS es una manifestación primaria rara de cáncer metastásico.

Palabras clave: carcinoma de células renales, tumor renal, metástasis cerebral, síndrome de neurona motora superior.

Folio: 0168

Tema: Nefrología

Síndrome pulmón-riñón. Un reporte de caso de hemorragia alveolar asociado con glomerulonefritis pauciinmune- ANCA negativo

Balderas Marisela Berenice, Ramírez Alberto, Velazquez Yuridia
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El síndrome pulmón riñón se define como la combinación de hemorragia alveolar difusa más glomerulonefritis rápidamente progresiva, como manifestación de una enfermedad autoinmune. Existen varios mecanismos, entre



los principales se describen la actividad de ANCA, anticuerpos Anti MBG, así como microangiopatía trombótica. La etiología de la paciente fue una glomerulonefritis con proliferación extracapilar pauciinmune ANCA negativa, poco frecuente descrita en la literatura. **Objetivo:** Descripción de caso de síndrome pulmón riñón con resultado patológico final de glomerulonefritis con proliferación extracapilar pauciinmune ANCA negativo. **Exposición del caso:** Femenino de 31 años, previamente sana, sin enfermedades crónicas, inició su padecimiento 1 mes previo a su hospitalización con artralgias, ataque al estado general, disnea, 1 mes posterior presentó hemoptisis y deterioro agudo de la función renal por lo que fue hospitalizada, se diagnosticó como síndrome pulmón riñón, se indicaron pulsos con metilprednisolona, plasmaféresis 5 sesiones en total, presentó mejoría de síntomas respiratorios y remisión de hemoptisis, se realizaron estudios de complemento, anticuerpos ANA, Anti DNA ds, ANCA, negativos; biopsia renal reportó vasculitis pauciinmune, con tratamiento inducción a la remisión con rituximab. **Resultados:** El estudio histopatológico concluyó glomerulonefritis proliferativa extracapilar activa y fibrosa con lesiones necrosantes fibrinoides y tipo esclerosante segmentarias cicatriciales de tipo pauciinmune. **Conclusiones:** Dentro

del abordaje de síndrome pulmón-riñón, las vasculitis ANCA negativos, son causa menos comunes. En el caso de la paciente, se realizó adecuada inducción a la remisión, con una creatinina sérica final de 4.1 g/dl. Este caso remarca la importancia de diagnóstico temprano, que permite iniciar tratamiento (esteroides, plasmaféresis, inmunosupresores), y así disminuir la mortalidad, que de no tratarse, se calcula en 25-50%.

Palabras clave: síndrome, pulmón, riñón, glomerulonefritis, pauciinmune, ANCA negativo.

Folio: 0169

Tema: Reumatología

Poliangeitis microscópica C ANCA (+) en paciente joven

Arana Julio César, Ibarra Jesús Alejandro, Ramírez Olivia, Ramírez Raúl, Orozco Francisco Javier, Solorio Jorge Daniel, Tiempo Fabiola Guadalupe
Hospital Regional ISSSTE 1° de Octubre

Masculino, 24 años, originario de CDMX, estudiante. **Antecedentes:** Marihuana, 1 cigarro/15 días. PS:15, sin preservativo. Inicia en marzo del 2018 con parestesias en extremidades inferiores y tos con expectoración blanquecina, acude a valoración en institución encontrando taquicardia, soplo tricuspídeo y aórtico; ECOTT con FEVI del 55%, VI dilatado, pericarditis y derrame pericárdico leve. Se egresa con metoprolol,

enalapril, ASA y paracetamol. En abril, incremento de parestesias hasta la incapacidad y pérdida de peso de 15 kg en 1 mes. En mayo se agrega fiebre sin foco infeccioso documentado e hipoestésias en extremidades inferiores (se descartan radiculopatía y miopatía) ingresa a nuestro servicio: SV normales. Consciente y orientado. Sin focalización ni alteración de nervios craneales. Palidez +++. Sin IY ni adenomegalias; mucosas hidratadas y sin lesiones. Tórax sin agregados pulmonares; ruidos cardíacos rítmicos, sin agregados. Abdomen asigológico. Extremidades superiores sin alteraciones, inferiores con hipotrofia bilateral, sin lesiones dérmicas ni artritis. FM 5/5, REMS normoreflexia. Hiperalgesia en gastrotemios y ambas plantas. Movilidad limitada por dolor, sin edema. En estudios de extensión: anemia, LRA, proteinuria y sedimento activo. Reporte de C-ANCA positivo 1:80 (200). TAC de tórax y senos paranasales normales. Biopsia renal con glomerulonefritis proliferativa extracapilar activa difusa, lesiones necrosantes y esclerosantes segmentarias de tipo pauciinmune, resto de perfil inmunológico negativo. Se establece el diagnóstico de vasculitis ANCA +, de tipo poliangeitis microscópica. Se inicia manejo con bolos de metilprednisolona y antiCD20 con buena respuesta. La PAM cursa con glomerulonefritis

rápida y progresiva y capilaritis pulmonar, edad media de presentación de 60 años y ANCA+. En nuestro paciente, la manifestación inicial fue neuropatía periférica. Llama la atención la edad de presentación y cANCA como marcador inmunológico predominante.

Palabras clave: vasculitis, joven, neuropatía, anca, glomerulonefritis, microscópica.

Folio: 0170

Tema: Gastroenterología

Gastroenteritis eosinofílica: reporte de caso

Esquivel Alejandra, Hernández Héctor Gustavo, Rosales Minerva Yolanda

Hospital General de Zona 1A
Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías

Antecedentes: La gastroenteritis eosinofílica es una enfermedad poco frecuente, de etiopatogenia no aclarada. **Objetivo:** describir las características más importantes de esta patología y ejemplificar, de acuerdo al caso clínico, la forma de presentación y evolución de la misma. **Caso clínico:** femenina de 56 años sin antecedentes de importancia. Inicia hace 6 meses con dolor abdominal en mesogastrio, irradiado a epigastrio, intermitente, tipo cólico, intensidad 10/10. Se intensifica el cuadro, persiste dolor ahora con vómito de contenido gástrico y evacuaciones disminuidas en consistencia. Paraclínicos: Hb 14.6, hto 41.6, leu 28.9, neu 9.9, linf 2.2, mon

0.3, eos 15.6, bas 0.2, plaquetas 221 000. Coprocultivo y coproparasitológico negativos. Niveles de IgE elevados. SEG-D, estómago retencionista, píloro estenótico, disminución de la luz en segunda y tercera porción de duodeno. TAC abdominal, con engrosamiento de mucosa en curvatura menor, antro pilórico y arcada duodenal. Panendoscopia, hipertrofia de píloro estenosante, bulboduodenitis eritematosa. Histopatológico: estómago y duodeno con infiltrado linfoplasmocitario leve y abundantes eosinófilos. Aspirado de médula ósea: médula hiper celular con megacariocitos aumentados en número, serie roja sin datos de displasia, serie mieloide con adecuada maduración con incremento significativo en la cifra de eosinófilos (23%). Se inicia prednisona 40 mg c/24 hrs y montelukast 10 mg c/24 hrs. Cuatro días tras el inicio del tratamiento la paciente presenta notable mejoría clínica, el dolor abdominal cede por completo, tolera adecuadamente la vía oral y presenta evacuaciones de características normales. Paraclínicos: Hb 14, Hto 40.6, leu 4.9, neu 2.6, linf 1.8, mon 0.2, eos 0.1, bas 0, plaquetas 302 000. **Conclusión:** los mecanismos inmunoalérgicos implicados en la patogenia de la enfermedad hacen que los corticoesteroides e inmunosupresores constituyan la base del tratamiento. El pronóstico a largo plazo es favorable.

Palabras clave: gastroenteritis, eosinofílica, IgE, panendoscopia, eosinófilos, corticoesteroides.

Folio: 0171

Tema: Oncología

Cancer testicular con metástasis

Medina Kenia Sugey, López Alin Cristela, Fernández Joaquín Hernán, Durán Manuel Alejandro

Centro de Alta Especialidad
Rafael Lucio

Introducción: Cada año se diagnostican en México 5 mil casos de cáncer testicular, el 80 por ciento se diagnostica en etapas avanzadas de la enfermedad. El cáncer testicular es una de las neoplasias más frecuentes en los hombres entre 20 y 35 años, y a pesar de ello, representa el 1% de los tumores malignos en hombre, los tumores germinales representan el 95% de los cánceres testiculares. **Resumen:** Hombre de 26 años de edad, activo laboralmente y fértil, tiene como antecedente quirúrgico Orquidopexia derecha a los 9 años de edad. Inició su padecimiento 2 semanas previas a su ingreso con disnea de moderados esfuerzos, que se intensificó días previos a su ingreso llegando a ortopnea. Refiere pérdida de peso de 20 kg en 4 meses. Comenta que ha observado aumento del volumen abdominal, acompañado de dolor abdominal generalizado de predominio



en hipogastrio que se irradia a espalda izquierda de 1 mes de evolución, acompañado de aumento de volumen del testículo derecho, con dolor a la movilización. A la exploración física neurológicamente íntegro. Hidratado. Cuello con tráquea central, nódulo cervical derecho de 3 cm de diámetro, no móvil, no doloroso, y tumoración en cuello lateral derecho, de 6 cm de diámetro, no móvil, no doloroso, la base de ésta tumoración se introduce posterior a clavícula ipsilateral. Tórax simétrico con movimientos de amplexión y amplexación aumentados, a la auscultación cardiaca ruidos de adecuada intensidad, sin arritmias, sin soplos. Auscultación pulmonar con disminución del murmullo vesicular derecho con aumento de la transmisión de la voz, se percute mate a nivel apical e infra escapular derecho, pulmón izquierdo con murmullo vesicular. Abdomen globoso secundario a tumoración que es palpable en mesogastrio y flanco izquierdo, indurada, con percusión mate, con dimensiones aproximadas de 30cmx25cm. Peristalsis presente. Genitales con aumento de tamaño de testículo derecho, con diámetro de aproximadamente 6 cm, de consistencia pétreo, no existe transluminencia, existe dolor a la palpación. Extremidades íntegras con edema +++ bilateral. Signos vitales Temp: 37°C FC 98 lpm FR 24 rpm TA

100/60 mm Hg Se realiza USG testicular el cual reporta lesión testicular derecha, que sugiere proceso neoplásico. Se realiza orquidopexia derecha y se reporta histopatológicamente: Tumor germinal mixto de tipo carcinoma embrionario (40%) y senos endodermicos (50%), tamaño del tumor 3.3 x 2.5 cm. Neoplasia intratubular germinal asociada a microcalcificaciones. Se solicita TAC toracoabdominal de cortes axiales, en donde se reporta imagen hipodensa que abarca cuello y pulmón derecho compatible con lesión ocupativa metastásica, a nivel abdominal liquido libre en cavidad con hidronefrosis bilateral, y tumoración a nivel retroperitoneal izquierdo, compatible con neoplasia metastásica. Sus estudios de laboratorio destacan química sanguínea con Urea: 147.66 mg/dl, Creatinina: 4.6 mg/dl. Marcadores tumorales: Alfafo-toproteína más de 2000, fracción beta de HGC 33384.45. **Discusión:** La importancia de ello, gira en torno a la importancia que tiene el hecho de que es una patología de diagnóstico tardío, por su presentación habitual asintomática. A pesar de su naturaleza agresiva, los tumores testiculares tienen una alta tasa de remisión y de supervivencia: 70- 80% a los cinco años; respondiendo favorablemente a la quimioterapia con cisplatino. **Palabras clave:** cáncer testicular, tumores germinales, orquidopexia, metástasis.

Folio: 0172

Tema: Infectología

Infección por virus de sarampión importado de área endémica en paciente con inmunización previa. Reporte de caso

Guzman Alejandro, Duran Manuel Alejandro, Rivera Erik, Niño Sandra Kira, Vargas Carlos Guillermo, Lopez Alin Cristela, Fernandez Joaquin Hernan
Centro de Alta Especialidad Rafael Lucio

Introducción: La infección por el virus del sarampión produce una enfermedad aguda con alta capacidad contagiosa. El 27 de septiembre 2016 la Organización Mundial de la Salud declaró libre de sarampión a la región de las Américas. Durante 2018 se han registrado en México 5 casos: 3 en la Ciudad de México, 1 en Baja California y 1 en Veracruz, los 5 casos confirmados son clasificados como asociados a importación. **Presentación de caso:** Mujer de 20 años de edad con antecedente de viaje a China del 6 al 23 de Marzo 2018. Inició el día 14/04/2018 con fiebre cuantificada hasta 39°C, acompañada de odinofagia y cefalea 9/10 de la EVA, con mejoría parcial con AINES, agregándose eritema maculopapular confluyente diseminado en cara, tórax y abdomen anterior y posterior así como extremidades, respetando mucosas, palmas y plantas, que desaparecían a

la digitopresión, iniciando protocolo de fiebre en estudio, con reporte de anticuerpos Anti sarampión IgG 524.41 mU/ml, IgM 0.19 mU/ml del 20.04.18, toma del 23.04.18 IgG 2,637 mU/ml, IgM 0.011 mU/ml, toma del 04.05.18 IgG 10,941 mU/ml, IgM 0.025 mU/ml, corroborándose diagnóstico de infección por virus de sarampión, remitiendo de manera espontánea exantema el día 26.04.18 y fiebre el día 28.04.18. **Discusión:** Paciente con infección por virus del sarampión con viaje a área endémica e inmunización en la infancia. **Conclusiones:** El 9% de los casos de sarampión registrados de 2012 a 2014 en EU ocurrieron en individuos vacunados, la confirmación de laboratorio de sarampión en individuos vacunados es difícil al tener resultados de IgM no concluyentes, por lo que los resultados de casos sospechosos de sarampión con elevación de IgG se ha establecido para fines epidemiológicos concordando con resultados en los casos reportados en los últimos años en distintos países en los que se ha obtenido la confirmación mediante PCR.

Palabras clave: sarampión, eritema maculopapular, exantema.

Folio: 0174

Tema: Gastroenterología

Carcinoma coloide de páncreas metastásico: reporte de un caso

Cano Francisco, González Adriana, Gallegos Daniel

Hospital Universitario José E González. UANL

Introducción. El carcinoma coloide (CC) es un subtipo histológico raro de cáncer de páncreas, representa hasta el 3% de las neoplasias exocrinas pancreáticas. Es definido por la OMS como el tumor con > 50% de componente mucinoso. La lesión premaligna asociada frecuentemente es la neoplasia papilar intraductal mucinosa (NPIM) y en menor medida la neoplasia quística mucinosa. **Objetivo.** Describir un caso de carcinoma coloide de páncreas metastásico, tipo histológico infrecuente y con diferente comportamiento biológico. **Presentación del caso.** Mujer de 55 años, acude por una historia de 8 meses de dolor en epigastrio intenso y transitorio, asociado a pérdida de peso. A la exploración física se observa emaciación, se identifica masa en epigastrio, ECOG de 3. El TAC documenta un quiste en la cabeza del páncreas de 2.5 cm por 3.2 cm, asociado a tumoración hipodensa de 4.7 cm por 2.5 cm, el conducto principal pancreático dilatado y arrojado y tres adenopatías peripancreáticas. En tórax, se observan nódulos pulmonares bilaterales de al menos 5 mm. La biopsia identifica carcinoma coloide bien diferenciado. Los niveles de CA-125 séricos de 303.61 U/ml (valor de referencia < 35 U/ml). Se diagnóstica CC de

páncreas metastásico asociado a NPIM. Por el detrimento del estado funcional se inicia gemcitabina a 1,000 mg/m², días 1,8 y 15, sin embargo por toxicidad posterior al 1° ciclo, asociada a citopenia grado 3 y erupción cutánea grado 3 se decide cambio a capecitabina a 1,000 mg/m² día 1 a 14. Actualmente, tras 10 ciclos de quimioterapia, la paciente se encuentra con ECOG de 1, sin dolor y TAC con criterios RECIST 1.1 de enfermedad estable, además de una sobrevida global de 22 meses. **Conclusiones.** El CC es una variante histológica del adenocarcinoma ductal con características clínicas y patológicas que difieren de este con un mayor pronóstico en sobrevida global a 5 años de 40-60% en comparación con 10-15%, respectivamente. **Palabras clave:** carcinoma, coloide, páncreas, metastásico.

Folio: 0175

Tema: Neurología

Síndrome de Miller Fisher: enfoque tradicional vs. diagnóstico terapéutico

Martínez María Cristina, Chavarría Ivan David, Infante Hector, Hernández Alejandro
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

El síndrome de Miller Fisher es una variante del síndrome de Guillain-Barré y está caracterizado por oftalmoplejía, arreflexia y ataxia. Su



incidencia es baja de 0.09 por 100 000 habitantes. Se encuentra con frecuencia el antecedente de infección por campylobacter jejuni, haemophilus influenzae, citomegalovirus y micoplasma pneumoniae. **Reporte de caso:** Femenino de 22 años, sin antecedentes patológicos. Quien presentó 7 días antes de su ingreso a nuestra unidad cuadro de gastroenteritis infecciosa que se trató de forma particular a base de quinolona, durante dicho tratamiento la paciente presenta diplopía, disartria y cuadriparesia. En urgencias se registró con signos vitales normales. En la exploración neurológica: oftalmoplejía bilateral, cuadriparesia de predominio proximal, arreflexia y ataxia. Los laboratorios con leucocitos $5.2 \times 10^9/L$, neutrófilos $2.9 \times 10^9/L$, linfocitos $1.6 \times 10^9/L$, hemoglobina 12.6 g/dl, glucosa 68 mg/dL, urea 6 mg/dL, nitrógeno ureico 3 mg/dl, creatinina 0.7 mg/dL. La radiografía de tórax, tomografía de cráneo, cultivos y punción lumbar a su ingreso fueron normales. Resonancia magnética microadenoma hipofisario de 3mm. Por lo que, al contar con un examen clínico sugestivo y bioquímica e imágenes excluyentes de otros diagnósticos diferenciales, y al no contar con anticuerpos anti-GQ1b, se decide su traslado a unidad que proporcionara tratamiento con IgG IV, obteniendo recuperación integral

a su egreso. **Discusión:** El síndrome de Miller Fisher es una enfermedad aguda autoinmune desmielinizante causada por la afección de los nervios craneales y periféricos. El antecedente de un cuadro infeccioso precede a los síntomas en un 43 al 60%. En más del 90% de los pacientes se detectan anticuerpos anti-GQ1b y los títulos de IgG son mayores al inicio del cuadro. En su evolución la oftalmoplejía, ataxia, arreflexia, blefaroptosis en el 35%, parálisis facial en el 35% y la afección bulbar en el 16%. La debilidad muscular fue significativa en el 25% y la alteración sensitiva en el 52%. El análisis del líquido cefalorraquídeo puede mostrar una disociación citológica-albúmina, aunque al inicio puede ser normal. Los estudios de conducción nerviosa demuestran la afección desmielinizante. La correlación de la tríada de oftalmoplejía, arreflexia y ataxia y los títulos positivos de los anticuerpos anti-GQ1b confirma el diagnóstico. El tratamiento con IgG IV y plasmaféresis han demostrado utilidad comparado con placebo. En nuestra paciente no se tienen estudios de detección de anticuerpos, sin embargo, al integrar un cuadro clínico característico a una bioquímica y análisis imagenológico que permitió descartar otras etiologías, se decide la aplicación de un diagnóstico vía terapéutica aplicando inmunoglobulina

con una adecuada respuesta mostrando recuperación progresiva del cuadro con lo cual se fortalece el diagnóstico clínico de Síndrome de Miller Fisher.

Palabras clave: Miller, Fisher, diagnóstico, terapéutico, inmunoglobulina, opción.

Folio: 0176

Tema: Infectología

Prevalencia de la administración de antimicrobianos, basados en niveles séricos de procalcitonina en un servicio de urgencias

Amaro Néstor, Rivera César
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La procalcitonina es un biomarcador útil para guiar la terapéutica la de un proceso infeccioso. Su elevación puede estar causada patologías de tipo no infeccioso. Este biomarcador no ha sido validado para el diagnóstico de proceso infeccioso y de igual forma para iniciar tratamiento antimicrobiano.

Hipótesis: Existe un porcentaje de pacientes en el servicio de urgencias médicas, bajo tratamiento antimicrobiano, cuya justificación, está basada en determinaciones séricas de procalcitonina elevadas y en ausencia de datos de respuesta inflamatoria sistémica.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la administración de antimicrobianos en pacientes con procalcitonina elevada,

con proceso infeccioso o no, y con y sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. **Metodología:** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, transversal de series de casos, donde se analizaran los expedientes de los pacientes ingresados al servicio de urgencias del Hospital General de México, cuyos niveles de procalcitonina sérica inicial se encuentra elevado. Con y sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, independiente de su diagnóstico clínico (infeccioso y no infeccioso) y que se prescribieron o no antimicrobianos. Se evaluó, la cuenta leucocitaria, la procalcitonina sérica, y si se les prescribió antimicrobianos; así mismo se valoró su motivo de egreso. Se realizó estadística descriptiva de las variables cualitativas y cuantitativas de interés mediante el cálculo de frecuencias relativas y absolutas **Resultados:** Se estudiaron 83 casos en el servicio de urgencias, todos con procalcitonina elevada (>0.5 ng/dl) el 59 % de los pacientes presentaron alguna comorbilidad (49 pacientes), la más frecuente fue diabetes mellitus en 24 casos (28 %) seguida de hipertensión arterial con un total de 10 %. Con respecto al motivo de ingreso, el 53 % de los casos no fue infeccioso, representando 44 casos. la concentración plasmática media de procalcitonina fue de 11.3 ng/dl. La asociación de datos de respuesta inflamatoria sistémica

y de proceso infeccioso fue del 69 %. En aquellos sin proceso infeccioso la respuesta inflamatoria sistémica se encontró en un 34 %. Al relacionar la probabilidad de presentar SIRS, con niveles séricos mayores de procalcitonina, se encontró una relación positiva de 0.4 ($p: 0.009$). En los pacientes con datos de respuesta inflamatoria sistémica y sin motivo de ingreso infeccioso, la administración de antimicrobianos se observó que el 40% de los casos. En pacientes sin motivos de ingreso infecciosos, y sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, los niveles séricos de procalcitonina justificaron la administración de antimicrobianos hasta en un 26 % de los casos. Se encontró una correlación positiva ($p: 0.008$) entre las concentraciones plasmáticas de procalcitonina y la administración de antimicrobianos. No se observó diferencia significativa en la mortalidad, con respecto a la administración de antimicrobianos y los niveles de procalcitonina, pero si con la presencia o ausencia de SIRS ($p: 0.018$). **Conclusión:** Existe una alta prevalencia de la realización injustificada del biomarcador procalcitonina sérica en el servicio de urgencias del Hospital General de México. Este biomarcador, se ha utilizado como pauta para el inicio de terapia antimicrobiana.

Palabras clave: procalcitonina, tratamiento empirico.

Folio: 0177

Tema: Neurología

Toxoplasmosis cerebral en paciente con infección por virus de inmunodeficiencia humana manifestada por deterioro cognitivo subagudo y datos de hipertensión intracraneal

Hernández Melissa, Hernández Luis Daniel, Velazquez Bruno Alexander, Estrada Ricardo, Salas Arturo

Hospital Regional de Pemex Ciudad Madero

Paciente masculino de 48 años diagnosticado con infección por virus de inmunodeficiencia humana en 2004 por lo que recibió tratamiento antirretroviral llegando a tener conteo de CD4 de 835cel/mL y carga viral indetectable, suspendió tratamiento en 2016 por decisión propia. Inicia en Octubre de 2017 con deterioro cognitivo subagudo, bradipsiquia, bradilalia, cefalea holocraneana y vómito no precedido por náusea. Neurológicamente alerta, inatento, desorientado en tiempo, espacio y circunstancia, fondo de ojo normal, con déficit de convergencia, sin otros signos focales motores o sensitivos, sin signos cerebelosos ni meníngeos. Tomografía de cráneo con evidencia de zonas hipodensas en sustancia blanca subcortical y profunda en regiones frontales, temporales y occipital derecha, así como pontomesencefálica y talámica izquierda, con edema y borramiento de cisterna



perimesencefalica. Punción lumbar con LCR normal, tinciones de Gram, tinta china y Ziehl Neelsen negativas. CD4 38cel/mL carga viral 217000, BH, QS, ES, PFHs, gasometría y EGO normales, hemocultivo, urocultivo, coprocultivo y cultivo de LCR sin desarrollo, PCR para *Mycobacterium tuberculosis*, virus JC y BK no detectados. Serología para Hepatitis B y C, CMV, herpes 1 y 2 negativos. Toxoplasmosis IgG 1811 e IgM 0.9. Se inició tratamiento antirretroviral con tenofovir, emtricitabina, lopinavir ritonavir, trimetoprim-sulfametoxazol y clindamicina con adecuada respuesta y remisión de síntomas a las 2 semanas de tratamiento, tomografía control sin datos de edema cerebral.

Palabras clave: toxoplasmosis, cerebral, encefalitis, SIDA, inmunodeficiencia, VIH.

Folio: 0178

Tema: Endocrinología

Paraganglioma: causa poco frecuente de hipertensión arterial secundaria.

Esquivel Alejandra, Flores Guillermo, Pérez Bernardo, Hernández Martha Adriana

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Antecedentes: Los paragangliomas son tumores que se encuentran en la cadena simpática paravertebral, pueden ser torácicos, abdominales o pélvicos, normalmente los parasimpáticos se encuentran

a nivel de tórax, cuello y no secretan aminas. Los que se presentan antes de los 40 años son familiares, entre los 40-50 años son esporádicos y solo 10% se diagnostican en la infancia. La triada clínica típica son paroxismos de cefalea, palpitaciones y sudoración (menos del 25%). El test más sensible para el diagnóstico son las metanefrinas séricas y las metanefrinas fraccionadas en orina. En muchas ocasiones su diagnóstico representa un reto y requiere de alta sospecha clínica. **Objetivo:** Reportar un caso representativo de una causa poco frecuente de hipertensión arterial secundaria como es el paraganglioma, además de ejemplificar el abordaje de un paciente con hipertensión secundaria y las causas de la misma. **Caso clínico:** Paciente masculino de 26 años de edad sin antecedentes familiares y personales de importancia. Inició su padecimiento hace 5 años con cefalea holocraneana intermitente de intensidad 5/10, de tipo opresivo, acompañado de fosfenos dos a tres veces por semana, a lo cual se agregó náusea, vómito y dolor abdominal al momento de realizar ejercicio. Hace 1 año presentó un episodio de crisis de ansiedad el cual lo motivó a buscar atención médica, se administraron ansiolíticos observándose mejoría parcial. Sin embargo desde hace 4 meses se intensificaron los episodios de cefalea, la cual persistió con las mismas características. Además se agre-

gó diaforesis profusa y temblor fino distal. Al momento del ingreso se encontró con tensión arterial elevada y taquicardia, además de ansiedad generalizada, dolor precordial, disnea y palpitaciones a expensas de taquicardia. Debido a la sintomatología previamente referida se decidió realizar abordaje de hipertensión arterial secundaria probablemente de etiología endocrina. Se descartaron enfermedades tiroideas, al igual que hiperaldosteronismo e hipercortisolismo, causas renales y vasculares que justificaran la elevación de la tensión arterial. Los valores de las metanefrinas en orina resultaron marcadamente elevados (3350 mcg/24 hrs), por lo cual se solicitó tomografía de abdomen en la cual se encontró imagen ovoidea paravertebral izquierda de 63x51 mm en sus ejes mayores, hipodensa, llegando a la conclusión diagnóstica de paraganglioma productor de metanefrinas, el cual se confirmó mediante análisis histológico (Inmunohistoquímica Cromogranina +, Proteína S-100 +). **Discusión:** La hipertensión arterial secundaria se debe de sospechar en pacientes con hipertensión de inicio temprano, sin presencia de factores de riesgo, con características de ser resistente, o en paroxismos. En el caso de este paciente las principales etiologías a sospechar son enfermedades tiroideas, causas renovasculares y causas parenquimatosas renales, mismas

que se descartaron. Debido a la alta sospecha clínica se solicitaron niveles de metanefrinas los cuales resultaron marcadamente positivos y se integró el diagnóstico mediante estudios de imagen e histopatológicos.

Conclusiones: Es importante considerar siempre dentro del abordaje de un paciente hipertenso la probabilidad de causas secundarias, descartar por grupo etario y probabilidad clínica las posibles etiologías ya que en no despreciables ocasiones se puede deber a una etiología secundaria como el paraganglioma.

Palabras clave: hipertensión, arterial, secundaria, paroxismos, paraganglioma, metanefrinas.

Folio: 0179

Tema: Neurología

Cuadro encefalítico asociado a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob probable. Reporte de un caso

Xavier Daniela, Paulino Guillermo, Jiménez Carlos Augusto, Gastélum Jesús Roberto
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una enfermedad neurodegenerativa rápidamente progresiva y fatal, encontrándose dentro del espectro de las encefalopatías espongiiformes transmisibles, causada por la transformación de una proteína priónica normal en una partícula mal plegada. Manifestándose como

demencia rápidamente progresiva, ataxia cerebelosa y mioclonias, progresando a mutismo acinético, el diagnóstico definitivo depende de examinación histopatológica de tejido cerebral. **Objetivo:** Reportar un caso de Demencia rápidamente progresiva asociada a probable enfermedad de Creutzfeldt-Jakob con proteína 14-3-3 positiva, una resonancia magnética (RM) mostrando hiperintensidad de señal en difusión y FLAIR de núcleos caudados y putamen izquierdo que no refuerzan a la administración de contraste endovenoso, isointensas en T1 y EEG reportando paroxismos pseudoperiódicos generalizados y encefalopatía generalizada en la primera etapa, con posterior EEG control mostrando complejos periódicos, bifásicos, sincrónicos y superpuestos al ritmo de base enlentecido. **Metodología:** Revisión expediente. **Resultados:** Femenino de 61 años ingresa por presentar alteraciones en el ciclo de vigilia-sueño, inatención, afasia global, nistagmus, mioclonías y crisis convulsivas, sospechando encefalitis viral vs autoinmune o paraneoplásica y a descartar ECJ. Paciente sin presentar síndrome febril durante internamiento, con biometría hemática, electrolitos séricos y química sanguínea normales. Se realiza punción lumbar con citológico, citoquímico y diferentes cultivos negativos. RM mostrando hiperintensi-

dades en difusión, FLAIR de núcleos caudados y putamen izquierdo que no refuerzan a la administración de contraste endovenoso, isointensas en T1 y EEG evidenciando complejos periódicos, bifásicos, sincrónicos y superpuestos al ritmo de base enlentecidos. Cuantificación de proteína 14-3-3 en LCR resultando de 8.4 UI/L. Marcadores tumorales negativos y tomografía de extensión negativa. **Conclusión:** La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es una enfermedad rara, poco reportada, que puede ser identificada gracias a nuevos criterios diagnósticos para sujetos vivos definiéndose como: Demencia rápidamente progresiva y al menos, dos de las cuatro características siguientes: Mioclonías. Signos de afectación visual o cerebelosos. Signos piramidales o extrapiramidales. Mutismo acinético y EEG típico o proteína 14-3-3 en LCR y duración < 2 años. Por lo que habrá de tomarse en cuenta siempre en pacientes con demencia rápidamente progresiva. Concluyendo una ECJ al contar con manifestaciones clínicas características, con patrón de EEG, y patrón de imagen por RM característico, con positividad de proteína 14-3-3 en el LCR, enfatizando un curso tórpido y sin mejoría de síntomas a pesar de tratamiento antiinflamatorio con metilprednisolona, inmunoglobulina, rituximab, valproato de magnesio, levetiracetam y



topiramato. No siendo corroborada histopatológicamente.

Palabras clave: cuadro, encefalítico, asociado, enfermedad, Creutzfeld, Jakob.

Folio: 0180

Tema: Dermatología

Eritema indurado de Bazin como manifestación clínica de tuberculosis latente. Reporte de un caso

Xavier Daniela, Hernández Héctor Gustavo

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El eritema indurado de Bazin es una enfermedad poco común. Asociado al bacilo de la tuberculosis, como una reacción de hipersensibilidad. Consiste en una vasculitis de vasos de pequeños y mediano calibre localizados en el pániculo adiposo, con un efecto isquémico y con componente necroinflamatorio. El cultivo del bacilo en la lesión será negativo. El diagnóstico definitivo viene dado por características clínicas e histopatológicas compatibles, confirmación de la asociación con *M. tuberculosis* por Mantoux positivo y con respuesta al tratamiento antituberculoso. El tratamiento de elección es la triple terapia antituberculosa (isoniacida, rifampicina y pirazinamida) durante 2 meses seguido de isoniacida y rifampicina 4 meses más. **Objetivo:** Reportar un caso de eritema nudoso manifestándose por dermatosis diseminada en extre-

midades inferiores, con lesiones de nódulos eritematosos subcutáneos asociada a eritema indurado de Bazin, con prueba cutánea de derivado proteico purificado de la tuberculina (PPD) positivo traduciendo tuberculosis latente, sin foco activo identificado con tomografía de extensión negativa y con mejoría clínica posterior a tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. **Metodología:** Revisión de expediente. **Resultados:** Femenino de 28 años de edad, originaria de la ciudad de México, sin cronicodegenerativos, ingresa por presentar desde hace 6 años lesiones en extremidades inferiores caracterizados por nódulos de 3 – 5 cm de diámetro, recidivantes, de color rojo-violáceo, induradas y dolorosas, posterior con aparición en hipogastrio, sin presentar síndrome febril ni otra sintomatología. Con Biometría Hemática, electrolitos séricos y química sanguínea normales. Se realiza biopsia excisional de lesión reportando infiltrado granulomatoso con algunas células gigantes multinucleadas rodeadas de linfocitos, áreas de necrosis caseosa y con vasos de mayor calibre engrosados, traduciendo vasculitis con proceso granulomatoso, y tinción de Ziehl Nielsen negativa para bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR). Se realiza PPD resultando positivo (16 mm). Diagnosticando tuberculosis latente, se realiza BAAR en

expectoración y tomografía de extensión resultando negativas. Iniciando tratamiento antituberculoso por 6 meses, remitiendo lesiones a los 2 meses y sin nuevas recidivas.

Conclusión: El eritema indurado de Bazin es una manifestación inmunológica poco común de la tuberculosis latente, que se deberá de sospechar ante un cuadro clínico de dermatosis diseminada en extremidades inferiores, con lesiones nodulares rojo-violáceas induradas y recidivantes, corroborando histopatológicamente: vasculitis de vasos de mediano calibre, granulomas con células epiteloides y gigantes, con o sin necrosis de caseificación. Con prueba cutánea de derivado proteico purificado de la tuberculina positivo. Por lo que se deberá dar tratamiento con antituberculosos para resolver lesiones y evitar recaídas.

Palabras clave: eritema, indurado, Bazin, manifestación, tuberculosis, latente.

Folio: 0181

Tema: Neurología

Crisis convulsivas generalizadas como primera manifestación de enfermedad de Fahr: reporte de caso

Valtierra Araceli, García Jaime Israel, Angeles Monica, Estrada Martin

Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Introducción. La enfermedad de Fahr es un trastorno neuro-

lógico raro caracterizado por depósitos calcificados anormales en los ganglios basales y la corteza cerebral. Los pacientes pueden estar asintomáticos o presentar cualquier síntoma, como cefalea, crisis comiciales, alteración de movimientos, Otras afecciones neurológicas son paresias, espasticidad, alteraciones de la marcha. La clínica específica del síndrome de Fahr suele presentarse hacia los 30-60 años, sin predominio por ningún sexo; Cuando se presenta en el adulto joven, los síntomas predominantes son los neuropsiquiátricos; en el adulto de edad avanzada predomina la clínica extrapiramidal y la demencia. **Objetivo:** Describir el caso clínico, de una paciente que debuta con crisis convulsivas generalizadas de tipo tónico clónicas, con presencia de calcificaciones en región subcortical y cortical secundarias a Enfermedad de Fahr. **Caso clínico:** Paciente femenina de 61 años, sin antecedentes personales de importancia, inicia su padecimiento con presencia de crisis convulsivas generalizadas de tipo tónico-clónicas de 2 minutos de duración, presentando 2 a 3 crisis por día, es llevada a urgencias, a la exploración física se encuentra alerta, con hipomimia, rigidez de extremidades superiores, bradicinesia, presenta signo palmomentoniano y myerson, la tomografía simple de cráneo muestra calcificaciones en región cortical y subcortical. Se

solicita laboratorios, los cuales son: Calcio serico 8, paratohormona 20, vitamina D 27, fósforo 3. **Conclusión:** Paciente de la séptima década, presenta crisis convulsivas de tipo tónico clónicas, síndrome rígido-acinetico, calcificaciones en región cortical y subcortical vistos por TAC, con metabolismo calcio-fósforo normal por lo que se diagnostica Enfermedad de Fahr, se inicia manejo sintomático y se da control y seguimiento por parte de neurología.

Palabras clave: FAHR.

Folio: 0182

Tema: Endocrinología

Localización de adenoma paratiroideo ectópico mediante sestamibi y SPECT-CT

Yepez Alicia, Millan Silvia
Corporativo Hospital Satélite

La causa más frecuente de hipercalcemia es el adenoma paratiroideo. El tratamiento es quirúrgico. En un 5-16 % de los casos persiste el hiperparatiroidismo debido a un adenoma ectópico o a hiperplasia paratiroidea y podrían ser necesarios estudios complementarios para identificar el tejido endócrino hiperfuncionante. Se presenta el caso de una mujer de 61 años con diagnóstico de hiperparatiroidismo en 2015. El gammagrama paratiroideo sugería adenoma paratiroideo inferior izquierdo. El ultrasonido fue congruente. Se hizo paratiroidectomía inferior izquierda en

enero del 2016. La paciente continuó con hipercalcemia sintomática, hipercalciuria, osteoporosis e hiperparatiroidismo. La tomografía de cuello fue normal. Para optimizar la localización anatómica se decidió evaluar planos adicionales con imágenes de medicina nuclear tempranas y tardías estáticas y SPECT-CT. Se encontró retención del radiotrazador intratiroideo (polo inferior del lóbulo izquierdo, como sugería el primer gammagrama en 2015). En la segunda cirugía fue resecado el adenoma. El reporte histopatológico confirmó tejido paratiroideo encapsulado intratiroideo. Se resolvieron la hipercalcemia, hipercalciuria y los síntomas. Actualmente recibe tratamiento con calcio y vitamina D. La tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT) aporta imágenes de emisiones de rayos gamma de un radioisótopo (Tc-99) que se une a mitocondrias de las células oxifílicas. Combina la información funcional del sestamibi con la anatómica de la tomografía, mejora la localización del tejido hiperfuncionante, optimiza el tiempo quirúrgico con menor posibilidad de cirugías fallidas por glándulas supernumerarias y/o ectópicas y minimiza el trauma quirúrgico. En este caso, el hiperparatiroidismo persistía pues la glándula extirpada no correspondía al tejido hiperfuncionante como se demostró con el gammagrama sestamibi con SPECT-CT.



Palabras clave: hiperparatiroidismo, adenoma ectópico, SPECT-CT.

Folio: 0183

Tema: Oncología

Síndrome de Morquio asociado con condrosarcoma esofágico: reporte de caso

Martínez María Cristina, Hernández Alejandro, Infante Hector, Chavarría Ivan David
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

El condrosarcoma extraesquelético pertenece a un grupo de tumores cartilagosos malignos, que son extraordinariamente raros y su existencia es simplemente documentada por experiencia, habitualmente no presentan compromiso óseo. El compromiso metastásico es generalmente pulmonar y ganglionar, se ha demostrado una mayor mortalidad. **Reporte clínico:** Masculino de 42 años, con los antecedentes personales patológicos: Síndrome de Morquio. Tabaquismo positivo desde los 15 años de edad, a razón de 7 cigarrillos al día, con un Índice Tabáquico de 9.1. Presento cuadro progresivo, caracterizado por disfagia a líquidos y sólidos y pérdida ponderal de 8kg. Se valora por medio particular en donde se realiza endoscopia que reporta tumor localizado a 30cm de la arcada dentaria hasta la Unión Esofago-Gástrica, con obstrucción del 80% de la luz, se toman biopsias con reporte de

carcinoma epidermoide poco diferenciado. Se envía a esta unidad en donde se solicita TAC: engrosamiento circunferencial del esófago distal y adenopatías mediastinales, por lo que se completa protocolo con PET-CT: actividad hipermetabólica tumoral en esófago; adenopatías mediastinales, abdominales y retroperitoneales, así como en hígado y hueso. Múltiples lesiones nodulares en pulmón derecho, indeterminadas. Se revisan laminillas: Biopsia de lesión esofágica, Carcinoma con componente condrosarcoma; CKAE/AE3 positivo, Vimentina positivo, S-100 positivo (componente condroide), P63 negativo, WT-1 negativo. Paciente con diagnóstico de carcinoma esofágico con componente de condrosarcoma Etapa clínica IV (Actividad Tumoral mediastinal, ganglionar y retroperitoneal), por lo que se decide manejo paliativo. **Discusión.** El cáncer de esófago es el octavo cáncer más común en todo el mundo, tiene dos subtipos principales: carcinoma de células escamosas y adenocarcinoma; además del carcinoma de células pequeñas y otras histologías raras (tumores endocrinos, linfoma, tumores mesenquimatosos, tumores secundarios y melanoma). Los condrosarcomas son un grupo heterogéneo de tumores óseos malignos que comparten en común la producción de matriz condroide. El comportamiento

clínico es variable. La etiología no es clara, se han identificado factores predisponentes como: trastornos genéticos, exposición a radiación, agentes químicos, linfedema y antecedentes traumáticos. El compromiso metastásico es generalmente a pulmón y nódulos linfáticos, con alta tasa de recidiva local y mayor mortalidad. La sobrevida a 5 años es de 42 - 56% y a 10 años de 28%, reportando recurrencias o metástasis 10 a 20 años posterior al diagnóstico. El manejo inicial es la resección quirúrgica de la masa. La quimioterapia se establece con o sin manejo quirúrgico. Se presenta el caso de un paciente masculino con antecedente de síndrome de Morquio (mucopolisacaridosis tipo IV-A, de tipo autosómica recesiva por acúmulo lisosomal, causada por mutaciones en el gen de la N-acetylgalactosamina-6-sulfato sulfatasa, que resulta en la falta de catabolismo de dos glicosaminoglicanos, el queratán y condroitín sulfato) y diagnóstico de carcinoma esofágico con componente de condrosarcoma confirmado histopatológicamente. Aunque en la literatura no se encuentra descrita la asociación entre el Síndrome de Morquio y las neoplasias malignas con componente osteomuscular, de forma particular a los condrosarcomas, es relevante realizar el estudio genético que valore la mutación germinal en uno

de los genes supresores de tumores EXT1 o EXT2 ya que casi el 90% de los casos de osteocondromas múltiples son causados por esta herencia.

Palabras clave: carcinoma, esofágico, condrosarcoma, extraesquelético, síndrome, Morquio.

Folio: 0185

Tema: Gastroenterología

Ascitis como presentación inicial de carcinoma gástrico difuso

Cruz Gabriela Rocío, Galván Karla Lizette, Lastra Juanita Hortensia, Sánchez Juana
Instituto Mexicano del Seguro Social

Hombre de 23 años con antecedentes familiares de cáncer hepático, pulmonar y pancreático, sin personales patológicos de importancia. Inició en el mes de abril con aumento de perímetro y dolor abdominal, plenitud gástrica y ataque al estado general, en valoraciones médicas previas recibió tratamiento sintomático sin mejoría clínica. Dos meses después ingresó a Medicina Interna donde a la exploración física presentó ascitis a tensión, pruebas de funcionamiento hepático normales (AST 21 UI, DHL 144 mg/dl, BT 1.3 mg/dl), se calculó puntuación en la escala de Bonacini 6 puntos: no sugestivo de cirrosis; USG con hígado y bazo de morfología y situación normal; paracentesis evacuadora y diagnóstica con

GASA de 0.9 sugerente de origen no portal, se reportó ADA negativo y cultivo sin desarrollo, con 93 células. Se solicitaron marcadores tumorales, AFP, ACE, Ca 19.9 en límites normales y panel viral negativo para VIH VHB, VHC. TAC abdominopélvica sin tumoraciones o ganglios significativos, con engrosamiento de la pared gástrica. Se realizaron dos panendoscopías ambas con reporte de probable linitis plástica y colonoscopia con proctitis. La biopsia gástrica reportó gastritis crónica leve, sin atrofia, sin displasia, asociado a infección por *H. pylori*. La citología con tinción Hematoxilina eosina reveló presencia de células en anillo de sello. Debido a hallazgos previos se realizó tercera endoscopia con toma de macrobiopsia que reportó carcinoma gástrico difuso con células en anillo de sello, se estadió etapa IV ECOG 3 lo que lo hizo candidato a terapia paliativa.

Palabras clave: cancer, difuso, anillo, ascitis, GASA.

Folio: 0186

Tema: Hematología

Colitis neutropénica en adulto con leucemia linfoblástica aguda: reporte de caso

Jiménez Raúl Alberto, Figueroa Ana Lizzeth, Luna Debanhi, Cassandra, García Gisela, Rivas Giselle, Jaime José Carlos
Hospital Universitario Dr. José E. González

La colitis neutropénica es una complicación severa durante el tratamiento con agentes quimioterapéuticos en malignidades hematológicas y sólidas. Es más frecuente en pacientes pediátricos y puede afectar colon e íleon terminal, siendo más frecuente la afección del ciego. Debe tenerse un alto grado de sospecha ante el escenario de un abdomen agudo en paciente bajo quimioterapia. Nuestro objetivo es enmarcar la importancia de dicha complicación y describir las características clínico-radiológicas que nos permitan identificar el problema y establecer un tratamiento oportuno. Presentamos el caso de una femenina de 40 años de edad con diagnóstico reciente de leucemia linfoblástica aguda y actualmente en el día 23 de la inducción a la remisión. Arriba al servicio de urgencias con dolor abdominal intenso, localizado en hipogastrio y fosa ilíaca derecha sin signos de irritación peritoneal. Se toman radiografías de abdomen y ultrasonido los cuales resultan inconclusos, por dicho motivo se realiza un TAC de abdomen, el cual reportó un engrosamiento de la pared del colon ascendente que sugería una colitis neutropénica como el diagnóstico más probable. Por dicha razón se inició tratamiento con imipenem durante 7 días mostrando una respuesta clínica favorable por lo cual se decidió su egreso. Con el incremento de neoplasias y



agentes quimioterapéuticos es posible que esta complicación aumente en frecuencia por lo que es ideal que el médico de urgencias esté familiarizado con esta patología ya que el pronóstico dependerá de que tan pronto se inicie la terapia.

Palabras clave: colitis, neutropenia, leucemia.

Folio: 0187

Tema: Endocrinología

Hipoglucemia pancreatogena no insulinoma en adulto con diabetes mellitus

Torres Mata Miguel Luis, Hernandez Ma Lucero, Mercado Jaime, Hernández Silviajudith
Hospital de Especialidades Clínica No. 25, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El síndrome de hipoglucemia pancreatogena no insulinoma es un trastorno poco frecuente, con hallazgos histopatológicos similares a los observados en la población pediátrica con hipoglucemia hiperinsulinemica persistente.

Presentación de caso: Mujer de 43 años de edad con diagnóstico de diabetes mellitus hace 14 años, tratada con insulina suspendida hace 1 año tras crisis convulsiva asociada a hipoglucemia, continuó manejo con metformina, persistiendo con múltiples episodios de hipoglucemia. Se hospitalizó para protocolo de estudio con prueba de ayuno de 72 horas en el que no se demostró episodio de hipoglucemia.

En TAC de abdomen y RMN no se encontró tumoración sugerente de insulinoma, se egresó con tratamiento a base de esteroide. En cita de seguimiento la paciente presenta desorientación, bradilalia y palidez, documentándose glucemia capilar de 32 mg/dL. Se determinaron niveles de péptido C, insulina y glucosa central en ese momento con reporte de 10.2, 79.5 y 6 mg/dl respectivamente, con lo que se demostró hipoglucemia por hiperinsulinismo endógeno. Se realizó Test de estimulación intraarterial selectiva con calcio, con resultado no concluyente, pero con hallazgo de vaso arterial accesorio con irrigación al 100% de la glándula y área de opacidad al medio de contraste sugerente de insulinoma, por lo que se realizó laparotomía exploradora con ultrasonido transoperatorio, en dicha intervención no se demostró la existencia de insulinoma por lo que se reseco cuerpo y cola de páncreas. Reporte histopatológico con hiperplasia de islotes Pancreáticos. Durante su seguimiento postoperatorio tuvo remisión total de los episodios de hipoglucemia. **Conclusión:** Los cuadros de hipoglucemia en el paciente diabético generalmente son asociados a fallas en el tratamiento o consumo de alimentos, sin embargo ante episodios recurrentes es importante indagar otras etiologías y no descartar la posibilidad de hiperinsulinismo endogeno.

Palabras clave: endocrinología, diabetes, hipoglucemia, hiperinsulinismo.

Folio: 0188

Tema: Cardiología

Endocarditis bacteriana en válvula mitral nativa por *Streptococcus viridans*, en paciente con ortodoncia y enfermedad periodontal, en una institución de alta complejidad, Medellín, Colombia

Cortés Miguel Ángel¹, Arango Steven², Moncada Miguel Alfredo³, Higueta Eliana⁴, Henao María Carolina⁵, Aristizabal Manuela¹, Castano Pablo Andres¹

¹ Universidad Cooperativa de Colombia Sede Medellín; ² Universidad Cooperativa de Colombia Sede Bogotá; ³ Incare, Clínica Las Vegas; ⁴ Clínica Vida; ⁵ Summimedical RedVital

Masculino de 54 años, con discapacidad cognitiva, traído al servicio de urgencias por cuadro clínico de 7 días de evolución consistente en: dolor torácico leve retro esternal, asociado disnea que progresa a los mínimos esfuerzos, disnea paroxística nocturna, asociado a mal estar general, fiebre objetiva de 38.6°C, edema en miembros inferiores y postración en cama. Revisión por sistemas: acrocianosis episódica Antecedentes personales: patológico: bloqueo auriculo ventricular completo, portador de marcapasos bicameral hace 15 años, insuficiencia valvular aórtica severa con bioprótesis

hace 7 años, hipotirodismo, hipertensión arterial, múltiples traumas oclusales, dolor crónico de articulación temporomandibular, ortodoncia abandonada y enfermedad periodontal. Examen físico: fc: 110, T/a: 90/65 mmHg, Fr: 23. t°: 38.4, saO₂ %: 88% ambiente, glucometria: 123 hemorragia conjuntival en OD, ortodoncia incompleta con gingivitis, enfermedad periodontal universal, radiculitis purulenta de piezas dentales 12, 13, 20 30, edéntulo de: 5,7,29,28 ingurgitación yugular, ruidos cardiacos rírmicos con S4, soplo sistólico II/IV con punto de máximo impulso desviado a línea axilar anterior, crépitos bibasales, reflujo hepato yugular, edema con fovea hasta las rodillas con llenado capilar de 4 seg Se hospitaliza por cardiología, envían paracrínicos y ecocardiografía TT, que evidencia: FEVI 36%, con severa insuficiencia mitral III/IV, por endocarditis, severa dilatación bi auricular e hipertensión pulmonar. Ecocardiografía: estenosis e insuficiencia moderada de válvula mitral con vegetaciones concordantes con endocarditis bacteriana. troponina I x2 negativas, BNP: 1350 pg/ml, anemia moderada de 9.7 g/dl, normocítica, normocrómica, leucocitosis de 14.000 a expensas de neutrofilos 93%, trombocitopenia de 130.000 plaquetas, PCR: 23 mg/dl, hemocultivos x 3: preeliminar: cocos gram +, lectura final a las 24 y 48 horas: Streptococcus

viridans, multisenssible. se hace diagnóstico de endocarditis bacteriana por Streptococcus viridans, sepsis, se inicia reanimación por metas, cubrimiento antibiótico en la primera hora, manejo de falla cardiaca descompesada con evolución clínica satisfactoria, interconsulta con ortodoncia quien define retiro de ortodoncia inactiva por abandono, extracción de piezas dentales comprometidas una vez el paciente este estable, y se remite para cirugía cardio vascular quienes realizan cambio de válvula mitral por bioprótesis secundaria a destrucción parcial, recambio de marcapasos y finalizan tratamiento antibiótico. **Discusión:** la endocarditis bacteriana es una entidad con alta morbimortalidad, con factores de riesgo prevenibles y no prevenibles, en nuestro caso llama la atención un paciente con discapacidad cognitiva, dependencia parcial para su ABC avanzado con ortodoncia y pésima higiene oral, portador de bioprótesis aórtica y marcapasos lo que constituye concurso de múltiples factores de riesgo para endocarditis bacteriana, en este caso por un germen típico del cuadro clínico y que desde el siglo pasado no tiene tanto protagonismo por la profilaxis antibiótica en abordaje odontológico, nuestro caso cobra importancia porque nos recuerda que Streptococcus viridans sigue vigente en el contexto de la endocarditis y la mala hi-

giene oral, y nos genera la duda de la pertinencia antibiótica no solo en casos de manipulación de piezas dentales si no también en usuarios de ortodoncia con factores de riesgo para endocarditis, la cual dificulta la higiene oral pudiendo desarrollar enfermedad periodontal. **Palabras clave:** endocarditis, periodontitis, sepsis, Streptococcus viridans, ortodoncia, trauma oclusal.

Folio: 0189

Tema: Infectología

Sarcoma de Kaposi diseminado en paciente que convive con el virus del VIH: presentación de un caso, en una institución de alta complejidad de Medellín, Colombia

Martinez Larry¹, Cortés Miguel Ángel², Higuera Eliana³, Del Valle Manuela², Ojeda Sebastian², Alzate Diego²

¹ ESE Hospital La María; ² Universidad Cooperativa de Colombia Sede Medellín; ³ Clínica Vida

Se presenta el caso de un paciente masculino de 33 años de edad, residente en el municipio de Medellín, afroamericano, VIH +, con exposición habitual a roedores. Al examen físico se encuentra edema peri-orbitario, lesiones violáceas en placa ovals de Aprox. 4X3 cm en toda la superficie corporal, edema en pies (Grado 1), lesión oval elevada ulcerada con fondo sucio en región plantar derecha, lesiones típicas de



sarcoma de Kaposi a nivel bucal específicamente en paladar duro, compatibles con sarcoma de Kaposi epidémico o asociado al VIH. Se realizan pruebas de Elisa para VIH con un resultado positivo, por lo cual se instaura esquema HAART: TDF/FTC + EFZ con buena adherencia. Con un recuento de linfocitos CD4+:63.72 células/uL y carga viral de: 1.006.351 copias/mL. Posteriormente se realizaron pruebas serológicas con el fin de descartar otras infecciones asociadas, haciendo énfasis en los resultados de las ayudas diagnósticas y la clínica, el cuadro es compatible con síndrome de emaciación, acompañado de sarcoma de Kaposi cutáneo, visceral y mucoso, con afectación ganglionar y pulmonar, donde cabe resaltar que se descartó compromiso digestivo por sarcoma de Kaposi a través de endoscopia superior, a pesar del control inmunoviroológico de su VIH las lesiones aumentan en número y distribución, SK ha avanzado y ha sido refractario a los antirretrovirales a pesar de su adherencia al tratamiento; por lo cual la única opción de manejo es la quimioterapia/Radioterapia.

Palabras clave: VIH, sarcoma de Kaposi, diseminado, neoplasia asociada a VIH/SIDA, SIDA, quimioterapia.

Folio: 0190

Tema: Reumatología

Utilidad del conjunto (proteína C reactiva, C3, VSG,

leucocitos, índices neutrófilo/linfocito y plaqueta/linfocito) para detección de infecciones bacterianas en lupus eritematoso sistémico

Broca Blanca Estela, Cruz María del Pilar, Saavedra Miguel Ángel, Cimé Erik Antonio
Instituto Mexicano Del Seguro Social

Antecedentes: En pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), las infecciones son causa de muerte en 30-60% de los casos. La diferenciación temprana entre infección e inflamación aséptica en LES es un reto en la práctica clínica, constituyendo un desafío diagnóstico y terapéutico. Diversos biomarcadores podrían ser de utilidad para diferenciar infección de actividad en éstos pacientes. **Objetivo:** Evaluar la utilidad del conjunto (PCR, C3, VSG, leucocitos, INL, IPL) para predecir infección bacteriana en pacientes lupus eritematoso sistémico, activo e inactivo.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico, de Noviembre 2015-Octubre 2017 en el Servicio de Medicina Interna y Reumatología de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, incluyendo pacientes con LES, de cualquier género, edad > 18 años, con sospecha de proceso infeccioso. Se midieron biomarcadores

de inflamación (VSG, PCR, C3, leucocitos), se calcularon INL e IPL, se midió actividad con el índice SLEDAI. Con el paquete estadístico SPSS v25.0, se llevó a cabo estadística descriptiva, ANOVA para variables con distribución normal o Kruskal Wallis con distribución no normal, se realizaron curvas ROC, así como determinación de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN). **Resultados:** Se incluyeron 40 pacientes con LES, divididos en 4 grupos: 1) infectados/activos, 2) infectados/no activos, 3) no infectados/activos, 4) no infectados/no activos, con 10 pacientes cada uno. El 90% de los pacientes fueron del sexo femenino, edad media de 37.5 años. La actividad por puntaje del SLEDAI en el grupo de los infectados/activos fue de 13 (± 9), los infectados/no activos fue 2 (± 1), los no infectados/activos de 16 (± 8) y los no infectados/no activos de 1 (± 1). La actividad hematológica se encontró en el 70% de los pacientes, renal en el 30% y mucocutáneo articular en 20%. Para los pacientes infectados se encontró una elevación estadísticamente significativa de PCR (infectados/no activos de 143mg/L e infectados/activos 84 mg/L, $p < 0.001$) y del INL (infectados/no activos de 16 e infectados/activos 7 mg/L, $p 0.012$). Un PCR > 7.5mg/L, tiene sensibilidad del 90%, especificidad 75%, VPP 78%, VPN 75% para detección de

infecciones en pacientes con LES, mientras que para un INL > 6.5, éstos valores fueron del 65%, 85%, 82%, 85%, respectivamente; para el conjunto PCR/INL se determinó un VPP de 92% y un VPN de 95% para detección de infecciones en éstos pacientes. **Conclusión:** La elevación de la PCR fue leve para los pacientes con actividad en comparación con el incremento importante encontrado en aquellos infectados. Se encontró que los pacientes con LES y que cuentan de forma concomitante con una infección bacteriana cuentan con elevación de la PCR y del INL, independientemente de la actividad de la enfermedad. **Palabras clave:** lupus eritematoso sistémico, actividad lúpica, infección bacteriana, PCR, VSG, C3, índice neutrófilo/linfocito, índice plaqueta/linfocito.

Folio: 0191

Tema: Epidemiología

CORP 65 nueva herramienta para clasificación de la neumonía adquirida en la comunidad

Cortés Miguel Ángel¹, Alzate Diego¹, Higueta Eliana¹, Arango Steven², Cano María³

¹ Universidad Cooperativa de Colombia Sede Medellín; ² Universidad Cooperativa de Colombia Sede Bogotá; ³ Savia Salud Eps

Introducción: Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es un síndrome en el que la

infección aguda de los pulmones se desarrolla en personas que no han sido hospitalizados recientemente y no han tenido una exposición regular al sistema de salud. La evaluación de la gravedad de la enfermedad es crucial, especialmente para tomar decisiones importantes como la necesidad de internación hospitalaria o de manejo en una unidad de cuidados intensivos. En la búsqueda de la herramienta predictora más adecuada y exacta posible se han desarrollado varias escalas pronósticas, las cuales fueron creadas para predecir mortalidad a 30 días. Sin embargo ninguna ha sido desarrollada específicamente para decidir si su tratamiento hospitalario debe efectuarse en sala general o en UCI. Nuestro objetivo fue comparar la utilidad clínica de la escala CORP 65 (confusión, oximetría de pulso, frecuencia respiratoria, presión arterial y edad mayor de 65 años) con la escala CURB 65 en pacientes con NAC que fueron hospitalizados el Hospital Universitario de Santander y evaluar mortalidad a 30 días. **Materiales y métodos:** Tipo de estudio. Estudio analítico de tipo transversal. **Resultados:** De un total de 168 pacientes diagnosticados con NAC en el Hospital Universitario de Santander, 22,6% (n=38) de los pacientes fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión, quedando una población total de 130 pacientes. La capacidad

de clasificar pacientes en los diferentes grupos (1, 2 y 3) con su respectivo riesgo bajo, medio y alto son similares en ambas escalas, destacando sobre todo la igual capacidad para clasificar los pacientes en el grupo 3 que son los que se encuentran en peores condiciones clínicas y con peor pronóstico. (CURB 65 y CORP 65 grupo 3 ambas con 37% (n=49) de los pacientes). La nueva escala CORP 65, no fue inferior para la estimación de mortalidad en NAC a 30 días, se destaca el uso de la saturación O₂ de pulso, de fácil aplicabilidad en todos los niveles de atención

Palabras clave: neumonía adquirida en la comunidad, infección, CURB 65, CORP 65, predicción, morbimortalidad

Folio: 0192

Tema: Endocrinología

Comparación clínica de la litiasis renal en pacientes con hiperparatiroidismo primario

Ortega José Luis¹, Marquez Marco Antonio²

¹ Hospital General Del Sur Puebla; ² Hospital Angeles Puebla

Introducción: El hiperparatiroidismo primario (HPTP) Es un enfermedad grave caracterizada por litiasis renal, deterioro de la función renal, disminución de la densidad mineral ósea, osteoporosis y fracturas patológicas. La nefrolitiasis se presenta en el 25-80% de los pacientes incluso 10 años antes del diagnóstico, los



cálculos más frecuentes son de fosfato cálcico y/o oxalato cálcico dihidrato. La relación de HPTP- litiasis renal es bien conocida gracias a la hipercalcemia. **Materiales y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y comparativo. De una serie de 67 pacientes con diagnóstico de hiperparatiroidismo primario los cuales fueron operados en el transcurso de diciembre de 2009 a julio de 2017, se comparó la presentación clínica y bioquímica en los pacientes con y sin litiasis renal en HPTP. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias y proporciones. **Resultados:** Hemos analizado una población de 67 pacientes de los cuales la edad promedio fue de 55.9 ± 1.5 años, con un tiempo de evolución de la enfermedad de 75.9 ± 12 meses, una PTH de 504 ± 71.5 pg/mL, Calcio de 12.3 ± 1 mg/dl, Fósforo de 2.6 mg/dL, Ca urinario de 307.2 ± 17.5 mg/24hrs, Fósforo urinario de 467.9 ± 32 mg/24hrs y Vitamina D 17.5 ng/mL. El 65.7 % (44 de 67 pacientes) presentaron litiasis renal. **Discusiones y Conclusiones:** La patogénesis de la nefrolitiasis no es clara, pero si sabemos que la hipercalcemia es un hallazgo común en el hiperparatiroidismo primario ya que ha sido implicada en la formación de litos renales, puede resultar del aumento en la absorción del Ca intestinal, de reabsorción ósea o ambos. Una concentración elevada de

calcitriol sérico originada por la estimulación de PTH pueden contribuir tanto a la hipercalcemia como a la formación de cálculos. En nuestra serie el 65.7 % de los enfermos con HPTP presentaron síntomas relacionados con litiasis, por lo que es importante el estudio de paratiroides en el debut de un paciente con nefrolitiasis.

Palabras clave: litiasis renal, hiperparatiroidismo, nefrolitiasis, PTH, HPTP, nefrocalcinosis.

Folio: 0193

Tema: Dermatología

Síndrome de DRESS secundario a carbamazepina: presentación de un caso corroborado histopatológicamente en Hospital General de Acapulco

Centeno Belen, Castillo Rodrigo, Sánchez Manuel Salvador
Hospital General Acapulco

Introducción: El síndrome de DRESS es una reacción severa a fármacos que presenta eosinofilia y síntomas sistémicos, mortalidad de hasta 20%. La dermatosis (lesiones maculopapulares o eritema polimorfo pruriginoso). **Objetivo:** Presentar un Caso de Síndrome de Dress, haciendo hincapié en su rareza, para un diagnóstico y tratamiento tempranos. **Exposición del caso:** Femenino de 39 años: Epilepsia diagnosticada a los 9 años, tratamiento Fenitoína 100mg cada 12 hrs. Inicia hace 2 semanas previos a su ingreso; refiriéndose datos de infección del tracto urinario y

presentando una crisis convulsiva tónico-clónica. Se acude con facultativo quien modifica esquema de tratamiento a carbamazepina 200 mg cada 12 hrs. Después de 6 días se presenta dermatosis diseminada en cara y extremidades superiores constando de exantema máculopapular morbiliforme y prurito; con diseminación a tronco y extremidades inferiores en sentido céfalo-caudal, agregándose edema facial, conjuntivitis, cefalea, fiebre y poliadenopatía. A los 3 días se presenta descamación generalizada y aumento en eritema por lo que se acude a valoración médica. Al ingreso: GB: 15 000, Hb: 10.8 g%, creatinina: 0.47 mg/dl, TGP: 341 U/l, TGO 1213 U/l, FA: 367 UI/L, BT: 2.3 mg/dl, BD: 1.6 mg/dl, BI: 0.52 mg/dl, Hemocultivos: Negativos, Rx de tórax: normal, Ecografía de abdomen: hepatomegalia moderada, esplenomegalia. Biopsia de piel: infiltrado linfocitocitario perivascular superficial. Iniciando manejo por Medicina Interna valoración (Neurología y Dermatología). Se suspende anticomicial, además de emolientes tópicos. Durante internamiento persiste la elevación de valores de transaminasas, empeoramiento de su cuadro sistémico, se decide comenzar con prednisona a 1mg/kg/d, presentando mejoría luego de 48 hrs. **Conclusión:** El síndrome es una reacción adversa y grave a medicamentos. Entre los factores son los

anticonvulsivos, los aromáticos. Es importante tener siempre en mente este tipo de patologías. **Palabras clave:** DRESS, farmacos, dermatosis, sistemático, reacción adversa, esteroide.

Folio: 0194

Tema: Infectología

Trimetoprim sulfametoxazol como tratamiento de toxoplasmosis cerebral en paciente vih en un hospital de alta complejidad de medellín: reporte de caso

Cortés Miguel Ángel¹, Alzate Diego¹, Higueta Eliana², Martinez Larry Luber³, Buchelli Paula Andrea¹, Gómez Rodrigo Alejandro⁴, Curtidor Thaly Andrea⁴

¹ Universidad Cooperativa de Colombia Sede Medellín; ² Clínica Vida; ³ ESE Hospital La María; ⁴ Universidad Cooperativa de Colombia

El VIH es un retrovirus que conduce al individuo a un estado de inmunosupresión crónica, exponiéndolo a múltiples patógenos oportunistas como *Toxoplasma gondii*, *Mycobacterias*, *Cryptococcus* sp, *Pneumocystis jirovecii*, entre otros. En Colombia las enfermedades más prevalentes en la población VIH positivo, fueron la toxoplasmosis cerebral (52,4%), candidiasis mucocutánea (35,3%) y la tuberculosis pulmonar (21,3%). La toxoplasmosis es una infección causada por el parásito *Toxoplasma gondii*, un protozoo intracelular, que toma

importancia en la población de pacientes VIH, pues suele ser definitoria de SIDA, que ocurre cuando las células CD4 están por debajo de 100 células/ul.⁴ **Presentación:** Paciente femenina de 49 años de edad, natural y residente de zona rural Antioquia, donde convive con múltiples animales que están bajo su cuidado, presenta como antecedente infección por VIH, diagnosticado en el año 2014, bajo esquema HAART no adherente, sin controles por infectología desde hace 3 años, nefrectomía izquierda en el año 2013 e hipotiroidismo desde el año 2014; el día 13 de mayo consulta al Hospital local por un cuadro compatible de episodio convulsivo, parestia corporal derecha y cefalea, donde se realizó diagnóstico de meningitis bacteriana, por lo cual fue tratada con Ceftriaxona 1g cada 12 horas por 8 días y dado de alta luego de 6 días de hospitalización. El 30 de mayo, consulta nuevamente por cuadro de 5 horas de evolución consistente en 3 episodios de convulsiones tónico-clónicas localizadas en miembro superior derecho que posteriormente se generalizan, rigidez de miembro inferior derecho, desviación de la mirada, sin relajación de esfínteres y con posterior recuperación completa de la conciencia. El diagnóstico al ingreso fue meningitis bacteriana no especificada, en el examen físico se encontró a la paciente con fuerza muscular 2/5 para

hemicuerpo izquierdo y 3/5 para hemicuerpo derecho y con signos de focalización. Para esclarecer el diagnóstico se le enviaron pruebas como KOH, BK, cultivo de micobacterias, PCR para tuberculosis, VDRL las cuales salieron negativas y un análisis de líquido cefalorraquídeo que mostró proteínas y polimorfonuclear neutrófilos aumentados. Adicionalmente un TAC simple de cráneo donde se observa área de edema vasogénico comprometiendo la convexidad parietal posterior izquierda y Calcificación de 8 mm en el tálamo derecho, además un TAC contrastado de fases tardías que evidencia imagen sugestiva de toxoplasma corticosubcortical parietal izquierdo con un diámetro aproximado de 19 x 16 mm. Por las imágenes sugestivas y el análisis de líquido cefalorraquídeo se define como impresión diagnóstica meningoencefalitis por *Toxoplasma gondii*, por lo cual se reinicia terapia antirretroviral y se inicia un tratamiento empírico con trimetoprim sulfametoxazol por 8 semanas a razón de 15 mg/kg día en 3 dosis, asociado a ácido folínico 50 mg intravenoso día y terapia física dos veces por día. Al 5to día de tratamiento se observa mejoría en la fuerza muscular de ambos miembros inferiores ^ y disminución de parestia de miembro inferior derecho, por la evolución positiva de la sintomatología se dió el egreso aproximadamente 10 días des-



pués, con recomendación de continuar por 6 semanas con medicina domiciliaria 800 mg/día por vía oral. Nuestro caso reviste importancia en adición a que somos un país en vías de desarrollo donde el tratamiento de primera línea para toxoplasmosis cerebral es de difícil consecución, por lo que se administra trimetoprim sulfametoxación como tratamiento el cual es un medicamento off label para el manejo de esta entidad, obteniendo resultados satisfactorios y reproducibles en el resto del territorio nacional dado que es un medicamento económico y ampliamente disponible

Palabras clave: trimetoprim/sulfametoxazol, *Toxoplasma gondii*, SIDA, VIH, meningitis, HAART.

Folio: 0195

Tema: Oncología

Neoplasias sincrónicas: linfoma no Hodgkin y carcinoma renal de células claras

García Mario Ramón, Gonzaga Teresa Ivonne, González Nadia del Carmen, Alavez Enrique, Blancas Luis Angel, Sanson Lizeth Sonia, Rodríguez Pablo César, González Nallely
Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos

Introducción: Las neoplasias sincrónicas hacen referencia a aquellas que se presentan de manera simultánea o en un intervalo de 6 meses; con una incidencia de 0.73% hasta 5.2%

con una media de 2.9%. Incidencia que ha incrementado con los estudios de escrutinio y la mejora en los procedimientos diagnósticos. **Objetivo:** Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de una paciente con linfadenopatía en estudio; en la que se identifica en los estudios de escrutinio un segundo primario. Que de acuerdo con los criterios de Warren y Gates integra el diagnóstico nosológico de neoplasias sincrónicas. **Descripción del caso:** Femenino de 74 años, con antecedente de tabaquismo con índice tabáquico de 3, artritis reumatoide de 2 años de diagnóstico actualmente sin tratamiento. Acude a urgencias por presentar dolor cervical que se irradia a región interescapulovertebral, de intensidad 10/10, intermitente, acompañado de disnea en reposo y disfagia. Debido a linfadenopatía cervical derecha. Por lo que se decide hospitalización para abordaje diagnóstico. Exploración física: nódulo fijo adherido a planos profundos de bordes regulares, indoloro, de 7x5 cm de diámetro en hemicuello derecho con límite anterior en escotadura esternal y límite posterior adyacente a trapecio. Resto sin alteraciones. Radiografía de Tórax: antero-posterior, rotada a la derecha, tejidos blandos sin alteraciones, desviación de la tráquea hacia la izquierda, silueta cardiaca con bordes irregulares, parénquima pulmonar con

imagen radioopaca adyacente a silueta cardiaca, heterogénea que ocupa principalmente el pulmón derecho; con ensanchamiento de mediastino. Tomografía toracoabdominal: Múltiples adenopatías cervicales, mediastinales, mesentéricas y retroperitoneales con zonas internas de necrosis, que realza al paso de contraste. Principalmente en cadena yugular inferior derecha. Hepatoesplenomegalia y tumoración renal izquierda, compuesta por áreas sólidas hiper vascularizadas que involucra región medular y se dirige a la corteza con realce al medio de contraste. Biopsia escisional de ganglio linfático cervical derecho: Linfoma difuso de células grandes tipo B, de tipo post-centro germinal: CD 20 positivo, CD3, CD5 y CD10 negativos; KI-67:80%. Biopsia incisional de riñón izquierdo: carcinoma renal de células claras. De manera multidisciplinaria junto con el servicio de urología y hematología se concluye realizar nefrectomía izquierda para posteriormente iniciar quimioterapia con R-CHOP. **Conclusiones:** Los criterios de Warren y Gates hacen referencia a que cada tumor debe seguir un patrón definido, no deben constituir metástasis, ser de una histopatología diferente y cada uno debe seguir una evolución independiente. El reto diagnóstico involucra un tratamiento que permita una cobertura para los diferentes tipos de neoplasia; por lo que

se requiere un abordaje multidisciplinario.

Palabras clave: linfoma no Hodgkin, carcinoma renal células claras, neoplasias sincrónicas, criterios de Warren y Gates.

Folio: 0196

Tema: Neurología

Síndrome de Miller-Fisher recurrente. Reporte de caso

Duran Manuel Alejandro, Padilla Benjamin, López Alin Cristela, Fernandez Joaquin Hernan, Vargas Carlos Guillermo

Centro de Alta Especialidad Rafael Lucio

Introducción: El síndrome de Miller-Fisher es una enfermedad aguda, autoinmune, desmielinizante, causada por la afección de los nervios craneales y periféricos, clásicamente caracterizado por oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. El diagnóstico se realiza con la sospecha clínica aunada a la determinación de anticuerpos antigangliósidos específicos, así como otras pruebas de laboratorio y gabinete. **Presentación del caso:** Mujer de 39 años con antecedente de diagnóstico confirmado de síndrome de Miller-Fisher hace 5 años tratada con plasmaféresis. Inició 7 días previos a su ingreso con evacuaciones diarreicas en 5 ocasiones, líquidas, fétidas, sin moco ni sangre; al siguiente día se agregó vértigo secundario a diplopía binocular, astenia y adinamia, 24hrs después se

exacerbaron los síntomas y se agregaron disestesias en pies y después en manos, se agregó disminución de la fuerza en extremidades inferiores y superiores. EF Consciente, orientada, con bradilalia, ptosis bilateral, pupilas con midriasis 5mm hiporreactivas, fotofobia bilateral, fondo de ojo normal, diplopía binocular, nervios craneales normales, cardiorespiratorio y abdomen asignológicos, extremidades eutróficas, superiores con sensibilidad conservada fuerza muscular 4/5, extremidades inferiores hiperalgia en piernas y muslos con fuerza muscular 3/5, reflejos de estiramiento muscular 0/4.

Resultados: TC de cráneo sin evidencia de lesión estructural, RMN de cráneo y columna cervical sin datos de patología intracraneana ni medular, LCR: pH 8, densidad 1.005, celularidad 0.00 Leuc/mcL, glucosa 55mg/dL, Cl 126mmol/L, PT 38.70mg/dL, Anticuerpos antigangliósidos GT1a y GQ1b Positivos. Se realizaron 5 sesiones de plasmaféresis sin progresión de la sintomatología con mejoría de los síntomas para su egreso 14 días después.

Discusión y conclusiones: El síndrome de Miller-Fisher es la variante clínica más frecuente del Síndrome de Guillain Barré, aunque sólo se presenta en 3 a 5%. La frecuencia en la recurrencia del Síndrome de Guillain Barré es de 1 a 6%; en cambio, la recurrencia en el Síndrome de Miller Fisher

es excepcional. En esta paciente se ha confirmado en dos ocasiones síndrome de Miller-Fisher por la evolución clínica y confirmada con los estudios de extensión, concluyéndose como una recurrencia de la entidad.

Palabras clave: Miller-Fisher, desmielinizante, oftalmoplejía, antigangliósidos.

Folio: 0197

Tema: Cardiología

Síndrome de Heyde como causa de anemia en un adulto mayor

García Mario Ramón¹, Pozos Benjamín², Balam Eros Osiris¹, Rangel Francisco Javier¹, González Nadia del Carmen¹, Gonzaga Teresa Ivonne¹, Guzmán Perla Marlene¹, Enriquez Kevin Giuseppe¹

¹ Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos; ² Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos

Introducción: Se caracteriza por la triada: estenosis aórtica, déficit adquirido de factor de Von Willebrand (tipo IIA) y angiodisplasias intestinales. Edward C. Heyde describe esta asociación en 1958; con una incidencia y prevalencia imprecisa debido a su escasa frecuencia y heterogeneidad clínica. **Objetivo:** Describir la asociación entre estas manifestaciones clínicas como parte del abordaje de una paciente con sangrado de tubo digestivo y anemia. Que, de acuerdo con



la literatura integra un síndrome de Heyde como diagnóstico de exclusión. **Descripción del caso:** Femenino de 85 años, con antecedente de diabetes mellitus 2 y transfusiones sanguíneas (4) por síndrome anémico. Acude a urgencias por dolor precordial, opresivo, que irradia a brazo izquierdo de 15 horas de evolución. Electrocardiograma: bloqueo completo de rama derecha y supra desnivel del segmento ST de V2-V4 de 2 mm. Enzimas cardíacas: troponina I 3.56 ng/ dl y CKMB 14.6 ng/ dl. Grace 164 puntos (36.4%), Timi 9 puntos (35.9%) de mortalidad. No se realiza trombólisis por estar fuera de periodo de ventana. Estudios: Biometría hemática: Leucocitos 17, neutrófilos 16, hemoglobina 16.8, plaquetas 239 mil. Química sanguínea: sin alteraciones. Examen general de orina: patológico. Exploración cardiovascular: ápex en 5° espacio intercostal línea axilar anterior, foco aórtico: soplo holosistólico de intensidad II/VI con fenómeno de Gallavardin. Ecocardiograma transtorácico: eje largo, con un TSVI de 21 mm, diámetro de aorta ascendente de 26 mm, velocidad aórtica por doppler continuo de 4.58 m/s, gradiente pico de 84 mmHg, y medio 55 mmHg. Área aórtica por integral tiempo velocidad del tracto de salida de 0.4 cm². Estenosis aórtica crítica. Durante la hospitalización presenta melena; se retira tratamiento antiagregante pla-

quetario y anticoagulante. Sin embargo, persiste con dicha sintomatología. Se toma biometría hemática con hemoglobina de 12.4 mg/ dl; endoscopia: angiodisplasia de duodeno cauterizada con argón plasma. Pese a ello persiste con melena; nueva biometría hemática con hemoglobina de 9.4 mg/ dl. Colonoscopia: angiodisplasias en colon y ciego con sangrado activo; se realizó terapia con argón y se transfundió un paquete globular. Pruebas de capacidad de coagulación: medición de la concentración y función del complejo de factor von Willebrand: factor VIII (PFA-100): normal. Una vez estable se decide egreso. En seguimiento actual por cirugía cardiovascular para recambio valvular.

Conclusión: La estenosis aórtica conlleva a hipoxia crónica que favorece vasodilatación del musculo liso y relajación de las paredes de los vasos sanguíneos. La deficiencia adquirida de multímeros de alto peso molecular de FvW predispone a un sangrado, aunque esta relación no siempre se puede demostrar. La prevalencia de estenosis aórtica es de 6% en mayores de 85 años; que favorece una mayor incidencia de este síndrome. Por lo que es importante considerarlo en el abordaje de anemia en el adulto mayor.

Palabras clave: estenosis aórtica, angiodisplasias intestinales, enfermedad de Von Willebrand, anemia.

Folio: 0198

Tema: Neurología

Neuroborreliosis Lyme temprana, un caso sin eritema

Patricio Jaime, Padilla Benjamin, Godos Yesenia Saharai, López Alin Cristela, Vargas Carlos Guillermo, Fernandez Joaquin Hernan, Niño Sandra Kira
Centro de Alta Especialidad Rafael Lucio

Introducción: La enfermedad de Lyme es una zoonosis causada por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi* y transmitida por una garrapata del complejo *Ixodes ricinus*. Tiene manifestaciones locales y sistémicas, inicialmente los síntomas son inespecíficos dificultando el diagnóstico si no se tiene antecedente de mordedura por garrapata o área endémica.

Presentación de caso: Mujer de 25 años de edad quien inició padecimiento 5 días previos a su ingreso (13/07/18) estando en Caborca Sonora laborando como recolectora de uvas, al cursar con vértigo, astenia, adinamia, mialgias y fiebre, acudió con médico particular, recibió tratamiento sintomático a base de AINE sin tener mejoría, el día de su ingreso (17/07/18) además de la sintomatología mencionada se agregó parálisis en hemicara derecha. EF TA 110/80 mmHg, FC 95, FR 18, Temp 38.6 °C, con disartria, parálisis del par VII de lado derecho, rigidez de nuca, Brudzinsky y Kernig negativo, artralgia en codos manos y rodillas sin flogosis,

resto sin alteraciones. Se tomaron paraclínicos y se realizó punción lumbar por sospecha de neuroinfección. Labs: Leucocitos 10880/μl, neutrófilos 5980/μl, LCR con glucosa 45 mg/dl, proteínas 69 mg/dl, incoloro y acelular. TAC y IRM cráneo sin alteraciones estructurales. Se inició tratamiento empírico para neuroinfección con ceftriaxona y vancomicina y fue valorado por neurología, se solicitó ELISA para *Borrelia burgdorferi* con IgM positivo. Se desescaló tratamiento antibiótico continuando solo con ceftriaxona, evolucionando satisfactoriamente con remisión de la fiebre y mialgias, así como mejoría de la parálisis del par VII. **Discusión:** paciente que de acuerdo a la presentación clínica se abordó como neuroinfección, por tener el antecedente de haber estado trabajando en el norte del país y tras haberse descartado alteraciones en LCR y de estructura cerebral por imagen, se solicitó anticuerpos para descartar neuroborreliosis, lo cual fue positivo. Si bien, paciente no tuvo eritema migratorio, si detectamos manifestaciones locales y sistémicas de enfermedad de Lyme. **Conclusiones:** Es preponderante considerar la determinación de anticuerpos contra *Borrelia burgdorferi*, en pacientes con datos de neuroinfección, parálisis facial y antecedentes endémicos, ya que el diagnóstico y tratamiento oportuno disminuyen el riesgo de complicaciones.

Palabras clave: neuroborreliosis, Lyme, espiroqueta.

Folio: 0199

Tema: Reumatología

Serositis como primera manifestación de lupus eritematoso sistémico

González Jorge¹, Bernache Viridiana Berenice¹, Cerda Fidel², Lozada Carlos Alberto³

¹ Hospital General de Ticomán; ² Hospital Centro Médico Nacional 20 de Noviembre;

³ Instituto Nacional de Rehabilitación

Paciente femenina de 20 años de edad. con los siguientes antecedentes de importancia: hipotiroidismo de 5 años de evolución en tratamiento con levotiroxina, rinoseptoplastia en la infancia. inicia su padecimiento actual en diciembre del 2017, con edema de miembros pélvicos hasta volverse generalizado, astenia y adinamia, más artralgias vista por facultativo y tratada con diurético sin presentar mejoría, se agrega en un mes antes de su hospitalización disnea progresiva hasta de pequeños esfuerzos clínicamente con derrame pleural bilateral del 20%, se realiza estudios generales dentro de la normalidad, con albumina sérica 2.6 grs/dl, albuminuria negativa, tomografía de tórax derrame pleural bilateral con atelectasia pasiva basal, hepatoesplenomegalia moderada, ecocardiograma con FEVI del 68%, sin valvulopatía con

derrame pericardio de 300 cc, se realiza toracocentesis con líquido xantocromico características de exudado con proteínas 2500 g/dl, ADA 8 U/L, tinción gram negativo, tinción para tuberculosis negativo, inmunológicos ANA's homogéneo difuso positivo +++ y moteado fino +++, ANTI SIM negativo, C3 68 y C4 1.6, cortisol sérico en 7.36 y ACTH 4.13, TSH 5.6 uUI/ml, T3 total 0.89 ng/dl, T4 total 5.4 ug/dl. paciente se diagnostica lupus eritematoso sistémico.

Palabras clave: serositis, primera, manifestación, lupus eritematoso sistémico.

Folio: 0200

Tema: Infectología

Encefalitis por enterovirus en paciente con infección por VIH. Reporte de un caso clínico

Gómez Tatiana

ISSSTE

Introducción: Las infecciones por enterovirus son una causa importante de morbilidad y mortalidad global. Los enterovirus son parte de la familia Picornavirus, son virus RNA, transmitidos por ruta fecal-oral. ECHO (6,9 y 18) y Coxsackie (A9, B2 y B5), EV 71 y poliovirus tienen como objetivo el SNC y son responsables de encefalitis en un 10-30% Los enterovirus causan infecciones persistentes, a menudo fatales, en pacientes con inmunodeficiencia, puede manifestarse como parálisis de nervios cra-



neales, espasmos mioclónicos, rigidez en el cuello, letargo, papiledema, convulsiones, debilidad motora, temblores y ataxia. La infección persistente del músculo esquelético o hígado puede provocar un síndrome tipo dermatomiositis y / o hepatitis crónica. El diagnóstico se realiza mediante: historia clínica, el examen de LCR y la identificación del agente causal mediante PCR y serología. La RM es preferible. Las pruebas de PCR en LCR positivas desde los primeros días de la infección con sensibilidad (86 - 100 %) y especificidad (92 - 100 %). El tratamiento es sintomático. El pleconaril y la inmunoglobulina IV han sido utilizadas. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de Encefalitis por enterovirus en paciente con VIH. **Exposición del caso:** Femenino de 47 años de edad, con antecedentes de infección por VIH de 3 meses de diagnóstico en tratamiento. Inicia padecimiento 3 semanas previas a ingreso con presencia de fiebre no cuantificada, cefalea, náusea y vómito, 2 días previos a ingreso presenta pérdida del estado de alerta por 5 minutos así como hemiparesia izquierda agregándose crisis parciales motoras de miembro torácico derecho. A su ingreso neurológicamente en estupor, desviación cefálica a la izquierda nistagmo horizontal, pupilas hiporreflécticas con paresia facial central derecha, sin movilización al dolor en

hemicuerpo izquierdo, atonía generalizada REM +++ miembros torácicos con respuesta plantar indiferente. Se realiza punción lumbar con líquido incoloro, glucosa 66 mg/dL, microproteínas 58.3 mg/dL, DHL 54 U, ADA 2.1, leucos 4 cel/mm³, linf 18%, mono 0. Ampliación de ácidos nucleicos de Enterovirus: positivo, CD 4 117, CD 8 774, carga viral indetectable. No se contaba con tratamiento específico para encefalitis por lo que administraron anticonvulsivantes, terapia de rehabilitación y tratamiento antirretroviral. **Conclusiones:** Los enterovirus son agentes etiológicos importantes de encefalitis, es de resaltar que los signos y síntomas de los paciente con encefalitis por enterovirus no permiten diferenciarlos de los pacientes con otras etiologías. Al inicio la manifestaciones son inespecíficas consistiendo en: cefalea, fiebre, náusea y vómito ya en estadios avanzados de la enfermedad se agrega ataxia, somnolencia y signos piramidales. Las convulsiones y la somnolencia son un signo clave para su diagnóstico, este dato es congruentes con la fisiopatología y es parte de la semiología clásica de esta entidad. Se observó en el LCR la presencia de hipoglicorraquia y el predominio de polimorfonucleares son frecuentes en las encefalitis sin embargo no permiten establecer con certeza un determinado agente

etiológico, en este caso por medio de PCR se pudo conocer el agente etiológico.

Palabras clave: encefalitis, enterovirus, VIH.

Folio: 0201

Tema: Oncología

Lumbalgia como síntoma inicial de enfermedad metastásica por adenocarcinoma mucinoso de apéndice: reporte de un caso

González Nallely, Rodríguez Pablo César, Alvarez María Elena
Hospital Central Pemex Norte

Introducción: Las neoplasias malignas del apéndice cecal corresponden a una patología extremadamente infrecuente, representando un 0,2% a 0,5% de todos los tumores de origen gastrointestinal y un 0,9% a 1,4% de las apendicetomías debido a un cuadro apendicular agudo. Clásicamente la histología más frecuente es la neoplasia neuroendocrina según series internacionales con una frecuencia aproximada del 50% del total de tumores del apéndice. Su forma más común de presentación es la apendicitis aguda y su diagnóstico definitivo es histológico. **Objetivo:** Describir al abordaje diagnóstico de una paciente con enfermedad metastásica por adenocarcinoma mucinoso apendicular con lumbalgia como síntoma inicial. **Caso clínico:** Femenino de 71 años, con antecedente de alergia al ácido nalidixico (exantema). Diabetes

mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica infección por *H. pylori* aparentemente erradicado. Hospitalizada por sangrado de tubo digestivo alto. Al interrogatorio directo menciona lumbalgia de 8 meses, pérdida de peso de 10 kilogramos en el año. A la exploración física destaca un síndrome de condensación subescapular derecho. Se realiza tele de tórax con zona de consolidación y una imagen heterogénea sobrepuesta en pulmón derecho. Por lo cuál se decide tomar tomografía de tórax contrastada. Tomografía de tórax: Consolidaciones multifocales del lado derecho con zona extensa en el lóbulo inferior. Nódulo con densidad de tejido blando que realza postcontraste en pared torácica anterosuperior derecha, infraescapular derecha y paravertebral izquierda a nivel de t9-t10. Lesiones osteoblásticas en cuerpos vertebrales de c7, -t12. Distorsión anatómica en base y cuerpo apendicular con importante realce heterogéneo postcontraste, calibre de 16.7 mm con paredes de aspecto edematoso sin agudización, mucocele apendicular. Carcinomatosis peritoneal. Endoscopia diagnóstica sin datos de sangrado activo, biopsia sin datos de neoplasia. Biopsia de tejido blando paravertebral izquierdo en T11 por radiología intervencionista. (sitio más accesible). Reporte preliminar: Adenocarcinoma mucoprodutor bien diferen-

ciado Marcadores tumorales: alfafeto proteína 1.78, antígeno carcinoembrionario 9479.1, Ca 19.9 > 12,000. **Conclusión:** El adenocarcinoma mucinoso apendicular solo ha sido descrito en algunos cientos de casos (incidencia de 0,12 a 0,95 por cada millón de personas) y debido a su baja incidencia, no existe un tratamiento óptimo; sin embargo, el tratamiento de elección es la cirugía. En el contexto de esta paciente se trata de una presentación atípica de un adenocarcinoma mucinoso apendicular por la gran extensión extraapendicular que se reportaba al momento del diagnóstico, siendo la lumbalgia de 8 meses de evolución el síntoma pivote. Se ha descrito una rápida progresión de la enfermedad debido a las características anatómicas del apéndice por lo cuál le confiere mal pronóstico.

Palabras clave: tumor de apéndice, adenocarcinoma mucinoso apendicular, lumbalgia, enfermedad metastásica.

Folio: 0202

Tema: Hematología

Tiempo de diagnóstico de linfoma no Hodgkin en el Hospital Juárez de México

Villegas Diana Alejandra, Leyto Faustino, Milan Andrea Iracema
Hospital Juárez de México

Los linfomas son una neoplasia potencialmente curable, con un mejor pronóstico en estadios tempranos de la enfer-

medad, por lo que es necesario la implementación de programas de educación en salud, con la finalidad de detección más temprana de la enfermedad, ya que la mayoría de los pacientes en nuestro hospital acude a valoración médica hasta 3 meses después de la aparición de la sintomatología lo cual influye en un diagnóstico en estadios avanzados de la enfermedad. El estudio se realizó en el Hospital Juárez de México, incluyendo pacientes procedentes del servicio de hematología y Oncología Médica. Se evaluaron 306 expedientes pertenecientes al periodo comprendido de enero de 2012 a noviembre de 2016, de los cuales se excluyeron 58 casos por no cumplir con los criterios de inclusión para el estudio, en su mayoría excluidos por no estar completo el expediente clínico. Se estimó una media de 6.98 semanas, una mediana de 4.06 semanas y una moda de 2 semanas, como tiempo el tiempo promedio en el que se realiza abordaje y diagnóstico de LNH. El diagnóstico en relación con estadio clínico al momento del diagnóstico, para el estadio I fue una media 6.57, una mediana de 4.39 semanas con un intervalo de 1.86 a 17.33 semanas, para el estadio clínico II una media de 6.46 y una mediana de 4.38 semanas y un intervalo de 2 a 23 semanas. Se observó



la relación existente entre la variante histológica de LNH y el tiempo de diagnóstico, los linfomas foliculares con una media de 8.28 semanas una mediana de 3.86 semanas e intervalo de 2 a 36.8 semanas para realizar el diagnóstico de linfoma. El tiempo de diagnóstico en relación con su abordaje en consulta externa u hospitalización mostró que la media en semanas por consulta externa para realización de abordaje y estadificación fue de 10.18 semanas con una mediana de 8.80 semanas, intervalo de 2 a 36.80 semanas. Los pacientes con abordajes en hospitalización tuvieron media de 2.96 semanas con mediana de 2.73 semanas, intervalo de 1.86 a 14 semanas. Se midió el tiempo inicio de tratamiento posterior al diagnóstico definitivo, obteniéndose una media de 6.45 días, una mediana de siete días. 45.2% inició su tratamiento siete días posteriores al diagnóstico definitivo 30.6 por ciento a los cinco días Y 11.7% a los 10 días, el resto de los pacientes inició tratamiento en menos tiempo siendo un rango entre uno y cuatro días esto en relación a la gravedad del paciente ya la necesidad de citorreducción. Únicamente 0.8 por ciento inicio tratamiento 15 días posteriores al diagnóstico definitivo asociado a situaciones administrativas.

Palabras clave: tiempo, diagnóstico, linfoma, mejor, pronóstico.

Folio: 0203

Tema: Endocrinología

Obesidad con peso normal en trabajadores del Hospital General de Zona no. 50, IMSS-SLP

García Jorge Alfredo, Jaimes Gerardo Tonatiu

Hospital General de Zona No. 50 IMSS, SLP

Objetivo: Determinar la frecuencia de obesidad con peso normal en trabajadores del HGZ. No. 50, SLP, IMSS. **Introducción:** El sobrepeso/obesidad se definen como enfermedades crónicas multifactoriales complejas caracterizadas por un aumento del tejido adiposo las cuales representan un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares y metabólicas; en su determinación la herramienta clínica más utilizada es el índice de masa corporal (IMC), sin embargo es de mayor utilidad la determinación del porcentaje de grasa corporal total (PGCt), ya que podemos encontrar obesidad sin exceso de peso y exceso de peso sin que exista un exceso de grasa corporal. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, transversal. Muestreo no probabilístico por conveniencia (calculado con fórmula de poblaciones finitas). **Criterios de inclusión:** Trabajadores de base y becarios del HGZ No.50 que autorizaron su participación y que aceptaran la medición de peso y talla para el índice de masa corporal (IMC) (báscula de plataforma BAME para talla),

y porcentaje de grasa corporal (PGC) por bioimpedancia eléctrica (monitor de composición corporal OMRON/modelo HBF-514). Análisis con estadística descriptiva (SPSS v.22). Todos los sujetos autorizaron su participación mediante firma de consentimiento informado, así mismo este protocolo fue autorizado para su desarrollo por el Comité Local de Investigación en Salud. **Resultados:** Se incluyó a 242 sujetos de los cuales fueron 141 hombres (58.3%), y mujeres 101 (41.7%). El promedio de edad fue 35.7 años, con una mediana de 36 años (rango 22-62 años). Las categorías con mayor participación fue enfermería con 31.5%, becarios 20.6% (pasantes, residentes e internos) y administrativos 19%. El IMC más frecuente fue sobrepeso (37.2%), seguida de peso normal 36.8%. Con respecto al PGC lo más frecuente fue muy elevado (50%) y elevado (28.1%), siendo normal solo en un 19.8%. De un total de 86 sujetos con IMC normal se observó tener un PGC elevado a 37 (43%).

Palabras clave: obesidad, sobrepeso, bioimpedancia eléctrica, IMC.

Folio: 0204

Tema: Otros

Elevación de HbA1c como factor de riesgo para neumonía asociada a ventilación mecánica en pacientes adultos del Hospital ISSSTE Regional Monterrey

Sánchez Ekaterina, Cardenas Luis Carlos, Salas Arnoldo
Hospital ISSSTE Regional Monterrey

Objetivo: Relacionar los valores de Hb1Ac por arriba de 6.5% como factor de riesgo para desarrollar neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) en adultos hospitalizados en el servicio de medicina interna y la unidad de cuidados intensivos con más de 48 horas de ventilación mecánica, a través de la observación de la evolución clínica de los pacientes.

Material y métodos: Es un estudio observacional, analítico, longitudinal, prospectivo, llevado a cabo en el hospital ISSSTE Regional Monterrey, con un total de 19 pacientes bajo ventilación mecánica, estudiados en el periodo febrero-mayo 2018, los datos de la evolución clínica del paciente, factores de riesgo, Hb1Ac, hallazgos radiográficos, parámetros de infección, cultivos y desenlace fueron recolectados. Se define NAV como la complicación pulmonar desarrollada después de 48 a 72 horas de la intubación endotraqueal. **Resultados:** 13 de 19 pacientes presentaron NAV, de los cuales 8 (88.9%) tuvieron una HbA1c > 7%, se realizó una correlación estadística para HbA1c > 7% y el desarrollo de NAV con una p (0,059) y para HbA1c > 8% se obtuvo una p (0,016) **Conclusiones:** Un nivel de HbA1c por arriba de 7% se encuentra en re-

lación con el desarrollo de NAV. Los pacientes con ventilación mecánica asistida son susceptibles al desarrollo de infecciones por dos tipos de factores, los ajenos a la intubación que van a depender del estado inmunológico del paciente y factores dependientes de la intubación, como la presencia del tubo endotraqueal, considerado un reservorio de microorganismos que contribuye a la comunicación de la vía aérea respiratoria superior e inferior favoreciendo la colonización. Debido a que estar expuesto a un estado de hiperglucemia crónica se ha relacionado a un deterioro de la actividad inmunológica propiciando el desarrollo de las infecciones, es recomendable tener un control de estos niveles mediante la hemoglobina glicada (HbA1c) que refleja la glucemia media del paciente de los 3 a 4 meses previos debido a que la glicación es un proceso bioquímico entre la fracción de la hemoglobina y algunos azúcares que sucede durante la vida media del eritrocito. El ensayo estructurado para determinar la prevención o retraso de las complicaciones ocasionadas por la diabetes, "Diabetes control and complications trial" (DCCT) ha demostrado que tener objetivos de hbA1c. **Palabras clave:** hemoglobina glicosilada, neumonía, ventilación mecánica, terapia intensiva, neumonía asociada a ventilación mecánica, hiperglucemia.

Folio: 0205

Tema: Infectología

Endocarditis pulmonar aislada sobre válvula nativa por *Streptococcus gallolyticus*

Noriega Ana Gisela¹, Sosa Rosa Elena², Mendoza Andrés², Molina Alejandro³, Canale Jesús Manuel³, Siordia Rodolfo Elías³, Rogel Jorge David⁴, Cossio Gerardo²

¹ Hospital Cima, Investigación Médica Sonora; ² Hospital Cima; ³ Hospital Cima Incor; ⁴ Investigación Médica Sonora

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) tiene una incidencia de 3 a 10 casos por 100 000 habitantes/año en países desarrollados. La afección de la válvula pulmonar es tan infrecuente que su evidencia se basa mayormente en reportes de caso, corresponde a menos del 2% de los casos de EI y su principal factor de riesgo es el abuso de drogas intravenosas. *Streptococcus gallolyticus* (biotipo 1 de *S. bovis*) es responsable de tan solo 6% de los casos de EI en Estados Unidos y se asocia con carcinoma de colon, pólipos adenomatosos y enfermedad diverticular. Se presenta caso de un paciente con endocarditis infecciosa de válvula pulmonar por *S. gallolyticus* sin factores predisponentes. **Presentación del caso:** Masculino de 68 de edad sin antecedentes personales patológicos, niega historia previa de afección cardíaca y uso de drogas intravenosas. Inicia en



Marzo 2018 con astenia, adinamia, hiporexia e hipertermia intermitente no cuantificada y sin predominio de horario acudiendo a valoración hasta Mayo 2018. Se hospitaliza por fiebre persistente y se realiza diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad por hallazgos en tomografía axial computada (TAC) negando cuadro típico. Durante internamiento se identifica anemia, leucocitosis (neutrofilia y linfopenia). Urocultivo y VIH negativos. Se egresa por mejoría clínica. En Junio 2018 acude a consulta de Medicina Interna por presentar fiebre y escalofríos. Se detecta esplenomegalia y se refiere a Hematología por probable proceso linfoproliferativo. Ingres a hospital para protocolo de estudio. Se realiza endoscopia y colonoscopia detectándose esófago de Barret y pólipos adenomatoso. Mediante TAC se detecta nuevamente neumonía con patrón de broncoaspiración, además de adenopatías retroperitoneales de aspecto inflamatorio y esplenomegalia. Se realiza aspirado de médula ósea reactivo sin datos de infiltración. Hemocultivo, complemento para coccidiodomicosis, anticuerpos adenovirus totales, procalcitonina, galactomanano y PCR para tuberculosis negativos. Anemia persistente. Se egresa con antibioticoterapia y se espera resolución de neumonía para valorar esplenectomía por sospecha de linfoma esplénico como cau-

sante de cuadro clínico. En julio 2018 se hospitaliza por reinicio de cuadro febril acompañado de bacteriemia con lesiones petequiales en miembros inferiores. Pruebas contra coccidiodomicosis, aspergillus, citomegalovirus, Epstein baar, herpes virus, hepatitis B y C, inmunoglobulinas totales y procalcitonina normales. TAC de tórax con nódulos difusos multifocales compatibles con neumonía. Ecocardiograma transtorácico demuestra FEVI 48% y regurgitación valvular aórtica, sin alguna otra afección detectada. En BAAF de nódulo pulmonar presencia de polimorfonucleares, muestras lavado bronquial normales y líquido pleural positivo para exudado. En agosto se obtiene hemocultivo positivo para *S. Gallolyticus* e inmediatamente se realiza ecocardiograma, en esa ocasión transesofágico, detectando vegetación de válvula pulmonar de 1.7cm x 0.9cm francamente móvil. Se realiza intervención quirúrgica de urgencia para retiro de vegetación y colocación de prótesis valvular pulmonar. Resultado histopatológico compatible con endocarditis bacteriana. **Discusión:** Ante un cuadro febril persistente es importante considerar la endocarditis infecciosa como diagnóstico diferencial, incluso a pesar de que el paciente no presente factores de riesgo. En nuestro caso el hemocultivo positivo para *S. gallolyticus* fue la pieza clave

para realizar ecocardiograma transesofágico. El diagnóstico precoz de EI es entorpecido por su presentación clínica inespecífica y debido a exigua incidencia, el diagnóstico precoz en válvula pulmonar nativa es aún más difícil. La presentación de casos como este son necesarios para mejorar la toma de decisiones en este tipo de padecimientos y permitir un diagnóstico oportuno.

Palabras clave: endocarditis infecciosa, válvula pulmonar, *Streptococcus gallolyticus*.

Folio: 0206

Tema: Neurología

Embolia grasa no traumática. Las consecuencias de la vanidad. Caso clínico

Rodríguez María Berenice, Castro Luis Javier, Rodríguez José Luis, Reyes Abraham Emilio, Malagón Karina, Morales Yazmin, Juárez Miriam

Pemex Hospital Central Norte

El síndrome de embolia grasa es un diagnóstico de exclusión, los síntomas difieren dependiendo del origen, a nivel cerebral hay una variedad de signos y síntomas, la etiología traumática es la más frecuente, sin embargo, se describen otras causas cuya sospecha será la clave principal para el diagnóstico, en este caso la aplicación de emulsiones grasas con fines estéticos fue el origen con manifestaciones neurológicas principalmente. Se trata de femenino de 52 años de edad,

originaria y residente de la Ciudad de México, antecedentes de importancia: hipertensión controlada, hiperprolactinemia, trastorno de ansiedad y depresión, espasmo hemifacial. Inicia su padecimiento un día previo tras aplicación de 100 ml de Vitamina E 850 mg y vitamina A 50.000 UI en ambos glúteos con somnolencia y malestar general al día siguiente sin respuesta a estímulos con relajación de esfínter vesical y anal, vómito gastroalimentario en una ocasión y movimientos tónico clónicos generalizados, se encontró frasco de clonazepam con 16 de 30 tabletas que inicio dos días previos. A su llegada al servicio de Urgencias con signos vitales: TA 120/90 mmhg, FC 100 por min, FR 20 por min, saturación 79% aa somnolienta, Glasgow 9, pupilas midriáticas, desviación de la mirada primaria a la derecha, nistagmo horizontal no agotable derecho, reflejo nauseoso presente, restos hemáticos en cavidad oral, taquicardica, sin soplos, respiratorios sin adventicios, abdomen con dolor en hipocondrio derecho, sin irritación peritoneal, extremidades pélvicas y torácicas fuerza 1/5. Se ministró flumazenil sin mejoría, resultados alterados: DHL 545 UI/L, CPK 799 UI/L, MB 28 UI/L, perfil toxicológico negativo, VSG 33 mm/hr, EGO: leucocitos 148, bacterias escasas, eritrocitos 20 por campo. TAC tórax helicoidal:

opacidades parcheadas con patrón en vidrio deslustrado, derrame pleural y atelectasia segmentaria. IRM de cerebro con múltiples lesiones hiperintensas en T2 y en Flair correspondiente a problema embólico.

Palabras clave: embolia grasa no traumática, vitamina, IRM cerebro, TAC tórax.

Folio: 0207

Tema: Reumatología

Lupus eritematoso sistémico de inicio tardío: presentación atípica agresiva con actividad neurológica y renal. Reporte de un caso

Ortega Jorge Arturo, Pérez Gabriel, Fernández David, Ramírez Alberto, Jiménez Yeimmy Zuyenn, Malagón José
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI
Dr. Bernardo Sepúlveda

Se define como LES de inicio tardío a aquel que se presenta en adultos mayores de 50 años. Comparado con otros grupos de edad existe menor actividad por SLEDAI, menor frecuencia de nefritis lúpica y de anti-dsDNA. Presentamos un caso en una paciente de la octava década de la vida con curso clínico fulminante por actividad renal y neurológica grave. Mujer de 70 años de edad con antecedentes de AR, HAS, TVP y TEP. Cursó con cuadro clínico agudo caracterizado por hematuria macroscópica con eritrocitos dismórficos, protei-

nuria no nefrótica y deterioro de la función renal con necesidad de hemodiálisis. Por laboratorio destacó hiperkalemia e hiperfosfatemia, anemia grave, linfopenia y trombocitopenia. Inmunológicamente con C3 bajo, Coombs positivo, factor reumatoide positivo, ANAs moteado fino 1:640 y mitocondrial 1:320, Anti-La, Anti-Ro y Anti-dsDNA positivos. Se concluyó LES con SLEDA-2K 18 puntos, por lo que se iniciaron pulsos de metilprednisolona IV. Durante su estancia presentó estatus epiléptico precedido por cefalea grave, con índice de Bortoluzzi de 8 puntos (alta probabilidad de atribución de los síndromes neurológicos a actividad lúpica), por lo que se inició tratamiento con sedación profunda y ventilación mecánica, agregándose Ciclofosfamida IV. En la RMN se observaron múltiples lesiones corticales hiperintensas en T2. El análisis de LCR reveló de anti-DNA positivos y ANA negativo, sin datos sugestivos de neuroinfección. La paciente evolucionó con síndrome de deterioro rostrocaudal, documentándose por neuroimagen hemorragia subaracnoidea Fisher IV no candidata a tratamiento neuroquirúrgico. A pesar del manejo interdisciplinario presentó deterioro clínico y defunción. La presencia de actividad neurológica y renal grave en LES de inicio tardío es inusual. El tratamiento de estas entidades debe ser agresivo e inmediato para mejorar desenla-



ces; sin embargo, el pronóstico sigue siendo sombrío en este grupo de edad.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, inicio tardío, neurolupus, estatus epiléptico, nefritis lupica.

Folio: 0208

Tema: Reumatología

Pancreatitis aguda como primera manifestación de actividad en lupus eritematoso sistémico: reporte de caso de un joven masculino

Muñoa Eduardo Daniel, Morales Alexei Humberto, Becerril Lizbeth Teresa, García Iveth Eunice, Pérez Mitzel Del Carmen, García Francisco Isai, González Fausto Miguel

Hospital Juárez de México

Masculino de 19 años, con los siguientes antecedentes de importancia. Apendicectomía: 20/12/2016. 2da. Hospitalización por infección de herida quirúrgica: 27/12/2016. PA: Inicia el 14/02/2017 con ictericia generalizada, astenia, adinamia, náuseas, vómito, úlceras orales y dolor abdominal en epigastrio, irradiado hacia la espalda. Acude al HJM, EF: TA: 90/60, FC: 70, ictericia tegumentaria, se integra síndrome de derrame pleural derecho. En el abordaje diagnóstico se realizó: TAC tórax y abdomen (pancreatitis Baltazar B, derrames pericárdico y pleural derecho). Integrando sepsis abdominal, pancreatitis y falla

hepática aguda, pancitopenia, y encefalopatía hepática West Heaven II, por lo que ingresa a UCI. Evolucionó con aumento de BD, BT, TGO, TGP y LRA. Se realiza biopsia hepática que reporta parénquima hepático con colestasis intracitoplasmática y canalicular, y esteatosis microvesicular focal. Clínicamente con datos de lupus eritematoso sistémico (LES) con actividad hematológica, renal y gastrointestinal, con criterios SLICC 2012. Se inician pulsos de metilprednisolona, con disminución de Cr sérica, bilirrubinas, transaminasas y lipasa. El 23/03/2018 cursa con deterioro del estado de alerta, fiebre y crisis convulsivas refractarias. Se solicita BH, procalcitonina: 58.90 ng/dL y punción lumbar (LCR incoloro, celularidad: 0, glucosa: 60 mg/dL, proteínas: 20 mg/dL). La RM de cráneo muestra EVC isquémico de cerebelo y edema cerebral. El paciente persiste con crisis convulsivas, deterioro hemodinámico y fallece. El dolor abdominal en LES puede ser secundario a manifestaciones gastrointestinales que ocurren en alrededor del 50% de los pacientes. La incidencia de pancreatitis en LES es de 0.7 a 4%, como primera manifestación en el 22% de los casos y se relaciona con actividad multiorgánica. Por eso la relevancia de este caso de un masculino joven que debuta con pancreatitis aguda y hepatitis lúpica como primeras manifestaciones de LES.

Palabras clave: pancreatitis, actividad, lupus, masculino, joven.

Folio: 0209

Tema: Oncología

Presentación de LNH variante NK con afección nasal unilateral confundidor de rinosinusitis micótica alérgica

Torres José David, Petarra Stefania, Cruz Dalia, Barragán Clotilde Guadalupe, Ávila Alfredo, Medina Eloy

Hospital Ángeles del Carmen

Objetivo: Presentar un caso de sinusitis crónica unilateral destructiva micótica que termina en diagnóstico de LNH variante NK descartando granulomatosis con poliangeitis.

Material y métodos: Masculino de 32 años con antecedente de rinitis alérgica con inmunoterapia e IgE elevada. Acude por congestión nasal importante de 3 años de evolución de predominio derecho con grandes tapones mucosos. Se somete a septoplastia y antrectomía con recurrencia a los 7 meses agregándose descarga retro-nasal mucopurulenta fétida, costras, halitosis y anosmia, con pobre respuesta a lavados quirúrgicos y antibióticos a base de ceftriaxona y quinolonas. A la exploración física: Faringe hiperémica, adenomegalias submaxilares dolorosas, mucosa nasal con residuos mucosanguinolentos; septum con mucosa erosionada y friable, secreción espesa costrosa

fétida amarillento-negrucza, perforación cartilaginosa y microperforaciones en hueso. Ausencia de cornete medio e inferior derecho y de mucosa en rama ascendente de maxilar derecho. Estructuras endonales izquierdas conservadas. Resto de la exploración normal. Laboratoriales de importancia: Hb 12g/dl, VCM 85.4 fl, HCM 27.8 pg, leucocitos 12 600/ Ml: neutrófilos 80%,bandas 1% linfocitos 11%, monocitos 7%, eosinófilos 1%, plaquetas 444 000/ Ml. Cr 0.91 mg/dl, PCR 65.3 mg/dl, VSG 40 mm/h, procalcitonina

Palabras clave: linfoma no Hodgkin, linfoma NK, rinosinusitis micótica alérgica, rinosinusitis unilateral, perforación septal.

Folio: 0210

Tema: Gastroenterología

Tumor solido pseudopapilar del páncreas

Flores Rómulo Omar, Wah Martín, Jaquez Joel Omar, Maldonado Hector Jesus, Martinez José Darío, Nañez Homero
Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José E González, Departamento de Medicina Interna, Monterrey, Nuevo León, México

Introducción: Descrito por primera vez por Frantz en 1959, desde 1996 es conocido por la OMS como tumor solido pseudopapilar del páncreas (TSPP). En el 2010 se clasificó como neoplasia maligna de

bajo grado. Es una tumoración rara y representa el 1-3 % de las neoplasias pancreáticas. Es más común en mujeres entre los 20-40 años. La clínica habitual es dolor o masa abdominal. Crece en similares proporciones en cabeza y cola de páncreas.

Caso clínico: Femenino de 37 años, sin antecedentes relevantes, con epigastralgia de 1 mes de evolución irradiada hacia flanco derecho. A la exploración se palpó masa epigástrica de 10cm, blanda, no móvil e indolora. En la TAC de abdomen contrastada se encontró una masa pseudoquística de 11x11cm en cuerpo y cola de páncreas. Se programó BAAF guiada por ultrasonido endoscópico (UE). El UE reportó lesión de 11 x 11cm en cuerpo y cola de páncreas, de bordes bien definidos, heterogénea y con porciones pseudoquísticas. La histopatología reveló un patrón de áreas sólidas, quísticas y pseudopapilares, células neoplásicas con citoplasma eosinofílico y beta-catenina +. Hallazgos consistentes con TSPP. Se realizó pancreatectomía distal y extracción de complejo ganglionar mesentérico. El reporte de las piezas quirúrgicas mostró una tumoración de 13x8.5x7 cm, con capsula integra, bordes quirúrgicos y complejo ganglionar negativos para malignidad. La histopatología corroboró el diagnóstico. Se decidió manejo expectante y tras 6 meses de seguimiento se reportó TAC de

abdomen negativa para proceso neoplásico. **Discusión:** El TSPP es una entidad rara, aunque la incidencia ha ido en aumento. El UE con BAAF ha demostrado ser una técnica valiosa para el diagnóstico con mínimas complicaciones. El marcador más sensible es la beta-catenina. Las metástasis locales o a distancia son infrecuentes. El tratamiento quirúrgico es el de elección y ofrece una sobrevida a 5 años superior al 95%, aun con metástasis.

Palabras clave: tumor solido pseudopapilar, pancreas, neoplasia, Ultrasonido endoscópico, Beta-catenina, masa abdominal.

Folio: 0211

Tema: Infectología

Actinomicosis como causa de disfagia en una paciente con artritis reumatoide

Carrillo María Betania, Montoya Hugo Quetzalcóatl
Hospital General Regional No. 1 Carlos Macgregor Sánchez Navarro

La actinomicosis es una infección bacteriana rara, de curso subagudo-crónico con incidencia anual de 1 en 300,000 habitantes. Afecta en su mayoría la región orofacial-cervical y los factores predisponentes incluyen mala higiene y trauma bucal, inmunosupresión y diabetes mellitus mal controlada. La sintomatología es inespecífica incluyendo fiebre y pérdida de peso con aparición de una



tumoración de crecimiento variable, por lo que puede imitar a la tuberculosis, nocardiosis o algún tumor maligno. La identificación microbiológica es difícil, lográndose solo en 50% de los casos por ser microaerofílicos o anaerobios estrictos. La tinción de Gram y la histopatología tienen mejor rendimiento, siendo los “gránulos de azufre” formados por bacterias ramificadas el hallazgo más característico. Se presenta el siguiente caso: Mujer de 69 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina con mal control, con última HbA1c 10.8% y artritis reumatoide en tratamiento con metotrexate 15gr semanales y ácido fólico. Acudió a valoración por presentar una tumoración submandibular izquierda de 1 año de evolución, de 2.5cm, indurada y adherida a planos profundos, agregándose 9 meses después disfagia inicialmente a sólidos y posteriormente a líquidos, con fiebre intermitente nocturna, diaforesis y pérdida de peso de 5kg en dos meses. Se realizó panendoscopia encontrando tumoración ulcerada desde el paladar blando hasta el vestíbulo laríngeo, tomando biopsias de los bordes. Se realizó tomografía de cuello con reporte de engrosamiento de mucosa faríngea y retrofaríngea con realce homogéneo y conglomerados ganglionares cervicales bilaterales, por lo

que se realizó biopsia de ganglio cervical. Se solicitó beta dos microglobulina, PPD, serie de 3 BAAR en expectoración y cultivo de hisopado faríngeo, siendo todos negativos. El reporte histopatológico de la biopsia de tumoración faríngea con tejido fibroconectivo y muscular con proceso inflamatorio agudo y crónico ulcerado con formación de microabscesos asociado a gránulos de azufre, estructuras compatibles con actinomicas, con necrosis extensa secundaria. El reporte histopatológico de la biopsia de ganglio con lindenitis reactiva inespecífica. Se inició tratamiento con penicilina y posteriormente amoxicilina con ácido clavulánico de forma ambulatoria durante 6 semanas con resolución de los síntomas.

Conclusiones: La actinomicosis debe ser diagnosticada de manera oportuna ya que la mortalidad se ha reportado hasta en 30%, con buen pronóstico si el tratamiento es acertado. El caso presentado se comportó como un probable proceso linfoproliferativo, lo que realza la importancia de considerar los diagnósticos diferenciales de etiología infecciosa en los pacientes inmunocomprometidos, obteniendo finalmente un curso clínico benigno con tratamiento antibiótico dirigido.

Palabras clave: actinomicosis, disfagia, inmunosupresión.

Folio: 0213

Tema: Endocrinología

Hiperaldosteronismo primario secundario a hiperplasia suprarrenal unilateral. Reporte de caso

Aguilar Juan Carlos, Guizar Luis Alberto, Davila Andrea, Rodríguez Mario Gabriel, Tamayo María Luisa, Cruz Erika Alejandra, Hernandez Isaac

UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, Ciudad de México

Introducción: El hiperaldosteronismo primario es una causa infradiagnosticada de hipertensión, la hiperplasia suprarrenal unilateral es una de las formas menos comunes de presentación, la prevalencia en la población general es menos del 1%, se caracteriza por la tríada clásica de hipertensión, hipocalemia inexplicable y alcalosis metabólica sin embargo solo del 9 al 37% presentan hipocalemia, la detección y tratamiento oportuno previene la morbilidad y mortalidad asociada a hipertensión arterial.

Objetivo: Presentar el caso de una mujer con hiperplasia suprarrenal unilateral como causa de hiperaldosteronismo primario. **Exposición del caso:** Mujer de 25 años de edad sin antecedentes de importancia, acude por presentar desde hace 3 meses crisis hipertensiva de tipo urgencia en tres ocasiones sin mejoría al tratamiento antihipertensivo, último evento de descontrol hipertensivo detectan hipocalemia que no mejora ante reposición acompañado de

alcalosis metabólica, se realiza PAC/PRA en 30 ng/dl, confirmando con prueba de solución salina, por lo que se realiza tomografía computarizada de abdomen reportando lesión tumoral de 4 cm en glándula suprarrenal izquierda, se continua protocolo de hipertensión arterial secundaria descartándose otras causas, ante hallazgos, se realiza adrenalectomía lumboscópica izquierda reportando glándula suprarrenal izquierda de 6x5cm con tumor de 4x4 cm, con histopatológico que reporta hiperplasia nodular y difusa de corteza suprarrenal izquierda con degeneración quística, con mejoría de cifras tensionales posterior al procedimiento. **Conclusión:** Mujer joven con hipertensión arterial secundaria a hiperaldosteronismo primario, la forma más común es la hiperplasia suprarrenal bilateral pero en este caso se presentó como unilateral siendo de las formas más raras de presentación, posterior al procedimiento quirúrgico presento mejoría de la tensión arterial, reportándose que hasta el 50% puede presentar remisión de la hipertensión.

Palabras clave: hipertensión arterial secundaria, Hiperaldosteronismo, Hiperplasia suprarrenal unilateral.

Folio: 0214

Tema: Endocrinología

Características clínicas y de laboratorio de 221 pacientes con cetoacidosis diabética en

un centro académico del noroeste del país

Jiménez Raúl Alberto, Román Marco Antonio, Benavides Daniel Eduardo, Rodríguez René, Tamez Héctor Eloy, Náñez Homero

Hospital Universitario Dr. José E González

Introducción: La cetoacidosis diabética es una de las complicaciones más severas y frecuentes en el paciente diabético. El pronóstico y características clínicas son heterogéneos; se estima que su mortalidad va desde un 1 a un 5% en países desarrollados. La prevalencia del país no ha sido documentada y los trabajos descriptivos sobre dicha entidad son escasos. Por lo que el objetivo del presente estudio es describir las principales características del paciente con cetoacidosis diabética diagnosticado en el departamento de urgencias del Hospital Universitario Dr. José E González.

Pacientes y métodos: Se realizó un análisis ambispectivo de pacientes con diagnóstico de cetoacidosis diabética en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Dr. José E. González. Se incluyeron 221 pacientes, de 18 años o mayores durante el período de 2015-2018. Se describen el género, la edad, pH, bicarbonato, brecha aniónica, hemoglobina, leucocitos, plaquetas entre otras variables clínicas y de laboratorio. **Resultados:** Se estudiaron 221 pacientes con diagnóstico

de cetoacidosis diabética, 106 (48%) hombres y 115 (52%) mujeres. De la totalidad del grupo 155 (70.1%) eran cetoacidosis severas, 54 (24.4%) moderadas y 12 (5.4%) leves. La media de glucemia fue de 471.68 (± 198.45), la de pH fue de 7.08 (± 0.16), la de bicarbonato fue de 7.9 (± 4.5). La media de hematocrito fue de 43.84 (± 9.05), de leucocitos 18.06 (± 15.06), de plaquetas 305.66 (± 123.51). **Conclusiones:** La cetoacidosis diabética es una complicación frecuente en el paciente diabético, la frecuencia de cetoacidosis severa encontrada fue mayor a la reportada en países desarrollados. Se deben encaminar esfuerzos para realizar estudios multicéntricos y prospectivos y así establecer la prevalencia de tan ominosa entidad.

Palabras clave: cetoacidosis, diabetes, adultos.

Folio: 0215

Tema: Dermatología

Síndrome de DRESS inducido por antifímicos: reporte de un caso

Vera Raymundo¹, Carrizales Edgar Francisco¹, De La Cruz Olga Norali¹, Flores Ana Cristina², Pérez Sandra Itzel², Náñez Homero¹

¹ Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José E González, Monterrey Nuevo León, México; ² Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México



Introducción: Se trata de una reacción de hipersensibilidad inducida por drogas, la cual es rara, idiosincrática y que puede comprometer potencialmente la vida. Se caracteriza por la presencia de manifestaciones cutáneas, alteraciones hematólogicas (eosinofilia, linfocitosis atípica), fiebre, linfadenopatía y manifestaciones sistémicas. Se presenta más comúnmente asociado al uso de anticonvulsivantes como la Carbamazepina. El síndrome de DRESS secundario al uso de antifúngicos se ha reportado poco en la literatura.

Reporte de caso: Una mujer de 24 años de edad acudió al servicio de urgencias con fiebre y rash cutáneo, 23 días previos a su ingreso había iniciado tratamiento con DOTBAL en fase intensiva por un diagnóstico de tuberculosis pulmonar. 5 días previos a su ingreso presentó fiebre, 3 días previos notó un rash cutáneo, máculo-papular, confluyente, pruriginoso en miembros, tórax y abdomen. La paciente se encontraba febril, con adenopatías cervicales, hepatomegalia palpable y el rash previamente descrito. En la biometría hemática, leucocitosis, a expensas de eosinófilos (2.38 k/uL), e hipertransaminasemia. Se estableció un diagnóstico de síndrome de DRESS inducido por antifúngicos, se suspendió temporalmente el manejo con DOTBAL y se inició prednisona a dosis de 30 mg al día. La paciente evolucionó adecuadamente y continuó

su seguimiento ambulatorio.

Discusión: Tiene un periodo de latencia de entre 2 y 8 semanas entre la administración del medicamento culpable y la aparición de los síntomas. Actualmente existen menos de 20 casos descritos en la literatura. El pilar del tratamiento se basa en la suspensión el medicamento culpable y la administración de esteroides sistémicos en los casos severos, lo cual representa el principal reto debido al riesgo de reactivación de la tuberculosis, aunque en la mayoría de los casos reportados no ha ocurrido.

Palabras clave: síndrome de DRESS, reacción cutánea a fármacos, eosinofilia, tuberculosis, DOTBAL.

Folio: 0216

Tema: Hematología

Linfoma anaplásico de células grandes con presentación leucémica: reporte de un caso

Alvarez María Elena, Pérez Fernando, González Nallely, Rodríguez Pablo César
Hospital Central Norte Pemex

Introducción: El linfoma anaplásico de células grandes (LACG) es un linfoma de células T poco frecuente y agresivo que pertenece al grupo de las enfermedades linfoproliferativas CD30+ y puede clasificarse según la expresión de la proteína quinasa del linfoma anaplásico (ALK). En general, se presentan como adenopatías rápidamente progresivas acompañadas de

síntomas B. **Objetivo:** Describir el abordaje diagnóstico de un caso de LACG con una presentación clínica atípica.

Caso clínico: Femenino de 71 años con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y dislipidemia mixta, así como alergia a penicilina, sulfas, complejo B, antihistamínicos y piroxicam tópico. Ingresó debido a un cuadro caracterizado por adenopatías inguinales izquierdas dolorosas y aumento de volumen en extremidad inferior ipsilateral de un día de evolución, así como astenia, tos seca y disnea de medianos esfuerzos de dos semanas de evolución. A la exploración física destacó la presencia de adenopatías en región inguinal izquierda dolorosas no móviles, la mayor de aprox. 8 cm de diámetro así como aumento de volumen de cadena ganglionar inguinal ipsilateral. Los exámenes de laboratorio mostraron linfocitosis (7,000/mm³) y niveles de deshidrogenasa láctica sérica elevada (579 UI/L). En el frotis de sangre periférica se observaron en el diferencial 60% de linfocitos maduros, morfológicamente atípicos (con núcleo hendido o lobulado y presencia de nucléolo). Un USG Doppler venoso descartó la presencia de trombosis y mostró ganglios linfáticos aumentados de tamaño de probable origen reactivo. Debido a estos hallazgos se realizó citometría de flujo en sangre periférica, en la que se detectó una población corres-

pondiente al 52% de las células linfoides con expresión fenotípica positiva de CD45, CD2 y positiva tenue a CD3, CD3c, CD5 y CD7 compatible con un proceso linfoproliferativo de estirpe T. La biopsia excisional de la adenopatía inguinal izquierda confirmó el diagnóstico de LACG (CD20 negativo, CD3 positivo, en células neoplásicas: CD4 negativo, CD5 negativo, CD8 negativo; CD30 positivo, Ki67 80%, TDT negativo, CD1A negativo). **Conclusión:** El LACG corresponde al 5% de todos los linfomas no Hodgkin, siendo más frecuente la expresión de ALK positiva en pacientes menores de 40 años. La presentación con un componente leucémico de esta entidad es poco frecuente y usualmente se asocia a una cuenta leucocitaria < 100,000/mm³. Según los patrones establecidos por la OMS, esta presentación se ha asociado con la variante de células pequeñas y en la mayoría de los casos el componente leucémico muestra la translocación t(2;5) (p23;q35). El diagnóstico en adultos es un reto clínico ya que puede ser confundido con un proceso inflamatorio o infeccioso. Las tasas de supervivencia en general son pobres, en casos ALK-negativos alrededor 49% a cinco años, aunque en aquellos ALK-negativos con re arreglos de DUSP22 esta tasa a 5 años se incrementa al 90%.

Palabras clave: linfoma, no Hodgkin, anaplasico, estirpe T, ALK.

Folio: 0217

Tema: Misceláneos

Comparación de la capacidad predictiva de mioglobina vs creatinina total para lesión renal aguda en pacientes con traumatismo

Palacios Elizabeth¹, Cerda Fidel², Elizalde César Iván¹, García Jorge Luis¹, Hernández Miriam Marcela¹, Vergara Fernando Iván¹, Suárez Juan²

¹ Hospital General Ticomán, Secretaría de la Ciudad de México; ² Hospital General Xoco, Secretaría de la Ciudad de México

Antecedentes: La lesión renal aguda como una complicación de rabdomiólisis es bastante común, representa aproximadamente del 7 al 10% de todos los casos de lesión renal aguda en los Estados Unidos. De América La verdadera incidencia de lesión renal aguda en la rabdomiólisis es difícil de establecer debido a las diferentes definiciones y escenarios clínicos. El objetivo de nuestro estudio fue comparar la capacidad predictiva de mioglobina, creatinina total y hemoglobina en orina para lesión renal aguda en pacientes con traumatismo comparando su sensibilidad y especificidad, así como su punto de corte para presentar la complicación. **Material y métodos:** Se identificaron todos los adultos mayores de 18 años con diagnóstico de traumatismo o politraumatismo de agosto 2017 a enero 2018 en

el Hospital General de Xoco de la Secretaría de la Ciudad de México, se realizó medición de mioglobina, creatinina total, niveles de creatinina y hemoglobina en orina a su ingreso. **Resultados:** La población de estudio se constituyó de 24 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, el intervalo de edad fue de 20 hasta los 79 años de edad, con predominio en el género masculino. Se compararon las áreas bajo la curva de las pruebas donde se determinó que no hay significancia estadística (p =0.266) para la creatinina de ingreso ya que mostró un área bajo la curva de 0.636, el intervalo de confianza al 95% se encuentra por debajo de 0.500 (IC 95% 0.385-0.886) Asimismo, la mioglobina de ingreso se observó en un área bajo la curva de 0.657 (p 0.198) (IC 95% 0.423-0.891). Además, encontramos una mejor asociación de predicción con los niveles de creatinina al ingreso con un área bajo la curva de 0.979 (p=0.00). Adicionalmente, se estimó el riesgo asociado, encontrando RR de creatinina al ingreso 1.42 (p= 0.680), mioglobina con RR 1.964 (p=0.92), hemoglobinuria RR 2.321 (p=.009), para niveles de creatinina al ingreso un RR 10 (p= .000). **Conclusiones:** En nuestro estudio los niveles de creatinina total y mioglobina no demostraron ser adecuados predictores de lesión renal al no haber diferencia significa-



tiva, sin embargo se encontró que los niveles de creatinina al ingreso tienen mayor capacidad predictiva de lesión renal aguda en pacientes con traumatismo e hiperckemia.

Palabras clave: lesión renal aguda, hiperckemia, rabdomiólisis, creatinina total, hemoglobina en orina, mioglobina.

Folio: 0218

Tema: Neurología

Síndrome de encefalopatía posterior reversible en paciente con hemorragia post parto y post paro cardiaco

Correa Freddy, Barra Dania Pamela, Rivera Cesar, González Jocelyn Raquel, Rojas Michelle Encarnación, Márquez Cintia Mónica, Hernandez Alejandro
Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

Introducción: La Encefalopatía Posterior Reversible (EPR) es un síndrome poco común que se manifiesta en el curso de patologías como eclampsia, sepsis, tratamiento con inmunosupresores, encefalopatía hipertensiva, entre otras. Se caracteriza por la presencia de cefalea, síntomas visuales, crisis convulsivas y alteración de la conciencia. La fisiopatología es desconocida sin embargo, el diagnóstico se sustenta evidenciando edema de la sustancia blanca de predominio occipital y parietal el cual se caracteriza por ser reversible. Usualmente se presenta como un episodio

único, pero en el 4 al 11% de los casos puede ser recurrente.

Objetivo: Presentar el caso de una paciente con síndrome de encefalopatía posterior reversible, secundario a hemorragia postparto y post paro cardiaco y revisión de la literatura. **Caso**

clínico: Paciente de 19 años de edad, sin antecedentes patológicos, cursando primera gesta, sin complicaciones durante el embarazo, que presenta sangrado transvaginal por lo que acude a atención a nuestra unidad hospitalaria. Se realiza diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad, por lo que se decide interrupción quirúrgica del embarazo, presentando atonía uterina, por lo que requirió histerectomía total abdominal, con sangrado de 5000ml, presentando paro cardiaco durante 3 minutos, sin embargo respondiendo a maniobras de reanimación. Ameritó transfusión masiva de concentrados eritrocitarios y plasmas frescos congelados, ingresando a unidad de terapia intensiva. Posteriormente se logra extubación, sin embargo, 5 días posteriores presenta cefalea y fosfenos, sin asociación con hipertensión arterial, un día después presenta amaurosis bilateral súbita, con recuperación parcial de la agudeza visual, hasta la hemianopsia de predominio nasogeniano derecho, agregándose al cuadro habla incongruente, fluctuaciones del estado de alerta, crisis convulsivas tónico-clónico ge-

neralizadas, sin revertir evento por lo que decide sedación e intubación, se logra destete de la ventilación 48 horas posteriores, presentando alteración del estado de alerta transitorios con periodos de ausencia y desorientación, el electroencefalograma no muestra ningún dato de actividad irritativa, con resonancia magnética con reporte de zonas hiperintensas en ambos lóbulos occipitales, **Conclusiones:** El síndrome de PRES es una entidad poco común sin embargo de gran relevancia al presentarse en pacientes en periodo puerperal, estando asociada a preeclampsia, eclampsia, hemorragia post parto, fluctuaciones en la presión arterial y transfusión sanguínea; en cuanto a la asociación con síndrome pos paro cardiaco, como en el caso de nuestra paciente, no existen datos estadísticos al respecto, pudiendo ser otro factor.

Palabras clave: encefalopatía posterior reversible, hemorragia obstétrica, postparo cardiaco, encefalopatía, edema cerebral vasogénico, resonancia magnética.

Folio: 0219

Tema: Misceláneos

Abordaje diagnóstico del paciente con síndrome confusional agudo a propósito de un caso

Uribe Roberto Salvador, Ibañez Laura Silvia, Macías Luis Alberto, García Yang David
Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutierrez ISSSTE

Se denomina síndrome confusional agudo al cuadro clínico de inicio brusco caracterizado por alteración del estado de alerta con afectación global de las funciones cognitivas, exaltación o inhibición psicomotriz que puede llegar al estupor o a la agitación, trastorno del ritmo vigilia-sueño, a continuación se presenta un breve resumen clínico de un paciente femenino de 67 años de edad sin antecedentes personales no patológicos de importancia, sin crónicos degenerativos o infecto contagiosos de importancia, independiente para las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria iniciando su padecimiento actual el día de su ingreso a hospitalización con sensación de malestar general, indiferencia al medio, debilidad en miembros pélvicos, pérdida de la memoria a corto plazo acudiendo a urgencias, a la exploración física con signos vitales TA 120/70, FC 112 lpm, FR 27 rpm Temp. 38.7 grados, Glasgow 9 puntos, presentando rigidez de nuca, Signo de Brudzinsky y Kernig ausentes, Binda presente, cardiopulmonar sin compromiso, extremidades integra sin datos de focalización. laboratorio y gabinete con Leucocitos 18.95, neutrófilos 16.24, Linfocitos 1.50, monocitos 0.95, Hemoglobina 11.2, Hematocrito 34.11, VCM: 76.2 HCM 24.9, Plaquetas 498, Glucosa 96, Urea 116.0, Creatinina 1, BUN 54.2 Na 137, K 3.63, Cl 95.7,

Examen General de Orina no Patológico, Rx. Tórax sin zonas de consolidación, Tomografía de Cráneo simple sin hipodensidades o hiperdensidades, EEG con patrón de onda lenta, Punción lumbar con el reporte de citológico y citoquímico con aspecto xantocrómico, glucosa 58mg/dL, DHL 56, proteínas 135 gr/dl, sedimento positivo +, pleocitosis a expensas de linfocitos 70% y neutrófilos 30% con material proteináceo, Se realizó resonancia magnética con gadolinio la cual mostró reforzamiento meníngeo sin hipo o hiperintensidades en resto de estructuras, se realizó perfil TORCH en líquido cefalorraquídeo, con IgM 82.6 con límite de 0.7, PCR para CMV positiva concluyéndose meningoencefalitis por citomegalovirus, cultivos y BAAR de líquido cefalorraquídeo sin identificación de microorganismos, al cabo del cuarto día del diagnóstico se inició manejo con ganciclovir y dexametasona, completando manejo por 14 días con mejoría parcial del estado neurológico, recuperando el estado de alerta sin embargo quedo como secuelas dislalia y paraparesia. La detección oportuna de la etiología del síndrome confusional agudo puede cambiar el pronóstico de un paciente, ejemplificándose el protocolo de estudio en un síndrome confusional agudo, en este caso siendo la etiología viral debe recordarse que el tratamiento; debe iniciarse

dentro de las primeras 48-72 hrs para evitar complicaciones. Es importante hacer una semiología adecuada desde el primer contacto con el paciente con el objetivo de identificar la etiología del cuadro clínico y aun con mas profundidad en el síndrome confusional agudo. Este es el caso de una paciente femenina sin antecedentes de importancia, quien se encuentra en protocolo de estudio ante la sospecha de algun inmunocompromiso debido a la que la etiología viral en las neuroinfecciones en el paciente adulto es poco común. La infección por citomegalovirus está bien documentada en pacientes con inmunocompromiso, sin embargo se han descrito algunos casos en adultos inmunocompetentes

Palabras clave: meningeos, pleocitosis, meningitis, citomegalovirus, ganciclovir, semiología

Folio: 0221

Tema: Otros

Coinfección de *Mycobacterium tuberculosis* y *Pneumocystis jirovecii* como sospecha en patron quístico pulmonar en paciente con infección por VIH: la búsqueda intencionada
Alvarez Natalia

Universidad Autónoma de Nuevo Leon. Hospital Universitario de Monterrey

Introducción: Existen varias publicaciones con coinfección de más de un microorganismo



en la mayoría de los órganos internos. Sin embargo, hay pocos informes sobre la coinfección de un órgano interno como el pulmón con dos microorganismos. En imagen por TAC, la infección por PJ en paciente con VIH se representa hasta el 56% con lesiones quísticas, seguidas de “vidrio despulido” en el 44%; con extensión difusa en el 57%. Sin embargo, la tuberculosis pulmonar en pacientes con VIH se presenta en su mayoría por adenopatías hiliares y mediastínicas, acompañadas de pleuritis, con menor frecuencia lesiones cavitadas.

Caso Clínico: Masculino de 25 años de edad, residente del penal, con uso de drogas. Refiere pérdida de peso aproximada de 10 kg en 3 meses, tos irritativa y diaforesis nocturna de 3 semanas. Se documenta linfopenia y positividad para VIH. En la TAC de alta resolución, se observan lesiones quísticas difusas bilaterales y adenopatías mediastínicas múltiples. Se obtuvo por broncoscopia: BAAR de LBA positivo, GenXpert de LBA (+) para *M. tuberculosis* sensible a Rifampicina y biopsia transbronquial de área de consolidación (+) para *P. jirovecci*. Se inició DOTBAL y se completa esquema de Trimetopim con Sulfametoxazol + Prednisona como tratamiento para infección por *P. jirovecci*. **Discusión:** La coinfección pulmonar de *M. tuberculosis* y *P. jirovecci* es poco frecuente que se reporte, y en muchas ocasiones, es por

la falta de búsqueda intencionada de los mismos. Recientes estudios reportan una tasa de coinfección de estos patógenos oportunistas de al menos el 10%. Hasta el momento, no existe en México reporte de la incidencia de la misma. **Conclusión:** La búsqueda intencionada de ambos debe ser mandatoria y se sospecha en aquellos pacientes que cuenten con conteo de CD4 < 200 cel/uL, con clínica e imagen sugestiva, y debe considerarse cuando una de ellas es diagnosticada y no presenta mejoría con el tratamiento dirigido. Se recomienda tratar ambas enfermedades.

Palabras clave: coinfección, tuberculosis pulmonar, *Pneumocystis jirovecci*.

Folio: 0223

Tema: Neurología

Índice leuco/glucémico asociado a complicaciones en isquemia cerebral aterotrombótica

Hernández Miriam Marcela¹, Lozano José Juan¹, Suarez Juan Antonio², Mendoza Elizabeth³, Palacios Elizabeth¹, Vergara Fernando Iván¹, González Francisco Javier¹, Villanueva Jonathan¹

¹ Hospital General Ticoman. Secretaría de Salud CDMX; ² Hospital General Xoco. Secretaría de Salud CDMX; ³ Hospital General Rubén Leñero. Secretaría de Salud CDMX;

Antecedentes: La glucemia y la determinación de leucocitos

séricos al ingreso han demostrado importancia pronóstica en pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC) de tipo isquémico. El índice leuco/glucémico (ILG) es recientemente estudiado como marcador pronóstico, sin embargo se carece de conocimiento sobre su valor. **Objetivo:** Evaluar el ILG como marcador pronóstico de mortalidad y complicaciones en pacientes con EVC de tipo isquémico aterotrombótico. **Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo en 72 pacientes con enfermedad vascular de tipo isquémico aterotrombótico durante la fase aguda del infarto, que ingresaron entre enero y diciembre de 2017 al servicio de Medicina Interna del Hospital General Ticomán. Se recogieron datos clínicos y de laboratorio, incluyendo glucemia y leucograma al ingreso, a partir de los cuales se calculó el ILG y se evaluó su valor pronóstico, así como su relación con las escalas de NIHSS y Rankin y/o con la mortalidad a 21 días. **Resultados:** Los pacientes con un mayor número de complicaciones durante la hospitalización presentaron valores superiores de ILG ($p = 0.02$). Se obtuvo un valor ≥ 900 como punto de corte; los pacientes con valores superiores presentaron 3 veces mayor probabilidad de complicaciones durante la hospitalización (odds ratio = 3.02; IC95 (1.03 a 9.9 $p = 0.04$), por lo que el ILG constituyó un predictor

significativo. **Conclusiones:** El ILG se relacionó con una mayor severidad de enfermedad vascular cerebral en las escalas de NIHSS y Rankin, además el ILG se asoció con las complicaciones intrahospitalarias.

Palabras clave: Enfermedad vascular cerebral de tipo isquémico, índice leuco/glucémico, complicaciones, mortalidad.

Folio: 0224

Tema: Neurología

Leucoencefalopatía tóxica por inhalación de tolueno. Reporte de caso

Ibarra Kevin, Solís Daniel Antonio, Esquivel Gonzalo Enrique, Hidalgo Diego Antonio
Instituto Mexicano del Seguro Social

Las leucoencefalopatías son alteraciones que afectan la sustancia blanca encefálica. Se presenta un reporte de caso de una mujer por intoxicación por inhalantes (tolueno). Femenino de 27 años de edad, con antecedente de ingesta de alcohol e inhalación de thinner de manera intermitente. Motivo de consulta : inicia aproximadamente 24 hrs previas a su ingreso, con dolor abdominal difuso, de intensidad moderada, acompañado de intolerancia a la vía oral; posteriormente progresa con deterioro del estado de despertar sin respuesta a estímulos por lo que es trasladada al servicio de urgencias, se recibe con

frecuencia cardíaca de 120, taquipneica, saturación de oxígeno: 85%, temperatura: 37°C, tensión arterial 90/60, palidez de tegumentos, estuporosa, pupilas midriáticas hiporreactivas, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, tórax con presencia de ruidos respiratorios en ambos hemitórax, abdomen asigológico, extremidades sin edema. Laboratorios: pH 6.8 pCO₂ 20, pO₂ 53, HCO₃: no detectado, leucocitos 17,100, neutrofilos 11,800, Hb 10 Hto 35, Pla_q 388 mil, glucosa 415, urea 29, BUN 19, creatinina 1.27, colesterol 194, Ca 9.3, K 5.4, Na 140, Cl 110, EGO: pH 6, proteínas ++. glucosa ++, cetonas indicios, leucocitos 1-3 por campo. Amilasa 66 DHL 204, CK-MB 26. Electrocardiograma y radiografía de tórax normal. Se procede a intubación, presenta múltiples crisis convulsivas, se maneja como estado epiléptico. Punción lumbar con recuento celular 2, glucosa 57, proteínas 36. Debido a la evolución clínica, se diagnóstica intoxicación por thinner (tolueno). Ingres a unidad de cuidados intensivos para continuar tratamiento. Las características de la RM cerebral incluyen: lesiones hiperintensas prominentes en T2 y FLAIR de predominio frontal, con hipointensidad en T1, localizadas en sustancia blanca periventricular.

Palabras clave: leucoencefalopatía, inhalantes, tolueno, desmielinización, acidosis, thinner.

Folio: 0226

Tema: Neurología

Brote psicótico como primera manifestación de lupus eritematoso sistémico

Hernández Miriam Marcela¹, Mendoza Elizabeth², Lozano José Juan¹, Vergara Fernando Iván¹, Palacios Elizabeth¹, Estrada Martín¹, Espinosa Maryjose¹, Carrillo Brenda Margarita³

¹ Hospital General Ticoman. Secretaria de Salud CDMX; ² Hospital General Ruben Leñero. Secretaria De Salud CDMX; ³ Centro Médico ABC

Describir las características clínicas, así como abordaje diagnóstico del caso clínico de una paciente con lupus eritematoso sistémico (LES) que debutó con brote psicótico. Mujer de 26 años de edad sin antecedentes. Inició su padecimiento actual al presentar cambios conductuales con periodos de agitación psicomotriz y agresividad, fue encontrada en un su cuarto con pérdida del estado de despierto y aparente consumo de carbamazepina con intensión autolesiva, motivo por el cual fue llevada al servicio de urgencias, desde su ingreso la paciente persistió con agitación psicomotriz. Se encontró femenina de edad aparente igual a la cronológica, con múltiples hematomas antiguos en las cuatro extremidades, huellas de rascado, mala higiene. Despierta, no atenta, resto no valorable. Pupilas de 3 mm de diámetro, reflejo pupila-



res conservados, maniobra de foix sin asimetría facial, reflejo nauseoso presente, lengua sin asimetrías. Moviliza las 4 extremidades, resto no valorable. Ausencia de movimientos anormales y reflejos patológicos. Sensibilidad normal, REMS ++/++++. PL: Transparente, glucosa de 55, proteínas de 27, células 5. TP 17, TPT 33.5, INR 1.37, Leu 2.43, Hb 8.7, Hto 28.4, VCM 86.1, plaquetas 109 000, neutrófilos 1.99, linfocitos absolutos 0.33, creatinina 1.46, Niveles séricos de carbamazepina 21.6 mcg/ml. Anticuerpos antinucleosoma >200, Anticuerpos antiDNA doble cadena 70.1 EEG se reportó anormal, por presencia de disfunción severa generalizada, sin actividad epiléptica, catalogándose como primer episodio psicótico en estudio. Durante su estancia además de realizaron múltiples estudios concluyéndose LES con actividad neurológica, hematológica, y renal, iniciándose tratamiento con inmunosupresor presentando mejoría. **Conclusión:** La afectación cerebral difusa en LES puede ser de difícil diagnóstico debido a su escasa expresividad biológica, es probable que algunos pacientes que debuten con algún trastorno psiquiátrico (psicosis, 8%) no sean diagnosticados ya que se describen excepcionalmente. **Palabras clave:** lupus eritematoso sistémico, brote psicótico, actividad neurológica, renal y hematológica.

Folio: 0227

Tema: Hematología

Síndrome hemofagocítico secundario a sarcoma de Ewing

Cruz Erika Alejandra, Guizar Luis Alberto, Dávila Andrea, Tamayo María Luisa, Rodríguez Mario Gabriel, Aguilar Juan Carlos, Hernández Isaac

Instituto Mexicano del Seguro Social

Sarcoma de Ewing y PNET comprenden el mismo espectro de tumores de la familia del sarcoma de Ewing; es el segundo tumor más frecuente de infancia y adolescencia. La incidencia en pacientes de 10-19 años oscila entre 9 y 10 por millón de personas. Los sitios primarios de la enfermedad: extremidades inferiores 41%, pelvis 26%, tórax 16%, extremidades superiores 9%, otros sitios: 11%. Histológicamente se componen de células pequeñas redondas que expresan altos niveles de CD99. Síndrome hemofagocítico se caracteriza por activación inmune, resultado de disfunción de células natural killer, las principales manifestaciones son: fiebre, citopenias, hipertrigliceridemia y/o hipofibrinogenemia; la incidencia es de 1.2 casos/millón de personas la año. Se asocia principalmente a causas infecciosas, neoplasias linfoproliferativas, autoinmunes y metabólicas. A continuación se presenta el primer caso del que se tiene conocimiento entre la asociación de sarcoma de

Ewing con síndrome hemofagocítico. Femenino de 18 años sin antecedente de importancia, posterior a lesión contusa en región lumbar, posterior a esto presentar sangrado transvaginal así como dolor en región sacra EVA 10/10, incapacitante para deambulacion, se realiza RMN con lesión tumoral en región sacra L5-S5; en toma de biopsia: células pequeñas, redondas y azules; se envía a Inmuno-histoquímica: diagnóstico de Sarcoma de Ewing atípico (WT1, KI67, CD 56, Vimentina, Desmina positivo Ingresar por dolor en región sacra EVA 10/10 con laboratorios de ingreso: Na 142 K 3.39 Cl 102 Ca 13.2 P 3.3 Mg 2 Alb 3.3 CaC 13.8 Tag 371 DHL > 2000 Ferritina 1573 Hb 7.5 (previa 9.6 USG abdominal: Esplenomegalia. Aspirado de médula ósea: se observa histiocitos y macrófagos con actividad fagocítica donde se observan detritus y células de su citoplasma, además de células plasmáticas con núcleo excéntrico, cromatina heterogénea con halo peri nuclear y abundantes vacuolas intracitoplasmáticas; concluyendo meiloptisis y hemofagocitosis. **Palabras clave:** hemofagocítico, sarcoma, Ewing.

Folio: 0228

Tema: Infectología

Reto diagnóstico en infectología

Treviño Francisco², Lucas Herzain¹, Montiel José Sabino²,

Arbeu Marlene², Valdín Tania Isabel², Cameras Sara Elizabeth³

¹ IMSS HGZ 20; ² Hospital Universitario de Puebla; ³ Hospital General de México

Introducción: Se trata de una enfermedad crónica caracterizada por la formación de abscesos, fístulas y fibrosis. Puede imitar algunas enfermedades malignas o granulomatosas y principalmente afecta tejidos blandos de cabeza y cuello. La presentación en esta topografía ocurre en el 50% de los casos, mientras la afección al sistema nervioso central, torácico, abdominal y pélvico ocurre con menor frecuencia. El microorganismo causal fue descrito originalmente en 1878 por Israel y posteriormente por Wolfe. Se trata de una bacteria gram positiva, anaeróbica que no es formadora de esporas y puede organizarse en filamentos cocoides. Algunos factores que pueden predisponer a la infección son caries, extracciones o infecciones dentales y patología gingival ya que forma parte de la flora oral.

Objetivo: Concientizar acerca de una enfermedad poco común y frecuentemente mal diagnosticada. **Exposición del caso:** Se trató de un varón de 36 años previamente sano, sin antecedentes relevantes para su padecimiento actual. Acudió a urgencias por sufrir lesión por arma de fuego en región facial izquierda. Ingresó sedado, con apoyo mecánico ventilatorio e

inestabilidad hemodinámica. Se interconsultó a oftalmología y se encontró estallamiento del globo ocular izquierdo con cuerpo extraño metálico en el párpado homolateral. Cirugía plástica encontró fractura multisegmentada de piso de órbita malar y maxilar inferior con pérdida del tejido óseo, por lo que realizó reconstrucción facial. Se reconstruyó el piso de la órbita, se colocaron miniplaca y tornillos y se colocó placa en L en el maxilar inferior. Ameritó traslado a la unidad de cuidados intensivos, en donde permaneció más de tres semanas. Durante su estancia hospitalaria se realizaron traqueostomía y gastrostomía. Se tomaron múltiples cultivos de hemicara izquierda, en los que se encontraron *P. aeruginosa* MDR y *S. aureus* meticilino-resistente. Recibió tratamiento con ceftriaxona, amikacina, ceftazidima y meropenem, con adecuada respuesta. Posteriormente fue egresado a hospitalización general en donde se retiraron la traqueostomía y gastrostomía, se realizaron cirugías faciales adicionales y se colocó prótesis ocular. Días después se encontraron lesiones submandibulares indoloras, con aumento de volumen, eritematosas y con deformidad de la región. Se puncionaron los abscesos y el RHP describió un infiltrado inflamatorio mixto con acúmulo de polimorfonucleares, con granos multilobulados basófilos y eosinófilos, con bacterias

Gram positivas, compatible con actinomicosis cervicofacial. El tratamiento definitivo fue con clindamicina alternada mensualmente con amoxicilina durante 6 meses. **Conclusiones:** Se trata de una enfermedad cuyo diagnóstico se dificulta por lo poco prevalente que es. No obstante, es importante tenerla en mente, pues su tratamiento no suele ser problemático y tiene buen pronóstico si se aborda a tiempo. Puede dejar secuelas, aunque usualmente se resuelve por completo.

Palabras clave: infectología, reto, infección, bacteriana, diagnóstico.

Folio: 0229

Tema: Infectología

Endocarditis por *Histoplasma capsulatum* como causa de fiebre de origen desconocido

Cornelio Ramon Dario, Aburto Elsa, Ramos Gustavo Jony, Solis José Gabriel, Amores Carlos Alberto, Jimenez José Omar, Noyola Maura Estela
Centro Médico Nacional Siglo XXI H. Especialidades

Introducción: La fiebre de origen desconocido continúa siendo uno de los retos diagnósticos más desafiantes y difíciles en la actualidad y requiere de un abordaje diagnóstico extenso en donde se pone a prueba toda la capacidad del médico para realizar el abordaje diagnóstico oportuno. Hasta el momento no existe un algoritmo diagnóstico que sea efectivo y



reproducibles en todos los pacientes. **Caso clínico:** Mujer 61 años. Con diagnóstico de artritis reumatoide en 2012 tratamiento con metotrexate y cloroquina, en octubre 2016 se decide cambiar a sulfasalazina por hallazgo de neutropenia. En noviembre 2016 inicia con fiebre y diaforesis, patrón remitente de 38 a 39 C°, linfadenopatía cervical, pérdida de peso de 12 kg y neutropenia asociada a los picos de fiebre. Aspirado de médula ósea hiper celular sin evidencia de proceso linfoproliferativo, $\beta 2$ microglobulina negativa, hemocultivos, urocultivos, cultivos de expectoración y mielocultivos negativos. Febrero 2017 continua con fiebre y desarrolla soplo aórtico mesosistólico intensidad II/IV, ECOTT reporto aorta trivalva con presencia vegetación en la valva no coronaria de 9 x 8.5 mm. se inicio esquema antibiótico con vancomicina, ceftriaxona, sin respuesta clínica y ECOTT de control, con incremento de las dimensiones por lo que se realizo remplazo valvular con prótesis valvular biológica. el reporte histopatológico de tejido valvular nativo con extensa fibrosis hialinizada, con un infiltrado inflamatorio mononuclear con tejido de granulación, y material fibrino necrótico adosado, con presencia de microconidias agrupadas de 2 a 3 micras de diámetro, con tinciones de histoquímica PAS y Grocott positivo, sugestivo

de endocarditis infecciosa por histoplasma capsulatum. Se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal (3 mg/kg día), durante 14 días, cursando con mejoría considerable y resolución del cuadro febril, se continuo con itraconazol por 12 meses con adecuada respuesta clínica. **Conclusiones:** La endocarditis es una manifestación de la infección diseminada por H. Capsulatum, muy rara (1%). Se asocia con una morbilidad y mortalidad alta (50%). En los casos descritos sobre endocarditis por histoplasma, la infección generalmente involucra las válvulas aórtica o mitral y se asocia con alto riesgo de embolización sistémica (58%). Generalmente es un diagnóstico que se realiza tardíamente, en donde el mayor rendimiento diagnóstico es dado por la histopatología e inmunofluorescencia de muestras de tejido, junto con los estudios serológicos, ya que los hemocultivos o cultivos de médula ósea en los casos previos reportados son positivos en menos de un 20 % de los casos. **Palabras clave:** fiebre de origen desconocido, endocarditis, *Histoplasma capsulatum*.

Folio: 0230

Tema: Otros

Insuficiencia cardíaca terminal, ¿paliarnos lo suficiente?

Macías Areli Teresita, García Yessica, Navarro Fabián Alonso, López Gabriel Raymundo, Heded Ana Isabel, Altamirano

Cynthia Viridiana, Montejo Gustavo

Universidad de Guadalajara.
Hospital Civil de Guadalajara
Dr. Juan I Menchaca

Introducción: La insuficiencia cardíaca terminal representa la enfermedad no oncológica que demanda más atención en cuidados paliativos, a pesar de corresponder a 5% de la totalidad de los pacientes con insuficiencia cardíaca. La sobrevivencia menor de 6 meses de dichos enfermos, crea la necesidad de un diagnóstico y tratamiento oportuno para optimizar la calidad de vida en la fase terminal de la enfermedad. **Objetivos:** Identificar a los pacientes en estadio terminal de la insuficiencia cardíaca que acuden a una institución hospitalaria de 2do nivel, para integrarlos en los protocolos de atención de la Unidad de Cuidados Paliativos. Conocer el contexto social y de salud de los pacientes con insuficiencia cardíaca terminal en el momento de la defunción. **Métodos:** Se realiza estudio longitudinal en 77 pacientes con insuficiencia cardíaca terminal, de acuerdo a los criterios de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, atendidos en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, durante el período de enero 2017 a abril 2018. Fueron excluidos cuatro pacientes por lo completar el seguimiento. Tras la captación, se incorporaron a los

protocolos de atención de la Unidad de Cuidados Paliativos Institucional, con seguimiento telefónico o domiciliario a los 6 meses para conocer el contexto de la defunción, si esta había acontecido. A los pacientes vivos en la valoración subsecuente, se efectuó evaluación de los síntomas mediante la escala Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), y ulterior toma de decisiones para la paliación apropiada del síntoma. **Resultados:** De los 73 pacientes incluidos, 58.9% fueron mujeres, edad promedio 54.9 años (DE +/-22.2 años), fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) 35% (DE +/-0.18%), puntuación ESAS al ingreso 51.34 puntos (DE +/-19.3 puntos). En el seguimiento, se reportó el fallecimiento de 31 pacientes (42.46%), de los cuales en su captación contaban con FEVI $\leq 40\%$ (51.61%), las principales causas de defunción fueron de origen cardíaco (45.16%). Las defunciones ocurrieron en su mayoría en una unidad hospitalaria (64.51%), acompañamiento por familiares en 77.41% de los casos, sin embargo se encontraron 12.9% pacientes que fallecieron solos. A pesar de contar con más de 12 semanas de atención paliativa, se observó una tendencia a fallecer en hospitales 16.12% en comparación con los pacientes cuya defunción ocurrió en su domicilio (6.54%) ($p=0.69$).

El 54.83% de los pacientes fallecidos recibieron menos de 4 semanas de atención paliativa. Asimismo, el 83.87% de los familiares de los enfermos, mencionaron se proporcionó información suficiente sobre la enfermedad del paciente y su pronóstico, sin observar diferencias en el grado de información y el tiempo de atención paliativa (menos de 4 semanas de paliación 45.15%; más de 12 semanas 19.35%) ($p=0.74$). Se identificó un menor número de reingresos hospitalarios en los pacientes que contaron con más de 12 semanas de atención paliativa, en comparación con aquellos que recibieron menos de 4 semanas de cuidados paliativos (22.58% frente a 58.06%) ($p=0.005$). A su vez, de los pacientes vivos al seguimiento, se observó una reducción de la puntuación ESAS en relación a la estimada a su ingreso al programa (ESAS 48.5 puntos DE +/-20.22 al ingreso, y 28.71 puntos DE +/-22.68 en el seguimiento) ($t=0.00$). **Conclusiones:** La implementación de los cuidados paliativos en insuficiencia cardíaca terminal ha demostrado disminuir la severidad de los síntomas y el número de reingresos hospitalarios. Sin embargo, la labor continúa, puesto que los pacientes aún acuden a unidades hospitalarias al final de la vida, fallecen lejos de su hogar e inclusive, sin compañía en algunos casos. Difundir el ejercicio de la atención paliati-

va permitirá mejorar el control de síntomas, acompañamiento adecuado y el acontecimiento de defunción en su domicilio para una transición más digna a la muerte.

Palabras clave: insuficiencia, cardíaca, terminal, cuidados, paliativos.

Folio: 0231

Tema: Oncología

Respuesta patológica completa de carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cérvix. Reporte de caso y revisión de la literatura

Cárdenas María Fernanda³, Gómez Gabriela Sofía¹, González José Luis², Castro Julio Fernando³

¹ Servicio de Anatomía Patológica y Citopatología de Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la Universidad Autónoma de Nuevo León; ² Centro Universitario contra el Cáncer de Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la Universidad Autónoma de Nuevo León; ³ Departamento de Medicina Interna del Hospital General de Zona Número 04 del Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cérvix (CNECPC), representa del 0.5 a 6 % del global de carcinomas cervicales. Afecta generalmente a mujeres jóvenes y tiene un comportamiento biológico agresivo independientemente de la etapa clínica en la que se



diagnostique. Las opciones terapéuticas de estas pacientes son limitadas y por la rareza de la enfermedad, no hay un estándar de manejo. La evidencia sugiere que algunas drogas activas son el cisplatino y etopósido. Nosotros reportamos un caso de una paciente con respuesta completa a estas drogas con remisión actual de la enfermedad.

Caso clínico: Paciente femenino de 48 años, con diagnóstico de carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cérvix EC IIIB, con un comportamiento agresivo de la enfermedad, a la que se le ofreció tratamiento con quimiorradioterapia concurrente con etopósido y cisplatino, presentando una disminución importante de la tumoración hasta presentar respuesta clínica completa, se realiza histerectomía radical con bordes negativos. Al examen patológico de la pieza quirúrgica, solo se revela cambios secundarios a radiación, sin evidencia de tumor. Actualmente la paciente tiene una sobrevida libre de recurrencia de 18 meses. Se realiza revisión de la literatura. **Conclusión:** El carcinoma neuroendocrino de cérvix es una enfermedad de muy pobre pronóstico donde no existe un estándar de tratamiento, pero se sugiere que debe ser multimodal, nosotros logramos una respuesta patológica completa y se obtuvo una sobrevida libre de recurrencia mayor que la reportada en la literatura para la etapa clínica de la paciente.

Palabras clave: carcinoma neuroendocrino de cérvix, tumor neuroendocrino, carcinoide, carcinoma de células pequeñas del cérvix.

Folio: 0232

Tema: Infectología

Neoplasias sincrónicas en un paciente VIH naïve

Amaro Néstor, Hernández María Luisa, Blancas Omar, Fonseca Juan José
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El sarcoma de Kaposi y varios tipos de linfomas de células B agresivos ocurren más a menudo en pacientes con linfocitopenia. En aquellos pacientes con SIDA, la prevalencia de este tipo de neoplasias se encuentra cerca del 30%. Sin embargo la presentación sincrónica de estos, ha sido documentada en pocos casos.

Reporte de caso: Hombre de 34 años con diagnóstico de VIH; 2 meses previo a su ingreso, sin tratamiento. Carga viral inicial de 629235 copias/ml y 18 cél. CD4+. Ingresó por cuadro de crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas, sin mejoría posterior del estado neurológico. A su ingreso inatento, con poca respuesta a los estímulos verbales, en mal estado general, a la exploración con hipotrofia muscular generalizada, cavidad oral con lesiones blanquecinas, adenopatías cervicales de 1-2 cm de diámetro, no dolorosas y fijas a planos profundos, a

nivel abdominal se identifica hepatomegalia no dolorosa, y adenopatías inguinales de 1 cm. Se detecta pancitopenia a su ingreso. El abordaje inicia con tomografía simple de cráneo sin evidencia de lesiones isquémicas o hemorrágicas, se realiza punción lumbar, en el LCR; 0 células, niveles de cloro, glucosa y proteínas normales, visión directa y cultivos para micobacterias y hongos negativos. ADA negativo, GeneXpert y PCR multiplex de líquido cefalorraquídeo sin identificación microbiológica ni micológica, VDRL en LCR negativo. Perfil viral de hepatitis e IGG para toxoplasma y CMV negativos. En el abordaje por la pancitopenia, se realiza aspirado de médula ósea, en su visión directa sin alteraciones, identificación y cultivo para micobacterias e histoplasma, sin desarrollo. Se inició tratamiento antituberculoso a prueba, por sospecha tuberculosis ganglionar. Se realiza biopsia de ganglio cervical, sin reportar células atípicas o neoplásicas, baciloscopia y cultivo de micobacterias, negativos. Se realiza tomografía de cuatro la cual reporta enfermedad linforproliferativa con participación ganglionar en todos los niveles del I al V, compatible con VIH Vs linfoma y probable hemangioma hepático, por el hallazgo de se realiza ultrasonido doppler hepático el cual reporta: hígado y bazo con múltiples lesiones nodulares en probable relación con

proceso inflamatorio de origen granulomatoso. Se decide el inicio de terapia antirretroviral con raltegravir / emtricitabina /tenofovir. Cursa con nueva aparición de adenopatías cervicales en región submandibular, cadena cervical lateral, aumento de volumen de adenopatías inguinales de manera bilateral, todas ellas móviles, dolorosas a la palpación y a la movilización, con hepatomegalia y hepatalgia, además de macula purpúrica ulcerada, en región dorsal del pie derecho. Se realiza nueva toma de biopsia de ganglio submandibular, así como biopsia de piel. Por sintomatología se considera un probable síndrome de reconstitución inmunológica paradójico por probable linfoma asociado a VIH y también secundario a probable tuberculosis extrapulmonar con compromiso ganglionar. De manera progresiva presenta deterioro neurológico por lo que se realiza resonancia magnética con datos compatibles con leuco encefalopatía multifocal progresiva. Se solicita identificación de virus JC en LCR, positivo. Posteriormente presenta deterioro respiratorio por cuadro de neumonía nosocomial, se trata con cefepime de manera empírica, con pobre respuesta hasta su defunción. Se reportan estudio de biopsias compatibles con linfoma B difuso de células grandes originado del linfocito B activado y sarcoma de Kaposi. **Discusión:**

Los pacientes infectados por el VIH corren un mayor riesgo de desarrollar tanto KS como linfoma. Sin embargo, solo hay sido raros informes en la literatura de KS concurrentemente con linfoma. Dado que tanto que en la tumorigenesis del KS como a menudo está implicado la infección por virus de la familia Herpesviridae, es sorprendente que no se han reportado más de estos tumores de colisión en asociación con el VIH / SIDA.

Palabras clave: VIH, neoplasia, naive, reconstitución inmune, linfoma, sarcoma de Kaposi.

Folio: 0233

Tema: Cardiología

Niveles de fosfatasa alcalina y gammaglutamil transferasa como factores pronósticos del infarto agudo al miocardio

Ramírez María Leslye, Villanueva Jonathan, Arista Nayeli Xendali, Zamora Laura Elena, Vergara Fernando Ivan, González David, Zuñiga Sergio Adrian, Hernandez Daniela
Hospital General de Ticoman

Antecedentes: La elevación de los marcadores comunes de lesión hepática: gamma-glutamilttransferasa (GGT), alanina aminotransferasa (ALT), aspartato aminotransferasa (AST), fosfatasa alcalina (FA) y bilirrubina se asocian con mayor riesgo de eventos cardiovasculares. Los niveles elevados de FA y GGT se encuentran reportados en la literatura asociados con estrés oxida-

tivo, enfermedad hepática y eventos cardiovasculares. Se desconoce el impacto en población mexicana cuando ya se ha presentado la cardiopatía isquémica. **Material y método:** Diseño transversal analítico realizado en un hospital de segundo nivel. Se analizaron un total de 40 pacientes con el diagnóstico establecido de infarto al miocardio (IAM). Se determinó FA y GGT al ingreso hospitalario y se calculó score GRACE para determinar asociación. **Resultados:** Del total, 14 pacientes presentaron IAM sin elevación del segmento ST(EST) y 26 pacientes con IAM con elevación del mismo (CEST). Se encontró que los pacientes con IAM CEST presentan niveles de troponina más elevados $p=0.05$. Se compararon los niveles de GGT, FA entre los distintos grupos de GRACE. Se encontró que los niveles de FA disminuyeron en relación con el incremento del riesgo de mortalidad, $p=0.01$. Así mismo, los niveles de alaninoamino-transferasa mostraron la misma tendencia, $p=0.01$. Los niveles de GGT no mostraron asociación significativa. **Conclusiones:** Se encuentra diferencia significativa entre cifras menores de FA y ALT con peores pronósticos según la escala Grace. No se encontró asociación significativa entre el Score Grace y las cifras de GGT.

Palabras clave: infarto, gammaglutamiltransferasa, fosfatasa



alcalina, riesgo cardiovascular, GRACE.

Folio: 0234

Tema: Neurología

Déficit isquémico tardío asociado a la vía de administración de nimodipino en pacientes con hemorragia subaracnoidea

Morales Mario, Salas Arnoldo
IMSS

Introducción. Las complicaciones de la HSA, pueden ser múltiples y pueden empeorar de forma catastrófica el pronóstico y mortalidad del paciente, entre ellas probablemente la mas temida sea el vasoespasmio cerebral y el déficit isquémico tardío (DIT) que se define como un EVC isquémico atribuible a un estrechamiento arterial que se presenta después de las 72 horas de rotura del aneurisma, ocurriendo en el 30-35% de los pacientes con una HSA. El uso de niodipino disminuye la incidencia de vasoespasmio cerebral y DIT, sin existir evidencia sólida que demuestre que el nimodipino adminstrado por vía oral, como lo establecen la mayoría de las guías internacionales, es mas efectivo que el IV para prevención del DIT. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, comparativo, longitudinal, prospectivo y analítico (cohortes), en el que se incluyeron sujetos con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea de etiología aneurismática y que hayan recibido tratamiento con nimodipino por vía oral

o intravenoso por 21 días documentando la presentación de DIT en ambos grupos y realizando un análisis de supervivencia. **Resultados.** Se incluyeron 45 participantes al estudio. Los grupos según la vía de administración del fármaco, fueron integrados por 21 y 24 sujetos (46.7% vía oral vs 53.3% vía intravenoso, $p=0.2$). No hubo diferencias significativas entre los grupos estudiados en las variables clínicas ni en escalas pronósticas y de gravedad. La incidencia de DIT de forma global fue de 17.7%, sin encontrar diferencia de ésta prevalencia al clasificar a los participantes con distintas variables pronósticas clínicas y radiológicas. En los dos grupos de estudio hubo una mortalidad del 100% en los sujetos que presentaron DIT. Se realizó un análisis de sobrevida el cual no mostró diferencias con significancia estadística ($p= 0.349$).

Palabras clave: evento vascular cerebral, hemorragia subaracnoidea, déficit isquémico tardío, nimodipino.

Folio: 0235

Tema: Oncología

Síndrome de lisis tumoral presentación espontánea: imprescindible diagnóstico de exclusión como etología de la lesión renal aguda

Martínez María Cristina, Chavarría Ivan David, Hernandez Alejandro, Infante Hector
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

El síndrome de lisis tumoral comprende el conjunto de alteraciones metabólicas que aparecen secundariamente a la masiva liberación al espacio extracelular de sustancias intracelulares, procedentes de una rápida destrucción de células tumorales. La presentación más habitual es en relación con aquellas neoplasias que tienen un recambio celular más alto. Las características del síndrome de lisis tumoral son hiperuricemia, hiperpotasemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia. La insuficiencia renal aparece también en la mayoría de los casos. El proceso se desencadena comúnmente tras el tratamiento oncológico, aunque la presentación espontánea puede ser excepcional. **Resumen clínico:** Paciente femenina de 77 años, sin antecedentes personales patológicos de importancia. Se presenta al servicio de urgencias de nuestra unidad hospitalaria por presentar cuadro de sangrado de tubo digestivo alto (hematemesis y melena), disnea de pequeños esfuerzos y oliguria de 48 horas de evolución. Clínicamente paciente con ascitis no a tensión. por lo que se solicitan paraclínicos que reportan: leucocitos $10.4 \times 10^9/L$, neutrófilos $7.7 \times 10^9/L$, linfocitos $1.30 \times 10^9/L$, hemoglobina 7.4 g/dl, glucosa 68 mg/dL, urea 465 mg/dL, creatinina 9.2 mg/dL, sodio 138 mEq/l, potasio 6.3 mEq/l, cloro 106 mEq/l, fosforo 11.8 mg/dl, calcio 7.3 mg/dl,

ácido úrico 20.5 mg/dl, alanino amino transferasa 160 U/l, aspartato amino transferasa 610 U/l, fosfatasa alcalina 460 U/l, bilirrubina total 2.5 mg/dl, pH 7,29, pCO₂ 26 mm Hg, pO₂ 59 mm Hg, lactato 7.4 mmol/L, bicarbonato 10.50 mmol/l, SO₂ 87%. CA125 1306.40 U/ml. Ultrasonido de abdomen que identifica lesiones hepáticas y esplénicas de probable origen neoplásico. TAC abdominopélvico evidenció un tumor pélvico mal delimitado, heterogéneo con densidades de 12 y 54 UH, sin calcificaciones; con lesiones hiperdensas focales en hígado compatibles con metástasis hepáticas. Por lo que se resolvió la urgencia metabólica, y se decide referencia a centro oncológico para valorar terapéutica. Se presenta el caso de una paciente que ingresa para manejo de síndrome urémico por lesión renal, la cual se asoció a síndrome de lisis tumoral espontáneo por clínica y resultados paraclínicos sugestivos de una neoplasia. Se conocen como factores de riesgo identificados para desarrollar síndrome de lisis tumoral: 1. Tipo de tumor: linfoma de Burkitt, linfoma linfoblástico, linfoma difuso de células grandes, leucemia linfocítica aguda, y tumores sólidos con alto índice de replicación; 2. Volumen tumoral: enfermedad voluminosa (mayor de 10 cm), deshidrogenasa láctica más de dos veces su valor normal, leucocitos totales mayor de 25 000 en tumores sólidos,

metástasis hepáticas o afección de órganos intra-abdominales; 3. Función renal: insuficiencia renal previa, oliguria; 4. Niveles basales de ácido úrico: mayor de 7.5 mg; 5. Respuesta efectiva al tratamiento citotóxico: variable, los cuales fueron compatibles casi por completo con la paciente en cuestión. La trascendencia del caso se dirige a considerar el síndrome de lisis tumoral como un diagnóstico diferencial en la etiología de la lesión renal aguda en todo paciente sin otros factores de riesgo, con un cuadro de inicio súbito y con la expresión más grave de la enfermedad.

Palabras clave: síndrome, lisis, tumoral, lesión, renal, aguda.

Folio: 0236

Tema: Reumatología
Síndrome DRESS por doTbal, reporte de casos

Tun José de la Cruz, Barrera Aaron Alejandro
Hospital General Dr. Agustín O'Horán

Fue descrito por Grooper (1956) como dermatitis exfoliativa con hepatitis, el término DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) acuñado por Bocquet (1996) y constituye un reto diagnóstico con mortalidad de hasta 10%. el cuadro clínico mejor descrito: fiebre, erupción cutánea extensa que evoluciona a dermatitis exfoliativa, implicación de órganos (hígado) y anomalías hematológicas (eosinofilia). 1.

Masculino 33 años, antecedente DM2 de larga evolución y tuberculosis pulmonar con 30 meses de tratamiento con doTbal, inicia padecimiento 15 días previos con fiebre elevada, malestar general y erupción maculopapular en extremidades e ictericia, por lo que es atendido documentándose ictericia, dermatosis en tronco y extremidades evanescente, laboratorios leucocitos 25.1, Eosinófilos 1.8, Cr 1.2, AST 785, ALT 1648, VIH, VHB, VHC negativos, se retiró el tratamiento y se dieron medidas de sostén con evolución satisfactoria. 2. Masculino de 21 años, diagnóstico de tuberculosis pulmonar con 24 días de tratamiento con doTbal, inicia padecimiento 5 días previos con fiebre elevada y erupción polimorfa evanescente en todo el cuerpo, motivo por lo que busca atención, con dificultad respiratoria a su ingreso por los laboratorios Leucocitos 7.5, Eosinófilos 1.3 Cr 0.81, AST 212, ALT 775, VIH, VHB, VHC negativos, Pao₂ 70, PAFI 278, existe deterioro respiratorio, requirió ventilación mecánica, continuó con esteroide y medidas de sostén y fallece 7 días después. Se sabe que existen alrededor de 40 sustancias desencadenantes de este síndrome, siendo los principales los antiepilépticos aromáticos y se han descrito antituberculosos (isoiacida, rifampicina, etambutol). Es de notar que no es necesaria biopsia de piel (la probabilidad de biopsia positiva



incrementa con 5 criterios positivos, según Cacoub et al 2011) ya que nuestros pacientes cumplen 5 o 6 criterios, por lo que el diagnóstico puede hacerse clínica y bioquímicamente. El manejo es de sostén y se sugiere uso de esteroide, pero debemos descartar una necrólisis tóxica epidérmica ya que en esta los esteroides incrementan la mortalidad. Es importante el correcto diagnóstico, tratamiento y descripción de los pacientes que se presentan con hipersensibilidad por drogas para contribuir al establecimiento definitivo de la enfermedad, ya que hay poco reportes de fármacos antituberculosos como causa de estos, si de manera independiente mas no en forma conjunta.

Palabras clave: DRESS, tuberculosis, Dotbal, eosinofilia, hipersensibilidad.

Folio: 0237

Tema: Oncología

Angiosarcoma mamario bilateral

Tun José de la Cruz¹, López Reyes Alberto², Moguel Denise Arlete², Acevedo Francisco², Pérez Rodrigo², Cimé Erik Antonio³

¹ Hospital General Dr. Agustín O'Horán; ² UMAE-IMSS Hospital Dr. Ignacio García Tellez; ³ Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: Como entidad clínico patológica en la mama, la variedad histológica de tipo

sarcomatoso es la menos frecuente, con 8% de casos (Scow et al., 2010). Respecto a la edad de presentación clínica, conviene destacar la mayor tasa de prevalencia a partir de la tercera-cuarta década de la vida en mujeres jóvenes. Entre un 6-12% de casos, han sido descritos durante el embarazo, lo que plantea la posibilidad de una etiología hormonal (Liu et al., 2006). **Presentación del caso:** Paciente femenina de 38 años con tumor mamario izquierdo voluminoso en el 2016, se realizan estudios radiológicos, y biopsia, se maneja como enfermedad benigna con mastectomía simple, con reporte histopatológico de angiosarcoma bien diferenciado. Recibe radioterapia adyuvante que termina en mayo 2016. En enero de 2017 se documenta tumoración en mama contralateral se estudia, documentándose angiosarcoma de mama derecha. Se somete a cirugía más radioterapia adyuvante. quedando en vigilancia. En junio de 2018 se documentan lesiones en cara anterior de tórax, y ambos brazos. Se toma biopsia que reportan angiosarcoma de bajo grado. Se realizan estudios de extensión, negativos para actividad tumoral a distancia. Se considera tratamiento sistémico como manejo individualizado **Comentario:** Dado lo anterior se considera la importancia de presentación de caso como parte del cono-

cimiento de dicha patología, Las opciones terapéuticas ya sea con cirugía y radioterapia para el control local; y en caso de falla terapéutica con diseminación de la misma, optar por el tratamiento sistémico.

Palabras clave: angiosarcoma mamario, bilateral, quimioterapia.

Folio: 0238

Tema: Gastroenterología

Asociación de la gravedad de la enfermedad por reflujo gastroesofágico con los trastornos motores esofágicos en población mexicana de un centro de tercer nivel de atención

Villegas Federico Ulises, Castillo Mauricio, García Fausto Daniel, Del Real Carlos, Cimé Erik Antonio

Instituto Mexicano del Seguro Social

Antecedentes: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) cuenta con prevalencia global del 8-33%, en México 12.1% padece síntomas de RGE una vez por semana, 1.2% lo presentan diario y un 49.1% mensualmente. La fisiopatología es multifactorial, y alteraciones de la unión esofagogástrica (UEG) y la peristalsis esofágica han sido descritos. La manometría esofágica de alta resolución (MAR) cataloga dichas alteraciones y se sugiere como herramienta adyuvante. **Objetivo:** Conocer la asociación de los trastornos motores esofágicos con la

gravedad de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico, de Marzo-Mayo 2018 en el Servicio de Motilidad Gastrointestinal de la UMAE, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, incluyendo pacientes > 16 años, cualquier sexo, que contaban con un estudio de endoscopia < 1 año de antigüedad, realizándose los cuestionarios GERD-Q y EAT-10. Se realizó MAR a todos los pacientes, clasificando los trastornos motores esofágicos acorde a Clasificación de Chicago v3.0 y midiendo la integral de contractilidad distal (DCI). Aquellos pacientes con trastorno esofágico motor fueron sometidos a tragos rápidos múltiples para valorar reserva peristáltica; se evaluaron también en base a sus hallazgos endoscópicos por clasificación de Los Ángeles y en aquellos con grado A, B así como con estudio normal se sometieron a pH-metría con impedancia ambulatoria de 24hrs. Con el paquete estadístico SPSS v25.0, se llevó a cabo estadística descriptiva, prueba exacta de Fisher o prueba t de student.

Resultados: Se evaluaron 34 pacientes de las cuales el 67% fueron mujeres, edad promedio 53 años (± 11.43), 79% presentó disfagia y 56% síntomas típicos de RGE; el trastorno motor que

predominó fue la motilidad esofágica inefectiva (58%) y de éstos 47% no contaron con reserva peristáltica. Pacientes femeninas contaron con más riesgo de presentar disfagia (OR 26.4, IC 2.5-271.0, p 0.002 la sintomatología típica a RGE se encontró asociada a menor presión basal de la UEG (10.4 ± 2.7 mmHg, OR 1.55, p 0.015). La presencia de UEG tipo I representó un factor protector para desarrollar Esofagitis C (OR 0.107, IC 0.13-0.85, p 0.048), mientras que un menor valor de DCI representó un riesgo de presentar dicha lesión (media de 401.0 ± 225.7 , OR 3.17, p 0.023). Una menor edad representó un factor protector para desarrollar Esofagitis D (media 41.2 ± 6.8 , OR 0.99, p 0.019), pero el carecer de reserva peristáltica representó un factor de riesgo para ésta lesión (OR 2.0, IC 1.7-5.3, p 0.032). Un menor DCI incrementó el riesgo de mayor exposición al ácido (media de 402.6 ± 275.8 , OR 2.40, IC 1.4-83.5, p 0.036).

Conclusión: En pacientes con ERGE, no se encontró asociación entre la gravedad de síntomas, lesión endoscópica y exposición patología al ácido con los trastornos motores esofágicos.

Palabras clave: enfermedad por reflujo gastroesofágico, manometría esofágica de alta resolución, trastornos motores esofágicos, pH-metría, esofagitis, reserva peristáltica.

Folio: 0239

Tema: Toxicología

Comparación del uso de dexmedetomidina vs diazepam como tratamiento del síndrome de supresión etílica moderada-severa en el servicio de urgencias del Hospital O'Horán, Mérida, Yucatán

Tun José De La Cruz¹, Briceño Miguel², Tabarez Brenda³

¹ Hospital General Dr. Agustín O'Horán; ² IMSS Hospital Ignacio García Tellez; ³ Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

Se estima que 42% de la población mundial consume alcohol y en México el 71% (Encuesta nacional de adicciones). Existe una relación entre el consumo nocivo de alcohol y el desarrollo de trastornos mentales, como el síndrome de supresión etílica. Éste se define como la aparición de 2 o más datos de hiperactividad autonómica, náusea, alucinaciones, convulsiones asociadas al cese de consumo de alcohol. Para su evaluación se ha validado la escala CIWA-Ar, que guía el tratamiento a base de benzodiazepinas, eficaz pero con muchos efectos adversos. Por ello se han intentado sedantes como dexmedetomidina, fármaco agonista alfa2 con actividad en el locus caeruleus, con una vida media corta, buena penetración a SNC y una farmacocinética lineal, que permite una sedación controlable para mantener al paciente sin



agitación y despierto. El objetivo del estudio fue demostrar la superioridad (menos días de tratamiento) de dexmedetomidina sobre diacepam para la enfermedad moderada.

Metodología: Universo: todos los pacientes que ingresaron por síndrome de supresión etílica del hospital O'Horán. Población: los que cursaron con gravedad moderada-severa. Criterios de inclusión: edad 18-70 años, categoría CIWA-Ar moderada-severa y que no hubiera recibido tratamiento previo para dicha entidad. Criterios de No inclusión: menores de edad, aquellos con medicación previa, insuficiencia hepática Child C, TCE severo o requerimiento de ventilación mecánica, que se retire del estudio antes del alta. Variables medidas: tratamiento establecido (diacepam, dexmedetomidina), duración en días del tratamiento, reacciones adversas de los tratamientos. Se aleatorizaron en dos grupos: grupo 1 tratamiento con diacepam y grupo 2 con dexmedetomidina, ambos en monoterapia y en dosis de acuerdo a la literatura, hasta disminuir el CIWA-Ar a menos de 10, evaluándose al paciente todos los días y reportándose además los efectos adversos. El análisis se hizo con t student tanto para comparar homogeneidad en los grupos, como en el resultado. **Resultados:** No hubo diferencia significativa entre los valores basales de los grupos. Promedio de

duración de tratamiento con diacepam: 5.5 días (IC 95= 6.6-3.8 promedio de duración con dexmedetomidina: 3.1 días (IC 95%= 4.5-1.7), con una diferencia significativa ($p=0.016$). En el grupo con diacepam 60% presentó efectos adversos y en el grupo con dexmedetomidina 25% los presentaron, con una diferencia significativa ($p=0.04$).

Discusión: dos estudios han valorado la monoterapia con dexmedetomidina, VanderWeide halló superioridad y Crispo halló muchos efectos adversos; los resultados de este estudio coinciden con los hallados por Reyner, VanderWeide y Frazee, lo que contribuye a alimentar la literatura para tener una opción de tratamiento en los casos moderados de la enfermedad. **Conclusión:** la dexmedetomidina fue superior al diacepam para el tratamiento de la supresión etílica moderada-severa con menos efectos adversos.

Palabras clave: dexmedetomidina, supresión etílica moderada, sedación.

Folio: 0241

Tema: Cardiología

La grasa visceral epicárdica, pero no la intraabdominal, favorece el desarrollo de disfunción diastólica en el paciente obeso

Guerrero Carolina, Rubio Alberto Francisco, Benítez Daniel R, Vargas Germán, Meneses Iván, Narváez Ivonne Georgina, Narváez Jorge Luis

Hospital General de Ticomán

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), encontró que en nuestro país la prevalencia de sobrepeso es de 38.8% y la obesidad 32.4% en población mayor de 20 años, en conjunto sobrepeso y obesidad alcanzan el 71.3% de la población, lo que hace de México una de las naciones con mayor sobrepeso y obesidad en el mundo. Estudios hemodinámicos en obesos reportan presiones elevadas al final de la diástole en el ventrículo izquierdo, lo que dificulta el llenado pasivo, de esta forma se ha reportado disfunción diastólica en la tercera parte de los sujetos obesos. La grasa visceral abdominal, medida como circunferencia abdominal, se ha asociado a mayor riesgo cardiometabólico. Así mismo, se ha descrito que la grasa epicárdica, que funcionalmente es grasa visceral, juega un papel importante en la protección cardiovascular. Sin embargo, al aumentar su grosor secreta adipofibrocitocinas que inducen fibrosis del miocardio, la fibrosis del miocardio es parte de los procesos fisiopatológicos que llevan a la disfunción diastólica. La bioimpedancia ha mostrado tener una sensibilidad y especificidad satisfactoria para la medición de la grasa visceral abdominal (GVA) **Objetivo:** Analizar si la grasa visceral tiene relación con el grado de disfunción diastólica. **Material y método:** Se incluyeron 96 pacientes con

un Índice de Masa Corporal ≥ 30 . A todos ellos, previo consentimiento informado, se les realizó un ecocardiograma con un equipo Aloka alfa 6, con transductor de 3.5 MHz por dos ecocardiografistas que desconocían la historia clínica de cada uno de los pacientes, se les midió la grasa epicárdica de acuerdo al método descrito por Iacobellis, en la pared libre del ventrículo derecho al final de la sístole, en 3 ciclos desde una ventana paraesternal. Se determinaron los siguientes parámetros de función diastólica: (onda e, onda a, Relación e/a, Tiempo de desaceleración, e' y a'). Mediante un Análisis de Impedancia Bioeléctrica (BIA) con equipo INBODY 120 se cuantificó la grasa visceral abdominal en kilogramos. El análisis estadístico utilizado fue razón de momios y prueba exacta de Fisher. **Resultados:** Encontramos que la razón de momios para la presencia de disfunción diastólica en pacientes con GGE ≥ 4 mm es de 3.64 (IC95 1.35-9.8) ($p = 0.011$) El riesgo para presentar disfunción diastólica con grasa abdominal visceral ≥ 16.3 kg carece de significancia estadística RM = 1.42 (IC95 0.4-4.9) ($p = 0.74$). **Conclusión:** La grasa epicárdica parece tener un papel más relevante que la intraabdominal en la fisiopatología de la disfunción diastólica del paciente obeso, lo que puede deberse a que las adipofibrocininas producidas

por la grasa epicárdica difunden directamente al miocardio. La medición de la grasa epicárdica es un mejor indicador de riesgo para la presencia de esta complicación en sujetos obesos, que la cuantificación de grasa visceral abdominal medida por análisis de impedancia bioeléctrica. Sugerimos al ecocardiograma como parte del estudio integral del paciente obeso.

Palabras clave: grasa epicárdica, grasa intraabdominal, disfunción diastólica, obesidad, ecocardiografía.

Folio: 0242

Tema: Hematología

Síndrome mielodisplásico en adolescente: reporte de caso

Olvera Ana Silvia, Sinco Armando, Romero Tzirari Yaneli, Palomo Carlos Rodrigo, Rodríguez Ricardo Omar, Schroeder Ioannes

Hospital General de Pachuca

Introducción: Los síndromes mielodisplásicos son por naturaleza heterogéneos y diversos, como resultado de su compleja fisiopatología, en la que se reconocen desde fenómenos de disregulación epigenética a profundas alteraciones mutacionales. Se trata de un complejo grupo de neoplasias hematológicas de las células progenitoras hematopoyéticas que comparten como características comunes la presencia de citopenias y una tendencia variable a evolucionar a leucemia

mieloblástica aguda, pero también son una de las neoplasias hematológicas más frecuentes en personas de edad avanzada, con una mediana de presentación de 70 años, y un 25% de los pacientes diagnosticados con más de 80 años. **Objetivo:** Los síndromes mielodisplásicos son generalmente enfermedades de personas mayores, con una mediana de edad en el momento del diagnóstico de 65-70 años; menos del 10% de los pacientes son menores de 50 años. 2 Se describen casos en edad infantil, sin embargo la presentación en adolescentes es extremadamente rara, por lo que este caso resulta de interés. **Exposición del caso:** Paciente masculino de 17 años de edad, originario de Pachuca y residente de Zempoala, Hidalgo, sin antecedentes de importancia para padecimiento actual, el cual inicia en Diciembre 2017 con presencia de síndrome anémico; se realizan paraclínicos en los cuales se documenta pancitopenia con componente de macrocitosis, neutropenia y trombocitopenia severa, sin datos de hemólisis ni presencia de blastos en frotis de sangre periférica. Se excluyeron infecciones virales y déficit de folatos y cobalamina, Se realiza aspirado de médula ósea obteniendo material insuficiente para el diagnóstico, por lo que se procede a toma de biopsia de médula ósea la cual resulta compatible con CRDM. **Conclusiones:** Los síndromes



mielodisplásicos son enfermedades predominantemente de los ancianos, y las características y respuesta al tratamiento no están bien descritos en la población de adolescentes. La edad del paciente es uno de los parámetros a tomar en cuenta a la hora de estadificar la gravedad de la enfermedad y por lo tanto de importancia para la toma de decisiones terapéuticas. Los SMD son raros y tienden a ser más agresivo en la población adolescente. De acuerdo a algunos estudios, el cariotipo es el factor pronóstico más importante y el trasplante alogénico de células madre ofrece los mejores resultados para este grupo de edad.

Palabras clave: síndromes mielodisplásicos, citopenia refractaria, adolescentes.

Folio: 0243

Tema: Endocrinología

Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la masa muscular

Meneses Iván, Maceda Alberto, Guerrero Carolina, Rubio Alberto F, Vargas Germán, Ovando Jennifer P, Domínguez Ruth S
Hospital General de Ticomán

La diabetes mellitus se encuentra asociada con un envejecimiento prematuro, y pueden manifestarse diferentes tipos de complicaciones, divididas en la temporalidad del curso de la enfermedad. La presencia de hiperglucemia persistente puede dar como resultado la disfunción de di-

ferentes órganos y asociarse a complicaciones físicas y cognitivas, lo cual lleva a una reducción de la calidad de vida. Los datos reportados por la ENSANUT MC 2016 estima que la diabetes afecta al 9.4% de la población adulta, siendo ligeramente mayor en las mujeres y en las localidades urbanas. La presencia de diabetes se encuentra asociada con una pérdida acelerada de masa muscular y mayor pérdida funcional del músculo, de igual forma la sarcopenia a menudo se desarrolla en combinación con la obesidad, y es una condición que representa una causa importante de resistencia a la insulina, se ha llegado a reportar un aumento de 50 a un 80% de riesgo para presentar discapacidad física y puede repercutir en el manejo de estos pacientes. El análisis mediante bioimpedancia permite calcular el volumen de masa magra y grasa. Siendo una prueba económica, fácil de usar, reproducible y adecuada a pacientes ambulatorios y postrados. **Objetivo:** Establecer si hay diferencia en la masa muscular en pacientes diabéticos y no diabéticos. **Método:** Se evaluaron 100 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM) de acuerdo con los criterios de la American Diabetes Association, y 100 sujetos No Diabéticos (NDM), se evaluó la composición corporal mediante Bioimpedancia Eléctrica con la báscula InBody 120

(20 kHz y 100 kHz). La severidad de Sarcopenia se determinó mediante el Índice de Masa de Muscular, consideramos normal un valor del Índice de masa muscular en Varones >10,76 kg/m², y en Mujeres > 6,76 kg/m². El método estadístico empleado fue U de Mann Whitney.

Resultados: En el grupo DM se encontraron 5 pacientes con presencia de sarcopenia moderada, y ningún paciente del grupo NDM presentó sarcopenia. El índice de masa muscular en el grupo DM fue de 9.19 ± 0.7 y en el grupo NDM fue de 9.76 ± 1.2 , encontrándose una diferencia significativa ($p= 0.01$) entre ambos grupos.

Conclusiones: Aunque nuestros resultados nos reportan una baja prevalencia de Sarcopenia (5%) en pacientes diabéticos en nuestro medio, encontramos que los pacientes diabéticos presentaron un índice de masa muscular significativamente inferior, comparado con el grupo de pacientes no diabéticos, lo cual resalta la importancia de implementar medidas para la evaluación y preservación de la masa muscular en el paciente diabético.

Palabras clave: sarcopenia, diabetes mellitus tipo 2, bioimpedancia, índice de masa muscular.

Folio: 0244

Tema: Misceláneos

Correlación entre sarcopenia, esteatosis hepática y grasa troncal en el paciente diabético

Meneses Iván, Vargas Germán, Maceda Alberto, Rubio Alberto F, Guerrero Carolina, Guerrero Brenda Lorena, Domínguez Ruth S

Hospital General de Ticomán

La sarcopenia es la pérdida progresiva y generalizada de la masa muscular esquelética aunada al deterior de la fuerza (Dinapedía), aunque este fenómeno es muy común en la edad geriátrica, en la actualidad se le considera como una complicación de la diabetes mellitus 2 (DM2), siendo la resistencia a la insulina (RI) el principal vínculo entre ambos, asociado a los trastornos vasculares, inflamación crónica y esteatosis muscular. La esteatosis hepática no alcohólica (EHNA), es un diagnóstico relativamente sencillo de realizar en la población general, ya sea mediante ultrasonografía (USG) convencional o mediante el índice de esteatosis hepática (IEH), cuyo valor predictivo en el síndrome metabólico está plenamente demostrado. La Bioimpedancia Eléctrica (BIE) es una herramienta que ha demostrado tener una alta sensibilidad y especificidad para establecer tanto el grado de sarcopenia, mediante el índice de masa muscular (IMM), como de la grasa corporal. **Objetivo:** Establecer si la EHNA y la grasa segmentaria troncal (GST) correlacionan positivamente con el grado de sarcopenia en los pacientes con DM2. **Material**

y Métodos: se evaluaron 110 pacientes con DM2 a quienes se les determinó el grado de sarcopenia y GST mediante la técnica BIE con bascula InBody 120 (20 kHz y 100 kHz), el IEH se realizó con equipo de USG de alta resolución (ESAUTE MEGAGP, Italia) con transductor lineal de 7.5 MHz, interpretado por un solo ultrasonografista certificado, se consideró un IEH > 60 como diagnóstico de esteatosis hepática, también se determinó Índice Masa Corporal (IMC), perímetro abdominal, triglicéridos (TGL) y gama glutamil transpeptidasa (GGT).

Resultados: En el análisis de los resultados se encontró una correlación significativa entre la GST y el grado de esteatosis hepática ($R = 0.72904263$, $p < 0.046$). De igual forma la correlación que se encontró entre GST y el IMM es positiva, ($R = 0.54456969$, $p < 0.00001$), así mismo encontramos una correlación positiva entre el IEH y el IMM ($R = 0.197285571$, $p < 0.046$). La razón de momios para establecer la relación entre EHNA con GST tomando como referencia 16.3 kg fue de $OR = 2.66$ (IC 95. 0.9-7.82).

Conclusiones: los resultados demuestran que existe una correlación positiva entre el grado de EHNA, GST y el grado de sarcopenia. Mientras que la correlación entre GST y el IMM fue mucho más fuerte. Por lo que concluimos lo siguiente: 1.- realizar USG hepático en el paciente diabético debe

ser parte de la rutinaria ya que es un excelente predictor de sarcopenia en estos pacientes. 2.- efectuar estudios complementarios como la BIE debe ser considerada como una herramienta necesaria e indispensable para establecer el grado de sarcopenia y grasa visceral, 3.- estos estudios son seguros eficaces y no invasivos además de bajo costo económico, 4.- realizar dichos estudios tempranamente es importante, nos ayuda a iniciar la rehabilitación muscular adecuada para revertir o disminuir el grado de sarcopenia y de la EHNA, disminuyendo la RI, mejorando el perfil metabólico y evitando la discapacidad funcional prematura de los pacientes con DM2. **Palabras clave:** sarcopenia, esteatosis hepática, bioimpedancia eléctrica, diabetes mellitus tipo 2.

Folio: 0245

Tema: Gastroenterología

Recordando el síndrome de Boerhaave. Reporte de un caso

Baldenebro Miguel Angel, Enriquez Isaac Aaron, Rico Claudia Veronica, Reyes Abraham Emilio, Rodriguez José Luis
Petróleos Mexicanos

Introducción: El dolor torácico es una causa principal de consulta en el servicio de urgencias, debemos tener en cuenta las diferentes patologías torácicas y extratorácicas que generan dicho cuadro clínico. El síndrome de Boerhaave



es una entidad relativamente rara, dificultando el diagnóstico, retrasando el tratamiento, desarrollando complicaciones letales como mediastinitis, sepsis y falla multiorgánica. **Revisión:** El síndrome de Boerhaave es la ruptura transmural espontánea del esófago, en una zona macroscópicamente sana, consecuencia del aumento brusco de la presión esofágica, combinado con una presión intratorácica negativa. La asincronía entre la relajación y la contracción de músculos esofágicos, ocasiona obstrucción dada por una falla de la relajación del esfínter esofágico superior o inferior ocasionando la ruptura esofágica. **Caso clínico:** Masculino de 82 años, inicia padecimiento 1 hora previa, posterior a ingesta de alimentos, presentando náusea sin llegar al vómito y dolor torácico opresivo en hemitórax izquierdo intensidad 10/10, disneico, diaforético, quejumbroso, facies de angustia. Se observa Neumotórax en estudio de imagen, colocando sonda de pleurostomía, observando salida de material gástrico. **Conclusiones:** El dolor torácico tiene múltiples causas, debiéndose realizar una historia clínica y examen físico adecuado para abordaje de los posibles diagnósticos. En el síndrome de Boerhaave se debe plantear un alto grado de sospecha en pacientes que presenten síntomas de dolor torácico o abdominal grave después de vómitos intensos,

las pruebas complementarias resultan imprescindibles dada la inconsistencia del cuadro clínico.

Palabras clave: síndrome de Boerhaave, dolor torácico, dolor abdominal, perforación esofágica.

Folio: 0247

Tema: Neurología

Trombosis venosa cerebral, presentación de caso clínico

Villalón Jorge, Ezquerro Alejandro, Sánchez Carmen Alicia, Prado Pamela, Ungson Mariana Guadalupe, González Dylan Mauricio

Hospital Ángeles Mocol

Introducción: La trombosis venosa cerebral (TVC) es una variedad de enfermedad vascular cerebral, poco frecuente, en México, el estudio RENAMEVASC encontró que representan el 3 % de los casos de enfermedad vascular cerebral (EVC). Hay factores precipitantes como trombofilias, embarazo, anticonceptivos orales y traumatismo. El promedio de tiempo entre el inicio de los síntomas y diagnóstico es de 7 días de acuerdo con una de las series presentadas por el estudio International Study on Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis (ISCVT). **Objetivo:** Describir un caso clínico sobre presentación poco habitual de TVC, en donde se requirió un alto grado de sospecha de esta entidad debido a su presentación clínica.

Exposición del caso: Femenino,

35 años, ingresa por presentar cefalea, náusea y vómito de 7 días de evolución, mareo, cervicalgia, otalgia y disminución en la agudeza visual. Como único antecedente, recibió tratamiento anticonceptivo hormonal durante 5 años con norelgestromin y etinilestradiol. Exploración física: somnolienta, orientada, nistagmus horizontal, rigidez de nuca, papiledema bilateral, dismetría y Brudzinski, en angiogramografía de cráneo se demuestra hemorragia cerebelosa, edema perilesional, sangrado subaracnoideo en la tienda del cerebelo, hidrocefalia y dilatación del sistema venoso, se corrobora mediante resonancia magnética con gadolinio trombosis venosa del sistema venoso profundo y parcialmente del seno transversal izquierdo. Se inició tratamiento con heparina no fraccionada a dosis hasta de 1000 UI/hora ajustado a objetivo de TPT, sin datos de sangrado, durante su administración y se realiza solapamiento durante 5 días para continuar con acenocumarina y seguimiento por consulta externa. **Conclusiones:** La presencia de TVC debe sospecharse en pacientes que presentan deterioro neurológico, factores de riesgo, presentación clínica inespecífica y que no se encuentren datos clásicos de isquemia por medio de tomografía simple de cráneo.

Palabras clave: trombosis, venosa, vascular, cerebral, tomografía, resonancia.

Folio: 0248

Tema: Infectología

Ectima gangrenoso por pseudomonas aeruginosa xdr como complicación de colangitis nosocomial

Cervantes Erika, Cruz Carlos, Sánchez Hiralda Beatriz, Arias Karina Ivonne, Valdivia Lucero del Carmen, Esteban Araceli, Moreno Joaquín
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El ectima gangrenoso, es una condición clínica poco frecuente, que se define como una vasculitis necrotizante, secundario a una infección grave, en la mayoría de los casos por pseudomonas aeruginosa, con o sin bacteriemia demostrada. En cuanto a la fisiopatología, la bacteria invade las vénulas, lo que se traduce como trombosis a nivel de las arteriolas, ocasionando edema del tejido celular subcutáneo y separación de la epidermis, se han descrito a las lesiones como nódulos eritematosos o hemorrágicos, con formación de vesículas, evolucionando hacia máculas y pápulas, para finalmente dar paso a la formación de úlceras necróticas con escaras. Se considera que el principal factor de riesgo es la neutropenia, otros son pacientes con infección por VIH, quemaduras extensas, pacientes post-trasplantados y enfermedades del tejido conectivo, también se han reportado casos en pacientes con dia-

betes mellitus tipo 2 de larga evolución, con mal control, en quienes se ha identificado una respuesta linfoproliferativa disminuida, así como alteraciones en la quimiotaxis y fagocitosis de los polimorfonucleares. Debe sospecharse en aquellos pacientes con datos de sepsis y lesiones similares a las ya descritas, la confirmación se realiza mediante cultivos y estudios histopatológicos. El inicio de manejo antibiótico de amplio espectro es fundamental, no existe hasta el momento un consenso en cuanto al mejor tratamiento del ectima gangrenoso, se ha recomendado el uso de betalactámicos con cobertura antipseudomonas, carbapenémicos y fluoroquinolonas. Se presenta el caso de un paciente de 38 años, diabético de larga evolución en mal control, que ingresa por cuadro de colangitis grave nosocomial, con mala evolución clínica, que requiere manejo en la unidad de cuidados intensivos, con presencia de lesiones de tipo vasculitis diseminadas, en quien se demuestra bacteriemia por pseudomonas aeruginosa XDR. **Caso clínico:** Refiere inicia padecimiento hace un mes al presentar dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio intensidad inicial 3/10 en EVA, agregándose dos semanas después ictericia y coluria, acolia y prurito generalizado, por lo que acude a valoración en donde se realiza diagnóstico de coledocolitiasis,

litiasis vesicular, con dilatación de vía biliar intra y extrahepática, se realiza el 2 de agosto CPRE, con imposibilidad para canular vía biliar principal, se mantiene en vigilancia, es egresado. Presenta en domicilio dolor abdominal que se asocia a la ingesta de alimentos 9/10 en EVA, náusea y vomito de contenido gástrico en 4 ocasiones, acude a valoración al servicio de urgencias, en donde se decide ingreso con diagnóstico de colangitis grave, se decide ingreso a unidad de cuidados intensivos. El paciente presenta evolución tórpida, con necesidad de inicio de apoyo vasopresor y manejo avanzado de la vía aérea secundario a deterioro neurológico, cursa con datos de respuesta inflamatoria sistémica, se obtiene de hemocultivos aislamiento de Pseudomonas aeruginosa XDR. Se realiza drenaje de vía biliar, con gasto en las primeras horas de material purulento, se obtiene cultivo con mismo aislamiento, se obtiene mismo patógeno en urocultivo, cultivo de líquido bronquial, por lo que se inicia manejo con meropenem y colestimetato. El paciente presenta de manera posterior lesiones dérmicas de tipo eritema nodoso y lesiones maculo papulares con costras hemáticas, así como flictenas, que evolucionan hacia úlceras necróticas, con formación de escaras, de donde se obtiene cultivo de líquido con aislamiento de *Pseudomonas*



aeruginosa XDR Laboratorios 16.08.2018: cultivo de líquidos (flictena) *Pseudomonas aeruginosa* XDR 13.08.2018: cultivo de bronquiales 80,000 UFC/mL *Pseudomonas aeruginosa* XDR 13.08.18: cultivo de líquidos (derivación de vía biliar) *Pseudomonas aeruginosa* XDR. **Conclusión:** Es importante el reconocimiento precoz de esta patología, sospecharlo en pacientes con datos de sepsis y lesiones características para inicio de manejo

Palabras clave: ectima, gangrenoso, *pseudomona*, *aeruginosa*, colangitis, nosocomial.

Folio: 0249

Tema: Reumatología

Hipertensión intracraneal idiopática como primera manifestación de lupus eritematoso sistémico

Martínez Javier, Castro Zully, Martínez Michel Augusto, Sánchez Reyna Elizabeth, Saavedra Miguel Ángel', Morales Susana Isabel, Jiménez María del Pilar Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza

Paciente femenino de 35 años de edad, originaria de Hidalgo, residente del Estado de México, unión libre, licenciatura (Biología), católica, carga genética para diabetes mellitus tipo 2 por rama materna, prima materna con cáncer cervicouterino, abuela materna con artritis reumatoide, G4, P0, C1 (en 2012

por RPM a las 34 SDG), A3 (inducidos antes de las 12 SDG), resto negados. Inició su padecimiento el 20 de diciembre de 2016 con cefalea localizada en región occipital, de intensidad 5/10 en EVA, pulsátil, sin irradiaciones, agravantes, ni exacerbantes, acompañada de fotofobia, de aparición y remisión espontánea durante varias semanas, acudió a primer nivel y con médico particular, diagnosticada como estrés y tratada con ergotamina, valeriana, vitamina B y AINE's por vía oral sin mejoría, tratada en 2° nivel con AINE's por vía parenteral sin mejoría, por lo que acude a neurólogo tras agregarse mareos, náuseas, vómito, intensificación de la cefalea a 10/10, ahora holocraneal, diplopia, amaurosis y sensación de disminución de fuerza muscular en hemicuerpo izquierdo, por lo que se realiza resonancia magnética y campimetría. A la exploración física oftalmoplejía a la abducción de ojo derecho, fondo de ojo con papila borrada bilateral, aumento de excavación central bilateral, con adecuada emergencia de los vasos, presencia de rigidez de nuca y Brudzinski cefálico, resto normal. Se realiza punción lumbar con presión de apertura de 34 cmH₂O, obteniéndose líquido macroscópicamente claro. Resultados de laboratorio iniciales: Glucosa 100, Cr 0.82, Na 141, K 4.0, Cl 105.9, DHL 259, CPK Total 31.0, ck-mb 9.0, Hb 14.7, Hto, 45.2, Leu

8.6, Neu 68%, Linfos 24.1%, Pla_q 186000, TP 14.0, TTP 30.6. LCR: Presión de apertura de 34 cmH₂O, con líquido macroscópicamente claro. Citológico: incoloro, transparente, presencia de coágulo negativo, leucocitos 10.0 mm³, Polimorfonucleares 80%, Monocitos 20%, sedimento de líquido negativo. Citoquímico: Cl 126.6, Glucosa 51, DHL 31, Microproteínas en LCR no reactivo. En la resonancia magnética de encéfalo en fase simple y contrastada se observa secuela de otomastoiditis, aracnoidocele selar, sin edema transependimario, sin lesiones ocupantes de espacio. Campimetría: (Indicada por metamorfopsias en ojo izquierdo, diplopia binocular horizontal, hemiparesia y apraxia ocular) Presión intraocular de ambos ojos 14 mmHg. Fondo de ojo: nervios ópticos bordes borrados, ingurgitación vascular, ausencia de pulso, exudados peripapilares, edema de haz papilomacular, paresia de VI nervio craneal bilateral, concluyendo: Síndrome de cráneo hipertensivo, paresia del VI nervio craneal bilateral, papiledema. Descartando neuritis óptica. Se realiza angiotomografía cerebral y venografía con hallazgos morfológicamente normales y presencia de aracnoidocele selar. Se integra el diagnóstico de Hipertensión Intracraneal Idiopática y se inicia tratamiento con acetazolamida 375 mg por vía oral cada 12 horas, amitriptilina 25

mg por vía oral cada 24 horas y vigilancia estrecha. Persiste con dolor a nivel cervico-occipital en evaluaciones posteriores con sensación de pesantez de intensidad moderada, mejoría de agudeza visual, se indica valoración por el servicio de reumatología 6 meses después, encontrando en el perfil inmunológico los siguientes hallazgos: • C3 105 • C4 22 • PCR Negativo • ANA:1:160 Homogéneo • Anti-DNA 557.70 • Anti-Ro 54.20 • Anti-La Negativo • Anti-Sm Negativo • PCR: 3.02 • FR: Negativo A la luz de los nuevos hallazgos, se integra el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con afección neuropsiquiátrica con síndrome de hipertensión intracraneal como manifestación inicial y única hasta ese momento. Se agrega a su tratamiento Azatioprina 100 mg por vía oral cada 24 horas, fotoprotección y seguimiento.

Palabras clave: lupus, hipertensión intracraneal, neuropsiquiátrico, autoinmunidad, reumatología, hemiplejía.

Folio: 0251

Tema: Endocrinología

Gastroparesia diabética: complicación frecuente poco diagnosticada.

Vega Francisco Javier, Hernández Jessica Johana, Montalvo Arantxa, Hernández Daniel Ramón, Valencia Raúl
Hospital Ángeles Clínica Londres

En los últimos años se ha prestado gran atención a las complicaciones macrovasculares de la diabetes mellitus. Sin embargo, existen otras complicaciones de curso más insidioso y menos evidente que han pasado desapercibidas o deliberadamente ignoradas por los clínicos e investigadores, y que tienen un impacto considerable en la calidad de vida. Entre ellas, se encuentran a la neuropatía autonómica, queiroartropatía, dermatopatía y gastroparesia diabéticas. Esta última puede asociarse a desnutrición, deshidratación, descontrol glucémico, así como incremento en la frecuencia de hospitalizaciones. En el siguiente caso clínico se presenta el abordaje diagnóstico y tratamiento de la gastroparesia diabética. Masculino de 78 años de edad, con diabetes Mellitus tipo 2 de 20 años de diagnóstico en tratamiento con insulina glargina 17 UI al día, sitagliptina/metformina 50/1000 mg dos veces al día. Hipertensión arterial sistémica de 10 años de diagnóstico en tratamiento con amlodipino/valsartan/hidrocorotiazida Tableta 5/160/25 mg cada 24 hrs. Hipotiroidismo primario de 3 años de diagnóstico en tratamiento con levotiroxina 75 mcg cada 24 hrs en ayuno. Enfermedad renal crónica estadio KDIGO G3A. Catarata en ambos ojos tratadas con facoemulsificación y colocación de lente intraocular.

Tabaquismo: positivo por 59 a razón de una cajetilla día con IT de 59 paquetes/año. Presenta náusea, mareo, dolor abdominal difuso, astenia y adinamia por lo que su familiar le toma glicemia capilar que reporta 45 mg/dL consume suplemento alimenticio oral de fórmula polimérica, midiéndose glicemia capilar a los 30 minutos posteriores, que reportó 53 mg/dL. Debido a la persistencia de la sintomatología así como de cifra de glicemia, es llevado a urgencias de nuestra institución. Al interrogatorio dirigido niega diaforesis, sensación de hambre, sed, pérdida del estado de alerta, movimientos anormales, fiebre o síntomas B. Refiere hiporexia, sensación de plenitud postprandial temprana, distensión abdominal, náusea, vómito y pérdida ponderal de aproximadamente 21% en un año, Antecedente de 4 hospitalizaciones en el 2017 por diferentes especialidades por sintomatología similar, durante las cuales se realizaron perfil tiroideo, panendoscopias, esofagograma, tomografías abdominal y torácica, ecocardiograma, holter de 24 horas, sin diagnóstico definitivo ni mejoría de la sintomatología a su egreso. Ingres a medicina interna y durante su estancia hospitalaria se realiza escala para cribado de depresión que resulta negativa, se descarta deterioro cognitivo mayor, problemas de dentición o de articulaciones



temporomandibulares, disgeusia, diarrea, dolor crónico, alteraciones hidroelectrolíticas, tiroideas, esofágicas, úlceras gástricas o duodenales, neoplasias, causas autoinmunes e infecciosas de pérdida de peso. Debido al contexto clínico se realiza cuestionario de Roma IV para gastroparesia que resulta positivo, se sospecha de gastroparesia diabética, se solicita centellografía de vaciamiento gástrico la cual resulta positiva para un retardo del vaciamiento en 87%. Se informa y explica al paciente sobre el diagnóstico como una complicación de la diabetes mellitus, se le explican medidas higiénico-dietéticas y se inicia tratamiento con domperidona en solución oral posterior a lo cual muestra mejoría significativa de la sintomatología, con ganancia de peso, mejor control glucémico así como ausencia de nueva hospitalización hasta el momento. La esperanza de vida en pacientes con diabetes mellitus se ha visto beneficiada en los últimos años gracias a los avances en el tratamiento y concientización social. En consecuencia, la frecuencia de complicaciones menos aparentes ha incrementado también, por lo que es importante sospecharlas tempranamente, diagnosticarlas e implementar tratamiento. De no ser así, esto puede generar altos costos para el sistema de salud, el paciente, su familia, pero lo más importante, la calidad de vida.

Palabras clave: gastroparesia, gastroparesia diabética, abordaje de paciente con sintomatología gastrointestinal superior, diabetes mellitus, complicaciones, endocrinología.

Folio: 0253

Tema: Otros

Catatonía asociada a hiponatremia profunda. Reporte de caso

Hernández Martha Adriana, Flores Miguel Guillermo, Pérez Bernardo, Cruz Hans de Jesús, Esquivel Alejandra, De Lira Roberto, Carranza Fabian

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS

Introducción: Las manifestaciones clínicas del síndrome catatónico incluyen inmovilidad, mutismo, estupor, negativismo, flexibilidad cérea, actividad motora excesiva, ecolalia, ecopraxia. Etiologías comunes psiquiátricas, neurológicas, metabólicas y tóxicas.

Objetivo: Presentar el caso de una mujer con hiponatremia profunda con datos clínicos compatibles con catatonía en el que se descartan otras causas de la misma. **Exposición del caso:** Mujer de 73 años de edad con historia de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones tardías. Uso reciente de diurético de asa (72 horas previas al ingreso). Niega historial de enfermedades psi-

quiátricas y consumo de otros medicamentos, herbolaria o drogas. Inicia padecimiento al presentar trauma craneoencefálico sin pérdida del estado de alerta o alteraciones neurológicas, se desconoce la cinética del trauma. 32 horas después presentó de manera súbita desorientación en tiempo y lugar, lenguaje incoherente, agitación psicomotriz, agresividad e inversión del ciclo sueño-vigilia por lo que fue evaluada en nuestra unidad. A su ingreso la TAC simple de cráneo fue normal, únicamente reportando atrofia cortical. Fue valorada en los servicios de Neurología y Psiquiatría e inició tratamiento con Quetiapina 50 mg en dosis única. A su ingreso al servicio de Medicina Interna paciente presenta estado de despierto sin respuesta a estímulos externos, ecolalia, movimientos estereotipados, rigidez de extremidades y flexibilidad cérea. Sodio de 122 meq/L, leucocitosis a expensas de neutrófilos sin foco infeccioso aparente. En el contexto de deterioro neurológico asociado a datos de respuesta inflamatoria sistémica se realiza punción lumbar, obteniendo líquido cefalorraquídeo de características macroscópicas y bioquímicas normales. Al integrar un síndrome catatónico se realizan diferentes estudios para determinar la causa del mismo entre los que destacan serología para VHC, VHB y VIH, urocultivo, cultivo de líquido cefalorraquídeo y resonancia

magnética, todos ellos reportándose negativos o dentro de parámetros normales, según sea el caso. Electroencefalograma reportó disfunción cortical sin evidencia de actividad epileptogénica. Se realiza prueba diagnóstica- terapéutica con lorazepam 2 miligramos por vía intravenosa dosis única sin presentar mejoría del cuadro clínico. Paciente presenta recuperación posterior a 48 horas de inicio del padecimiento tras corrección de sodio sérico.

Conclusiones: Catatonia cinética asociada a hiponatremia profunda con escala de Brush Francis 5 puntos en la cual se descartaron otras causas de este síndrome, con respuesta clínica a corrección de sodio sérico 48 horas posteriores a inicio de cuadro clínico característico.

Palabras clave: catatonia, hiponatremia, ecolalia, negativismo, mutismo, flexibilidad cérica

Folio: 0255

Tema: Gastroenterología

Hepatitis fulminante secundario a infección por virus de hepatitis A

Cervantes Erika, Cruz Carlos, Sánchez Hiralda Beatriz, Arias Karina Ivonne, Valdivia Lucero del Carmen, Esteban Araceli, Salas Ana Karen

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. La hepatitis fulminante se caracteriza, por el rápido deterioro multiorgánico, se considera una condición

poco frecuente, en donde se evidencia una falla hepática grave, en ausencia de enfermedad preexistente. La incidencia de esta patología es difícil de establecer, en muchos países, no se cuenta con un registro epidemiológico, sin embargo, en base con los registros de trasplante hepático, se estima que se presentan de 2300-2800 casos por año en Estados Unidos, supone el 6% de las muertes por causa hepática y el 6% de las indicaciones de trasplante hepático, no se cuenta con registros en nuestro país. En cuanto a los criterios diagnósticos, en primera instancia, es necesario la ausencia de la enfermedad, y en segundo lugar, la existencia de signos clínicos y analíticos de daño hepatocelular grave, acompañado de manifestaciones neurológicas por encefalopatía hepática en las 2 semanas posteriores al inicio de la ictericia. Hasta el momento la única intervención terapéutica, que ha logrado tener un efecto beneficioso en estos pacientes es el trasplante hepático, se considera que en general la tasa de mortalidad en estos pacientes, sin acceso a trasplante hepático alcanza hasta el 80%, ya que en la mayoría de los casos la evolución natural de la enfermedad conduce al fallo multiorgánico, una vez que el paciente cursa con esta condición el trasplante hepático esta contraindicado, hasta el momento no se cuenta con estudios acerca de la efectividad

de tratamiento alternativos en estos pacientes. Se comenta caso de paciente joven, previamente sana, que ingresa por presentar síndrome icterico, y datos e encefalopatía hepática, con único antecedente de diagnóstico reciente de infección por hepatitis A, presenta desde inicio mala evolución clínica, acudiendo con datos de falla orgánica múltiple, es importante hacer un reconocimiento oportuno de estos pacientes, para la pronta intervención del Centro Nacional de Trasplantes, ya que el trasplante hepático, se considera hasta el momento, el único tratamiento efectivo de este padecimiento. Presentación de caso. Inicia el día 4 de Junio al presentar cuadro clínico caracterizado por cefalea holocraneana intensidad 8/10 en EVA, que cedía inicialmente con la ingesta de analgésicos, asociado a dolor abdominal, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho de tipo pulsátil intensidad 6/10, que se acompaña de náuseas y evacuaciones diarreas hasta 3-4 por día, sin restos de moco o sangre asociado a malestar general, astenia y adinamia, sin mejoría con tratamiento sintomático, una semana después se agrega coloración icterica de mucosas y tegumentos, con aumento progresivo, por lo que acude a valoración médica, en donde se evidencia de elevación de bilirrubinas totales a expensas de bilirrubina directa, así como elevación de transa-



minasas, en ese momento se realiza diagnóstico de hepatitis A, sin contar con serología, por lo que recibe manejo por persistencia de ictericia. Posteriormente se añade al cuadro clínico edema de miembros, con prurito generalizado y petequias, posteriormente presenta somnolencia, indiferencia al medio, alzas térmicas cuantificadas hasta el 39 grados, se añaden datos de hemorragia digestiva alta al presentar evacuaciones melénicas 3-4 por día. 07.07.2018: panel viral con serología positiva para hepatitis A Conclusión. La hepatitis fulminante se trata de una condición clínica rara, que se asocia a una alta mortalidad, por lo que el reconocimiento temprano de los factores de riesgo y de las manifestaciones clínicas y bioquímicas es esencial, sobre todo en pacientes con infección por virus de hepatitis A, cuya asociación a esta complicación es poco probable.

Palabras clave: hepatitis, fulminante, virus de hepatitis, tipo A.

Folio: 0256

Tema: Cardiología

Cardiotoxicidad inducida por antraciclinas. Reporte de un caso

Montiel José Sabino, Adel Luis Alfonso, Treviño Francisco
Hospital Universitario de Puebla

Introducción: Las antraciclinas son quimioterapéuticos ampliamente utilizados. Sin

embargo, uno de sus efectos secundarios más importantes es la cardiotoxicidad, que es difícil de predecir. Existen 3 tipos: 1) Aguda, que ocurre en las primeras 2 semanas después de una única exposición; 2) Crónica de inicio temprano, ocurre en el primer año y es la más frecuente; 3) Crónica de inicio tardío, que ocurre después de un año. El riesgo de muerte por cardiopatía en los supervivientes es 8 veces mayor al de la población general. La incidencia de cardiotoxicidad es del 9% y el 98% de los casos se desarrollan en el primer año.

Objetivo: Difundir la importancia de la cardiotoxicidad por antraciclinas. **Caso clínico:** Varón de 62 años de edad con los siguientes antecedentes relevantes: Diabetes mellitus tipo 2, lumbalgia crónica, linfoma no Hodgkin CD20+ de células pequeñas, en fase de remisión con R-CHOP. Última quimioterapia hace 6 meses. Radioterapia con 20 sesiones de manto y 10 sesiones en Y invertida, última hace 2 meses. Índice tabáquico de 45 paq/año. Inició su padecimiento hace un mes con disnea y tos, multitratado, sin mejoría. Acudió a urgencias por disnea progresiva, ortopnea, bradicardia alternada con taquicardia, TA 80/50 mmHg, FC 229/min, SpO₂ 88%. El electrocardiograma evidenció taquicardia ventricular. Se realizó cardioversión farmacológica con lidocaína y posteriormente Amiodarona. La tomografía de

tórax mostró datos de neumonitis por radiación. Laboratorios de ingreso: Hb 13.7g/dL, Leu 9650/ μ L, Neu 8200/ μ L, plq 96000/ μ L. Troponina I 0.101ng/mL, TSH 0.95 UI/mL, T4L 1.06 ng/dL, Procalcitonina 0.04 ng/mL. Fue ingresado a Terapia Intensiva, se trató con metilprednisolona y amiodarona, presentó 5 episodios de taquicardia ventricular las cuales revirtieron con maniobras vagales. Se realizó ecocardiograma con hipocinesia global, FEVI 39%, sin derrame pericárdico, sin trombos intracavitarios. Se inició tratamiento con carvedilol y se disminuyó la amiodarona hasta suspenderse. Se agregó enalapril y espironolactona. No volvió a tener episodios de taquicardia ventricular. **Discusión y conclusiones:** El daño cardíaco puede ser asintomático, subclínico o manifiesto. La disfunción ventricular asintomática se asocia con un mayor riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva futura y muerte. Es clave sospechar este diagnóstico en casos de miocardiopatía con función sistólica disminuida, falla cardíaca o disminución de al menos 10% de la FEVI. Gradualmente la terapia cardioprotectora con IECA, ARA-II y β -bloqueadores se volverá fundamental en la prevención primaria de pacientes que reciben quimioterapia, pues son seguras, bien toleradas y ralentizan la disminución de la FEVI.

Palabras clave: falla, cardiaca, quimioterapia, adverso, antra-ciclinas.

Folio: 0257

Tema: Otros

Asociación de PNPLA3 y GCKR con grados de esteatosis hepática y grosor de íntima media carótidea en pacientes adultos con diabetes mellitus 2. Estudio PEMEX-INMEGEN

Ordaz Karina¹, Arce Alejandro César¹, Coronado Martín¹, Canizales Samuel², Cruz Nadia Ruth¹, González Mirelle Vanessa²

¹ Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos; ² Instituto Nacional de Medicina Genómica

Introducción: Los polimorfismos (SNPs) en adiponutrina (PNPLA3) y proteína reguladora de glucocinasa (GCKR) se relacionan con esteatosis hepática (NAFLD), la que hemos mostrado se relaciona con aumento del grosor de íntima/media carotidea (GIMC). Se desconocen los fenotipos de los SNPs de estos genes en población mexicana. **Objetivos:** Evaluar la asociación de los SNPs de los genes PNPLA3 y GCKR con NAFLD y GIMC en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). **Material y métodos:** Realizamos un estudio transversal en el que evaluamos pacientes ambulatorios con DM2, se registraron datos antropométricos, bioquímicos, USG hepático y de GIMC. Además,

se genotipificaron mediante sondas prediseñadas TaqMan® en un sistema de RT-PCR los genes PNPLA3 y GCKR. Los datos se analizaron con X2, t-student, ANOVA, modelos de regresión lineal y cálculo de RM. **Resultados:** Fueron 242 pacientes, con edad de 62.49±8.6 años, HbA1c 7.27±1.75%, alta prevalencia de NAFLD en 91.7%, con un 12.8% y 19% elevación de AST y ALT, respectivamente y 53.3% con GIMC ≥ 0.8 mm. Con relación a GCKR, la media del GIMC en portadores TT fue mayor que los CC. La media de HDL (42.1±11.1mg/dl) fue menor en los portadores de CC en comparación con TT (45.7±11.1 mg/dl), además se relacionó el modelo recesivo con menores niveles de HDL RM = 2.6 (IC95%) y GIMC ≥ 0.8mm, para el modelo recesivo (CC). Con PNPLA3 hubo asociación con el genotipo CC (RM 2.3; IC95%) y la esteatosis severa y 2.6 IC95% con ALT elevada. **Conclusiones:** La homocigocia de CC y TT de GCKR se asocian con mayor GIMC y menores niveles de HDL. La de G y C de PNPLA3 confiere un mayor riesgo de NAFLD severa y transaminemia.

Palabras clave: NAFLD, Y, GCKR, CON, PNPLA3, CGKR.

Folio: 0258

Tema: Reumatología

Reto diagnóstico en una vasculitis seronegativa

Treviño Francisco², Sánchez Ernesto¹, Arbeu Marlene², Valdín

Tania Isabel², Montiel José Sabino², Martínez Alberto David³

¹ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; ² Hospital Universitario de Puebla; ³ Hospital San José Tec Monterrey

Introducción: La granulomatosis con poliangeítis, antes conocida como enfermedad de Wegener, es una vasculitis sistémica de vasos pequeños y medianos, que afecta las vías respiratorias y otros órganos. Está asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA). La incidencia anual es de 5 a 10 casos por millón y es más común entre los 45 y 60 años. La etiología se desconoce. El cuadro clínico incluye fiebre, malestar general, pérdida de peso, artralgias, mialgias, rinitis o sinusitis crónicas y úlceras orales o nasales, entre otros. La enfermedad suele iniciar con afección pulmonar. El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas, biopsia de los órganos afectados y c-ANCA positivos. **Objetivo:** Señalar la importancia que tiene el conservar una alta sospecha diagnóstica. **Caso clínico:** Varón de 35 años con los siguientes antecedentes relevantes: índice tabáquico de 0.4 paq/año; rinosinusitis crónica recurrente, tratada con múltiples antibióticos, vasoconstrictores y esteroides, además de rinoseptoplastía. Su padecimiento actual comenzó a los 24 años de edad, con episodios recurrentes de rinosinusitis, re-



fractarios a tratamiento médico y quirúrgico. En el último año sufrió una dacriostenosis que se complicó con celulitis preseptal. La rinoscopía anterior visualizó el septum desviado con inflamación mucosa y los cornetes hipertróficos, sin descarga orofaríngea. Se identificó un exudado blanquecino en cornete, por lo que se tomó una biopsia que indicó infiltrado inflamatorio. Dicho cuadro clínico se exacerbó en el último semestre, con fiebre nocturna, diaforesis y pérdida de 10 kg por lo que se hospitalizó. Recibió antibioticoterapia sin mejoría, se realizó cirugía funcional endoscópica y se egresó con antibioterapia ambulatoria. Dos meses después presentó fiebre y una lesión ulcerativa de 5mm en paladar, con eritema perilesional. Fue tratado con ciprofloxacino y caspofungina, aunque con mala respuesta. Durante su abordaje se solicitó determinación de c-ANCA y p-ANCA, así como cultivos específicos para anaerobios, hongos y micobacterias, cuantificación de IgE sérica y biopsia de dicha lesión ulcerativa. La biopsia reveló vasculitis y descartó linfoma; la inmunohistoquímica identificó positividad para CD3; el EGO resultó normal. Los cultivos y los ANCA resultaron negativos. La radiografía de tórax reveló nódulos bilaterales de predominio en regiones basales. Así se integró el diagnóstico de granulomatosis con poliangeítis seronegativa

y se iniciaron pulsos de metilprednisolona. Posteriormente se dio tratamiento con Prednisona, Metotrexate y ácido fólico. Con esto el paciente mejoró notablemente, la fiebre remitió por completo y la úlcera palatina cicatrizó de forma satisfactoria.

Discusión y conclusiones: Este caso es un ejemplo de un reto diagnóstico que requiere una alta sospecha y una anamnesis meticulosa. La negatividad de la biopsia y de los marcadores séricos puede ser un distractor importante, ya que al menos el 10% de estos pacientes son seronegativos, pero es fundamental conservar la sospecha diagnóstica. Finalmente, una adecuada respuesta a la terapéutica empleada apoya el diagnóstico de esta vasculitis.

Palabras clave: granulomatosis, Wegener, ANCA, poliangeítis, autoinmune.

Folio: 0259

Tema: Neurología

Alteración visuoespacial detectada mediante prueba del reloj en pacientes geriátricos con fractura de cadera

Pérez Mitzel del Carmen¹, Pérez Eduardo², Muñoa Eduardo Daniel³, Pérez Eduardo⁴

¹ UMAE Hospital de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación;

² Hospital Regional Pemex de Salamanca³; Hospital Juárez de México⁴; Universidad de Guanajuato

Antecedentes: Los pacientes geriátricos, presentan mayor

riesgo de fractura de cadera; se ha observado que el uso de múltiples medicamentos, visión deficiente y problemas de equilibrio, representan los principales factores de riesgo. Por otro lado, la demencia es un deterioro cognoscitivo progresivo, en muchas ocasiones con cambios sutiles, posteriormente caracterizado por alteraciones en la memoria y otras funciones cognitivas, que conlleva discapacidad y dependencia. **Métodos:** Se revisaron expedientes clínicos y realizaron valoraciones incluidas: la prueba del reloj, fluencia verbal fonológica (FVF) y fluencia verbal semántica (FVS), en pacientes geriátricos hospitalizados por fractura de cadera; otras variables demográficas como: edad, sexo, comorbilidades, fracturas previas y lugar de la fractura también fueron tomadas en cuenta. **Resultados.** Se obtuvieron datos de 14 pacientes: la edad promedio fue de 78 años (DE 63-92), con predominio en mujeres (85.71% 92.86% fueron en el hogar, 42.85% tenían historia de fractura previa. Dentro de las principales comorbilidades (presentes en 85.71% de los casos), se encontró principalmente la HAS (35.71%) y DM2 (64.28%). Se encontró un valor deficiente en la FVF con una media de 9.86 palabras y con un resultado favorable en la FVS con un promedio 13.21 palabras. En la prueba del

reloj 57.14% presentaron alteraciones severas y el 42.85% presentaron alteraciones leves a moderadas. **Conclusiones:** El reconocimiento de las alteraciones visuoespaciales en pacientes geriátricos, mediante pruebas de sencilla aplicación, es importante para aplicar las intervenciones multidisciplinarias que pueden elevar la calidad de vida del paciente, el diagnóstico diferencial y la detección oportuna de aquellos individuos con deterioro cognitivo y con mayor riesgo de fractura de cadera.

Palabras clave: deterioro cognitivo, prueba del reloj, fractura de cadera, pacientes geriátricos.

Folio: 0260

Tema: Neurología

Infarto talámico bilateral secundario a oclusión de la arteria de Percheron: reporte de caso

Balderas Marisela Berenice, Molina Luis Enrique, Jiménez Reyna Alicia, Ramírez Alberto
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El síndrome de Percheron o infarto talámico bilateral se considera infrecuente. La oclusión de esta arteria es responsable del 0.1 al 2% de los EVC isquémicos, considerándose de difícil diagnóstico clínico. Se caracteriza por presentar parálisis bilateral vertical de la mirada, deterioro de la memoria e hipersomnias. Presentamos el caso de una

paciente, cursó con la clínica esperada de un síndrome de Percheron. **Objetivo:** Descripción de caso de síndrome de Percheron, tratamiento y evolución. **Exposición del caso:** Femenino de 72 años de edad, antecedente de hipertensión arterial y diabetes de larga evolución, inició de forma súbita con alteración del lenguaje, 10 días posteriores cursó con hipersomnias, alteración de movimientos oculares, afasia motora, a su ingreso a urgencias la TC de cráneo descarta EVC hemorrágico e inició tratamiento con estatinas, heparina, antiagregantes. A la exploración: limitación de movimientos oculares horizontales, movimientos verticales abolidos. Durante su estancia intrahospitalaria debido a disminución de Glasgow, se solicitó nueva TC de cráneo a las 48 hrs, con infarto bitalámico, también cursó con fibrilación auricular paroxística comprobada por Holter, por lo que se inició inhibidor del factor Xa. 6 meses después al infarto bitalámico, la paciente se encuentra en terapia de rehabilitación, se comunica con monosílabos. En tratamiento con rivaroxabán, IECAS, e insulina glargina. **Conclusiones:** Las manifestaciones neurológicas descritas en el infarto de la arteria de Percheron son: afectación del nivel de conciencia con cambios fluctuantes, afectación de lenguaje, apatía, afectación de nervios craneales oculo-

motores e hipersomnias. Estos síntomas se presentaron en la paciente. Debido a la baja prevalencia de esta entidad, el diagnóstico puede retrasarse, es por eso la importancia de reconocer la clínica sugerente de ésta entidad: disminución del nivel de conciencia junto con alteraciones oculomotoras complejas.

Palabras clave: síndrome de Percheron, infarto, talámico, bilateral.

Folio: 0261

Tema: Endocrinología

Correlación del índice de calidad de sueño de Pittsburg (mala calidad del sueño) con el descontrol glucémico en pacientes diabéticos tipo 2 en la clínica de diabetes del Hospital General Chihuahua

Aleman Dassaev¹, García Angel², Hernández Mario Enrique³, Cota Stephanie³, Navarrete Rodrigo⁴, Fernández Karla Ivette⁴

¹ Hospital General Chihuahua, Especialista Medicina Interna; ² Hospital General Chihuahua, adscrito clínica Síndrome Metabólico y profesor titular Medicina Interna; ³ Hospital General Chihuahua, residente 3er año Medicina Interna; ⁴ Hospital General Chihuahua, Médico adscrito Medicina Interna

Antecedentes: los trastornos del sueño en general la restricción del sueño produce reducción de los niveles de leptina (hormona anoréxica) y aumento de



los niveles de grelina (hormona orexigenica) lo que produce aumento de la ingesta alimenticia y por consiguiente el aumento calórico/día que va acondicionar aumento de peso, mayor panículo adiposo, mayor aumento de citosinas pro inflamatorias y mayor predisposición a resistencia a la insulina condicionando a diabetes tipo 2 (DM2) lo que se asocia a trastornos del sueño. La mala calidad del sueño, el trabajo por turnos nocturnos y los llamados Jet-Lag (inversión del estado de sueño-vigilia propiciados por los empleos nocturnos) se asoció con la diabetes con un RR combinado de 1.40. El índice de calidad del sueño de Pittsburg (ICSP) ha sido considerado como una herramienta útil y fácil de aplicar para detección de pacientes con trastornos del sueño considerándolos como malos dormidores si resultan con un puntaje mayor o igual a 5 puntos acorde al ICSP. **Objetivo:** Determinar si la mala calidad del sueño evaluada con el ICSP se ve asociada con un mal control glucémico expresado con hemoglobina glicosilada de los pacientes con DM2, de la clínica de diabetes del Hospital General Chihuahua, de la Secretaria de Salud. **Materiales y métodos:** Se practicó ICSP a 100 pacientes con DM2 con edad mayor o igual a 20 años de la clínica de diabetes HGCh, SSA, con criterios de inclusión (mujeres y hombres de edad mayor o igual a 20 años de la clínica de diabetes del HGCh,

pacientes con el diagnóstico de DM2 según conste en el expediente clínico, pacientes que completaron satisfactoriamente el ICSP, pacientes que firmaron consentimiento informado y con aprobación por el comité de ética de nuestro hospital). La selección de paciente se realizó mediante muestreo aleatorio simple entre Febrero 2016 a Febrero de 2017. Tipo de estudio: Estudio transversal, prospectivo, correlacional. Variables analizadas: edad, sexo, peso, talla, ICSP: Alterado: con igual o mayor de 5 puntos hasta 21 puntos, no alterado: < 5 puntos. Niveles de Hb1Ac (Hb1Ac > 7% alterado, < 7% no alterado). Análisis estadístico: los resultados serán analizados con medias de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio, desviación estándar. Además de medidas de correlación (Pearson). **Resultados:** De acuerdo con nuestro estudio, existe un mayor porcentaje de mujeres con DM2 siendo estas un 74% y el resto de hombres con un 26%. Con una distribución del 49% en el grupo etario de 51-70 años, 31% de 20 a 50 años y 20% de 71 a 99 años. De esos posterior a la evaluación con el ICSP resultó un 69% con puntaje mayor o igual a 5 demostrando que estos son malos dormidores y el resto 31% resultó sin trastorno del sueño asociado, es decir un puntaje menor de 5 en el cuestionario de Pittsburg. Se realizó la prueba

de correlación de Pearson entre las variables malos dormidores medido con el ICSP y Hb1Ac los resultados fueron un nivel de correlación 0.420 con una significancia estadística de 0.000.

Conclusiones: los pacientes con DM2 que cursan con descontrol glicémico y malos dormidores mediante el ICSP de nuestra clínica de diabetes presentan una correlación de Pearson de 0.420 con una significancia estadística de P 0.00 lo cual nos traduce que existe una alta correlación entre estas variables antes mencionadas asociando a los malos dormidores acorde al ICSP con mayor descontrol glucémico en comparación a la población sin trastorno del sueño asociado. Se ha demostrado en nuestra población analizada que la mala calidad del sueño debe ser considerado como un factor asociado al descontrol glicémico en nuestra población estudiada con el fin de evitar complicaciones futuras asociadas al descontrol de la DM2 sus complicaciones tempranas y tardías ampliamente conocidas por los servicios de medicina interna de nuestro país.

Palabras clave: indice calidad del sueño de pittsburg (ICSP), descontrol glucémico, diabetes mellitus tipo 2, mala calidad del sueño, leptina, grelina.

Folio: 0262

Tema: Gastroenterología

Respuesta a tratamiento médico en pacientes con colitis microscópica y colitis

eosinofílica del servicio de gastroenterología del CMN 20 de Noviembre ISSSTE enero 2012 a marzo 2018

Aleman Dassaev¹, López Jesus Gerardo², Ramos Mayra Virginia³, Reyes Miriam Gabriela⁴, Trujillo Korely Corazon⁵, Rivera Blanca Cristina⁶

¹ Servicio de Gastroenterología, Médico Internista, R2 Gastroenterología; ² Adscrito Clínica Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Gastroenterología; ³ Jefe de Servicio de Gastroenterología y profesor titular; ⁴ Adscrito Servicio de Gastroenterología; ⁵ Servicio de Gastroenterología, Médico Internista, R2 Gastroenterología CMN 20 de Noviembre ISSSTE ⁶ Universidad Autónoma de Sinaloa

Introducción: La colitis microscópica (CM) se caracteriza por diarrea acuosa crónica causada por inflamación en el colon, comprende la colitis linfocítica (CL) y colitis colágena (CC). Los síntomas clínicos más comunes son diarrea crónica no hemorrágica (95%), pérdida de peso (91%), dolor abdominal (40%). El diagnóstico es clínico e histológico, para CC se requiere un espesor de la banda de colágeno > 10 um, > 20 linfocitos intraepiteliales/100 células epiteliales para CL. La colitis eosinofílica (CE) su presentación clínica es con diarrea crónica más un reporte histológico de biopsias de colon con > 20 eosinofilos/CAP.

Objetivo: determinar respuesta clínica en pacientes con CM y CE. **Materiales y métodos:** pacientes con diagnóstico de colitis microscópica y eosinofílica tratados en el servicio de Gastroenterología del CMN "20 de Noviembre" en el periodo comprendido de enero 2012 a marzo 2018. Tipo de estudio: descriptivo, transversal. Variables analizadas: edad, sexo, hallazgos endoscópicos, hallazgos histológicos, escala Bristol pre y post tratamiento, peso, talla y tratamiento recibido. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medias de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar. **Resultados:** se analizaron un total de 20 pacientes, de los cuales 6 son de género masculino y 14 de género femenino, 6 pacientes con CL (30%), 1 paciente con CC (5%) y 13 pacientes CE (65%). Media de edad de 59.25 años. Los hallazgos colonoscópicos mas frecuentes fueron edema de mucosa y ulceraciones 40%. Obteniendo una respuesta total (< 3 evacuaciones/día) en 50%, respuesta parcial 50% (4-6 evacuaciones/día) y sin respuesta 0% (> 7 evacuaciones/día). **Conclusiones:** Observamos que los pacientes con budesonide MMX 9 mg tuvieron una respuesta total de 100% vs los pacientes con MSZ los cuales tuvieron una respuesta total en un 33.3%. Lo que apoya al uso de budesonide

MMX 9 mg para CM y CE. Sin Financiamiento.

Palabras clave: colitis microscópica, colitis eosinofílica, diarrea cronica, ulceras colon, edema mucosa, budesonide.

Folio: 0263

Tema: Infectología

Síndrome de DRESS complicado con síndrome de PRES en un paciente con tuberculosis pulmonar

Lajud Francisco Antonio, Cano Lilian Guadalupe, Arteaga Daniela, Garcilazo Alexandra, Salazar Claudia Naí, Vargas David

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Hombre de 18 años, originario del estado de Guerrero, con diagnóstico de tuberculosis pulmonar de 6 meses de evolución, en tratamiento con DOTBAL. Inicia padecimiento 6 semanas posterior del inicio de medicamento con fiebre, eritema en tronco al cual se agrega exantema maculopapular pruriginoso en extremidades y cara, dolor epigástrico, intolerancia a la vía oral y edema de miembros pélvicos, se encuentra síndrome urémico se inicia hemodiálisis e ingresa a medicina interna. Al examen físico con eritema disseminado y placas eritematosas regulares en tronco cara y extremidades, edema de labios, adenomegalias cervicales, cardiopulmonar sin compromiso, hepatomegalia, extremidades inferiores con edema. Se reali-



zan paraclínicos, encontrando leucocitosis a expensas de neutrófilos y eosinofilia leucocitos 18.2, neutrófilos 59%, eosinófilos 34.7% bilirrubina total 3.08 mg/dl patrón mixto ALT 89 U/L AST 123 U/L DHL 320 U/L FA 161 U/L, GGT 221U/L, amilasa 2502mg/dl y lipasa 1945 mg/dl. Radiografía de tórax con caverna apical izquierda. El ultrasonido abdominal: Hígado aumentado de tamaño, riñones ecográficamente normales. En la tomografía: Pancreatitis necrozante en más del 30% BALHAZAR E. EGO: proteínas 30 mg/dl, leucocitos 20-22 mg/dl eritrocitos 44-46 mg/dl. urocultivo sin desarrollo. Sedimento urinario con eritrocitos dismórficos y acantocitos, cilindros granulosos y leucocitos sin bacterias. Integrándose síndrome nefrítico rápidamente progresivo, la biopsia renal reporta nefritis túbulo intersticial. Panel viral y de anticuerpos negativos. Se integra el diagnóstico de Síndrome de DRESS con RegiSCAR de 8 puntos, se trató con prednisona presentando fluctuaciones de cifras tensionales, posteriormente presentó, alucinaciones visuales y crisis convulsivas tonico clónicas, en resonancia magnética de cráneo: Lesiones hiperintensas en FLAIR intra-axiales supratentoriales localizadas en región occipital bilateral integrando síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES). El paciente presentó evolución favorable 15 días posterior al

inicio de los síntomas, se reinició de tratamiento antifúngico con DOTBAL premedicando con prednisona, montelukast, ranitidina y clorfenamina, con adecuada tolerancia y se egresa por mejoría con seguimiento por consulta externa. El Síndrome de DRESS, es una reacción de hipersensibilidad, forma parte de las reacciones cutáneas severas asociadas a medicamentos, la incidencia se estima 1-5/100,000. Existen 44 medicamentos desencadenantes, carbamazepina el más frecuente, hay poca información sobre antituberculosos. Los síntomas inician 2 a 6 semanas después de iniciar el medicamento; se caracteriza por fiebre que precede a eritema cutáneo, malestar general, adenomegalias, eosinofilia, e involucre multiorgánico. Hay poca información sobre afectación al sistema nervioso, en este caso consideramos que el síndrome de PRES fue desencadenado por alteraciones de la presión arterial secundarias a DRESS.

Palabras clave: DRESS, PRES, tuberculosis.

Folio: 0264

Tema: Cardiología

Elevación transitoria del segmento-ST en un paciente con cetoacidosis diabética severa

Vera Raymundo¹, Carrizales Edgar Francisco¹, De La Cruz Olga Norali¹, Flores Ana Cristina², Pérez Sandra Itzel², Nañez Homero¹

¹ Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José E. González, Monterrey Nuevo León, México; ² Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

Presentación de caso: Masculino de 48 años de edad, se presenta al servicio de urgencias con historia de malestar general y náusea. Antecedente de diabetes mellitus tipo 2 manejada con insulina NPH. Se encontraba severamente deshidratado y polipneico, su TA 80/60 mmHg, FC 125 lpm, saturación de O₂ en 95% al aire ambiente. Su glucosa capilar en 620 mg/dl y su gasometría venosa mostraba una acidosis metabólica con PH < 6.94 y HCO₃⁻ de 4.1 mEq/L. Se diagnosticó cetoacidosis diabética (CAD) severa y se inició manejo con hidratación e insulina IV. Electrolitos séricos, Na⁺ 119.6 mEq/L, Cl⁻ 95 mEq/L, y K⁺ 5.7 mEq/L. Un electrocardiograma mostró elevación del segmento-ST de 4mm en las derivaciones V1 y V2 y de 1mm en aVR. Se sospechó un síndrome coronario agudo como factor desencadenante de la CAD, el ecocardiograma transtorácico no mostró alteraciones de la movilidad de miocardio. Se decidió continuar el manejo para la CAD y se obtuvo un ECG de control 1 hora y media después del inicio del manejo, el cual mostró una resolución

completa de la anormalidad en el segmento-ST, las troponinas se encontraban dentro de la normalidad, el paciente presentó una evolución adecuada.

Discusión: El infarto agudo al miocardio (IAM) es un desencadenante bien reconocido de la CAD, pero en algunos pacientes pueden aparecer cambios sugestivos de isquemia en el ECG como consecuencia de alteraciones metabólicas. Se ha descrito la presencia de un patrón de pseudo-infarto en pacientes con CAD e hipercalemia, la mayoría de los pacientes con este patrón se presentan con niveles de K^+ > 6 mEq/L, sin evidencia ecocardiográfica o angiográfica de isquemia del miocardio verdadera y con una resolución completa de las alteraciones del ECG posterior a la corrección metabólica. el IAM debe siempre considerarse como un posible desencadenante de la CAD, pero se debe saber reconocer cuando las manifestaciones en el ECG son secundarias a alteraciones metabólicas.

Palabras clave: cetoacidosis diabética, elevación del segmento-st, patrón de pseudo-infarto, acidosis metabólica, hipercalemia.

Folio: 0265

Tema: Endocrinología

Presentación de caso: acidosis tubular renal tipo I secundaria a tiroiditis de hashimoto

Munguía Diana, Mendoza Jesús Guillermo, Machorro Rafael

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: La acidosis tubular renal distal se caracteriza por una alteración en la acidificación urinaria, acidosis metabólica de anion gap normal, ph urinario por arriba de 5.5 y pérdidas de potasio, así como hiper calciuria, hipocitraturia, nefrolitiasis y nefrocalcinosis. Existen dos formas principalmente reportadas: hereditarias y secundarias como las enfermedades autoinmunes. La tiroiditis de Hashimoto es una causa inusual de esta patología. **Presentación de caso:** Mujer de 30 años quien ingresó con diagnóstico de litiasis renal bilateral coraliforme y pielonefritis. Inició su padecimiento con fiebre de 38° C, mialgias, astenia, adinamia, poliuria, debilidad de miembros pélvicos con edema, imposibilidad para la deambulaci3n de un mes de evoluci3n. A la exploraci3n f3sica con taquicardia sinusal de 120 lpm, palidez tegumentaria, dolor en ambos flancos, Giordano presente bilateral, disminuci3n de la fuerza en miembros torácicos y pélvicos 4/5, resto sin alteraciones. Paraclínicos: hipokalemia severa (2.4mEq/L), hipofosfatemia (1.28 mg/dl) hipocalcemia (7.72 md/ dl) leucocitosis ($18.4 \times 10^3/uL$) con neutrofilia sin alteraci3n en la funci3n renal. Examen general de orina: densidad 1.006, ph 6.5, leucocitos +++, nitritos

negativos, proteínas 60, glucosa 50, cetonas negativas, bacterias abundantes. Gasométricamente con acidosis metab3lica con anion gap normal: ph 7.25, HCO_3 13.6, anion gap 10.2 (corregido por albúmina) Se le solicitó un perfil tiroideo por la sintomatología el cual resultó alterado con un hipotiroidismo primario autoinmune: TSH 205.4uIU/ml (0.34- 5.6), T4L 0.3 (0.58- 1.64), anticuerpos antiperoxidasa 102.4. Como abordaje de la acidosis tubular renal se solicitó: anion gap urinario 19.5, fracci3n de excreci3n de bicarbonato < 5 y un ph urinario > 5.5 , hiper calciuria 80 mg/dl y citrato de orina 83.0 mg/l(250- 1000). Como tratamiento se inició levotiroxina, bicarbonato de sodio y citrato de potasio. Durante el seguimiento se fue disminuyendo el aporte de bicarbonato y potasio hasta suspenderse, actualmente asintomática en tratamiento con Levotiroxina con control de TSH 3.26 y potasio 3.6 mEq/L. **Conclusi3n:** Se han reportado en la literatura pocos casos en pacientes con acidosis tubular renal distal con patología de tiroides como hipertiroidismo, hipotiroidismo y tiroiditis de Hashimoto. Se cree que tanto la deficiencia de tiroxina así como los anticuerpos generan alteraci3n a nivel de los transportadores de los túbulos renales. Esta alteraci3n resuelve con la adecuada sustituci3n de Levotiroxina como en el caso de la paciente.



Palabras clave: hipotiroidismo autoinmune, acidosis de anión gap normal, hipokalemia.

Folio: 0266

Tema: Gastroenterología

Relación entre la esteatosis hepática y el grosor de la íntima-media de las carótidas en una población asintomática con diabetes mellitus tipo 2

Ordaz Karina, Coronado Martin, Camarin Efrain Ignacio, Arce Cesar Alejandro, Cruz Nadia Ruth

Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos

Introducción: El hígado graso no alcohólico (NAFLD) es un problema de salud en México debido a que comparte muchas características con el síndrome metabólico los que son condiciones que son altamente aterogénicas. Aunque se ha relacionado al NAFLD con desenlaces cardiovasculares, se desconoce su papel como factor de riesgo cardiovascular, el que podría ser mayor que el de otras variables conocidas. Por otro lado, el aumento del grosor de la íntima media de las carótidas (GIMC) si es reconocido como factor de riesgo. **Objetivos:** Evaluar la relación entre el NAFLD y el GIMC. **Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional transversal de pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de los que se evaluaron variables antropométricas, bioquímicas,

USG hepático y medición del GIMC. Se evaluaron las asociaciones entre las variables de interés con X2 y ANOVA entre subgrupos de NAFLD y GIMC. Posteriormente se realizó una regresión logística multivariada. **Resultados:** Se incluyeron 242 pacientes, edad 62.49 ± 8.6 años, 57.9% mujeres, 56.6% con menos de 10 años de evolución de DM2, HbA1c promedio $7.27 \pm 1.75\%$. El 91.7% tuvo algún grado de esteatosis: 47.5% leve, 38.4% moderada y 5.8% grave. La prevalencia de GIMC mayor a 0.8 mm fue 48.3%. Los pacientes con esteatosis moderada tuvieron un promedio de GIMC de 0.86 ± 0.31 mm y de 0.92 ± 0.21 mm en los de esteatosis severa ($p=0.002$ en carótida derecha, y $p=0.045$ en carótida izquierda, ANOVA entre grupos). Hubo una RM de 2.5 ($p=0.005$; IC 95% 1.3-4.2) para presentar un GIMC >0.8 mm en los que tuvieron esteatosis moderada a grave. **Conclusiones:** La esteatosis hepática en población con DM2 es muy alta y se relaciona directamente con el GIMC. Es necesario realizar seguimiento de estas variables para reconocer su impacto en la evolución de los pacientes.

Palabras clave: esteatosis, hepática, grosor de, carotida.

Folio: 0267

Tema: Hematología

Epidemiología de pacientes con fiebre y neutropenia de origen hematológico en un hospital del noreste del país

Reyes Alan Ledif, Cantú Olga Graciela, Vázquez Brandon, Garza Andrea Cecilia, Villalobos Leonel

Hospital Universitario Dr. José E. González, UANL

Durante el periodo de abril 2016 hasta marzo 2018 se incluyeron pacientes con neutropenia febril de origen hematológico en el contexto post-quimioterapia o proceso infeccioso de nuevo inicio (durante las primeras 24 horas de ingreso), 81 pacientes. De los cuales corresponden a 46 del género masculino (57%) y 35 mujeres (43%). De acuerdo al reclutamiento por año, en el 2016 se incluyeron 27 pacientes (33%), en el 2017 ingresaron 34 pacientes (41%) y en 2018 ingresaron 20 pacientes (26%). La edad promedio de la población fue 39.2 (+15.4), con límites de edad entre los 18 hasta los 74 años. Las características relevantes demográficas incluidas fueron el IMC, cuya media se encontraba dentro de rangos normales $25.6 (+5.5)$ kg/m². El estatus funcional se basó de acuerdo a la escala ECOG, en donde porcentualmente la mayoría estaban en ECOG 2 con 38 pacientes (46.9%), seguido de ECOG 1 con (24.6%), posteriormente ECOG 3 en 12 pacientes (14.8%), ECOG 0 en 10 pacientes (12.3%) y por último ECOG 4 con 1 sólo paciente (1.2%). De acuerdo a la escala de Talcott y MASCC de estratificación de severidad del

episodio febril y neutropenia clasificamos a los pacientes según los siguientes grupos: Talcott II presentaron el mayor número de pacientes (30.9%), Talcott III con 22 pacientes (25.9%) y Talcott IV con 6 pacientes (7.4%) únicamente. El score de MASCC calculado al ingreso, con valores que oscilan desde 6 hasta 26 puntos, media de 19.4 (+- 4.5). La media de estancia en internamiento fue de 12 días, con rangos desde 1 día hasta 47 días.

Palabras clave: fiebre, neutropenia, hematológicos, MASCC, Talcott.

Folio: 0268

Tema: Hematología

VARIABLES CLÍNICAS Y PARACLÍNICAS EN PACIENTES CON NEUTROPENIA FEBRIL DE ORIGEN HEMATOLÓGICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DEL NORESTE DEL PAÍS

Reyes Alan Ledif, Cantú Olga Graciela, Garza Andrea, Vázquez Brandon, Villalobos Leonel
Hospital Universitario Dr. José E. González, UANL

Durante un periodo de seguimiento desde abril 2016 hasta marzo 2018 se reunieron 81 pacientes con neutropenia febril de origen hematológico. Durante su ingreso en las primeras 12 a 24 horas al servicio de Urgencias o Consulta Externa de Hematología, que cumplieran con las definiciones operacionales establecidas por la IDSA de fiebre y Neutropenia, se recolectaron muestras

de Biometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática, así como la toma de signos vitales al ingreso. Parámetros clínicos al ingreso del paciente, la presión arterial al ingreso a urgencias de nuestra población presentó una media de tensión arterial sistólica de 106.6 (+- 18.75) mmHg, cifras diastólica 66.3 (+-11.6 mmHg), Frecuencia respiratoria 20.3 (+- 5.1 rpm), Frecuencia cardíaca 101.4 (+- 21.6 lpm), con un score SRIS al ingreso de 2 (+- 0.9). La media de conteo neutrofílico en nuestra población fue 0.091 K/uL (+-0.17 K/uL), con valores límites desde el paciente agranulocitopénico y límite superior de 0.761 K/uL. La gravedad del episodio de la neutropenia febril se clasificó de acuerdo al número de días con neutropenia durante el internamiento, en donde < 7 días se denominó leve, 7-14 días moderado y > 14 días como severo. En la población de estudio se demostró que la mayor parte de nuestros pacientes presentaron un episodio leve que corresponde al 54% de población, episodio moderado el 30% y severo 16%. De los variables bioquímicas fundamentales para nuestro estudio encontramos la media de valores de Hemoglobina en 7.6 (+- 1.9), el RDW (Ancho de distribución eritrocitario) de 14.1% (+- 2.5), con límite superior en 19.4% y límite inferior en 8.9%. Conteo leucocitario total 0.6 (+- 1.15) K/uL, polimorfonucleares 0.09

(+- 0.17) K/uL, conteo plaquetario 45.1 (+- 67.2) K/uL, niveles de creatinina 0.9 (+-0.6) mg/dL, albúmina sérica 2.92 (+-0.8) g/dL, Bilirrubina total 1.7(+1.6) g/dL.

Palabras clave: neutropenia, febril, SRIS, hematológicos, mortalidad.

Folio: 0269

Tema: Neurología

POLINEUROPATÍA DESMIELINIZANTE CRÓNICA INFAMATORIA, EN UN PACIENTE CON INFECCIÓN SIMULTÁNEA POR TUBERCULOSIS PULMONAR Y VIH, UN RETO EN EL DIAGNÓSTICO

García Héctor René¹, González Laura Leticia¹, Mancillas Leonardo Guadalupe²

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Departamento de Endocrinología

Hospital Universitario José Eleuterio González de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Las enfermedades desmielinizantes siempre son un desafío clínico tanto por sus diferentes tipos de etiologías, manifestaciones, diagnósticos, y respuesta al tratamiento, los pacientes con comorbilidades pueden presentar presentaciones atípicas lo cual puede dificultar el diagnóstico y retrasar el tratamiento.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con diagnóstico de polineuropatía demielinizante crónica inflamatoria (CIDP) con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y VIH. **Descripción**



del caso: Masculino de 46 años con diagnóstico de tuberculosis pulmonar 40 días previos a su ingreso, en tratamiento con médico antifímico en fase intensiva, inició 30 días previos a su ingreso con parestesias, en guante y calcetín en las extremidades, que se asoció con parálisis facial, unilateral, periférica, posteriormente presentó pérdida de fuerza en extremidades inferiores, casi simultáneamente también extremidades superiores, e intolerancia a la vía oral por lo que acude a urgencias. A la exploración física los signos vitales: TA: 110/70 mmHg, FC 96 lpm, FR 21 rpm, T 37.0°C, fuerza 2/5 en extremidades superiores y 0/5 en inferiores, arreflécticas, con sensibilidad, preservada, propiocepción y vibración alterada, en los paraclínicos: Hb 12.2 g/dL, VCM 90 fL, HCM 33.4 pg, Leu 3.09 k/uL, Neu 2.8 k/uL, Linf .430 k/uL, Plt 347 k/uL, Glu 121 mg/dL, BUN 12 mg/dL, Cr. 1.3 mg/dL, Na 138 mEq/L, Cl 100 mEq/L, K 4.0 mEq/L, Ca 8.9 mg/dL, P 4.1 mg/dL, se decide ingreso a medicina interna para abordaje y tratamiento. Tomografía simple de cráneo sin alteraciones y con punción lumbar con sin alteraciones citoquímicas, únicamente proteínas totales de 386 mg/dL, cultivos y BAAR negativo. En el día uno de internamiento cae en paro cardiorespiratorio respondiendo a 2 ciclos de maniobras de reanimación cardiopulmonar e intubación endotraqueal,

presentando una gasometria arterial durante las maniobras de reanimación con acidosis respiratoria con pH 6.83, pCO₂ 148, pO₂ 49 Lactato 1.6 HCO₃ 23.8, Saturando al 68%. Una vez estabilizado, ingresó a la unidad de cuidados intensivos la cual se mantuvo 4 días con mejoría clínica, se realiza resonancia magnética contrastada en la cual no se identifica alteración alguna, debido a sospechó tuberculosis meníngea, se continuó con tratamiento antifímico e inició dexametasona a dosis de 0.4 mg /kg/día, se realiza prueba de ELISA de cuarta generación en la cual reporta positivo para VIH-1 positivo, sin poder contar con conteo de CD4 o cantidad de copias virales, se solicitó VDRL, FTA-ABS, séricos y en LCR con fenómeno de prozona resultando negativo, todos los cultivos, BAAR y PCR para M. Tuberculosis en LCR por GeneXpert y Tinta China Negativa, el paciente evolucionó de manera favorable se realiza extubación y traslado al piso de medicina interna, a la exploración física se agregó a la previa, parálisis facial periférica bilateral, con arreflexia en las cuatro extremidades, sin embargo en los días posteriores el paciente tuvo una mejoría importante recuperando de manera la propiocepción y con mejoría en reflejos y fuerza, en extremidades superiores pasando de a 0/4 a 2/5 y en extremidades inferiores 1/5 y la fuerza en la

escala de Oxford, a 4/5. Ante la mejoría con esteroides a dosis altas se solicitó velocidades de conducción sensitivas y motoras de 4 extremidades encontrándose un patrón desmielinizante en las 4 extremidades, con latencia motora prolongada 80%, en extremidades inferiores y 60 % en superiores, con velocidad de conducción reducidas en un 90% en extremidades inferiores, 55% en superiores, cumpliendo criterios definitivos para CIDP, egresándose al paciente sosteniéndose en bipedestación.

Conclusión: La CIDP es una enfermedad con un cuadro de enfermedad neuromuscular de un tiempo de evolución crónico o subagudo con un trasfondo autoinmune donde la etiología detonante es fundamental para dar remisión al cuadro, la tuberculosis y el VIH se han descrito como causas infrecuentes aun mas simultaneamente

Palabras clave: CIDP, HIV, tuberculosis, corticosteroids, chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy, demyelinating.

Folio: 0270

Tema: Neurología

Diseción de arteria vertebral

Emeterio Jazmín Guadalupe, Belmonte Freddy, Gutiérrez Jessica

Centro Médico ISEMMMyM Lic. Arturo Montiel Rojas

Introducción: La disección arterial como causa de evento vascular cerebral es infrecuen-

te, presentándose comúnmente en población joven asociado a un trauma menor involucrando hiperextensión del cuello. **Presentación:** Femenina 29 años, sin cronicodegenerativos. Inicia su padecimiento posterior accidente automovilístico con mecanismo de lesión por alcance trasero, flexión e hiperextensión del cuello; posteriormente con náusea, vómito gastrointestinal en 4 ocasiones, se agrega disartria, debilidad de miembros pélvicos de predominio izquierdo, disminución de agudeza y del campo visual. Se realiza valoración en unidad de 2do nivel, con tomografía simple de cráneo, se evidencia evento vascular cerebral, referida a esta institución. A su ingreso únicamente con cefalea occipital, intensidad 7/10 y alteraciones en la agudeza visual. Se inicia protocolo de estudio, Anticoagulante lúpico: Negativo 0.8, Acs. Anti-Nucleares: Negativo, Acs. Anticardiolipinas IgG negativo menor a 12, anti beta 2 glicoproteína IgG e IgM negativo, Proteína C de la coagulación normal 103, Proteína S de la coagulación normal 97.5%, homocisteína normal 8.9, factor V de Leiden no detectado, mutación de protrombina II no detectado. Campimetría electrónica: cuadrantapnopsia superior izquierda. Angiotomografía: evento vascular cerebral subagudo occipitotalámico

derecho e hipoplasia de arteria vertebral derecha. Se continuó tratamiento con tratamiento antiagregante al descartarse la posibilidad de patologías protromboticas, desaparecieron los síntomas neurológicos, únicamente como secuela cuadrantapnopsia superior izquierda. **Revisión:** La disección espontánea de las arterias cervicales es una causa de accidente cerebro vascular en adultos jóvenes y de edad media. Los segmentos extracraneanos de las arterias carótidas y vertebrales son más susceptibles a la disección, secundaria a su mayor movilidad y el contacto con estructuras óseas. Entre los factores de riesgo más relevantes se encuentran las alteraciones genéticas o el trauma dependiendo su severidad y representando hasta el 40% de los casos. Los hallazgos neurológicos resultan de la isquemia cerebral secundaria. Ante la sospecha de disección los estudios diagnósticos de elección son la resonancia magnética con angiografía o la tomografía con angiografía. Para el manejo se ha utilizado la terapia antitrombótica, ya sea con anticoagulación o antiagregación; hasta el momento no se han encontrado diferencias entre el tratamiento con estas dos terapias. **Palabras clave:** disección, vertebrales, trauma, cerebrovascular, cuadrantapnopsia, angiotomografía.

Folio: 0271

Tema: Cardiología

Amiloidosis cardíaca: reporte de un caso

Vazquez Nallely Alejandra¹, Cerda Fidel², Lozada Carlos Alberto¹, Escarela Maricela², Rodriguez Andrea²

¹ Hospital General Xoco; ² Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La amiloidosis cardíaca se refiere a la afección del corazón por depósito de amiloide en el tejido cardíaco y, forma parte de una afección sistémica (amiloidosis). Esta patología se considera una de las causas más importantes de las enfermedades infiltrativas. Dentro de su fisiopatología se mencionan diversas proteínas proamiloidóticas que promueven depósitos amiloides en el corazón. Una de las primeras manifestaciones clínicas en pacientes con amiloidosis es falla cardíaca, sin embargo, ocasionalmente el diagnóstico es subestimado debido a su presentación inespecífica, lo que lleva a un diagnóstico tardío. En este trabajo, presentamos el caso de un paciente con disfunción cardíaca secundaria a miocardiopatía infiltrativa con patrón restrictivo por amiloidosis cardíaca. **Objetivo:** Presentar el caso clínico de un paciente con amiloidosis cardíaca. **Exposición del caso:** Masculino de 71 años con antecedente de Ca protático con realización



de prostatectomía dos años previos a padecimiento actual, al momento sin actividad tumoral e hipertensión arterial sistémica de 1 año de diagnóstico tratado con IECA con adecuado apego. Inicia padecimiento con hiporexia, fatiga, pérdida ponderal de 13 kg en 3 meses, disnea de medianos esfuerzos y disnea paroxística nocturna, agregándose posteriormente edema de miembros inferiores ascendente, con exacerbación de sintomatología y mayor deterioro de clase funcional, ameritando hospitalización, durante la cual se solicita TAC toraco abdominal con reporte de gastritis nodular. PET sin lesiones hipercaptantes, con derrame pleural bilateral y derrame pericárdico moderado. Electrocardiograma con reporte de Bloqueo AV de primer grado y ecocardiograma con FEVI 56%, con dilatación biauricular y morfología en “bandera de Japón”, sugestiva de miocardiopatía infiltrativa, hipertrofia concéntrica severa de ventrículo izquierdo, con patrón miocárdico restrictivo. Se realiza cardiorresonancia magnética que reporta aurícula izquierda dilatada, insuficiencia mitral y tricuspídea leves, hipertrofia concéntrica de ventrículo izquierdo y reforzamiento tardío con patrón infiltrativo, concluyente de amiloidosis, por lo que se decide toma de biopsia de grasa subcutánea periumbilical guiada por ultrasonido, con resultado de tinción Rojo

Congo y Masson positivas en fibras de colágena, confirmatoria de amiloidosis. **Conclusión:** El diagnóstico de amiloidosis requiere la demostración histopatológica de depósitos de amiloide. La característica común de este grupo de patologías es el depósito extracelular de material proteico que con tinción rojo Congo demuestra birrefringencia color verde manzana, bajo luz polarizada. La aspiración de grasa abdominal con aguja fina, tiene una sensibilidad de 87% y se considera que puede llegar a sustituir a la biopsia de otros órganos involucrados. La amiloidosis cardíaca se caracteriza por hallazgos típicos en la ecocardiografía y debe sospecharse en todo paciente con miocardiopatía restrictiva. La falla cardíaca congestiva es la manifestación clínica inicial en el 50% de los casos de amiloidosis cardíaca y se considera como el peor factor pronóstico, con tiempo promedio de supervivencia menor a seis meses en pacientes no tratados, una vez instalada.

Palabras clave: amiloidosis cardíaca, cardiomiopatía restrictiva, falla cardíaca, amiloidosis, amiloide.

Folio: 0272

Tema: Reumatología

Asociación de neumatología intersticial con la presencia de anticuerpos anti-Ro en pacientes mexicanos con síndrome de Sjögren primario

García Iveth Eunice, Becerril Lizbeth Teresa, Barbosa Rosa Elda, Alonso Delfino, Berea Ricardo
Hospital Juárez de México

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la infiltración linfocítica de las glándulas secretoras. La afección pulmonar se presenta en el 9 al 20% de los pacientes y un factor predisponente asociado es la presencia de los anticuerpos anti-Ro; la forma de presentación más frecuente es la neumatología intersticial (NI), el subtipo más frecuente es la neumonía intersticial no especificada (NINE) en un 45%. **Objetivo principal:** Describir la asociación de neumatología intersticial con la presencia de anticuerpos anti-Ro en pacientes mexicanos con síndrome de Sjögren primario. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, analítico. Se analizaron 20 pacientes con el diagnóstico de SSp, el 100% eran mujeres, la media de edad fue de 58.85 años. Se realizó TCAR (tomografía de alta resolución) y espirometría, interpretadas por un neumólogo especialista en NI; se determinó la presencia de anticuerpos anti-Ro por ELISA. **Resultados.** La media de los títulos de los anticuerpos anti-Ro fue de 127.82; del 100% de TCAR, el 30% cumplieron

criterios diagnósticos para NI. Hallazgos tomográficos: el 65% presentó bronquiectasias; 20% quistes pequeños; 20% vidrio deslustrado; 15% nódulos; 10% perfusión en mosaico y 5% datos de hipertensión arterial pulmonar. De las pacientes presentó NI, el 20% fueron variedad linfoidea (NL 5% variedad NINE y 5% variedad bronquiolitis folicular. En la espirometría se encontró que el 33% de los pacientes con NI presentaron un patrón obstructivo y un 66.7% un patrón restrictivo. **Conclusiones:** En este estudio se describe la relación directa entre los títulos de anti-Ro al momento del diagnóstico y la presentación de la NI en el transcurso de la enfermedad; el punto de corte para los títulos de anti-Ro fue 127 UI; por arriba de éste la probabilidad de presentación de NI fue más alta, con una p estadísticamente significativa de 0.0003, por lo que se corrobora su asociación.

Palabras clave: neumopatía, intersticial, anticuerpos, anti-ro, asociación, Sjögren.

Folio: 0273

Tema: Infectología

Enfermedad invasiva por citomegalovirus de inicio tardío en el post trasplante renal con múltiples factores de riesgo: a propósito de un caso

Iñiguez Hector, García Y Otero Gonzalo, González Alejandra, Santana Jessica, Medina Eloy
Hospital Angeles del Carmen

Introducción: La enfermedad por CMV de inicio tardío (ocurrencia entre la terminación de la profilaxis anti-CMV y 1 año post-injerto) tiene una incidencia baja desde 19-48% y usualmente ocurre 2-3 meses después del retiro de la profilaxis. **Exposición del caso:** Masculino de 24 años con antecedente de post trasplante renal secundario a ERC por glomeruloesclerosis focal y segmentaria primaria de donador vivo relacionado 7 meses previo a padecimiento, con profilaxis anti-CMV por 3 meses post injerto con ganciclovir, con inducción de inmunosupresión con globulina antitimocito y actualmente manejado con tacrolimús y ácido micofenólico que se presenta con 5 días de evolución de dolor en mesogastrio tipo cólico y 3 días de ataque al estado general y múltiples evacuaciones diarreicas, sin fiebre, con características inflamatorias en examen coprológico, con leucopenia de 3,000 cels/microL, procalcitonina sérica negativa, toxina de *C. difficile* negativa. Se administra terapia antimicrobiana empírica con ciprofloxacino y metronidazol con pobre mejoría por lo que se toma PCR sérica para CMV y se realiza colonoscopia donde se observan importantes lesiones ulcerosas pancolónicas de predominio en ciego, se toman biopsias de lesiones donde se evidencian cambios citopáticos virales con inclusiones basófilas

intranucleares prominentes y se recaba PCR positiva para CMV. se instaura tratamiento con ganciclovir IV con mejoría progresiva hacia la curación.

Conclusiones: La diarrea es la manifestación gastrointestinal más frecuente en los pacientes trasplantados renales en países en desarrollo, encontrándose solo en el 18% de biopsias colónicas realizadas afección por CMV. La inmunosupresión con mTORi desarrollan menos complicaciones relacionadas con CMV en comparación con ácido micofenólico. Los pacientes inducidos con timoglobulina en el último año tienen más riesgo de infección por CMV comparado con lo que no la recibieron (OR 4.85; IC95%: 1.34-17.53; p=0.016).

Palabras clave: postrasplante, renal, colitis, citomegalovirus.

Folio: 0274

Tema: Otros

Signo de halo inverso como manifestación única de embolismo pulmonar

Absalón Erika Abigahyl, Pérez Luis Felipe

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González UANL

Se presenta el caso de un masculino de 45 años, chofer, con antecedente de tabaquismo 15 paquetes/año, quien acude al servicio de urgencias por aumento de volumen de miembro inferior izquierdo de 36 horas de evolución, con dolor súbito urente de intensidad 8/10 en



escala EVA, cambio de coloración, calor y limitación a la deambulación. A la exploración se encontró normotenso, FC 103 lpm y saturación a aire ambiente de 92% negando dolor torácico, disnea, tos. Se realizan estudios de laboratorio generales los cuales se encuentran sin alteraciones, US Doppler de miembro inferior izquierdo, reportándose imagen ecogénica intraluminal con ausencia de flujo Doppler en vena femoral común y femoral superficial en tercio superior, compatible con trombosis venosa profunda. Se realiza radiografía de tórax en la cual destaca imagen redondeada radiopaca correspondiente a una masa de 53 x 60 mm en lóbulo inferior derecho, con signo del borde incompleto. Se solicita tomografía de tórax con contraste en la cual se encuentra una opacidad central en vidrio despulido rodeada por un área de consolidación periférica con forma de semiluna o anillo, consistente con signo del halo invertido, además de coágulo rama de lóbulo posterior de arteria pulmonar derecha consistente con tromboembolismo pulmonar. Se inicia tratamiento con heparina no fraccionada intravenosa, y se solicitó US testicular, panel viral, anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipinas y panel protrombótico, resultando negativos, se realizó TC toracoabdominal contrastado en busca de malignidad sin datos relevantes, teniendo como

factor de riesgo para trombosis el tabaquismo y el sedentarismo por su profesión. El signo del halo inverso se describió por primera vez por Voloudaki en 1996 en dos casos de neumonía organizada criptogenética, asociándose como signo patognomónico de neumonías organizadas, sin embargo Se ha ido asociando a otras patologías, < 10% de los casos como manifestación única de embolismo pulmonar.

Palabras clave: halo inverso, tromboembolismo.

Folio: 0275

Tema: Neurología

Trombosis de seno venoso y embolismo pulmonar masivo secundario a anticonceptivos orales

Absalón Erika Abigahyl, García Diego Alberto

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González UANL

Se presenta el caso de una femenina de 47 años con antecedente uso Levonogestrel y Etinilestradiol desde hace 1 año por sangrado uterino anormal secundario a miomatosis, en espera miomectomía. Presenta cuadro de cefalea intensa de 24 h de evolución, intensidad 10/10 EVA, holocraneana de inicio súbito, opresiva, sin atenuantes, no agravada con el movimiento, acompañada de vómito de contenido gástrico, sin náusea previa, posteriormente presentando somnolencia y alteración del estado de alerta.

Al interrogatorio intencionado refiere disnea de 12 horas de evolución, de inicio súbito sin agravantes ni acompañantes. A la exploración física se encuentra normotensa, taquicárdica y saturación de oxígeno a aire ambiente de 90%, así como aumento de volumen de extremidad inferior izquierda, dolorosa a la palpación y signo de Homans positivo. Se realiza EKG en el cual se encuentra ritmo sinusal, FC 130 lpm y patrón S1Q3T3. Se realiza angio-TC de tórax en el cual se reporta trombo "acabalgado" de ambas arterias pulmonares, defecto de llenado a nivel de ramas de lóbulo superior e inferior bilateral. Se ingresa a piso para estudio de estado protrombótico, se realiza TC de cráneo simple en el cual se encuentra hiperintensidad a nivel de seno venoso sigmoideo y seno recto, datos consistentes con trombosis de senos venosos. Se realiza además US Doppler de miembro inferior izquierdo reportándose; inadecuada compresibilidad de todo el trayecto evaluado desde la vena ilíaca externa izquierda hasta vena poplítea y ausencia de flujo a la exploración Doppler color, datos compatibles con trombosis venosa profunda. Se solicita panel protrombótico resultando negativo, se inicia tratamiento con heparina intravenosa recuperando estado de alerta a las 24h. La trombosis de senos venosos es un padecimiento poco común, con una incidencia de aproximadamente

3 a 4 casos/1000000 habitantes, siendo el uso de anticonceptivos orales un factor de riesgo identificado, sin embargo, no el más frecuente.

Palabras clave: seno venoso, trombosis, embolismo, anticonceptivos, etinilestradiol.

Folio: 0277

Tema: Neurología

La barrera hematoencefálica como entidad dinámica: reporte de caso de encefalopatía posterior reversible

Razo Vicenta Nataly, Medina Zaira

Instituto de Salud del Estado de México

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible se caracteriza por síntomas neurológicos agudos causados por la disfunción endotelial, fuga vascular y edema vasogénico cerebral en el contexto de insuficiencia renal, fluctuaciones de la presión arterial, fármacos citotóxicos, trastornos autoinmunes o sepsis. **Objetivo:** Presentación de caso clínico. Mujer 21 años lupus eritematoso sistémico, presentó pancreatitis, lesión renal aguda y una crisis epiléptica tónico-clónica generalizada. Ameritó ventilación mecánica invasiva. Exploración: TA 110/70mmHg FC 108 lpm FR 20 rpm Temp 39°C SatO₂ 90% Despierta, ictericia, Murphy positivo, sin focalización. Paraclínicos: Linfopenia (300 totales) Anemia (9.8 g/dL) Hiperbilirrubinemia

directa 7.62 mg/dL AST 643 UI ALT 216 UI Ac anti mitocondriales negativo, Ac anti mitocondriales negativo. Punción lumbar: Glucosa 86 mg/dL, Proteínas 55 mg/dL Leucocitos 4 células. IRM encéfalo: Lesiones intraaxiales occipital bilateral de sustancia blanca, sin restricción de señal en DWI. Electroencefalograma: Delta bajo voltaje 2-3 Hz. IRM de abdomen. Páncreas parénquima presenta cambios en su intensidad de predominio hiperintenso. **Conclusión:** No hay un tratamiento específico para PRES, sin embargo, es reversible cuando la causa precipitante es tratada; pueden ocurrir secuelas neurológicas e incluso muerte si el síndrome se complica ante falla en las medidas de soporte, de ahí la importancia de su identificación. Los hallazgos radiográficos no se correlacionan con la gravedad o el tipo de presentación clínica.

Palabras clave: encefalopatía, edema vasogénico, IRM, electroencefalograma.

Folio: 0278

Tema: Otros

Síndrome de Good diagnóstico y tratamiento reporte de un caso

Gomez Juan Pablo, Fierro Alan Paul, Delgado Selene Maribel, Pacheco Martin Jacobo

Centro Médico Nacional del Noreste, UMAE 25 IMSS

Introducción: El síndrome de Good (SG) es una entidad nosológica poco frecuente en

la que se asocia la presencia de timoma e inmundeficiencia humoral, aunque es uno de los tres síndromes paraneoplásicos más frecuentemente relacionados con timomas, solo se presenta en aproximadamente 6% de los casos. Fue descrito por primera vez en 1955 por el Dr. Robert Good, quien estableció la asociación de timoma e hipogammaglobulinemia. Comúnmente se presenta entre los 40 y los 70 años de edad. Descripción del **caso clínico:** Paciente masculino de 46 años de edad sin antecedentes médicos de importancia; inicia su padecimiento actual al presentar diarrea profusa e incoercible por lo que acude con facultativo, quien le diagnostica gastroenteritis y le administra tratamiento no especificado con el que no logra mejoría y persisten picos febriles, decide consultar nuevamente y le realizan citometría hemática encontrando neutropenia, razón por la que se le envía a hospitalización. A su ingreso se documenta citometría hemática: Leu 0.91 Neu 0 Lin 0.6 Hb 13.1 Hto 40 Plt 293.8 Coagulograma: TP 15.6 TTP 30.1 INR 1.2 Química clínica: Glu 106 Ur 19.2 Cr 0.6 BilT 1.1 BilD 0.7 TGO 13 TGP 25 FA 64 DHL 86 Prot 5.6 Alb 4 Ionograma: Ca 8.5 P 2.5 Cl 102 K 3.7 Na 134 Mg 2.1. Se realiza evaluación clínica por servicio de hematología, analizan frotis de sangre periférica y aspirado de medula ósea el cual reporta hi-



pocelularidad con disminución de la serie eritroide, negativo para mielofibrosis y se deciden inicio de filgrastim. Durante su estancia intrahospitalaria presenta tos persistente y se realiza tomografía de tórax en la cual se observa masa mediastinal por lo que se realiza biopsia, el estudio histopatológico reportó grupo único de células fusiformes sin atipia y linfocitos maduros así como hallazgos histológicos e inmunofenotipo consistentes con timoma tipo AB con inmunohistoquímica positiva para CK5/6 CD3 y focal CD4. **Discusión:** Una revisión sistemática de 132 pacientes mostró que el diagnóstico de timoma suele preceder al diagnóstico de hipogammaglobulinemia. La presentación inicial es variada, va desde síntomas relacionados al timoma como tos, dolor torácico, disfagia, disnea, hasta síndrome de vena cava, síndrome de horner o masas cervicales; en este caso nuestro paciente no refirió algún síntoma o dato relacionado con timoma durante su evaluación inicial, hasta pasados pocos días tras su ingreso el paciente refiere presentar tos como único síntoma asociado. La diarrea se presenta en el 50% de los pacientes con SG y suele deberse a infecciones o mal absorción. El mecanismo por el cual la hipogammaglobulinemia y el timoma causan diarrea no está claro, pero se cree que es debido a lesión en la mucosa semejante a una atrofia vellosa y se puede

resolver al recuperar el estado inmunológico; los pacientes tienen mayor susceptibilidad a virus, pero la mayoría de los casos no se logra identificar los patógenos causantes de la diarrea. En estos casos se han logrado identificar salmonella spp, CMV, *Campylobacter* spp y *Giardia lamblia*; en el presente caso el síntoma que motivó la consulta fue la persistencia de diarrea, de la cual no se logró determinar agente causal, sin embargo si se aisló *P. Aueruginosa* en cultivo de herida quirúrgica, lo cual resulta consistente con los casos descritos en la literatura médica. SG se asocia a múltiples manifestaciones hematológicas de las cuales anemia está presente hasta en el 86% de los pacientes, leucopenia se ha visto hasta en el 55 % de los casos, linfopenia en el 35.1 %, bajo nivel de CD4 se ha documentado hasta en el 73 % de los casos con una cuenta de linfocitos CD8 elevada lo cual resulta en una relación inversa de CD4/CD8 en el 76% de los casos. En el caso de nuestro paciente, se documentó leucopenia con afección predominante del conteo de neutrófilos y ausencia de leucocitos B.

Palabras clave: síndrome de Good, timoma, hipogammaglobulinemia, relación CD4/CD8.

Folio: 0279

Tema: Oncología

Coriocarcinoma asociado a tirotoxicosis, la importancia del seguimiento bioquímico

Tun José de la Cruz¹, López Reyes Alberto², Moguel Denis Arlete², Cimé Erik Antonio³, Acevedo Francisco², Pérez Rodrigo²

¹ Hospital General Dr. Agustín O'Horán; ² UMAE-IMSS Hospital Dr. Ignacio García Tellez;

³ Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: El coriocarcinoma se considera una neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), proviene de un aborto en 30% de los casos. Se presenta como sangrado trasvaginal, hiperemesis e hipertensión del primer trimestre. La sintomatología tiroidea sucede en menos del 10%. El mayor problema del coriocarcinoma es su alta capacidad metastásica, por lo que el seguimiento bioquímico posterior a un evento clínico predisponente es fundamental. Caso. Paciente femenino de 22 años, antecedente de óbito de 39 SDG en octubre de 2017 sin causa identificada; embarazo molar en enero de 2018 resuelto con legrado pero sin seguimiento histopatológico ni bioquímico; aparentemente nuevo embarazo molar en marzo de 2018, resolución con legrado más toma de biopsia, cuantificación de HGC (> 60 000 UI) y diagnóstico histopatológico de coriocarcinoma, valorada por oncología sin seguimiento bioquímico. Finalmente, ingresa a nuestro hospital en mayo por dolor abdominal,

sangrado trasvaginal moderado, hipertensión arterial, temblor fino, taquicardia, sofocos y disnea. Se realiza USG pélvico encontrándose imagen de panal de abejas, niveles HCG 1,300,000 UI, TSH 0.0 y T4total 16.88, tomografía de cráneo normal y de tórax con imágenes metastásicas en pulmón. Concluimos coriocarcinoma EC IV y tirotoxicosis sin hipertiroidismo por altos niveles de HCG, iniciamos manejo con metimazol y se solicita valoración por Oncología Médica quien sugiere mejorar condiciones para iniciar metotrexate, sin embargo, la paciente se deteriora clínicamente y fallece 48 horas después. **Discusión:** El coriocarcinoma se considera junto al corioadenoma destruens y la mola metastásica una neoplasia trofoblástica gestacional, cuya incidencia va desde 13 por 1000 embarazos en Indonesia hasta 0.5 por 1000 en Australia (Hui et al, 2017). En México, el último registro (Suárez et al, 2008) arrojó una incidencia de 3.6 por 1000 embarazos. Proviene de una mola en 60%, aborto en 30% y embarazo normal/ectópico en 10%.³ La clínica consiste en sangrado trasvaginal, hiperémesis, crecimiento uterino exagerado e hipertensión del primer trimestre. El diagnóstico es histopatológico y el tratamiento es a base de metotrexate (FIGO 2012). La presencia de sintomatología tiroidea sucede en menos del 10% de NTG y se ha atribuido a la similitud

entre la gonadotropina coriónica humana y la tirotropina. El mayor problema clínico del coriocarcinoma es la alta capacidad metastásica, por lo que el seguimiento bioquímico posterior a un evento clínico, como el descrito con anterioridad, es fundamental para el diagnóstico en estadios tempranos. Aun en enfermedad avanzada, la tasa de curación es alta.

Palabras clave: coriocarcinoma, tirotoxicosis, HCG, metástasis.

Folio: 0280

Tema: Reumatología

Polimiositis. Presentación de un caso

Monera Fernando, González Jocelyn Raquel, Rivera Cesar, Reyes Tamara, Esquivel Cesar Manuel, Domínguez Carlos
Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

Introducción: Las miopatías inflamatorias, comúnmente descritas como idiopáticas, son el grupo más grande de miopatías adquiridas y potencialmente tratables. Según las características clínicas, histopatológicas, inmunológicas y demográficas se pueden diferenciar en tres subconjuntos: dermatomiositis, polimiositis y miositis por cuerpos de inclusión, las cuales tienen en común debilidad muscular e inflamación muscular. **Caso clínico:** Paciente masculino de 44 años, originario y residente de la Cd. México, contador.

Portador de HAS y DM2 de 5 años de evolución. Inicia padecimiento 3 semanas previas a su ingreso hospitalario, con dolor cervical súbito, el cual fue tratado con AINES; refiere debilidad muscular proximal de predominio derecho, además de disfagia, mialgias y melena. A su ingreso a urgencias se encuentra con lesión renal aguda, datos compatibles con cetoacidosis diabética y sangrado de tubo digestivo alto; por lo que se otorga tratamiento médico de estas alteraciones y se inicia abordaje de alteración neurológica y cervicalgia. Se realiza tomografía de cráneo sin encontrar alteraciones estructurales, tomografía simple de columna cervical con presencia de alteraciones osteodegenerativas y posibles discopatías. Se documenta elevación de CKT 981UI/L y PCR 22.8mg/dl. Progresa la debilidad muscular proximal con fuerza 3/5, dificultad para la extensión, flexión y abducción. Se realiza panel viral (VHB, VHC, VIH), VDRL, marcadores tumorales (CA 125, CA 15.3, ACE, CA 19.9, alfafetoproteína) pruebas de función tiroidea, además de anticuerpos anti Jo-1, antitiroglobulina, antitiroperoxidasa, MI 2 antisintetasa; reportándose todos estos como negativos. Por lo que se decide realizar biopsia de cuádriceps reportando zonas de necrosis de miofibrillas, multifocales y dispersas e infiltrado inflamatorio escaso intrafascicular. Se inicia manejo con



metilprednisolona 1 gr IV cada 24 horas por tres días y posteriormente con prednisona 1 mg/kg/día, con notable mejoría de la fuerza muscular y deglución. Es egresado con prednisona a dosis reducción y metrotexate vía oral 15 mg semanales.

Discusión: La complejidad diagnóstica de este caso fue la presentación clínica atípica y las múltiples comorbilidades del paciente, lo cual nos hizo enfocarnos en primera instancia en estabilizar al paciente, resolver el sangrado de tubo digestivo alto y las descompensaciones metabólicas. Para el abordaje de la miopatía, el dato clave fue la elevación de creatinina total y la progresión de la debilidad muscular a nivel de extremidades proximales. Al sospechar de miopatía inflamatoria se solicitaron marcadores inmunológicos, los cuales se reportaron normales, por lo que se decidió toma de biopsia; al confirmarse el diagnóstico se inició manejo con pulsos de esteroide e inmunomodulador.

Conclusión: La polimiositis es una enfermedad de baja incidencia, pero con una importante repercusión social y clínica; ya que entre las consecuencias a corto y mediano plazo para el paciente, se presenta discapacidad y limitaciones físicas. La importancia de este caso radica en el conocimiento y sospecha oportuna de las diferentes formas de miopatías inflamatorias, así como un tratamiento adecuado, ya que esto mejora en

la mayoría de los pacientes, su calidad de vida.

Palabras clave: polimiositis.

Folio: 0281

Tema: Otros

Neumotórax espontáneo masivo por tuberculosis pulmonar

Absalón Erika Abigahyl, Pérez Luis Felipe

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González UANL

Se presenta el caso de un masculino de 37 años, obrero, con antecedente de diabetes mellitus 2 de 3 años de diagnóstico en tratamiento actual con metformina 850 mg y glibenclamida 5 mg cada 12 horas, con mal apego a tratamiento. Se presenta al servicio de urgencias al presentar disnea de inicio súbito acompañada de dolor punzante en hemitórax izquierdo de intensidad 6/10 en escala EVA exacerbado a la inspiración profunda, sin irradiaciones, el cual no cedía a la aplicación de analgésicos tópicos u orales. Al interrogatorio intencionado, refiere tos seca de 3 semanas de evolución acompañada de diaforesis nocturna. Se ingresa al servicio de urgencias, se realizan laboratorios generales dentro de lo normal reportando solo hiperglucemia 312 mg/dl. Se realiza radiografía de tórax en la cual se observa desplazamiento de tráquea y mediastino a la derecha con radio lucidez de hemitórax izquierdo sin vascularidad, compatible con neumotórax

a tensión. Se coloca sonda en tórax con lo cual se logra reexpansión pulmonar y se realiza TC de alta resolución, observando infiltrado fibrocavitario apical izquierdo. Se realiza broncoscopia encontrando pulmón derecho sin alteraciones, lóbulo segmentos superior e inferior, así como segmentos superior y basales izquierdos con abundantes secreciones purulentas, se realiza LBA en lóbulo e inferior izquierdos con GenXpert el cual se reporta positivo para detección de *Mycobacterium tuberculosis* 131 UF/ml (referencia no detectado) sensible a tratamiento convencional con DOTBAL. Se inició tratamiento con dotbal en fase intensiva, retiró la sonda en tórax posterior a reexpansión completa del pulmón y se egresó. El neumotórax espontáneo, secundario a la infección por tuberculosis es bien conocido, sin embargo, son pocos los estudios que hablan de ésta complicación. Principalmente por las variables de su presentación así como por su baja incidencia entre 0.6% al 1.4% de los casos de tuberculosis.

Palabras clave: neumotorax, tuberculosis, masivo, genxper.

Folio: 0282

Tema: Infectología

Imagen de neumonía redonda en paciente adulto con enfermedad renal crónica

Violante Jorge Rafael, Violante Karla Alejandra

Universidad Autónoma de Nuevo León

Paciente femenino de 44 años, sin antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales patológicos de HAS diagnosticada hace 6 años tratada con losartán 100 mg diarios, DMT2 diagnosticada hace 6 años en tratamiento con insulina NPH 10U-0-20U, ERC EIV diagnosticada en febrero del 2017 sin requerimientos de diálisis, en tratamiento con furosemida 40mg diarios. Inició su padecimiento 1 semana previa al ingreso con astenia, adinamia, ortopnea 2 almohadas y refiere que dos días previos a su ingreso se agrega sensación de hipertermia no cuantificada y disnea progresiva de esfuerzos, razón por la cual acudió a nuestra institución. Ingresó al servicio de urgencias con los siguientes signos vitales: temperatura de 37.9°C, pulso de 92 lpm, frecuencia respiratoria de 24 rpm, presión arterial de 140/100 y saturación de 88% al aire ambiente. A la exploración física, se auscultaban ambas bases pulmonares hipoventiladas, con disminución de la transmisión de la voz, miembros inferiores con edema bilateral con signo de fóvea positivo, resto de la exploración física normal. Los estudios de laboratorio reportaron hemoglobina de 9.37 g/dL, leucocitosis neutrofílica de 11.8/9.7 KuL, glucosa en

140 mg/dl, creatinina sérica de 3 mg/dL, BUN en 75 mg/dL, electrolitos normales, a excepción del potasio con 5.9 mmol/L, proteína C reactiva de 15.4 mg/dL y VSG de 36 mm/hr. La radiografía de tórax reveló una masa ovalada, única en lóbulo superior del pulmón izquierdo de 8.6cmx5.6cm e imagen sugestiva de derrame pleural bilateral. Lo previamente reportado fue compatible con un proceso infeccioso, por lo cual se inició antibioticoterapia empírica con ceftriaxona (2 g diarios) y claritromicina (1 g diario) por 7 días y furosemida (120 mg diarios), los cultivos de orina, sangre y esputo resultaron negativos. Con el tratamiento presentó mejoría y fue dada de alta. Se citó en un mes con radiografía de control donde presentó mejoría del infiltrado previo descartando neoplasia pulmonar.

Palabras clave: neumonía redonda, masa pulmonar, neumonía adquirida en la comunidad, reporte de caso, neumología, imagen diagnóstica

Folio: 0283

Tema: Infectología

Tuberculosis pericardica complicada con taponamiento cardiaco en paciente con VIH

Monera Fernando, Domínguez Carlos, Rivera Cesar, González Jocelyn Raquel, Infante Hector
Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

La tuberculosis es una causa rara de pericarditis. Sin embargo, ésta es una importante condición a considerar en pacientes con infección por VIH. La pericarditis tuberculosa es una forma de tuberculosis extra-pulmonar que puede conducir a la muerte. La dificultad en su diagnóstico y las serias consecuencias de la infección no tratada hacen de esta condición un importante problema de salud. Masculino de 28 años de edad con diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia humana desde hace 6 meses (CD4 41 células/mm³, carga viral 271 118 c/ml). Acude a nuestro hospital por cuadro de 2 meses caracterizado por fiebre de 39°C, diaforesis, astenia, y pérdida de peso de 18 kg. 5 días previos a su ingreso se agrega disnea medianos esfuerzos hasta pequeños esfuerzos motivo por el que acude a urgencias. A su ingreso se encuentra paciente con presión arterial 80/50 mmHg, frecuencia cardiaca 128, frecuencia respiratoria 38, temperatura 36.6°C, saturación de oxígeno de 89%, consiente, orientado, cuello con ingurgitación yugular grado III, tórax con ruidos cardiacos rítmicos, aumentados en frecuencia, disminuidos en intensidad, Se realiza radiografía de tórax: silueta cardiaca aumentada (imagen en garrafa). Ingresa a Medicina Interna donde se realiza electrocardiograma: taquicardia sinusal, complejos



con micro voltaje, t invertidas (datos de alternancia eléctrica): se solicita ecocardiograma reportando derrame pericárdico de 890 ml y colapso de cavidades derechas, con compromiso hemodinámico; se realiza pericardiocentesis, drenándose 740 ml de líquido hemático, con mejoría hemodinámica y estabilización de signos vitales. Reporte de citológico y citoquímico de líquido pericárdico: leucocitos 1680 mm³, linfocitos 96%, polimorfonucleares 4%, glucosa 31, mg/dL, proteínas 22 g/dL, tinción de Ziehl-Neelsen positiva, adenosindeaminasa elevada (59 U/ml). Se llega al diagnóstico de tuberculosis pericárdica y se inicia tratamiento con antituberculoso fase intensiva. Es dado de alta por mejoría. Actualmente continúa en seguimiento en la condesa y en la consulta externa de medicina interna. La importancia de este caso radica en que la tuberculosis es la causa más frecuente de pericarditis constrictiva (38%-83%); la cual es una forma de tuberculosis extra-pulmonar con una mortalidad mayor al 85% a 6 meses cuando no es tratada. Motivo por el cual es imprescindible el diagnóstico temprano y inicio de tratamiento antituberculoso.

Palabras clave: tuberculosis pericardica, taponamiento cardiaco, VIH.

Folio: 0284

Tema: Hematología

Microangiopatía trombótica. Presentación clínica y reporte de caso

Angeles Abish, Alba Dulce Leonor, Pérez Luis Fernando, Medina Julieta, Marin Aldo, Martinez Georgina, Ramos Miguel Angel

Hospital Central Norte de Pemex

Introducción: Los síndromes de microangiopatía trombótica (MAT) son muy diversos, pueden ser hereditarios o adquiridos, de inicio súbito o gradual. Las características clínicas incluyen anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, lesión a órganos. Las características patológicas son daño vascular con trombosis arteriolar y capilar. Entre los síndromes primarios, se encuentra la púrpura trombocitopenica trombótica (PTT), en su forma adquirida tiene una presentación diversa, por lo que el diagnóstico es un reto clínico. Se considera una urgencia debido a su alta mortalidad sin tratamiento. **Objetivo:** Realizar abordaje diagnóstico y analizar un caso de MAT. **Caso:** Femenino de 54 años con antecedente de dermatomiositis en tratamiento con azatioprina, con anemia y trombocitopenia inicialmente asociados al fármaco. Ingresó por un cuadro clínico caracterizado por cefalea, crisis convulsivas tónico-clónico generalizadas y descontrol hipertensivo. A la exploración física únicamente se encontró eritema facial y

edema pretibial. Los estudios de laboratorio al ingreso mostraron hemoglobina 11.2 g/dL, leucocitosis con neutrofilia, trombocitopenia ($65 \times 10^9/L$), deshidrogenasa láctica (DHL) elevada 1784 UI/L y lesión renal aguda (creatinina 4.7 mg/dL). La TAC de cráneo no mostró alteraciones. Evolucionó de manera tórpida con choque séptico e insuficiencia respiratoria asociados a neumonía que requirieron ventilación mecánica invasiva e ingreso a terapia intensiva, así como tratamiento antimicrobiano y metilprednisolona intravenosa. La paciente presentó anemia y trombocitopenia progresivas junto con elevación persistente de DHL a pesar de tratamiento con esteroides sistémicos a altas dosis, y requirió sustitución de la función renal con hemodiálisis. Dentro del abordaje complementario, el frotis de sangre periférica (FSP) reportó trombocitopenia sin otras alteraciones morfológicas en serie linfóide o eritroide; los estudios inmunológicos reportaron los anticuerpos antinucleares positivos. Se agregó al tratamiento rituximab intravenoso sin respuesta con deterioro progresivo y muerte cuatro semanas posteriores a su ingreso. En necropsia se encontraron cambios histológicos compatibles con MAT a nivel renal, en adenohipófisis y sistema nervioso central. **Conclusiones:** La PTT adquirida se presenta clínicamente con anomalías neurológicas foca-

les transitorias, fiebre y lesión renal. La anemia hemolítica y trombocitopenia son parte de los criterios diagnósticos, junto con el hallazgo de esquistocitos en FSP. En este caso los hallazgos en el mismo pudieron alterarse debido a uso de esteroides sistémicos a altas dosis. El tratamiento de elección es la plasmaféresis, con tasas de supervivencia reportadas hasta del 78%. Los glucocorticoides son tratamiento estándar; rituximab y otros inmunosupresores son apropiados cuando el curso clínico es complicado. La respuesta a tratamiento se correlaciona con descenso en DHL y remisión de trombocitopenia.

Palabras clave: microangiopatía trombótica, púrpura trombocitopenia trombótica, anemia hemolítica, trombocitopenia.

Folio: 0285

Tema: Endocrinología

Asociación de los trastornos de la densidad mineral ósea al tratamiento con fármacos antiepilépticos

Martínez María Cristina, Infante Héctor

Hospital de Especialidades
Dr. Belisario Domínguez

Los trastornos óseos caracterizados por una densidad mineral ósea disminuida se consideran un problema de alto impacto en la salud pública en el mundo, por que ocasionan fracturas por fragilidad. La

epilepsia es una enfermedad crónica que requiere tratamiento antiepiléptico para prevenir las crisis. Tanto la epilepsia como los fármacos antiepilépticos están asociados con efectos adversos sobre la salud ósea. Estudios recientes muestran que los pacientes epilépticos tienen un riesgo de fractura del cuello del fémur 4 veces mayor que la población general. Es indiscutible el impacto de las fracturas por fragilidad; por esta razón, la identificación de la frecuencia real de los trastornos óseos asociados al uso de estos fármacos permitirá delimitar un grupo de riesgo importante de la población afectada con el fin de iniciar un tratamiento oportuno, disminuir las complicaciones asociadas y mejorar el pronóstico de los pacientes sin dejar de un lado el impacto económico que esta patología implica para el sector salud.

Objetivo: Determinar la frecuencia de los trastornos óseos en pacientes con tratamiento antiepiléptico. **Método:** Se realizó un estudio de cohorte, observacional, analítico y prospectivo, en pacientes en tratamiento con antiepilépticos por más de 4 años, en el servicio de Neurología del Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez". Se excluyeron pacientes con antecedente de consumo de otros fármacos inductores de trastornos óseos, mujeres embarazadas, pacientes con un peso >125 kg y aquellos que se negaron a la

realización de la densitometría ósea. Se realizó densitometría ósea para evaluar la presencia de trastornos óseos con base en el T-score para cadera y columna lumbar. **Resultados:** Se contó con una población de 35 pacientes con una edad media de 40.7 años, de ambos sexos, aunque se mostró un predominio femenino, menos de una sexta parte había cursado por la menopausia. De manera global se encontró la presencia de sobrepeso. Se identificó una frecuencia de trastornos óseos asociados al consumo de fármacos antiepilépticos de 54.28% (cuando los estudios sugieren que los trastornos óseos asociados al consumo de corticoesteroides alcanzan una frecuencia del 30-50%) de los cuales el 40% presentó un trastorno de tipo osteopenia, 5.7% osteoporosis y 8.57% se asoció a un trastorno mixto ya sea para columna o cadera. El promedio de fármacos para el control de la epilepsia fue de 2, con asociación negativa entre el T-score de cadera y el número de fármacos, lo que expone la modificación del T-score de acuerdo con el requerimiento de un mayor número de fármacos. El tiempo promedio de consumo de los fármacos antiepilépticos fue de 10.2 años; adicionalmente se demostró que el T-score de columna y el tiempo de tratamiento farmacológico exhibía una correlación negativa, lo que hizo evidente que un mayor tiempo de trata-



miento tendrá influencia sobre los cambios en el T-score. Se evaluó la asociación de trastornos óseos con consumo de DFH, encontrándose para la cadera un RR de 4.9; IC del 95%: 6.014-40.739, lo que implica que el tratamiento con DFH tiene 4.9 veces más riesgo de asociarse a un trastorno óseo de cadera que el tratamiento con otros fármacos antiepilépticos. Por el contrario, con el Levetiracetam no se encontraron evidencias suficientes para plantear un factor de riesgo o protector para la presencia de un trastorno óseo, como se había observado en otros estudios. **Conclusión:** El uso prolongado de antiepilépticos se asocia con una baja densidad mineral ósea y facilita así la ocurrencia de fracturas. Los antiepilépticos inductores de enzimas son los más asociados a este trastorno, en especial DFH.

Palabras clave: fármacos, antiepilépticos, osteoporosis, osteopenia, DFH, T-Score.

Folio: 0286

Tema: Cardiología

Efecto de hipocloremia sobre mortalidad y reingreso hospitalario a tres años, en pacientes hospitalizados por falla cardíaca crónica

López Rogelio¹, Ángeles Abish¹, López Guillermo Nahúm²

¹ Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos; ² Unidad de Investigación Traslacional Médica Sur

Introducción: El sodio y el cloro representan dos de los principales componentes del líquido intersticial y el plasma. El sodio es el principal catión y el cloro el principal anión, en conjunto ambos representan la mayoría de la tonicidad del plasma e intervienen de manera directa en la preservación de la electroneutralidad, el equilibrio ácido-base y el potencial de membrana, así mismo resultan de gran utilidad para la evaluación de diversas patologías. A pesar de su importancia, el cloro ha recibido poca importancia como objetivo de estudio en las enfermedades cardiovasculares ya que habitualmente se le analiza ligado al sodio. En Estados Unidos de Norteamérica se estima al menos 5 millones de personas padecen falla cardíaca. En México, no se cuenta con cifras precisas. Las enfermedades del corazón constituyen desde hace más de una década la primera causa de mortalidad global y dentro de éstas, la falla cardíaca se perfila como una de las causas directas. Identificar a pacientes con mayor riesgo de mortalidad o reingreso ayudaría a poder implementar medidas terapéuticas tempranas y más agresivas, así como un seguimiento más estrecho en aras de controlar oportunamente la falla cardíaca y comorbilidades asociadas. Los niveles de sodio sérico y recientemente los de cloro sérico han sido descritos como un factor de mortalidad en el contexto de pacientes en

período post-infarto miocárdico con disfunción sistólica y falla cardíaca. **Material y métodos:** Se diseñó un estudio observacional, transversal, descriptivo, ambispectivo en pacientes hospitalizados por falla cardíaca en el período comprendido entre enero 2010 a diciembre 2013 en el servicio de cardiología del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos que cumplieron con los criterios de inclusión del diseño de este estudio. Y se dio seguimiento a cada paciente durante al menos los siguientes 3 años. Los desenlaces perseguidos eran el reingreso hospitalario motivado por diagnóstico de falla cardíaca o bien la muerte del paciente ya fuera por causa cardiovascular o de cualquier causa. Para el análisis de resultados se procedió a dividir a la población en dos grupos. Grupo de pacientes con hipocloremia y sin ella (casos y controles respectivamente). Se midieron los patrones que mostraba cada grupo en relación al reingreso hospitalario por falla cardíaca y también mortalidad de causa cardiovascular o de cualquier causa y también en relación a las otras variables. Se procedió a analizar la estadística de la población mediante promedios y tendencias, para el análisis de resultados se realizó con los métodos estadísticos en función de la naturaleza de las variables. Para las variables categóricas se utilizó la prueba de Chi cuadrada mediante ta-

blas cruzadas. **Resultados:** Se detectaron 118 pacientes que cumplieron con los criterios de ingreso del estudio. El OR de hipocloremia (ajustado a pacientes con FEVI disminuida) para mortalidad encontrado fue de 0.643 con un Intervalo de Confianza (IC) a 95% de: 0.281 a 1.472. **Conclusiones:** No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia o no de hipocloremia en relación con la mortalidad. Las diversas posibilidades de sesgo son inherentes de la naturaleza del estudio retrospectivo, por ejemplo al no tener la certeza que determinado paciente cumpliera con el administración del medicamento de acuerdo a la prescripción. **Palabras clave:** cardiología, falla cardíaca, mortalidad, sobrevida, desequilibrio hídrico-electrolítico.

Folio: 0287

Tema: Reumatología

Granulomatosis con poliangeítis de presentación ocular como primer síntoma

Violante Jorge Rafael, Rosales Jesús Maximino, Violante Karla Alejandra

Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León

Paciente femenino de 34 años de edad sin antecedentes personales de importancia, inició padecimiento actual 1 mes previo a su ingreso presentando datos de ojo rojo izquierdo acompañado de dolor punzante

intenso, lagrimeo, disminución de la agudeza visual y descarga nasal ipsilateral que no mejoró con tratamiento analgésico, cuadro persiste y se agrava tres días previo a su ingreso donde inició con cuadro idéntico en el ojo contralateral negando traumatismos, además se agrega al cuadro clínico hipertermia no cuantificada sin predominio horario y artralgias en codos y rodillas bilateral de predominio matutino que presentaba mejoría durante el transcurso del día. Posterior a esto decide acudir a consulta en nuestra institución. En la consulta la paciente presentaba los siguientes signos vitales: presión arterial 140/90 mm/Hg, FC 71 lpm, FR 18 rpm y 37°C de temperatura. A la exploración física se observó inyección conjuntival bilateral, dolor a la palpación de ambos ojos, lagrimeo bilateral y fotofobia, también presentaba datos de sinovitis bilateral en codos y rodillas; en extremidades inferiores se observaron múltiples lesiones puntiformes de color purpura compatibles con lesiones vasculíticas de pequeño vaso. Los laboratorios con hemoglobina de 12.4 g/dL, leucocitosis 10.3 KuL, química sanguínea sin alteraciones, electrolitos séricos sin alteraciones, proteína C reactiva de 9 mg/dL, VSG de 51 mm/hr con factor reumatoide de 21, ANA's negativos, P-ANCA negativos, C-ANCA de 1:2560 con MPO negativo y Anti-proteinasa-3 positivos. La radiografía de tórax

reporta una masa pulmonar cavitada en lóbulo superior del pulmón izquierdo. Con datos de afectación multisistémica (pulmonar, ocular y vascular) y con los laboratorios se integró el diagnóstico de una granulomatosis con poliangeítis, y se inicia el tratamiento con bolos de metilprednisolona (1 g por 3 dosis) seguido de un bolo de ciclofosfamida (1200mg IV DU) con importante mejoría en la sintomatología del paciente. **Palabras clave:** granulomatosis con poliangeítis, vasculitis, masa pulmonar, reporte de caso, uveítis, vasculitis ANCA asociadas.

Folio: 0288

Tema: Toxicología

Falla orgánica posterior a la administración intramuscular de podofilina. A propósito de un caso

Carrasco Oscar Israel
IMSS

Se trata de masculino de 73 años ingresado a urgencias por presentar dificultad respiratoria y taquicardia. Ingresaba habiendo sido tratado con hidrocortisona, ranitidina y soluciones cristaloides intravenosas. Paciente hipertenso de larga evolución tratado con IECA y epilepsia de 20 años tratada con carbamazepina. Refiere cialgia crónica y tomar diclofenaco y complejo B de manera intermitente. Es enviado de Hospital de primer nivel posterior a la administra-



ción de resina de podofilina al 2.5% 5 mL intramuscular (Como tratamiento de ciatalgia) presentando posteriormente eritema facial y disnea por lo que acude a valoración de donde refieren a segundo nivel al no remitir el broncoespasmo y descender por debajo de 85% su saturación de oxígeno con cánula nasal. Ingresar con dificultad respiratoria que progresa a falla respiratoria con requerimientos de manejo avanzado de vía aérea y ventilación mecánica. Eleva enzimas cardíacas y su electrograma muestra un bloqueo completo de rama izquierda del Haz de His y supradesnivel ST. Desarrolla lesión renal aguda. No se había descartado proceso infeccioso de vías aéreas inferiores. El paciente se ingresa a UCI donde permanece mas de diez días, la mayor parte de ellos bajo sedación, hemodializan y mantienen con apoyo mecánico invasivo. El paciente cursó con falla respiratoria, renal aguda, cardíaca congestiva, leucopenia y trombocitopenia y además elevó enzimas hepáticas evolucionando favorablemente hasta su egreso hospitalario un par de semanas posteriores a su ingreso. Sobre la Podofilina: La resina de podofilina es extraída de la planta Podophyllum. Se conoce toxicidad principalmente hematológica con alopecia, náusea, vómito menos frecuentemente. 3 Históricamente se usa desde hace más de 1000 años en El Hima-

laya. La resina está conformada de raíces y rizomas en alcohol. Siglo XIX en Europa ya era el tratamiento de falla hepática, escrófula, pielonefritis, sífilis y gonorrea. En 1942 empezó su uso en condilomas y se observó su acción antitumoral por lo que se amplió su estudio. En los inicios de 1950 se aislan glucósidos de podophyllum. Entre los años 1940-60 se evita uso por efectos tóxicos hasta su glucosilación que disminuye su toxicidad y ha ampliado sus usos en la terapéutica contemporánea, principalmente la Oncológica. Bioquímicamente se sabe que todos los derivados de podofilina contienen una estructura 2,3 dibenzilbutano (artitetralin lactona y arilnaptalen lactona) propiedades antivirales y antineoplásicas. Neuroblastoma y leucemias mielocíticas. De la podofilina derivan la podofilotoxina, el Etopósido y Tenopósido, ambos inhibidores de topoisomerasa II, (La podofilina actúa con inhibición de microtúbulos) y son actualmente base del tratamiento de muchos tipos de neoplasias, cáncer de pulmón oat cell, small cell, ovario, bronquial, testicular, de Ewing etc). Recientemente se agregan el Neuroblastoma y leucemias mielocíticas. Al ser la podofilotoxina una citotoxina inhibidora de la metafase se espera que suprima médula ósea y es dosis dependiente. Hay demasiados metabolitos intermedios y actividades diversas sobre efectores

específicos a nivel molecular por lo que la serie de eventos que el paciente presentó son una reacción en cadena que bien es estimulada por la actividad apoptótica, presenta múltiples efectos a nivel celular que la vuelven compleja y acumulativa. Se sabe ahora que el tratamiento agresivo de condilomas puede producir efectos sistémicos severos. Para evitar toxicidad se recomienda aplicar zonas pequeñas intactas de la piel. No exponer la piel a la podofilina más de 1 hr y estar alerta de los signos de toxicidad. Al momento, estudios han demostrado que la deoxipocropodofilotoxina y el ácido Turiférico son efectivos en la prevención del edema y cuentan con propiedades analgésica y anti inflamatoria por lo que en el sentido estricto de la palabra, la podofilina si tiene utilidad terapéutica en la ciatalgia.

Palabras clave: resina, podofilina intramuscular, falla orgánica, toxicidad.

Folio: 0289

Tema: Infectología

SIRA en paciente con neumonía por herpes virus: presentación de un caso

Sánchez Grisel Guadalupe, Zamora Miguel Ángel, Sánchez Sergio Saúl, Treviño Mario Alonso

Hospital Universitario UANL

La neumonía por virus del herpes simple tipo afecta pacientes inmunocomprometidos

o críticamente enfermos. El diagnóstico es difícil y no hay mucha evidencia sobre la eficacia del tratamiento antiviral en estos casos. Presentamos el caso de una paciente en la que se identificó por citodiagnóstico de LBA una neumonía por herpes virus que respondió a la terapia con Aciclovir y esteroides. **Presentación de caso:** Se trata de un femenino de 65 años, con antecedente de artritis reumatoide tratada con Rituximab, metotrexate y leflunomida. Además de ERGE e hipotiroidismo. Inicio 5 meses previos, con vómitos, dolor abdominal y dos días previos fiebre. Se realiza abordaje de la fiebre, presentando como únicas alteraciones: anemia normocítica normocrómica de 11g/dL, linfopenia de 0.905 K/uL, VSG de 46mm/hr, PCR en 27.40 mg/dL, LDH 1679 U/L, procalcitonina en 0.11 ng/mL. Se realiza TAC-AR de tórax, con engrosamiento septal y áreas de vidrio despulido. Inició con disnea, que progresó rápidamente, se trató con trimetoprim/sulfametoxazol, vancomicina y piperacilina/tazobactam. Se ingresa a UCI, por hipoxemia, se realiza broncoscopia, obteniendo GeneXpert, galactomanano (tanto sérico como de LBA), cultivo, BAAR, KOH, panel viral para virus de hepatitis B, C y VIH, Panel respiratorio de 20 elementos (biofire) para adenovirus, coronavirus, metapneumovirus, influenza A y B, Parainfluenza

1-4, VSR, *Bordetella*, *Clamydophila* y *Mycoplasma pneumoniae* negativos. Progresó con distrés respiratorio hasta requerir intubación orotraqueal, se evidencian infiltrados pulmonares bilaterales, y se diagnostica SIRA se maneja como tal. Se realizó nueva procalcitonina negativa, y se decide iniciar bolos de metilprednisolona, presentando mejoría parcial. Presenta caída de la hemoglobina y se realiza endoscopia superior encontrando datos de esofagitis, con hiperemia y lesiones circunscritas. Se realizan biopsias, positivas para esofagitis por herpes virus. Se inicia tratamiento con aciclovir. La paciente evoluciona favorablemente, se extuba, y descalan antibióticos. Se revisan muestras de LBA al no encontrar etiología evidente de la patología pulmonar, encontrando inclusiones nucleares de VHS, e inmunohistoquímica, para herpes virus 1 positiva. Se establece diagnóstico citológico neumonía por VHS. **Conclusiones:** Los síntomas clínicos de neumonía por HSV son inespecíficos y frecuentemente imitan una neumonía bacteriana, además las características radiológicas suelen ser inespecíficas, por lo que el examen citológico de las células es la piedra angular del diagnóstico, ya que la simple detección del virus puede reflejar contaminación, la detección de inclusión nuclear específica de HSV en las células en LBA, pueden diagnosticar

la afectación parenquimatosa. Existen pocos ensayos sobre el rol de los antivirales en el tratamiento, algunos con resultados positivos, pero sin diferencias en la mortalidad, por lo que la decisión debe individualizarse. **Palabras clave:** neumonía, herpes simple, SIRA, inmunocomprometido.

Folio: 0290

Tema: Misceláneos

Síndrome de dificultad respiratoria como manifestación inicial de hemorragia alveolar difusa en paciente con lupus eritematoso. Reporte de un caso y revisión de la literatura

López Rogelio, Ángeles Abish, Terán José Oscar
Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos

Introducción: La hemorragia en los espacios alveolares pulmonares comprende el síndrome de hemorragia alveolar difusa y se debe a la alteración de la membrana basal alveolar-capilar. Esta alteración es causada por la lesión o inflamación de las arteriolas, vénulas o capilares alveolares. La hemoptisis es el síntoma de presentación habitual; sin embargo, no siempre está presente, incluso cuando la hemorragia es grave. **Presentación de caso:** Paciente femenino de 37 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo y lupus eritematoso ambos en tratamiento habitual. Ingresó tras 24 horas de inicio de disnea y dolor torácico de manera



súbita. A la exploración física destaca la presencia de palidez generalizada, saturación de oxígeno de 80% por oximetría de pulso. Campos pulmonares con presencia de estertores crepitantes de manera bilateral, sin integrar síndrome pleuropulmonar. Encontrándose en radiografía y tomografía de tórax la presencia radiopacidades con patrón intersticial. Requirió manejo en unidad de cuidados intensivos con ventilación mecánica y bolos de esteroide. Tras una evolución insidiosa logra egresarse a su domicilio con seguimiento por consulta externa de Reumatología y Medicina Interna. **Discusión y conclusiones:** Se presenta el caso de una paciente con antecedente de Lupus eritematoso en tratamiento y aparentemente controlado, sin embargo en el transcurso de pocas horas de inicio de dificultad respiratoria muestra severo compromiso de la función ventilatoria. Lo cual resalta la importancia de incluir dentro de los diagnósticos diferenciales la posibilidad de actividad del proceso reumatólogico en paciente con inicio súbito de la sintomatología y ningún otro síntoma que apoye la presencia de proceso infeccioso, aún en el contexto de paciente sin hemoptisis.

Palabras clave: neumología, reumatología, disnea, hemorragia alveolar difusa

Folio: 0291

Tema: Hematología

Anemia hemolítica autoinmune secundaria a tuberculosis pulmonar. Reporte de caso

Aguilar Crhistian Alejandro, González Andres, Piñeiro Claudia Monserrat, Peralta Adriana Berenice

Hospital General Regional 200. IMSS

La anemia hemolítica autoinmune (AHAI) es un grupo heterogéneo de enfermedades en las que la vida media del eritrocito es acortada por destrucción aumentada, ya sea dentro del vaso sanguíneo o por el sistema mononuclear fagocítico en el bazo, generalmente la médula ósea conserva su capacidad regenerativa. La AHAI es extremadamente rara asociada a tuberculosis (TB). La patogénesis de la hemólisis inducida por TB no está clara. Mycobacterium tuberculosis parece conducir a una respuesta inmune que resulte en la producción de anticuerpos IgG, IgM o ambos. CASO: Paciente femenino de 22 años de edad, sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento con presencia de fiebre de 39 °C, escalofríos, dolor torácico tipo punzante en región apical izquierda, intensidad 10/10, valorada como neumonía adquirida en la comunidad, tratada con Amikacina por 7 días de forma ambulatoria, con aparente remisión. Dos meses posteriores presenta nuevamente dolor torácico de las mismas características, evidenciando en

radiografía de tórax: infiltrado difuso de predominio apical izquierdo, siendo hospitalizada. Presenta picos febriles de 38.5°C de predominio nocturno, escalofríos y diaforesis, se agrega tos esporádica poco productiva, con esputo verdoso, sin hemoptois. La citometría Hemática reportó Hemoglobina (Hb): 5.2 gr/dL. Por lo que recibió hemotransfusión con 3 paquetes globulares (PG). Se cataloga como neumonía de lenta resolución, se realiza broncoscopia, toma de biopsia y lavado bronquial, en el que se identifica un fondo limpio con escaso infiltrado inflamatorio. Por las características de la neumonía se toma BAAR en serie de 3 y cultivo, con resultado negativo en las 3 tomas. Un mes después vuelve a urgencias con ictericia generalizada, coluria, fiebre de 39°C de predominio nocturno y diaforesis. Sus paraclínicos con Hb: 5.1gr/dL, DHL: 614 y elevación de la Bilirrubina a expensas de la indirecta (2.4 mg/dL), Coombs directo: positivo, Reticulocitos (corregido): 14.5%. Panel viral negativo para VIH, VHC, VHB, Rubeola, VHS y CMV. Tomografía Computarizada toraco-abdominal: cavitación apical izquierda, con patrón nodular e infiltrado difuso apical y esplenomegalia moderada. Se interconsulta al servicio de Hematología, quien encuentra en frotis: anisocitosis, poiquilocitosis, basofilia difusa, dacriocitos y esferocitos. Se reporta estudio de Inmunohe-

matología identificando: Auto anticuerpo frío activo (4 a 22°C) +, Autoantisistema Rh+ y actividad de Complemento. Se realiza transfusión con 3 PG, se inicia manejo con metilprednisolona 1 gr IV por 3 días y posteriormente con prednisona. Egresada asintomática. Resultado de cultivo de expectoración dos meses posteriores, positivo para TB. Se inicia fase intensiva. Presenta nueva crisis hemolítica; manejada con Prednisona vía oral 25 mg/día a dosis reducción, se agrega Azatioprina. Acude a consulta 5 meses posteriores con laboratorios de control con Hb: 11.4 gr/dL, Reticulocitos: 4%, Coombs directo +, se suspende tratamiento inmunosupresor, sin descartar la posibilidad de esplenectomía en caso de recaídas recurrentes.

Discusión: La AHAI inducida por M. tuberculosis es una entidad rara. La primera línea de tratamiento en AHAI son los esteroides; pero en presencia de tuberculosis, representaría un tratamiento totalmente contradictorio, pues podría agravar y complicarla, sino se ha iniciado manejo para la TB. La hemólisis puede responder solo a los medicamentos antituberculosos, sin embargo por la dificultad del diagnóstico temprano de tuberculosis, no se pudo iniciar de forma temprana el tratamiento. Está descrita la relación entre AHAI y tuberculosis. Debido a lo anterior se debe descartar a M. Tuberculosis como agente causal, ante datos sugestivos de

hemólisis por hallazgos clínicos y de laboratorio asociados a cuadros respiratorios y síndrome febril, especialmente en áreas endémicas y después de excluir otras causas más comunes de hemólisis

Palabras clave: anemia, hemolítica, autoinmune, tuberculosis, hemólisis.

Folio: 0292

Tema: Dermatología

Síndrome de reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) secundario a alopurinol en paciente con enfermedad renal crónica terminal. Reporte de caso

Quiroz José Carlos, Villagomez Oscar Alberto, Infante Hector, Vidaurri Helena

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

El síndrome DRESS, farmacodermia multisistémica, caracterizado por eosinofilia periférica y visceral. Presentamos un caso de síndrome DRESS en femenino con hipertensión arterial sistémica, hipotiroidismo y enfermedad renal crónica terminal, por nefropatía diabética, en diálisis peritoneal. Inicio su padecimiento 15 días antes de su ingreso, con astenia, adinamia, hiporexia, edema generalizado y exantema maculopapular/pruriginoso. Ingreso el 30/01/2018 para evento dialítico, con persistencia de síntomas y descamación generalizada. A la exploración, con

dermatosis diseminada a cara, brazos y piernas; caracterizada por edema facial de predominio palpebral, eritema y escama. Paraclínicos con eosinofilia de 2.4K/μl (6.4% perfil hepático con hipoalbuminemia; sin síntomas cardio-respiratorios o neurológicos. Dermatología, confirmo el diagnóstico de farmacodermia con eosinofilia, secundaria a alopurinol; prescrito 4 semanas antes del cuadro, 150 mg cada 48 hrs Se indicó prednisona a 1mg/kg/d a reducción por 6 semanas, con mejoría de lesiones y disminución de eosinófilos, un mes después: 0.1K/μl El síndrome DRESS, farmacodermia que compromete la vida; asociada principalmente con anticonvulsivantes (ej. carbamacepina y fenitoína) y alopurinol (rutinario en pacientes renales), mismo también vinculado a síndrome de Stevens-Johnson/Enfermedad de Lille. Baja función renal, se propone como predisponente El abordaje global ayuda a la identificación de casos complicados. Enfatizar la propepéutica dermatológica cuando se sospeche de farmacodermias, ya que en muchos casos no son asequibles estudios complementarios. Fármacos nuevos para la hiperuricemia, febuxostat, se vinculan con DRESS, como reportan Chou y cols (2015) y Pascho y cols (2016) Afectando de 1 en 10000 habitantes, su mortalidad llega al 10%, con secuelas del 15%. EN 2015, Thankachen y cols, solo



refieren 20 casos similares de 1997-2013. Los esteroides sistémicos y mantener la integridad de la piel son el eje del manejo. **Palabras clave:** DRESS, farmacodermia, alopurinol.

Folio: 0293

Tema: Neurología

Síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) en un caso de preeclampsia

Sánchez Alberto Onofre¹, Infante Adrian², Ochoa Nelson Eloy¹, Hernández Adriana Marcela¹, De la Cruz Jorge Luis¹, Ceballos Rubí Alejandra¹

¹ Hospital General Reynosa; ² Hospital Universitario de Monterrey

Antecedentes: El PRES es una entidad clínica descrita por Hinchey en 1996. Se caracteriza por desarrollo de edema cerebral vasogénico transitorio principalmente en territorio de circulación cerebral posterior. Se ha descrito en pacientes con eclampsia, uremia, bajo tratamientos inmunosupresores y en emergencias hipertensivas. Las principales manifestaciones clínicas son cefalea, alteraciones visuales, desorientación, vomito, convulsiones. **Objetivo:** Describir el cuadro de una paciente que cursó con síndrome de PRES secundario a preeclampsia. **Caso clínico:** Primigesta de 25 años que cursa con embarazo de 36 semanas sin antecedentes de importancia. Presenta cefalea universal intensa de 5h

de evolución, asociada a T/A de 140/100mmHg, con edema perimaleolar moderado, resto de exploración normal. Se inicia manejo con hidralazina 5mg IV y se impregna con sulfato de magnesio 4gr IV seguido de infusión 1gr/hora. Hb 11.3g/dL, Plaquetas 156mil/mm³, CrS 0.6mg/dl, BUN 13mg/dl, DHL 230U/L, BT 0.57 mg/dL, TP 12.8'', TPT 32.5'', EGO proteínas ++. Súbitamente presenta ftopsia seguida de amaurosis bilateral y desorientación, TA 180/110mmHg FC 105lpm, FR 26rpm. Se continua hidralazacina completando 20mg IV logrando descenso gradual de TA hasta 160/90 (PAM 113), procediendo a interrupción del embarazo, transpoperitorio sin complicaciones. posterior a evento quirúrgico se encuentra alerta, orientada, exploración de pares craneales sin alteración, con recuperación de la visión de forma íntegra, sin dato de focalización neurológica. Es valorada por servicio de oftalmología sin encontrar ninguna alteración a la exploración. TAC de cráneo muestra área hipodensa occipital derecha; se realiza RMN encontrado lesión hipertensiva por aumento de señal en T2 en región subcortical de lóbulo occipital derecho compatible con datos de edema vasogénico. La evolución de la paciente es favorable, se continua manejo antihipertensivo, se egresa al 5° día

posoperatorio. **Discusión:** El síndrome de PRES se establece con la sospecha clínica apoyada con datos radiológicos. Las alteraciones clínicas son atribuidas a lesiones en región pariterooccipital hasta en un 98% de casos; en la identificación del edema vasogénico, la RMN es el estándar de oro. La fisiopatología aceptada involucra alteraciones en la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral precipitado por cuadros hipertensivos y disfunción endotelial. El pronóstico es bueno, al resolver de forma temprana el factor desencadenante; en la mayoría de los casos se observa recuperación íntegra. **Conclusiones:** Se presenta el cuadro de una paciente con preeclampsia que desarrollo síndrome de PRES secundario a emergencia hipertensiva, se evidenció edema vasogénico en territorio de circulación posterior cerebral. Se logró recuperación completa posterior a manejo y resolución de crisis hipertensiva. Durante seguimiento no presento secuelas.

Palabras clave: PRES, encefalopatía, preeclampsia, ceguera, hipertension.

Folio: 0294

Tema: Nefrología

Acidosis láctica inexplicable en el postoperatorio inmediato de un trasplante renal de donador cadavérico

Farias Alma Leticia¹, Dehesa Edgar², Irizar Sergio Saul²

¹ Residente de Medicina Interna;

² Departamento de Medicina Interna y Nefrología Hospital Civil de Culiacán
Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud; Universidad Autónoma de Sinaloa

Introducción: La enfermedad renal crónica terminal (ERCT) constituye un problema de salud pública a nivel mundial y en nuestro país; siendo el trasplante renal la mejor opción de sustitución de la función renal.

Presentación del caso: Femenino de 58 años, con hipertensión arterial, ERCT secundaria a poliangeítis microscópica, en hemodiálisis crónica desde hace 1 año. Se realizó trasplante renal de donador cadavérico con esquema de inmunosupresión de inducción a base de metilprednisolona, basiliximab y mofetil micofenolato, además de tratamiento anestésico durante el procedimiento quirúrgico con infusión de propofol. No se presentaron complicaciones durante las anastomosis venosa, arterial y urinaria del injerto; con adecuada perfusión y diuresis espontánea al final del procedimiento quirúrgico. En la sala de recuperación postanestésica, presentó somnolencia y dificultad respiratoria posterior a la extubación, gasometría arterial con pH de 6.8, pCO₂ 131 mmHg, pO₂ 212 mmHg, HCO₃ 19 mmol/L y lactato de 3.2 mmol/L, que requirió reintubación y traslado a la unidad

de terapia intensiva para apoyo ventilatorio mecánico. En gasometría venosa de control una hora después de ventilación mecánica con adecuados volúmenes respiratorios y sedación con propofol, persistió con pH de 7.10, pCO₂ 47, pO₂ 59, HCO₃ de 14 y elevación del lactato a 9.4 mmol/L. Se descartaron causas de acidosis láctica tipo A (nunca se documentó hipotensión arterial o datos de hipoperfusión tisular, con diuresis del injerto renal de 200 ml/hr y balance de líquidos neutro) y tipo B (pruebas de función hepáticas normales). Se aumentó el aporte de líquidos IV y en la gasometría de control 3 horas más tarde, persistió con pH 7.16, pCO₂ 33, pO₂ 60, HCO₃ de 11.8 y aumento del lactato a 13.2 mmol/L. Se realizó USG doppler del injerto renal y abdominal que reportó: flujos sanguíneos adecuados a nivel de la anastomosis de la arteria renal principal y polar, sin datos sugerentes de trombosis mesentérica. Una vez descartadas las principales causas de hiperlactatemia, se sospechó de la infusión de propofol como causa de la misma, por lo que se solicitaron niveles de triglicéridos séricos con cifra reportada de 964 mg/dl además de suero lipémico. Se integró el diagnóstico de síndrome de infusión de propofol (SIP) por lo que se suspendió la infusión de propofol, con lo cual se observó una disminución progresiva del lactato sérico hasta su normalización 8

horas más tarde. La paciente fue extubada, con gasometría arterial dentro de límites normales y disminución progresiva de triglicéridos y creatinina sérica. La paciente fue egresada 4 días después sin complicaciones y adecuada función del injerto renal. **Discusión:** El SIP es una rara pero potencialmente letal complicación asociada al uso de infusiones de propofol, caracterizada por acidosis láctica grave, rabdomiolisis, disfunción cardíaca, hepática y renal e incremento de la lipemia. En su estadio avanzado, puede derivar en bradicardia e hipotensión arterial refractarias a tratamiento. No todos los enfermos expresan la forma completa del síndrome; de ahí la importancia de la sospecha clínica, ya que una oportuna intervención puede revertir las alteraciones metabólicas e impedir un desenlace fatal, como sucedió en el caso clínico que presentamos. **Conclusión:** El SIP constituye una complicación muy rara, asociada al uso de infusiones de propofol, el cual deberá ser un diagnóstico diferencial en todo paciente bajo tratamiento con propofol que desarrolla acidosis láctica.

Palabras clave: acidosis láctica, hiperlactatemia, propofol, síndrome por infusión por propofol.

Folio: 0295

Tema: Reumatología

Patrón de citocinas en suero y lavado bronquioalveolar de



pacientes con enfermedad pulmonar intersticial secundaria a síndrome de Sjögren primario

Navarro María del Carmen, Salgado Alfonso, Paz Daniel

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune caracterizada por destrucción de glándulas exocrinas y en ocasiones enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). Las células T y B están involucradas en la fisiopatología. No está bien definido el perfil de citocinas TH1, TH2 y TH17 en el EPID. Hipótesis En EPID secundario a SS existe un patrón TH17 predominante en tejido pulmonar. **Objetivo** Estudiar el perfil de citocinas en el Suero y Lavado Bronquioalveolar (LBA) de pacientes con EPID secundario a Síndrome de Sjögren Primario (Ssp) y controles sanos. **Materiales y Métodos** Se estudio una cohorte de 15 pacientes con EPID-SS. Para el estudio se empleo suero y LBA, almacenados a -70° C. De las muestras de suero se analizaron 15 pacientes y 10 controles, en las muestras de lavado bronquioalveolar se analizaron 11 pacientes y 3 controles. Se cuantifico el perfil de citocinas TH1/TH2/TH17 usando el Kit Bio-Plex Pro™ Human Cytokine 17-plex Assay (BioRad), analizado en un equipo MAGPIX (ThermoFisher). La cuantificación de las citocinas se realizo por duplicado y para el análisis

estadístico se empleo la prueba T de Student; los valores de $P < 0.05$ se consideraron significativos. **Resultados:** Las citocinas con diferencias significativas entre pacientes y controles en suero fueron: IL-6, MCP-1, IL-8, IL-10, IL-7; citocinas que están asociadas a una respuesta tipo TH1. En LBA las citocinas con concentraciones significativamente diferentes fueron IL-6, IFN- γ , GM-CSF, G-CSF, IL-17, asociadas a una respuesta tipo TH17. **Conclusiones:** Se realizo la comparación de pacientes con SS con controles sanos. Las muestras de suero indican que hay una mayor respuesta tipo TH1 y en los LBA el patrón de citocinas apuntan a una respuesta tipo TH17, por lo que se podría considerar como el patrón predominante en tejido pulmonar.

Palabras clave: Sjögren, pulmonar, citocinas, inmune, TH-17, TH-1.

Folio: 0296

Tema: Cardiología

Correlacion entre el grosor íntima media con la velocidad de la onda del pulso, y el índice brazo tobillo en sujetos con síndrome metabólico

Guerrero Carolina, Rubio Alberto Francisco, Arana Karla C, Maceda Alberto, Narváez Ivonne Georgina, Meneses Iván, Vargas Germán

Hospital General de Ticomán

La rigidez de la pared arterial es un predictor independiente

de mortalidad cardiovascular pues aumenta la presión aortica central y el trabajo ventricular izquierdo, se evalúa midiendo la velocidad de la onda del pulso (VOP), un procedimiento no invasivo, validado y fácil de usar. El índice brazo tobillo (IBT) además de ser un procedimiento diagnóstico para enfermedad arterial periférica, es un marcador de daño vascular; cuando se encuentra por debajo de 0.9 triplica el riesgo de muerte cardiovascular. La medición del engrosamiento intima-media (GIM) de las arterias carótidas mediante ultrasonografía en modo B es también un método no invasivo que tiene valor predictivo para la aparición de enfermedad vascular, diversas guías de manejo consideran que cuando es ≥ 0.9 mm, es un marcador muy confiable de riesgo cardiovascular elevado. **Objetivo:** Establecer si el GIM correlaciona con la VOP y el IBT en sujetos con síndrome metabólico. **Método:** Evaluamos 35 sujetos con síndrome metabólico. En todos ellos se determinó VOP con un equipo Arteriograph, se consideró normal una $VOP \leq 9$ m/S. Se determinó el GIM por ultrasonografía en modo B de las arterias carótidas, con equipo de alta resolución (ESAUTE MEGAGP, Italia), equipado con un transductor lineal de 7.5 MHz, por un ultrasonografista certificado que desconocía las características de los pacientes,

se consideró normal un GIM \leq 0.9 mm. Se cuantifico el IBT con equipo doppler de 5 MHz, de acuerdo con la técnica habitual. Los métodos estadísticos utilizados fueron Exacta de Fisher y coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** Encontramos una correlación significativa entre el GIM con la VOP ($r = 0.57$, $r^2 = 0.32$, $p = 0.0006$). No encontramos correlación entre el IBT con el GIM ($r = -0.31$, $p = 0.069$). Al evaluar el riesgo de presentar GIM \geq 0.9 mm en pacientes con VOP $>$ 9 m/S, encontramos significancia estadística ($p = 0.033$). En forma interesante, solo un paciente con VOP $>$ 9 m/S, presentó GIM \leq 0.9 mm. **Conclusión:** Encontramos que la VOP correlaciona significativamente con el GIM en sujetos con síndrome metabólico. La medición de la velocidad de la onda del pulso es una herramienta que brinda valiosa información en la valoración global del riesgo cardiovascular de estos pacientes. La falta de correlación entre IBT y GIM pudiera deberse a que el proceso aterosclerótico inicia en forma más temprana en las arterias carótidas, al ser una zona con mayor turbulencia en el flujo sanguíneo.

Palabras clave: velocidad de la onda del pulso, rigidez arterial, grosor íntima media, índice brazo tobillo, síndrome metabólico.

Folio: 0297

Tema: Neurología

Transformación hemorrágica de infarto cerebral: presentación de un caso clínico

Rosiles Dulce María Concepción¹, Rosiles Artemio²

¹ Universidad de Guanajuato;

² Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: La transformación hemorrágica, se refiere a un espectro de isquemia relacionada con hemorragia cerebral, la cual es una complicación frecuente del infarto isquémico agudo, especialmente después de la terapia trombolítica. Presentación del caso Femenino de 81 años diestra, quien sufrió 3 semanas previas infarto parietooccipital izquierdo, al mostrar cuadro caracterizado por pérdida del estado de alerta, posteriormente con bradipsiquia y hemiparesia derecha 3/5. Se confirmó zona isquémica con estudio tomográfico. Semanas después del cuadro previo, estando en su casa, aumenta deterioro neurológico, presentando hemiplejia derecha y afasia sensitiva, se le realiza estudio tomográfico de control donde se observa hiperdensidad en región parietooccipital izquierda. Antecedentes de importancia: DM tipo 2 de 2 años de diagnóstico sin tratamiento, HAS de 4 años de diagnóstico en tratamiento con captopril 50 mg al día. Exploración física TA 140/88 mmHg, FR 20 rpm, FC 96 lpm y T 36.3 °C. Femenino indiferente al medio, somnolienta, Glasgow 12 (O3

V4 M5), afasia sensitiva, pupilas isocóricas normorreflécticas, hemiplejia derecha, respuesta plantar bilateral indiferente, extremidades derechas con fuerza muscular 0/5, reflejos osteotendinosos (+---). Manejo y desenlace: Se descontinuaron antiagregantes, se controlaron cifras tensionales y se dio profilaxis para crisis convulsivas. Se egresa con alimentación por sonda nasoyeyunal, así como secuelas caracterizadas por disfasia sensitiva y hemiparesia derecha 3/5. Puntos de enseñanza Elegir de forma estricta a los pacientes que son candidatos a terapia trombolítica. Aplicar medidas preventivas en pacientes que cuenten con predictores de transformación hemorrágica. Individualizar las medidas terapéuticas necesarias al contexto clínico.

Palabras clave: transformación hemorrágica, isquemia, hemorragia cerebral, infarto isquémico agudo, terapia trombolítica, infarto parietooccipital.

Folio: 0299

Tema: Infectología

Absceso esplénico criptogénico en paciente inmunocompetente: reporte de caso

De la Torre Jesus Edgar, Velarde Ismael Salvador

Hospital Civil de Culiacan

Introducción: El absceso esplénico puede ser originado principalmente por enfermedades tropicales, tuberculosis,



parasitosis y patologías sistémicas como endocarditis. La mayoría de los pacientes presentan síntomas inespecíficos como ataque al estado general, fiebre, pérdida de peso, fatiga, saciedad temprana y dolor abdominal difuso. Por su baja incidencia, pocas veces se diagnostica oportunamente poniendo en riesgo la vida, por complicaciones tales como peritonitis, perforación de víscera hueca, diseminación contigua, ruptura esplénica, empiemas y sepsis. En agosto del 2018 acude al servicio de urgencias del Hospital Civil de Culiacán, con dolor abdominal de tipo opresivo, constante, localizado en hipocondrio izquierdo con irradiación a escapula izquierda, de 3 meses de evolución, femenina de 30 años de edad, dedicada al hogar, con antecedentes de síndrome de ovario poliquístico y de asma con 11 años y 6 meses de evolución, respectivamente, gestante de 3 embarazos, 2 cesáreas sin complicaciones, 1 aborto hace 7 años, y sin antecedentes familiares de tuberculosis. La tomografía abdominal contrastada mostró dos colecciones esplénicas: (1) lesión en parénquima esplénico con volumen calculado de 24 cc, y (2) en polo inferior con 10 cc, sin adenopatías. Se realizó drenaje percutáneo guiado por ultrasonido del absceso en polo superior. La paciente presentó disminución del dolor y ausencia de fiebre a las 24

horas de realizado el drenaje percutáneo, egresándose al sexto día ya sin dolor y afebril bajo el mismo esquema de antibióticos. A los diez días se presentó a consulta de infectología y de cirugía general con tomografía abdominal contrastada de control sin revelar colecciones esplénicas.

Discusión y conclusiones: El absceso esplénico es una entidad poco estudiada, aún más en pacientes inmunocompetentes. La incidencia reportada oscila entre 0.14-0.7%.³ Su etiología es multifactorial y en algunas ocasiones no se logra identificar el agente causal, sin embargo el potencial riesgo de complicaciones altamente letales, hacen de esta una entidad clínica amenazante para la vida, el estándar de cuidados médicos es el drenaje percutáneo asistido por imagen, y en la mayoría de los casos reporte internacionales la administración de antibiótico endovenoso prolongado; en el caso de la paciente donde se realiza un análisis clínico completo y no se detecto compromiso inmunológico o sistémico, se considero el manejo ambulatorio, posterior al drenaje percutáneo, lo que creemos que podría funcionar en otros casos.

Palabras clave: absceso, esplénico, infectología, inmunocompetente, criptogenico, drenaje.

Folio: 0300

Tema: Oncología

Oftalmoplejia completa izquierda y pérdida de peso como primera manifestación de un adenocarcinoma pulmonar

Morales Ana Lilia¹, García Victor Hugo², Plascencia Julio Cesar², Hernández Juan Carlos², Rivera Rosario Minerva¹, García Jaime Israel¹, Vazquez Nallely Alejandra¹

¹ Hospital General Ticoman;

² Hospital General Tlahuac

Introducción: Los avances que se han producido en las últimas décadas tanto en el diagnóstico como en el tratamiento del cáncer han conseguido aumentar la supervivencia, pero este hecho también ha llevado un aumento de las complicaciones neurológicas, siendo esta una importante causa de consulta en los servicios de urgencias. Las complicaciones neurológicas pueden ser en ocasiones la primera manifestación de la enfermedad oncológica. El cáncer de pulmón se acompaña en un 10-15% de los casos de alguna complicación neurológica, generalmente de origen metastásico, siendo la segunda neoplasia que con más frecuencia metastatiza al cerebro. El síndrome paraneoplásico se presenta en aproximadamente el 1% de los pacientes con un tumor maligno, es más frecuente en el cancer broncogénico y el microcítico la estirpe histológica usualmente asociada a estas alteraciones paraneoplásicas Presentación del caso

Masculino de 50 años de edad, quien refiere padecimiento de 3 meses de evolución caracterizado por dolor lumbar que se irradia a extremidad pélvica izquierda, así como pérdida de peso no intencionada de 30 kg, niega otros síntomas asociados, acude a su Centro de Salud de donde es referido a la unidad para protocolo de estudio por pérdida de peso. A su ingreso se documenta paciente caquético, oftalmoplejía completa izquierda, y cuadriparesia con fuerza muscular 3/5 distal y proximal. Se realiza tomografía contrastada de cráneo sin evidencia de lesiones en parénquima cerebral. Punción lumbar con leucocitos de 0, con hiperproteínoorraquia de 267 mg/d e hipoglucoorraquia de 34 mg. Reporte de citología de LCR: acelular, sin evidencia de células neoplásicas. Panel viral para VIH, VHC y VHB, los cuales se reportan no reactivos. Radiografía de tórax se observa nódulo pulmonar solitario de aproximadamente 3 cm en hemitorax izquierdo. Por lo que se realiza tomografía contrastada de tórax: con evidencia de múltiples imágenes redondeadas, circunscritas, de localización aleatoria menores de 8 mm, y una de 20x12 mm a nivel basal izquierda. Tomografía contrastada de abdomen: en fase simple con múltiples imágenes isodensas y con leve realce de predominio periférico en la fase contrastada, menores de 8mm con

distribución difusa a nivel de hígado, brazo y riñones. Lesiones líticas y blastocásicas a nivel de columna lumbar. Se realiza broncoscopia con toma de biopsia la cual se reporta por estudio histopatológico con Adenocarcinoma pulmonar. Se envía a tercer nivel para inicio de tratamiento oncológico.

Discusión: El tratamiento oncoespecífico ha demostrado el control de los síntomas.

Palabras clave: oftalmoplejía, adenocarcinoma pulmonar, paraneoplásico, nervio craneal, parálisis.

Folio: 0301

Tema: Oncología

Cáncer primario múltiple sincrónico. A propósito de un caso

Morales Ana Lilia¹, García Victor Hugo², Plascencia Julio César², Hernández Juan Carlos², Vazquez Nallely Alejandra¹, Rivera Rosario Minerva¹, García Jaime Israel¹

¹ Hospital General Ticoman;

² Hospital General Tlahuac

Introducción: Los tumores malignos primarios múltiples sincrónicos son relativamente inusuales, aunque el número de pacientes diagnosticados con tumores primarios múltiples se está incrementando, dado al desarrollo de procedimientos diagnósticos más sofisticados, invasivos o no invasivos, y el incremento del número de pacientes ancianos. La incidencia varía del 3.6-11.9% hasta el 16.1-36% según diferentes

revisiones. Esta condición se define como la coexistencia de más de una neoplasia primaria en diferentes órganos, o de 2 o más neoplasias primarias de diferentes tipos celulares en el mismo órgano. Deben cumplir los siguientes criterios: 1) Cada tumor debe tener un patrón definido de malignidad, 2) cada tumor presenta una histología diferente, y si ambos son similares dentro del mismo órgano, que no se pueda demostrar conexión alguna entre ellos y 3) se debe excluir que uno constituya metástasis del otro. En complemento, de acuerdo al momento cronológico de presentación, se clasifican como sincrónicos (identificados en el mismo instante o en menos de 6 meses desde el primer diagnóstico) o metacrónicos (identificados hasta 6 meses después del primer diagnóstico). La asociación sincrónica de cáncer prostático y renal es poco frecuente, oscila entre un 3 y un 7%. No obstante en las necropsias se han encontrado neoplasias prostáticas concomitantes con otras neoplasias primarias hasta en un 27%. Existen casos de la coexistencia de cánceres urogenitales al mismo tiempo en tres órganos diferentes (riñón, vejiga y próstata). **Presentación del caso:** Masculino de 65 años de edad, sin antecedentes personales de importancia. Acude por presentar hemorragia de tubo digestivo alto, caracterizado por hematemesis y melena, a la exploración física se documenta



tumoración en fosa renal derecha de aproximadamente 10cm diámetro. Se realiza endoscopio alta con reporte de cambios morfológicos asociados a Ulcera Péptica, así mismo se realiza ultrasonido renal donde se reporta imagen heterogénea localizada en polo inferior de riñón derecho de 80x60mm con bordes lobulados y algunas calcificaciones en su interior. En la tomografía contrastada de abdomen se encuentra en riñón derecho imagen ovoidea heterogénea en fase simple que presenta realce heterogéneo con la administración de contraste de predominio en la periferia, y en el interior presenta imágenes hipodensas que no presentan realce con el medio de contraste que mide 74x71x60 con dilatación del sistema pielocaliceal y adelgazamiento del parénquima, sugestivo de carcinoma de células renales y crecimiento prostático. Así mismo en columna vertebral con fractura por colapso de T10. Solicitamos Antígeno Prostático Total el cual se reporta 856.97ng/ml y Libre en 202.62. Valorado por Urología quien realiza Uretoscopia con toma de biopsia de próstata, la cual se reporta como adenocarcinoma acinar de próstata Gleason (5+4) 9 en el 50% del tejido analizado. Se propone nefrectomía renal derecha la cual no acepta. Actualmente se mantiene en seguimiento por el servicio de urología. **Conclusión:** Aunque es infrecuente, el

sincronismo de los tumores prostáticos malignos con los renales de igual etiología, se presentan en la práctica clínica, y por eso debemos estar alertas y estudiar todo el aparato genito-urinario en busca de una segunda neoplasia, cuando una primera aparezca, más aún si se trata de un adenocarcinoma prostático.

Palabras clave: cáncer, sincrónico, urogenital, renal, próstata, sangrado.

Folio: 0303

Tema: Infectología

Anaplasmosis y embarazo reporte de un caso

Morales Erick, Valencia Nicolás, Gándara Cesar Adrián, Rojas Jahzeel Samir, Hernández Jesús Manuel

Hospital de Alta Especialidad Gustavo A Roviroso

Se trata de paciente femenino de 26 años de edad, ama de casa, con escolaridad de preparatoria completa, soltera, originaria de paraíso, Chiapas. Sin antecedentes heredofamiliares, con antecedentes personales no patológicos de relevancia de convivencia con animales de granjas, con antecedente gineco-obstetrico de menarca a los 12 años, aborto en enero de 2017, Fecha de ultima regla de 02.12.17, portadora de embarazo de 26 semanas de gestación. Sin antecedente personales patológicos de relevancia, con padecimiento actual con inicio el día 06.05.18 con presencia de gingivorragia, sensación

distérmica no cuantificada, astenia, adinamia, 3 días posteriores con coluria. Decide acudir a unidad de primer nivel, el cual se decide contrarreferencia, es manejada en hospital de gineco-obstetricia con carbapenemico por 7 días sin mejoría y referida a nuestra unidad. A la exploración física se encuentra a paciente con signos vitales con temperatura de 39 °C, Frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, neurológicamente sin alteraciones, con palidez de tegumentos, con tinte icterico, cardio-pulmonar sin alteraciones, a nivel abdomen con abdomen globoso con FU de 26 cm, no se palpa hepato-esplenomegalia. Extremidades integras y sin presencia de edema, se decide toma de exámenes de laboratorio: hemoglobina de 6.4, HTC de 19, VCM de 80.2,, plaquetas 305 mil, leucocitos 7 mil, neutrófilos 4 mil, glucosa 70, creatinina 0.6, BUN 8.32, Bilirrubina Total 4.2, Bilirrubina directa 2.4, Bilirrubina indirecta de 1.8, AST 64, ALT 78, LDH 196. TP: 80 TTP: 19 INR:7.7 . Se decide realizar frotis de concentrado leucocitario periférica con cuerpos de inclusión azurofilicos en citoplasma de neutrófilo, con alta sospecha por hallazgo de anaplasma. A lo cual se inicia manejo con rifampicina por estado gravídico por 5 días con adecuada respuesta.

Palabras clave: anaplasmosis, embarazo, síndrome icterico,

inclusiones azurofilicas, síndrome febril, rifampicina.

Folio: 0304

Tema: Misceláneos

Frecuencia de sarcopenia por grupos etarios en una población de bajos recursos de la Ciudad de México

Godínez Keren Jared¹, Gallego Carlos Francisco¹, Meneses Iván², Vargas Germán², Ovando Jennifer P², Guerrero Carolina², Rubio Alberto F²

¹ Universidad de Aguascalientes; ² Hospital General de Ticomán

La sarcopenia es la pérdida de la masa y fuerza muscular, la cual está relacionada con el envejecimiento, sin embargo, algunas enfermedades crónicas pueden causar un declive acelerado de masa muscular. Tiene repercusiones importantes en el estado de salud y la calidad de vida. La detección de sarcopenia por bioimpedancia es un método eficaz, no invasivo y validado, el diagnóstico se realiza a partir de un índice de masa muscular ≥ 6.76 kg/m² para mujeres y de 10.76kg/m² para hombres. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de sarcopenia en nuestro medio, así como en los distintos grupos etarios. **Material y método:** Incluimos 293 pacientes mayores de 18 años, los cuales fueron divididos en 3 grupos: Adulto joven (18 a 39 años, 126 sujetos), adulto maduro (de 40 a 59

años, 96 individuos) y adulto mayor (60 años en adelante, 71 sujetos) en quienes, previo consentimiento informado. Se les realizó un Análisis de Impedancia Bioeléctrica (BIA) con un equipo INBODY120, en todos se determinó el porcentaje de masa muscular, el índice de sarcopenia, así como diversas medidas antropométricas. El índice de sarcopenia se calculó con la fórmula: Masa muscular en kilogramos / (estatura en metros)² El método estadístico utilizado fue: ANOVA **Resultados:** Encontramos sarcopenia en la población general en 45 individuos, (15.35%). En el grupo adulto joven en 18 sujetos (14.28%), en el grupo adulto maduro en 11 (11.45%) y en el adulto mayor en 16 (22.53%). El grupo adulto joven presento un índice de sarcopenia de 9.1 ± 1.06 , y masa muscular de 24.7 ± 4.9 kg, el grupo adulto maduro índice de sarcopenia de 9.1 ± 0.89 y masa muscular de 22.9 ± 3.5 Kg, y el grupo adulto mayor índice de sarcopenia de 9.2 ± 0.78 y masa muscular de 21.98 ± 3.4 Kg No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el índice de sarcopenia entre los grupos etarios ($p = 0.98$), aunque si en la cantidad de músculo en kilogramos ($p = 0.011$). **Conclusión:** Si bien la población de adultos mayores es la que presenta mayor prevalencia de sarcopenia, es interesante

encontrar en los adultos jóvenes una prevalencia mayor de sarcopenia que en el adulto maduro, probablemente debido a la vida sedentaria en la actualidad. Al ser la sarcopenia un indicador de fragilidad se resalta la importancia de evaluar a la masa muscular por métodos no invasivos como lo es la impedancia para evitar un aumento en la incidencia de sarcopenia durante la vejez y de esta manera evitar una disminución de la funcionalidad. **Palabras clave:** sarcopenia, adulto joven, adulto maduro, adulto mayor, grupos etarios.

Folio: 0305

Tema: Neurología

Infarto cardiocerebral sincrónico tratado con trombectomía y fibrinólisis intraarterial cerebral y angioplastia coronaria con colocación de stent medicado

Plata Juan Carlos¹, Lara Beatriz², Ceron José Aurelio¹

¹ Hospital General Zona Sur Puebla; ² Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Antecedentes: El infarto agudo al miocardio (IAM) y el evento vascular cerebral (EVC) representan las principales causas de muerte en todo el mundo. El término Infarto cardiocerebral (ICC) describe la aparición simultánea de EVC e IAM. El manejo agudo de ambas condiciones está bien documentado en la literatura, sin embargo, el manejo de una



presentación simultánea de EVC e IAM no está claro. **Objetivo:** Analizar la información que se tiene sobre los diferentes abordajes terapéuticos del infarto cardiocerebral y comentar los resultados obtenidos con el doble abordaje percutáneo. **Caso clínico:** Masculino de 46 años de edad, refiere como antecedentes personales de relevancia padecer Diabetes tipo II de 10 años de evolución, en tratamiento con metformina e insulina glargina, obesidad mórbida de 112 kg con un IMC de 43 kg/m², ingresa presentando hemiparesia fasciocorporal izquierda y babilinski izquierdo positivo, se diagnóstica por clínica y TAC de EVC isquémico de arteria cerebral media derecha, posteriormente se realiza RM de cráneo corroborándose un estado agudo debido a que presentaba un mismatch DWI-FLAIR, al realizar electrocardiograma se diagnostica también de IAM con elevación del ST de cara inferior, debido a contar con una ventana terapéutica de 6 horas se decide el manejo intervencionista de ambas patologías, se realiza angiografía cerebral con trombectomía de arteria cerebral media derecha y coronariografía con angioplastia y colocación de STENT en arteria coronaria derecha. **Resultados:** El paciente egresa al 3er día, con un Rankin modificado de 2 y de 1 a los 15 días del egreso, el ecocardiograma de control a los 15 días muestra FEVI de 65%, sin

HAP ni alteraciones valvulares. **Conclusiones:** Se concluye que un doble abordaje intervencionista representa una terapéutica con alto margen de efectividad cuando nos encontramos fuera de ventana terapéutica neurológica, llevando al paciente a una evolución favorable.

Palabras clave: infarto cardiocerebral, angioplastia coronaria, infarto agudo al miocardio, evento vascular cerebral, trombolisis, trombectomía.

Folio: 0306

Tema: Neurología

Síndrome de Opalski por lesión bulbar reporte de caso

Plata Juan Carlos¹, Plata Miguel Angel², Ceron José Aurelio¹

¹ Hospital General Zona Sur Puebla; ² Benemerita Universidad Autónoma de Puebla

Introducción: Entre los síndromes alternos del tallo cerebral se encuentra la variante de Opalski, su principal característica es la presencia de hemiparesia o hemiplejía ipsilateral a la lesión del bulbo raquídeo. La etiología es vascular en la mayoría de casos, por obstrucción de la arteria cerebelosa postero inferior (PICA), de los ostium de los vasos penetrantes que se originan de la misma o de la arteria vertebral. Clínicamente se debe hacer el diagnóstico diferencial con los otros síndromes de tallo como el síndrome de Wallenberg o el de Babinski Nageotte. **Caso clínico:** Masculino de 28 años,

inicia padecimiento posterior a torsión cervical forzada, presentando dificultad para la deglución, disartria, diplopía, náusea, vómito, vértigo, cefalea occipital pulsátil y hemiparesia izquierda, ptosis izquierda, nistagmo horizontal, hipoestesia facial izquierda y disfagia, es valorado por el servicio de neurología de nuestro hospital donde se integra un síndrome bulbar lateral variante Opalski, se realiza resonancia magnética T2 FLAIR axial y coronal, evidenciándose lesión bulbar dorsolateral izquierda con extensión caudal la cual corresponde al mismo síndrome, se inicia tratamiento anticoagulante, y terapia de rehabilitación, doce días después el paciente presenta mejoría progresiva de la fuerza muscular y de la deglución, se decide su alta sin mayores eventualidades. **Conclusión:** Una adecuada exploración neurológica, acompañada de estudios de imagen son esenciales para el diagnóstico del síndrome de Opalski. La principal característica del síndrome es la hemiparesia o hemiplejía ipsilateral al lado de la lesión, con lo cual se hace el diagnóstico de la variante respecto a la forma clásica del síndrome de Wallenberg. Si bien este síndrome es rara vez visto, es una condición clínica que puede llegar a comprometer la vida, se sugiere tener vigilancia estrecha y de ser posible un seguimiento en una unidad de ictus.

Palabras clave: síndrome de Opalski, síndrome bulbar lateral, síndrome de Wallenberg, Infarto cerebral, tallo cerebral, terapia anticoagulante.

Folio: 0307

Tema: Nefrología

Frecuencia de sobrecarga de hierro en pacientes adultos con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal

Banegas Noé¹, Flores Juan Antonio¹, Pazarín Héctor Leonardo¹, Vega Dante¹, Calvo Cesar Gonzalo¹, Robles Martín¹, Mendoza Pedro Alberto¹, Ramos Gabriel Arturo¹, Melendrez Carlos², Guzman Ma. Lourdes¹, Borrayo Cecilia¹, Vazquez José Oscar¹, Barron Edilberto¹, Miramontes Elvira¹, Tapia Ma. Teresa¹, Andrade Jorge¹, García Yessica¹

¹ Hospital Civil Nuevo de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca;

² Hospital Regional de Puerto Vallarta

Estudio realizado en base a la ausencia de medicina basada en evidencia sobre la asociación de sobrecarga de hierro y el número de transfusiones sanguíneas recibidas en pacientes con falla renal crónica sometidos a diálisis peritoneal continua ambulatoria. Cuenta con un diseño transversal, retrolectivo y descriptivo. Cálculo de tamaño muestral de 91 pacientes con nivel de significancia del 95% y precisión de 5%, en base a un total de 118 pacientes registrados en el censo hospitalario de nefrolo-

gía. El tiempo de evolución de la enfermedad con media de 30.13 meses. De estos el 45 % corresponde al sexo femenino y el 55 % al sexo masculino. Se calculó una edad media de 40.07 años en la muestra con desviación estándar de 17.50. Seis pacientes refieren consumo de cannabinoides siendo todos menores de 30 años. El consumo de tabaco se presentó en el 34% de la población con una media de índice tabáquico en 6.34 con desviación estándar de 18.55. El consumo de alcohol en la población con enfermedad renal crónica tiene una media de 7.87 gramos de alcohol con desviación estándar de 28.76. La hipertensión arterial sistémica se asocio en el 95% de la población. El uso de eritropoyetina así como hierro por vía oral en el 45% y 37% de los pacientes, respectivamente. Dentro de la valoración nutricional el 49.04% de los pacientes se encontró dentro de rangos de normalidad, el 2.73% presenta insuficiencia ponderal, 30.94% presentan sobrepeso y el 17.29% en algún grado de obesidad. El valor medio de hemoglobina se situó en 9.53 mg/dl con desviación estándar de 2.30. Se ha observado en otros estudios que los pacientes con transfusiones de forma crónica presentan sobrecarga de hierro generalmente posterior a la administración de 10 paquetes globulares, con alta probabilidad de obtener valores de ferritina sérica. Con el

registro obtenido se identificó un paciente con un valor mayor a 10 paquetes globulares presentando criterios de sobrecarga de hierro. El 48% de los pacientes en estudio recibieron más de una transfusión sanguínea desde su diagnóstico con una media de transfusiones en 1.64 paquetes globulares con desviación estándar de 2.08, se encontraron únicamente tres pacientes con valores de ferritina por arriba de 1000 ng/ml los cuales recibieron 4, 8 y 12 paquetes globulares respectivamente, uno de ellos asociado a uso de hierro vía oral y otro a eritropoyetina, en todos los casos con valores de urea por debajo de 100 mg/dl. Ocho pacientes se registraron con valores de IST mayor a 45% incluyendo los tres mencionados anteriormente. Por lo tanto la definición de sobrecarga de hierro solo se identifico en el 7.28 % de la muestra de la población considerando además que la mayoría de ellos no recibieron más de 10 transfusiones.

Palabras clave: hierro, transfusión, diálisis.

Folio: 0308

Tema: Oncología

Carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado que se presenta como enfermedad metastásica de primario no conocido

Hernández Isaac, Aburto Elsa, Arreola Rocío Lorena, Casanova Erika, Díaz Jorge Javier, Aguilar Juan Carlos, Degante Karen Itzel



¹ Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: Los tumores neuroendócrinos son una de las causas menos frecuentes de enfermedad metastásica de primario no conocido, con menos del 5% del total. La importancia de su identificación radica en la respuesta favorable al tratamiento específico, con tasas de respuesta de alrededor de 66%. **Objetivo:** Exponer la presentación clínica y estudio diagnóstico de un hombre de 68 años con carcinoma neuroendócrino pobremente diferenciado que se presenta como enfermedad metastásica de primario no conocido. **Exposición del caso:** Hombre de 68 años con antecedente de síndrome diarreico de 1 año de evolución y pérdida de peso no intencionada de 12% en 1 año. Al estudio mediante resonancia magnética con múltiples nódulos hepáticos sugestivos de malignidad. Realizamos biopsia hepática guiada, concluyendo carcinoma neuroendócrino pobremente diferenciado, Ki-67 con índice proliferativo 30%, TTF1 negativo y anticuerpo sinaptofisina positivo. PET-CT positivo para actividad tumoral hepática y en columna cervicodorsal, sin datos de actividad tumoral en otros órganos. Actualmente recibe segunda línea de tratamiento con quimioterapia y análogo de somatostatina. Mantiene estabilidad clínica

y funcional, con una puntuación ECOG 1 a 5 meses de su diagnóstico. **Conclusiones:** La disponibilidad de las pruebas de inmunohistoquímica en hospitales de referencia, es esencial para la clasificación adecuada y el inicio de tratamiento dirigido. En este caso permitió incrementar la probabilidad del paciente de obtener una respuesta favorable al tratamiento.

Palabras clave: neuroendocrino, metástasis, sinaptofisina.

Folio: 0309

Tema: Infectología

Tuberculosis peritoneal y embarazo: reporte de un caso

Gaxiola Ana Victoria, Dehesa Edgar, Tirado Gerardo, Irizar Sergio Saul

Hospital Civil de Culiacán/Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud

Introducción: La tuberculosis abdominal representa el 0.5% de los casos nuevos de tuberculosis y el 11% de los casos con una presentación extrapulmonar. Ésta puede adquirirse por la reactivación de una tuberculosis latente, la cual constituye la vía más frecuente o por ingestión de micobacterias. **Objetivo:** Dar a conocer el caso de tuberculosis peritoneal en una paciente embarazada.

Caso clínico: Paciente femenino de 21 años, trigesta con primera gestación hace 4 años, eutócico por vía vaginal y hace 3 años presentó un aborto.

Antecedente de consumir leche no pasteurizada en la niñez. Fue hospitalizada e ingresada a tococirugía por trabajo de parto de embarazo de 33 semanas de gestación y presentación pélvica, sin control prenatal durante el embarazo en nuestro hospital. Se le realizó cesárea tipo Kerr sin complicaciones con obtención de producto del sexo masculino, único, vivo, sano, el cual lloro y respiró al nacer. Sin embargo, durante la cirugía se observó el útero con aspecto engrosado y acartonado, así como la presencia de proceso inflamatorio reactivo en cavidad intrabdominal, múltiples natas de fibrina en toda la cavidad abdominal, con predominio en intestino delgado y útero, además de líquido peritoneal de aspecto amarillo-verdoso. El estudio citoquímico y citológico del líquido peritoneal reportó pH de 7.5, densidad: 1.020, glucosa: 32, proteínas totales: 6.8, DHL: 16 760, glóbulos blancos: 380, polimorfonucleas: 60%, mononucleas: 40%. La tinción de BAAR fue positiva ++ y la biopsia peritoneal reportó tejido fibroconectivo con inflamación crónica granulomatosa. El abordaje diagnóstico se complementó con una tomografía toracoabdominal en la cual se documentó la presencia de infiltrados pulmonares con patrón en árbol de gemación y engrosamiento peritoneal. Se integró el diagnóstico de tuberculosis

y se inició la fase intensiva del tratamiento antituberculoso a base de isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. La paciente actualmente se encuentra asintomática y en seguimiento por el servicio de epidemiología. **Discusión:** La tuberculosis en pacientes embarazadas no es infrecuente ya que se transmite de la misma manera que en la población general. El diagnóstico puede ser difícil ya que en la paciente embarazada la sintomatología puede ser menos llamativa o incluso asintomática sobre todo cuando se trata de tuberculosis peritoneal como en nuestro caso. El diagnóstico se realiza mediante biopsia peritoneal con una sensibilidad del 93% y especificidad de 96% y se caracteriza por engrosamiento peritoneal con o sin adherencias como presentaba nuestra paciente. **Conclusión:** La tuberculosis peritoneal habitualmente se manifiesta con sintomatología inespecífica, lo cual dificulta su diagnóstico y tratamiento. Es necesario una alta sospecha clínica, sobre todo en pacientes con estados de inmunosupresión como alcoholismo, infección por VIH, drogadicción y desnutrición, en los cuales esta presentación de tuberculosis extrapulmonar es más frecuente.

Palabras clave: tuberculosis peritoneal, embarazo, asintomática, engrosamiento peritoneal, cesarea, biopsia peritoneal.

Folio: 0310

Tema: Hematología

Hemoglobinuria paroxística nocturna en un hombre de 18 años

Cortés Fernando, Rivera Eduardo, Sánchez Carmen Alicia, Gay Paulina, Hermosillo Brenda Alejandra

Hospital Ángeles Mocol

Introducción: La hemoglobinuria paroxística nocturna es un padecimiento clonal adquirido del tejido hematopoyético, la incidencia se reporta en 1 a 10 casos por cada millón de habitantes, se distingue por la producción de células sanguíneas y precursores medulares que tienen una síntesis defectuosa del glucosilfosfatidil-inositol, secundaria a mutaciones del gen PIG-A, gen localizado en el brazo corto del cromosoma X y responsable de la síntesis de las moléculas de GPI. Las manifestaciones clínicas suelen relacionarse al sistema hematopoyético aunque puede llegar a encontrarse hipertensión pulmonar, insuficiencia renal, distonía de músculo liso, fatiga crónica y disfunción eréctil. La mayoría del tratamiento es sintomático y/o busca prevenir complicaciones, tras mayor conocimiento de la patogénesis han surgido nuevos tratamientos como el eculizumab anticuerpo que bloquea la fracción C5 del complemento. **Objetivo:** Revisión del tema hemoglobinuria paroxística nocturna, ya que

es poco frecuente, conocer los diferentes métodos diagnósticos y las nuevas terapias que se han implementado. **Exposición del caso:** Masculino de 17 años de edad, sin antecedentes de importancia, inició su padecimiento actual de 2 semanas de evolución con astenia, adinamia, náusea que llega al vómito de contenido gastroalimentario, se agrega ictericia en piel y escleras, así como coluria. Exploración física abdomen sin megalias, sin más datos de importancia. Laboratorios: BH Hb 10.1 Hto. 29.9 Pla. 140 000 Leu 12600 Neu 70% Linf 16%, Hepatitis A, B y C negativos, BUN 22.2 Creat. 0.85 Bilirrubina total 14.4 Directo 0.77 Indirecta 13.63 DHL 1295, Prueba de Coombs negativo, TORCH negativo, PCR 68.7, Retis 3.2 PCR 68.7 EGO: marrón, turbio, pH 7 densidad 1.020 Proteínas 237 cuerpos cetónicos 50 Hb +++++, bilirrubina 1 mg, urobilinógeno 4, Leucos 5-10, eritrocitos incontables, Perfil toxicológico negativo, USG abdominal: hígado y bazo tamaño, forma y situación habituales, riñones sin alteraciones, glucosa 6 fosfato deshidrogenasa en rangos normales, CMF para clona de HPN positiva. Ya que no cumplió criterios para uso de Eculizumab, inició tratamiento con metilprednisolona 500 mg IV en bolo, posteriormente 125 mg IV c/8 h durante 2 días, posteriormente continuó con prednisona 20 mg VO c/12 h,



4 días después con mejoría en los laboratorios con Bilirrubina total de 0.7 BD 0.32 BI 0.38 PCR 10.6 DHL 719. Y mejoría del estado clínico. Se dio de alta con seguimiento externo.

Conclusiones: La hemoglobiuria paroxística nocturna es una enfermedad rara, pero impacta en la calidad y esperanza de vida de los pacientes, es difícil realizar el diagnóstico sin embargo hay que tenerlo en mente cuando se estudie una ictericia, nuevos tratamientos específicos en cuanto a la fisiopatología han brindado mejores resultados.

Palabras clave: hemoglobiuria, paroxística, nocturna, ictericia, eculizumab, hematología.

Folio: 0311

Tema: Reumatología

Enfermedad pulmonar intersticial difusa como manifestación extraglandular de síndrome de Sjögren primario. Reporte de un caso

Jiménez José Omar, Ayala Ismael, Cornelio Ramón Dario, Amores Carlos Alberto, Solís José Gabriel, García Edgar Jesús, Bautista Andoreni Reyna

Centro Médico Nacional SXXI - Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda

El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad crónica, autoinmune, que afecta principalmente a las glándulas exocrinas lacrimales y salivares, sin embargo, puede

afectar órganos extraglandulares incluyendo pulmones, siendo la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) la manifestación más frecuente a este nivel. Presentamos el caso de una mujer de 38 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, que ingresó al servicio de medicina interna por cursar con aumento de volumen a nivel parotídeo bilateral, referida de su hospital de zona por parotiditis. A su ingreso documentándose parotiditis bilateral, además con antecedente de poliartalgias y flogosis de predominio en codos y rodillas; xeroftalmia, xerostomía desde hace un año y tos seca desde hace dos años. Al examen físico destacaban conjuntivas hiperémicas, cavidad oral seca, campos pulmonares con crépitos bilaterales, codos y rodillas con flogosis. Exámenes de laboratorio iniciales sin alteraciones. Se realizó TACAR documentando múltiples quistes pulmonares asociados a bronquiectasias pulmonares, nódulos subpleurales sugierentes de EPID, además USG parotídeo con parotiditis bilateral. Por cuadro clínico se sospechó de síndrome de Sjögren (SS), solicitando valoración por oftalmología y se solicitaron inmunológicos. La evaluación oftalmológica informó ojo seco moderado bilateral con test de Schirmer 1/8 mm y con erosiones corneales difusas. Resultados de inmunológicos reportando Anti-Ro y Anti-La positivos. Se realizó biopsia

de glándulas salivales menores reportando sialoadenitis crónica atrófica acinar y fibrosis intersticial sugerente de SS. Con base al cuadro clínico y estudios auxiliares de gabinete se estableció diagnóstico de SS primario con afección pulmonar por lo que se inició tratamiento con prednisona, cloroquina, azatioprina. La paciente tras doce días de tratamiento evolucionó de manera favorable, con remisión de la sintomatología y con posterior egreso y seguimiento por consulta externa.

Palabras clave: reumatología, Sjögren, anticuerpos, neumopatía, sicca, parotiditis.

Folio: 0314

Tema: Hematología

Linfoma no Hodgkin tipo Burkitt esporádico primario de peritoneo. Reporte de un caso

Aguilera Dulce Nohemí, Amador Lauro Fabián, Sánchez Ma. de Lourdes, Salas Jesús Emmanuel, Pérez Eduardo, Marín Héctor

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Introducción: La incidencia mundial del linfoma de Burkitt (LB) es difícil de evaluar, ya que la recopilación de datos epidemiológicos exactos no es posible en países en desarrollo con la mayor incidencia aparente. Se subdivide en 3 distintos subtipos epidemiológicos: endémico, esporádico, y el relacionado a inmunodeficiencia.

El endémico se limita principalmente al África ecuatorial, el esporádico comprende el 30% de los linfomas pediátricos y < 1% de los linfomas no Hodgkin (LNH) en adultos, mientras que la variante relacionada a inmunodeficiencia se observa en pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana que desarrollan síndrome de inmunodeficiencia adquirida y en menor proporción en receptores de trasplantes de órganos.

Caso clínico: Primigesta de 22 años de edad que inicia a las 24 semanas de gestación con aumento del perímetro abdominal mayor al esperado, sin embargo, con embarazo aparentemente normoevolutivo hasta el parto, donde se decidió realizar cesárea por desproporción cefalo pélvica, no contamos con reporte de hallazgos transquirúrgicos. Durante el puerperio continuó con aumento del perímetro abdominal, se agregó disnea progresiva hasta el reposo, diaforesis nocturna, fiebre no cuantificada y fatiga. Acudió a valoración donde se documentó ascitis, y derrame pleural bilateral, realizándose tomografía axial computarizada de abdomen, en la que se corroboran los mismos y se documenta engrosamiento del epiplón mayor. Ante la evolución, cincuenta días posteriores al parto, se lleva a cabo laparotomía diagnóstica, encontrando múltiples implantes de aspecto granulomatoso, se realiza toma de biopsia, cuyo reporte histopatológico e

inmunohistoquímica establecen el diagnóstico de LNH de células B tipo Burkitt de peritoneo. Complicada con choque séptico secundario a peritonitis bacteriana asociada, así como síndrome de lisis tumoral espontáneo, se inicia manejo concomitante con esquema de quimioterapia a base de HyperCVAD y rituximab, con adecuada respuesta clínica.

Conclusiones: Aproximadamente la mitad de todos los pacientes con LB esporádico son menores de 35 años, con una edad media de 30 años, y un tercio pertenece al subconjunto de adolescentes y adultos jóvenes, como es el caso de nuestra paciente. El LB es una neoplasia agresiva de células B, que muestra características clínicas y diagnósticas muy particulares, su sello biológico es una translocación que implica genes de inmunoglobulinas y c-MYC. Es altamente receptivo a esquemas de quimioterapia intensivos, que incluyen el anticuerpo monoclonal anti-CD20 rituximab, logrando una tasa de curación promedio de aproximadamente el 90% independientemente de la etapa clínica, que es el mejor resultado posible en cualquier malignidad linfoide.

Palabras clave: linfoma, Burkitt, esporádico, peritoneo.

Folio: 0315

Tema: Otros

Preferencias al final de la vida de adultos mayores profesionis-

tas en una institución al norte de México

*Galván Verónica Alejandra,
Zertuche Tania*
Tecnológico de Monterrey

Introducción: El término de cuidados al final de la vida es poco conocido y discutido en nuestra sociedad; para poder realizar un programa, es importante conocer las preferencias ante diferentes situaciones y si han sido discutidas previamente. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal a través de una encuesta sobre planeación anticipada a 53 adultos mayores de 60 años ex profesores universitarios de diferentes disciplinas. El objetivo del estudio es valorar las preferencias acerca del cuidado al final de la vida. **Resultados y conclusiones:** Se realizaron 53 encuestas. El promedio de edad fue de 71.4 años, de los cuales 46% fueron mujeres y 54% hombres. En cuanto a su religión 71.7% (38) son católicos. El promedio de hijos fue de 3 y el 52.8% (28) refirieron haber hablado previamente con su familia a cerca de sus deseos al final de la vida. Con respecto al perfil de toma de decisiones terapéuticas, el 43.4% (23) le gusta compartir la responsabilidad junto con el médico. El 49.1% (26) considera su salud como “muy buena” el 26.4% (14) como “buena”. Al preguntar sobre las preferencias ante una situación de terminalidad (coma o enfermedad incurable), El 71.7% (38)



no se realizaría resucitación cardiopulmonar; 79.2% (42) No accedería a la intubación orotraqueal; 77.4% (41) no estaría a favor de colocación de una sonda de alimentación. Y al cuestionarse de manera general sobre el enfoque de tratamiento en el 84.9% (45) prefería aliviar el dolor y 13.2% (7) extender la vida. Aunque el 94.3% (50) no ha estado hospitalizado en los últimos 6 meses, el 84.9% (45) no ha hablado con su médico de cabecera sobre voluntades anticipadas. En este grupo de adultos mayores sanos ante una situación hipotética de terminalidad, hay un predominio por optar medidas no invasivas y preferencia del confort; sin embargo la planeación anticipada, es un tema poco hablado con sus médicos. Se requiere un estudio más amplio para conocer si prevalece esta opinión en una población mayor.

Palabras clave: cuidados paliativos, geriatría, plan de cuidados avanzados.

Folio: 0316

Tema: Oncología

Crisis hipercalcémica secundaria a linfoma no Hodgkin.

Reporte de un caso

Molina Ignacio, González Hector Alejandro, Espinola Javier Alejandro, Neri Marcia Vianett, Valeriano Sahian Itzel, Gomez Ernesto, Arciga Montserrat
Hospital General de Manzanillo

Paciente masculino de 52 años de edad, sin antecedentes de

importancia médica. Inicio 1 mes previo con malestar general, pérdida de peso de más de 10 kg, sin fiebre, negó escalofríos o diaforesis, dolor en hipocondrio derecho, presento distensión abdominal 7 días previos a su ingreso asociado a náusea y vomito de contenido gástrico, postprandial. A su exploración física TA: 100/70, FC: 100x', FR 20x', T 36.3°C, Glasgow de 15 puntos, escleras tinte icterico, cuello con ganglios cervicales bilaterales, tórax con murmullo vesicular normal, sin estertores o sibilancias, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen con hepatomegalia 2 cm debajo del reborde costal, extremidades sin edema, atróficas, hipotónicas, fuerza muscular normal, llenado capilar 2 seg. Laboratorios Hto 24.8%, Hb 8.2gr/dL, VCM 92fl, HCM 30.5pg/cel, ferritina 1458ng/ml, transferrina 121mg/dL, plaquetas 303mil/ μ L, leucocitos 15.9 mil/ μ L neutrófilos 63%, linfocitos 23%, TP 18.3s, TPT 28.3s, INR 1.44, glucosa 105mg/dL, urea 151 mg/dL, creatinina 6.4 mg/dL, Cl 101 mEq/L, sodio 138 mEq/L, potasio 5 mEq/L, fósforo 7.5md/dL, calcio 13.2mg/dL, calcio corregido para la albúmina 14.4mg/dL, PTH normal, bilirrubina total de 2.3mg/dL, bilirrubina directa 0.9 mg/dL, bilirrubina indirecta de 1.4mg/dL, albúmina 2.5gr/dL, ALT 27 U/L, AST 30 U/L, VSG 42mm/h, PCR 2.1mg/L examen general de orina densidad 1.020, pH

5, ligeramente turbio, proteínas 100mg/dL, hemoglobina 50/Ul, nitritos negativos. Microscópico: leucocitos 18-20/campo, eritrocitos 45-50/campo, osmolaridad urinaria de 750, FENa 0.9% gasometría arterial pH 7.45, pCO₂ 26mmHg, HCO₃ 18mmol/L, EB -5.8mmol/L, Anion Gap 23, Δ/Δ 1.5 TAC simple y contrastada con ganglios mediastinales y retroperitoneales. Biopsia de ganglio reporta linfoma no Hodgkin de células pequeñas bien diferenciado linfocítico B plasmocitoide.

Palabras clave: hipercalcemia, linfoma no Hodgkin, lesión renal aguda.

Folio: 0317

Tema: Dermatología

Penfigoide ampolloso secundario a utilización de nuevos hipoglucemiantes

Hermosillo Brenda Alejandra¹, Chavira Jaime Alberto², Gay Paulina Mariel¹, Hierro Sagrario², Ungson Mariana Guadalupe¹, Ramírez Karen Montserrat¹, Prado Pamela Michelle¹

¹ Hospital Ángeles Mocol; ² Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Antecedentes: El penfigoide ampolloso (PA) es la enfermedad ampollosa autoinmune más frecuente en el mundo occidental, con incidencia de 10 casos/millón, cursa con ampollas subepidérmicas, con depósitos lineales C3 e IgG

en membrana basal. La etiopatogenia es inmunológica con presencia de anticuerpos vs proteínas de hemidesmosomas de queratinocitos; también inflamatoria, con polimorfonucleares y enzimas proteolíticas. **Cuadro clínico:** Femenino, 70 años, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de larga evolución, en tratamiento con insulina y reciente inicio (8 meses previos) de metformina/linagliptina. Inicia 6 meses previos con debilidad, astenia adinamia y dermatosis compuesta por ampollas, que al romper dejan costras hemáticas, acompaña prurito. Acudió a varios centros médicos, con tratamientos múltiples, sin mejoría. Durante internamiento: biopsia e inmunofluorescencia compatibles con PA. Suspensión antidiabéticos orales, ajuste de esteroide: prednisona 70mg/día. Actualmente con 40mg sin recaídas. Biopsia de piel: ampolla subepidérmica con infiltrado inflamatorio eosinófilo, con escasos neutrófilos, compatible con PA. **Discusión:** El PA es una rara enfermedad autoinmune que se ha asociado con distintos fármacos. Existe un aumento de la prevalencia de DM2 en pacientes diagnosticados con PA después de 2007. Los inhibidores DPP4, aprobados en 2007 son antihiper glucémicos y pueden inducir el PA. El uso de inhibidores DPP-4, en específico vildagliptina y linagliptina,

es un factor de riesgo para desarrollar PA, con una temporalidad de 2-37 meses del inicio y manifestación de PA, con evidenciada de mejoría al suspenderlos. Conclusiones Atención a pacientes en tratamiento con inhibidores DPP4 e inicio de lesiones ampollosas y prurito. Existe un vínculo entre los inhibidores DPP4 y el desarrollo de PA. El mecanismo es desconocido pero se cree es multifactorial e involucra aspectos genéticos e inmunológicos. Se requieren más estudios para conocer la relación exacta.

Palabras clave: penfigoide, ampollosa, dipeptidilpeptidasa, linagliptina, hemidesmosoma.

Folio: 0318

Tema: Nefrología

Parálisis hipocalémica aguda: acidosis tubular renal-nefrocalcinosis. Reporte de un caso

Chavez Irma Corina, Velazco Estefania, Morales Roberto Carlos, Gomez Ernesto, Arciga Montserrat, Garcia Diego de Jesus, López Socorro

Hospital General Manzanillo

Femenino de 32 años, sin antecedentes de importancia médica. Inicio su padecimiento 36 horas con debilidad progresiva en extremidades inferiores la cual llegó a la limitación de la deambulacion, posteriormente fue ascendente hacia las extremidades superiores, empeorando el cuadro clínico hasta la postración. Valora-

ción inicial: TA 109/62mmHg, FC 114x', FR 25x', T 36.4°C, Glasgow 15 puntos, cuello sin ingurgitación yugular, tórax sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, abdomen asigmológico, extremidades simétricas, fuerza muscular en extremidades superiores 3/5, extremidades inferiores 1/5 en escala de Daniels, Babinsky negativo, reflejos osteotendinosos +, sin fasciculaciones o atrofia muscular. Laboratorios iniciales HB 13.2gr/dL, Leucocitos 18mil/ μ L, Plaquetas 327mil/ μ L, Urea 29mg/dL, Creatinina 1mg/dL, Glucosa 126mg/dL, Potasio 2mmol/L, Sodio 147mmol/L, Magnesio 2.8mg/dL, Cloro 115mmol/L, Calcio 12.7mg/dL, Fosforo 1.8mg/dL, PTH 8.64pg/mL, Albúmina 3.5gr/dL Gasometría Arterial pH 7.31, pCO₂ 17mmHg, pO₂ 94 mmHg, HCO₃ 8.6mmol/L, EB -17.6mmol/L, SatO₂ 99%, Lactato 0.8mmol/L, Anión Gap 25, Δ/Δ 0.8, Electrolitos urinarios toma única UNa 82mmol, UK 20mmol, UCl 83mmol, Anión Gap Urinario 19mmol, UCa 244mg/24hrs, UNa 816mmol/24hrs, UK 45mmol/24hrs, GGTK 31.6, SIDa 48.7, EGO Densidad 1.005, pH 7, Proteínas 30 mg/dL, Cetonas negativo, Hemoglobina 50/uL, Leucocitos negativo, Nitritos negativos. Anticuerpos antinucleares y anti RO negativos. EKG muestra ritmo sinusal FC 115, QRS normal con descenso del segmento ST e inversión de la onda T USG Renal muestra ta-



maño derecho 118X57X59mm, izquierdo 116X57X67mm, aumento en la ecogenicidad en halo de las pirámides renales de aspecto difuso y de manera bilateral sin sombra acústica.

Palabras clave: hipocalcemia, acidosis tubular renal, nefrocalcinosis.

Folio: 0319

Tema: Reumatología

Un paciente con síndrome de Shulman

Treviño Francisco¹, Sánchez Ernesto², Arbeu Marlene¹, Valdín Tania Isabel¹, Montiel José Sabino¹, Martínez Alberto David³

¹ Hospital Universitario de Puebla; ² Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; ³ Hospital San José Tec Monterrey

Introducción: La fascitis eosinofílica, también llamada síndrome de Shulman, es una enfermedad rara del tejido conectivo con etiología y patogénesis inciertas. Está clasificada como un síndrome esclerodermiforme. Se caracteriza por induración progresiva y engrosamiento de la piel y tejidos blandos de las extremidades y tronco, puede ser localizada o difusa, con rara afección visceral. Los hallazgos de laboratorio más frecuentes incluyen eosinofilia, hipergammaglobulinemia y aumento de la velocidad de sedimentación globular. El diagnóstico se integra con los hallazgos clínicos, de laboratorio e histopatológicos. La base del tratamiento la

forman los esteroides. **Objetivo:** Difundir la presentación clásica de una rara enfermedad reumatológica. **Caso clínico:** Varón de 21 años con antecedente de polineuropatía e hipotiroidismo en tratamiento, sin otros datos relevantes. Empezó su padecimiento actual hace 3 años con debilidad gradual de extremidades inferiores, inicialmente proximal y posteriormente distal. Después se involucraron miembros torácicos, se agregó rigidez que mejoraba con la movilización y bradicinesia insidiosa. En el último semestre se intensificó la sintomatología con rigidez y debilidad en manos, dolor plantar e insomnio. Adicionalmente presentó pérdida ponderal no intencional de 10 kg por lo cual se le diagnosticó artritis reumatoide y recibió tratamiento con prednisona a baja dosis y cloroquina, sin respuesta al mismo. Al acudir a consulta externa, se encontró rigidez en muñecas, manos y tobillos, limitación articular de hombro, codo, cadera y rodillas, piel de naranja, dura y acartonada, tendones rígidos, fuerza global 4/5, ROTs 2/4 y sensibilidad intacta. Característicamente se observaron depresiones lineales a lo largo del trayecto de la vena safena mayor en ambas piernas (signo de la ranura). En sus paraclínicos se hallaron: ANA 145.2, eosinofilia de 2'730/ μ L (39%) y VSG 28 mm/h; el resto de estudios resultaron negativos e incluyeron perfil tiroideo,

PFH, panel viral, toxoplasma, Epstein-Barr, VDRL, anticuerpos antifosfolípidos, anti-centrómero, anti Scl70, anti péptido cíclico citrulinado, anti-Smith, IgG e IgM anti-cardiolipinas y anti DNA. La biopsia de músculo y tejido celular subcutáneo reportó tejido músculo-adiposo con congestión vascular, engrosamiento de la fascia y leve infiltrado inflamatorio crónico. Tras los resultados se integró el diagnóstico de fascitis eosinofílica y se inició tratamiento con prednisona 50 mg/día, ciclosporina y complejo B. Meses después el paciente mostró adecuada respuesta y se le encontró con mejoría de la movilidad, fuerza muscular y funcionalidad general; con disminución de la paquidermia y del dolor plantar. **Discusión y conclusiones:** Este paciente constituyó un reto diagnóstico. Al paciente lo había abordado neurología, ortopedia y dermatología en múltiples ocasiones, sin un diagnóstico claro. Después de meses, con el apoyo clínico, paraclínico y la evolución de la enfermedad, se integró por exclusión el diagnóstico de síndrome de Shulman. Los pilares para el diagnóstico fueron la biopsia, la eosinofilia, la piel de naranja, el signo de la ranura y la debilidad. Así se cumplieron 2 criterios mayores y 3 menores. En este caso, un probable factor desencadenante pudo haber sido el hipotiroidismo. El diagnóstico diferencial incluyó polimiositis, esclero-

dermia sistémica y localizada, escleredema, escleromixedema y síndrome de mialgia-eosinofilia, principalmente.

Palabras clave: Shulman, síndrome, fascitis, eosinofilia.

Folio: 0320

Tema: Misceláneos

Estudio observacional en un hospital de tercer nivel para predecir falla orgánica en sepsis y choque séptico

Treviño Francisco¹, Valdin Tania Isabel¹, Arbeu Marlene¹, Martínez Alberto David², Montiel José Sabino¹

¹ Hospital Universitario de Puebla; ² Hospital San José Tec de Monterrey

Introducción: La sepsis es uno de los síndromes más antiguos y elusivos en medicina, a pesar de que el término se acuñó en las últimas décadas. Su mortalidad global estimada es del 30% y en casos de choque séptico llega hasta el 50%. Hace tan sólo 30 años la mortalidad de este padecimiento era superior al 80%, por lo que se han hecho evidentes algunos avances para disminuirla, sin embargo hoy continúa siendo inaceptablemente alta. En México la sepsis representa el 27.3% de ingresos a la UCI por lo que es un problema altamente prevalente para el cual urge encontrar una solución que disminuya su frecuencia y mortalidad y aumente su detección temprana. Este trabajo pretende contribuir a encontrar una herramienta

que ayude a predecir el riesgo de falla orgánica durante la hospitalización en cuidados intensivos. Esto a su vez permitirá aplicar medidas profilácticas en aquellos pacientes con alto riesgo de desarrollar falla orgánica.

Objetivo: Determinar si existe correlación entre el lactato inicial y el riesgo de desarrollar falla orgánica a los cinco días de hospitalización en UCI, en sepsis y choque séptico. Determinar el nivel de lactato a partir del cual existe mayor riesgo de desarrollar falla orgánica en dichos pacientes. **Material y métodos:** Estudio observacional, longitudinal, ambilectivo y unicéntrico, realizado entre Enero del 2012 y Diciembre del 2017 en la UCI del Hospital Universitario de Puebla. El tamaño de muestra calculado fue de 46. Este cálculo toma en cuenta el tamaño de población de 87, con un margen de error del 10% y un nivel de confianza del 95%. Criterios de inclusión: Paciente mayor de 18 años, hospitalizado en UCI con diagnóstico de sepsis o choque séptico. Criterio de exclusión: Estar participando en otro estudio experimental al momento de su ingreso a UCI. Criterios de eliminación: Egreso de UCI antes de cumplir cinco días de hospitalización, expedientes con información insuficiente para calcular SOFA o sin lactato inicial. Se realizaron las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Rho de Spearman para correlación. Se hicieron com-

paraciones no paramétricas con la prueba U de Mann Whitney. Se compararon variables con X^2 y se realizó una regresión logística para choque séptico.

Resultados: Se estudiaron 46 pacientes con una edad mediana de 66,5 años. La muestra obtenida no fue de distribución normal. En las pruebas T de student y U de Mann-Whitney no se encontraron diferencias significativas entre las variables. Se encontró una letalidad por sepsis del 9% y del 8.3% en choque séptico. La mediana de los niveles iniciales de lactato fue de 2.88 mMol/L. La correlación entre la SOFA y los niveles iniciales de lactato fue no significativa con una $Rho = 0,14$. La regresión logística para choque séptico evidenció como factores protectores la SOFA al día 0 (OR = 0,45; IC 95% [0,25 – 0,81], $p = 0,008$) y la Δ SOFA (OR = 2,15; IC 95% [1,28 – 3,60], $p = 0,004$) y como factor de riesgo la SOFA al día 5 (OR = 2,14; IC 95% [1,27 – 3,60], $p = 0,004$). Todas las pruebas se hicieron con el paquete SPSS.

Discusión: La letalidad tan inusualmente baja pudo deberse a que los pacientes que egresaron antes de cumplir cinco días hospitalizados en UCI, tanto por mortalidad como por otras causas, fueron eliminados del estudio y varios pacientes fallecieron antes del día 5. En el 69.5% de los casos, la sepsis provino de foco abdominal, que es distinto de lo descrito en la literatura internacional, donde



suele predominar el foco pulmonar en el 68% de los pacientes. Esto podría deberse a que en esta UCI la mayoría de los pacientes provienen del servicio de cirugía general. **Conclusiones:** Los niveles iniciales de lactato no tuvieron correlación estadística con la letalidad intrahospitalaria ni con el riesgo de desarrollar falla orgánica a los cinco días de hospitalización en UCI.

Palabras clave: sepsis, choque, séptico, lactato, SOFA, falla orgánica.

Folio: 0321

Tema: Hematología

Efecto Warburg, debut en el diagnóstico de linfoma gástrico, reporte de un caso

De La Fuente Claudia Hazzel
Nuevo Sanatorio Durango

Masculino de 76 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de 30 años de diagnóstico, en tratamiento con sitagliptina y metformina, suspendidos un mes previo a su ingreso por presentar hipoglucemias de repetición, acompañado de diaforesis nocturna, debilidad generalizada, astenia, hiporexia y pérdida ponderal significativa, motivo por lo que acudió a urgencias el 27/05/18, a su ingreso signos vitales dentro de parámetros adecuados, DxTx 63 mg/dl, diaforético, estado neurológico íntegro, laboratorios con leucocitosis, EGO patológico, hipoglucemia central y lesión renal crónica agudizada AKIN II,

TFG 23 ml/min/1.73m CKD EPI, hiperkalemia, hipercalcemia, hiperfosfatemia, acidosis láctica, pruebas de funcionamiento hepático con patrón infiltrativo, por lo que se inició protocolo de estudio. Se inició manejo con solución glucosada al 20%, a pesar de ésta medida, continuó con episodios de hipoglucemia, se inicio protocolo de estudio de hipoglucemia, se descartó tóxicos como hipoglucemiantes orales, insulina o ingesta de alcohol, se inició manejo con terapia antimicrobiana para tratar infección de vías urinarias y descartar que el foco séptico explicara la hipoglucemia, se descartó deficiencia hormonal con cortisol 19 en valores normales. Para descartar causas de Hiperinsulinismo endógeno, se solicitó valoración por Endocrinología quien realizó la prueba de ayuno de 72 hrs y solicitó péptido C, insulina, proinsulina, anticuerpos antiinsulina, con los resultados anteriores se descartó Insulinoma, tumor neuroendocrino. A pesar del manejo con soluciones glucosadas al 20% el paciente continuó con eventos de hipoglucemia por lo que se inicio manejo con esteroide, presentando mejoría parcial. Debido a la hipercalcemia e hiperfosfatemia, PTH disminuida, se descartó hiperparatiroidismo primario, no contamos con PTH rp, se solicitó 1-25 vitamina D el cual se reportó elevado, con posibilidad diagnóstica para linfoma, o enfermedad granulomatosa. Debido a que

el paciente presentó en la Tele de tórax a su ingreso derrame pleural derecho, se solicitó TAC simple de tórax donde se evidencio engrosamiento pleural de hemitórax derecho, nódulos pulmonares y derrame, se realizó toracocentesis, con criterios de Light de exudado, se solicitó PPD, ADA, BAAR, PCR *Mycobacterium tuberculosis* y tinción, descartando tuberculosis. Por las pruebas de funcionamiento hepático con patrón infiltrativo, se realizó ultrasonido de hepatobiliar donde se apreciaron lesiones hepáticas compatibles con probables metástasis, se solicitó TAC de abdomen contrastada posteriormente, para definir mejor dichas lesiones, y se reportó además engrosamiento difuso de la pared gástrica y engrosamiento de la pared de colón derecho que disminuía la luz intestinal, así como carcinomatosis peritoneal. Por lo anterior, se realizó panendoscopia donde se evidenciaron lesiones sospechosas de malignidad, se realizó biopsia gástrica y duodenal y se reportó infiltración por linfoma No Hodgkin de células grandes B, se solicitó valoración por Hematología quien solicitó inmunohistoquímica para decidir de acuerdo a los resultados el tratamiento. La presencia de hipoglucemias puede ser explicada por el efecto Warburg, lo que explica que las células tumorales cambian su maquinaria metabólica hacia un estado glicolítico, con producción de

lactato concomitante por las células neoplásicas. El paciente presentó datos compatibles con Neumonía intrahospitalaria el día 07 06 18, por lo que se escaló el esquema antimicrobiano, con mala respuesta al mismo, el día 09 06 18, con datos de choque séptico, con formato de voluntad anticipada firmado por familiares para evitar maniobras invasivas, presentó Insuficiencia respiratoria aguda y muerte ese mismo día. Los diagnósticos de egreso fueron: Linfoma gástrico no Hodgkin de células grandes B con metástasis: hepáticas, peritoneales, nódulos pulmonares asociado a efecto Warburg. Derrame pleural derecho con engrosamiento pleural ipsilateral.

Palabras clave: efecto Warburg, linfoma gástrico, acidosis láctica, hipoglicemia.

Folio: 0322

Tema: Epidemiología

Proporción de casos positivos en pruebas rápidas de VIH en adultos con alcoholismo y drogadicción de un centro de rehabilitación del estado de Yucatán

Guillermo Juan Pablo, Pech Claudio Hiram, Peniche Adriana, Canto Juan Pablo, Cáceres José Luis, Sanabrais María José, Méndez Nina Isabel
Universidad Marista de Mérida.
Escuela de Ciencias de la Salud

Introducción: La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) representa

un problema de salud pública en México. En el estado de Yucatán existen un total de 3,021 casos registrados como seropositivos a VIH y una tasa de casos nuevos del 2.9 %, siendo el segundo lugar de incidencia en el país. El consumo de alcohol y drogas son considerados factores de riesgo para la transmisión del VIH; sin embargo, existen pocos estudios realizados en Yucatán enfocados en esta relación. **Objetivo:** Determinar la proporción de casos con reactividad positiva en pruebas rápidas de VIH en adultos de un centro de rehabilitación de alcoholismo y drogadicción.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional transversal en una población de 69 adultos internados en un centro de rehabilitación para alcoholismo y drogadicción del estado de Yucatán en marzo del 2017, de la cual se obtuvo una muestra no probabilística de 37 adultos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El procedimiento consistió en la realización de pruebas rápidas de VIH tipo Insti y la aplicación de un cuestionario validado sobre factores sociodemográficos y prácticas sexuales de riesgo. El análisis estadístico de los datos se realizó en el programa Excel mediante el cálculo de medidas de tendencia central. **Resultados:** De un total de 37 adultos, el 100 % fueron del sexo masculino con una media de edad

de 33 años. Se encontró que el 29.7% (11 adultos) consumían alcohol exclusivamente, el 24.3% (9 adultos) consumían drogas exclusivamente y 45.9% (17 adultos) consumían ambas sustancias. En relación a las prácticas sexuales de riesgo: el 54% (20 adultos) omitía el uso del preservativo, el 37.8 % (14 adultos) tenía parejas del mismo sexo, el 3.7% (10 adultos) tenía múltiples parejas sexuales, el 75.6% (28 adultos) practicaba más de un tipo de sexo, el 56.7% (21 adultos) practicaba relaciones sexuales bajo el efecto de drogas y el 37.8% (14 adultos) inició su vida sexual antes de los 15 años. La proporción de casos con reactividad positiva en pruebas rápidas de VIH fue del 0% (cero casos). **Conclusiones:** A pesar de la tasa de incidencia de VIH en la región y la presencia de alcoholismo y drogadicción como factores de riesgo, no se encontraron casos positivos en las pruebas rápidas de VIH; por lo tanto, no es posible comparar los resultados de este estudio con la proporción total de casos positivos de VIH de la población yucateca. No obstante, se observó que el 91.8% de esta población presenta al menos una práctica sexual de riesgo, siendo la más frecuente la práctica de más de un tipo de sexo.

Palabras clave: VIH, seroprevalencia de VIH, alcoholismo, abuso de drogas, conducta sexual.



Folio: 0323

Tema: Neurología

Índice de neutrófilos/linfocitos y plaquetas/linfocitos en esclerosis lateral amiotrófica

García Miguel Alexis¹, Cámara Carlos R¹, Fikir Mariana¹, Martínez Héctor Ramón², Escamilla César Eduardo²

¹ Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González; ² Instituto de Neurología y Neurocirugía Hospital Zambrano Hellion, Tecnológico de Monterrey

Antecedentes: Existe evidencia que sugiere que hay una respuesta inflamatoria anormal en la ELA, pero su precisa fisiopatología no se ha aclarado. Recientemente, algunos biomarcadores como el índice de neutrófilos/linfocitos (INL), y el índice plaquetas/linfocitos (IPL) se han asociado a inflamación y pronóstico en varias enfermedades infecciosas, inmunológicas y cardiovasculares. **Objetivos:** Determinar si el INL y el IPL son útiles como factores diagnósticos o pronósticos de ELA. **Métodos:** Estudio de cohortes. Se eligieron pacientes con diagnóstico de ELA establecido. Se incluyó un grupo de controles sanos (pareados por edad y sexo). A los pacientes con ELA se les tomó una biometría hemática basal así como una muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR) como estudios de escrutinio. Se estableció la severidad de la enfermedad usando el ALSFRS-R. Se calcularon los INL e IPL y se midieron concentraciones en LCR de reactantes

de fase aguda (IL-1, IL-6 y TNF-alfa). **Resultados:** Se incluyó a 62 pacientes con ELA, 65% sexo masculino y edad media 48.9 años (62 controles sanos, 62% sexo masculino y 46.5 años). La media de la ALSFRS-R fue de 29.8 puntos. Los niveles de IL-1, IL-6 y TNF-alfa en LCR fueron de 0.32 ± 0.2 , 5.4 ± 15.5 y 2.8 ± 2.9 pg/ml, respectivamente. No se encontró diferencia entre pacientes y controles en cuanto a leucocitos totales (7.3 ± 2 vs 7.3 ± 1.4 , $p=0.8$) o conteo plaquetario (263 ± 58 vs 256 ± 60 , $p=0.5$). El grupo de pacientes con ELA tuvo INL e IPL significativamente mayores que el grupo control (3.1 ± 2.3 vs 2.1 ± 0.6 , $p=0.001$ y 171 ± 137 vs 111 ± 36 , $p=0.001$, respectivamente). No se encontraron correlaciones significativas entre INL e IPL y valores de citoquinas inflamatorias de fase aguda en o ALSFRS-R. **Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que los pacientes con ELA tienen una des-regulación inmunológica sistémica, independiente de una respuesta inflamatoria intrínseca del sistema nervioso central.

Palabras clave: esclerosis lateral amiotrófica, neuroinflamación, ELA, índice neutrófilos/linfocitos, índice plaquetas/linfocitos, diagnóstico oportuno.

Folio: 0324

Tema: Infectología

Tétanos generalizado: reporte de caso en preescolar de 5 años con abandono familiar

Guillermo Juan Pablo¹, Sana-brais María José¹, Guillermo

Montserrat¹, Guillermo Mariana¹, Méndez Nina Isabel¹, Cómez Salvador²

¹ Universidad Marista de Mérida. Escuela de Ciencias de la Salud; ² Hospital General Dr. Agustín O'Horán

Introducción: El tétanos es una enfermedad infecciosa causada por la toxina del *Clostridium tetani*, adquirida a través de heridas por cuerpos extraños y caracterizada por espasmos musculares incontrolados. En Yucatán la tasa de incidencia de tétanos es baja (0.09%), reportándose en 2017 solamente dos casos, por lo que actualmente se ha convertido en una enfermedad de baja sospecha diagnóstica en la región; no obstante, la tasa de mortalidad sin tratamiento es del 50% y el pronóstico es grave. **Caso clínico:** Preescolar masculino de 5 años de edad, originario de comunidad rural de Yucatán, con antecedentes de un esquema de vacunación incompleto, abandono y violencia familiar, herida por cuerpo extraño en pie izquierdo y cuadro de infección de vías respiratorias superiores. Clínicamente se manifestó con trismus, opistótonos y espasmos musculares generalizados. Inicialmente manejado con relajantes musculares y esquema antibiótico con penicilina y claritromicina sin lograr mejoría clínica. Laboratorios: hemoglobina 12.1 g/dl, leucocitos 10.0, neutrófilos 29.1%, linfocitos 41.3%, mono-

citófilos 9.6%, eosinófilos 19.2%, basófilos 0.80%, plaquetas 356 000, EGO y urocultivo negativos, Enzimas musculares normales, Líquido cefaloraquídeo normal, TAC cráneo simple y contrastada con evidencia de cuerpo extraño en fosa nasal derecha, Resonancia magnética normal, Electroencefalograma normal. Es atendido por otorrinolaringología logrando extracción del cuerpo extraño. Debido a la mala evolución, se ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) en donde se integra el diagnóstico definitivo de tétanos, iniciando manejo con midazolam, toxoide tetánico, gammaglobulina antitetánica, esquema antibiótico a base de metronidazol, logrando mejoría clínica tras cuatro semanas de hospitalización. **Discusión y Conclusiones:** El paciente de este caso clínico presentó factores de riesgo y un cuadro clínico característicos de la enfermedad de tétanos, siendo el antecedente de violencia y abandono familiar un factor clave en la adquisición del resto de los factores de riesgo; no obstante, el diagnóstico se integró de forma tardía, empeorando la evolución y pronóstico clínicos. Sugerimos que en presencia de manifestaciones clínicas y falta de evidencia contundente acerca de la aplicación del esquema de vacunación, es preciso sospechar de *Clostridium tetani* como agente causal, más aún en niños con

antecedentes de abandono familiar.

Palabras clave: tétanos, *Clostridium tetani*, espasmo, trismo, gammaglobulina.

Folio: 0325

Tema: Endocrinología

Hiperaldosteronismo primario asociado a insuficiencia respiratoria y trastornos del ritmo por hipokalemia severa

Palacios María Guadalupe Iris, León Karolina, Arias Juan Carlos, Orozco Juliana Patricia, Valdes Juliana

Hospital General Dr. Gaudencio González Garza CMN La Raza

Mujer de 66 años de edad con antecedente de hipertensión arterial sistémica de 15 años en tratamiento con amlodipino 5 mg y metoprolol 50 mg cada 24 hrs, con cifras tensionales en metas. Negó toxicomanías, inmunizaciones recientes y alergias. Cuadro clínico de 1 mes de evolución, caracterizado por edema de miembros inferiores hasta tercio superior de las piernas, disnea de medianos esfuerzos, astenia, adinamia, tos emetizante y disneizante, tratada con diurético de asa sin obtener respuesta, un día previo a su ingreso cursa con disminución de la fuerza en miembros inferiores, somnolencia y cianosis peribucal, gasométricamente presenta alcalosis metabólica e hipoxemia (pH 7.67, pCO₂ 40 mmHg, pO₂ 32 mmHg,

Lac 1.8 mmol/L, HCO₃ 46.1 mmol/L), con progresivo deterioro neurológico y respiratorio, Escala de coma de Glasgow de 5 puntos e incremento de hipercapnia (pH 7.29, pCO₂ 78 mmHg, pO₂ 87 mmHg, Lac 11.5 mmol/L, HCO₃ 37.5 mmol/L) requiriendo manejo avanzado de la vía aérea, presenta trastornos del ritmo cardíaco con fibrilación ventricular y paro cardiorrespiratorio requiriendo maniobras de reanimación cardiovascular avanzada y desfibrilación con 200 Joules, presiones arteriales medias no perfusoras que ameritan apoyo vasopresor con noradrenalina, laboratorios con hipokalemia severa: K 1.39 mmol/L, resto Glu 131 mg/dL, Cl 88.6 mmo/L, Na 145 mmol/L, Creat 1.2 mg/dL, Urea 61.8 mg/dL. Evolución en servicio de Medicina Interna con fiebre de 38.5 °C, edema generalizado, tiroides palpable nodular, estertores en base de hemitórax derecho, lesión renal aguda AKIN III, examen general de orina con proceso infeccioso, se inicia manejo con carbapenémico presentando adecuada respuesta clínica, iniciando ventana neurológica y realizando extubación exitosa 7 días posterior a intubación. Ante persistencia de hipokalemia a pesar de reposición y alcalosis metabólica, como parte de su complementación diagnóstica se solicita perfil tiroideo (TSH 0.3 mcU/mL, T3T 0.6 ng/mL, T4 7.6 mcg/dL), niveles de electrolitos en orina



(Ca 4.2 mEq/L, K 43.48 mEq/L, Na 89 mEq/L), cortisol en orina (11.8 ug/dL) y determinación de aldosterona plasmática (previa suspensión de fármacos antihipertensivos tipo IECA, ARA II, antagonista de aldosterona, diurético de asa, betabloqueador y manteniendo niveles de potasio en rangos normales), demostrándose incremento de rangos séricos de Aldosterona 35.59 ng/dL y disminuidos de renina 0.56 ng/dL. Relación aldosterona/renina 140, PAC/PRA 49.7, prueba de supresión de aldosterona con carga salina: aldosterona 12.6 ng/dL, renina 0.5 mUI/ml, compatible con diagnóstico de hiperaldosteronismo primario. En estudio de imagen, mediante TAC abdominal con hallazgo de riñón derecho supernumerario y lesión adrenal ovoidea aproximadamente de 33x31x18 mm en relación a adenoma suprarrenal. Se continuó manejo antihipertensivo con calcioantagonista y espironolactona, con adecuada evolución clínica, normalización sérica de potasio, siendo aceptada para manejo quirúrgico por parte de urología.

Palabras clave: hipokalemia, hiperaldosteronismo, arritmia, diurético, adenoma, suprarrenal.

Folio: 0326

Tema: Hematología

Hombre de 56 años de edad con diarrea crónica por un linfoma intestinal de tipo T con

una variante poco común de células plasmáticas productoras de globulinas

De La Vega Frida Margarita¹, Zuluaga Lizeth Yohana¹, Ochoa Gerardo Javier²

¹ Universidad de Monterrey-Christus Muguerza Hospital Alta Especialidad; ² Christus Muguerza Hospital Alta Especialidad

Introducción: El tracto gastrointestinal es el sitio extranodal más frecuente de los linfomas, la mayoría tienen su origen en las células B. Los linfomas de células T periféricos corresponden el 15% de los linfomas primarios intestinales. Actualmente existen pocos casos en la literatura de desórdenes linfoproliferativos indolentes del tracto gastrointestinal y aunque es una entidad rara, es posible que se encuentre subdiagnosticada debido a que en ocasiones es difícil distinguirla de otras entidades como la enteropatía asociada al linfoma de células T tipo I y II, el esprue celiaco y la enfermedad inflamatorio intestinal, su diagnóstico certero tiene repercusiones terapéuticas ya que estas entidades tienen un pronóstico pobre y suelen requerir tratamientos agresivos que en el linfoma indolente de células T no son necesarias.

Descripción del caso: Hombre de 56 años de edad con antecedentes familiares de madre con HTA y DM2, abuelo con DM2 y Linfoma de Hodking, tía materna con cáncer de mama y

faringe, tío paterno con cáncer de próstata. Él sin antecedentes médicos de importancia que acude por diarrea crónica, inició su padecimiento hace 4 años al presentar de manera insidiosa aumento de la frecuencia de las evacuaciones en ocasiones líquida explosiva y en otras con escasa cantidad de sangre que posteriormente presenta aumento de la frecuencia de las heces hasta llegar a ser 19 diarias sin dolor abdominal, fiebre, náuseas o vómito asociados, después de ello sin poderlo precisar con exactitud comienza con esteatorrea y distensión abdominal. En 3 años no hay modificación del patrón evacuatorio y refiere una pérdida de 10 kilos. Acude a consulta en varias ocasiones, es tratado con ciprofloxacino con mejoría temporal. En el examen físico abdomen globoso a expensas de distensión abdominal, blando, no doloroso, peristálsis ligeramente aumentada, timpánico a la percusión. En los exámenes de laboratorio de ingreso: anemia normocítica normocrómica de 10.8 d/dl, resto sin alteraciones. Albúmina 2.9 g/dl, globulinas aumentadas en 6.2 g/dl. Coprológico: sin alteraciones. Por observar las globulinas aumentadas se le solicita cadena ligera kappa la cual se encontraba aumentada en 205.72, cadena ligera lambda libre también elevada en 121.10. Se realizó tomografía computarizada abdominal con contraste oral y transrectal que

mostró múltiples adenopatías en raíz mesentérica y engrosamiento de intestino delgado de predominio en yeyuno. Se decide hacer una laparoscopia diagnóstica donde se observan múltiples adenopatías mesentéricas mayores a 2 cm y área de yeyuno con engrosamiento aproximado de 4 cm. Se toman muestra de ganglio mesentérico y resección en cuña de espesor total de yeyuno. La biopsia del ganglio mesentérico y de yeyuno mostraron que el epitelio intestinal se encontraba preservado con un incremento de linfocitos intraepiteliales, la lámina propia muestra un infiltrado linfoide difuso el cual desplaza las criptas intestinales y un marcado infiltrado de células plasmáticas sin atipia. La inmunohistoquímica revela que este infiltrado linfocitario del intestino son positivas para CD3, CD5, CD4, negativas para CD56 y expresión aberrante de CD20, un fenómeno que es descrito en diferentes tipos de linfomas de células T. Una pequeña población de linfocitos T son CD3 positivos pero negativos para CD4 y CD8. La inmunohistoquímica para las cadenas kappa y lambda muestran que las células plasmáticas son polipáticas. Tomando todo esto en consideración se justifica el diagnóstico de un linfoma indolente de células T. **Conclusión:** Lo inusual en este caso es que se presentó con un infiltrado de células plasmáticas y una expresión aberrante de

CD20 que no se ha descrito en casos anteriores además que tiene relevancia clínica por que la alteración que fue más consistente en los estudios de laboratorio durante los 4 años que presentó de evolución fue el aumento de globulinas.

Palabras clave: diarrea crónica, adenopatías mesentéricas, hiperglobulinemia, linfoma intestinal tipo T, linfoma en yeyuno, linfoma indolente de células T con células plasmáticas.

Folio: 0327

Tema: Cardiología

Aneurisma gigante de la coronaria derecha: reporte de un caso

Palacios María Guadalupe Iris, Mejía María Isabel, Suárez Luis
Hospital General Dr. Gaudencio González Garza CMN La Raza

Los aneurismas coronarios gigantes son entidades clínicas raras de presentación clínica muy variable, se presenta el caso de mujer de 43 años de edad con antecedente de sedentarismo, dislipidemia mixta y obesidad, sin enfermedad cardiovascular. Cuadro clínico de 2 años de evolución con dorsalgia y palpitaciones intermitentes, con deterioro de su clase funcional 6 meses previos y 2 episodios de lipotimia. Sin datos relevantes a la exploración física. Electrocardiograma ritmo sinusal, datos de necrosis en cara inferior. Radiografía de tórax: corazón sin

datos de hipertrofia ventricular cardiaca, presencia de radiopacidad adyacente a ventrículo izquierdo, signo de la silueta positivo. Ecocardiograma transtorácico: ventrículo izquierdo dilatado con hipertrofia concéntrica leve, sin alteraciones en la contractilidad global ni segmentaria en reposo FEVI 63%, cavidades derechas dilatadas, TAPSE 15 mm, PSAP 45 mmHg. Imagen de masa probablemente extracardiaca de 63 x 50 mm. Resonancia magnética corazón-perfusión: Aneurisma gigante de la coronaria descendente posterior con trombo en su interior, dilatación y tortuosidad del resto de la CD. FEVI 53%, FEVD 35%. Angiotomografía coronaria: fístula de coronaria derecha a estructura aneurismática con trombo mural, vena media cardiaca que drena a seno coronario dilatado. Cateterismo cardiaco, con longitud de catéter insuficiente para abordaje, por presencia de trombo y riesgo de ser embolizado se decide corrección quirúrgica: coronaria derecha 14 mm de diámetro en todo su trayecto hacia aneurisma de 15x10 cm con trombo organizado en su interior, se realiza trombectomía y resección aneurismática con evolución satisfactoria. Los aneurismas de la arteria coronaria son dilataciones de 1.5-2 veces el diámetro de la luz adyacente, considerado gigante al superar 4 cm de diámetro. Tienen una incidencia de 0.02%,



pocos datos sobre la terapia médica óptima (evitar tromboembolismo) y tratamiento quirúrgico (ligadura, resección). **Palabras clave:** aneurisma, coronaria, angina, cardiomegalia, trombo.

Folio: 0328

Tema: Hematología

Histiocitosis maligna secundaria a leucemia mielomonocítica crónica

González Enrique, Del Cueto Angel Noe, Salazar Manuel Alejandro, Osorno Karen Lorena, Pezina Cesar Octavio, Villarreal Cesar Daniel

Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: La leucemia mielomonocítica crónica predomina en el género masculino con edad de 65-75 años; la afección cutánea es infrecuente y de mal pronóstico. En la histiocitosis maligna secundaria predominan las neoplasias hematológicas. **Caso clínico:** Masculino de 70 años con tabaquismo, DM2, HAS y cardiopatía isquémica. Inició hace tres meses con dermatosis diseminada a extremidades superiores caracterizada por placas eritematosas y úlceras dolorosas; refiere pérdida de peso no cuantificada, debilidad, disnea de medianos esfuerzos y ortopnea. Fue referido a dermatología tomándose biopsia de las lesiones; acudió a cita de seguimiento, encontrándose diaforético y disneico, por lo

que fue enviado a urgencias. A su llegada presentaba TA 100/70 mmHg, FC 82 lpm, FR 23 rpm, Temp. 37.3°C, SatO₂ 94% con 3lts O₂. En EF se encuentra dermatosis diseminada en espalda, tórax y en zonas foto-expuestas de antebrazos con tendencia a la simetría, polimorfía caracterizada por máculas y pápulas que confluyen en placas eritematosas y dolorosas de bordes definidos; campos pulmonares con crepitantes basales. Paraclínicos con bicitopenia, leucocitosis, neutrofilia, linfocitosis, monocitosis, basofilia (Hb 11.3, Wbc 40.3, Neu 28.8, Lym 3.48, Mono 5.9, Eos 0.73, Baso 5.8, Plt 88.1), BUN 23 mg/dl, Cr 1.2 mg/dl, DHL 220 UI/L, PCR 19.9 mg/dl. Frotis de sangre periférica con precursores mieloides circulantes y 1 monoblasto. Aspirado de médula ósea con relación mieloides:eritroide 6:1, displasia de serie mieloides, presencia de micromegacariocitos y 14% de blastos. Biopsia de piel con infiltrado reticulohistiocítico (S-100+, CD68+, CD1a-, CD3+, CD20-). Biopsia de médula ósea con leucemia aguda monoblástica (CD34+, CD1a-, Ki67+). FISH BCR/ABL-. En TAC de tórax se observa infiltrado reticular y engrosamiento septal; se realizó broncoscopia con toma de biopsias que reporta reticulohistiocitosis (CD163+ < 10%, TTF1-, CD68+, CD117-, CD34-). **Discusión:** La histiocitosis es un grupo de trastornos raros caracterizados por la acu-

mulación de células derivadas de macrófagos o células dendríticas. La clasificación de la Sociedad de Histiocitos divide esta entidad en 5 grupos: "L" (Langerhans) expresan CD1a, "C" (cutáneo y mucocutáneo) reticulohistiocitosis multicéntrica "coral bead" periungueales, "R" (Rosai-Dorfman) presenta S100 +, CD68+ y emperipolesis, "M" (Maligna) morfología anaplásica y positividad de CD68; y "H" (Hemofagocítica) fatal, hepato-esplenomegalia y ferritina elevada. La Histiocitosis maligna secundaria es una entidad que ocurre después o simultáneamente con otra neoplasia hematológica, dentro de las cuales destacan linfoma folicular, leucemia linfocítica, leucemia de células peludas, leucemia linfoblástica aguda y crónica, y algunos casos reportados secundarios a leucemia mielomonocítica crónica. Existe una variedad "histiocitoide" del Sd. de sweet (MPO +) que es difícil de distinguir de la leucemia cutis por el perfil inmunohistoquímico, sin embargo, esta última es más frecuente en la leucemia mieloblástica aguda y mielocítica crónica. Se integró el diagnóstico de Histiocitosis maligna secundaria a leucemia mielomonocítica crónica (monocitosis > 1 k/uL, FISH BCR/ABL negativo, < 20% blastos, displasias y/o monocitosis durante al menos 3 meses) iniciándose tratamiento con Hidroxicarbamida; no existe un tratamiento estándar,

pero puede incluir citarabina, etopósido e hidroxurea. La mediana de supervivencia se ha reportado en 12 meses, sin embargo, depende de muchos factores (anemia, porcentaje de blastos, leucocitosis, DHL elevada y trombocitopenia al inicio de la enfermedad).

Conclusiones: Al tratarse de una entidad infrecuente con involucro multisistémico la convierte en un verdadero reto, el cual amerita de un abordaje multidisciplinario para conseguir un diagnóstico definitivo y oportuno que sólo puede ser proporcionado por un médico internista; ya que cuenta con la capacidad de realizar un análisis clínico.

Palabras clave: histiocitosis, leucemia, mielomonocítica.

Folio: 0329

Tema: Oncología

Taponamiento cardíaco como manifestación inicial de cáncer cervicouterino: reporte de un caso y revisión de literatura

Rodríguez Yuridia Evangelina, Soto Blanca Angélica, Hernández David, Vidal Óscar

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: El cáncer de cérvix es la 2^o neoplasia más diagnosticada en las mujeres a nivel mundial, es la 3^o causa de muerte por cáncer en los países subdesarrollados y casi 1/3 de los pacientes que se presentan con enfermedad invasiva morirá por esta causa. Presentamos el

primer caso documentado de taponamiento cardíaco como manifestación inicial de cáncer de cérvix y revisión de la literatura. **Caso clínico:** Femenino de 35 años de edad, sin antecedentes médicos ni ginecológicos, inició su padecimiento hace 18 meses con presencia de edema de miembros inferiores bilateral y progresivo; se añade disnea de esfuerzo, disnea paroxística nocturna y ortopnea, por lo que acude a urgencias. A su ingreso presentó hipoxemia 80%, taquicardia sinusal, hipotensión arterial, síndrome de derrame pleural bilateral y disminución de ruidos cardíacos, diagnosticándose taponamiento cardíaco, realización de pericardiocentesis con drenaje de 500ml de contenido hemático y toracocentesis bilateral, con envío de citología siendo positiva para carcinoma metastásico. Al reinterrogatorio, refiere hemorragia uterina anormal intermitente, por lo que se realizó biopsia de cérvix con presencia de carcinoma escamoso de células grandes no queratinizante invasor y lesión intraepitelial de alto grado con presencia de condiloma, además de RMN sin evidencia de tumoración evidente y carcinomatosis peritoneal. La paciente se diagnostica como cáncer de cérvix espinocelular metastásico ECIVB, se decide quimioterapia con carboplatino y paclitaxel.

Discusión: La presencia de enfermedad metastásica a pericardio es una manifestación

inusual y aún más rara como presentación inicial (incidencia entre 1.2-7%) y su presencia confiere un mal pronóstico, con una sobrevida de 2-5 meses desde el momento del diagnóstico, siendo su mayoría post mortem. El diagnóstico precoz y el tratamiento rápido pueden al menos ser paliativo y potencialmente salvar la vida del paciente ante una emergencia cardíaca.

Palabras clave: taponamiento cardíaco, cáncer de cérvix, metástasis, pericardiocentesis, derrame pleural, carcinoma.

Folio: 0330

Tema: Reumatología

Síndrome de Guillain Barré como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico: reporte de caso

Llamas Brian Javier, Jiménez Jesus, Reyes Alejandra, Calderilla Laura Gabriela

Centro Médico ISSEMYM

El síndrome de Guillain Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía desmielinizante aguda, frecuentemente grave con un origen autoinmunitario, con una incidencia 0.6-4 casos por 100,000 habitantes a nivel mundial, afectando en misma proporción a hombres y mujeres, alrededor del 75% de los casos son precedidos por un proceso infeccioso previo algunas semanas antes, se manifiesta como un cuadro de parálisis motora arrefléxica de evolución rápida, con o sin alteraciones sensitivas con



una evolución en horas o días. El patrón más habitual es una parálisis ascendente. Hay una relación de polineuropatías de un 10-20% en lupus eritematoso sistémico (LES), sin embargo, la relación SGB y LES tiene una prevalencia de 0.6-1.7% de los casos, aunque es muy rara como manifestación inicial de lupus. Se presenta caso de paciente masculino, 27 años de edad sin antecedentes crónico degenerativos de importancia. Inicia dos meses antes, posterior a cuadro respiratorio agudo resuelto con tratamiento inespecífico, con posterior aparición de parestias en extremidades inferiores, agregándose cuadro de debilidad muscular en miembros pélvicos, ascendente, afectando todas las extremidades, imposibilita realizar actividades de la vida diaria, motivo por lo que es hospitalizado, realizando protocolo y diagnóstico de Guillain Barré, tratado con cinco sesiones de plasmaféresis y antibioticoterapia no especificada, con mejoría de la fuerza muscular e integración a actividades cotidianas de su vida. Sin embargo, presenta nuevo cuadro de debilidad de miembros pélvicos, progresiva, ascendente, imposibilitando la movilización de las cuatro extremidades, arreflexia, con disnea de mínimos esfuerzos, hospitalizado en unidad médica nuevamente, con diagnóstico de proceso infeccioso urinario, con datos clínicos que sugieren recaída de SGB, punción lum-

bar con hiperproteíorraquia, normoglucorraquia, acelular, inmunoglobulina G elevada, cultivo y gram negativos. Se inicia tratamiento antibiótico con cefalosporina de tercera generación y gammaglobulina a 2 g/kg cumpliendo ambos esquemas, con mejoría paulatina de movilidad de miembros pélvicos, además se complementa protocolo de estudio con proteína básica de mielina siendo positiva, bandas oligoclonales negativas, debido a recaída se busca de enfermedad reumatológica obteniendo Ac. Antinucleares positivos 1:1280 con patrón homogéneo, anti DNA positivo, así como anti Smith, Coombs positivo, panel viral a virus de hepatitis B y C y VIH negativos, cumpliendo diagnóstico de LES con al menos 4 criterios. Paciente al que se le inicia tratamiento con esteroide, micofenolato mofetilo y se da seguimiento por consulta externa. El tratamiento estándar del SGB es el recambio plasmático y la inmunoglobulina intravenosa, ya que la eficacia con esteroides es de un 50% como agente único, sin embargo, no existe un tratamiento específico en los pacientes con asociación a LES, en nuestro paciente el manejo fue exitoso en ambos casos con plasmaféresis e inmunoglobulina, además se le dio una terapéutica de seguimiento con esteroide e inmunomoduladores con adecuada respuesta, sin recaída y con rehabilitación a la mejoría.

Existen algunos reportes de casos en el que la ciclosporina es otro fármaco empleado, sin una tasa de efectividad específica.

Palabras clave: Guillain, Barré, lupus, plasmaféresis, inmunoglobulina, polirradiculopatía.

Folio: 0331

Tema: Endocrinología

La prueba cualitativa sudomotora plantar como método de diagnóstico temprano de neuropatía autonómica cardiovascular y su relación con la hiperfiltración glomerular en pacientes diabéticos tipo 2

Romero Javier Alonso, Monroy Adriana, Ramírez Ana Guadalupe, Reding Arturo, Frías Karen Michelle

Hospital General de México

La neuropatía diabética autonómica cardiovascular (NAC) y la nefropatía diabética constituyen factores de riesgo cardiovascular muy importantes en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, causando morbimortalidad en este grupo de pacientes; por lo que son consideradas como un problema de salud pública. La detección de estas complicaciones crónicas con los métodos actuales se hace de manera tardía, por lo que es difícil la detención de su progresión. La prueba cualitativa sudomotora plantar ha sido postulada como un método de fácil realización para su detección oportuna. En este trabajo se propone relacionar a la respuesta cualitativa sudomotora plantar

con la detección temprana de neuropatía autonómica cardiovascular y con la hiperfiltración glomerular en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 permitiendo así explorar la etapa inicial de estas complicaciones crónicas. La detección temprana de estas complicaciones arrojará datos importantes para la detención de la progresión de las mismas ayudando a mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. **Objetivos:** Evaluar a la prueba sudomotora cualitativa plantar (Neuropad) como una herramienta para el diagnóstico de neuropatía diabética autonómica cardiovascular basada en las pruebas de variabilidad de la frecuencia cardiaca. Relacionar a la prueba Neuropad con la hiperfiltración glomerular en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. Establecer la incidencia de neuropatía diabética autonómica cardiovascular en el Hospital General de México por medio de la prueba Neuropad. Determinar la eficacia de la prueba de Neuropad como método de detección para neuropatía diabética autonómica cardiovascular e hiperfiltración glomerular. **Metodología:** Estudio prospectivo, transversal de comparación de métodos para la detección de neuropatía autonómica cardiovascular, neuropatía de fibra pequeña y la función renal. Se reclutaron sujetos de 18 a 65 años de edad con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de reciente

diagnóstico (definido como pacientes con diagnóstico de la patología en los últimos 5 años), sin evidencia de complicación crónica de diabetes mellitus (nefropatía, neuropatía o retinopatía), del Hospital General de México. A todos los pacientes se les realizaron pruebas en sangre, depuración de creatinina en orina de 24 horas y el protocolo de Ewing. **Resultados:** Se incluyeron 63 sujetos, 85.7% mujeres, con media de edad 51.24 años, y con 1.9 años en promedio de diagnóstico de la enfermedad. Se encontró IMC 31.02 ± 5.26 Kg/m², peso 77.16 ± 15.42 kg. En cuanto al tratamiento se encontró que 25.4% se encontraban sin tratamiento, 22.2% solo con dieta, 27% con tratamiento a base de metformina, 19% con tratamiento farmacológico combinado, 4.8% en tratamiento con insulina en monoterapia y 1.6% con tratamiento naturista. La prevalencia de neuropatía diabética autonómica cardiovascular temprana fue de 92%, de hiperfiltración 72.1%. La prueba cualitativa sudomotora plantar (Neuropad) fue anormal en 79.4% de los participantes; se encontró que para neuropatía autonómica cardiovascular temprana tiene sensibilidad de 81%, valor predictivo positivo de 94%. Para hiperfiltración glomerular se reportó sensibilidad de 78.6% con valor predictivo positivo de 76.74%. Se encontró una tendencia de los pacientes

con neuropatía autonómica cardiovascular temprana e hiperfiltración glomerular a tener mayores datos de insulinorresistencia siendo los grupos más prevalentes los que presentan HOMA-IR mayores a 2.44, así como con HbA1C menor a 7% y glucosa en ayuno entre los 140-250 mg/dl. **Conclusiones:** La neuropatía diabética Autonómica Cardiovascular junto con la hiperfiltración es altamente prevalente en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico en nuestro medio. La prueba sudomotora cualitativa plantar (Neuropad) es una herramienta útil para el tamizaje de neuropatía diabética autonómica cardiovascular temprana e hiperfiltración glomerular en paciente.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, neuropatía autonómica cardiovascular, hiperfiltración glomerular, prueba neuropad.

Folio: 0333

Tema: Epidemiología
Manejo del dolor en pacientes hospitalizados en la sala de medicina interna: perspectiva del paciente

Sánchez Grisel Guadalupe, Alvarez Natalia, González Enrique
Hospital Universitario UANL

Introducción: El control satisfactorio del dolor intrahospitalario es uno de los retos más importantes a los que se enfrenta el personal médico, lo que motiva un fuerte impacto



en los pacientes y en el sistema sanitario en su conjunto. Al ser el dolor una experiencia subjetiva, para su cuantificación se requiere necesariamente de la información suministrada por el paciente, ya que los signos físicos y metabólicos son absolutamente inespecíficos y no mantienen necesariamente una relación proporcional a la magnitud del dolor. El objetivo de este estudio fue evaluar la satisfacción del manejo de dolor en los pacientes hospitalizados en la sala de medicina interna durante su internamiento. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se aplicó una encuesta de satisfacción previamente validada con coeficiente alfa de 0.83, a pacientes, hospitalizados en el área de medicina interna del Hospital Universitario, en Monterrey N.L. durante los meses de marzo a julio de 2018, al momento de su egreso. La encuesta consistía en 5 preguntas que pretendieron evaluar la prevalencia del dolor al momento del ingreso y el egreso, la evaluación del dolor por el personal, y la atención; esta misma evaluada con dos variables, la respuesta del personal y la calidad de la atención. La calidad de la atención se dividió en 4 grupos, de acuerdo a la percepción del paciente en excelente, bueno, deficiente o malo. La encuesta fue aplicada por personal de enfermería. Los datos se presentaron de manera estadística descriptiva en forma

de porcentajes. **Resultados:** Se aplicaron 372 encuestas. Un total de 242 (65.05%) pacientes refirieron dolor al momento de su ingreso. 355 (95.43%) refirieron haber sido evaluados por el personal con respecto a su dolor. De los 242 pacientes que se refirieron con dolor, 231 (95.45%) fueron atendidos por el personal en el momento que solicitaron atención. 74 (30.57%) pacientes calificaron su atención como excelente, 158 (65.28%) como buena, 8 (3.3%) como deficiente y 4 (1.6%) como malo. Al momento en que se aplicó la encuesta 29(11.9%) pacientes aun presentaban dolor al momento de su egreso. **Discusión:** Pese a que el 11.9% de los pacientes que ingresan con dolor, continúan con dolor al momento de su egreso, la mayor parte de ellos se refieren satisfechos con la atención recibida. Esta situación ha sido descrita anteriormente en algunos estudios, tal vez por la influencia de otros factores como las creencias del paciente y la relación establecida con el médico y el personal. Valdría la pena indagar en la disminución en la escala del dolor al egreso respecto al ingreso, y variables como el cuidado y el trato humano durante el internamiento. **Conclusiones:** La medición de la satisfacción del paciente, hoy día, es considerado uno de los objetivos prioritarios de la práctica médica, aunque la satisfacción del paciente

con el manejo del dolor es buena, es necesario instaurar protocolos de manejo de dolor y capacitación del personal para la atención del mismo en el momento de ser requerida.

Palabras clave: satisfacción, dolor, paciente.

Folio: 0335

Tema: Oncología

Derrame pericárdico severo como manifestación primaria de mesotelioma pericárdico primario

Vallejo Carlos, De La Cruz Ivette, Hurtado José Joel, Rodríguez Brenda, Solano Irlanda, Peralta Ana Lilia

Instituto Mexicano del Seguro Social

El mesotelioma es una entidad neoplásica rara originada en las células mesoteliales o posiblemente de una célula precursora más primitiva situada submesotelialmente. Existen cuatro tipos primarios de mesoteliomas siendo el pleural y peritoneal los más comunes mientras el pericárdico y testicular los más raros. En México se desconoce a epidemiología del mesotelioma primario de pericardio; en series internacionales se ha reportado una incidencia de < 0.0022% y una supervivencia < 6 meses desde el principio de los síntomas. La asociación con la exposición a asbestos no ha sido corroborada como en otros tipos de mesoteliomas, el diagnóstico definitivo suele ser complicado, no existen biomar-

cadorez específicos ni consenso en el tratamiento. Se presenta el caso de una paciente de la sexta década de la vida con único antecedente de hipotiroidismo controlado. Acudió por disnea de moderado a leve esfuerzo y datos de falla cardíaca aguda. Se diagnosticó por ecocardiograma derrame pericárdico severo con compromiso mecánico y hemodinámico por lo que se realizó pericardiocentesis obteniendo 1200cc de líquido serohemático reportando abundantes leucocitos polimorfonucleares y células mesoteliales reactivas negativo para malignidad, sin desarrollo para hongos, bacterias ni micobacterias. En el estudio tomográfico inicial se evidenció un tumor dependiente de pericardio, con medidas de 45x30x33mm así como recurrencia del derrame por lo que se procedió a pericardiectomía urgente con toma de biopsia con reporte histopatológico de tejido mesotelial reactivo, sin evidencia de neoplasia. Se ofreció segundo tiempo quirúrgico sin embargo la paciente solicitó alta voluntaria por motivos familiares. En el seguimiento, se evidenció crecimiento del tumor de 4mm, por lo que se propuso nueva intervención en la cual se obtuvo muestra con reporte histopatológico de mesotelioma epitelioide y papilar. Por grado de invasión, no se resecó el resto de la lesión, se envió al servicio de Oncología Médica.

Palabras clave: mesotelioma, pericardico, primario, derrame, severo.

Folio: 0336

Tema: Epidemiología

Impacto de las nuevas guías de hipertensión ACC/AHA 2017 en población mexicana: análisis de las encuestas nacionales de salud y nutrición 2006 y 2012

Olivas Antonio, Carrillo Eduardo, Vega Olynka, Martínez Armando Jezael, Fonseca Jorge Ignacio, Correa Ricardo
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las nuevas guías de hipertensión ACC/AHA 2017 han disminuido el punto de corte para definir hipertensión, y en consecuencia incrementaron su prevalencia. El impacto económico de implementar estas guías en población mexicana no se ha reportado. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de hipertensión en México y el requerimiento de tratamiento farmacológico de acuerdo a las guías JNC7 y ACC/AHA 2017, y estimar el costo anual que implicaría la vigilancia de los nuevos pacientes diagnosticados. **Material y métodos:** Se analizaron las bases de datos de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 y 2012, y se estimó la prevalencia de hipertensión de acuerdo a las nuevas guías (PAS/PAD \geq 130/80 mm Hg). Se determinó la proporción de pacientes que

requieren tratamiento farmacológico de acuerdo a ambas guías. En ENSANUT 2006 se calculó el riesgo cardiovascular mediante la escala Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) de la ACC/AHA y en ENSANUT 2012 mediante Framingham IMC. El costo anual de seguimiento de cada paciente con hipertensión se calculó considerando una valoración y estudios de laboratorio/gabinete iniciales, además de cuatro consultas de seguimiento para los que requieren tratamiento farmacológico, y dos consultas para el resto. El costo anual total se estimó considerando la población mayor de edad reportada en el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2010.

Resultados: La prevalencia de hipertensión se modificó de 28.0% a 58.0% en el 2006, y de 24.6% a 46.6% en el 2012. El requerimiento de tratamiento farmacológico se incrementó de 26.0% a 28.8% en 2006, y de 30.7% a 35.5% en el 2012. El costo anual estimado de la atención médica se incrementó \$20,758,800,092 en 2006 y \$15,384,745,447 en 2012.

Conclusiones: Las nuevas guías duplican la prevalencia de hipertensión en México, sin gran incremento en el requerimiento de tratamiento farmacológico. El impacto económico de las nuevas guías es en el manejo no farmacológico.

Palabras clave: hipertensión, México, prevalencia, tratamiento, atención médica, costo.



Folio: 0337

Tema: Hematología

Trombosis venosa profunda como primera manifestación clínica de disfibrinogenemia

Cordero Edgar Laurencio, Sinco Armando, Guevara Maricela, Sánchez Karla Alexandra, Palomo Carlos Rodrigo
Hospital General de Pachuca

Introducción: El fibrinógeno es el punto focal de la cascada de coagulación, que da como resultado la conversión de fibrinógeno en monómero de fibrina y la eventual reticulación covalente del polímero de fibrina. En la disfibrinogenemia hay niveles de fibrinógeno normales asociados con una deficiencia cualitativa de fibrinógeno. El diagnóstico de disfibrinogenemia se basa en la evaluación del fibrinógeno funcional y antigénico con la necesidad de confirmar el diagnóstico mediante análisis genéticos.

Objetivo: La relevancia de dar a conocer este caso radica en su baja incidencia de presentación siendo de 1:1 000 000 de habitantes. Los hematólogos que atienden a pacientes con disfibrinogenemia todavía tienen que lidiar con varias dificultades y preguntas sin respuesta.

Exposición del caso: Se trata de paciente masculino de 51 años de edad quien no cuenta con antecedentes de importancia para padecimiento actual, sin historia de sangrados, acude a valoración médica por presentar dolor a nivel de miembro

pélvico izquierdo, con signo de Homans y Olow positivos, se realizó ultrasonido doppler venoso donde se encuentran datos en relación a trombosis de vena poplítea izquierda, en estudios paraclínicos iniciales se detectan tiempos de coagulación no coagulables por lo que se realizaron correcciones con plasma fresco y dilución con solución salina encontrando patrón de deficiencia de ambas vías, por lo que se determinó tiempo de trombina y medición de fibrinógeno antigénico y funcional por el método de Clauss diagnosticándose de esta forma disfibrinogenemia.

Conclusiones: Los pacientes con disfibrinogenemia suelen tener manifestaciones clínicas de sangrado, hay pocos reportes en la literatura acerca de la sintomatología de estos pacientes debido a la rareza en que se presenta, por lo regular presentan hemartrosis y hematomas musculares, solo el 2% de los pacientes cursan de forma paradójica con episodios de trombosis, aun no está claro el mecanismo por el cual a su vez presenta este tipo de eventos por lo que aún queda abierto el tema a investigación médica. El manejo clínico también es un reto, ya que incluso las personas asintomáticas corren el riesgo de desarrollar eventos hemorrágicos cardiovasculares durante el curso natural de la enfermedad.

Palabras clave: fibrinogeno, trombosis, coagulación.

Folio: 0338

Tema: Oncología

Ascitis quilosa como manifestación inicial de cáncer de páncreas irresecable

Bautista Abigail, Aranda Mercedes, Arias Gisela, Rodríguez Lucero

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Femenino de 55 años con diabetes mellitus tipo 2 en manejo con metformina. Inicia su padecimiento en enero del 2018 con aumento de volumen abdominal, acompañado de dolor difuso intensidad 4/10, náuseas y plenitud postprandial. En abril se agrega disnea mmrc 3 y anorexia. Tuvo astenia y pérdida de peso de 10 kilos en 3 meses. Acude en junio al HRAEO, a la exploración sólo resalta ascitis grado III sin irritación peritoneal. Se realizó paracentesis diagnóstica y evacuadora, donde se obtuvo líquido lechoso amarillento que se envió a análisis citológico, químico, microbiológico y patológico. Por la cifra de triglicéridos se diagnosticó ascitis quilosa. Se realizó TAC de abdomen y pelvis contrastada observando lesión hipodensa de bordes definidos en cuerpo y cola del páncreas, con diámetros de 5 x 25 cm, sugestiva de malignidad. Incremento difuso y nodulillar del epiplón y mesenterio, así como datos de carcinomatosis peritoneal. Valorada por Oncología, quien concluye en tumor de páncreas

con criterios de irreseccabilidad, apta para recibir tratamiento paliativo. Durante su internamiento recibe primer ciclo de quimioterapia con gemcitabina y oxaliplatino, medidas de soporte y manejo del dolor. La paciente egresó en mejores condiciones con seguimiento en la consulta externa. **Discusión:** El quiloperitoneo refleja la presencia de linfa torácica o intestinal en la cavidad abdominal. Su incidencia ha aumentado a la par de enfermedades neoplásicas, cirugías complejas y radioterapia, se estima 1 por cada 20,000 a 187,000 admisiones en hospitales de tercer nivel. Para el diagnóstico, se necesita una muestra de ascitis con triglicéridos 2-8 veces la del plasma o mayor a 200 mg/dL. Las causas descritas de quiloperitoneo atraumático son diversas. Las anomalías linfáticas, como linfangiectasia son lo más frecuente. La segunda etiología más frecuente son las neoplasias. El hallazgo de ascitis quilosa atraumática, amerita búsqueda de neoplasias susceptibles a tratamiento.

Palabras clave: ascitis quilosa, quiloperitoneo, cáncer de páncreas.

Folio: 0339

Tema: Hematología

Causas de poliglobulia y su impacto como factor de riesgo para trombosis según la etiología: experiencia en un centro de referencia de la Ciudad de México

Olivas Antonio, Tuna Elena Juventina, Aguayo Álvaro, Jiménez María Guadalupe

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La poliglobulia es una entidad poco estudiada pero importante por su alto riesgo de trombosis cuando es de origen primario como en la policitemia vera (PV). El riesgo de trombosis en poliglobulias secundarias no ha sido descrito. **Objetivo:** Conocer el diagnóstico etiológico de las poliglobulias atendidas en un centro de referencia y la incidencia de trombosis en las poliglobulias secundarias a síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS), neumopatía crónica (NC) y PV. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de poliglobulia en el periodo 2000-2017 atendidos en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Se recabaron factores de riesgo cardiovascular al inicio del abordaje (edad, sexo, diabetes, hipertensión, tabaquismo e índice de masa corporal), diagnóstico etiológico, tiempo al diagnóstico y eventos de trombosis durante el seguimiento. Se calculó la incidencia de trombosis en los grupos de SAHOS, NC y PV mediante método de Kaplan-Meier y se comparó entre dichos subgrupos utilizando

regresión de Cox ajustada por factores de riesgo cardiovascular. **Resultados:** Se encontraron 330 pacientes con diagnóstico de poliglobulia con una mediana de seguimiento de 44 meses y 75.8% (n = 250) de hombres. Al detectarse la poliglobulia, la mediana de edad fue 44 años, 42.1% (n = 139) padecía hipertensión arterial, 14.8% (n = 49) diabetes mellitus, 37.3% (n = 123) tabaquismo, 36.7% (n = 121) sobrepeso y 34.2% (n = 113) obesidad. La etiología fue SAHOS en 29.1% (n = 96), PV en 18.2% (n = 60), NC en 9.7% (n = 32), tabaquismo en 5.2% (n = 17), trasplante renal en 3.0% (n = 10), cardiopatía en 2.4% (n = 8), tumoración en 1.5% (n = 5), hemoglobina de alta afinidad en 1.2% (n = 4), uso de andrógenos en 0.9% (n = 3) e inconclusa en 28.8% (n = 95). La mediana de tiempo al diagnóstico etiológico global fue de 13 meses, siendo menor en los grupos de PV y NC (3 meses y 4 meses, respectivamente) comparado con 14.5 meses para SAHOS (p < 0.001). Al comparar los factores de riesgo cardiovascular, se encontró mayor proporción de hombres y de obesidad en el grupo de SAHOS comparada con los grupos de PV y NC (porcentaje de hombres de 85.4% versus 45.0% y 62.5%, y porcentaje de obesidad de 59.1% versus 10.5% y 35.5%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p < 0.001). Las incidencias de trombosis fueron 1.49, 4.68 y



5.87 casos/100 pacientes-año en los grupos de SAHOS, PV y NC, respectivamente. La RR ajustada para trombosis fue 0.13, IC 95% (0.04, 0.44) para SAHOS y 1.31 IC95% (0.50, 3.46) para NC comparadas con PV. **Conclusiones:** La principal causa de poliglobulia en el INCMNSZ es SAHOS y el abordaje es incompleto en un alto porcentaje de casos. Es conveniente mejorar el proceso diagnóstico en sospecha de SAHOS con mayor disponibilidad de polisomnografía para lograr un tratamiento temprano y así evitar complicaciones cardiovasculares irreversibles y mejorar la calidad de vida. El riesgo de trombosis en NC con poliglobulia es equiparable al de PV. La evidencia encontrada obliga a realizar más estudios para confirmar este hallazgo y evaluar el beneficio de un manejo preventivo de la NC con poliglobulia similar al de la PV. **Palabras clave:** poliglobulia, eritrocitosis, policitemia, abordaje, trombosis, etiología.

Folio: 0340

Tema: Endocrinología

Impacto de una estrategia educativa de tipo participativa (DIABETIMSS) en el control metabólico en los usuarios con diabetes mellitus (DM) tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar no. 47, en la ciudad de San Luis Potosí

Celestino Laura Esther¹, Estrada Diana¹, Ayala María Teresa¹, Hernández Héctor Gerardo²

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social; ² Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Introducción: México ocupa el 5to. lugar mundial en número de personas con diabetes, la prevalencia en mayores de 20 años de edad es de 9.4%, por lo que se considerada un problema de salud pública. En el IMSS se implementó el Programa Institucional de Prevención y Atención al Paciente Diabético (DIABETIMSS), cuyo objetivo es otorgar atención integral (asistencial y educativa) a través de la participación del equipo multidisciplinario en las Unidades de Medicina Familiar, para la prevención de complicaciones y limitación del daño que permitan la adquisición de conductas saludables y así favorecer cambios en el estilo de vida. **Objetivo:** Comparar el impacto de una estrategia educativa de tipo participativa (DIABETIMSS), en el control metabólico de los usuarios con DM tipo 2. **Material y métodos:** Previa autorización por el comité local de investigación y ética, se realizó un estudio cuasi experimental (intervención educativa, de tipo participativa), en derechohabientes con diagnóstico de DM incluidos en el programa DIABETIMSS de enero a diciembre de 2014 en la UMF No. 47, en SLP. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se realizaron mediciones de parámetros clínicos y bioquímicos para evaluar

control metabólico al inicio y al final de la intervención. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete Rcmdr 2.3-1, del software R versión 3.2.5, con un nivel de confianza al 95%.

Resultados: Se incluyeron 115 pacientes, 75 mujeres y 40 hombres, con media de edad de 56.0 años (28 – 81), 40.87% con escolaridad, nivel secundaria y 69.5% casados. Posterior a la intervención educativa, se encontró reducción significativa, en presión arterial sistólica, Índice de Masa Corporal, glucosa de ayuno, colesterol total, LDL, triglicéridos y HbA1C, la presión arterial diastólica no presentó cambios y el colesterol HDL presentó reducción. **Conclusiones:** La intervención educativa, presentó un comportamiento favorable en el control metabólico a un año de seguimiento.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, DIABETIMSS, control metabólico, educación en diabetes.

Folio: 0341

Tema: Nefrología

Amiloidosis renal: a propósito de un caso

González Alejandra, Ramírez Clotilde Guadalupe, González Rodrigo, Iñiguez Hector, Santana Jessica, Camarena Ricardo, Rico Enrique
Hospital Ángeles del Carmen

Introducción: En 1854 Rudolph Virchow utilizó por primera vez el término “amiloid”, tratándo-

se de una enfermedad rara con una incidencia de 6-10 casos por un millón de habitantes.

Objetivo: Describir el caso de una joven de 28 años de edad con diagnóstico de amiloidosis renal. **Exposición del caso:** Femenino de 28 años de edad con antecedente de EVC cardioembólico por FA con mRS 1, sin antecedentes heredofamiliares de importancia, presenta el siguiente cuadro clínico: proteinuria en rangos nefróticos, edema generalizado, disnea de medianos esfuerzos y fatiga. Dentro de su abordaje se realizó biopsia renal la cual reportó un cuadro morfológico consistente con amiloidosis renal y se solicitaron cadenas ligeras kappa/lambda en orina encontrándose elevadas. Se decidió iniciar manejo con régimen basado en bortezomib así como iniciar terapia de sustitución renal con hemodiálisis. **Conclusiones:** La amiloidosis renal es una patología poco común de mal pronóstico. Actualmente el manejo se basa en el trasplante autólogo de células hematopoyéticas y la quimioterapia, requiriendo también terapia de sustitución renal con diálisis e incluso trasplante renal. A pesar de los avances en la medicina la amiloidosis continúa siendo una enfermedad mortal con una media de supervivencia de 1 a 2 años, por lo cual aún representa un gran reto terapéutico.

Palabras clave: amiloidosis renal, cadenas ligeras, síndrome nefrótico.

Folio: 0342

Tema: Gastroenterología

Metronidazol en la prevención de diarrea asociada a antibióticos e infección por *Clostridium difficile* en pacientes hospitalizados de alto riesgo

Tobar Marco, Guerrero María, Santiago Ricardo

Hospital Regional Licenciado Adolfo Lopez Mateos

Antecedentes: La aparición de diarrea intrahospitalaria (DIH) supone un evento de alto impacto en la morbilidad y mortalidad de pacientes hospitalizados, la quimioprofilaxis con antibióticos usualmente empleados para el tratamiento, en pacientes seleccionados como alto riesgo (edad mayor de 55 años, uso de inhibidor de bomba de protones, uso de antibióticos para nuestra institución: clindamicina, levofloxacino y ceftriaxona) podría resultar en una herramienta costo-efectiva para su prevención. **Método:** Se realizó un estudio prospectivo, randomizado, abierto, en un hospital de tercer nivel de la ciudad de México, seleccionando pacientes con alto riesgo de adquirir DIH, se asignó pacientes a un grupo de metronidazol 500 mg vía oral cada 8 horas por 7 días y un grupo de observación. El resultado primario fue determinar la presencia de diarrea asociada a antibióticos (DAA) definida como la aparición de tres o más deposiciones

de consistencia disminuida (consistencia 5-7 en escala de Bristol) e infección por *Clostridium difficile* (ICD) definida como la presencia de toxinas A y B en la deposición de pacientes con diarrea; durante los 7 días de evaluación. Aprobado por el comité de ética institucional. Número de registro (11.2017) del 14 de marzo de 2017. **Resultados:** De 116 pacientes que cumplieron criterios de inclusión, se aleatorizaron y 59 pacientes fueron asignados al grupo de intervención de los cuales 9 no aceptaron participar y otros 9 fueron excluidos, 2 por muerte, 6 por intolerancia al fármaco y 1 por ayuno por indicación médica, finalmente fueron analizados 41 pacientes. 57 pacientes fueron asignados al grupo de observación donde 1 paciente se excluyó por muerte y otro por pérdida de contacto después del alta antes del séptimo día, finalmente se analizaron 55 pacientes, la DAA se presentó en 4.9% de pacientes en el grupo de intervención y 16.4% en el grupo de observación (odds ratio [OR] 0.26 (0.05-1.29) p = 0.109). La ICD se presentó en el 0% de los pacientes en el primer grupo y en el 9.1% en el segundo grupo (odds ratio [OR] 0.91 (0.84-0.99) p = 0.069). **Conclusiones:** El uso de metronidazol para prevención de DAA no se relacionó con disminución en su aparición, mientras que para ICD podría resultar en



una alternativa efectiva en seleccionados pacientes de alto riesgo, sin embargo para su diagnóstico se utilizó una prueba con baja sensibilidad y el fármaco resultó muy poco tolerado y aceptado por los pacientes. Este es el primer estudio prospectivo que evalúa la efectividad del metronidazol como terapia profiláctica, se requieren a futuro nuevos estudios que involucren un mayor número de pacientes y herramientas diagnósticas precisas. **Palabras clave:** *Clostridium difficile*, quimioprofilaxis, metronidazol.

Folio: 0343

Tema: Neurología

Síndrome neuroléptico maligno inducido por risperidona: reporte de caso y revisión de literatura

Esquivel Victor Alejandro¹, Cavazos Rossana², De La Garza Roberto³

¹ Hospital General Tampico;

² Hospital General de Ciudad Victoria; ³ Hospital General Altamira

El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una emergencia neurológica potencialmente mortal asociada con el uso de agentes neurolépticos y se caracteriza por un síndrome clínico distintivo de cambio en el estado mental, rigidez, fiebre y disautonomía. La mortalidad se produce directamente a partir de las manifestaciones disautonómicas de la enferme-

dad y de las complicaciones sistémicas. La mortalidad ha disminuido desde los primeros informes en la década de 1960 del 76 por ciento y se estima más recientemente entre el 10 y el 20 por ciento. Esto probablemente refleja una mayor conciencia de la enfermedad, un diagnóstico más temprano y una intervención más agresiva. La causa de los SNM es desconocida. Las teorías actuales están limitadas en su capacidad para explicar todas las manifestaciones clínicas y en los datos de apoyo. Masculino de 32 años de edad con diagnóstico de esquizofrenia desde hace 3 años en tratamiento con risperidona y valproato semisodico. Inicio su padecimiento hace 4 días con cuadro de evacuaciones disminuidas en consistencia en al rededor de 10 ocasiones, acompañado de náusea y vómito en múltiples ocasiones. Motivo por el cual acuden a su valoración al hospital. A la exploración física del ingreso deshidratado, abdomen con peristalsis aumentada, sin dolor a la palpación. Laboratoriales Hb 12.8 Hto 36.2 Pla 71 leu 9 Gluc 110 U 89.8 Creatinina 5.2 Na 120 K 2.9. Al día siguiente de su ingreso presenta fiebre sin predominio de horario cuantificándose en 38.5, estupor, tensiones arteriales elevadas y se agrega rigidez de las 4 extremidades, por lo que se sospecha en síndrome neuroléptico maligno. Se solicita CPK encontrándose en 10 610

lo que apoya el diagnóstico por lo que se le inicia amantadina 100 mg cada 12 hrs y nifedipino. Evoluciona favorablemente remitiendo cuadro de gastroenteritis, lesión renal y síndrome neuroléptico. Se egresa sin rigidez de miembros, afebril y normotenso, después de dos semanas hospitalizado, con los siguientes laboratoriales: Hb 12 Leu 5 Pla 100 000 Na 137 K 4 Cl 98 U 20 Cr 0.8 CPK 35. Nos encontramos con una emergencia neurológica con baja incidencia siendo solo del 0.02 al 3% de los pacientes que toman agentes neurolépticos. El paciente contaba con todos los factores de riesgo descritos en la literatura, cumplió criterios diagnósticos, y afortunadamente respondió adecuadamente al manejo médico. Es una entidad a la cual se desconoce la causa, solamente hay teorías pero nada contundente.

Palabras clave: síndrome neuroléptico maligno, lesión renal aguda, neurotoxicidad, rabdomiolisis.

Folio: 0344

Tema: Otros

Anisocoria secundaria a micro-nebulizaciones

Cordero Edgar Laurencio, Guevara Maricela, Santiago Monica Elvira, Angeles Flor de Azalea, Castañeda Emmanuel
Hospital General de Pachuca

Introducción: La anisocoria tradicionalmente se ha considerado un signo clínico de

alarma, los autores y las revistas tienden a publicar casos graves y curiosos de anisocoria. Contrariamente a lo que tiende a pensarse, cuando un paciente se presenta con anisocoria la probabilidad de que este signo conduzca al diagnóstico de una enfermedad grave y previamente desconocida, es baja.

Objetivo: La relevancia de dar a conocer este caso radica en la alta frecuencia en que se utilizan fármacos nebulizados en patologías respiratorias y la rareza en la que estos tienden a desarrollar anisocoria después de su administración, siendo su fisiopatología bastante sencilla.

Exposición del caso: Presentamos a una paciente femenina de 48 años de edad con diagnóstico de dermatomiositis desde hace 2 años en terapia con metotrexate, azatioprina y prednisona, cursando con disfagia y mal manejo de secreciones orales factores de riesgo que condujeron al desarrollo de neumonía adquirida en la comunidad, manejada de forma intrahospitalaria con antibioticoterapia parenteral y terapia respiratoria con oxígeno suplementario por puntas nasales y micronebulizaciones con bromuro de ipratropio cada 8 horas. A la exploración física la paciente se encuentra con tendencia a la somnolencia, desorientada en tiempo y lugar, se aprecia midriasis no reactiva de ojo izquierdo con pupila derecha reactiva, los movimientos oculares extrínsecos

no muestran limitaciones, no presenta ptosis palpebral, hay presencia de disfagia, fuerza muscular 1/5 de las 4 extremidades, no hay alteraciones de la sensibilidad, babinsky indiferente. Dado no haber datos de deterioro neurológico agudo se decidió optar por una conducta expectante, siendo valorada 12 horas posteriores encontrando a la paciente con isocoria. **Conclusiones:** La anisocoria en el paciente habitualmente es un dato de alarma y sobre todo si se presenta en un paciente en estado crítico o si está acompañada con deterioro del estado de alerta debido a que plantea la preocupación por una hemorragia intracraneal, un aneurisma de arteria comunicante posterior o un tumor que lleva a una herniación local; sin embargo, la midriasis rara vez es el único síntoma o hallazgo neurológico, por lo que en caso de presentarse deberá de hacerse una nueva reevaluación clínica del paciente realizando una correcta anamnesis, exploración física y ajustar el tratamiento de ser necesario. Ocasionalmente la mascarilla para nebulizar se ajusta imperfectamente y hay exposición a la conjuntiva a los medicamentos nebulizados, en el caso de bromuro de ipratropio siendo este un agente anticolinérgico pueden conducir al desarrollo midriasis transitoria, reversible dentro de las 24 horas de retirado el fármaco.

Palabras clave: anisocoria, ipratropio, anticolinérgicos.

Folio: 0347

Tema: Cardiología

Síncope como presentación tardía de comunicación interauricular tipo ostium secundum en un adulto

Ungson Mariana Guadalupe, Frenk Paul, Ramírez Karen Montserrat, Gómez Julieta, Sánchez Carmen Alicia, Ezquerro Alejandro

Hospital Ángeles Mocol

Introducción: La comunicación interauricular (CIA) es la cardiopatía congénita más frecuente en el adulto con una prevalencia del 40% en México con edad media de diagnóstico de 34 años. Antes de la 2da década de vida los adultos suelen ser asintomáticos, no obstante, después de la 6ta los síntomas son más evidentes y la mortalidad aumenta hasta 90%. Clínicamente puede presentarse disnea, angina, arritmias y síntomas de insuficiencia cardíaca crónica. No se conoce el porcentaje de casos que se presentan con síncope o el índice de casos de síncope causados por una cardiopatía estructural congénita. **Objetivo:** La presentación de un caso con sintomatología atípica de la cardiopatía congénita estructural más común del adulto. **Caso clínico:** Hombre de 53 años de edad, originario de la Ciudad de México, sin antecedentes crónicos degenerativos ingresa



por presentar dos episodios de síncope en un día. Refiere dos cuadros de síncope 15 y 10 años previos al evento actual, sin haber recibido atención médica. En la exploración física se identificó un soplo sistólico grado 2/6 en foco pulmonar con desdoblamiento del segundo ruido, así como bloqueo de rama derecha del haz de his en electrocardiograma, motivo por el cual se realiza abordaje de síncope cardiogénico. El ecocardiograma transesofágico reveló una comunicación interauricular tipo ostium secundum e hipertensión arterial pulmonar. Se decidió la corrección del defecto con un dispositivo fenestrado tipo Amplatz colocado vía transcáteter percutáneo con éxito, corroborado por ecocardiografía. Además, se registró una disminución de la PSAP a valores normales. Se egresa por mejoría. **Conclusiones:** Este paciente se presentó con síncope a una edad tardía para esta cardiopatía, por lo cual se esperarían complicaciones como arritmias auriculares, falla cardíaca congestiva o enfermedad vascular pulmonar grave mismas que se pueden evitar con el cierre quirúrgico del defecto con una detección temprana.

Palabras clave: comunicación interauricular, ostium secundum, hipertensión pulmonar.

Folio: 0348

Tema: Reumatología

Pancreatitis aguda asociada a lupus eritematoso en hombre joven, reporte de un caso

Pérez Allende Francisco, Hernández Marisol, Hernández Jorge Ezequiel, Arenas José Omar

Hospital General de Cuernavaca Dr. José G Parres, UNAM

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, con múltiples manifestaciones gastrointestinales: reflujo gastroesofágico, disfagia, dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, incontinencia, pseudobstrucción intestinal, perforación, hemorragia; todas asociadas a actividad lúpica, efecto secundario de los fármacos, infecciones o cuadro inicial de LES. La pancreatitis tiene una incidencia anual de 0.4-1.1% por 1000 pacientes, existen 363 casos reportados (2015), aunque este número puede subestimarse ya que la pancreatitis subclínica (enzimas pancreáticas elevadas sin síntomas clínicos) puede ser tan frecuente como el 30.5%. La pancreatitis inducida por LES aparece con mayor frecuencia en mujeres de la tercera década (88%). Es más probable que la pancreatitis aparezca como manifestación inicial en el 22% o en los primeros dos años de la enfermedad en el 60%. **Resumen clínico:** Masculino de 31 años de edad, desempleado, sin toxicomanías. Diagnóstico de LES a los 24 años de edad con

tratamiento irregular por mal apego. Previo a su ingreso tenía indicado: prednisona 10mg/día, cloroquina 150mg/día y ácido micofenólico 500mg/día. Inicia su padecimiento el 17 de enero con astenia, adinamia, deterioro del estado de despierto, con bradipsiquia y trastornos de la memoria a corto plazo, con rectorragia en 6 ocasiones motivo por el cual acude a Urgencias. Ingresa estuporoso, con derrame pleural derecho, SLEDAI 11 puntos, iniciándose bolos de metilprednisolona, cediendo la rectorragia, pero persistiendo estuporoso. Durante su estancia presenta dolor abdominal epigástrico y disminución de la peristalsis. Ya en piso de Medicina Interna persistiendo con bradipsiquia y desorientación agregándose datos de peritonismo documentando amilasa de 455U/l y lipasa 1067U/l y reporte tomográfico de pancreatitis Baltazar D con colección en cola de páncreas y líquido libre en cavidad abdominal, sin patología biliar ni hipertrigliceridemia. Se deja en ayuno, se indica analgésico y rehidratación; tras 48 horas presenta disminución del dolor reiniciándose líquidos vía oral con adecuada tolerancia. A la par desarrolla neumonía basal izquierda asociada a cuidados de la salud tratada exitosamente con moxifloxacino. Se monitorean amilasa y lipasa las cuales disminuyen progresivamente por lo que se decide alta a domicilio por

mejoría a casa con tratamiento a base de: prednisona 10mg/día, cloroquina 150mg/día y ácido micofenólico 500mg/día. En la actualidad continua en seguimiento con adecuado apego y sin nuevas hospitalizaciones. **Discusión y conclusión:** La presentación clínica de pancreatitis es rara según la literatura mundial; se cree que el mecanismo fisiopatológico está asociado a vasculitis y necrosis de las arterias pancreáticas y trombosis asociadas a anticuerpos antifosfolípidos. El anti-LA y azatrioprina han sido asociados. Concluimos que todo paciente con LES ya diagnosticado y dolor abdominal se le debe hacer abordaje diagnóstico temprano para pancreatitis a fin de limitar complicaciones asociadas; en este paciente el abordaje permitió el diagnóstico y tratamiento oportunos. **Palabras clave:** Pancreatitis, LES.

Folio: 0350

Tema: Misceláneos

Obesidad sarcopénica en una población de bajos recursos de la Ciudad de México

Gallegos Carlos Francisco¹, Godínez Keren Jared¹, Meneses Iván², Luna Gabriela Alejandra², Vargas Germán², Rubio Alberto Francisco², Guerrero Carolina²
¹ Universidad de Aguascalientes; ² Hospital General de Ticomán

La obesidad es una enfermedad multifactorial con determinan-

tes ampliamente conocidos como la genética, el ambiente y los estilos de vida. Se define sarcopenia como la pérdida de masa muscular involuntaria asociada al envejecimiento. La obesidad sarcopénica es un concepto adoptado debido a la estrecha relación de ambas patologías. Para su diagnóstico no se tiene un consenso establecido, varios estudios han desarrollado diversas fórmulas que permiten su detección, entre ellos el porcentaje de masa muscular. La ecuación de Janssen divide la cantidad de Masa Muscular en kilos entre el peso del paciente. La determinación de sarcopenia se hace a partir de una desviación estándar con valores $\leq 37\%$ en hombres y 28% en mujeres. La prevalencia de la obesidad sarcopénica es muy variada según los criterios que se tomen y cabe señalar que aún existe carencia de estudios epidemiológicos en la población mexicana por grupos de edad. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de obesidad sarcopénica en la población mexicana. **Método:** Se evaluaron a 238 pacientes mayores de 18 años con un índice de masa corporal ≥ 30 en tres grupos distintos: Adulto joven (de 18 a 39 años), adulto maduro (de 40 a 59 años) y adulto mayor (≥ 60 años). Previo consentimiento informado se les realizó Análisis de Impedancia Bioeléctrica así como toma de diversas medidas antropométricas. Se calculó el índice de masa muscular y el

porcentaje de masa muscular. El método estadístico usado fue ANOVA **Resultados:** En cuanto a la medición del porcentaje de masa muscular, el grupo adulto joven tuvo 31.7% , el grupo adulto maduro 31.1% , y el grupo adulto mayor 30.2% , ($p = 0.172$). La prevalencia general de obesidad sarcopénica fue del 44% de acuerdo con el porcentaje de masa muscular. En el grupo de 18 a 39 años fue del 43% , en el grupo adulto maduro del 47% y en el adulto mayor del 38% . **Conclusión:** La obesidad sarcopénica es frecuente en nuestro medio, nos llama la atención que el grupo de adultos mayores tenga una menor prevalencia, probablemente debido a la vida sedentaria de los jóvenes en la actualidad

Palabras clave: obesidad, sarcopenia, porcentaje de masa muscular, grupos etarios.

Folio: 0351

Tema: Infectología

Criptococosis de sistema nervioso central y pulmonar en paciente inmunocompetente: reporte de caso

Rodríguez Jesús Sebastián, Valdez Antonio Israel, González Carlos Benjamín, Bernal Verónica Elena, Echeagaray German
Hospital Regional ISSSTE Dr. Manuel Cárdenas de la Vega

Antecedentes: La criptococosis es una infección micótica de afección pulmonar, cutánea y visceral, de predilección por



sistema nervioso central (SNC) asociada a infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Puede afectar individuos sanos o con corticoterapia de larga evolución, trasplante de órgano sólido, neoplasias, etc. **Reporte de caso:** Masculino, 51 años originario de Guasave, Sinaloa, casado, católico, agricultor. Carga genética para diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensión arterial; etilismo leve sin otras toxicomanías. No antecedentes quirúrgicos, traumáticos o infectocontagiosas relevantes. DM2 de 3 meses de diagnóstico en control. Inicia padecimiento actual con fiebre de 39°C, diaforesis nocturna, cefalea, pérdida de peso. Posteriormente se agrega vértigo incapacitante. 3 meses después presenta astenia, adinamia y deterioro neurológico; acude a urgencias donde solicitan tomografía computarizada (TC) de cráneo simple la cual se reporta normal; en radiografía de tórax se aprecia masa pulmonar izquierda. En TC de tórax se observa lesión apical izquierda mal delimitada y bordes espiculados. Ingres a piso con signos vitales normales, desorientado, no meningismo, déficit focal o sensorial, pares craneales normales. Marcha de tipo vestibular. El resto del examen físico no significativo. En laboratorios, recuento leucocitario normal, anemia leve, pruebas de función hepática, renal y electrolitos normales. Cultivos de sangre y orina sin

desarrollo. Prueba de VDRL no reactiva, pruebas de VIH, VHC y VHB negativos. TC de cerebro simple y contrastada normal. TC de tórax con tumoración pulmonar apical izquierda la cual se realiza biopsia cuyo estudio histopatológico reporta criptococosis microabscedada. Resonancia magnética (IRM) de cráneo con cambios de intensidad a nivel periventricular involucrando cuarto ventrículo y a nivel supratentorial la región de cuerno occipital y ventrículo lateral del lado derecho con datos de gliosis visibles. Líquido cefalorraquídeo (LCR) con hipoglucorraquia, hiperproteíorraquia, hiper celularidad (99% linfocitos). En estudio directo con tinta china se observan formas micóticas. Crecimiento de *C. neoformans* en el cultivo del LCR y positividad para antígeno de *C. neoformans* en LCR. Se trata con fluconazol 1200mg via oral cada 24 hrs dos semanas sin respuesta. Cambiamos terapia a anfotericina B lisosomal y fluconazol dos semanas (fase de inducción). Se repitió punción lumbar con normalización bioquímica, sin evidencia de estructuras micóticas, antígeno anticriptococo negativo, respuesta clínica parcial (dificultad de la marcha y compromiso cognitivo). Continuamos terapia en fases de consolidación y mantenimiento con fluconazol y egreso hospitalario para manejo en consulta externa de infectología. **Discusión:** La criptococosis

es una infección micótica por hongos levaduriformes del género *Cryptococcus* con afección principal pulmonar y SNC. Habitualmente *C. neoformans* el agente causal en pacientes VIH+. Existen reportes en individuos VIH- ocasionada por especies distintas (*C. neoformans* var. *Grubii* y *C. gattii*). En nuestro paciente se diagnostica infección por *C. neoformans* pulmonar y de SNC. No se comprueba inmunosupresión. Otros factores de riesgo son las terapias inmunomoduladoras, biológicas, embarazo y neoplasias. El diagnóstico se realiza por cultivo o estudios por biología molecular que corrobora la presencia del hongo como en este caso. La terapia con anfotericina B y flucitosina en fase inducción, consolidación y mantenimiento. Fluconazol a dosis elevadas (800-1200mg/día) es una alternativa. En inmunocompetentes, la morbilidad es elevada con secuelas neurológicas importantes. **Conclusión:** La criptococosis sistémica, no es una infección exclusiva de pacientes VIH+. En inmunocompetentes tiene respuesta pobre al tratamiento y mayor morbilidad. Se requiere investigación para dilucidar la patogenia en individuos sin compromiso inmune y mejorar la respuesta terapéutica y pronóstico.

Palabras clave: criptococosis sistémica, criptococosis meníngea, *Cryptococcus neoformans*, *Cryptococcus gattii*,

inmunocompetente, inmunodeficiencia.

Folio: 0352

Tema: Infectología

Neurosífilis como manifestación inicial de sífilis en una mujer de 20 años de edad

Romero Perla Mariana, Flores Lucia, Manuel Luis Rey, Pelayo Jaime, Esquivel Víctor Alejandro, Pérez Jaime Adrián, Pedraza Héctor Cristobal

Hospital General de Tampico

Introducción: *Treponema pallidum* es el agente causal de la sífilis, es una enfermedad trasmisible con afectación sistémica cuya vía de transmisión más común es el contacto sexual. La neurosífilis no es una manifestación exclusiva de la fase tardía de la enfermedad. **Objetivo:** Presentar el caso de una mujer de 20 años quien presentó cuadro clínico de neuroinfección por *Treponema pallidum* como primera manifestación de la enfermedad. **Presentación del caso:** Mujer de 20 años de edad; niega: enfermedades crónico degenerativas, transfusiones de hemoderivados, así como historial previo de enfermedades de transmisión sexual. Enolismo, tabaquismo, cannabis positivo. Vida sexual activa desde los 18 años, con más 15 parejas sexuales, dispositivo intrauterino como anticonceptivo. Se presenta en sala de urgencias por deterioro del estado de alerta (estupor que en las primeras 8 horas de

estancia evolucionó a coma), antecedente de disminución de la agudeza visual, cefalea y fiebre de 10 días de evolución. En la exploración física destacó: fiebre, presencia del signo de Argyll Roberston, datos de irritación meníngea, ausencia de lesiones dérmicas o adenomegalias. Se mantuvo orointubada por el deterioro neurológico. Se realizó VDRL sérico que resultó positivo. El líquido cefalorraquídeo mostró celularidad 120/mm³ (predomino de células mononucleares 70%), proteínas 150 mg/dL, glucosa 60 mg/dL, VDRL positivo y FTA-ABS positivo. Se dio tratamiento con Ceftriaxona 2 gramos/día intravenosos. Se liberó de ventilación mecánica al quinto día y se egresó al completar 14 días de tratamiento antimicrobiano. **Conclusiones:** *Treponema pallidum* se disemina en el sistema nervioso central durante los primeros días posteriores a la infección. Es por eso que las manifestaciones neurológicas de la enfermedad pueden suceder en cualquier estadio clínico de la infección. Se incluyen: neurosífilis asintomática, meningitis aguda sífilítica, sífilis meningo vascular, neurosífilis parética y Tabes dorsal. Est **Palabras clave:** sífilis, neurosífilis, *treponema*, neuroinfección, meningitis, VDRL.

Folio: 0354

Tema: Neurología

Parálisis bilateral del sexto par craneal asociada a infiltración

de linfoma de Burkitt a nivel del seno cavernoso

Díaz Néstor Benedicto, Medina Verónica, Arce César Alejandro, Guzmán Elías, Bretón Mauricio
Petróleos Mexicanos

Introducción: El linfoma de Burkitt inmunodeficiente ocurre hasta en 30% de los pacientes VIH+. Suelen tener predilección ósea o por SNC llegando a afectar nervios craneales sobretodo V y VII. Presentamos el caso de un masculino con Burkitt inmunodeficiente con debut nodal y de SNC con afectación de nervio craneal VI bilateral con buena respuesta a tratamiento poco convencional R-CHOP.

Objetivo: Presentación de un paciente con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida con desarrollo de Linfoma de Burkitt que condiciona parálisis bilateral del sexto par craneal.

Resumen: Hombre de 43 años sin enfermedades crónico-degenerativas, sin antecedente heredofamiliares de relevancia para el padecimiento actual, con historial de conducta sexual heterosexual de riesgo. Inicia su padecimiento con pérdida de peso 6 kilogramos en 6 meses y crecimiento de masa tumoral derecha progresiva en los últimos 2 meses, acompañado de cuadro de diarrea crónica, ante sospecha clínica se realiza prueba ELISA para VIH que resulta positiva, confirmándose el diagnóstico por western blot. En el transcurso de los 2 meses posteriores



al diagnóstico de VIH presento una masa tumoral en región 2 y 3 cervical derecha y parálisis del sexto nervio craneal de manera bilateral con nistagmo provocado derecho. En su abordaje se documentó por TAC cráneo infiltración a región mastoidea y petrosa del temporal con reforzamiento en seno cavernoso. Se tomó biopsia de ganglio con reporte de patología e inmunohistoquímica linfoma de Burkitt BCL 2+ Y BCL 6+. Se administró esquema de quimioterapia R-CHOP con disminución de la masa tumoral de un 60% aproximadamente y mejoría de la parálisis del musculo ocular recto externo izquierdo. **Conclusiones:** El caso corresponde a paciente masculino de la quinta década de la vida con diagnóstico de Linfoma de Burkitt, proceso linfoproliferativo definitorio del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, quien tuvo como parte del cuadro clínico acompañante, parálisis del sexto nervio craneal bilateral con nistagmo compensatorio, secundario a infiltración del linfoma a nivel petroso y del seno cavernoso.

Palabras clave: linfoma, Burkitt, parálisis, sexto, VIH.

Folio: 0355

Tema: Neurología

Síndrome de embolismo graso. Reporte de un caso

Morales Roberto Carlos, Velasco Estefania, Chavez Irma Corina, Gomez Ernesto, Arciga Montse-

rrat, Antonio Carlos, Becerra Miguel

Hospital General de Manzanillo

Masculino de 24 años, previamente sano, presentó un accidente en motocicleta ocasionándole fractura de fémur y radio cubital izquierda. A su ingreso con TA 100/70mmHg, FC 92x', FR 18x', T 36.5°C, Glasgow 15 puntos, cuello sin ingurgitación yugular, tórax con murmullo vesicular normal, sin estertores o sibilancias, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, abdomen blando sin dolor a la palpación, extremidades con férula en antebrazo izquierdo y extremidad inferior izquierda con tracción y colocación de férula en fémur, llenado capilar 2 seg. 48 horas posterior a su ingreso inicia con disminución del estado de alerta, Glasgow 9 puntos, TA 116/76mmHg, FC 112x', FR 26x', T 38.4°C, SatO₂ 87%, FiO₂ 21%, babinski bilateral +, fondo de ojo con exudado algodonoso, Petequias en conjuntivas, tórax y abdomen con rash petequeal, presentó estertores crepitantes bilaterales. Requirió manejo avanzado de la vía aérea y medidas de neuroprotección, se usó esteroide durante 10 días, con mejoría a su octavo día de tratamiento lográndose el retiro de la ventilación mecánica, a su egreso con Glasgow de 15 puntos. Estudios de laboratorio a 48 horas de su ingreso Hto 31%, Hb 10.4gr/dL, VCM 85 fl, HCM 26.6 pg, Plaquetas

78 mil/ μ L, Leucocitos 9mil/ μ L, Neutrófilos 78.9%, Linfocitos 16.3%, Urea 29 mg/dL, BUN 26.92 mg/dL, Creatinina 0.9 mg/dL, Cloro 108 mEq/L, Sodio 139 mEq/L, Potasio 4.5 mEq/L, Magnesio 2.4mg/dL, VSG 15mm/hr, Albúmina 3.1gr/dL. Gasometría Arterial pH 7.46, pCO₂ 24mmHg, pO₂ 51mmHg, HCO₃ 22.4mmol/L, EB 2.1mmol/L, SatO₂ 87% Radiografía de tórax con infiltrados intersticial bilateral, sin zonas de consolidación. ECOTT con FEV_i 63%, sin cortocircuitos. TAC de cráneo simple normal RMN cráneo muestra en secuencia FLAIR focos de hiperintensidad en la sustancia blanca periventricular bilateral, con áreas de difusión restringida.

Palabras clave: síndrome de embolismo graso, rash petequeal, resonancia magnética, trombocitopenia.

Folio: 0357

Tema: Gastroenterología

Carcinoma de células en anillo de sello gástrico como hallazgo en padecimiento ginecológico

Sánchez Raymundo, Wah Martín

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Femenino de 44 años de edad con antecedentes personales patológicos de miomatosis uterina diagnosticada en octubre del 2016 en tratamiento con medroxiprogesterona 5 mg al día. Antecedente de transfusión

de dos paquetes globulares en el mes de noviembre por anemia normocítica normocrómica. 3 meses previos a su padecimiento inició con lumbalgia intermitente de moderada intensidad atenuándose con analgésicos. Acude a valoración por sangrado transvaginal persistente agregándose cefalea intensa, fiebre y datos sugestivos de rigidez nucal motivo por el cual es trasladada a nuestro hospital. A su ingreso, hemodinámicamente estable, FC 120 lpm, somnolienta, con dolor a la palpación en hipogastrio irradiado a fosas. Palidez generalizada. Dentro de sus laboratorios anemia 7.54 mg/dL, leucocitosis 14,600 K/uL a expensas de neutrofilia y trombocitopena 90.2 J/Ul. Se decide realizar TAC de cráneo previo a punción lumbar con hallazgo de lesiones líticas. En LCR de aspecto claro, 10 leucocitos/mm³ y tinción gram y tinta china negativa. Se valoró por servicio de Ginecología por sangrado transvaginal identificando en vulva y vagina huellas de sangrado, cérvix cerrado sin dolor a la movilización. Útero no valorable por dolor a la palpación y sin evidencia de masas anexiales. Por hallazgo de lesiones líticas se realizó TAC toraco-abdominal para detección de tumor primario. Dentro de dicho estudio se evidenció engrosamiento de la mucosa gástrica por lo cual se decide realizar endoscopia superior encontrándose a ni-

vel de estómago mucosa del cuerpo infiltrada, friable, con hemorragia subepitelial y antro distorsionado con mucosa normal. A la retroflexión incisura, curvatura menor, fondo y cardias con mucosa infiltrada, friable y con hemorragia subepitelial; resto sin alteraciones. Se toman muestras de dicha tumoración con resultado patológico de adenocarcinoma poco diferenciado con células en anillo de sello.

Palabras clave: adenocarcinoma gástrico, células en anillo de sello, tromboembolismo pulmonar, miomatosis uterina, sangrado transvaginal.

Folio: 0359

Tema: Reumatología

Dermatomiositis. Reporte de un caso

Velasco Estefania¹, Chavez Irma Corina¹, Morales Roberto Carlos¹, Arciga Montserrat², Gomez Ernesto², Ocadiz Ivan², Larios Carlos Gerardo²

¹ Hospital General Manzanillo, Universidad de Colima; ² Hospital General Manzanillo

Masculino de 44 años, sin antecedentes de importancia médica. Enviado del Centro de Readaptación Social, con padecimiento de 2 meses de haber iniciado con zonas de alopecia en piel cabelluda, lesiones dérmicas en tórax anterior y posterior, recibió tratamiento con antibióticos y prednisona 20mg por 10 días sin mejoría. Al interrogatorio refirió pérdida

de peso de 10kg, asociado a disfagia progresiva de sólidos a líquidos, además de mialgias y artralgias con debilidad proximal con dificultad para levantar los brazos y levantarse de la silla. A su valoración inicial FC 118´x, FR 21´x TA 125/70 mmHg T 36.7°C, SatO₂ de 78%, FiO₂ 21%, sin falla respiratoria, Glasgow 15 puntos, piel cabelluda con zonas de alopecia, rash en heliotropo, tórax anterior y posterior con eritema violáceo macular en signo del chal, campos pulmonares con estertores tipo velcro en ambos hemitórax, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen con lesiones periumbilicales y flancos con eritema violáceo, extremidades inferiores Godette +, hipotróficas, fuerza muscular Daniels 4/5 en extremidades superiores y 3/5 en inferiores, y manos de mecánico Laboratorios Hb 13.6gr/dL, Plaquetas 245mil/µL, Leucocitos 16mil/µL, Neutrofilos 96.7%, Linfocitos 0.7%mmol/L, Sodio138 mmol/L, Potasio 5mmol/L, Cloro 110mmol/L, Glucosa 129 mg/dL, Urea 53mg/dL Creatinina 1.2mg/dL BUN 25mg/dL, DHL 884U/L, GGT 564U/L, Fosfatasa Alcalina 211U/L, Albúmina 2.53gr/dL, ALT 289U/L, AST 242U/L, Bilirrubinas Totales 1.1mg/dL VSG 24 mm/hr, CPK: 593U/L, CPK-MB 34.7U/L, Aldolasa 8U/L Gasometría arterial pH 7.44, pCO₂ 30mmHg, pO₂ 48mmHg, HCO₃ 20.4mmol/L, EB -3.8mmol/L ANA, Anti-SM, Anti U1-RNP, Anti JO-1, Anti



Mi-2, Anti Scl-70, Negativos TAC pulmonar con infiltrado intersticial en bases pulmonares, zonas de opacidades reticulares, dilataciones bronquiales asociada a enfermedad pulmonar intersticial biopsia muscular muestra infiltrados inflamatorios por linfocitos en el endomisio.

Palabras clave: dermatomiositis, manos de mecanico, rash heliotropo, infiltrado intersticial, disfagia, debilidad proximal.

Folio: 0361

Tema: Misceláneos

Lesión pulmonar aguda producida por transfusiones en paciente con anemia severa

Pérez Jaime Adrian, Pelayo Jaime, Mascorro Cesar Alejandro
Hospital General de Tampico

Introducción: TRALI es un síndrome poco común que puede constituir una amenaza para la vida por insuficiencia respiratoria aguda y edema pulmonar no cardiogenico durante o después de la transfusión de hemoderivados. Siendo la primera causa de muerte por transfusión. **Objetivo:** Identificar pacientes con riesgo potencial de desarrollar un TRALI así también de los pacientes que realmente requieren trasfudir hemoderivados. **Presentación del caso:** Mujer de 70 años niega DM2 y HAS, tiene antecedente de tabaquismo durante 20 años 1 cigarro al día con un IT de 1 paquete/año, secuelas de TBP y ulcera varicosa en miembro

pélvico derecho de 15 años de evolución sin manejo médico solo con AINEs por razón necesaria, ingreso al servicio de urgencias por presentar astenia, adinamia, hiporexia, deterioro neurológico y melena abundante TA:90/50 se le solicita BH la cual reporta HB de 2.7 por lo que se inician transfusiones de hemoderivados con un total de 5 CE y 3 PFC en 24 horas. A las 12 horas posteriores a la última transfusión inicia con disnea y estertores bilaterales por lo que se le solicita radiografía de tórax la cual muestra infiltrado bilateral difuso. **Conclusiones:** Las reacciones transfusionales agudas van desde reacciones molestas pero clínicamente benignas hasta potencialmente mortales. La naturaleza de la reacción puede no ser inmediatamente evidente, porque muchas reacciones comienzan con síntomas inespecíficos, lo cual puede llevar al subdiagnostico. Estos pacientes a menudo tienen afecciones clínicas subyacentes complejas, cuyos síntomas pueden simular una reacción a la transfusión. Por lo tanto, un paciente que experimenta síntomas o signos compatibles con una reacción transfusional aguda debe evaluarse rápidamente y debe tratarse lo más rápidamente posible para minimizar el impacto de la reacción.

Palabras clave: TRALI, transfusion, hemoderivados, lesion pulmonar aguda, disnea, anemia.

Folio: 0362

Tema: Endocrinología

Reporte de caso: schwannoma del área suprarrenal simulador de feocromocitoma

García Luis Manuel, González Oscar Eduardo, Rivera Emmanuel, Oros Cuauhtémoc, Rodríguez Jaime Guillermo
Hospital Central Ignacio Morones Prieto

Se informa del caso de una paciente de sexo femenino de 63 años. Antecedentes de importancia: hipertensión arterial sistémica de 18 años de evolución en tratamiento con prazosina 3mg al día, artritis reumatoide en tratamiento con prednisona 10 mg al día, deflazacort 6 mg al día; fibrilación auricular permanente no valvular (1 año) en tratamiento con metoprolol 100 mg al día y rivaroxaban 20 mg al día, ácido acetil salicílico 100 mg al día; con estudio Holter que reporta aumento del automatismo, principalmente supraventricular, ecocardiograma con disfunción diastólica, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 60%, con insuficiencia aórtica ligera, presión sistólica de la arteria pulmonar de 38 mmHg; diabetes mellitus tipo 2 (1 año) en tratamiento con metformina. Presentó evento vascular cerebral isquémico cardioembólico trombolizado y reperfundido en territorio de la arteria cerebral media derecha sin secuelas aparentes (Enero/2018 Infarto anterosep-

tal antiguo no documentado; antecedente quirúrgico de histerectomía por miomatosis (1996), apendicectomía (2012). Se programó embolización arterial del tumor suprarrenal derecho con sospecha diagnóstica de Feocromocitoma, se realizaron estudios preoperatorios con tomografía axial computarizada donde se observó masa de localización suprarrenal derecha con medidas de 78x73x102 mm; que generaba desplazamiento de hígado, compresión de vena cava, vena porta, no se evidenciaron crecimientos ganglionares hacia el retroperitoneo; con mediciones previas (marzo/18) metanefrinas en orina en 133 mcg/24 horas y norepinefrina 121 mcg/24 horas. Laboratorios y estudios de gabinete a su ingreso destacan: Hemoglobina 13.8 g/dL, plaquetas 218 K/uL; tiempo de protrombina 11.5 seg, INR 1.05, TTP 23.6 seg, proteína C reactiva 1.8; glucosa 102 mg/dL, BUN 10.8 mg/dL, Urea 23.1 mg/dL, creatinina 0.76; Sodio 134 mmol/L, Potasio 3.3 mmol/L, Cloro 99 mmol/L. Electrocardiograma ritmo no sinusal, frecuencia ventricular en 115, eje 60°, fibrilación auricular. Durante el procedimiento realizado por el servicio de Radiología Intervencionista en la aortograma se identificó la presencia de masa hipervascular dependiente de suprarrenal con presencia de dos ramas nutricias, una dependiente de la arteria dia-

fragmática y otra de la arteria aorta localizada anterior a la arteria renal derecha, se procedió a la embolización, como complicación presentó crisis hipertensiva, se estabilizó con alfa y beta bloqueo (prazosina y metoprolol), también con amlodipino. Ingresó a procedimiento quirúrgico para resección de tumor suprarrenal derecho el día 25 de marzo del presente año, se envió pieza quirúrgica para estudio por el servicio de anatomía patológica. No presentó complicaciones postquirúrgicas, se egresó debido a adecuada evolución, se continuó seguimiento por consulta externa y se solicitaron metanefrinas de control. Se emite reporte histopatológico el día 27 de julio del presente año de producto de adrenalectomía total derecha, por inmunohistoquímica Ki-67 con resultado menor a 1% con diagnóstico de Schwannoma de 10X8X7cm con áreas de necrosis extensas, glanglios 4/4 negativos y grasa perirrenal negativa a lesión. La paciente presentó adecuada evolución, fue referida al servicio de oncología médica y continuó seguimiento por servicio de endocrinología.

Palabras clave: schwannoma, feocromocitoma, endocrinología, crisis hipertensiva.

Folio: 0363

Tema: Nefrología

Experiencia en hospital de referencia de segundo nivel en el occidente del país, en pacientes

con enfermedad renal crónica terminal hospitalizados por infección relacionada a accesos vasculares para hemodiálisis

Aranda Andres, Ortiz Carlos Eduardo, Montoya Olivia de Jesus

Hospital General de Occidente

La enfermedad renal crónica terminal (ERCT) es una de las primeras 7/10 causas de muerte en el país, además la segunda causa de muerte prematura en el país, la cual es una pérdida de años laborales de los pacientes. En los últimos 8 años se ha doblado el número en incidencia y prevalencia, esto en parte explicado por el mayor acceso a poblaciones en desventaja a servicios de salud y mayor número de diagnósticos, con un aumento en la tasa anual de mortalidad de 12.3, incidencia 412, prevalencia 1614, por millón de habitantes. Las infecciones son la segunda causa de muerte en pacientes con ERCT en TSR en hemodiálisis (HD) de largo tiempo de evolución, siendo la primera causa los eventos cardiovasculares. Además una causa frecuente de motivos de hospitalización para los pacientes con ERCT, en los últimos años ha incrementado en la incidencia de hospitalización por dicha causa. Acorde al US Renal Data System (USRDS) 34% de los pacientes con ERCT con diagnóstico de egreso relacionados a motivos infecciosos, fueron re hospitalizados en un periodo menor de 30 días. Casi



el doble que la población general. La mitad de los pacientes diagnosticados debutantes con ERCT muere o es rehospitalizados en los próximos 30 días por un motivo relacionado con infecciones. Además, las hospitalizaciones relacionadas por motivo infecciosos, han sido vinculadas como factor exacerbante de riesgo a corto plazo de eventos cardiovasculares en pacientes longevos que reciben terapia dialítica. (2) Se ha demostrado que los pacientes con ERCT tuvieron mayor riesgo mortalidad a los 90 días posteriores al diagnóstico de sepsis que otros comorbidos, como EPOC, DM no insulino e insulino dependientes, enfermedad hepática crónica, o antecedentes de EVC. Nuestro objetivo es describir retrospectivamente, la incidencia de hospitalizaciones en pacientes ERCT y TSR por IAAV, otros comorbidos asociados, factores bioquímicos y laboratoriales como factores de riesgo para rehospitalización en un lapso menor a 1 mes, así como describir su desenlace, y los microorganismos mayormente asociados, susceptibilidad antimicrobiana, y tratamiento antibiótico empleado, en un hospital de segundo nivel, y de referencia, el cual es formador médicos especialistas. Nuestra institución el Hospital General de Occidente cuenta con, 53 camas censables en el piso de medicina interna, disponiendo 7 de manera preferencial para

pacientes con ERCT, sin embargo, de manera frecuente hay un mayor número de paciente hospitalizados con este diagnóstico. En el periodo de los años de 2013-2017, hubo un total de 11,753 hospitalizaciones, de las cuales la población con ERCT en sus diversos fue de 1778, lo que supone un 15.12% de nuestra población; de este grupo por motivos infecciosos fueron 478 hospitalizaciones (26.88%). De las cuales por infección asociada a acceso vascular fue 72 casos en total en 5 años (4.06% de los casos en pts con ERCT y 15% de los motivos infecciosos). En nuestra comunidad la gran mayoría de los pacientes con TSR, no son dializados en la unidad de hemodiálisis de nuestro centro, debido a que existe una saturación de esta, y no es rutinariamente cubierto por el sistema del seguro popular, lo que lleva a los pacientes buscar otras unidades de hemodiálisis, que se ajusten a sus necesidades económicas, en ocasiones perdiendo sesiones de hemodiálisis por estas circunstancias, y brincando de una unidad a otra donde se mas accesible económicamente para ellos, y debido a que nuestro hospital es un centro de referencia, muchos de estos pacientes adquirieron estas infecciones por malas acciones higiénicas, probablemente adquiridas en la comunidad o en distintas unidades de hemodiálisis.

Palabras clave: hemodialisis, infección, renal, crónica, catéter.

Folio: 0364

Tema: Reumatología

Endocarditis no infecciosa de la válvula mitral, asociada a lupus eritematoso sistémico como presentación inicial. Reporte de un caso

Angeles Abish¹, López Rogelio¹, Peñaloza Mario², Rangel Francisco Javier¹, Balam Eros Osiris¹, Villela Jorge²

¹ Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos; ² Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos

Introducción: La endocarditis de Libman-Sacks es una endocarditis no infecciosa, caracterizada por vegetaciones estériles. Se asocian a enfermedades como lupus eritematoso sistémico y la presentación más común es asintomática. El diagnóstico se realiza por ecocardiograma transesofágico. **Objetivo:** Realizar abordaje diagnóstico y analizar caso de endocarditis de Libman Sacks. **Caso clínico:** Femenino de 62 años, con antecedente de cáncer cervicouterino in situ, quien ingreso por fatiga, astenia, adinamia, pérdida de peso, disnea. Analítica al ingreso, hemoglobina 5.9 gr/dl, hematocrito 17.7%, deshidrogenasa láctica 2030 UI/L, bilirrubina total 6.3 mg/dl, bilirrubina indirecta 5.8 mg/dl. Se solicita coombs positivo a IgG y C3D, confirmando

anemia hemolítica. Se reportan los siguientes anticuerpos: AntiDNA doble cadena 110 (< 9.6). Anticardiolipinas IgG > 40UI, resto negativos, realizando diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, iniciando tratamiento con esteroides. Durante su hospitalización presento fiebre, desorientación y soplo regurgitante en foco mitral GII solicitando ecocardiograma transtorácico que demostró: fracción de eyección 60%, válvula mitral con imagen en los bordes libres de ambas valvas prolapsando hacia la aurícula izquierda, condicionando insuficiencia mitral severa, volumen regurgitante de 71 ml, área regurgitante del 38%, disfunción diastólica tipo II, derrame pericárdico posterior. Se sometió a cambio valvular mitral por prótesis mecánica más resección de la vegetación. En la inspección quirúrgica con infiltración hemorrágica. El estudio anatomopatológico confirmo endocarditis aguda moderada. **Conclusiones:** Se aborda presentación atípica de endocarditis de Libman-Sacks, más frecuente en mujeres jóvenes y no asociado al diagnóstico inicial. Afección principal de válvula mitral en 63% de los casos. Como complicaciones se han reportado endocarditis bacteriana, eventos tromboembólicos, disfunción valvular severa que requiere manejo quirúrgico.

Palabras clave: endocarditis Libman-Sacks, lupus eritematoso

sistémico, válvulas cardíacas, vegetaciones estériles.

Folio: 0367

Tema: Gastroenterología
Esofagitis necrosante asociada a cetoacidosis diabética (reporte de un caso)

Villegas Carlos Antonio, Pérez Mayra, Gutiérrez Ruben, Olvera Roberto, Montoya Nora Elisa, Alcalá Aurora Paola Cruz
Hospital General de Zona Número 27 IMSS

La esofagitis necrosante, es una entidad muy rara caracterizada por una llamativa coloración negra circunferencial de la mucosa esofágica en su mayoría distal, su prevalencia en series de endoscopia, es de 0.001 a 0.2 %, es cuatro veces más frecuente en hombres, la etiología no es clara, sin embargo se han observado eventos desencadenantes como son uso de antibióticos de amplio espectro, cetoacidosis diabética, síndrome de Stevens-Johnson y hepatitis, en casos graves llegan a tener un 30 % de mortalidad y estenosis esofágica. Femenino de 45 años con antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina de acción intermedia con mal control. Padecimiento actual: lo inicia con presencia de dolor en extremidades inferiores recibiendo manejo con analgésico, posteriormente se agrega náusea, vómito con hematemesis en pozos de café en una sola ocasión, una evacuación melénicas, al ingreso

con glucosa de 1403 mg/dl, acidosis metabólica con anión GAP aumentado y cetonas en orina. Exploración Física: Alerta, palidez de tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando doloroso a la palpación en epigastrio, peristalsis presente y normal. Laboratorios glucosa 1403 mg/dL creatinina 3.6 mg/dL urea 119 mg/dL sodio 119 mEq/l potasio 4.8 mEq/ leucos 22.3 X10³ Hb 13.6 g/dL hto 42.7% plaquetas 579 x10³ ph 7.26 PO₂ 104 HCO₃ 9 EGO: proteínas + glucosa ++++ Leucos 2-3 bacterias escasas, cetonas +++. Se inicia manejo con soluciones cristaloides e infusión de insulina de acción rápida, sin evidencia de infección como causa de la descompensación, a las 48 horas con criterios de remisión. Se solicita endoscopia por antecedente de hemorragia digestiva con reporte esofagitis necrosante, gastritis crónica superficial, el estudio tomográfico con dilatación de esófago sin datos de perforación. Para el tratamiento de la esofagitis necrosante se indica reposo esofágico y dosis altas de inhibidor de bomba de protones, se realizó control endoscópico con remisión del cuadro.

Palabras clave: esofagitis, necrosante, cetoacidosis.

Folio: 0368

Tema: Reumatología
Arteritis de células gigantes: reporte de caso del sureste mexicano



Jiménez Rodolfo, Fueyo Omar, Coss María Fernanda, Acosta María José, Aguirre Jonathan, Turrent Alonso
Centro Médico ABC

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) es una vasculitis vasos grandes, que afecta típicamente la aorta y sus ramas superiores, en mayores de 50 años típicamente de origen escandinavo. Cursan con cefalea, hipersensibilidad de la temporal, claudicación mandibular, fiebre, pérdida de peso y alteraciones visuales. En la exploración destacan arterias temporales engrosadas y alteración en los pulsos. Presentan anemia, trombocitosis y elevación de marcadores de inflamación. En el Ultrasonido Doppler de arterias temporales se observan los signos del halo y de compresión, útiles para el diagnóstico no invasivo. Histológicamente hay panarteritis de la media e infiltrado inflamatorio. Se recomienda el inicio temprano de glucocorticoides. **Objetivo:** Destacar la importancia de una adecuada anamnesis y empleo de estudios para el diagnóstico de una enfermedad poco común en población mexicana. **Caso clínico:** Mujer de 66 años procedente de Tabasco previamente sana. Inició su padecimiento 4 meses previos con astenia, adinamia, cefalea, visión borrosa, fiebre intermitente, pérdida de peso, claudicación mandibular, tos no productiva y

artralgias generalizadas. A su ingreso se encontró presión arterial asimétrica, carotidinia y dolor en cintura escapular, sin hipersensibilidad de zonas temporales. Se documentó anemia, trombocitosis, PCR y VSG muy elevadas y USG de arterias temporales con signo del halo de 1.5 mm confirmando ACG. Se inició tratamiento con prednisona a altas dosis y aspirina, con posibilidad de agregar Tocilizumab. **Conclusiones:** La presentación de esta enfermedad en una paciente originaria del sureste mexicano es poco frecuente. Se estableció el diagnóstico mediante un método no invasivo como el USG, aunado a la presentación clínica y laboratorios, contemplando a la biopsia como el estándar de oro. Se cumplieron los criterios de clasificación de la ACR. La mortalidad de la ACG es baja si se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.

Palabras clave: arteritis, gigantes, claudicación, VSG, halo, doppler.

Folio: 0369

Tema: Endocrinología

Insulinoma como reto diagnóstico en paciente con retraso del desarrollo cognitivo. Presentación de un caso

Ávila Anabel, Ramírez Norma Alicia

Hospital General de México

Introducción: El insulinoma es el tumor neuroendocrino más común del páncreas con una

incidencia de 4 por cada millón de personas. los pacientes se presentan con hipoglucemia y síntomas de neuroglucopenia, confirmada por medio de la tríada de whipple. el diagnóstico de insulinoma se establece con la menor determinación de glucosa acompañado de insulina mayor de 6mu/ml, péptido c mayor a 0.2nmol/l y proinsulina mayor a 5pmol/l en ausencia de consumo de sulfonilureas y alguna otra patología que condicione hipoglucemia. los insulinomas tienen curación posterior a la extracción quirúrgica; es por ello que se debe localizar el tumor. el ultrasonido la tomografía y la resonancia magnética son de utilidad para tumores de más de 2 cm con una sensibilidad variable. y cuando estos fallan se requiere de métodos más invasivos. por muchos años la angiografía pancreática selectiva ha sido el gold estándar. el muestreo transhepático venoso portal ha sido remplazado por la estimulación intra-arterial con calcio con cateterización de la vena hepática con sensibilidad de 77-100%. **Objetivo:** Demostrar la complejidad para establecer la presencia de insulinoma en un paciente con retraso mental que no capaz de identificar los síntomas de hipoglucemia. **Caso:** Hombre de 42 años de edad, con los diagnósticos de trastorno del desarrollo intelectual. Hospitalizaciones previas en 3 ocasiones por cuadros de hipoglucemia; la última

de ellas se asoció a crisis convulsivas tipo tónico clónicas, con duración de un minuto aproximadamente, sin relajación de esfínteres, postictal no especificado, siendo egresado con tratamiento antiepiléptico (fenitoína). inicia padecimiento actual una semana previo al ingreso al presentar vértigo, sin otros acompañantes, se agrega sialorrea, indiferencia al medio, sin respuesta al estímulo verbal, documentándose glicemia capilar en 25 mg/dl, somnoliento, administrando soluciones glucosadas, mejorando el estado de despierto. durante su hospitalización se lleva a cabo prueba de ayuno, documentando glicemia sérica de 24 mg/dl toma de muestras séricas para determinar niveles de cortisol en 27.9 ug/dl, péptido c 5.72 nmol/l, hormona adrenocorticotrofica 45.9 pg/ml, insulina 9.44 uIU/ml, anticuerpos anti insulina 4.9%. de ésta forma solicitamos estudio tomográfico contrastado en donde no se observa imagen sugestiva de probable insulinoma. al documentarse hiperinsulinismo endógeno y sin demostrar imagen tumoral por éste estudio de imagen, se solicitó realización de ultrasonido endoscópico el cual no documenta lesión tumoral. posteriormente se realiza resonancia magnética en la cual se observa tumoración de 2mm en cuerpo de páncreas por lo que se realiza pancreatectomía sin complicaciones y con remisión de hipoglucemias hasta

el momento. **Conclusiones:** La evaluación de hipoglucemia en el contexto de un paciente sin antecedente de diabetes es sumamente compleja y en el caso de un paciente con retraso cognitivo se vuelve un reto para los familiares y para el clínico siendo en estos casos de mucha utilidad la realización de un adecuado protocolo de diagnóstico. **Palabras clave:** insulinoma, hipoglucemia, tumoración, insulina, péptido C, anticuerpos.

Folio: 0370

Tema: Oncología

Schwannoma maligno medianamente diferenciado de retroperitoneo con metástasis hepáticas

Juárez Paulina, Espinosa Ana Isabel, Ortiz Mariana, De La Maza Salvador
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción: Los tumores malignos de la vaina del nervio periférico (TMVNP) son sarcomas de la vaina nerviosa derivados de las células de Schwann o células pluripotenciales de la cresta neural, conocidos también como neurilemomas, schwannomas malignos, neurofibrosarcomas y sarcomas neurogénicos. Los TMVNP son tumores muy poco frecuentes, con una incidencia del 0.001% en la población general y del 0.16% en pacientes con neurofibromatosis tipo 1 (NF1). Representan aproximadamente el 10% de los

sarcomas de tejidos blandos **Objetivo:** Presentar un caso de tumor maligno de la vaina del nervio periférico (Schwannoma maligno) retroperitoneal, con metástasis hepáticas. **Caso:** Femenino 41 años, niega antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas, acude por cuadro clínico de 6 meses de evolución con disuria, edema de miembro pélvico derecho, hiporexia, sensación de plenitud postprandial, astenia, adinamia, aumento de perímetro abdominal, por lo que solicita valoración médica, donde a la exploración física presenta tumor en cuadrantes superior e inferior derechos. En enero 2017 se le realiza una laparotomía para biopsia de tumor, con reporte histopatológico de Schwannoma maligno medianamente diferenciado de retroperitoneo, y en abril 2017 resección de Schwannoma maligno en retroperitoneo con hemicolectomía, nefrotomía, transfusión de seis paquetes globulares, siete plasmas frescos congelados, concentrados plaquetarios y crioprecipitados). Ingresó a Unidad de Terapia Intensiva, donde permanece 10 días, y presenta coagulación intravascular diseminada secundaria a hemorragia masiva en quirófano. Continúa en seguimiento por oncología médica quienes indican 32 sesiones de RT las cuales se llevan a cabo de junio a julio del 2017. La paciente refiere adecuado control posterior a



estas. En marzo de 2018 se realiza TAC de seguimiento, en la cual se documenta hígado con múltiples lesiones redondeadas con reforzamiento periférico y líquido en su interior, compatibles con proceso metastásico de primario conocido. Laboratorios: Leucocitos 6.5, Neutrófilos 4.6, Linfocitos 1.0, Hemoglobina 10.4, VCM 96, HCM 30, Plaquetas 315, Hematocrito 33, Glucosa 109, BUN 11, Urea 24, Creatinina 0.72, Sodio 135, Potasio 3.9, Cloro 105, Calcio 8.7, Magnesio 1.65, Proteínas totales 7, Albúmina 3.2, Globulinas 3.7, PCR 4.2, TP 12.4, INR 1.14, TTP 32.7 Diagnóstico microscópico: Schwannoma maligno medianamente diferenciado de retroperitoneo.

Palabras clave: schwannoma, retroperitoneo, metástasis.

Folio: 0371

Tema: Otros

Utilidad pronóstica del índice neutrófilo linfocito en sujetos con sepsis y choque séptico en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de México

Lara Anabel, Méndez Andrea
Hospital General de México

Sepsis es un síndrome con anormalidades fisiológicas, patológicas y bioquímicas inducidas por un proceso infeccioso, el cual se manifiesta como un estado de disfunción orgánica ocasionado por la respuesta desorganizada ante procesos infecciosos. La sepsis es la

primera causa de muerte por infecciones, especialmente las que no se reconocen de forma temprana, por lo que su reconocimiento inmediato es obligado, se reporta mortalidad de hasta el 40% si progresa a choque séptico. Ya que la disfunción orgánica puede ser difícil de diagnosticar al inicio, se puede considerar que está presente en cualquier paciente con un proceso infeccioso, y de ésta forma, tomar medidas para evitarla. A pesar de que varios biomarcadores se han propuesto, ninguno ha conseguido el estándar de oro. Se han identificado e investigado una serie de biomarcadores para determinar la utilidad para permitir decisiones inmediatas y precisas con respecto al tratamiento con antibióticos. El propósito de usar un marcador que oriente al clínico para toma de decisiones de forma temprana, ayuda a evitar complicaciones relacionadas con sepsis y, por lo tanto, a mejorar el pronóstico del paciente. El índice neutrófilo/linfocito (NLR) es comúnmente utilizado como marcador de inflamación en enfermedades crónicas, como cáncer o enfermedades cardiovasculares, y surge como un potencial marcador celular que relaciona éstas complicaciones como probabilidad de desarrollo de disfunción endotelial, lesión renal aguda, mayor días de estancia hospitalaria, progresión de sepsis a choque séptico y mortalidad, siendo económico,

rápido y no invasivo. Diferentes valores de NLR, con diferentes métodos, han sido establecidos para diferentes tipos de poblaciones (casos oncológicos o no). Finalmente, no existe un valor universal establecido. El índice neutrófilo/linfocito (NLR) es un marcador de laboratorio que evalúa la gravedad de éste tipo de enfermedades. Los procesos de inflamación, son multidimensionales y no específicos, un marcador ideal debería de estar disponible para abarcar todas sus características. Por lo que, éste estudio describe la relación y la utilidad clínica del NLR como biomarcador de pronóstico de complicaciones aguda y de gravedad en sujetos con sepsis y choque séptico. Se estudiaron 64 sujetos, se normalizaron los valores del NLR mediante el cálculo logarítmico natural de sus valores. Concluyendo que NLR es un marcador con utilidad predictora en sujetos con sepsis y choque séptico, de mortalidad a 30 días, y pronóstico de lesión renal aguda.

Palabras clave: sepsis, índice neutrófilo linfocito, choque séptico, lesión renal aguda, mortalidad, pronóstica.

Folio: 0372

Tema: Hematología

Hipoglucemia y polineuropatía axonal como manifestación inicial de síndrome de Poems

Gutierrez Anahi Guadalupe, Aburto Elsa, Casanova Erika, Amores Carlos Alberto

Instituto Mexicano del Seguro Social Centro Médico Nacional Siglo XXI

Masculino de 65 años de edad, originario y residente de Ciudad de México. Hepatitis viral en la infancia, hipoacusia bilateral de 20 años de diagnóstico, etiología no especificada, con uso de dispositivos auditivos. IT: 100 paquetes/año. Inició padecimiento con pérdida ponderal de 12 kg, cuantificado en 17% de peso corporal total en un 1 mes, acompañado de astenia, adinamia, diaforesis, profusa, desorientación temporo espacial, documentándose hipoglucemia 53mg/dl; se adicionó náusea, emesis gastrobiliar, fiebre de 39°C, debilidad, parestesias y fasciculaciones de miembros pélvicos. A su ingreso con TA: 110/70mmHg, FC: 62lpm, FR:18 rpm, T: 37.2°C, Sat 98% con FiO₂ 30%, glucemia capilar 32mg/dl, somnoliento, respuesta a estímulos, palidez mucotegumentaria; hipoacusia bilateral, fuerza 3/5 en miembros pélvicos, 4/5 en miembros torácicos, hipoestesia en miembros pélvicos, REMS 2/4. Cuello sin megalias ni soplos, tórax con ruidos respiratorios normoaudibles, no agregados, sin integrar síndrome pleuropulmonar; precordio con ruidos cardíacos rítmicos, buen tono e intensidad, sin S₃, ni soplos; abdomen plano, normoperistalsis, no visceromegalias, sin datos de irritación peritoneal;

genitales acorde a edad y género; extremidades íntegras, simétricas, hipotróficas, no edema, llenado capilar de 3 seg. Durante su hospitalización se realizó abordaje por hipoglucemia, inicialmente con prueba de ayuno con resultado positivo, posteriormente medición de Péptido C 0.14ng/ml, Ac contra insulina 8.0%, Ac contra el receptor de insulina 0.15%, somatomedina C IGF-I 107ng/ml, Proinsulina 2.96pmol/L, negativo descartando causas de hiperinsulinismo endógeno. Perfil hormonal: Prolactina 21.64ng/ml, Estradiol 25.04pg/ml, Testosterona total 237.1ng/ml, TSH 7.58 mcUI/ml, T4L 1.05ng/dl, ACTH 45.15pg/ml, cortisol 14.7ug/ml. Se realizó USG endoscópico sin evidencia de lesión focal en páncreas; gammagrama óseo con 99m-Tc normal sin captación; prueba de estimulación con calcio negativa. Además desde su ingreso se documentó anemia normocítica normocrómica, arregenerativa, con hiperferritinemia, se realizó Panel viral y TORCH negativo, niveles de vitamina B12 y folatos normales. VSG 23mm/hr, PCR1.92 mg/dl, FR 7.42UI/ml, ANA negativo. Colonoscopia y endoscopia sin alteraciones. Mielocultivo para Micobacterias y hongos sin desarrollo. Hemocultivos sin desarrollo. Con B2 microglobulina 4402 ng/ml, proteínas totales: 9.4gr/dl; posteriormente se realizó aspirado de médula ósea con hiperplasia eritroide

de aspecto reactivo, sin datos de clonalidad en alguna línea celular. Por la presencia de hipergammaglobulinemia de IgG de 4262mg/dl, se realizó Electroforesis de proteínas en orina con Proteína INM 15mg/dl, Proteínas totales INM 586 mg/dl. Cadena Kappa 56.7mg/24 hr, Cadena Lambda 0.38mg/dl, Cadena lambda en orina 24 hr 0.00mg/24 h, inmunofijación en suero Cadena ligeras Kappa, Inmunoglobulina G. Cadenas ligeras en suero con Kappa libres 82.7mg/dl, Cadenas ligeras Lambda libre 108mg/dl. Por los datos clínicos de neuropatía se realizó potenciales evocados documentándose polineuropatía sensitivo motora de carácter axonal; biopsia de nervio sural con degeneración axonal leve, focal; posteriormente IRM de encéfalo con atrofia cortico-subcortical, e IRM de columna lumbar con hiperintensidad anormal de médula ósea, sugerentes de proceso mieloproliferativo. Se realizó biopsia de hueso con hiper celularidad con 20% de células plasmáticas, desmencariotipoyesis. Posteriormente se realizó biopsia de grasa umbilical normal, con tinción rojo congo negativa. Ante la sospecha de POEMS por los datos clínicos y bioquímicos, se realiza medición del factor de crecimiento vascular endotelial de 1638.3 pg/ml; cumpliendo criterios diagnósticos.

Palabras clave: POEMS, hipoglucemia, polineuropatía,



hipergamaglobulinemia, factor de crecimiento endotelial vascular.

Folio: 0373

Tema: Endocrinología

Estudio retrospectivo-prospectivo observacional en la vida real del tratamiento con denosumab en pacientes mexicanas con osteoporosis posmenopáusicas (base de datos Rosemary)

Macías Amador Ernesto¹, Cons Francisco Fidencio², Jasqui Salomón⁵, Salinas Carlos Rubén³, Zarain Alfonso Jesús⁴, Reza Alfredo⁵, Peña Hugo Daniel⁶, Morales Jorge⁷

¹ Centro Médico San Francisco, Monterrey NL; ² Centro de Investigación en Artritis y Osteoporosis, Mexicali BC; ³ Consultorio Médico, Puebla; ⁴ Centro de Climaterio y Osteoporosis, Puebla; ⁵ Consultorio Médico, Cd. de México; ⁶ Centro Diagnóstico de Osteoporosis de Hermosillo, Sonora; ⁷ Clínica de Osteoporosis Hospital Aranda de la Parra, León, Guanajuato

Introducción: La eficacia clínica de Denosumab (DMAb) ha sido bien demostrada en estudios clínicos, no obstante, se debe evaluar su efectividad en el mundo real. Reportamos la experiencia mexicana en el tratamiento de osteoporosis posmenopáusicas (OpPM) con DMAb empleando una Base de Datos (BD) de práctica clínica de vida real. **Métodos:** Estudio cohorte descriptivo-prospectivo multicéntrico, realizado en

México con 4 años de registros clínicos de pacientes tratadas con DMAb en 11 centros.

Resultados: 504 pacientes, edad inicial 67 ± 12.9 años y $75\% > 60$ años. Indicaciones para DMAb: Osteoporosis (Op) Cadera en densitometría dual de rayos x (DXA) 61.9% , disminución o no respuesta en Densitometría Ósea (DMO) por DXA 42% , Op Columna en DXA 13% y > 5 años de uso de bisfosfonatos (BFs) 4.5% . DMAb como primer fármaco anti-Op en 195 (38.6%) y 61.4% con medicación previa. DMO promedio en columna lumbar (CL) aumentó desde basal 4.5 , 6.2 , 7.6 y 8.1% al mes 12, 24, 36 y 48. En cuello femoral (CF) DMO aumentó desde basal 2.2 , 3.5 , 4.3 y 5.4% al mes 12, 24, 36 y 48. DXA muestra al inicio 44% pacientes con Op, 45% osteopenia en CL y al 4to año 10% y 50% respectivamente; 10% normales. En fémur total (FT) 19% Op y 59% osteopenia; al 4to año 9% y 52% respectivamente, 39% normales. El nivel de FRAX[®] para Riesgo de Fractura a 10 años al inicio 8.5 ± 5.8 DE para Fractura (Fx) Op Mayor y 2.8 ± 3.4 DE para Fx Cadera, empleando valores de población mexicana. Fxs prevalentes en 75 (14.8%), 21 (4.1%) tuvieron > 1 Fx y 410 (81.3%) sin Fxs. Solo 16 (3.1%) desarrollaron Fxs durante tratamiento con DMAb con 9 (1.7%) por lo menos 1 Fx y 7 > 1 Fx (1.3%). Se informó de efectos adversos en 9 (1.7%).

Conclusiones: DMAb mejora la DMO en la mayoría de pacientes con OpPM en entorno de vida real. En México se utiliza DMAb en población más joven, con menor Riesgo de Fractura (FRAX[®]) y DMAb demostró ser tan seguro como se observó en los estudios clínicos de registro. **Palabras clave:** osteoporosis, denosumab, posmenopausia, mujeres, densitometría ósea, fractura.

Folio: 0374

Tema: Hematología

Síndrome anémico y descontrol metabólico secundario a fístula duodenal no asociado a complicación quirúrgica

Guerrero María de los Ángeles, Cerda Fidel, Escarela Maricela, García Yang David

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Masculino de 52 años de edad con antecedentes de importancia alcoholismo positivo, tabaquismo e Hipertensión Arterial Sistémica de 10 años de evolución con tratamiento irregular. Inicia padecimiento actual con ataque al estado general, hiporexia, astenia, adinamia, dolor en epigastrio de moderada intensidad, motivo por el cual acude a facultativo quien diagnostica estado hiperosmolar, por lo que se inicia insulina y reanimación hídrica. Por ausencia de mejoría, es enviado a tercer nivel de atención donde se documenta lesión renal aguda con creatinina

1.68, Hb 11 g/dl, persistencia de descontrol glucémico con HbA1C en 14.4%, por lo que se ajusta insulina basal. Presenta evolución favorable y es egresado con tratamiento con insulina glargina 30 UI, lispro 5-5-5, así como linaliptina 5 mg. En seguimiento por consulta externa dos semanas posteriores se observa paciente con palidez extrema, febril, con tos seca de 10 días de evolución, con Hb 8 g/dl, Hto 24.5, VCM 91.1, ADE 13.4%, BT 0.51, BI 0.32, BD 0.19, plaquetas 611,000, 15,800 leucocitos, por lo que se decide su ingreso. Exploración física dentro de la normalidad, sin adenopatías o visceromegalias palpables. Paraclínicos complementarios: EGO normal, radiografía tórax normal, se solicita hemocultivos y se inicia antibioterapia empírica con levofloxacino. Frotis de sangre periférica: Serie ósea normocítica normocromica: EOS 2, Mielos 3, Metamielocitos 3, Bandas 8, Segmentados 51, Linfos 33, Monos 0, Plaquetas 636,000, Cinética de hierro: Hierro 4, Transferrina 148, Capacidad total de fijación 218, Índice de saturación 1.8. Persiste febril pese a antibioterapia establecida, con caída de Hb a 6.8 por lo que se realiza endoscopia que reporta esófago normal, hiato laxo, estómago con gastropatía erosiva de predominio antral, píloro abierto, fistula con salida de material purulento en rodilla duodenal, se realiza fistulografía donde se

visualiza cavidad de 4x4 cm que se extiende hacia corredera peri pancreática. Las fistulas duodenales representan el 3-14% de las fistulas entero cutáneas, en su mayoría como complicación quirúrgica por cierre inadecuado o devascularización del duodeno, sin embargo, en casos como este donde no se cuenta con antecedentes quirúrgicos, se debe de considerar como posibilidad diagnóstica enfermedad ulcerosa péptica; excluyendo enfermedad de Crohn, trauma, pancreatitis y cáncer.

Palabras clave: anemia, ferropenia, fistula, duodenal.

Folio: 0375

Tema: Otros

Síndrome febril y afección pulmonar severa por proteinosis alveolar idiopática

Guerrero María de los Angeles, Cerda Fidel, Escarela Maricela, Rodríguez Andrea

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Paciente femenina de 35 años de edad con antecedente de tumoración selar en estudio diagnosticada en abril 2018 con hipotiroidismo secundario e hipogonadismo hipogonadotrófico. Inicia padecimiento con cefalea de predominio frontal, náuseas sin llegar al vómito, además de xerostomía y xeroftalmia, así como poliuria motivo por el cual es ingresada para protocolo de estudio donde se diagnostica diabetes insípida, se descartó

deficiencia de corticotropo, con adecuada sustitución de tirotrono, se inicia desmopresina con mejoría de volúmenes urinarios. Presenta fiebre de manera constante hasta 39C, se realiza radiografía de tórax con infiltrado difuso, datos de neumopatía intersticial, así como elevación de azoados con creatinina 3mg/dl. Se inicia antibioterapia a base de levofloxacino, por ausencia de mejoría se cambió a cefepime, posteriormente a piperacilina tazobactam con linezolid, con hemocultivos seriados negativos, sin embargo con datos de respuesta inflamatoria sistémica y PCR en 310. Se realiza perfil inmunológico con reporte de DNA doble cadena, complemento, ANCAS, Anti Ro, Anti La, Factor reumatoide negativos, marcadores tumorales negativos, además de realizo gammagrafía y biopsia de glándulas salivares, las cuales fueron negativas para síndrome de Sjögren. Se realiza broncoscopia con lavado broncoalvelolar y toma de muestras, lo que reportó cultivo negativo, citología con único hallazgo de reacción inflamatoria leve, PCR para tuberculosis negativo, además se realizó galactomanano y tinciones especiales excluyéndose sarcoidosis y amilodosis. La histopatología reporto proteinosis alveolar pulmonar. La proteinosis alveolar idiopática es una entidad extremadamente infrecuente con 1 a 2 casos



por millón de habitantes, que se desarrolla inicialmente con un cuadro febril con afección pulmonar severa por lo que se ingresó a nuestro servicio con protocolo de estudio integral donde se descartaron patologías infecciosas, tumorales e inmunológicas, con diagnóstico en base a reporte histológico y con resolución de los síntomas posterior a lavado bronco alveolar, el cual es el tratamiento de primera instancia en esta patología. En este momento pendiente utilización de factor estimulante crecimiento de granulocitos y macrófagos como alternativa terapéutica para disminución del factor surfactante.

Palabras clave: fiebre, proteino-sis, alveolar.

Folio: 0376

Tema: Dermatología

Eritrodermia psoriásica en paciente femenino de 35 años de edad

Mascorro César Alejandro, Pérez Jaime Adrian, Vargas Joary, Villanueva Juan Manuel

Hospital General de Tampico
Dr. Carlos Canseco

Introducción: La psoriasis eritrodérmica es una variante severa e infrecuente de la psoriasis que se caracteriza por un eritema disseminado de la piel. **Objetivo:** El objetivo de este informe es presentar un caso clínico de una paciente en la cual su presentación de la psoriasis fue de la variedad

eritrodérmica. **Presentación del caso:** Paciente femenino de 35 años de edad Originario: Tantoyuca Veracruz Inicia su padecimiento hace 6 meses con aparición de vesículas disseminadas en todo el cuerpo a decir de la paciente, acude a consulta particular con medicina general el cual deja manejo no especificado por paciente, sin embargo no presenta mejoría de cuadro clínico. Acude a esta unidad para su valoración el lunes 23 de julio de 2018 por razones de falta de mejoría a cuadro establecido. Fue valorada por servicio de Dermatología en área de urgencias por presentar un cuadro de eritrodermia. Encontrando una paciente un afásica y lenta en respuesta verbal, con dermatosis generalizada caracterizada por eritema y descamación que respeta mucosas además de edema de miembros pélvicos. Con lesiones descamativas en todo el neurocráneo Extremidades integras, con edema +++ con descamación, movilidad activa ausente, arcos de movimientos disminuidos, fuerza muscular 2/5 en escala de Daniels, pulsos periféricos no palpables por edema, llenado capilar 3 segundos, uñas de coloración negruzca, miembros pélvicos fríos con ulceraciones en 1, 2 y 3er or-tejo biopsia de piel fragmento pequeño de piel con pocos linfocitos perivasculares atípicas en la dermis superficial,

varios fragmentos de escamas (laminas) de queratina.inicia con datos clínicos de sepsis, se policultiva., reportando pseudomonas aureuginosa en orina y acinetobacter baumannii en secreción de piel. la paciente cae en choque séptico, falla orgánica múltiple y fallece. **Conclusiones:** La psoriasis se define como una enfermedad crónica, de causa desconocida, complicaciones alteraciones hemodinámicas, infección como se reporta.

Palabras clave: eritrodermia, psoriasis, complicaciones, sepsis, dermatología, cronicidad.

Folio: 0377

Tema: Neurología

EVC isquémico de origen cardioembólico en paciente joven

González Marusia, Soto Carlos, Martínez Juan Manuel

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Se presenta caso de masculino de 31 años, sin antecedentes conocidos. Inició padecimiento 3 horas previas a ingreso, en forma súbita, mientras tenía relaciones sexuales, presentando alteración del habla, debilidad de hemicpo. derecho y desviación de comisura bucal hacia la izquierda. El px es llevado a clínica particular, de donde lo refieren a nuestro hospital. A su visita a urgencias, presenta signos vitales normales. La explor. neurológica destaca: lenguaje no fluido, incapacidad

para la repetición; paresia facial inferior der.; fuerza 3/5 de hemipco. der. con ROT aumentados, fuerza 5/5 de hemipco. izq. con ROT normales. Se integra sd. vascular motor superior con afasia motora, NIHSS: 7 ptos, y RANKIN: 3 ptos. Explor. cardiovascular sin datos relevantes, igualmente que la del resto de sistemas. Estudios de laboratorio sin hallazgos relevantes. Se toma TAC de cráneo, detectando múltiples lesiones hipodensas en territorio de ACM izq., compatibles con EVC isquémicos. Se trombolisa con alteplasa. NIHSS aumenta a 9 ptos. Ingres a Neurología. Se realiza RM cerebro, confirmando múltiples EVC isquémicos agudos, en territorio parcial de ACM izquierda. Se inician ASA, atorvastatina. Se realiza abordaje etiológico. US doppler carotídeo y EKG holter sin alteraciones. Ecocardiograma TT evidencia masa en septum auricular; se realiza ecocardiograma transesofágico para su definición, detectando tumoración interauricular. Se concluye etiología cardioembólica, resultando en clasificación ASCOD: A0S0C1O0D0. Se interconsulta a Cirugía Cardiotorácica, se realiza cirugía de corazón abierto, con resección de tumor interauricular. Biopsia reporta: tinción HyE, células poligonales, sin atipia, de tipo mixoma, dentro de estroma. El px evoluciona favorablemente. Al día 11, presenta NIHSS 5 ptos. Se decide su egreso con indicación de

seguim. en Cirugía Cardiotor., Neurología, Rehab. Física, y Cardiología para seguim. anual ecocardiográfico para detección oportuna de recurrencia de mixoma.

Palabras clave: EVC, isquémico, cardioembólico, mixoma, joven.

Folio: 0378

Tema: Nefrología

Neuromielitis óptica y asociación con glomerulonefritis membranosa

Toledo Sebastian Eduardo, Flores Miguel Guillermo, Morales Dalia Azucena, Martínez Karen Belen, Uresti Eileen Liberata, Cedillo José Ramon

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La neuromielitis óptica es una condición autoinmune desmielinizante del SNC, con anticuerpos IgG contra la acuaporina 4 (AQP4) La nefropatía membranosa es una condición autoinmune caracterizada por los depósitos subepiteliales de Inmunoglobulina G y complemento, en su mayoría idiopático, sin embargo en el 25% de los casos asociado a otra condición autoinmunitaria, infecciosa, neoplasia o relacionada con medicamentos. El objetivo de la presente publicación es informar la asociación de neuromielitis óptica glomerulopatía membranosa planteando la posibilidad de un mecanismo fisiopatogénico común. **Caso**

clínico: Hombre de 23 años de edad, con diagnóstico de neuromielitis óptica en julio de 2017, recibió metilprednisolona en bolos y rituximab con lo que presentó mejoría parcial de sintomatología. Ingresó 6 meses después por infección de vías urinarias complicada. Recibió tratamiento antimicrobiano, sin embargo, persistió con proteinuria y sedimento urinario con numerosos eritrocitos dismórficos y cilindros granulosos. La cuantificación de proteínas en 24 horas fue de 2.8 g. Los anticuerpos antiacuaporina 4 (AQP4) fueron positivos. En análisis histopatológico del tejido renal mostró glomerulonefritis membranosa, y la inmunofluorescencia fue positiva para IgG y depósitos granulares no lineales. Se descartaron enfermedades autoinmunes, infecciones, neoplasias y toxinas. Continuó tratamiento con rituximab y prednisona con lo cual la proteinuria disminuyó a menos de 500 mg/día considerando remisión completa de la enfermedad renal. **Conclusión:** Se presenta a un paciente con una importante nueva asociación de glomerulonefritis membranosa coexistente con una condición autoinmune ya establecida, sin embargo, dentro de la literatura es extremadamente rara esta asociación. En este momento no se ha demostrado una relación causal existente entre estas dos condiciones. Las posibles razones a abordar incluyen: predisposi-



ción genética, ambientales y el compartir múltiples antígenos blanco frente a distintos tipos de anticuerpos. Se debe continuar con el abordaje y clasificación de este tipo de asociación entre patologías autoinmunes.

Palabras clave: glomerulonefritis membranosa, neuromielitis optica, antiacuaporina 4.

Folio: 0379

Tema: Infectología

Meningoencefalitis por *Listeria monocytogenes*

Ramos Alejandra, Rivera Hector, Uribe Roberto Salvador Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Paciente masculino de 68 años de edad con antecedente de Hipertensión arterial sistémica de 10 años de evolución en tratamiento con captopril, alergias negadas, quirúrgicos: negados, tabaco: negado, alcohol: ocasional en eventos sociales sin llegar a la embriaguez, toxicomanías negadas. Padecimiento actual: inicia una semana antes de su ingreso con cefalea frontotemporal pulsátil intermitente, sin predominio de horario, no agravantes o atenuantes de intensidad en escala de EVA 9/10, acoplada de náusea llegando al vómito en dos ocasiones de contenido alimentario. Acude a facultativo quien indica tratamiento con ceftriaxona sin presentar mejoría. Se agrega bradipsiquia y debilidad en las cuatro extremidades, presenta

fiebre por lo que ingresa a hospitalización. A la exploración física con TA 140/90 FC 70 FR 20 temperatura 37. Despierto, Glasgow 15 puntos, precordio rítmico, no agregados, campos pulmonares sin alteración, abdomen globoso por panículo adiposo sin dolor a la palpación, extremidades íntegras. Fuerza en cuatro extremidades 5/5 con ROTS ++/++++, Babinsky ausente, con rigidez de nuca, pares craneales sin alteración. Laboratorios: leucocitos 14 neutrófilos 11 Hb 16.9 plaquetas 143 Glucosa 153 Urea 57 Creatinina 1.3 Na 137 K 3.4 Cl 95 DHL 787. Tomografía de cráneo sin alteraciones. Punción lumbar con citoquímico: agua de roca, sedimento negativo, leucocitos 15/mm³. Cultivo de líquido cefalorraquídeo: *Listeria monocytogenes*. Diagnóstico de meningoencefalitis por *Listeria monocytogenes*. Se inicia tratamiento con Ampicilina 2 gramos intravenoso cada 4 horas por 10 días con lo que presenta mejoría clínica.

Comentario: Las infecciones de sistema nervioso central se consideran una urgencia neurológica por lo que se debe de realizar el diagnóstico e iniciar tratamiento de forma oportuna para evitar complicaciones como secuelas neurológicas. Es importante sospechar este microorganismo en pacientes mayores a 50 años. Se realiza el reporte de caso debido a la baja incidencia que se reporta en la literatura

Palabras clave: cefalea, infección, meningoencefalitis, punción, antimicrobiano, secuelas.

Folio: 0380

Tema: Infectología

Micosis rino-cerebral: coexistencia de *Mucor* y *Aspergillus* en una paciente inmunosuprimida. Reporte de un caso

Hernández Moisés, Ramírez De Aguilar Jimena, Pérez Gabriel, Cedillo José Ramón, Ávila Juan Raúl, Aguilar Iván Hiram, Echeverría Liliana Paola

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional SXXI, IMSS

La aspergilosis y la mucormicosis son infecciones oportunistas con alta tasa de letalidad que ocurren en contexto de diabetes descontrolada, neoplasias hematológicas y fármacos inmunosupresores. La coexistencia de aspergilosis y mucormicosis limitada a región rinocerebral es muy rara, con menos de 100 reportes publicados en la literatura. Se presenta el caso de una paciente con inmunosupresión secundaria que desarrolló esta complicación. Mujer de 63 años, originaria de Morelos con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de 8 años de diagnóstico en tratamiento con insulina, mal apego que condiciona descontrol crónico. Cursa con cuadro agudo caracterizado por síntomas constitucionales, fiebre, lumbalgia, polidipsia y poliuria. En la valoración inicial presenta síndrome en-

cefalopático y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, realizándose protocolo donde se documenta cetoacidosis diabética grave e infección de vías urinarias. Ingres a UCI por deterioro neurológico y clínico que requirió ventilación mecánica, insulina en infusión y cefalosporina. Durante su estancia desarrolla hiposfagma, blefaritis y rinorrea purulenta unilaterales de evolución rápida. Es enviada a nuestra unidad por sospecha de trombosis de seno cavernoso vs fístula carotídea. Se realizó RMN donde se observó área mal definida frontal izquierda hipointensa en T1, hiperintensa en T2 y FLAIR con ocupación y expansión del seno frontal izquierdo por material hiperintenso en T1 y FLAIR, engrosamiento de la mucosa de antros maxilares, senos esfenoidales, celdillas etmoidales y senos frontales. Dado el contexto clínico y la se sospecha de mucormicosis rinocerebral se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal. Se realiza debridamiento quirúrgico con toma de muestra donde se confirma microbiológicamente coexistencia de mucormicosis y aspergilosis. Presentó mala evolución clínica a pesar del tratamiento antimicrobiano y de sostén, desarrollando falla orgánica múltiple y posteriormente defunción.

Palabras clave: mucormicosis, aspergilosis, coinfección, inmunosupresión, letalidad, microbiología.

Folio: 0381

Tema: Reumatología

Granulomatosis eosinofílica con poliangeitis y afección cardiaca: reporte de un caso

Osua Paul, Cervantes Ricardo Guadalupe, Argüelles Marco Hipolito, Figueroa Martin

Instituto Mexicano del Seguro Social

Masculino de 70 años, antecedentes de importancia; solo con exposición a biomasas, Tabaquismo + IT 1, asma de difícil control de reciente inicio tratado con múltiples esquemas, y sinusitis de repetición. Inicio padecimiento con fiebre sin predominio de horario, tos productiva con expectoración verdosa y disnea. Recibió tratamiento a base de levofloxacino y broncodilatador, posteriormente con cuadro diarreico y náusea sin llegar al vomito e hipostesia en miembro pélvico derecho y miembros torácicos, aparecen lesiones cutáneas caracterizadas por púrpura palpable de inicio en dorso de ambos pies y extensión a tercio inferior de ambas piernas, con dolor urente. A su ingreso en malas condiciones generales, persistencia de cuadro respiratorio, incremento en lesiones cutáneas, aumento de dolor en miembros pélvicos. En paraclínicos destaca leucocitosis de 23 000 a expensas de eosinófilos (13 500) y PCR (19.1). Durante estancia hospitalaria presenta deterioro respiratorio progresivo,

radiografías de tórax infiltrado reticular difuso migratorio. Se excluyeron causas infecciosas, hongos; Ac para coccidioides negativo. Galactomano para aspergillus negativo, coprocultivos, coprológicos con resultado normal, amiba en fresco negativo, leucocitos en moco fecal negativo, panel viral, marcadores tumorales dentro de parámetros normales, perfil tiroideo normal. El frotis de sangre no arroja precursores de globulos blancos inmaduros o de características displásicas, niveles de vitamina B12 (430.1) normales. La biopsia cutánea reporto: Epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica dermis con edema subepidermico, presencia de infiltrado inflamatorio de tipo neutrófilo en vasos dermicos superficiales, con degeneración de los núcleos y formación de polvo nuclear (leucocitoclasia), así como exudado de fibrina focal de fibrina con escasos eosinófilos. se concluyó: vasculitis leucocitoclastica. Se manejó con 50mg/día prednisona, posteriormente se egresa por mejoría clínica. A los tres meses con disnea de pequeños esfuerzos y epigastralgia se solicitó ecocardiograma de urgencia, el cual reporto datos de miocarditis, con corazón hiperquinético, hipocontractilidad, con disfunción sistólica levemente deteriorada, disfunción diastólica grado II, paciente persistió con disnea de pequeños esfuerzos, tos



productiva, claudicación de músculos maseteros y dolor urente en miembro pélvico y torácico izquierdo. En contexto de paciente con afectación sistémica (hematológica, respiratoria, cardíaca, cutánea, gastrointestinal y probablemente neurológica) pormono neuropatía múltiple y ANCA P 200 (fuerte positivo). El paciente cumple criterios propuestos por el ACR para poliangeitis granulomatosa eosinofílica (Churg-Strauss) por: antecedente de asma, más del 10% de eosinófilos en biometría hemática, infiltrados migratorios en la radiografía de tórax, antecedente de sinusitis de repetición, biopsia de piel con presencia de eosinófilos extravasculares. En ausencia de proceso infeccioso y enfermedad sistémica grave (por compromiso cardíaco) se decidió terapia de pulsos con metilprednisolona por 3 dosis y terapia inmunosupresora con bolos de ciclofosfamida en esquema NIH (6 bolos mensuales de CFM para inducción + 6 bolos trimestrales como mantenimiento). Presentando mejoría clínica. Actualmente persiste con parestesia y entumecimiento de manos ya deambulando y con mejoría de disnea, y radiografía de tórax sin presencia de infiltrados.

Palabras clave: granulomatosis, eosinofílica, poliangeitis, afección, cardíaca.

Folio: 0383

Tema: Infectología

Compresión medular cervical: complicación infrecuente de actinomicetoma

Figuroa Martin Luis, Cervantes Ricardo Guadalupe, Osua Paul, Staeps Montserrat Rebeca, Sánchez Santiago

Instituto Mexicano del Seguro Social

El micetoma es una enfermedad infecciosa crónica con formación de granulomas que afectan piel y tejido celular subcutáneo, causado por ciertos hongos (eumicetoma) o bacterias (actinomicetoma). El pie es el principal sitio afectado, seguido por las manos, la médula espinal se puede afectar en casos raros, los cuales llegan a ser fatales sin tratamiento.

Objetivo: Reporte de caso de actinomicetoma con afección a médula espinal. **Resumen:** Hombre de 49 años, albañil, antecedente de etilismo crónico, 60 gr. de alcohol semanal, y uso de cristal ocasional, IT: 1 paquete año, resto negados. Ingresó por presentar debilidad de miembros inferiores de más de dos meses de evolución, progresiva hasta impedir la deambulación, una semana previa a su ingreso se añade parestesias e incontinencia fecal y urinaria. A la exploración destacaba nivel sensitivo hasta T4, fuerza muscular de extremidades inferiores 1/5, tono muscular aumentado, afección de vibración y temperatura, Babinski + bilateral, tórax posterior con presencia

de lesiones dérmicas de trayecto fistuloso, con secreción purulenta. En su protocolo con serología viral negativa. RMN de columna con lesiones de aspecto tumoral, afección de C5 y C6 con extensión prevertebral y paravertebral a tejidos blandos y conducto vertebral, condicionando estenosis moderada. Dado el alto índice de sospecha por las lesiones crónicas fistulizadas de tratarse de lesiones por micetoma, se tomó biopsia, reportando datos compatibles (morfología de las colonias) con actinomicetoma por nocardia. Se inicia manejo con meropenem por alta probabilidad de diseminación a sistema nervioso central y debido a no presentar complicaciones se realiza cambio a trimetropim.sulfametoxazol vía oral egresándose a domicilio. Continúa en seguimiento por infectología y rehabilitación sin mejoría del cuadro. **Conclusiones:** La infiltración medular por actinomicetoma es una entidad rara, siendo la presentación de peor pronóstico por invasión a hueso y deformidad.

Palabras clave: micetoma, médula espinal, actinomicetoma, *Nocardia*.

Folio: 0384

Tema: Endocrinología

Cetoacidosis diabética euglicémica: reporte de caso clínico

Coss María Fernanda, Rodríguez Alma Nelly, García Javier, Valente Benjamín

Centro Médico ABC

Introducción: A continuación, presentamos el caso de una cetoacidosis euglucémica secundaria a inhibidores de SGLT2. Los inhibidores del co-transportador de sodio-glucosa 2 (SGLT2) es una nueva generación de fármacos que bloquean la reabsorción de glucosa en el túbulo contorneado proximal. Existen escasos reportes de casos de cetoacidosis diabética euglucémica (con glucosa sérica menor a 300 mg/dl) (CADE) relacionada a la administración de inhibidores de SGLT2, hecho que propició en 2015 la generación de una alerta por la FDA. La ocurrencia de CADE y la administración de inhibidores de SGLT2 en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tiene una relación causal, debido al incremento en la depuración renal de glucosa, que llega hasta 0.6 ml/min/kg, comparado con 0.3 ml/min/kg en pacientes con CAD propiamente dicha; en conjunto con una leve deficiencia y resistencia a la insulina con producción y utilización de glucosa disminuidas, lo que promueve la lipólisis incrementando la liberación de ácidos grasos libres (AGL) al hígado y los niveles de glucagón, promoviendo la oxidación de AGL y producción de cuerpos cetónicos. **Objetivo:** Informar la presentación de un paciente diabético tipo 2 que tuvo CADE posterior al inició de inhibidores de SGLT2. **Caso clínico:** Se presenta paciente masculino

de 46 años de edad, obeso mórbido con índice de masa corporal de 40.72 kg/m². Inicia su padecimiento al establecerse diagnóstico de DM2 con hemoglobina glucosilada (HbA1c) de 8.2% y 7.8%, por lo que inició tratamiento con canaglifozina y metformina. Ocho días después presentó astenia, malestar general, cefalea holocraneana y posteriormente incremento en la frecuencia urinaria, xerostomía y ansiedad generalizada. Debido a esta sintomatología acude al servicio de urgencias del Centro Médico ABC. A su ingreso se encontró paciente hemodinámicamente estable y neurológicamente íntegro. Al realizar estudios de laboratorio y gabinete se observó en gasometría venosa la presencia de acidosis metabólica aguda compensada con anión gap elevado concomitante con acidosis metabólica sin anión gap (pH 7.14, bicarbonato 8.6 mEq/L, CO₂ 42 mmHg, con anion gap calculado en 17.4 y un delta-delta de 0.35), nivel sérico de glucosa de 200 mg/dl, hipokalemia leve sin alteraciones electrocardiográficas (3.2 mEq/L), hiponatremia leve aguda (sodio 131 mEq/L) y lesión renal aguda AKIN I. Se calculó la osmolaridad sérica en 307 mOsm/kg y al solicitar examen general de orina se reportó la presencia de cetonas 80 uL y glucosa 4,950 mg/dl. Con los hallazgos mencionados y al descartar otras posibles

causas de acidosis metabólica con anion gap elevado, se integró diagnóstico de cetoacidosis diabética euglucémica severa secundaria a la administración de inhibidores de SGLT2. Se inició tratamiento con solución salina al 0.9%, reposición de potasio e infusión de insulina intravenosa a 0.1 u/kg/hora durante 24 horas. Posteriormente se realizó cambio a insulina subcutánea presentando adecuada respuesta y egresó sin complicaciones. **Conclusiones:** Es importante conocer los posibles efectos de esta nueva generación de fármacos para DM2. La cetoacidosis diabética euglucémica puede pasar desapercibida debido a su propia característica de “euglucémica”. El tratamiento es el mismo que en una cetoacidosis diabética.

Palabras clave: cetoacidosis diabética euglucémica, inhibidores SGLT2, canaglifozina, diabetes mellitus tipo 2, acidosis metabólica, insulina.

Folio: 0385

Tema: Reumatología

Trombosis de la vena yugular interna derecha, seno transversal derecho y seno cavernoso: reporte de caso

Mondragón Héctor, Aguiñiga Ariadna, Morgan Diana Selena, Guzmán Perla Marlene, García Laura Anahí, Andoney Jessica Valeria, Mondragón Lidia Aurora

Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos



Introducción: La trombosis venosa cerebral abarca la trombosis de las venas cerebrales corticales y profundas y los senos duros. Cuando se produce en las venas cerebrales y los senos duros, la causa resultante de la hipertensión causa hipoxia del cerebro, similar a la sintomatología de las fístulas arteriovenosas duros, con isquemia neuronal resultante. También puede causar la rotura de la barrera hematoencefálica, aumento de la presión venosa y del volumen de sangre intracraneal e hipertensión.

Descripción de caso: Femenino de 50 años de edad, inicia con cefalea frontal con extensión a zona temporal derecha, con mejoría parcial de dolor con analgésicos, la intensidad 9/10, se acompañó de náusea llegando al vómito en 9 ocasiones; el 06/08/2018 con intensidad 10/10, disminución de agudeza visual y dolor en ojo derecho. A la exploración física, despierta, orientada, comprende, nombra, emite, repite. Glasgow 15 puntos; Nervios del cráneo: II. Campimetría por confrontación sin alteraciones, colorimetría sin alteraciones; III, IV y VI. Reflejo fotomotor, consensual y acomodación presentes, movimientos oculares sin limitaciones; V. Reflejo corneal presente, con adecuado tono y trofismo de músculos de la masticación; VII. Simetría facial; VIII. Rama coclear sin presencia de hipoacusia; IX y X. Reflejo nauseoso, úvula central;

XI. Tono y trofismo de trapecio y esternocleidomastoideo adecuado; XII. Movimientos linguales presentes; tono y trofismo adecuado; Cerebelo: no disimetría no disidiadococinesia; meníngeos: no presentes; Reflejos de extensión muscular ++, fuerza 4/5; Sensibilidad conservada de manera generalizada. TC de cráneo 07/08/2018 hiperdensidad en corteza occipital derecha, con zona más rostral en sustancia blanca la cual se comporta hipodensa, impresionando sangrado en espacio subdural, nido vascular menor de 3cm con posible drenaje a seno recto. RM de encéfalo 08/08/2018 ingurgitación venosa en secuencia eco gradiente en lóbulo temporal y occipital derecho, en 2dtof y en angiorensonancia se aprecia ausencia de captación de seno transversal derecho, con venas de colateralidad compensatorias; además en secuencias t2 y t2 flair se aprecian imágenes hiperintensas en sustancia blanca de lóbulo temporal y occipital derecha, sugerentes de zonas isquémicas y edema citotóxico, impresiona infarto subagudo.

Conclusión: El diagnóstico del síndrome antifosfolípido requiere un paciente sufra un acontecimiento clínico (trombosis o complicaciones en el embarazo) y la presencia persistente de anticuerpos demostrados con un análisis del suero en fase sólida (aCL o aβ2GPI, IgG o IgM), un análisis

de coagulación (la prueba del anticoagulante lúpico) o ambos. Basándonos en un número limitado de estudios sin controlar y sin estratificación del riesgo, los pacientes con aPL positivos asintomáticos (es decir, que no han sufrido acontecimientos vasculares previos ni gestacionales) tienen un riesgo anual de trombosis de un 0-4%, mientras que los pacientes con otras enfermedades autoinmunes, como el lupus eritematoso generalizado, están en el extremo alto de ese intervalo. El perfil de aPL (riesgo bajo o alto de trombosis) y las características clínicas del paciente (p. ej., la presencia o ausencia de otros factores de riesgo genéticos o adquiridos de trombosis) influyen en el riesgo individual de trombosis (único factor de riesgo de enfermedad cardiovascular en esta paciente DM2).

Palabras clave: trombosis, vena yugular, venas cerebrales, cefalea, agudeza visual, antifosfolípidos.

Folio: 0386

Tema: Hematología

Síndrome de destrucción vertebral como manifestación inicial de linfoma no hodgkin

Becerril Gabriela, Ramírez de Aguilar Jimena, Casanova Erika
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El linfoma no Hodgkin es una neoplasia maligna de células linfoides que se deriva de los linfocitos B en

varias etapas de diferenciación. Su implicación ósea primaria se reporta en 5% de la participación extranodal y en 7% de los tumores óseos. Los sitios de mayor afectación reportados son ilion, escápula, vértebras, fémur y tibia. A nivel vertebral, se presentan como tumores extramedulares, de situación extradural, provocando fracturas patológicas y un cuadro de síndrome medular compresivo que afectan primero a raíces y posteriormente a médula.

Caso clínico: Presentamos el caso de femenino de la octava década de la vida, con cuadro clínico caracterizado por debilidad y parestesias en miembros torácicos, con dolor tipo opresivo intensidad 3/10 en región retroauricular bilateral irradiado a miembros torácicos, disestesias en miembro pélvico derecho y brazo izquierdo. A la exploración física general presenta adenomegalias palpables en región retroauricular y submandibular izquierda, no dolorosas, resto sin alteraciones. Por estudios de imagen se catalogó como síndrome de destrucción vertebral y entre las principales causas se consideraron infecciosas, metabólicas y neoplásicas, descartándose las causas infecciosas y metabólicas de primera estancia con estudios complementarios, y entre las neoplasias que se consideraron son tiroides, riñón, mama, pulmón y gastrointestinales, sin evidencia de estas. En estudios

paraclínicos complementarios se reportó citometría hemática sin alteraciones, Pruebas de función hepática en parámetros normales, DHL en niveles normales, ácido úrico normal, sin presencia de alteraciones hidroelectrolíticas, marcadores tumorales en parámetros normales, electroforesis de proteínas sin alteraciones. En TAC de cuello contrastada se presenta columna cervical con desplazamiento anterior de C7 sobre T1 y ganglio cervical redondeado con pérdida de hilio graso y reforzamiento tras la administración de medio de contraste. Resonancia de columna cervical con alteración en la alineación de la columna cervicodorsal con listesis anterior de C6-C7 y T1-T2, fracturas patológicas en C6 y C7, secundarias a proceso lítico. Se realizó TAC de abdomen en busca de primario no conocido sin hallazgos relevantes, mastografía sin datos de malignidad y ultrasonido de tiroides sin alteraciones aparentes. Se realiza biopsia con reporte histopatológico de Linfoma No Hodgkin difuso de células B en cuerpos vertebrales C6 y C7, así como en tejidos blandos de cuello.

Conclusión: Los linfomas generalmente se presentan como tumores nodales, sin embargo por contigüidad a otros tejidos, la presentación clínica es variable, entre los sitios extranodales se reportan con poca frecuencia con manifestación clínica inicial a nivel óseo. En

el caso anterior, el diagnóstico se complementó con estudio de imagen que nos ayudó a valorar tejidos blandos y la destrucción ósea de tipo lítica. Además de la exploración neurológica que nos permitió identificar un diagnóstico topográfico, el cual se trató de un síndrome medular anterolateral a nivel de C5, con alta sospecha de tumor maligno por afectación inicial en cuerpos vertebrales y su corroboración por estudio histopatológico.

Palabras clave: destrucción cuerpo vertebral, linfoma no Hodgkin, síndrome medular incompleto, lesiones líticas, tumores extranodales, fracturas patológicas.

Folio: 0387

Tema: Hematología

Linfoma no Hodgkin primario de sistema nervioso central de tipo linfoblástico inmunofenotipo B en paciente con antecedente de leucemia linfoblástica aguda de alto riesgo

Luna Rocio, Guerrero Diana Valeria, García Claudia, De los Santos Julio Alfonso, Moreira Carolina, Camacho Jessyca Ivonne

Hospital Juárez de México

El linfoma primario de sistema nervioso central primario es una variante extranodal del linfoma no Hodgkin limitado a cerebro, médula espinal, leptomeninges y ojos, sin evidencia de involucro sistémico. Es una neoplasia agresiva pero



potencialmente curable, que responde a quimioterapia y radioterapia. Mientras el tratamiento logra la remisión en el 90% de los casos, las recaídas son frecuentes y el pronóstico si hay recurrencia es malo. Con incidencia de 0.4 a 0.5 por 100 000 habitantes, con 4-6% de los linfomas extranodales. 69% son difusos de células grandes B, 17% anaplásicos de células T, 7% linfoblástico y 7% similar a Burkitt. Se presenta caso de masculino de 18 años el cual cuenta con el antecedente de leucemia linfoblástica aguda L1 CALLA + a los 13 años con tratamiento con esquema CMR2002 más doce sesiones de radioterapia profiláctica a sistema nervioso central, se realiza biopsia de testículo sin infiltración. Con remisión, en seguimiento por consulta externa de Hematología. Inicia padecimiento actual en marzo del 2018, con cefalea progresiva asociada a un síndrome frontal mesial, motivo por el cual es ingresado en marzo del 2018 a cargo de neurocirugía en donde se realiza tomografía con tumoración frontal de 6x6x5cm, se realiza resección total por sospecha de meningioma en marzo del 2018. Con reporte histológico de linfoma linfoblástico inmunofenotipo B. Inicia padecimiento actual una semana previa a su ingreso en Mayo del 2018 con aumento de volumen en región frontal asociado a cefalea progresiva, resto de exploración neurológica sin

alteraciones. Acude a urgencias donde se toma tomografía de cráneo con tumoración de 6x6x5cm, por lo que se decide ingreso a cargo del servicio de hematología. Se interconsulta al servicio de oftalmología los cuales descartan proceso infiltrativo a nivel ocular. Se toma tomografía de cuello, tórax, abdomen y pelvis sin datos de infiltración a estos niveles. Se realiza biopsia de hueso con reporte médula ósea normocelular sin datos de infiltración. Se realiza panel viral para VIH negativo. Se decide inicio de esquema LSA L2 asociado a rituximab en Mayo del 2018 en fase de inducción. Se realiza quimioterapia intratecal con metrotexate, hidrocortisona y citarabina, con búsqueda de blastos en líquido cefalorraquídeo negativo. Terminando la fase de inducción por lo que se egresa. Reingresando en junio de 2018 por fiebre y neutropenia y candidiasis oral. Recibiendo esquema de fiebre y neutropenia con ceftazidima y amikacina, además de caspofungina y colutorios con nistatina. Con mejoría clínica por lo que se inicia quimioterapia con esquema LSA L2 en fase de consolidación. Se decide egreso por mejoría para continuar esquema LSA L2 de manera ambulatoria, y seguimiento por consulta externa de hematología, actualmente con remisión de la tumoración en cráneo.

Palabras clave: linfoma no Hodgkin primario de sistema

nervioso central, linfomas extranodales, linfoma linfoblástico.

Folio: 0388

Tema: Dermatología

Pénfigo eritematoso. Reporte de un caso

Gálvez Yuriria Asbel, Vásquez Mariana, Barrón Jahaziel
Hospital Juárez de México

El pénfigo eritematoso también denominado Síndrome de Senear-Usher es una forma localizada de pénfigo foliáceo, que combina características de pénfigo y lupus eritematoso tanto clínicas como en la histopatología; dentro de su presentación clínica se incluyen placas eritematoescamosas de distribución seborreica., ampollas, y en algunas ocasiones la presencia de costras. Se caracteriza por tener buena respuesta a tratamiento con corticoesteroide vía tópica.

Objetivo: Presentar un caso de un paciente masculino que presentó pénfigo eritematoso.

Introducción: El pénfigo eritematoso también conocido como la enfermedad de Senear-Usher o pénfigo seborreico, es una enfermedad autoinmune, que combina características inmunológicas y clínicas tanto de pénfigo como de lupus eritematoso, ya que los pacientes con esta enfermedad no cumplen criterios de la ACR para lupus. La coexistencia de ambas enfermedades ha sido descrita en la literatura como reportes de caso y se ha reportado en

su mayoría en mujeres con una relación 1:2. **Presentación de caso:** Se trata de un paciente masculino de 54 años de edad sin antecedentes patológicos quien inició hace 3 años con una dermatosis diseminada a cabeza y cuello, caracterizada por lesiones de aspecto monomorfo y polilesional, tipo placas eritematoinfiltradas y pigmentadas cubiertas de escama ardorosas, en cabeza afectaba cara con predominio en región malar bilateral, mejillas y nariz con distribución bilateral y simétrica, en tronco afectaba región superior y media de espalda donde solo presentaba manchas hiperpigmentadas, con remisiones y exacerbaciones a lo largo de su evolución Debido a la sospecha clínica consistente con pénfigo seborreico se utilizó esteroide de baja potencia (desonida 0.05%) en crema por las noches así como glicerado neutro de almidón durante 6 semanas, para confirmación diagnóstica se realizó biopsia en huso en la cual confirmó el diagnóstico de pénfigo foliáceo por lo que se sustituye esteroide a uno de alta potencia e inhibidor de calcineurina como parte del tratamiento. En la consulta de seguimiento refirió mejor tolerancia a la exposición solar así como mejoría en el ardor que previamente presentaba. Se considera diagnóstica la presencia de células disqueratóticas en el estrato granuloso, en las lesiones antiguas es posible

encontrar hiperqueratosis foliular con acantolisis, así como disqueratosis de la capa granulosa y papilomatosis, datos que presentaba nuestro paciente. Se ha asociado a patologías como timoma, lupus eritematoso así como neoplasias como carcinoma broncogénico, adenoma paratiroideo, carcinoma de labio escamocelular, miastenia gravis, artritis reumatoide e hipertiroidismo por lo que es importante realizar interrogatorio dirigido para pruebas diagnósticas de tales enfermedades. En cuanto al tratamiento se ha descrito que tiene buena respuesta a corticoesteroides vía oral, con buena respuesta, tanto tópica y sistémica. Se recomienda la preferencia de su uso en lesiones localizadas y diseminadas, respectivamente. Se ha reportado su duración de uso de hasta 29 semanas, en el caso de prednisona con dosis que van desde 15 hasta 60 miligramos vía oral con buena respuesta a tratamiento. Se puede añadir otros medicamentos a los corticoesteroides, con el fin de disminuir su dosis, tal es el caso de azatioprina, metotrexato, ciclosporina, dapsona sulfapiridina, y cloroquina. En caso de pacientes refractarios a tratamiento con corticoesteroides, se ha utilizado rituximab. **Conclusiones:** El pénfigo eritematoso es una entidad que se debe sospechar cuando se presenten lesiones de distribución seborreica, es importante realizar su diagnóstico oportuno,

ya que, se ha relacionado con la presencia de enfermedades tanto de tipo neoplásico como autoinmunes. Generalmente tiene buena respuesta a tratamiento con esteroide tanto tópico como vía sistémica.

Palabras clave: síndrome de Senear-Usher, pénfigo eritematoso, ampollas.

Folio: 0389

Tema: Oncología

Síndrome de compresión medular secundario a metástasis epidural como primera manifestación clínica de melanoma metastásico: reporte de caso

Navarrete Claudia Aline¹, Olguín Leticia Alejandra¹, Alvarado Norma Lizeth¹, Franco Rodolfo², Delgado Mauricio², Armendáriz Immer³

¹ Programa Multicéntrico Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud-SSNL; ² Hospital Universitario; ³ Hospital Metropolitano Bernardo Sepúlveda

Introducción: El síndrome de compresión medular (SCM) secundario a neoplasias se presenta en el 5% de los pacientes oncológicos, en el 10% de ellos es la primera manifestación de enfermedad. Los tumores más comúnmente asociados a SCM son el carcinoma de pulmón, mama, próstata, renal y melanoma. (Cole, 2017). **Objetivo:** Describir un caso de SCM ocasionado por una metástasis epidural como presentación inusual de melanoma metastásico



(MM). **Caso clínico:** Mujer de 51 años, previamente sana, acude por presentar un día previo al ingreso disestesias a nivel torácico, debilidad progresiva en miembros inferiores, retención urinaria y estreñimiento. Refiere pérdida de 10 kg en el último mes. A la exploración física se documenta paraplejía, arreflexia de miembros inferiores, respuesta plantar indiferente bilateral, nivel sensitivo T8, hipostesia e hipoalgesia a partir de T8, además de pérdida de tono anal, compatible con un síndrome medular transverso. El citoquímico LCR: Glu 34 mg/dL, proteínas 150 mg/dL, LDH 390 U/L, 0 células y cultivo negativo. En la RMN de columna torácica se documenta masa heterogénea de T2 a T5, proveniente de región epidural, con compresión de cordón medular, realce heterogéneo al gadolinio. Se solicita TAC de tórax-abdomen documentando en ventana para pulmón múltiples lesiones nodulares de localización parenquimatosa, subpleurales y parahiliares, además de adenomegalias a nivel pretraqueal y axilar bilateral. Se realiza diagnóstico de compresión medular 2° a primario desconocido, se inicia tratamiento con esteroides, posteriormente se decide manejo conservador. Se toma biopsia de ganglio axilar, el reporte histopatológico revela un melanoma maligno metastásico el cual se corrobora con las tinciones de IHQ MLF-1 y SOX-

10. **Conclusiones:** El MM tiene potencial de metastatizar hacia cualquier sitio anatómico, en algunos casos sin presentar una manifestación mucocutánea inicial, teniendo como primera evidencia de enfermedad la diseminación a distancia

Palabras clave: melanoma, metastásico, compresión, medular, epidural, metástasis.

Folio: 0390

Tema: Reumatología

Síndrome de antifosfolípidos primario con trombo-embolia pulmonar :presentación de un caso

Luna Fernando Vladimir, Osua Paul, Cervantes Ricardo, Figueroa Martin

Instituto Mexicano del Seguro Social

Masculino de 28 años de edad sin antecedentes de importancia. Padecimiento de 1 mes de evolución con tos productiva, rinorrea que no cede al tratamiento sintomático, se agrega disnea de grandes a medianos esfuerzos, acude con facultativo recibiendo antibioticoterapia no especificada sin mejoría. Se agrega al cuadro fiebre, astenia, adinamia, cefalea holocraneana y ardor ocular, 2 semanas después presenta disminución de la agudeza visual en ojo derecho persistente, nuevamente fiebre, tos y disnea de pequeños esfuerzos, y atendido por facultativo detectando trombocitopenia y prolongación de tiempos coagulación, ingreso

a hospitalización. A la exploración fondo de ojo derecho con hemorragia en flama, tos con hemoptóicos, extremidades inferiores con edema infracondileo, paraclínicos destacaban anemia leve (11.3gr/dL), leucocitosis (14.4mil) con neutrofilia sin linfopenia, trombocitopenia (100 mil), tiempos de coagulación anormales (TP 16, TPTa no coagula), panel viral negativo, anticoagulante lúpico positivo débil, ANA's y Anti-DNAs negativos, anticardiolipinas por ELISA IgG 69.9 GLP, IgM 15.2 MLP, tomografía de tórax simple y contrastada con zonas de consolidación bilaterales en periferia triangular con base en la pared sugestivo de tromboembolia pulmonar, ecocardiograma con dilatación leve del ventrículo derecho, función sistólica normal sin trombos intracavitarios, ultrasonido Doppler de extremidades inferiores trombosis venosa superficial en ambos miembros pélvicos, tratado con acenocumarina y es egresado en buenas condiciones. En el seguimiento a las 14 semanas presenta anticuerpos anticardiolipinas IgG 1:60, se concluye el caso de un síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario en ausencia de criterios para Lupus, con TEP sin repercusión hemodinámica, no invasiva y paraclínicos la determinación de anticuerpos anticardiolipinas >40GLP con la temporalidad establecida según criterios de Saporó.

Palabras clave: antifosfolípidos, primario, tromboembolia, pulmonar.

Folio: 0391

Tema: Dermatología

Psoriasis pustulosa de Von Zumbusch en tratamiento con etanercept. Reporte de caso

Rojas Maricarmen¹, Guevara Rosa María²

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General Regional 72 Lic. Vicente Santos Guajardo; ² Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret CMN La Raza

Introducción: Psoriasis pustulosa variante de psoriasis, incidencia del 2.2%. Comienza de manera súbita presentando eritema generalizado, edematoso y doloroso al tacto, puede afectar palmas, plantas, mucosas y subungueal con posterior aparición de lesiones pustulosas de 2-3 mm que suelen coalescer originando una superficie eritematoescamosa con pústulas en el borde activo. Secundaria a fármacos, fotoexposición, infecciones, embarazo e hipocalcemia. Se asocia a fiebre, astenia, escalofríos, poliartrosis, anorexia, náusea, vómito, diarrea y disfunción orgánica en el 50% de los casos. Tratamiento de primera línea: acitretina, ciclosporina, metotrexato e infliximab y de segunda línea: adalimumab, etanercept y terapia combinada (cualquier fármaco de primera

línea más un anti TNF o UV o PUVA más acitretina o ciclosporina). Mortalidad de 30% por desequilibrio hidroelectrolítico, hipoalbuminemia, sepsis, SIRA, neumonitis neutrofílica y lesión renal aguda. **Reporte de caso:** Masculino de 31 años con psoriasis de 20 años de Dx en manejo con esteroide tópico de manera intermitente con respuesta parcial y múltiples recaídas, última hace 4 meses. Manejo con isotretinoína 20 mg c/24h y queratolíticos. Artritis Psoriasica de 3 meses de diagnóstico en tratamiento con Prednisona 30 mg c/24h, MTX 17.5 mg c/7d y ácido fólico 5 mg c/24h. Inició 4 días previos a su ingreso con fiebre, escalofríos, artralgias, edema facial, disfagia y ampollas. Acude a urgencias, se aumenta a Prednisona 50 mg c/24h y emolientes. EF: Dermatitis generalizada constituida por múltiples placas eritematosas con escama blanquecina gruesa que confluyen entre sí, sobre estas múltiples pústulas milimétricas. En cara y cuello predominan costras melicéricas. Estomatitis con placas de material blanquecino no adherente. Evolución a descamación en pliegues axilares con placa exudativa grisácea y resto de la superficie cutánea con eritema. A pesar de manejo, persiste eritrodermia en fase descamativa, sin pústulas activas. Por lo que se inicia Etanercept: dosis de inducción de 50 mg 2 veces/sem por 12 sem. Seguido de

fase de mantenimiento 25 mg 2 veces/sem. Biopsia: Tinción HE. Estrato corneo en red de canasta e hipogranulosis. Estrato espinoso con acantosis leve, espongiosis moderada e intensa exocitosis de neutrófilos, eritrocitos que en algunas áreas da lugar a formación de microabscesos y pústulas subcorneanas. Dermis papilar y reticular superficial se observa un intenso infiltrado inflamatorio conformado por neutrófilos, linfocitos y eosinófilos. Vasos sanguíneos ectásicos con paredes edematosas, extravasación de eritrocitos y abundante edema entre las fibras de colágena. PAS y GRAM - Discusión Por su presentación poco frecuente se debe de realizar dx diferencial con SJS-TEN y otras enfermedades pustulosas como pustulosis exantemática generalizada aguda, impétigo, candidiasis, dermatofitosis, pénfigo seborreico, síndrome de piel escaldada y enfermedad de Sneddon Wilkinson. Los pacientes están sujetos a DHE e Hipoalbuminemia como otras afecciones exfoliativas, hay riesgo de complicaciones hepáticas y pulmonares con alta mortalidad. Se decide el tratamiento con etanercept por falla terapéutica de primera línea, con adecuada respuesta. **Conclusión:** Emergencia dermatológica poco común con características clínicas que se superponen a SJS-TEN y a otras erupciones pustulosas. Es importante el Dx para dirigir el tratamiento, anticipar curso clí-



nico y posibles complicaciones. National Psoriasis Foundation agregó Infliximab como Tx de primera línea. Otros biológicos se utilizan cada vez más debido a su eficacia y perfiles de toxicidad superiores. Sin embargo no existen metaanálisis por baja incidencia. La elección del Tx se deberá guiar por características del paciente y comorbilidades. **Palabras clave:** psoriasis, pustulosa, etanercept.

Folio: 0392

Tema: Dermatología

Síndrome de DRESS asociado a uso de carbamazepina, farmacodermia inusual potencialmente letal: presentación de un caso

Diestel Jarumi Crystal, Galaviz Luis Manuel, Acosta Ernesto
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social

Se trata de una reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (Drug Reaction with eosinophilia and systemic Symptoms), forma parte de la triada de farmacodermias que ponen en peligro la vida: síndrome de Stevens Johnson, síndrome de DRESS y NET. Su incidencia es de 1 en 10.000. Se distingue de otras reacciones a fármacos en que tiene un inicio tardío, involucro sistémico y un curso prolongado. Los fármacos comúnmente asociados son los anticonvulsivantes como la

fenitoína, carbamazepina, fenobarbital; sulfonamidas, otros fármacos como bloqueadores de canales de calcio y alopurinol. Diagnóstico: historia de exposición a medicamentos de alto riesgo 2 a 6 semanas previas, dermatosis morbiliforme confluyente y eritema infiltrado o dermatitis exfoliativa que involucra más del 90% de la SCT, eosinofilia > 700/microL y/o linfocitos atípicos, síntomas sistémicos que pueden incluir fiebre, linfadenopatías, test de función hepática anormal, afección renal, neumonía intersticial o derrame pleural o miocarditis. **Presentación de caso:** Masculino de 51 años, antecedente de hipertensión arterial en tratamiento con nifedipino y diabetes mellitus en tratamiento con insulina glargina, Neuropatía diabética en tratamiento con carbamazepina iniciado hace 2 semanas, vitíligo. Inicia hace una semana con Eritema maculopapular puntiforme con acentuación folicular, que desaparece a la digitopresión, pruriginoso que progresa a la descamación, posteriormente con astenia, disfagia y fiebre de 39°, hiperemia conjuntival y erosiones en mucosa oral, al momento de valoración con dermatosis generalizada (92%). Laboratorios: Creat: 8.25, Na: 124 Eosinófilos: 770 K/UI, Pla: 123. **Conclusiones:** Debido a que su mortalidad es del 10%, debe tenerse un alto índice de sospecha en poblaciones

de riesgo y vigilancia estrecha de complicaciones sistémicas, principalmente, hepáticas, renales, cardíacas y pulmonares. **Palabras clave:** síndrome de DRESS, carbamazepina.

Folio: 0393

Tema: Infectología

Bacteremia por *Staphylococcus aureus*. Manifestaciones clínicas a propósito de un caso

Fandiño Marcela Catalina, López Mextli Gabriela
Hospital Juárez de México

Paciente de 65 años, originario de Michoacán y residente en el estado de México, con consumo excesivo de alcohol desde los 18 años, con artritis gotosa hace 10 años, con consumo crónico de esteroides. Ingreso al servicio de medicina interna por un cuadro de 3 meses que se exacerbó en la última semana anterior a su ingreso, consistente en disnea de medianos a pequeños esfuerzos, ortopnea, y edema de miembros pélvicos. Aunado a esto, dolor articular, pérdida de la fuerza y dificultad para la deambulacion que le ocasiono postración. Ingresó en regulares condiciones generales, hipotenso, febril y con tendencia a la somnolencia, por lo cual se inicia reanimación hídrica y posterior inicio de aminos vasoactivas, Ingresó con choque séptico de origen urinario, síndrome de Cushing iatrogénico por consumo de esteroides, artritis gotosa y hepatopatía de

probable origen alcohólico, así como una Lesión renal AKIN 2. Resuelve el choque en 4 días, así como la lesión renal. 10 días después de su ingreso, inicia con alzas térmicas cuantificadas, con hemocultivos positivos para *S. Epidermidis*, y *S. Aureus*, y se inicia Vancomicina 1 gramo cada 24 horas. Se solicitó un ecocardiograma ante la sospecha de Endocarditis, el cual resulto sin vegetaciones. Se reinterconsulta a infectología quien considero un control ecocardiografico preferiblemente trasesofagico 20 días después, así como descartar otros focos asociados. Cultivo de expectoración positivo para *S. Hominis*, nuevo urocultivo con *Candida albicans*, Se realizó TAC de tórax/ abdomen y pelvis sin colecciones existentes o crecimientos ganglionares. En región dorsal y glúteos, aparición de signo de Nikolsky positivo y se considera manifestación cutánea de infección sistémica por *Staphylococcus Aureus*. Nuevos hemocultivos positivos para *S. Epidermidis*. Un nuevo ecocardiograma reporta nuevamente sin vegetaciones visibles en válvulas. Se realizara mielocultivo a descartar infección por micobacterias, hongos y bacterias.

Palabras clave: bacteremia, endocarditis, *S. aureus*.

Folio: 0394

Tema: Endocrinología

Signos y síntomas clásicos en la insuficiencia suprarrenal

primaria y su importancia en el abordaje del paciente hipotenso

Violante Jorge Rafael, Obeso Javier

Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León

Paciente femenino de 41 años de edad con antecedentes de hemorragia posterior al parto de su primera hija que requirió transfusión de un paquete globular, refiere lactancia sin complicaciones y volverse irregular en sus ciclos menstruales desde el año pasado. Inicia su padecimiento 6 meses previo a su ingreso con náusea y vómito intermitente, pérdida de peso de alrededor de 10kg, aumento progresivo de hiperpigmentación de la piel, encías y mucosas, el cuadro persiste y se agrega fatiga y malestar general, y tres semanas previas a su ingreso, se añade la presencia de diarrea acuosa, sin sangre ni fiebre además de dolor abdominal difuso de intensidad 6/10 difuso por lo cual acude a nuestra institución. Llega a urgencias con los siguientes signos vitales: TA 80/60, FC 116 lpm, FR 20 rpm, temperatura de 36°C, al interrogatorio la paciente refiere avidez por la sal, a la exploración física mucosas secas, hiperpigmentación en encías y nudillos, axilas sin vellos, tórax y abdomen sin alteraciones. Los laboratorios reportan hemoglobina 14.6 g/dL, leucocitosis 11 K/uL, PLT normales, glucosa sérica 80 mg/dl, creatinina 1.6

mg/dl, BUN 32 mg/dl, cloro de 94 mmol/L, sodio de 129 mmol/L, potasio normal, gaseometría venosa normal con lactato de 1.4 mmol/L. Debido al cuadro clínico y laboratorios se solicita cortisol basal, prueba de cortrosyn, perfil tiroideo, panel viral y se inicia manejo con plan de líquidos con NaCl 0.9% e infusión de 200mg de hidrocortisona para 24 horas y después 100mg IV cada 8 horas, el panel viral fue negativo, perfil tiroideo con TSH 0.33 Uui/ml, T4L 1.51 ng, cortisol basal 0.234 ug/dL, a los 30 minutos 0.203 ug/dL y a la hora 0.199 ug/dL, confirmándose el diagnóstico de una insuficiencia adrenal primaria. Posterior al tratamiento paciente refiere mejoría de sintomatología, mejoría de electrolitos, función renal y se inicia manejo con prednisona 5mg cada 12 horas VO y fludrocortisona 0.1 mg tomar media tableta en la mañana con lo cual se egresa.

Palabras clave: Insuficiencia adrenal primaria, Hiperpigmentación cutánea, Crisis adrenal, avidez por la sal, reporte de caso.

Folio: 0395

Tema: Hematología

Miositis paraneoplásica en un linfoma no Hodgkin T anaplásico. Reporte de caso

Romero Norma Berenice¹, Pereda Brenda Yajaira¹, Martínez Sandra Aideth², Jacobo Jorge Antonio¹, Rios Stefany Hiday², Martínez Edgar Iván¹, Arreguin Roberto²



¹ Instituto Mexicano del Seguro Social UMAE #2; ² Instituto Mexicano del Seguro Social HGR 1

Masculino 34 años de edad, originario de Navojoa, residente de Buasyacobe Son., secundaria completa, RH O+, guardia de seguridad en granja de camarones. AHF HAS + APNP Zoonosis, viajes recientes, herbolaria, suplementos y COMBE negados APP Crónico degenerativos, alergias, toxicomanías y transfusiones negados OH: cesado hace 1 año. Tab: IT 2 paq/año cesado hace 5 años. PS 1 sin protección. Hospitalización hace 1 mes por cuadro de edema y debilidad de extremidades. Padecimiento actual: Inició hace 8 meses (Oct. 2017) con aumento de volumen en región axilar izquierda; negó cambio de color, calor y dolor; esto remitió a los 15 días y posteriormente, en Feb. 2018, presentó aumento de volumen en región submaxilar y temporal izquierda; en Marzo se agregó fiebre con predominio vespertino y acompañada de diaforesis nocturna. Acudió a su clínica y se derivó a oncocirugía. En abril se le realizó biopsia en la lesión de la región afectada en el temporal izquierdo. A esto, se le agregó debilidad proximal de las 4 extremidades, además edema de miembros pélvicos y máculas de color café, que progresaron a flictenas de contenido serohemático. Por lo anterior, al ser valorado en IC

por Reumatología, se decide su hospitalización por espacio de 8 días (17-25 de Abril). Se ofreció manejo con bolos de metilprednisolona, y al mostrar mejoría, se egresó con metotrexate, prednisona, calcio, Calcitriol y Ac. Fólico. dos meses después, presentó incapacidad para subir escaleras, levantar los brazos y sintomatología previa, acudió el 9 de julio a consulta y por recaída de sintomatología se decide su hospitalización. EF Masculino complexión delgada, EG. 15 pts. edema en musculo temporal izquierdo con herida quirúrgica sin datos de infección o sangrado, bien afrontada; no compromiso cardiopulmonar; no datos de irritación peritoneal; miembros torácicos: tercio distal de antebrazo izquierdo, mácula color café de bordes irregulares, miembros pélvicos edema bilateral godette +++, adecuada coloración, miembro pélvico derecho úlceras de centro necrótico, no dolorosas, miembro pélvico izquierdo máculas café, no dolorosas, bordes regulares, edema godette ++; fuerza muscular distal conservada, proximal 3/5, en las 4 extremidades, pulsos periféricos presentes. May 2018 ANA, Anti Ro/SSA y FR Negativos 09/07/18 Hb12 g/dl, Htc 37.2 %, VCM 90.7 fl, HCM 29.2 pg, leuc17,300, neu 4,800, linf. 800, plaq 298,000, Gluc 72 mg/dl, urea 19.3 mg/dl, BUN 9 mg/dl, Cr 0.46 mg/dl, alb 1.6 g/dl, ALT 108 UI/L, AST 119 UI/L, DHL 906 UI/L, CPK 2055

UI/L, PCR 0.6 mg/dl 16/07/2018 TSH 2.30 mcUI/ml, VDRL, VIH, VHB y VHC negativo. 6/08/18 Hb10 g/dl, Htc 31 %, leuc16 000, neu 11 000, plaq 208,000, urea 19 mg/dl, Cr 0.5 mg/dl, ALT 217 UI/L, AST 108 UI/L, DHL 649 UI/L, CPK 810 UI/L TC cráneo SyC Mar. 2018 aumento de parótida izquierda sin infiltración a SNC. TC de cráneo y toracoabdominal SyC (24/07/18) Sin adenopatías, aumento de volumen no tumoral en ambos músculos temporales predominio izquierdo. Estudio de neuroconducción 25/07/18 Miopatía crónica, polineuropatía sensorial y motora, degeneración axonal con desmielinización secundaria y datos de reinervación proximal Biopsia de músculo #1 27/03/18 valorada por consulta externa Miopatía inflamatoria asociada a vasculitis linfocítica Biopsia de piel MPD 20/07/18 epidermis con necrosis y hemorragia, vasculitis leucocitoclástica, negativo a malignidad, en área superficial bacterias ++ Biopsia de temporal #2 durante segunda hospitalización 16/07/18 Linfoma difuso grado intermedio de malignidad Jul 2018 Primer ciclo de quimioterapia: Ciclofosfamida, epirubicina y Vincristina, sin mostrar mejoría clínica. Inmunohistoquímica 8/08/18: Linfoma no hodgkin T anaplasico CD3+, CD4+, CD8+, ALK -

Palabras clave: miositis, paraneoplásica, linfoma, no Hodgkin, anaplásico.

Folio: 0397

Tema: Infectología

Enfermedad de Lyme como diagnóstico diferencial en pacientes con vasculitis p- anca positivos.

Nucamendi Freeman Isaac, Guízar Luis, De Lira Roberto Carlos, Hernandez Martha Adriana

Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutierrez Centro Medico Nacional Siglo XXI

Introducción: La enfermedad de Lyme es una entidad causada por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*, la cual afecta a diversos sistemas del organismo. El diagnóstico de esta enfermedad se complica debido a que la gran mayoría de los pacientes no recuerdan el antecedente de picadura de garrapata y 50% de éstos no presentan eritema migratorio. En México en 2003, se reportó la seroprevalencia de la infección por *B. burgdorferi* en la población de la Ciudad de México en 3.4%. **Caso clínico:** Masculino de 37 años, originario y residente de la Ciudad de México, herrero, zoonosis positiva, tabaquismo IT 2.4, probable AR con dolor en tobillo izquierdo, ambas muñecas y codos desde 2012 tratamiento con AINE. Ingresado a neurología en noviembre 2017 por disminución en la fuerza de extremidades inferiores con ataxia para la marcha con base amplia de sustentación, ptosis palpebral derecha y parálisis

incompleta del NC III en ojo derecho, síndrome consuntivo pérdida de peso 10 kilogramos en 2 meses, fiebre intermitente sin predominio de horario, reumatología descarta la presencia de AR, se nos solicita valoración por la presencia de anticuerpos P-ANCA positivos en el contexto de polineuropatía, a la EF: Ptosis palpebral derecha, mirada primaria con endotropía de OI, supra, infra, aducción del OD limitadas, extremidades superiores Daniels 4/5 bilateral REMs 2/4, sensibilidad conservada extremidades inferiores Daniels 3/5 bilateral REMS 2/4, Hipopalestesia en miembros pélvicos. Laboratorio y gabinete: 14/11/18 Hb10.7, VCM 75.6, HCM 25.1, leucos 21.58, Neutros 93.5, Linfos 4.2, Monos 2.1, Eos 0, VSG 30, urea 42.0, Creat1.19, PCT 0.52 PCR 18.86. 05/12/17 Hb 8.3 VCM 84.4 HCM 27.6 Leucos 8.39 Neutros 60.1, Linfos 29.2 urea 11.5 Creat 0.66, VIH, VHB, VHC, TORCH negativo, C3 yC4 normales, ANAs patron Moteado Fino 1: 60, Anti Sm 3.07, Anti La 2.71, Anti Ro 2.94, Anti SM Negativo, Ac Anti-DNA 34.55, C-ANCA 163.2, P-ANCA 2.1, FR 195.50 UI/mL, Hierro 91.0 ng/dL, Ferritina 980 ng/mL, electroforesis de proteínas sin pico monoclonal, EGO con sedimento sin alteraciones, VNC: patrón polineuropatico severo sensitivo-Motor de carácter axonal severo. RM: Hiperintensidades focales en putamen

izquierdo que sugieren áreas aisladas de gliosis, Panendoscopia: Ulcera gástrica Forrest III, western-blot Ig G vs borrelia burgdorferi en LCR positivo 5 bandas. 16.03.18 leucos 8.17 Hb18.1. Se inicia tratamiento a base de ceftriaxona intravenosa 2 gramos diarios, con mejoría clínica. **Conclusión:** observamos un paciente con oligoartropatía no inflamatoria y polirradiculoneuropatía sensitivo motora con presencia de P- ANCA positivos, sin afección a nivel renal o aparato respiratorio, sin embargo, la sensibilidad puede ser tan baja hasta de un 34% para el diagnóstico de nuevos casos de vasculitis asociadas a ANCAS, con resultados falsos positivos en enfermedades reumatológicas y no reumatológicas como son AR, gammopatías monoclonales, TB y en nuestro caso la enfermedad de lyme. Por todo lo anterior expuesto consideramos de relevancia clínica tener en cuenta la presencia de enfermedad de lyme como diagnóstico diferencial en pacientes con manifestaciones neurológicas, y articulares, con resultados serológicos positivos como P-ANCA o factor reumatoide y que clínicamente no cumplen las características para el diagnóstico, será importante también la caracterización de la evolución que pueden tener y que han sido descritas a lo largo de la literatura, por la que se ha llamado a la enfermedad de lyme como la gran imitadora.



Palabras clave: Lyme, vasculitis, diferencial, artralgias, polineuropatía, fiebre.

Folio: 0398

Tema: Infectología

Absceso óseo por *Trichosporon asahii* en un paciente con quemaduras graves como causa de fallo primario del injerto

De la Rosa Gerardo Alexis, Pérez Eduardo, Villarreal Daniel Leocadio

Universidad Autónoma de Nuevo León

Las infecciones invasivas son causa importante de morbimortalidad en los pacientes con quemaduras. *Trichosporon* spp. es un hongo que puede ser patógeno en pacientes con alteraciones inmunológicas, se le ha implicado en el desarrollo de infección invasiva en pacientes quemados. Presentamos el caso de un hombre de treinta años de edad con antecedentes de tabaquismo, alcoholismo y consumo diario de solventes inhalados, llevado a sala de urgencias tras sufrir múltiples heridas contusas y quemaduras de segundo y tercer grado, representando el 18% de superficie corporal con quemaduras. El paciente fue ingresado al servicio de cirugía reconstructiva. En cultivos de piel en los que se documentó la presencia de *Enterococcus faecalis* y *Staphylococcus coagulans* negativo resistente a meticilina. El paciente fue tratado con vancomicina presentando mejoría

clínica. Se realizó colgajo libre de dorsal ancho, el cual no evolucionó de manera favorable, al reintervenir se observó un absceso de tejidos blandos que se extendía hacia tibia, se tomaron biopsias y cultivos de hueso. En cultivos de tejido óseo se aislaron estructuras levaduriformes e hifas monogemantes, este microorganismo fue identificado como *Trichosporon asahii* mediante espectrometría de masas por MALDI-TOF. El hallazgo fue confirmado en las biopsias. El paciente fue tratado con itraconazol con buena respuesta clínica. Previo a su egreso se realizaron injertos de piel de muslo los cuales se integraron adecuadamente. El abordaje diagnóstico y terapéutico de los pacientes quemados con infecciones fúngicas invasivas es un desafío, especialmente en el caso de trichosporonosis. Debe mantenerse un alto grado de sospecha para el diagnóstico de esta infección. El tratamiento oportuno es clave para disminuir la morbimortalidad y mejorar el pronóstico funcional del paciente quemado.

Palabras clave: *Trichosporon*, injerto, absceso, quemadura, hongo, micosis.

Folio: 0399

Tema: Nefrología

Rabdomiólisis y pancreatitis aguda simultáneas debido al uso de hipolipemiantes en una paciente con enfermedad renal crónica terminal en terapia de sustitución mediante diálisis

peritoneal continua ambulatoria

López Iris Itzel, Jiménez Gerardo, Campos María Guadalupe
Hospital General de Zona 2A Troncoso, IMSS, Ciudad de México

Introducción: Las estatinas y fibratos son los hipolipemiantes más prescritos. La miopatía con rabdomiólisis por estatinas es infrecuente. Se han descrito casos de pancreatitis por estatinas, fibratos y por asociación de ambos. Pero no hay casos de pancreatitis y rabdomiólisis simultáneas en el contexto de ERC con uso combinado de estos fármacos.

Objetivo: Presentamos un caso de rabdomiólisis y pancreatitis concomitante, inducidas por hipolipemiantes, en una paciente con ERC en diálisis peritoneal (DP). **Descripción del caso:** Mujer de 65 años, con hipertensión y ERC en DP, sin uremia residual. Recibió bezafibrato y pravastatina a dosis altas por dislipidemia. A las 48 horas desarrolló mialgias, astenia y adinamia, progresando a debilidad e incapacidad para deambular, con dolor abdominal en epigastrio, acompañado de náusea y vómito. Se observó líquido de diálisis color rojizo. Analítica: colesterol 132, Triglicéridos 122, CK 27 395, CK-MB 992, creatinina sérica 10.9 mg/dl (basal 5.4 mg/dl), líquido de diálisis: hemoglobiuria y eritrocituria. Se inició diálisis en agudo e hidratación

intensiva, con normalización de enzimas musculares; dolor abdominal persistente, determinación elevada de lipasa y amilasa séricas. La tomografía abdominal con pancreatitis Balthazar E, descartando origen biliar, tratada conservadoramente. Posteriormente con respuesta inflamatoria sistémica por proceso infeccioso pancreático, ameritando hemodiálisis y antibioticoterapia, con adecuada evolución, egresada a domicilio. **Conclusiones:** La coexistencia de rbdomiolisis y pancreatitis como complicación del uso de hipolipemiantes en ERC no se ha descrito previamente; en ausencia de uresis residual no hay métodos diagnósticos establecidos, en este caso la medición de hemoglobina en el líquido de diálisis fue equiparable. Tampoco hay una pauta terapéutica instaurada, pero el tratamiento clásico de hiper-hidratación en uresis preservada, combinada con diálisis fueron adecuadas para lograr el objetivo.

Palabras clave: rbdomiolisis, pancreatitis, aguda, estatinas, fibratos, diálisis peritoneal.

Folio: 0400

Tema: Reumatología

Síndrome de Guillain-Barré y aortitis como manifestación de tuberculosis pulmonar. Presentación de caso único

Madrid Miguel Francisco¹, Natera Luis¹, Ramírez Clotilde Guadalupe¹, Meza Renata Gabriela²

¹ Hospital Ángeles del Carmen;

² Guadalajara Pet, Diagnóstico Imagenología Nuclear

Introducción: Existen reportes de menos 100 casos de aortitis tuberculosa¹ y asociado a Sx de Guillain-Barré no se ha sido descrito. **Objetivo:** Presentar un caso único en la literatura en relación a tuberculosis como probable causalidad. **Material y métodos:** Mujer 70 años con obesidad, tabaquismo e hipotiroidismo en tratamiento con DOAC por TEP un mes previo. Se presentó con parálisis flácida arrefléctica ascendente, crisis convulsiva y disnea, se comenzó abordaje de paraneoplásico.

Resultados: Labs: PCR 179 y VSG 62. EM con síndrome de Guillain Barré. PET/CT con captación en segmento inferior pulmonar derecho, adenopatías mediastinales, aortitis con involucro infrarrenal e iliaca izquierda. Serologías para causas inmunológicas e infecciosas de vasculitis de gran vaso negativas, quantiferon GOLD negativo. Líquido pleural exudativo, ADA 4.9, cultivos, PCR y citológicos negativos. Lavado y cepillado broncoalveolar con vasculitis secundaria sin malignidad. Biopsia de ganglio mediastinal por EBUS negativa. Segmentectomía pulmonar y biopsia de pleura por video-toracoscopia con inflamación crónica granulomatosa por tuberculosis activa con BAAR +/+++. PET/CT después del tx antifímico sin vasculitis.

Conclusiones: La vasculitis de gran vaso secundaria se debe a invasión directa de la micobacteria, reacción inmunológica o cambios inflamatorios que promueven la aterogénesis y ruptura de placas en los vasos⁴. Se ha propuesto a la tuberculosis en la patogenia de vasculitis de gran vaso primaria, pero la paciente no cumplió criterios para ello³. Se involucra al arco aórtico distal y a la porción descendente con lesiones iniciales que van desde el engrosamiento de la pared y su progresión a aneurismas, presentándose en 1% de las infecciones. El 18F-FDG PET/CT detecta zonas del vaso inflamadas antes de notar cambios estructurales². El Sx Guillain-Barré asociado a TB pulmonar hasta el 2017 solo hay 5 casos, se desconocen mecanismos implicados.

Palabras clave: Guillain-Barré, aortitis, tuberculosis, vasculitis, causalidad, PET/CT.

Folio: 0401

Tema: Dermatología

Síndrome de DRESS: a propósito de un caso clínico

Zárate Larissa Margarita, Ortega María José, Moreno Lorena Guadalupe, Díaz Juan Enrique, Rodríguez Federico Leopoldo Hospital Ángeles Pedregal

El síndrome de DRESS es una afección grave y progresiva que puede poner en peligro la vida. Requiere una identificación temprana y tratamiento agresivo, pero el reconocimiento y el diag-



nóstico diferencial pueden ser un desafío. Una serie de factores puede conducir a un diagnóstico erróneo. La identificación de una posible reacción farmacológica, una revisión cuidadosa de la historia de medicación y familiaridad con los factores desencadenantes; así como el curso temporal y características cutáneas, sistémicas y de laboratorio del síndrome de DRESS ayudarán a reconocerlo. El diagnóstico a menudo se retrasa, ya que varias enfermedades tienen características clínicas y de laboratorio similares al síndrome de DRESS. En este reporte de caso, informamos la presentación clínica de una paciente con síndrome de DRESS caracterizado por fiebre, erupción cutánea y daño hepático, secundario a la ingestión de fenitoína.

Palabras clave: hipersensibilidad cutánea, DRESS, fenitoína, reacciones adversas cutáneas severas, farmacodermia.

Folio: 0402

Tema: Nefrología

Estado oxidativo en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria. ¿hay diferencias entre el tipo de transporte peritoneal?

García Yessica¹, Pazarín Héctor Leonardo¹, Yanowsky Francisco Gerardo¹, Mendoza Pedro Alberto¹, Delgado Tonatíuh¹, Torres Rosalina¹, Miranda Alejandra Guillermina²

¹ Hospital Civil Juan I Mechaca;

² Universidad de Guadalajara

Introducción: La enfermedad renal crónica es un problema de salud grave a nivel mundial y nacional. La principal causa de muerte en estos pacientes es la enfermedad cardiovascular debido a los inherentes factores de riesgo clásicos y no clásicos como el estrés oxidativo el cual se encuentra alterado desde la etapa pre dialítica hasta la fase de sustitución renal, especialmente en pacientes con hemodiálisis. Existen pocos reportes en pacientes con diálisis peritoneal y aún menos estudiado si se relaciona con el tipo de transporte peritoneal. **Objetivo:** Evaluar el estado oxidativo en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria y analizar si existen diferencias según el tipo de transporte peritoneal.

Material y métodos: Estudio transversal analítico llevado a cabo de septiembre del 2017 a julio del 2018. Se reclutaron 62 pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria; se realizaron pruebas de equilibrio peritoneal para agruparlos según su tipo de transporte peritoneal y se analizaron las características clínicas, bioquímicas, terapéuticas y los niveles de marcadores de estrés oxidativo los cuales se compararon con 10 controles sanos. **Resultados:** En base al resultado de la prueba de equilibrio peritoneal, 14 pacientes eran transportadores bajos, 16 promedios bajos, 16 promedios altos y 16 altos. En las características basales de los cuatro grupos no se encontraron

diferencias clínicas, bioquímicas o terapéuticas, a excepción de los niveles de albumina y proteínas totales que fueron más bajos en pacientes con alto transporte peritoneal. Por lo cual se consideró un grupo homogéneo para su estudio. Se encontró una mayor concentración de los niveles de superóxido dismutasa, glutatión peroxidasa y lipoperoxidos con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$), en pacientes en diálisis peritoneal contra controles sanos, sin embargo no se encontró diferencia estadísticamente significativa de estas moléculas entre los distintos tipos de transporte peritoneal. También se analizaron niveles de catalasa, óxido nítrico y capacidad antioxidante total sin encontrar diferencias entre pacientes en diálisis peritoneal contra controles, ni entre los distintos tipos de transporte peritoneal. **Conclusión:** Se encontraron mayores concentraciones de tres de los seis marcadores de estrés oxidativo que se evaluaron en los pacientes con diálisis peritoneal, sin embargo, no existió diferencia entre los distintos tipos de transporte peritoneal. Las implicaciones clínicas de estos resultados deberán ser evaluado evaluadas en estudios posteriores.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, diálisis peritoneal continua ambulatoria, estado oxidativo, superóxido dismutasa, glutatión peroxidasa, lipoperoxidos.

Folio: 0404

Tema: Endocrinología

Seudohipoparatiroidismo; asociación de crisis convulsivas, braquidactilia e hipocalcemia

Guzman Salvador¹, Romero Javier Alonso², García Rafael¹, Pérez Eliseo¹, Huacuja Oscar Yamil¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca; ² Hospital General de México

Mujer de 19 años de edad con antecedente de hipotiroidismo de 2 meses de diagnóstico en tratamiento con levotiroxina, se presenta con historia de debilidad generalizada de 3 meses de evolución así como crisis convulsiva tónico-clónica generalizada hace 1 semana, en tratamiento con carbamazepina sin tener evidencia de otro episodio de crisis convulsivas. Actualmente paciente se presenta por presentar debilidad muscular generalizada así como imposibilidad para la deambulación, al examen físico resalta paciente con talla baja, obesidad central, neurológicamente sin datos de focalización neurológica, con evidencia de retraso psicomotriz, fuerza muscular disminuida, ventilatorio sin datos patológicos, hemodinámico paciente con presión arterial normal, ruidos cardiacos rítmicos, frecuencia 70 lpm, no se auscultan soplos ni fenómenos agregados, EKG de 12 derivaciones con ritmo sinusal frecuencia cardiaca 75 lpm, QTc 500ms, gastrointestinal

con adecuada tolerancia a la vía oral, abdomen con aumento de volumen a expensas de panículo adiposo, obesidad central, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin megalias palpables, urogenital paciente con órganos sexuales femeninos, mamas con tanner 3, genitales femeninos con vello púbico tanner 2, hidrometabólico paciente con función renal preservada, electrolitos séricos destaca hipocalcemia, resto dentro de parámetros normales, glucosa 100mg/dl, osteomioarticular paciente con braquidactilia, presencia de Trousseau, reflejos de estiramiento muscular ++/++++. Se da tratamiento en agudo para hipocalcemia sintomática, así como protocolo diagnóstico en el servicio de Medicina Interna para hipocalcemia así como para crisis convulsivas evidenciando en TAC de cráneo simple calcificaciones en ganglios de la base, imagen sugerente de enfermedad de Fahr, determinación de PTH normal, sin evidencia de hipomagnesemia, Debido a los hallazgos al interrogatorio, examen físico, laboratorio e imagen se diagnostica pseudohipoparatiroidismo.

Palabras clave: crisis convulsivas, hipocalcemia, braquidactilia, talla baja, pseudohipoparatiroidismo.

Folio: 0405

Tema: Cardiología

Miocardopatía dilatada periparto en la unidad de cuidados

intensivos coronarios de un hospital de referencia. Una serie de casos

Gomez Saira, Rangel Jesús Andrei

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

La cardiomiopatía periparto se define como una causa no familiar de insuficiencia cardiaca periparto caracterizada por una miocardiopatía idiopática secundario a una disfunción sistólica del ventrículo izquierdo la cual comienza al final del embarazo o durante meses posteriores, sin que se encuentre otra causa que explique la falla cardiaca. Serie de Casos: Se incluyeron 3 pacientes con diagnóstico de miocardiopatía dilatada periparto que estuvieron hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital de Especialidades de CMN La Raza, IMSS. Las edades de presentación fueron en la tercera década de la vida con un promedio de 25.6 años, las tres pacientes sin enfermedades subyacentes, se encontraban cursando la gesta 2 y la vía de resolución del embarazo fue por cesárea en todos los casos entre las 38 y 41.5 SDG; con inicio de los síntomas entre las 24 y 48 horas posterior a cesárea, siendo la disnea el dato clínico más frecuente, al ingreso las tres pacientes mostraron elevación de CK-MB sugestivo de lesión miocárdica, en todos los casos la FEVi fue menor de 40% y



mostraron dilatación sistólica del VI, no se identificó ninguna causa desencadenante de falla cardíaca como virus, bacterias y enfermedades autoinmunes; entre las complicaciones que se presentaron, las tres pacientes cursaron con edema pulmonar, dos con choque cardiogénico y una defunción por falla orgánica múltiple. **Conclusión:** En este trabajo se presentan 3 pacientes con miocardiopatía dilatada periparto, aunque es una muestra pequeña las pacientes mostraron características demográficas y clínicas similares, las cuales las llevaron a presentar una evolución hacia el deterioro de la función cardíaca con poca respuesta al manejo médico, siendo el pronóstico malo, lo cual corresponde a lo ya descrito en la literatura mundial.

Palabras clave: miocardiopatías, periparto, insuficiencia cardíaca, choque cardiogénico.

Folio: 0406

Tema: Neurología

Uso de dexmedetomidina y propofol en un paciente con tétanos

Martínez Eduardo, Vásquez Fortunato, García Sergio
Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Introducción: El tétanos es una enfermedad poco frecuente pero potencialmente mortal causada por el *Clostridium tetani*, la exotoxina tetanospasmina produce disfunción autonómica mediante la inhibición de la li-

beración presináptica de glicina y GABA. A pesar de los avances terapéuticos en soporte vital, la disfunción autonómica sigue causando una alta tasa de mortalidad de estos pacientes. **Caso clínico:** Hombre de 82 años, previamente sano, campesino, originario y residente de Teotitlán del Valle, Oaxaca. Inició su padecimiento el 11 de julio de 2018 posterior a quemadura y solución de la continuidad de la piel en la cara interna del tobillo derecho causada por pirotecnia. El 15 de julio presentó dolor, eritema, hipertermia local y salida de material purulento del sitio de lesión. El 23 de julio fue referido a nuestro Hospital por somnolencia y disnea de pequeños esfuerzos; en la evaluación inicial se encontró con rigidez de cuello, trismus y deterioro neurológico, se inició manejo avanzado de la vía aérea, ceftriaxona/metronidazol y desbridamiento de la herida. Por clínica y antecedente de exposición de riesgo, previa exclusión de diferenciales, se concluyó diagnóstico de tétanos y se administró inmunoglobulina antitetánica y toxoide antitetánico. Se otorgó sedación con dexmedetomidina (0.5 mg/kg/h) y propofol (0.4 mg/kg/h por la persistencia de contracciones y espasmos musculares se indicaron bolos de rescate con 50 mg de propofol. Aunque el paciente inicialmente cursó con hipertensión arterial y bradicardia, la evolución fue hacia la estabilidad hemodinámica y

disminución de los opistótonos; esto favoreció la disminución de dosis de sedantes, analgésicos y relajantes musculares, y el inicio de rehabilitación física temprana. Cuatro semanas después se suspendió la sedación y el paciente recuperó el estado de vigilia. **Discusión:** De acuerdo con la OMS, en el 2016 se reportaron 13,502 casos de tétanos a nivel mundial. Esta enfermedad tiene poca incidencia en países desarrollados y por sus características es imposible realizar ensayos controlados aleatorizados. Por sus propiedades sedantes y anticonvulsivas el tratamiento convencional ha incluido a las benzodiazepinas para el control de los espasmos musculares, en pacientes refractarios, se han empleado en combinación con bloqueadores neuromusculares; sin embargo, el uso prolongado de estos fármacos y las altas dosis que frecuentemente son necesarias favorecen la aparición de efectos adversos. Como una alternativa, en años recientes se ha empleado propofol para tratar el espasmo muscular en estos pacientes. Otro factor que contribuye a la alta mortalidad del tétanos es el desarrollo de disautonomía y tradicionalmente se han empleado beta bloqueadores para su tratamiento. La dexmedetomidina es un agonista de receptores α -2 de adrenalina que produce disminución de los niveles séricos de catecolaminas, estas propiedades lo convierten en un fármaco

potencialmente útil para prevenir o tratar la disautonomía. En la literatura existen reportes en los que se han documentado desenlaces exitosos en el tratamiento de pacientes con tétanos. En nuestro paciente observamos que la terapia combinada de dexmedetomidina y propofol suprimió favorablemente los espasmos musculares además de mejoría de la inestabilidad autonómica; no fue necesario el uso prolongado de benzodiazepinas, agentes de bloqueo neuromuscular y otras terapias invasivas como la administración de baclofeno intratecal. El curso clínico de nuestro paciente, es acorde a lo reportado sobre los desenlaces terapéuticos con el uso de dexmedetomidina en pacientes con tétanos; de forma adicional es probable que el uso de propofol y el inicio temprano de la rehabilitación física sean útiles para tratar a estos pacientes, sin embargo, es necesario generar evidencia que soporte estas observaciones.

Palabras clave: tétanos, dexmedetomidina, opostótonos, sedación, analgesia, rehabilitación física.

Folio: 0407

Tema: Endocrinología

Pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia severa en población mexicana: serie de casos

Albarrán Alejandra¹, Ramírez Claudia², Cardenas Espinosa Etnal³, Ferreira Aldo², Molina Mario³, Mendoza Victoria³

¹ UMAE HE CMN SXXI IMSS; ² UIM Endocrinología Experimental UMAE HE CMN SXXI IMSS; ³ Endocrinología UMAE HE CMNSXXI IMSS; ² UIM Endocrinología Experimental UMAE HE CMN SXXI IMSS; ³ Endocrinología UMAE HE CMN SXXI IMSS; ³ Endocrinología UMAE HE CMN SXXI

El 1.3-3.8% de los casos de pancreatitis aguda (PA) se asocian a hipertrigliceridemia, en la que hay daño a nivel acinar y capilares pancreáticos. Concentraciones >1000 mg/dl de triglicéridos se asocian a una mayor frecuencia de PA en afroamericanos e hispanos. No hay muchos casos descritos en pacientes mexicanos. **Objetivo:** Describir las características de una serie de casos con PA asociado a hipertrigliceridemia severa en población mexicana. **Métodos:** Estudio retrospectivo de casos entre 2011 a 2016 en el servicio de Endocrinología del Hospital de Especialidades CMN SXXI de adultos con triglicéridos > 1000mg/dl y criterios de PA. Se realizó análisis con estadística descriptiva de acuerdo al tipo de variables en medias, medianas y frecuencias. **Resultados:** 12 pacientes, 58.3% mujeres, mediana de edad 42.5 años (RIC 30-47.5), IMC 30.5 kg/m², 1 con etilismo intenso, tabaquismo 25%, 50% con DM2 (2 con crisis hipoglucémica), 41.7% HAS, 75% conocían diagnóstico de dislipidemia por 4.5 años (1.5-10), el 33.5% tuvo

litiasis vesicular. El 50% de los pacientes había cursado con un episodio previo. El 91.7% se presentó con dolor abdominal, uno con estatus epiléptico. La mediana de triglicéridos fue 4877 mg/dL (RIC 1962-9145), la glucosa fue de 259 mg/dl, amilasa 224.5mg/dl, lipasa 1163, colesterol 890, HDL 31, en la mayoría se encontró pancreatitis Baltazar D (41.7%). Todos tuvieron infusión de insulina, 16.7% de manera exclusiva, 41.5% combinada con fenofibrato. La estancia hospitalaria fue 9.5 días (RIC 5.5-17) y 1 se complicó con colitis pseudomembranosa. No hubo correlación entre la concentración de triglicéridos y la severidad de la pancreatitis. Ninguno falleció. **Discusión:** La hipertrigliceridemia es frecuente en México, los casos severos se pueden asociar a pancreatitis. Los pacientes suelen tener comorbilidades que deben tratarse ya que pueden recurrir. El manejo con ayuno, insulina y fármacos es útil en estos pacientes.

Palabras clave: hipertrigliceridemia severa, pancreatitis aguda, mexicanos.

Folio: 0408

Tema: Hematología

Linfoma no Hodgkin extranodal de alto grado: presentación atípica en órbita con extensión a medula espinal

Gallegos Hugo Alberto, Otero Israel, Luna Fernando Vladimír IMSS UMAE #2



Introducción: El linfoma no Hodgkin abarca una variedad de neoplasias de origen linfóide, con expansión clonal de sus diversas líneas linfoides. **Objetivo:** Reporte de caso Linfoma No Hodgkin de presentación atípica. **Exposición del caso:** Masculino de 50 años quien debuta con aumento de volumen súbito y progresivo de región palpebral de ojo izquierdo, no doloroso; una semana después presenta paraparesia en miembros inferiores que progresa a paraplejía, a su ingreso se realiza TAC de cráneo evidencia una tumoración sólida en región superolateral de órbita izquierda con extensión a fosa temporal y región frontal, se inició tratamiento citoreductor con esteroide desarrollando síndrome de lisis tumoral con compromiso renal requiriendo tratamiento sustitutivo. En la resonancia magnética de columna en cordón espinal a nivel de T5 y T6 presenta imagen intramedular que ocupa su grosor total isointensa en T1 e hiperintensa en T2. Se realiza biopsia de la tumoración inicial reportando linfoma no Hodgkin difuso de alto grado C-MYC positivo, CD20 positivo, CD 10 positivo focal, Ki67 positivo en el 70%, BCL-2 positivo focal. Se inicia quimioterapia con ciclofosfamida, epirrubicina y vincristina, con importante disminución del volumen tumoral, sintomatología y con mejoría de la función renal ya sin requerir terapia dialítica, pero persistien-

do paraplejía, siendo posible su egreso con manejo externo.

Conclusiones: En linfoma no Hodgkin la presentación de inmunofenotipo B es la más común (70-90%), en adultos con presentación extranodal en tan solo del 10 al 20%. La presentación en cara y cuello es extremadamente rara, siendo en órbita y en médula espinal apenas el 1% y 2% de todos los linfomas respectivamente. La mayoría de los linfomas de órbita son de bajo grado (84%) y tan solo el 16% son de alto grado. La supervivencia en linfomas de bajo grado alcanza hasta el 63% a 10 años, mientras que en los de alto grado a 4 años se observa pobre pronóstico a pesar de tratamiento agresivo.

Palabras clave: linfoma No Hodgkin, alto grado, extranodal, órbita, médula espinal, lisis tumoral.

Folio: 0410

Tema: Infectología

Síndrome cavernoso como manifestación inicial de meningitis tuberculosa: reporte de caso

García Minamy Jaime Israel, Angeles Monica, Vazquez Nallely Alejandra, Rivera Rosario Minerva, Morales Ana Lilia
Hospital Ticomán, Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Introducción: La meningitis tuberculosa es la forma más común de tuberculosis del sistema nervioso central y tiene una morbilidad alta. La TBM es típicamente una enfer-

medad subaguda con síntomas que pueden persistir durante semanas antes del diagnóstico. El tratamiento de la tbm se debe iniciar tan pronto como la sospecha clínica sea respaldada por estudios iniciales del LCR. **Objetivo:** describir el caso de un paciente con síndrome del seno cavernoso izquierdo secundario a meningitis tuberculosa. **Caso clínico:** Paciente masculino de 51 años, que padece de diabetes tipo 2 de 16 años de diagnóstico, con mal apego terapéutico. Inicia con cefalea hemisférica izquierda, pulsátil, intensidad 7/10 por eva, fijo, sin atenuantes ni exacerbantes que se acompaña de astenia, adinamia, fiebre la cual se cuantifica hasta en 39 grados, así como pérdida de peso. Una semana posterior se agrega caída del párpado izquierdo, así como disminución de la movilidad ipsilateral por lo que acude a valoración a la exploración se encuentra confundido, caquetico, con ptosis total izquierda, midriasis ipsilateral arreflexica, reflejo fotomotor y consensual izquierdos abolidos. se hace tomografía simple de cráneo, reporta paquimengitis izquierda frontotemporal, y asimetría del seno cavernoso izquierdo, la punción lumbar con 700 células, 90 % mn, glucosa 20, proteínas 400, ante la sospecha de tuberculosis se solicita adn en 20, genexpert resultando positivo. y se mandan cultivos. **Conclusión:** Paciente de la sexta década, que presenta

un síndrome cavernoso, su Icr compatible con infección por tb el cual se confirma por el genexpert, se le inicia manejo con antifímicos y esteroide, con adecuada respuesta clínica, se egresa y se de la seguimiento por parte de infectología.

Palabras clave: genexpert, ADA, pleocitosis, TB.

Folio: 0412

Tema: Otros

Enfisema subcutáneo cérvico-facial en paciente diabético, secundario a procedimiento odontológico. Clínica hospital Dr. Patricio Trueba Regil, ISSSTE, Campeche

Reséndiz Lidia Guadalupe

ISSSTE Campeche Clínica Hospital Dr. Patricio Trueba Regil

Introducción: En odontología el enfisema subcutáneo cérvico-facial, es una complicación poco común ocasionada por aire a presión que penetra en los tejidos por defectos en su continuidad, quirúrgicos o traumáticos, produciéndose de forma súbita y con aumento de volumen crepitante a la palpación. Se resuelve en 1 semana sin tratamiento específico por metabolismo y difusión individuales de los gases constitutivos del aire. El enfisema consiste en la penetración de aire en los tejidos subcutáneos o submucosos. Estos tejidos presentan tejido conjuntivo laxo donde un líquido o un gas a presión pueden crear un espacio real. Cualquier solu-

ción de continuidad en piel o mucosas puede permitir el paso de aire en profundidad así: 1. Laceraciones de la mucosa respiratoria. 2 Laceraciones de la mucosa bucal. 3. Apertura de la cámara pulpar de los dientes. El aire acumulado en los tejidos se presenta como edema súbito de consistencia elástica, crepitante, que se desplaza por los tejidos disecándolos. En la región cervicofacial se denomina esta situación como enfisema subcutáneo, que es observable clínicamente en varias situaciones: 1) Politraumatismo con heridas de tráquea o fracturas de tercio medio de cara; 2) Osteotomías del tercio medio facial tipo Le Fort I; 3) Empleo de aire a presión con jeringa y turbinas odontológicas para procedimientos como odontectomías, apicectomías, endodoncia, etc. 4) Inyección de aire como en neumoaortografía. El enfisema desaparece sólo como ya hemos visto, sin embargo se puede favorecer su reabsorción mediante medidas locales como: Calor local, por aumento en el flujo sanguíneo; antibióticos y la aspiración con agujas a presión negativa. El aire del enfisema desaparece sin tratamiento en un período aproximado de 1 semana pero pueden coadyuvar tratamientos complementarios **Presentación del caso:** Paciente masculino de 57 años de edad catedrático de la UACAM área administrativa diabético tipo 2 controlado, que acude a atención ondon-

tológica a Clínica de esa casa de estudios por alumno de 2° semestre de Odontología para realizar Limpieza dental, el cual que de forma accidental y traumática presiona aire en lugar de aspiración y ocasiona impactación de pieza dental en seno paranasal maxilar con edema subcutánea cérvico facial inmediato, es trasladado al servicio de urgencias de CH ISSSTE se le realiza tomografía simple de cara y cuello con presencia de edema subcutáneo cérvico facial, impactación de pieza dental en seno maxilar con pérdida de solución de continuidad y líquido perilesional, se inicia manejo con antimicrobiano, analgésico, es valorado por máxilo facial con tratamiento inicial conservador y posterior extracción de pieza dental, con evolución favorable sin complicaciones. **Discusión:** En el presente caso la etiología fue por apertura de la cámara pulpar de una pieza dental de tipo traumático hacia el seno paranasal maxilar, al realizar procedimiento ontológico en la Clínica de la UACAM (Universidad Autónoma de Campeche) siendo valorado por Especialista en Máxilo Facial, con reabsorción en 10 días recibiendo manejo con cefalosporina de tercer generación, con posterior manejo de pieza dental impactada, control glúcido con Insulina Glargina, con adecuada evolución sin complicaciones. **Palabras clave:** enfisema subcutáneo, cérvico-facial.



Folio: 0413

Tema: Infectología

Neurosífilis en el paciente con infección por VIH

Blanco Miguel Angel, Gudiño Humberto, Lezama Jezer
Clínica Especializada Condesa

Introducción: Desde el 2011 en México se ha presentado incremento de los casos de Sífilis en los grupos de 20 a 24 años de edad y de 25 a 44 años. La afección al sistema nervioso central, se puede presentar en cualquiera de las etapas clínicas de la sífilis, incluso en los primeros meses de la infección. La coinfección VIH y sífilis tiene alta prevalencia. **Material y métodos:** Se analizaron los expedientes de pacientes con prueba no treponémica positiva alta mayor de 1:32 que hubieran sido sometidos a punción lumbar por la sospecha clínica de neurosífilis. Se revisaron los expedientes y analizaron los casos de pacientes con punción lumbar con VDRL positivo en Líquido cefalorraquídeo, de enero del 2016 a diciembre del 2017. Se definió neurosífilis a la presencia de prueba de VDRL positiva en líquido cefalorraquídeo, se utilizó VDRL-USR (Antígeno de Cardioplipina para investigar reagentes de sífilis en suero sin inactivar, en plasma y LCR). Durante el análisis se encontraron 18 pacientes con neurosífilis, de los cuales el 100% eran hombres, 17 de los pacientes pertenecían al grupo de riesgo de hombre que

tiene sexo con hombres (HSH), todos los pacientes eran de raza mestiza, mexicanos. La media de edad fue de 32.4 años (rango de 22 a 68 años), 17 de ellos eran solteros. 7 de los 18 pacientes consumían drogas las últimas dos semanas, 11 fumaban y 15 tenían consumo nocivo de alcohol. El 72% de los pacientes tenían antecedente de infecciones de transmisión sexual previas. 1 paciente tuvo sífilis primaria. El 44% (8/18) de los pacientes se presentaron asintomáticos y por títulos altos de VDRL se les realizó escrutinio para neurosífilis. En un 27% (5/18) se les documentó datos clínicos (realización de fondo de ojo) por un oftalmólogo experto y adiestramiento en el manejo de pacientes con infección por VIH se sífilis ocular, tuvieron visión borrosa y cefalea todos. El 22% (4/8) tuvieron datos clínicos de secundarismo sífilítico con rash evanescente no pruriginoso. Un solo caso se presentó con cefalea y monoparesia del miembro torácico derecho, sin encontrarse más problemas, mejoró posterior al tratamiento. La media del conteo de CD4 fue de 197.6 células (rango 20 a 458 células). De los 18 pacientes 7 tenían datos definitorios de SIDA, estadio C3, cursando con síndrome de desgaste. El resto se clasificaron como B2 y A2. El 100% de los pacientes recibieron tratamiento con Penicilina G cristalina Intravenosa por 2 semanas. Todos ellos recibieron

tratamiento antirretroviral. 88% de ellos recibieron tenofovir/emtricitabina/efavirenz. De ellos 3 de 18 tuvieron viremia detectable 6 meses posterior al inicio del Tratamiento, aunque no se presentó falla virológica, sino viremias de bajo nivel (mayor de 40 y menor de 200 cop/mL). **Conclusiones:** El diagnóstico de neurosífilis en el paciente con infección por VIH siempre debe estar presente para el clínico, el nivel de CD4 pudiera ser un factor de riesgo para la presencia de neurosífilis en los pacientes con infección por VIH y aunque muchos de ellos están asintomáticos, con una semiología exhaustiva y niveles séricos altos de VDRL pudieran hacer sospechar neurosífilis en el paciente con infección por VIH.

Palabras clave: neurosífilis, VIH.

Folio: 0414

Tema: Epidemiología

Incidencia, prevalencia y mortalidad de cirrosis hepática por VHC en México y América

Guzmán Alan Francisco, Álvarez Martha Mercedes, Lara Elia, Garnica Francisco
Universidad de Guanajuato

Introducción: El virus de hepatitis C (VHC), descubierto en 1989, es un virus RNA que se replica preferentemente en los hepatocitos y que al no ser directamente citopático, se asocia a una infección persistente. La enfermedad crónica

producida por el VHC en la mayoría de los casos cursa de forma silenciosa, aspecto de importancia epidemiológica. Se estima que existen alrededor de 170 millones de personas infectadas en el mundo (prevalencia de 2.2%) y podría estimarse que en nuestro país existen alrededor de 1.2 millones de personas infectadas (prevalencia 1 a 1.9%). Se ha calculado que la infección crónica por el VHC, será responsable de alrededor de 250000 y 350000 defunciones al año, esencialmente relacionadas con la descompensación de la cirrosis, enfermedad hepática terminal y el carcinoma hepatocelular. El objetivo del tratamiento actual de la hepatitis C es lograr la ausencia de RNA después de 12 semanas de haber acabado el tratamiento, la cual se alcanza hasta en el 99% de los casos. **Objetivo:** Describir la incidencia, prevalencia y mortalidad de la cirrosis por virus de hepatitis C en México y el resto de países del continente americano. **Metodología:** se realizó estudio retrospectivo y descriptivo en el cual se tomó el modelo de captación de datos estructurado por la incidencia, prevalencia y mortalidad de la Cirrosis Hepática por VHC en México y América entre los años 1990-2016 tomado de la base de datos del Global Burden Disease. **Resultados:** **Conclusiones:** Desde 1990 México ocupa el primer lugar en América en tasas de incidencia,

prevalencia y mortalidad por cirrosis hepática causada por VHC y estas 3 continúan en aumento en todos los países que comprenden América. Al tratarse en la mayoría de los casos de una enfermedad insidiosa y silenciosa se deberían seguir ideando estrategias para su diagnóstico oportuno pues se pues la hepatitis C es una enfermedad prevenible y curable. **Palabras clave:** cirrosis por VHC, epidemiología VHC, hepatitis C en México.

Folio: 0415

Tema: Gastroenterología

Tejido pancreático ectópico: reporte de un caso

Miranda Roberto Antonio, Meza Cynthia Margarita, González Abigail, Tamayo José Luis, Esquerro Omar, Zapata Alejandra Deyanira, Dehesa Edgar, Irizar Sergio Saul

Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, UAS

Introducción. El páncreas ectópico es la segunda anomalía congénita pancreática más frecuente. Se define como la presencia de tejido pancreático que carece de comunicación anatómica o vascular con el páncreas. El pico de edad de presentación es de los 40 a 50 años y es más frecuente en hombres. La mayoría de los pacientes tienen un curso asintomático o bien presentan síntomas inespecíficos como dolor abdominal o distensión,

por lo que en general es un hallazgo incidental con localización más frecuente en la región prepilórica sobre la curvatura mayor, pudiendo encontrarse en cualquier parte del tracto gastrointestinal.

Objetivo: Reporte de un caso y revisión de la literatura de páncreas ectópico. **Reporte de caso:** Masculino de 20 años con antecedente de atresia esofágica tipo 3, que acudió al servicio de gastroenterología referido para realización de esofagogastroduodenoscopia por disfagia intermitente de 5 meses de evolución, sin respuesta a terapia convencional con inhibidor de bomba de protones. En la esofagogastroduodenoscopia se observó lesión submucosa de bordes irregulares y bien definidos en la región prepilórica, sugestivo de tejido pancreático heterotópico, por lo que se realiza biopsia sobre biopsia; en el estudio histopatológico se reporta tejido pancreático con acinos y ductos dilatados confirmándose diagnóstico de tejido pancreático ectópico.

Discusión. El páncreas ectópico es una lesión congénita poco frecuente que puede cursar asintomática o causar síntomas inespecíficos. La localización más frecuente es submucosa, por lo que se dificulta obtener una biopsia adecuada, necesaria para descartar otro tipo de lesiones gástricas. Generalmente no se necesita tratamiento, sin embargo, se indica su abordaje quirúrgico o endoscópico



en pacientes sintomáticos o con lesiones mayores a 3 cm.

Palabras clave: páncreas, ectópico, estómago, histología, endoscopia.

Folio: 0416

Tema: Gastroenterología

Daño gástrico y colónico inducido por AINES. Reporte de un caso

Guevara Karen Jocelyn, Lara José Elliott

Hospital General Dr. José María Rodríguez

Introducción: La enteritis y colitis asociada a drogas, probablemente estén subestimadas. Distinguir colitis inducida por AINES de inflamación crónica por enfermedad intestinal es importante, por lo que un historial con respecto a ingestión de AINES debe obtenerse en cada paciente. Se presenta el caso clínico de un paciente que ingresa por diarrea crónica, con historial de consumo crónico de AINES, encontrándose en la endoscopia y conoloscopia úlceras gástricas y colónicas, respectivamente. **Caso clínico:** Masculino de 49 años de edad, portador de insuficiencia venosa. Consumo de AINES por dos años por dolor de úlceras venosas infectadas, con ketorolaco, diclofenaco. Acude por presentar evacuaciones diarreicas de hasta 8 al día, Bristol 7, verdosas, explosivas, lientéricas, de un año de evolución, en última semana automedicado con antibiótico, sin mejoría. Se rea-

liza coprológico y coprocultivo negativos. Endoscopia: úlcera gástrica prepilórica Forrest III. Biopsia: gastropatía reactiva moderada, inactiva; negativo para *H. pylori*. Colonoscopia: colon transversal y ascendente con úlceras de 4-5mm, base de fibrina, no continuas. Biopsia: colitis aguda y crónica con eosinofilia focal. Se proscriben AINES desde su ingreso. Se inicia rehidratación, dieta astringente y analgesia a base de opioides, presentando cese de las evacuaciones diarreicas y evolucionando favorablemente. Fue egresado a los 17 días mostrando gran mejoría. **Discusión:** La incidencia de daño gástrico e intestinal está subestimado. La enteropatía inducida por AINES se puede presentar en cualquier lugar del tracto gastrointestinal, principalmente en estómago e intestino delgado. La toxicidad gastrointestinal de los AINES tiene 2 mecanismos patogénicos: irritación directa por contacto con la mucosa y lesión por la acción farmacológica directa de la droga. Cuando afecta colon, hay predilección por colon derecho aunque recto y colon distal también pueden estar involucrados. Las lesiones comunes incluyen erosiones y úlceras en la mucosa gástrica. Dentro del colon, pueden causar erosiones superficiales, úlceras y estenosis. Los eosinófilos pueden predominar en el infiltrado inflamatorio. **Conclusiones:** Es importante el reconocimiento clínico de

la gastropatía y colopatía inducida por fármacos puesto que, el manejo de ésta, se basa principalmente en retirar el factor agresor, en este caso, los AINES que son por mucho, el principal fármaco inductor de toxicidad gastrointestinal y que es un medicamento de uso habitual en la práctica clínica diaria, por lo que siempre habrá de considerarse. La historia de la medicación es esencial para mejorar la precisión del diagnóstico y diferenciarlo oportunamente de otras entidades como enfermedades inflamatorias intestinales.

Palabras clave: AINES, diarrea crónica, enteropatía, colitis eosinofílica secundaria, gastropatía por fármacos.

Folio: 0417

Tema: Reumatología

Evaluación de la sinovitis por ultrasonografía de Power Doppler en pacientes con artritis reumatoide que reciben inhibidores del factor de necrosis tumoral: un estudio piloto observacional

Paz Aleni³, Arriaga Hugo⁴, Arce César¹, Díaz Yaremi², Comellas Lucia³, Aldrete Jorge⁴

¹ Hospital Central Sur Pemex;

² Hospital General de Zona 32, IMSS; ³ Colegio Mexicano de Reumatología; ⁴ Práctica privada

Antecedentes: Los inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNFi) han mostrado eficacia para mejorar función articular y

reducción de daño radiográfico en la artritis reumatoide (AR). El ultrasonido Power Doppler/Greyscale (PDUS) detecta perfusión sinovial en articulaciones inflamadas así como disminución en las puntuaciones de señal del PDUS -en respuesta al tratamiento- que correlaciona con puntajes en otros índices de actividad, como DAS28, Índice de actividad de enfermedad clínica (CDAI) o Índice simplificado de actividad de enfermedad (SDAI). La puntuación global de sinovitis OMERACT-EULAR (GLOESS) facilita evaluación global a partir de suma de puntuaciones PD. **Métodos:** Estudio observacional de vida real en pacientes con AR activa y erosiones óseas iniciales que recibieron tratamiento con adalimumab o certolizumab sin respuesta a antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME). Se evaluó actividad mediante SDAI, Índice de discapacidad con cuestionario de evaluación de salud (HAQ-Di) y DAS28. Se evaluaron globalmente utilizando escala PDUS de 8 articulaciones (PDUS-8) y GLOESS a las 6 y 12 semanas. **Resultados:** 26 pacientes con edad media de 44 años, 81% mujeres y 80% con factor reumatoide positivo (FR). Once recibieron adalimumab y 15 certolizumab. DAS28 total inicial (como grupo) fue 40.91 y HAQ-Di de 231, con disminución a DAS28 de 29.55 (P = 0.002) y HAQ-Di 114 (P =

0.001) en última visita. PDUS-8 total inicial (como grupo) fue 109 y a la semana 12 fue 96 (P = 0.573 GLOESS total inicial sin procesar de 617 y en semana 12 de 518 (P = 0.046). La reducción de la actividad de la enfermedad fue más significativa en tratados con certolizumab (P = 0.026 en visitas 1 y 2 en PDUS-8, con 42 al inicio, 24 en visita 1 y 27 en visita 2) y, respectivamente P = 0.058 y P = 0.018 en visitas 1 y 2 en GLOESS (puntaje 322 en la visita 0, y respectivamente 260 y 252 en visitas 1 y 2) que entre aquellos que recibieron adalimumab (P = 0.257 y P = 0.141) respectivamente, en las visitas 1 y 2 en el PDUS-8 [puntajes respectivos: 67 basales y 70, y 69], y P = 0.734 y P = 0,916, respectivamente, en las visitas 1 y 2 en el GLOESS [puntajes respectivos: basal 303, y 301, y 266]). **Conclusión:** En pacientes con AR, el tratamiento con TNFi reduce la actividad clínica, funcional y ecográfica de la enfermedad. Esta reducción fue mayor con certolizumab.

Palabras clave: artritis reumatoide, inhibidores del factor de necrosis tumoral, sinovitis, certolizumab, puntuación global de sinovitis, DAS28.

Folio: 0418

Tema: Infectología

Afección renal por coccidio-domicosis

Leal Victor Ezequiel, Ochoa Jacobo, Soto Martha Ofelia,

Chaparro Jacqueline, Cadena Daniel, Figueroa Martin Luis
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La infección coccidio-domicosis es endémica en el norte de México. Se presenta generalmente como neumonía crónica, fungemia y diseminación extrapulmonar en la piel, los huesos y las meninges, siendo la afección a otros órganos excepcional.

Exposición del caso: Paciente de 28 años de edad, niega antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento en diciembre de 2017 al presentar dolor en región lumbar derecha, aumento de volumen, eritema y dolor, acude al servicio de urgencias donde presenta salida de material purulento del área afectada, se realiza tomografía simple de abdomen observándose quiste complejo en riñón derecho, es valorado por el servicio de oncocirugía quien realiza drenaje percutáneo de la lesión, mejorando sintomatología. A la semana presenta nuevamente dolor y fiebre, por lo que se inicia manejo antibiótico y se realiza nefrectomía parcial derecha con drenaje, debridación y resección de granuloma. patología reporta áreas abscedadas, tejido con extensa reacción granulomatosa y presencia de esferulas consistentes con Coccidio-domicosis, se inicia fluconazol, mismo con el continua actualmente. Hasta la fecha ha presentado



dos hospitalizaciones más por sospecha de diseminación meningea, sin lograr corroborarse el diagnóstico. **Conclusión:** La coccidioomicosis ocasionalmente se propaga desde la lesión pulmonar inicial a otras partes del cuerpo, la afección renal como parte de la forma diseminada es rara, sin embargo su identificación y tratamiento es de suma importancia para evitar complicaciones severas en el paciente.

Palabras clave: coccidioomicosis, diseminada, renal.

Folio: 0419

Tema: Endocrinología

Cambio en los factores antropométricos y metabólicos en respuesta al uso de mazindol en población mexicana con obesidad

Neri Juan Carlos¹, Barranco Lina Marcela¹, Flores Francisco Javier¹, Romero Edgar Román², Rocha Héctor Isaac², Fernández Del Valle Cecilia³, Reyes Juan Gerardo²

¹ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; ² Instituto Politécnico Nacional; ³ Productos Médix SA de CV

La obesidad es una enfermedad sistémica, crónica, multifactorial, que involucra la susceptibilidad genética, estilo de vida y el entorno; se caracteriza por el exceso del tejido adiposo en el organismo. En 2014 más de 600 millones de personas en el mundo padecían obesidad; en México en 2017

se reporta aproximadamente 33% de personas mayores de 15 años con este problema. La causa fundamental de la obesidad es un desequilibrio energético, lo cual crónicamente conduce a la liberación anormal de adipoquinas, causando un estado inflamatorio y alteraciones metabólicas, cambios que contribuyen al desarrollo de la obesidad y de las enfermedades crónicas asociadas. La respuesta terapéutica en el tratamiento de la obesidad en pacientes mexicanos, depende de diferentes factores; el análisis integral de los mismos podría determinar el uso adecuado de los fármacos utilizados para el tratamiento de la obesidad a corto y largo plazo. **Objetivo:** Determinar qué factores antropométricos y metabólicos están asociados a la respuesta terapéutica del tratamiento con mazindol en pacientes con obesidad durante 6 meses. **Metodología:** Con previa firma de consentimiento informado se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, en 203 pacientes con diagnóstico de obesidad exógena, quienes recibieron tratamiento con 1 tableta de mazindol de 1 mg antes del desayuno y de la comida, dieta de 1500 kcal y 20 min de actividad física rutinaria por 6 meses. Durante el tratamiento se midieron cada mes variables antropométricas (peso, talla, IMC, ICC, % grasa) y signos vitales. Las variables bioquímicas se determinaron

antes del inicio del tratamiento, a los 3 y 6 meses (QS, BH y perfil de lípidos), así como marcadores metabólicos (leptina, adiponectina, resistina, péptido C e insulina). **Resultados:** Se analizó una n de 203 pacientes (167 mujeres y 36 hombres) con diagnóstico de obesidad y edad entre 18 a 64 años. Al evaluar los factores de riesgo para desarrollar comorbilidad, se encontró alteración en las siguientes variables: Glucosa en ayuno, HDL, Triglicéridos y perímetro de cintura. Con el tratamiento farmacológico se identificaron cambios significativos en las mediciones antropométricas, con disminución del peso de 10.95%, perímetro de cintura de 10.75 cm y masa grasa corporal del 3.96%. Además de cambios en los factores bioquímicos como triglicéridos, Col.-HDL e índice aterogénico; en relación al perfil metabólico, se observaron cambios en resistina, adiponectina y leptina. El apego al tratamiento farmacológico fue del 95%. **Conclusiones:** El uso de anorexigénicos como el mazindol durante seis meses, mostró una reducción sostenida del peso corporal inicial, así como cambios significativos en parámetros bioquímicos y metabólicos que pueden disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardio-metabólicas en pacientes con obesidad. **Palabras clave:** obesidad, anorexigénicos, respuesta terapéutica.

Folio: 0420

Tema: Hematología

Linfoma no Hodgking difuso células grandes posgerminal con infiltración a músculo ocular: a propósito de un caso

Nieblas Daniel Ignacio¹, Martínez Sandra Aydeth²

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social; ² Unidad Medica de Alta Especialidad Numero 2

Paciente masculino de 42 años, padece hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2 controlados, toxicomanías y alérgicos negados. Inicia en padecimiento mayo 2018, con presencia de movimientos involuntarios tipo convulsión en miembro torácico derecho, acompañado de exoftalmos y edema periorbitario, hipertermia de 39° c posteriormente con disminución de fuerza de miembros pélvicos, por lo que acude a urgencias donde se realiza estudio de imagen tipo tomografía axial computarizada de cráneo encontrando una tumoración extra axial a nivel parietal izquierda siendo valorado por neurocirugía, con características de probable Meningioma por lo que es valorado por neurocirugía, quien decide realizar biopsia en julio del 2018, sin complicaciones aparentes. Reporte preliminar de patología de linfoma. Se solicita resonancia magnética para valorar estado Infiltrativo a nivel de sistema nervioso central, siendo descartado por este medio, por lo que se decide otorgar

primer ciclo de quimioterapia el día 27 de julio del 2018 mostrando mejoría evidente del exoftalmos. Neurológicamente integro, sin proptosis de ojo derecho, adecuada agudeza visual, movimientos oculares sin alteraciones, lesión quirúrgica en hemicráneo izquierdo, cardiorespiratorio sin compromiso, abdomen blando no doloroso, extremidades sin edema. Laboratorio diagnóstico: hb 11.7, htc 35, leucos 2100, neutros 1300, plaqt 143 000, glu 227, cr 0.7, ca 8.6, P 3.3, K 4, ALT 27, LDH 547, B2 TAC de cráneo Simple y Contrastada 13-7-18: tumoración extraaxial fronto parietal izquierda sugestiva de Meningioma, osteolisis e infiltración de tejidos blandos. Aumento de volumen a nivel de cuenta orbitaria derecha TAC de tórax 16-7-18: derrame intercostal derecha de aspecto nodular, derrame pleural bibasal leve, lesión lítica en cuerpo vertebral D11 Reporte de patología 16-7-18: linfoma no Hodgking difuso células grandes pos germinal, CD20+, Ki 67 40%, MUM1+, CD10-, BCL2 -. Citológico de LCR: negativos.

Palabras clave: linfoma no Hodgking, tumoración extraaxial, infiltración musculo ocular.

Folio: 0421

Tema: Neurología

Depresión y deterioro cognitivo asociado a la función pulmonar en población geriátrica mexicana

Guerrero Carolina, Huerta Saúl, Rubio Alberto Francisco,

Meneses Iván, Guerrero Brenda Lorena

Hospital General de Ticomán

Dentro de la diversidad de patologías asociadas al envejecimiento, se encuentra el deterioro cognitivo leve (DCL), el cual se manifiesta como un conjunto de alteraciones en las funciones cognitivas básicas. Se suele acompañar además de cambios conductuales. La prueba de Folstein proporciona un análisis breve y estandarizado del estado mental. La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en pacientes mayores de 60 años, se asocia a un alto costo socioeconómico, a una menor calidad de vida y, al igual que el deterioro cognitivo, es potencialmente incapacitante. Uno de los métodos más empleados es la escala de depresión geriátrica de Yesavage, instrumento ampliamente validado. Uno de los factores más importantes en el desarrollo de alteraciones en la función cognitiva en el anciano es la hipoxemia, por lo que trastornos pulmonares pueden desencadenar patología neurológica. La prueba más utilizada para la evaluación de la función pulmonar es la espirometría. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de depresión y deterioro cognitivo en pacientes geriátricos y evaluar si hay correlación con la función pulmonar. **Material y método:** Se incluyeron a 112 pacientes ≥ 65 años de edad. Previo con-



sentimiento informado, se les realizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage, el Test de Folstein para valorar el deterioro cognitivo y la función pulmonar mediante espirometría con el siguiente instrumento: Espirómetro Medizintechnik TrueFlow Easy on PC. **Resultados:** Nuestros resultados nos reportan una prevalencia de deterioro cognitivo del 27.60% y encontramos un 36.60% de pacientes con depresión. No encontramos correlación entre alteraciones de la función pulmonar y trastornos psicoafectivos. ($r = 0.079$ $p = 0.40$) Si encontramos una correlación inversa significativa entre magnitud del deterioro cognitivo y el nivel de depresión ($R = -0.265$, $p = 0.005632$). **Conclusión:** No encontramos asociación entre deterioro pulmonar y trastornos psicoafectivos. La depresión y el deterioro cognitivo tienen una alta prevalencia en nuestro medio en pacientes geriátricos, y tienden a coincidir en el mismo sujeto, sin embargo, gran parte de la población no se encuentra diagnosticada, lo cual repercute de manera importante en la funcionalidad del paciente, incluso en la adherencia terapéutica de sus comorbilidades. Se sugiere realizar de manera rutinaria una valoración integral al adulto mayor que incluya escalas de evaluación de depresión y de deterioro neurológico.

Palabras clave: depresión, deterioro cognitivo, función pulmonar, trastornos psicoafectivos.

Folio: 0422

Tema: Misceláneos

Correlación entre el índice de masa corporal y la cantidad de grasa intraabdominal en población del norte de la Ciudad de México

Meneses Iván, Guerrero Carolina, Rubio Alberto Francisco, Vargas Germán, Huerta Saúl, Guerrero Brenda Lorena
Hospital General de Ticomán

La distribución de la grasa corporal tiene un papel importante en el desarrollo de las comorbilidades asociadas a la obesidad, la acumulación de grasa a nivel intraabdominal es crucial en el desarrollo del síndrome metabólico, por lo que su cuantificación en forma confiable es muy importante para la estratificación del riesgo global de estos enfermos. Se han desarrollado diversas herramientas tanto clínicas como tecnológicas para evaluar el grado de obesidad, dentro de ellos el índice de masa corporal (IMC). La medición de la cantidad de grasa intraabdominal por análisis de impedancia bioeléctrica (AIB), es un método sencillo, no invasivo, accesible confiable y con una relación costo/beneficio aceptable. No conocemos estudios que establezcan alguna asociación entre el valor del IMC y la cantidad de grasa intraabdominal en kilogramos obtenida por AIB. **Objetivo:** establecer si hay asociación entre el valor del IMC y la cantidad de grasa intraabdominal en

kilogramos obtenida por AIB.

Material y método: Incluimos 987 pacientes de la consulta externa de nuestro hospital, a todos ellos se les determinó el IMC con la fórmula: $\text{Peso (en Kilogramos)} / \text{altura (en metros)}^2$. Se les realizó también un AIB con equipo INBODY 120, en donde se cuantificó la grasa visceral abdominal en kilogramos. Los valores obtenidos se correlacionaron usando el coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** Encontramos una correlación significativa entre IMC y grasa visceral abdominal en pacientes con índice de masa corporal < 40 , pero no en sujetos con valores superiores a esa cifra. **Conclusiones:** El IMC presenta una correlación positiva con la grasa visceral abdominal en sujetos con IMC.

Palabras clave: obesidad, índice de masa corporal, impedancia bioeléctrica, grasa visceral abdominal.

Folio: 0423

Tema: Infectología

Enfermedad por arañazo de gato: una causa inusual de linfadenopatía cervical unilateral en una paciente inmunocomprometida

Campos María Guadalupe¹, Frago Mabel Yolotzin¹, Hernández María Concepción²

¹ Hospital General de Zona 2a Troncoso, IMSS, Ciudad de México; ² Hospital de Infectología, Centro Médico La Raza, IMSS, Ciudad de México

Introducción: La enfermedad por arañazo de gato es ocasionada por *Bartonella henselae*, con transmisión horizontal mediante un vector. La forma de presentación más frecuente es una adenopatía unilateral a partir de una lesión cutánea primaria, la región cervical es la segunda más afectada. El compromiso sistémico ocurre en pacientes inmunocomprometidos. **Caso clínico:** Mujer de 46 años, enfermera, con antecedente de lupus eritematoso generalizado tratado con prednisona y cloroquina. Inicialmente presentó una pápula de base eritematosa, no pruriginosa ni dolorosa, localizada en la región cervical anterior derecha, con desarrollo de una adenopatía contigua, de 2 cm, no dolorosa, móvil, con incremento paulatino de tamaño hasta 5 cm, presentando drenaje espontáneo después de 5 meses de evolución. El cultivo de secreción sin desarrollo bacteriano ni de micobacterias. Sometida a biopsia excisional con hallazgo de linfadenitis granulomatosa crónica con necrosis no supurativa, las tinciones Ziehl Nielsen, PAS y Grocott fueron negativas, mientras que la tinción de Warthin Starry, positiva. Recibió tratamiento con doxiciclina. **Análisis:** En el escenario de esta paciente con inmunosupresión crónica, secundaria tanto a la patología sistémica de base como al uso crónico de esteroides, que se presentó con una

adenopatía cervical aislada crónica; el diagnóstico diferencial debe incluir procesos infecciosos como VIH, toxoplasmosis, tuberculosis y neoplasias. El diagnóstico por serología requiere títulos elevados, los cultivos son poco sensibles y la biopsia ganglionar está indicada en casos especiales, la cual habitualmente muestra hiperplasia linfoide con granulomas, el hallazgo de los bacilos con la tinción de plata es excepcional. **Conclusiones:** La enfermedad por arañazo de gato es una de las etiologías infecciosas que se debe considerar en el escenario de adenopatía cervical única, independientemente del antecedente epidemiológico exposicional y del estado de inmunocompetencia.

Palabras clave: arañazo de gato, *Bartonella*, linfadenopatía, cervical, única, crónica.

Folio: 0424

Tema: Gastroenterología

Paciente con síndrome de desgaste y protocolo de lesiones hepáticas

García Yang David, Guerrero María de los Ángeles, Cerda Fidel, Escarela Maricela, Salvador Roberto, Rodríguez Andrea
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Paciente femenino de 58 años de edad con antecedente de importancia: hipertensión arterial sistémica, tabaquismo a razón de 5 cigarrillos por 20 años con IT: 5, alcoholismo

desde los 20 años de edad cada 15 días, a razón de tequila sin llegar a la embriaguez. Inicia su padecimiento actual hace aproximadamente 6 meses con pérdida de peso de aproximadamente 10% del peso basal cumpliendo criterios de síndrome de desgaste, así como saciedad temprana, malestar general, síndrome icterico, visto por medico particular quien realiza tac abdomino-pélvica reportando: actividad tumoral difusa en parénquima hepático con posibilidad de metástasis, por lo que es enviado a nuestro centro médico para continuar con protocolo de estudio. En nuestro servicio en donde se evidencio hiperbilirrubinemia a expensas de patrón directo, marcadores tumorales negativos, perfil viral para VIH, VHC y VHB negativo, perfil TORCH negativo, perfil para enfermedades hepáticas autoinmunes como Colangitis Biliar Primaria, Colangitis Esclerosante Primaria y Hepatitis Autoinmune negativo, panendoscopia y colonoscopia sin datos patológicos, resonancia magnética con reporte de hígado fibronodular con imagen en segmentos 1 y 4 que puede corresponder con hiperplasia nodular focal, solicitando gamagrama nuclear con estudio dinámico reportando nódulos de regeneración y daño hepatocelular. Se realizó biopsia hepática concluyendo nódulos regenerativos. Existen numerosas causas de lesiones hepáticas sólidas, tanto be-



nignas, como malignas. Es importante establecer un diagnóstico correcto, especialmente cuando existe la posibilidad de tratamiento. El diagnóstico requiere la consideración de la historia clínica, factores de riesgo, hallazgos de pruebas de laboratorio, estudios de imágenes y en algún casos, el examen patológico de la lesión. En el caso de este paciente el diagnóstico fue de nódulos regenerativos, patología la cual tiene un pronóstico totalmente diferente al diagnóstico de inicio el cual era sugestivo de malignidad. El manejo de los pacientes con nódulos regenerativos está dirigido a tratar el desorden de base y si se identifican tratar las complicaciones de la hipertensión portal.

Palabras clave: síndrome de desgaste, lesión hepática, hepatopatía, nódulos regenerativos.

Folio: 0425

Tema: Infectología

Infección por hepatitis C en un paciente con elevación de azoados y diabetes mellitus 2

Arvizu Rosa Icela, Herrera José Luis, Kubelis David Emmanuel, Nuzzolo Laura

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción y/o Antecedentes: Se estima una prevalencia de infección por virus de hepatitis C (VHC) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de 1.7-12.1%. Además, se sugiere que la presencia de VHC

se relaciona a progresión de la nefropatía diabética. El VHC se ha relacionado con afectación renal, siendo la más común la glomerulopatía membranoproliferativa tipo I, que se asocia a crioglobulinemia mixta tipo II. **Objetivo:** Considerar diagnósticos diferenciales de nefropatía en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e infección con virus de hepatitis C (VHC). **Exposición del caso:** Masculino de 49 años con antecedente de DM2 de 20 años de evolución en tratamiento con metformina. Fue evaluado en nuestra institución por hiponatremia, clasificándose como hipovolémica, la cual mejoró progresivamente hasta encontrarse en rangos dentro de la normalidad. Se solicitó panel viral dentro del abordaje, encontrándose positividad para anticuerpos anti-VHC de manera incidental con carga viral de 1,344,460 copias y genotipo 2. así como elevación de azoados (creatinina 4.4, BUN 47), síndrome nefrótico (5 g en 24 horas) y riñones normales por ultrasonido. Para el abordaje de nefropatía se solicitó revisión de fondo de ojo donde se reportó retinopatía diabética severa. Debido a la presencia de infección por HVC para descartar probable involucro renal por crioglobulinemia mixta se solicitaron crioglobulinas (negativas), complemento C3 80.1 (50-120) y C4 17.5 (20-50), factor reumatoide IgM positivo 191.91 (50%). **Conclusiones:**

El tratamiento específico de las glomerulopatías relacionadas a infección por HCV podrían estabilizar los niveles de creatinina y disminuir la proteinuria. **Palabras clave:** hepatitis C, diabetes mellitus tipo 2, glomerulonefritis, enfermedad renal crónica.

Folio: 0426

Tema: Epidemiología

Prevalencia, distribución y características microbiológicas de infecciones asociadas a la atención de la salud en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán durante el año 2017

Núñez Nelda Judith, Torres Darwin Stalin, Durán Maximiliano Dercole, Villalobos Rodolfo
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatan

Introducción: Las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) son, según la OMS, el evento adverso más frecuente durante la prestación sanitaria; se estima que más de 1,4 millones de personas en el mundo contraen infecciones en el hospital cada año. Se estima que entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan a hospitales en países desarrollados contraerán una o más infecciones. En cuanto al impacto económico, las IAAS en los Estados Unidos generan un costo estimado entre 4.500 millones y 5.700 millones de US\$. En México, el costo anual se aproxima

a los 1.500 millones. El presente estudio pretende conocer la prevalencia y distribución de las IAAS documentadas en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY) en el año 2017, así como incitar al desarrollo de mejores estrategias para la vigilancia, prevención y el correcto y responsable tratamiento de las infecciones asociadas a la atención de la salud. **Materiales y métodos:** Se recolectaron datos provenientes de los departamentos de epidemiología y microbiología del hospital, así como de la base de datos de la RHOVE. Se seleccionaron los casos confirmados de infección asociada a la atención de la salud según los criterios establecidos por la Norma Oficial Mexicana-045 y el manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la RHOVE. Posteriormente se obtuvo información de manera retrospectiva acerca de las diversas variables presentes en dichas infecciones, tales como sexo; sitio de infección; diagnóstico principal de ingreso; causa de muerte; germen aislado; resistencias antimicrobianas y susceptibilidad antimicrobiana. Finalmente, se utilizaron técnicas de epidemiología descriptiva para la agrupación y exposición de los datos. **Resultados:** Se detectaron un total de 225 casos de infecciones asociadas a la atención de la salud en el HRAEPY durante el 2017, obteniéndose

una tasa de 7.25 casos /1000 días de estancia intrahospitalaria. El rango de edad con mayor prevalencia fue de 46 a 64 años, con un número total de 97 casos (43%), con 46 casos en masculinos y 51 en femeninos. El servicio con mayor tasa de IAAS fue Medicina Interna con 67 casos, representando el 29.7% del total, seguido por Cirugía General con un 17,7% y UCI-adultos con 16.8%. La infección de vías urinarias asociado a catéter urinario fue el sitio con mayor número de casos (64) representando el 28%, seguido de neumonías asociadas a ventilador con 14.6% e infecciones incisionales superficiales con un 12%. Se lograron aislar 206 de los 225 casos de IAAS (91%), siendo el microorganismo aislado con mayor frecuencia *E. coli* con 61 casos representando el 29.6% del porcentaje total, seguido por *Klebsiella pneumoniae*(16%) y *Pseudomonas aeruginosa* (13.5%). Cabe mencionar que, de los 206 gérmenes aislados, se identificó resistencia a la Ceftriaxona en 101 del total (49%), a Ciprofloxacino en el 43% y Ampicilina Sulbactam en el 40%. Se detectó una gran proporción de fenotipos de resistencia en los microorganismos aislados, siendo de especial interés la presencia de cepas BLEE + en el 60% de los aislamientos de *E. coli* y 56 % de las cepas de *K. pneumoniae*. **Conclusión:** La prevalencia de IAAS es un gra-

ve problema de salud pública a nivel mundial, con impacto en la morbilidad, mortalidad y costos en la estancia intrahospitalaria. En el hospital HRAEPY es claro el predominio de las bacterias Gram negativas en los aislamientos obtenidos durante el 2017, siendo el principal microorganismo *E. coli*, seguido de *K. pneumoniae* y *P. aeruginosa*, llamando la atención la gran proporción de fenotipos de resistencia en estos microorganismos en nuestra flora hospitalaria así como baja susceptibilidad a medicamentos de uso común como ceftriaxona, ciprofloxacino y ampicilina sulbactam. Las infecciones asociadas a catéteres urinarios resultó ser el sitio con mayor incidencia de estas infecciones y el servicio con mayor prevalencia de casos fue Medicina Interna.

Palabras clave: infecciones, prevalencia, resistencia, antibioticoterapia, microorganismos, 2017.

Folio: 0427

Tema: Infectología

Leptospirosis severa en coinfección con borreliosis

Otero Israel, Gallegos Hugo Alberto

IMSS UMAE 2

Introducción: La leptospirosis, una zoonosis causada por espiroquetas patógenas del género *Leptospira*, es una enfermedad zoonótica generalizada y prevalente. La enfermedad



de Lyme es una enfermedad transmitida por garrapatas, típicamente causada por tres especies patógenas de la espiroqueta *Borrelia*. **Objetivo:** reporte de caso de leptospirosis en co-infección con borreliosis. **Exposición de caso:** femenino de 55 años de edad, hipertensa e hipotiroidea, quien presenta aproximadamente 3 meses previo a su ingreso con dolor articular en manos, rodillas y tobillos de predominio matutino con duración de más de 30 minutos con mejoría parcial al realizar sus actividades diarias, se diagnostica con artritis reumatoide, recibe tratamiento con deflazacort, metotrexate y ácido fólico. Persiste sintomatología agregándose a las 2 semanas astenia, adinamia y mal estado general; dos días después se agrega fiebre no cuantificada con escalofríos, náuseas, vomito, diarrea y disnea progresiva en un lapso aproximado de 2 días. Es hospitalizada con diagnóstico de infección de vías urinarias tratada con ceftriaxona, al 4to día se agregan lesiones purpúricas. Al 5to día presenta progresión de disnea y trombocitopenia de 40mil, leucocitosis de 20mil, con linfocitosis de 7mil y neutrófilos de 12mil, con lesión renal aguda prerrenal que corrigió a la administración de líquidos. Se realiza microscopia en campo obscuro el cual reporta leptospira + *Borrelia* Sp, con tratamiento por 14 días a base de ceftriaxona y doxiciclina

presentando evolución favorable y posteriormente egresada.

Conclusiones: la leptospirosis presenta prevalencia de 1/100 000, aumentando en zonas de trópico, infra diagnosticado, con respecto a la co-infección entre estas dos entidades, no existen datos que documenten incidencia o prevalencia, sin embargo lo que se encuentra documentado es la severidad del cuadro clínico, cuando existe co-infección con otros agentes patógenos en el caso de enfermedad de Lyme.

Palabras clave: *Leptospira*, enfermedad de lyme, co-infección, borreliosis, espiroqueta, zoonosis.

Folio: 0428

Tema: Hematología

Polimorfismo clínico de histiocitosis: enfermedad de Rosai Dorfman cutánea pura

Ceja Ana Isabel, González Andrés

ISSEMyM Ecatepec

La enfermedad de Rosai Dorfman es un trastorno proliferativo histiocítico autolimitado de etiología poco esclarecida. Se caracteriza por linfadenopatía cervical, fiebre, gamapatía policlonal y leucocitosis con neutrofilia. La enfermedad generalmente se manifiesta durante las primeras dos décadas de la vida con linfadenopatía cervical masiva indolora como su característica clínica más común. Sin embargo se ha reconocido una entidad clí-

nica distinta, en la cual existe afección cutánea pura la cual aparece como manifestación única, reportada solamente en el 3% de los casos. Presentamos el caso de una mujer de 46 años de edad, sin crónico-degenerativos de importancia, quien cursa con cuadro de 1 año de evolución caracterizado por aparición de dermatosis en muslo izquierdo de tipo macula eritematoviolácea, la cual evoluciona con el tiempo, con crecimiento progresivo, constituyendo una neoformación de aspecto multilobulado, indurada, de aproximadamente 3 cm de diámetro, acompañada de dolor y aumento de calor local. Recibió múltiples tratamientos tópicos, sin mejoría y con posterior aumento de volumen a nivel subcutáneo y aparición de segunda lesión subcutánea en hombro derecho. Niega síntomas constitucionales. A la exploración física se observa dermatosis en tercio inferior de cara interna de muslo izquierdo caracterizada por múltiples neoformaciones nodulares, induradas, eritematovioláceas, algunas con superficie hiperqueratósica, con bordes irregulares, bien definidos, de 4 x 4 cm. No se palpan adenomegalias cervicales, axilares o inguinales. Se realiza biopsia de piel y tejido celular subcutáneo de ambas lesiones con reporte de dermis y tejido adiposo subcutáneo con infiltrado linfoplasmocítico, compuesto por abundantes histiocitos con

emperipolesis. Se corrobora diagnóstico con inmunohistoquímica la cual reporta CD3, CD20, CD68, S100, IgG e IgG4 positivos. Se realizan estudios de imagen de extensión descartando involucro sistémico, concluyendo enfermedad de Rosai Dorman cutánea pura. Se decide inicio de tratamiento con esteroides sistémicos y se mantendrá seguimiento para valorar evolución o recurrencia. Se ha planteado que la enfermedad de Rosai Dorman cutánea es una entidad clínica aparte, en la que la enfermedad solo se restringe a la piel muy diferente de la histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva en la que existe afectación sistémica de múltiples sitios. Las formas extraganglionares ocurren en el 43% de los casos, siendo la piel el sitio extranodal más común. Alrededor del 10% de los pacientes tienen lesiones cutáneas y únicamente en el 3% la enfermedad se limita exclusivamente a la piel. Contrario a la forma sistémica, que afecta principalmente a niños y adultos jóvenes, la forma cutánea pura es más común en grupos de mayor edad, en las mujeres y en grupos étnicos no negros. Esta enfermedad puede manifestarse con un gran polimorfismo de lesiones, lo que representa un reto diagnóstico cuyo resultado se corrobora con la presencia de infiltrado histiocítico en la histología, emperipolesis e inmunohistoquímica característica; por

lo que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las lesiones histiocíticas de la piel con involucro de tejidos blandos.

Palabras clave: enfermedad de Rosai Dorman, cutánea pura, histiocitosis.

Folio: 0429

Tema: Toxicología

Diabetes insípida con manifestaciones neurológicas asociadas a intoxicación aguda por litio. Reporte de caso

Hernández Jorge Ezequiel, Hernández Marisol, Arenas José Omar, Pérez Allende Francisco
Hospital General de Cuernavaca Dr. José G Parres, SSM, UNAM

Introducción: El litio es en la actualidad el tratamiento de elección del trastorno bipolar y la esquizofrenia, su mecanismo de acción aún es incierto; presenta un estrecho margen terapéutico y es potencialmente letal en casos de sobredosis, los niveles terapéuticos recomendados son 0.8-1,2 mEq/l. La incidencia de toxicidad por tratamiento con litio es de 1/100 pacientes al año, la mortalidad por intoxicación aguda es de 25 %; por intoxicación crónica puede alcanzar 9 %, cursando con manifestaciones gastrointestinales, cardiacas, neurológicas y renales entre otras; la incidencia de diabetes insípida nefrogénica como complicación de intoxicación aguda por litio es bastante

infrecuente, siendo reportada en la literatura médica de alrededor de 5.3 a 7.6 %, siendo una complicación bastante infrecuente. **Resumen clínico:** Mujer de 46 años de edad, desempleada, Karnofsky 100, con diagnóstico de esquizofrenia hace 20 años en EUA tratada con litio con ultimo nivel sérico normal y olanzapina. Estancia intermitente en EUA retornado 1-2 meses antes de su hospitalización. Inicia padecimiento el 21 de noviembre con evacuaciones diarreas incontable, pujo, tenesmo e hiporexia, al día siguiente ya con datos de somnolencia y deshidratación motivo por el cual es traída a Urgencias. Ingresa hipotensa, taquicárdica, afebril, somnolienta, sin peritonismo, sin focalización. Bioquímicamente con acidosis metabólica compensada, hgb 12.7, leucos 38,200, neutrofilia, urea 107, creat 3.5, gluc 124. Se inicia rehidratación; antimicrobiano mejorando parcialmente sus condiciones. Presenta mioclonias, rigidez de nuca y alteraciones respiratorias que requirieron IOT y AMV, con edema cerebral por TAC por lo que se emplea el estudio por punción lumbar y LCR es reportado normal, cultivo negativo. Se reportan niveles séricos de litio de 4.4 meq/l; Se ingresa a UCI en donde cursa con hiperglucemias, poliuria (volumen urinario máximo de 10 L/día), disminución de las densidades urinarias e hiper-



natremia, siendo valorada por Nefrología sin requerir TRR pero con vigilancia ante la posibilidad de diabetes insípida; desarrolla infección pulmonar, se ajusta antibiótico y se realiza traqueostomía por intubación prolongada (9 dic). Desarrolla choque séptico por infección pulmonar, urinaria, vaginal, dérmica e hipernatremia manteniendo apoyo aminérgico; dado que no hay mejoría se egresa de UCI por máximo beneficio a de Medicina Interna en donde recibimos paciente en malas condiciones generales, hipotensa, con abundantes secreciones bronquiales, febril, con edema generalizado, lesión abscedada en región parietooccipital (que requirió rasurar todo el cráneo), lesiones dérmicas asociadas a calor, fiebre y piuria. Se modifica antibiótico, insulina basal, reajustamos soluciones (sodio máximo 177), se inicia tratamiento con hidroclorotiazida para la diabetes insípida. El control de litio ya en rango terapéutico (0.9 meq/l). Tras varios días se logra retiro del ventilador e inicio de dieta oral, Dermatología indica tratamiento para dermatitis seborreica facial y dermatitis corporal, persiste con volúmenes urinarios altos (4 litros/día) e hipernatremia por lo que se inicia desmopresina con mejoría en la densidad urinaria y disminución de sodio. Cumple esquema con piperacilina/tazobactam, se moviliza fuera de cama, con uresis diaria de 1.5 L

y se egresa con desmopresina, insulina glargina, fenitoína y vitamínicos. En la actualidad sin requerimiento de desmopresina, disminución de la insulina y apego a tratamiento psiquiátrico (olanzapina) Últimos exámenes (27-12-2016): EGO con densidad 1.020 (postdesmopresina), hgb 9.8, plaq 220 mil, glu 126, urea 25, creat 1.3, sodio 142.9, cloro 106, potasio 4.11. **Conclusión:** La intoxicación aguda por litio es poco frecuente; característicamente la diabetes insípida es frecuente en intoxicaciones crónicas de hasta 15 % y en agudas de 7%, por lo que se debe sospechar en dicha patología en pacientes con este tratamiento.

Palabras clave: litio, intoxicación aguda, diabetes insípida nefrogénica, manifestaciones neurológicas, hipernatremia, desmopresina.

Folio: 0430

Tema: Oncología

Angiosarcoma primario de bazo

Purón Emma¹, Coronado Edgar Ulises¹, Aguirre Javier¹, Salazar Joel Mario², Casillas Alberto¹, Ramírez Ricardo Javier¹, Barboza Carlos Alberto¹

¹ UdeM, Christus Muguerza Sistema de Salud; ² Opción Oncología de Mty

El angiosarcoma primario de bazo se presenta en 0.14 a 0.25 por millón siendo considerada la neoplasia primaria más frecuente del bazo. Hombre de

73 años se presenta con dolor abdominal epigástrico. Antecedente de diabetes tratada con metformina, prótesis de hombro derecho, orquidopexia derecha, RTUP + cistoscopia por hiperplasia prostática benigna. Inicio de padecimiento 3 días previos con dolor abdominal cólico localizado en epigastrio irradiado a fosa iliaca izquierda, agravado con la ingesta de alimentos acompañado de hiporexia y distensión abdominal. Al interrogatorio intencionado refiere cambios en el patrón evacuatorio; niega alguna otra sintomatología. A su llegada presenta signos vitales estables con dolor a la palpación en cuadrante inferior izquierdo y esplenomegalia palpable, exámenes de laboratorios normales; TAC de abdomen total con esplenomegalia acompañada de múltiples imágenes redondeadas en su interior con reforzamiento heterogéneo y líquido periesplénico. Se decide realizar esplenectomía parcial por laparoscopia con envío a patología que reportó angiosarcoma esplénico. Se realizó posteriormente PET-CT que evidenció metástasis a hueso por lo cual se inició tratamiento con olaratumab + doxorubicina, actualmente en su 4 ciclo con buena respuesta terapéutica. El angiosarcoma es considerada la neoplasia primaria de bazo más frecuente reportada en 1879 por primera vez encontrándose sólo 200 casos en la literatura. Usualmente

tienen una presentación atípica siendo la distensión abdominal el motivo de consulta habitual, como ocurrió con nuestro paciente; pueden presentarse astenia, adinamia, fiebre o rotura esplénica. Durante la exploración física usualmente se reporta esplenomegalia. El diagnóstico oportuno es de gran importancia dado que de 69 a 100% presentan metástasis a hígado, pulmón, médula ósea o hueso, como nuestro caso. El tratamiento es la esplenectomía con o sin radioterapia o quimioterapia los cuales han sido reportados como poco útiles.

Palabras clave: angiosarcoma, bazo, esplenomegalia, olaratumab.

Folio: 0431

Tema: Gastroenterología

Ascitis secundaria a tuberculosis peritoneal. Reporte de un caso

Sarro Andrea, Ontiveros Nora Hilda, Castro Gerardo Reynold, Hoil Gonzalo, Medina Gilberto
Instituto Mexicano del Seguro Social

Hombre de 28 años. Antecedente de alcoholismo ocasional, índice tabaquico de 5 y exposición laboral a cianuro (platero). Niega otros antecedentes patológicos previos. Ingresó a Urgencias del HGZ No. 1 del IMSS de la ciudad de Mérida, Yucatán, refiriendo desde hace un mes pérdida de peso no cuantificada, fiebre documentada hasta

39°C sin predominio de horario, aumento de su perímetro abdominal y en los últimos días dolor abdominal generalizado en escala EVA 8/10. A su ingreso la exploración física sin datos de hepatopatía crónica, sin adenopatías periféricas palpables, sin dificultad respiratoria ni agregados en campos pulmonares, en abdomen clínicamente ascitis moderada sin datos de irritación peritoneal y ausencia de edema periférico. Las pruebas de laboratorio inicial con una BHC, QS, ES y EGO normal. Las PFH con discreta hipoalbuminemia (3.4 mg/dL) y el resto normal. Ingresó al servicio de Medicina Interna con diagnóstico de ascitis en estudio y síndrome febril. Durante su estancia se le realizó un ultrasonido abdominal inicial el cual reporta el hígado y bazo de características normales y una porta de 12 mm de diámetro. La paracentesis diagnóstica reportó 500 células de predominio mononuclear en 90% y un índice gradiente de albúmina sérica-ascitis (GASA) de 0.4 concluyéndose ascitis de origen no portal y se envía muestra para citológico. El Ultrasonido Doppler de sistema porta describe un hígado de aspecto micronodular, vena porta de 10 mm en reposo y a la inspiración de 12 mm, modalidad Doppler color y espectral amplitud, frecuencia y morfología normal, velocidades de 16 cm/seg para vena porta, vena supra hepática permeables, vena esplénica

permeables sin colaterales, sin evidencia de oclusión del sistema portal supra hepáticos o cava. La citología de líquido de ascitis positivo a células inflamatorias crónicas no evidencia de malignidad, PCR para *Mycobacterium tuberculosis* en líquido de ascitis negativo. El resultado de panel viral no reactivo para virus hepatitis B, C y VIH, Alfafetoproteína 0.690, antígeno carcino embrionario. **Palabras clave:** tuberculosis peritoneal, ascitis, hipertensión no portal.

Folio: 0432

Tema: Gastroenterología

Signo de Chilaiditi: una entidad a considerar. Reporte de un caso y revisión de literatura

Lara José Elliott, Guevara Karen Jocelyn

Hospital General Dr. José María Rodríguez

Introducción: El signo de Chilaiditi, un hallazgo radiográfico raro causado por interposición del colon entre el hígado y el diafragma, debido a variaciones anatómicas o enfermedades hepáticas y pulmonares(1), con incidencia de 0.25-0.28% a nivel mundial(2). Se presenta caso clínico, con hallazgo incidental de este signo, cuya identificación evitó el empleo de intervenciones innecesarias.

Caso clínico: Masculino de 51 años, portador de diabetes mellitus 2. Ingresó con diagnóstico de cetoacidosis diabética severa e intubación orotraqueal. Ra-



diografía de tórax de control muestra aire subdiafrágico derecho con haustras. Sin datos de abdomen agudo. Con adecuada evolución clínica y remisión de cetoacidosis, sin referir sintomatología abdominal posterior. Se egresa paciente a domicilio. **Discusión:** El signo de Chilaiditi consiste en aire subdiafrágico y presencia de haustras o válvulas conniventes entre hígado y diafragma. Puede simular lesión intestinal con neumoperitoneo, llevando a cirugías innecesarias. Si el signo de Chilaiditi ocurre como hallazgo incidental en pacientes asintomáticos no requiere intervención. **Conclusión:** Finalmente, queda claro que la toma de decisiones médicas debe ser siempre orientada en relación con el cuadro clínico y complementada con estudios de laboratorio, siempre tomando en cuenta los diagnósticos diferenciales, que a pesar de ser raros pueden tener una repercusión crucial para el pronóstico del paciente, evitando terapéuticas innecesarias y ofreciendo el manejo adecuado.

Palabras clave: signo de Chilaiditi, Chilaiditi, neumoperitoneo.

Folio: 0433

Tema: Oncología

Hemorragia gastrointestinal alta e intususcepción intestinal como manifestación de melanoma amelanótico metacrónico de origen desconocido

Arteaga Ricardo Jesús, Meza Nayeli, Gómez Alejandro, Orozco

Juliana Patricia, Hernández Juan Carlos, Rivera Karina Angélica
Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, CMN La Raza IMSS

El melanoma maligno es el tumor que más frecuentemente produce metástasis intestinales, sin embargo, el melanoma primario de tubo digestivo representa sólo 1-3% de éstos. En cuanto a la incidencia de metástasis intestinales de melanoma maligno de primario no conocido es de 4-9%. Sin tomar en cuenta su procedencia, la presencia de síntomas del tubo digestivo por metástasis de melanoma maligno es del 0.9-4.4% siendo la anemia y el sangrado de tubo digestivo los síntomas más frecuentes. Respecto al melanoma amelanótico, éste representa sólo el 1.8-8.1% que debido a la falta de pigmento suelen haber retrasos diagnósticos que empeoran el pronóstico. Se presenta el siguiente caso clínico de un paciente con intususcepción intestinal secundario a melanoma amelanótico metacrónico, con solo 1 caso publicado en la literatura. Hombre de 52 años con HAS de 6 años de diagnóstico en tratamiento con ARA2 sin otros crónicodegenearativos. Etilismo durante 20 años con un gramaje de 8 g/día actualmente suspendido. En 2012 presenta nódulo retroauricular derecho sobrelevado de coloración negra, asociada a prurito sin sangrado o salida

de material seroso o purulento, se realiza resección de nódulo con reporte de melanoma con bordes libres y posterior vaciamiento ganglionar ipsilateral con resultado negativo. Se egresa bajo vigilancia por parte de oncología sin ser candidato a quimioterapia o radioterapia. Realiza seguimiento por 1 año y posteriormente sin acudir a citas médicas. Comienza cuadro clínico de 3 meses caracterizado por evacuaciones melénicas intermitentes sin hematoquecia o rectorragia, acompañado de fiebre, escalofríos, sudoración nocturna y pérdida de peso de más de 10 kg no intencional. Quince días previos a su ingreso cursa con dolor abdominal tipo cólico irradiado a región lumbar, ausencia de evacuaciones, canalizando gases. Clínicamente con palidez de mucosas, taquicardia, dolor a la palpación abdominal media y profunda, tacto rectal con ámpula vacía sin restos hemáticos. En paraclínicos destaca anemia de 6.4 mg/dl. Radiografía de abdomen con niveles hidroaéreos y signo en pila de monedas en colon ascendente. Se protocoliza por suboclusión intestinal y se solicita TC simple y contrastada abdominal con reporte de lesiones ocupantes de espacio en intestino, hígado y ganglios patológicos en retroperitoneo. Durante su estancia evoluciona a oclusión intestinal con datos de abdomen agudo requiriendo tratamiento quirúrgico de urgencia con

hallazgo intraoperatorio de intususcepción intestinal. Se reseca 40 cm de intestino delgado y se realiza ileostomía. Reporte histopatológico con presencia de múltiples lesiones polipoides. Inmunohistoquímica: melanoma amelanótico y metástasis multifocal. Cromogranina: negativo, Sinaptofisina: negativo, HMB 45: positivo, Melan A: positivo, S100: positivo, Ki67 30%. Revalorado por el servicio de oncología quien ofrece solo tratamiento paliativo por metástasis multiorgánica y ECOG 3.

Palabras clave: melanoma maligno, melanoma amelanótico, intususcepción intestinal, sangrado de tubo digestivo, oclusión intestinal.

Folio: 0434

Tema: Reumatología

Acidosis tubular tipo I como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico

Ochoa Jacobo¹, Leal Victor Ezequiel¹, Estrada Flavio César², Soto Martha Ofelia¹, Cazares Iris¹

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social; ² Hospital General de Occidente

Introducción: Se ha demostrado a través del tiempo, las diversas alteraciones renales que causa el lupus eritematoso sistémico (LES); generalmente se asocia a daño glomerular, sin embargo se ha observado que existe daño a nivel tubular, el cual pudiera condicionar el desarrollo de

acidosis tubular. Exposición de caso: Se trata de paciente femenino 28 años de edad la cual inició con paresias en miembros pélvicos de manera intermitente, inicia con debilidad progresiva hasta presentar cuadriparesia, a la exploración se encuentra con fuerza 2/5 en las cuatro extremidades, se toman estudios de laboratorio identificando linfopenia 200/mm³ un nivel de potasio sérico e 1.9mmol/L, C3 50mg/dl y C4 10mg/dl electrolitos urinarios con potasio de 66.3meq/vol, sodio 3393meq/vol Gradiente transtubular de potasio 24.7, osmolaridad urinaria 209mmol, proteínas en 24 horas 0.57gr/24 horas, gasometría arterial pH 7.21 pO₂: 62mmHg pCO₂: 27mmHg HCO₃: 10.8mmol/L Exceso de base -18.5mmol/L, Enzimas musculares CPK 66 UI/L, CPKMB 24 UI/L. Se realizó anticuerpos antinucleares siendo positivos 1:160, patrón moteado, se inició tratamiento con bicarbonato en cápsulas aumentando los niveles de bicarbonato sérico y se inicio tratamiento a base de prednisona 20mg vía oral cada 24 horas, con tabletas de KCl, mejorando los niveles de potasio sérico y mejorando la fuerza muscular. Actualmente continua en control por nefrología y reumatología sin presentar más manifestaciones clínicas, pendiente realización de biopsia renal. **Conclusión:** Dentro de las causas más frecuentes de acidosis tubular tipo 1 es la

idiopática, seguidas de enfermedades hereditarias, fármacos, uropatía obstructiva, nefropatía diabética, nefropatías tubulointersticiales y por enfermedades autoinmunes. dentro de las enfermedades autoinmunes más frecuentes se encuentra lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Sjögren y artritis reumatoide. En el caso de la paciente cuenta con 2 criterios de SLICC inmunológicos; ANA (+) e hipocomplementonemia y clínicos (linfopenia y proteinuria), por lo que se cataloga como LES, se ha demostrado en diferentes estudios que la acidosis tubular tipo 1, se debe a la atrofia tubular, infiltración intersticial y fibrosis tubular. Es necesario el estudio integral de los pacientes que se diagnostican con acidosis tubular tipo 1, debido a que pudiera ser la manifestación inicial de LES.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, acidosis tubular renal, hipocalcemia, cuadriparesia.

Folio: 0435

Tema: Infectología

Mucormicosis orbito-cerebral, presentación de caso

Díaz Dalila Anahí¹, Abud Héctor Jacobo¹, Díaz Guadalupe¹, Díaz Diego Sebastián²

¹ OPD Salud de Tlaxcala Secretaría de Salud; ² Facultad de Medicina Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Antecedentes: La presentación clásica de la Mucormicosis



rinocerebral es en los pacientes con algún tipo de inmunocompromiso, de los cuales hasta en un 60% corresponde a diabetes. Puede ser el factor precipitante de un síndrome hiperglucémico agudo. **Objetivo:** Presentar el caso de paciente masculino con Mucormicosis órbito-cerebral. **Exposición del caso:** Paciente masculino de 52 años, originario de Tlaxcala y residente del istmo de Tehuantepec, Oaxaca, operador vehicular. Tiene historial de haber participado en la remoción de escombros posterior a un sismo. Diabético tipo 2 en control con antidiabéticos orales. Inicia padecimiento actual cuatro días previos a su ingreso con cefalea frontal pulsátil, náusea, dolor orbitario izquierdo, fiebre, seguido de aumento progresivo del volumen ocular, así como disminución de la agudeza visual durante dos días, para luego evolucionar hacia la amaurosis, motivo de internamiento. La exploración física reveló presión arterial 90/60 mmHg, ritmo cardiaco 105 lpm, frecuencia respiratoria 23x', temperatura 38.9°C, facies séptica, edema, quemosis y protrusión del globo ocular del lado izquierdo, pupila midriática y arrefléctica. En la analítica destacó leucocitosis de 20,000/mm³, linfopenia de 1060/mm³, glucosa 188 mg/dl, ionograma normal. La tomografía axial computadorizada (TAC) de órbita demostró proceso inflamatorio orbitario. La resonancia magnética nuclear

de cráneo demostró aumento del espesor de músculos extraoculares, hiperintensidad en T2 y elongación del nervio óptico. La biopsia y cultivo de glándula lagrimal fue positivo para *Mucor* spp. El tratamiento empírico inicial fue cefalosporina de tercera generación y aminoglucósido. El definitivo con anfotericina B. Evolución tórpida por la progresión hacia la hemiplejía derecha con hallazgo de necrosis palatina a pesar de manejo quirúrgico del tipo desbridamiento, escisión maxilar y enucleación del globo ocular. Se evaluó con nuevo estudio de TAC demostrándose proceso inflamatorio invasivo de localización frontoparietal izquierdo. Falleció a las cinco semanas de internamiento. Post-mortem, se realizó biopsia y cultivo cerebral del hemisferio cerebral afectado donde el estudio histopatológico demostró necrosis colicuativa, gliosis, infiltración de hifas intracelulares correspondientes con *Mucor* spp. **Conclusión:** La mucormicosis es la infección aguda más rápidamente progresiva, por la invasión del tejido cerebral que acarrea un alto índice de mortalidad. Los factores de mal pronóstico son la presencia de hemiparesia o hemiplejía, compromiso bilateral de senos paranasales, necrosis facial y comorbilidades asociadas del tipo diabetes, enfermedad renal y leucemia.

Palabras clave: mucormicosis, *Mucor* spp, órbita, cerebral, diabetes, inmunocompromiso.

Folio: 0436

Tema: Toxicología

Intoxicación por ingesta de semillas de *Ricinus communis*.

Reporte de caso

Abbud Héctor Jacobo¹, Díaz Dalila Anahí¹, Díaz Guadalupe¹, Díaz Diego Sebastián², Sáenz Oswaldo³

¹ OPD. Salud de Tlaxcala Secretaría de Salud; ² Facultad de Medicina Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; ³ Hospital General del Sur de Puebla

Antecedentes: La intoxicación por ingesta de semillas de *Ricinus communis*, comúnmente llamada "Higuerilla" es una entidad poco conocida. La ricina, un alcaloide, es su principal toxina y su efecto fisiopatológico básico resulta en la inhibición de la síntesis de proteínas, así como la activación de vías de apoptosis, daño directo a la membrana celular y liberación de citocinas pro inflamatorias.

Objetivo: Comunicar un caso de intoxicación por la ingesta de semillas de *Ricinus communis*.

Exposición del caso: Masculino de 15 años de edad que acude al servicio de urgencias del Hospital General de Tlaxcala por presentar un cuadro de dolor abdominal, náusea, seguido de vómito incoercible, cefalea intensa, pérdida del estado de alerta hasta llegar al estupor y dificultad respiratoria. Al interrogatorio intencionado del familiar acompañante se logra identificar la ingesta de "higue-

rilla” conteniendo semillas de *Ricinus communis* con fines de auto-lisis ante un cuadro de depresión mayor desencadenado por el fallecimiento de un ser querido algunos meses atrás. Otros antecedentes médicos negados. La exploración física reveló: taquicardia de 120 lpm, taquipnea de 28 rpm, hipotensión de 80/40 mmHg, hipotermia de 35° Celsius, deshidratación, llenado capilar retardado, estado de conciencia alterado por estupor, pupilas mióticas e hiporreflejas, abdomen blando con dolor difuso, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis aumentada, demás exploración irrelevante. Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitosis de 15,000 /mm³ con predominio de neutrófilos 13,500/mm³, trombocitopenia de 77,000/mm³, hipokalemia severa de 1.9 mEq/L; así como elevación de transaminasas y azoemia pre-renal. El electrocardiograma solo mostró taquicardia sinusal y la tomografía simple de cráneo no mostró lesión estructural. Evolución clínica y bioquímica, coincidiendo con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica con repercusión neurológica, respiratoria y hemodinámica. Requirió manejo basado en reposición hidroelectrolítica intensiva, lavado gástrico, administración de carbón activado y soporte vital avanzado, lo que permitió su pronta recuperación. **Conclusión:** La intoxicación por ricino

que sigue a la ingesta de semillas de *Ricinus communis* es una entidad de difícil diagnóstico y fácilmente puede pasar inadvertida con sus consecuencias fatales. Se debe considerar esta entidad ante un paciente que se presenta con un cuadro clínico de afectación gastrointestinal o respiratoria severa, acompañado de disfunción orgánica en el contexto de una posible ingesta accidental o intencionada de las semillas de la planta “higuerilla”. Al no disponerse de un método diagnóstico específico es imprescindible el inicio de un tratamiento de forma inmediata que incluya la reposición hidroelectrolítica intensiva, la identificación temprana de fallas orgánicas y monitoreo continuo de las funciones neurológica, pulmonar, hepática y renal. En casos seleccionados estará justificado lavado gástrico o la administración de carbón activado.

Palabras clave: ricinus, intoxicación, alcaloide, higuerilla, suicidio.

Folio: 0437

Tema: Hematología

Linfoma primario de sistema nervioso central: reporte de dos casos y revisión de la literatura

Gacilazo Alexandra, Barranco Gilberto Israel, Cruz Antonio, Tapia Mario Alberto, Salazar Claudia Nai, Lajud Francisco Antonio, Artega Daniela
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El linfoma primario de SNC es una rara presentación de linfoma No Hodgkin, representa 1 a 2% de todos los linfomas. El principal factor de riesgo es la inmunosupresión. Se presentan dos casos de linfoma cerebral primario en pacientes con infección por VIH a quienes se les realizó abordaje diagnóstico para determinar etiología de deterioro neurológico subagudo. Se realiza la revisión de las principales manifestaciones clínicas y radiológicas de esta patología. **Caso 1:** Hombre de 21 años con infección por VIH de 4 meses de diagnóstico. Inició padecimiento un mes previo a su ingreso con cefalea e inestabilidad postural e incapacidad para la deambulacion. Exploración física: síndrome piramidal izquierdo. Resonancia magnética de cráneo: lesión focal en ganglios basales del lado derecho, hipointensa, que a la aplicación de medio de contraste presenta realce anular, dimensiones 36mm x 49.6mm x 60.4mm con pared irregular. Toxoplasma IgG no reactivo. Biopsia: linfoma no Hodgkin difuso de células B de alto grado. **Caso 2:** Hombre de 50 años con infección por VIH de 36 años de diagnóstico. Inició padecimiento tres meses previos con parestesias en miembro pélvico derecho, disminución de la fuerza en hemicuerpo derecho. Resonancia magnética: lesiones intraaxiales, localizadas a nivel frontal derecha



amorfa, de bordes parcialmente definidos, hiperintenso en T2 y FLAIR con halo periférico hipointenso y parietal izquierda. Biopsia: neoplasia linfoide con linfocitos grandes de aspecto difuso. Inmunohistoquímica: confirma diagnóstico. **Conclusiones:** El linfoma primario de SNC se debe considerar como uno de los principales diagnósticos diferenciales en pacientes inmunosuprimidos con deterioro neurológico subagudo. No hay síntomas específicos que sugieran la etiología, sin embargo las pruebas serológicas que descarten infección por parásitos, bacterias y virus obligan a considerar este diagnóstico. Es indispensable realizar el estudio histopatológico de forma oportuna.

Palabras clave: linfoma primario de sistema nervioso central, inmunosupresión, VIH, diagnóstico, linfoma no Hodgkin.

Folio: 0438

Tema: Endocrinología

¿Por qué se eleva la lipasa en pacientes con cetoacidosis diabética?

Ramírez Norma Alicia, Sánchez Virginia H

Hospital General de México

Introducción. En México la diabetes es un problema de salud el cual requiere de diagnóstico oportuno. Dentro de las complicaciones que pueden presentar estos pacientes se encuentra la cetoacidosis diabética. La determinación de lipasa ayuda

en búsqueda de un diagnóstico diferencial con pancreatitis aguda, sin embargo, la lipasa puede elevarse en la cetoacidosis en ausencia de pancreatitis. La patogénesis de la elevación de enzimas en cetoacidosis no es del todo clara. Se ha postulado como resultado de daño directo sobre el páncreas, así como la presencia de liberación de enzimas de origen extrapancreático y la disminución de su eliminación por el riñón. Es por ello que en este trabajo se buscó la relación que presenta la elevación de lipasa con el grado de severidad de la cetoacidosis diabética, así como la relación con la presencia de lesión renal aguda y con el tiempo de diagnóstico de diabetes mellitus. **Objetivo:**

Determinar la asociación de lipasa sérica con el grado de severidad en cetoacidosis y la posible relación entre la elevación de creatinina y el tiempo de diagnóstico de diabetes mellitus. **Materiales y métodos:**

Se analizan los pacientes con diagnóstico de cetoacidosis, a los cuales se les realizó determinación de lipasa sérica la cual se encontró anormalmente elevada sin diagnóstico de pancreatitis aguda. Se evalúa a los pacientes con base en los resultados reportados en las pruebas de laboratorio y se determina la existencia de correlación entre el grado de severidad, la elevación de creatinina y el tiempo de diagnóstico con la elevación de niveles de

lipasa sérica. **Resultados:** Se analizaron 720 expedientes de pacientes hospitalizados por descontrol glucémico en el periodo de enero de 2011 a diciembre de 2017 de los cuales se incluyeron 64 pacientes, de ellos el 37.5% tuvo infección de vías urinarias, una estancia hospitalaria promedio de 6.58 días, con hiperglucemia de 582.46 ± 272.03 mg/dl, el 37.4% de los pacientes presentó elevación de lipasa 3 veces el rango normal alto y de amilasa sérica el 20.3% con una elevación significativa. Un 80.9% de ellos tuvo lesión renal aguda. Por último, se comparó el tiempo de evolución con los niveles de lipasa sérica encontrando $X^2 14.884$ con $p. 0.002$. **Conclusiones:** Concluimos que diversos factores pueden modificar los niveles de lipasa sérica en el paciente con cetoacidosis sin ser específicos ni determinantes siendo semejante a lo reportado en la literatura a nivel internacional.

Palabras clave: cetoacidosis, lipasa, acidosis metabólica, bicarbonato, creatinina, evolución.

Folio: 0439

Tema: Otros

Prevalencia de deterioro cognitivo en la consulta externa de Geriatría del Hospital Regional de Ciudad Madero de Petróleos Mexicanos de febrero a marzo del 2017

García Adriana, Castro Elizabeth, Hernández Yesi Gisela
Petróleos Mexicanos

Introducción: La cognición es la capacidad que permite al ser humano desarrollar una vida sin dificultad, resolviendo problemas y situaciones, manteniendo un correcto aprendizaje y procesando adecuadamente la información del ambiente, para recordarla y utilizarla posteriormente. Las personas que presenten un envejecimiento cerebral normal o fisiológico mantendrán esta capacidad durante todos sus años de vida. Sin embargo, las que sufran un envejecimiento anormal o patológico podrán verse afectadas por diferentes grados de deterioro de las funciones mentales superiores. **Objetivos:** Evaluar la prevalencia del deterioro cognitivo y su severidad en la consulta externa de un hospital de segundo nivel de atención, y determinar la asociación con la referencia del síntoma de pérdida de memoria. **Metodología:** Estudio transversal poblacional en una muestra de 87 pacientes, representativa de la población derechohabiente atendida por el servicio de geriatría de nuestra unidad. Los familiares llenaron cuestionarios sobre datos generales, y el servicio de enfermería aplicó escalas de MNM, GDS y SPPB. Se realizó valoración geriátrica integral por un médico geriatra y se recabaron valores de parámetros del sistema de historia clínica vía online. **Resultados:** Se evaluaron a 87 pacientes, 62 mujeres (71%) y 25 hombres (29%). Con una edad prome-

dio de 82.7 años. El índice de Charlson fue de 6 puntos en promedio. Los síntomas cognitivos fueron referidos por 62 pacientes (71%). 77 pacientes (87%) presentaron deterioro cognitivo, siendo leve en el 39%, moderado en el 30% y severo en el 17%. **Conclusiones:** El deterioro cognitivo es un síndrome geriátrico con elevada prevalencia en la consulta de geriatría de nuestra unidad (87% vs 45.3% reportado en los mayores de 85 años), el cual tiene una correlación estrecha con el informe del síntoma de pérdida de memoria. Por lo que siempre deberá buscarse de forma intencionada mediante la aplicación de las escalas para su cribaje.

Palabras clave: deterioro cognitivo, consulta externa, geriatría, prevalencia demencia.

Folio: 0440

Tema: Cardiología

Evaluación del tiempo de activación electromecánica auricular por ecocardiograma en pacientes dentro de un programa de mantenimiento de hemodiálisis con catéter tunelado como acceso vascular

Ramos José Luis, Benavides Mario Alberto, Rodríguez Cesar Alejandro, Bautista Ivan Roel
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de morbili-

dad y mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y hemodiálisis (HD). Un nuevo método para valorar la función cardiaca es el tiempo de acoplamiento electromecánico auricular (TAEMA). Antecedentes. Se ha demostrado que el TAEMA está relacionado con el desarrollo de FA y que esta aumentado en pacientes en HD por ERC, sin reportarse sobre su progresión. **Hipótesis:** Habrá diferencias en el TAEMA a través de la terapia de HD evaluada con ecocardiografía. **Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo. El tamaño de muestra fue de 10 pacientes como estudio exploratorio. **Diseño:** Se revisaron los ecocardiogramas de pacientes en HD de nuestra institución para localizar los que contaran con dos registros con mínimo 1 mes de diferencia entre fechas. **Medición TAEMA:** El Doppler tisular de onda pulsada fue adquirido a través de una ventana apical de cuatro cámaras con monitorización de ECG de derivación única continua. Se midieron las velocidades de la onda diastólica tardía (A) desde la pared lateral de la aurícula derecha (AD), el septo interauricular y la pared lateral de la aurícula izquierda (AI) justo debajo de los anillos y su relación con el inicio de la onda P. Se usaron valores promedio de 3 latidos secuenciales para el análisis. Los datos se analizaron utilizando el software SPSS. Se evaluaron los cambios en los



parámetros entre registros. Se demostró distribución normal de los datos con la prueba de Kolgomorov-Smirnov y se compararon mediante la prueba t de Student. El límite de significación estadística se aceptó como $p < 0.05$. **Resultados:** No se encontró diferencia estadística en la progresión de las variables, lo cual es explicado por el tamaño de la muestra. Sin embargo, se encontró el aumento en el TAEMA de AD pero una disminución en la AI, lo cual nos orienta a continuar con la fase de seguimiento del estudio y demostrar la relación con FA.

Palabras clave: activación auricular, ecocardiografía, enfermedad renal crónica, hemodialisis, fibrilación auricular.

Folio: 0442

Tema: Cardiología

Análisis, mediante minería de datos, del impacto en México de la enfermedad cardiovascular y la diabetes mellitus tipo 2 Juárez Sonia¹, Aldrete Jorge², Gallardo Luis³

¹ Endocrinología Hospital Ángeles Acoxta, CDMX; ² Investigación Clínica en Paracelsus; ³ Hospital Español, CDMX

Introducción: La enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECV) es la principal causa de morbilidad y mortalidad entre los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Las bases de datos sobre mortalidad en

México derivadas de estas enfermedades se pueden consultar en el sitio web del Sistema Nacional de Información de Salud (SINAIS-DGIS), mientras que la minería de datos permite analizar los mismos.

Objetivos: Describir y analizar la mortalidad y la supervivencia relacionadas con las enfermedades cardiovasculares y la DM2 en México correspondientes al periodo 2011-2015, utilizando la extracción de datos; describir los datos de hospitalización y alta hospitalaria asociados con este **objetivo**.

Materiales y métodos: Estudio observacional y descriptivo para el cual se consultaron las bases de datos de altas hospitalarias y certificados de defunción proporcionados por el SINAIS-DGIS de acuerdo con los códigos de diabetes mellitus ICD-10 y enfermedades cardiovasculares, para describir la mortalidad cardiovascular y por DM2 en el periodo mencionado.

Resultados: La prevalencia bruta anual de DM2 excede a la cardiopatía isquémica (CI) en un 391%, 407% a la insuficiencia cardíaca (IC), 715% a la ECV y en 4.632% a la enfermedad arterial periférica (EAP). Estas proporciones adoptan valores similares al comparar la prevalencia bruta anual de DM2 con las prevalencias crudas anuales de mortalidad hospitalaria y mortalidad de la población, ambas debidas a causas cardiovasculares. La mortalidad bruta debida a DM2 mostró un

aumento de 133% durante el periodo analizado (49,502 en 2011 frente a 65,901 en 2015).

Conclusiones: Estos datos demuestran el enorme impacto de la DM2 en las poblaciones evaluadas y apuntan a un alto riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular en pacientes diabéticos mexicanos.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, muerte súbita por causas cardiovasculares, minería de datos.

Folio: 0443

Tema: Nefrología

Glomerulonefritis membranoproliferativa asociada a tormenta tiroidea

Revuelta Luis Alberto, Jasso Juan Carlos, Rivera Héctor, Carranza Carlos, Uribe Norma, Carrillo Eduardo, Carrillo Diego Luis
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Mujer de 27 años, acude por 8 meses de evolución con pérdida de peso de 20 kg, diarrea, temblor, palpitaciones y edema de extremidades inferiores, se diagnosticó hipertiroidismo primario (TSH 87], C4: 8mg/dl [> 19]) y enfermedad de Graves (anticuerpos estimulantes del receptor de TSH 21UI/L [< 1.5], anticuerpos anti-tiroideos negativos). Se inició transfusión de concentrados eritrocitarios y biopsia renal con diagnóstico de glomerulonefritis membranopro-

liferativa (GNMP) con depósitos granulares epimembranosos, inmunofluorescencia con IgG 3+, C3c 3+, C1q 2+, Kappa 2+ Lambda 1+, IgM 1+. Se descartó anemia hemolítica microangiopática y causas autoinmunes (anticuerpos antinucleares, anti-DNAc, anti-Ro/La, anticuerpos anti fosfolípidos, crioglobulinas, factor reumatoide, anticuerpos anti-PLA2R negativos / factor 3 nefrítico negativo), infecciosas (hepatitis B, C, VIH y VDRL negativos), y neoplásicas (electroforesis de proteínas séricas y proteína de Bence-Jones negativa). Se agregó inmunosupresión con esteroide a 1mg/kg/día y se integró la asociación con GNMP con enfermedad de Graves. La GNMP puede ser clasificada con base a su patogénesis en mediada por complemento y mediada por complejos inmunes. Esta última, es secundaria a infecciones crónicas, gammapatía monoclonal o enfermedades autoinmunes que cursan con antigenemia episódica o persistente, resultando en la formación de complejos circulantes antígeno-anticuerpo que se depositan en el riñón, condicionando daño glomerular. A pesar de la asociación de enfermedades autoinmunes y GNMP, la enfermedad de Graves hasta nuestro conocimiento sólo ha sido recientemente reportada en un caso en la literatura mundial.

Palabras clave: membranoproliferativa, nefrítico, hipertiroidismo.

Folio: 0444

Tema: Reumatología

Reactivación de manifestaciones articulares en un paciente con diagnóstico previo de rhus. Reporte de caso

Cisneros José Antonio, Conde Cristina Eugenia, Barrera Ramón Jesús

Hospital Regional Mérida ISSSTE

Introducción: Rhus es una entidad rara de las enfermedades autoinmunes del tejido conectivo, donde están presentes signos y síntomas de artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES), y está definido como poliartritis simétrica deformante y erosiva que se acompaña de síntomas de LES y anticuerpos de alta especificidad como anti-dsDNA doble cadena o anti-Smith. Este síndrome reporta mayor incidencia en el sexo femenino; los pacientes con AR tienen un período que oscila entre 4 y 7 años para la aparición de manifestaciones clínicas del LES. Se presenta el caso de mujer de 23 años con artritis idiopática juvenil factor reumatoide positivo poliarticular cumpliendo criterios ILAR (International League of Associations for Rheumatology) desde los siete años de edad en tratamiento con Etanercept. En 2011 ingreso hospitalario por disnea, dolor torácico y fiebre. Se documenta derrame pericárdico y derrame pleural; se realiza una ventana pericárdica y se inicia tratamiento con

ciclofosfamida, suspendiéndose Etanercept. Presentó mejoría clínica en su sintomatología. Se solicitan estudios de laboratorio: Factor reumatoide positivo 1:128 [Valor normal (VN) 0.00-20.00], Ac IgG Péptido cíclico citrulinado CCP 418.3 U/ml (VN < 17 U/ml) Ac Antinucleares 4.30 (VN < 1.5) Ac anti-ADN de doble cadena 111 UI/ml (VN < 20 UI/ml), Ac Anti-Sm 2 (VN < 0.84 ratio), Ac anti músculo liso 1:20 (VN negativo o > 1:40) Ac antimitocondrial negativo; por lo cual se hace el diagnóstico por SLICC 2012 (Systemic Lupus International Collaborating Clinics) para LES. El 30 de julio de 2018 presenta dolor poliarticular, fiebre no cuantificada, terciario intermitente en dos ocasiones, elevación de transaminasas más de tres veces el valor normal, neutropenia, linfopenia, hiporexia, úlceras orales, caída de cabello, lesiones cutáneas en miembros pélvicos, hipercrómicas nodulares. Tuvo SLEDAI 2K (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000): 14 puntos (actividad severa) DAS 28 VSG (Disease Activity Score): 6.2 puntos (actividad severa). Laboratorios destacables: Procalcitonina < 0.01ng/ml (VN < 0.5), leucopenia 2000 cel/mm³ (VN 4.5-11), neutropenia 1600cel/mm³ VN(1.80-8.00), transaminasas: ALA/AST: 41/80 UI/L, FA 312 UI/L (VN 38-125) DHL 714 UI/L (VN 313-618) GGT 328 (VN 12-73). Tuberculina 0 mm (VN 0-10). Perfil



TORCH negativo, Hepatitis B y C negativos. Se realizan estudios de imagen Radiografía de tórax: normal; Ultrasonido hepático: Patrón nodular difuso y esplenomegalia. Ante las manifestaciones clínicas y bioquímicas, se administra tratamiento con rituximab y corticoides presentando remisión del dolor poliarticular, ausencia de fiebre y mejoría en sus condiciones generales.

Discusión: Se descarta proceso infeccioso sistémico, los episodios de brote de ambas enfermedades pueden coincidir y en este caso el tratamiento se ve limitado por los datos de cirrosis hepática y elevación actual de las transaminasas. **Conclusión:** La coexistencia de LES y AR ha sido estimada entre el 0.01 y el 0.02 % desde la primera descripción del término de 1960, aún hay discusión entre el síndrome de Rhupus o una superposición de AR y LES. Existen dificultades para identificar a pacientes dada la falta de parámetros claros que definan esta enfermedad y por consecuencia un tratamiento óptimo.

Palabras clave: rhupus, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, superposición de enfermedad autoinmune.

Folio: 0445

Tema: Infectología

Síndrome miopático secundario a miositis granulomatosa asociada a tuberculosis

Cano Yisela, Ramírez De Aguilar Jimena, Pérez Gabriel, Cedillo

José Ramón, Ávila Juan Raúl, Aguilar Iván Hiram, Hernández Moisés

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La miositis granulomatosa es una enfermedad rara caracterizada por inflamación granulomatosa no caseificante de los músculos esqueléticos, secundaria a infecciones, autoinmunidad o idiopática. La miositis tuberculosa, ocurre en 1.5 a 2 % de los casos de tuberculosis musculoesquelética. Es una entidad de difícil diagnóstico, se puede presentar con nódulo palpable, mialgias, atrofia muscular, parálisis de los nervios involucrados; los niveles de CK son normales en 65 %, en estudios de imagen se observan datos de inflamación muscular, la electromiografía muestra patrón miopático, fibrilación espontánea, reducción en la duración y amplitud de potenciales. Entre los hallazgos en la biopsia muscular destacan: granulomas inflamatorios, epiteloides, intersticiales extensos, esclerosante y caseificantes.

Caso clínico: Mujer de 65 años con antecedentes de neumopatía restrictiva, insuficiencia cardíaca, trombosis venosa profunda e hipotiroidismo. Inició padecimiento con pérdida de peso no intencionada de 17 kg en 1 año, disminución de la fuerza muscular proximal de extremidades superiores, caídas frecuentes de su plano

de sustentación, limitando actividades de la vida cotidiana. A la exploración física, signos vitales normales, región pleuropulmonar sin alteraciones, disminución de la fuerza proximal en las 4 extremidades 3/5. Estudios complementarios: CK 141 mg / dl, CKMB en 19 mg/dl, electromiografía con patrón miopático inflamatorio. Se realizó biopsia de músculo estriado con inflamación crónica granulomatosa, células gigantes multinucleadas tipo Langhans, sin necrosis. Se complementó abordaje mediante IGRA positivo y gammagrafía con galio reactivo en adenopatías paratraqueales sugestivas de enfermedad granulomatosa. Mediante mediastinoscopia se tomó biopsia ganglionar con múltiples granulomas compactos sin necrosis constituidos por células epiteloides y escasas células gigantes multinucleadas, tinción de Ziehl Neelsen presencia de muy escasos bacilos ácido resistentes, por tanto se inició tratamiento antituberculoso. **Conclusión:** La miositis tuberculosa ocurre en 2 % de los pacientes con tuberculosis, sitio infrecuente de infección debido al bajo contenido de oxígeno, concentración elevada de ácido láctico y escasez de tejido linfático y reticuloendotelial. El diagnóstico definitivo debe ser confirmado por la presencia de granulomas en la biopsia de músculo esquelético, su ausencia no excluye la patología, particularmente

en pacientes con alta sospecha. Por los hallazgos clínicos e histopatológicos se concluyó caso de tuberculosis extrapulmonar manifestada con síndrome miopático.

Palabras clave: miopatía, granulomas, tuberculosis, IGRA, miositis.

Folio: 0446

Tema: Infectología

Absceso cerebral como complicación de sinusitis paranasal etmoidal

Mérida Itzel González Arana¹, Vega Gloria Nayeli¹, Macías Ana Patricia², Sánchez Fernando³, Solís Damayanty⁴, García Valeria¹

¹ Residente Medicina Interna tercer año; ² Jefa de servicio/ Titular del curso de residencia; ³ Titular adjunto al curso de residencia; ⁴ Coordinadora del servicio

ISSSTE Hospital General Tacuba

Introducción: Los abscesos cerebrales son responsables de 2 a 5% de todas las lesiones intracraneales, con una mortalidad entre el 22 al 53%. Las variantes en la presentación clínica del absceso cerebral condicionan un retraso en el diagnóstico, ya que la triada clásica de cefalea, fiebre y déficit focal, solo aparece en menos de 50% de los casos, si bien es una patología poco frecuente en adultos, es de gran importancia establecer un diagnóstico oportuno para evitar secuelas. **Caso clínico:** Masculino de 30 años, ante-

cedentes de hiperuricemia, y sinusitis crónica sin manejo, presentó cefalea opresiva intensidad 10/10 en hemisferio izquierdo con diplopía en ojo izquierdo, fotofobia e intolerancia al ruido, se agregaron disestesia en miembro torácico derecho, epifora en ojo izquierdo y ptosis izquierda, traído por sus familiares por irritabilidad, desorientación tiempo-espacial, y vómitos en proyectil de contenido gastroalimentario, 3 ocasiones y no abundantes, fiebre no cuantificada e hiporexia, se inició manejo antibiótico empírico en urgencias. Ingresado a piso de Medicina Interna, a la exploración física a su ingreso con desorientación, paresia de miembros pélvicos, y escala FOUR 10 pts, TAC de cráneo simple y contrastada, en donde se observa lesión hipodensa con halo que realza al contraste, localizada en región frontal izquierda, de 3 cm, seno paranasal derecho etmoidal ocupado y solución de continuidad en celdillas etmoidales, punción lumbar con obtención de líquido cefalorraquídeo amarillento y turbio, citoquímico del líquido que reporta hipoglucoorraquia y datos compatibles con exudado, se envió muestra a cultivo de LCR, panel viral no reactivo, se inició esquema antibiótico empírico con vancomicina, ceftriaxona y metronidazol. Presentó crisis convulsivas parciales simples, impregnado con DFH y posterior dosis de

mantenimiento, cultivo sin desarrollo bacteriano, se continuó completando manejo empírico. Persistió febril y con evolución tomográfica con criterios quirúrgicos, enviado a tercer nivel a drenaje quirúrgico. **Discusión:** Paciente con antecedente de sinusitis crónica no tratada complicada con absceso cerebral, presentó triada clásica clínica de absceso cerebral, se inició manejo empírico cubriendo los patógenos más comunes para edad, género y comorbilidades, panel viral no reactivo, sin obtención de desarrollo bacteriano en los cultivos, ya que desde su ingreso a urgencias se inició manejo antibiótico. Si bien es una complicación actualmente rara, representa un alto riesgo de morbimortalidad, por lo que es importante sospechar la patología en pacientes que acuden con la triada de cefalea, fiebre y déficits neurológicos, si bien solo se presenta en el 50% de los pacientes, se debe siempre establecer una sospecha diagnóstica clínica. El manejo antibiótico empírico deberá dirigirse contra la flora polimicrobiana que causa más de 60% de los casos, siendo las bacterias anaerobias las productoras de 49%, destacando los estreptococos, *Bacteroides* spp. *Prevotella*, *Propionibacterium*, *Fusobacterium* y *Actinomyces*. **Palabras clave:** absceso cerebral, complicación de sinusitis, crisis convulsivas secundarias, deterioro neurológico, absceso



cerebral por sinusitis, sinusitis etmoidal.

Folio: 0447

Tema: Reumatología

Polimiositis con compromiso respiratorio, reporte de caso y revisión de la literatura

Barriga Ariadna Yareli¹, Arteaga Mayra¹, Corona Kareem¹, Quiles Betzabé¹, Ramírez Jorge Luis²

¹ Hospital Juárez de México;

² Instituto Mexicano del Seguro Social

Masculino de 30 años de edad, inicia su padecimiento 10 meses previos a su ingreso con artralgias de hombros, codos, rodillas y articulaciones de las manos en reposo, que se exacerbaban con los movimientos activos, asociado a fatiga, tolerando deambulación por 20 minutos, dos a tres semanas previas a su ingreso con fiebre no cuantificada, después se agrega disfagia progresiva hasta presentar incapacidad para la deglución tanto a sólidos como a líquidos; de forma súbita presenta indiferencia al medio. A la exploración física TA 127/73mmHg, FC 99, FR 26 Temp 36 SO₂ 96%, con ECG 10 (O4, V2, M4), tórax simétrico, con lesiones papulares asiladas no confluentes, con uso de músculos respiratorios accesorios, claro pulmonar, murmullo vesicular presente, no se integra síndrome pleuropulmonar. Musculoesquelético, movimientos pasivos con dolor a la movilización en flexión-

extensión. La fuerza muscular en extremidades inferiores y superiores, tanto proximal como distal se encuentra catalogada como 4 de 5 en la escala de Daniels, no totalmente valorable. CK 35 000 CK-MB 796, DHL 3281. Aldolasa 37.9. Inicio súbito con dificultad respiratoria por debilidad en músculos respiratorios, por lo que se decide manejo avanzado de la vía aérea. Respecto a la rabdomiólisis, se solicitó perfil tiroideo como protocolo diagnóstico, donde se encontró hipotiroidismo primario (TSH 5.450, T4T 1.97, T4L 0.56 y T3T -0.40). Con biopsia de músculo estriado donde reportan atrofia leve focal, con infiltración adiposa, no se identifica inflamación, vasculitis, cambios degenerativos, necrosis, fibrosis centro nucleación, ni inclusiones citoplasmáticas. Se solicita electromiografía para realizar diagnóstico diferencial entre rabdomiólisis por hipotiroidismo o secundario a miopatía inflamatoria. Electromiografía: Baja amplitud de las respuestas motoras, así como las ondas agudas positivas y fibrilaciones que indican se encuentra en fase activa. Anticuerpos anti-Jo-1 133.2.

Palabras clave: polimiositis, miopatías inflamatorias, dificultad respiratoria, rabdomiolisis.

Folio: 0449

Tema: Gastroenterología

Dolor torácico no cardiogénico con desnivel positivo del

segmento ST, a propósito de un caso

González Mérida Itzel¹, Vega Gloria Nayeli¹, Macías Ana Patricia², Sánchez Fernando³, Solís Damayanty⁴, García Valeria¹

¹ Residente Medicina Interna tercer año; ² Jefa de servicio/ Titular del curso de residencia; ³. Titular adjunto al curso de residencia; ⁴ Coordinadora del servicio

ISSSTE Hospital General Tacuba

Introducción: El dolor torácico es una de las causas más frecuentes de consulta a los servicios de urgencias. Se deberá descartar siempre tres causas: síndrome coronario agudo, dolor de causa cardiaca diferente y dolor torácico no cardiaco. El objeto es identificar y tratar de manera rápida pacientes con un síndrome coronario agudo u otras patologías de alto riesgo para la vida como disección de aorta, y por otro lado identificar grupos de bajo riesgo que de manera segura puedan manejarse en forma ambulatoria. **Caso clínico** Masculino de 76 años con antecedentes de tabaquismo activo con IT 10 P/A, etilismo con consumo menos de 10 gr a la semana, actualmente suspendido, y enfermedad de Parkinson. Niega diabetes ni hipertensión arterial sistémica. Inicia padecimiento con dolor precordial, opresivo, en reposo, intensidad 7/10 asociado a diaforesis y disnea, que se aumentaba con la inspiración profunda, duración

mayor a una hora, autolimitado. Presentó al siguiente día nuevamente mismo dolor precordial asociado a epigastralgia, singultos persistentes y vomito en pozos de café en dos ocasiones y de poca cantidad por lo que acude a valoración al servicio de urgencias, se realizó electrocardiograma de 12 derivaciones en donde se evidenció desnivel positivo del segmento ST cara inferolateral, con sospecha de causa isquémica, se siguió curva enzimática la cual no fue característica de isquemia miocárdica, fue manejado con terapia antisquemica farmacológica sin trombolisis. Se realizó ECO TT con reporte de hipocinesia de VI en cara anterior e inferior, electrocardiogramas seriados con persistencia del desnivel del segmento ST por lo que se envió paciente a tercer nivel para realizar cateterismo cardiaco, el cual reportó arterias epicardicas sin lesiones oclusivas significativas, descartando isquemia miocárdica. Se realizó endoscopia donde se encontró esófago necrótico con hiato esofágico incompetente, y se realizó toma de biopsia la cual reportó esofagitis crónica con datos de esofagitis por reflujo, fue manejado con IBP a dosis altas y con mejoría de los síntomas. Paciente solicitó alta voluntaria por lo cual no se continuó seguimiento del caso. **Discusión:** Paciente masculino de la séptima década de la vida, con factores de riesgo cardiovascular como el género

y tabaquismo, quien acudió a urgencias por dolor torácico y con evidencia de desnivel positivo del segmento ST persistente, se descartó síndrome coronario agudo mediante coronariografía. Se encontró con necrosis esofágica muy probablemente asociado a reflujo gastroesofágico y alteraciones de la motilidad esofágica que pudieran ser asociadas a la enfermedad de Parkinson subyacentes. **Conclusiones:** Paciente con enfermedad de Parkinson, quien presentó reflujo gastroesofágico por disfunción del sistema nervioso entérico, siendo el estómago uno de los órganos donde más precozmente se deposita la alfa-sinucleína, presentó isquemia esofágica secundaria a reflujo lo cual se manifestó como dolor torácico, sin embargo llama la atención las alteraciones presentadas en el segmento ST ya que son muy raras y al momento no hay estudios que muestren dicha asociación.

Palabras clave: dolor torácico no cardíaco, esofagitis por reflujo, parkinson, reflujo, esofagitis, necrosis esofágica.

Folio: 0451

Tema: Reumatología

Hemorragia alveolar difusa asociada a granulomatosis con poliangeítis. Reporte de un caso

Rodríguez Mario Enrique, Meza Paulina Monserrat, Aranda Alejandra

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La granulomatosis con poliangeítis (GPA), es una vasculitis de vasos pequeños cuyo patrón histopatológico consiste en inflamación granulomatosa necrosante. Es la más común del grupo de las vasculitis asociadas a anticuerpo citoplasmático antineutrofílico (ANCA). La afección respiratoria suele ser la más prevalente desde el inicio de la enfermedad, se presenta hasta en el 90% de los casos durante la evolución. Esta como presentación aislada se atribuye a vasculitis asociadas a ANCA (VAA) hasta en 40% de los casos. Asociada a la GPA, la HAD es una manifestación poco frecuente y grave, mostrando una mortalidad hasta del 60%, seis veces más alta que vasculitis sin hemorragia pulmonar. El diagnóstico es difícil ya que la manifestación es abrupta, y los hallazgos clínicos e histopatológicos son inespecíficos, sin embargo su identificación temprana es de gran importancia para el pronóstico del paciente. Presentación del caso Paciente masculino de 62 años de edad. Índice tabáquico de 10 paquetes/año. Inició su padecimiento dos semanas previo a su ingreso a urgencias con tos productiva con estrías sanguinolentas, en una semana progresó a hemoptisis no masiva y disnea de pequeños esfuerzos, saturación de oxígeno de 79%, taquipneico, auscultándose con disminución del murmullo vesicular y es-



tertores crepitantes bilaterales. Laboratorios con presencia de anemia y leucocitosis, Cr de 1.1 mg/dl, gasometría arterial con PO₂ de 47 mm de Hg, PCO₂ de 33mm de Hg. Radiografía de tórax inicial con radiopacidades heterogéneas difusas bilaterales ante infiltrados de ocupación alveolar sin patrón de consolidación. Se realizaron baciloscopías y panel para VIH, hepatitis B y C resultando negativas. Microscopía urinaria mostró hematuria, US renal normal, VSG y PCR positivos. La tomografía de tórax mostró múltiples zonas de consolidación y atelectasias sobre patrón de vidrio despulido y engrosamiento septal, hallazgo consistente con hemorragia alveolar difusa. El paciente desde su ingreso ameritó la administración de oxígeno suplementario para mantener saturaciones superiores a 90%. Se realizó broncoscopia con lavado bronquioalveolar (LBA) que mostró más del 20% de macrófagos cargados con hemosiderina. Por la tríada clínica de hemoptisis, infiltrados alveolares difusos en estudios de imagen y anemia se sospechó en una causa sistémica. Para descartar una vasculitis sistémica se realizó toma de ANCA's con resultado fuertemente positivo para c-ANCA. Se realizó toma de biopsia de senos paranasales la cual reveló zonas de necrosis y hemorragia con inflamación aguda y crónica. Se estableció el diagnóstico de HAD en base

al patrón clínico-radiológico con el resultado de LBA como prueba confirmatoria, la causa se atribuyó a una VAA. El paciente recibió tres pulsos con Metilprednisolona de 1g y tres dosis de ciclofosfamida de 1g, se continuó con prednisona oral a 1mg/kg, disminuyendo cantidad de hemoptisis. Las radiografías de control evidenciaron disminución en los infiltrados de ocupación alveolar diez días después de la radiografía inicial. Fue egresado a domicilio con terapia esteroide oral, oxígeno medicinal y cita de seguimiento. Discusión En nuestro paciente el diagnóstico se realizó en base a los criterios clínicos del Colegio Americano de Reumatología (CAR), aunado a los niveles de c-ANCA por método ELISA. Clínicamente cursó con una forma severa de la enfermedad al debutar con HAD no letal, la cual es una manifestación inicial poco frecuente. En los estudios de función renal se evidenció solamente hematuria microscópica sin afección en la tasa de filtrado glomerular, lo cual es concordante con otros reportes de caso; sin embargo no se descarta la posibilidad de deterioro de la misma en un futuro. El tratamiento de inducción se realizó en base a las recomendaciones por el CAR con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida con adecuada respuesta clínica.

Palabras clave: hemorragia alveolar difusa, granuloma-

tosis, poliangeítis, vasculitis, hemoptisis.

Folio: 0452

Tema: Endocrinología

Panhipopituitarismo crónico como secuela de traumatismo craneoencefálico severo

Rodríguez Omar Gabriel, Atrisco Neftali, Solís Dulce Fabiola, Galván Karla Lizette, Terrazas Elías, Romero Liliana

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Introducción: Los cambios neuroendocrinos posteriores a traumatismo craneoencefálico pueden variar dependiendo de la gravedad. El panhipopituitarismo crónico sucede en el 10% de los casos. **Objetivo:** Describir el caso clínico de la insuficiencia pituitaria después de 3 años de un traumatismo craneoencefálico grave. **Descripción de caso:** Hombre de 35 años electricista, tres años antes de su ingreso hospitalario describe antecedente de haber tenido trauma craneoencefálico severo cual sufrió al caer de un poste de luz. Ingres a urgencias por cuadro de 3 días de fiebre, vomito de contenido Gastrobiliar, ictericia, y desequilibrio hidroelectrolítico grave. A la exploración física presenta estuporoso, hipotensión (88/50 mmHg), 58 latidos por minuto, hipotérmico (35.6 oC.), después de reanimación y estabilización no recupero en su totalidad el estado neurológico comportándose con bradipsiquia, bradilalia, palidez,

cabello áspero, edema facial, pseudoptosis palpebral, ictericia en escleras, sin otra focalidad neurológica. Los laboratorios demostraron, Glucosa: 39 mg/dL, Sodio: 109 mEq/L, AST: 33, BT: 1.41 mg/dL, BD: 0.35 mg/dL, BI: 1.06 mg/dL, Hemoglobina: 10.4 g/dL, perfil tiroideo bajo: TSH: 1.6800, TT3: 0.23, T4: 1.00. Cortisol: < 0.8 ug/dl, ACTH: 4.18 pg/ml, Prolactina: 0.29 ng/ml, Hormona de crecimiento: < 0.10 ng/ml, FSH: 1.80, LH: 3.35, Testosterona: 1.08, Estradiol: 16.86. Por los hallazgos de panhipopituitarismo crónico se solicita estudio de resonancia magnética de silla turca que mostró hipoplasia de la glándula hipofisaria, infundíbulo de hasta 3.2 mm de grosor. **Conclusión:** Tras el antecedente de un traumatismo craneoencefálico severo, la presencia de un cuadro de desequilibrio hidroelectrolítico agudo con repercusión multisistémica y la falta de mejoría de la sintomatología, deben hacer sospechar de la cronicidad asociada a un déficit pituitario total que representa el origen de las múltiples manifestaciones neuroendocrinas.

Palabras clave: panhipopituitarismo, traumatismo craneoencefálico, hipotiroidismo, secuela.

Folio: 0453

Tema: Cardiología

Síndrome de Wellens como presentación inicial de SICA-CEST intrahospitalario

Ortega Horus Ramsés, Argüello Jardiel, Guzmán Elías, López Giovana Lucía, De La Cruz José Martín

Hospital Regional Salamanca
Petróleos Mexicanos

Introducción/Antecedentes: El síndrome de Wellens consiste en un hallazgo característico electrocardiográfico descrito en 1982 que sugiere estenosis severa de la arteria descendente anterior proximal, que puede concluir en el 75% de los pacientes en infarto anterior agudo de la pared anterior en pocos días a semanas. Existen 2 variantes: En el tipo A, que representa el 75% de los casos, caracterizado por ondas T invertidas, profundas, en V2 y V3. El tipo B, tiene ondas T bifásicas en V2 y V3, correspondientes a lesión entre la primera y la segunda ramas septales. **Caso clínico:** Mujer de 80 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, tabaquismo crónico intenso recientemente suspendido. Presentó 4 días antes a su ingreso dolor precordial y egresada como supuesta crisis de ansiedad. El día de su ingreso nuevamente presentó dolor precordial de características típicas, hipertensión arterial grado III, EKG con isquemia subepicárdica anterolateral y descenso ST V4 a V6, troponina I 9.3 ng/dL, TIMI 5 puntos, GRACE 123 puntos. Durante su cuarto día de estancia presentó nuevo episodio de dolor precor-

dial, supradesnivel ST y choque cardiogénico trombolizado con criterios de reperfusión. Enviado a tercer nivel con reporte de coronariografía con lesión obstructiva 95% en su origen (SYNTAX 6), ramo posterolateral de circunfleja /SYNTAX 14) 90%, ramo intermedio (SYNTAX 12) lesión del 75%, coronaria derecha (SYNTAX 2) 80%. Se realizará tratamiento quirúrgico. **Conclusiones:** Considerar el Síndrome de Wellens como dato electrocardiográfico ominoso y brindar tratamiento oportuno.

Palabras clave: Wellens, electrocardiograma, coronariografía.

Folio: 0454

Tema: Gastroenterología

Gastromegalia y alcalosis metabólica severa como presentación inicial de la estenosis pilórica

Arenas José Omar, Hernández Marisol, Hernández Jorge Ezequiel, Pérez Allende Francisco
Hospital General de Cuernavaca Dr. José G Parres, SSM, UNAM

Introducción: La estenosis pilórica hipertrófica (EPH) en el adulto es una enfermedad rara, con pocos casos reportados en la literatura (200-300), en comparación con los pediátricos donde hay prevalencia de 0.8-1%. Entre las causas de EPH se encuentra principalmente cáncer gástrico, enfermedad ácido-péptica, gastritis hiper-



trófica, entre otras. **Resumen clínico:** Masculino de 52 años con madre finada a los 65 años por cáncer gástrico; hospitalizaciones previas por vómito y deshidratación sin complicaciones ni estudio. Inicia padecimiento 8 días previos a su ingreso con vómito en 10 ocasiones, contracciones musculares generalizadas, sin pérdida ponderal, sin sangrados, agregándose parestesias y contracciones musculares por lo que acuden a este Hospital. Se encuentra hipotenso, taquicárdico, afebril, somnoliento, mucosas secas, abdomen doloroso en hipogastrio, se documenta pH 7.80 HCO₃ no detectable y potasio 2.57, lesión renal aguda y cambios electrocardiográficos; se inicia rehidratación y reposición de potasio, con mejoría pero persiste la alcalosis por lo que se ingresa a Medicina Interna, asintomático, con distensión abdominal dependiente de tumoración en cuadrante superior izquierda. Pruebas de función tiroidea normales, serología de Chagas no reactiva; ultrasonido y TAC abdominal donde se observa gastromegalia, endoscopia con esofagitis y estenosis pilórica del 90%, biopsia reporta proceso inflamatorio crónico con eosinófilos. Se realiza pilorotomía de Miculickz, evolucionando favorablemente con dieta líquida, egresa con omeprazol, dromperidona y metoclopramida. **Discusión y conclusión:**

La alcalosis metabólica hipokalemica hipoclorémica se presenta en menos de la mitad de pacientes con EPH, la cual es potencialmente mortal, el tratamiento consiste en reposición de volumen temprana y agresiva y búsqueda concomitante de la causa subyacente. Ante la estenosis pilórica, fundamental la historia clínica y exploración física, tomografía y endoscopia. **Palabras clave:** gastromegalia, alcalosis metabólica, estenosis hipertrófica del píloro.

Folio: 0455

Tema: Infectología

Abordaje diagnóstico terapéutico de toxoplasmosis en VIH

Fernández Antonio, Cortés Fernando, Villalón Jorge, Jaramillo Agustín Eduardo, López Mariana Altagracia, Maldonado Irere Atzimba

Grupo Ángeles Hospital Ángeles Mocel

Introducción: Se considera una infección que aparece en VIH con conteo de CD4 menor de 200 células por mililitro, usualmente como reactivación de una infección latente, con una prevalencia del 80% en América latina, caracterizándose por presentar cuadros de encefalitis, 50% se manifiestan en lesiones corticales, subcorticales y cerebelo, con manifestaciones caracterizadas por dislalia, hemiparesia, algunas veces caracterizada por trastornos psiquiátricos. Dependiendo de la cuenta de

CD4 puede haber anticuerpos hasta en 75% de los casos. **Objetivo:** abordar el diagnóstico de toxoplasmosis en un paciente que no presente pruebas positivas para toxoplasmosis. **Exposición del caso:** masculino de 49 años de edad que inició con parestesias de extremidad torácica derecha progresiva ocupando hombro y deterioro de la fuerza hasta presentar 1/5 igualmente cefalea pulsátil intensidad 5/10 escala de EVA, con localización hemicraneana izquierda, intermitente sin náusea, vómito, un evento de disminución de agudeza visual transitorio, por resonancia magnética en T1 se identifica lesión ocupativa en lóbulo derecho de 5.2mm rodeado de edema lo cual extiende la lesión a 58.7 x 53.1mm de diámetro posterior a la administración de medio de contraste, mostrando imagen en anillo. En la punción lumbar se encuentran características incoloro, aspecto transparente, células 0, polimorfo nucleares: 0, tinta china negativo, células 0, glucosa: 56 mg/dl, cloro: 123.1 DHL: 32, lactato: 16, coagulabilidad negativo. Cuenta de CD4: 14 mm³. **Conclusiones:** Encontramos que dentro de los estudios realizados al paciente no se detectan anticuerpos positivos contra toxoplasmosis, debido al cuadro clínico compatible con toxoplasmosis se inicia tratamiento con trimetoprim sulfametoxazol, encontrando disminución de las lesiones en

el transcurso de su estancia, y mejorando su fuerza por lo que es dado de alta con mejoría

Palabras clave: toxoplasmosis, VIH, resonancia magnética, inmunodeficiencia, deterioro neurológico, CD4.

Folio: 0456

Tema: Hematología

Linfohistiocitosis hemofagocítica, caso de éxito con esquema HLH04

López Sandra Lorena, Noyola Maura Estela, Anda Juan Carlos, Ramos Gustavo Jony, Cornelio Ramon Dario, Martinez Eduardo, Duran Monica Yasmin
IMSS

Introducción: El síndrome hemofagocítico se caracteriza por activación macrofágica intensa generando eritrofagocitosis; puede ser primario (genética) o secundario a infecciones virales (herpes 62%, Epstein Barr 43%), bacterias (tuberculosis 38%) y neoplasias (1% de los adultos con cancer hematológico). El tratamiento HLH2004 consiste en dexametasona, etopósido y ciclosporina, agregándose hidrocortisona y metrotexate intratecal en caso de enfermedad en sistema nervioso central (HLH94), en conjunto con terapia dirigida a la etiología (en caso de infección por Epstein Barr se recomienda rituximab). Existen factores de buen pronóstico como el descenso del 96% de la ferritina sérica, sin embargo, la mortalidad es del 50% aún con esquema HLH94,

en caso de supervivencia existe riesgo de recaída principalmente en pacientes con causa primaria. **Presentación caso:** Mujer de 25 años de edad con fiebre (39°C) de 2 meses de evolución, sin predominio de horario, astenia, adinamia, artralgias y dermatosis asociada, consistente en máculas y pápulas eritematosas, pruriginosas, localizadas en ambas extremidades, tórax y abdomen, mismas que respetaban region palmoplantar. Se agregó al cuadro clínico ictericia y debilidad muscular progresiva hasta incapacitar la deambulacion en conjunto con parálisis facial derecha y desorientación. De forma inicial acude a unidad médica de segundo nivel donde se documenta somnolencia, parálisis facial, ocupación alveolar, hepatoesplenomegalia, hipotonía e hiporeflexia en las cuatro extremidades. Se descartaron zoonosis endémicas (paludismo, dengue, chagas y chikunguya fue sometida a punción lumbar con citología y análisis químico del líquido cefalorraquídeo normal. Los cultivos efectuados fueron negativos (hemocultivos, mielocultivos, urocultivo y cultivo de líquido cefalorraquídeo). El panel viral incluyendo VIH, VHC, VHB así como panel inmunológico fueron negativos. De forma complementaria se realizó aspirado de medula ósea con hallazgos de hemofagocitosis por lo que inició tratamiento a base de pulsos de

metilprednisolona sin respuesta adecuada, por lo que fue enviada a nuestra unidad. Continuó el protocolo mediante determinación de serología para virus Epstein Barr la cual resultó positiva: antígeno de cápside VEB 101, anticuerpo IgG contra antígeno de cápside 128 y anticuerpo IgG contra antígeno nuclear 454. Inició tratamiento con ganciclovir, concluido el tratamiento se reportó carga viral para VEB negativa. A la par se realizó ecocardiograma que descartó endocarditis, y se corroboró mediante tomografía hepatoesplenomegalia, adenopatías axilares y mediastinales. Se concluyó síndrome hemofagocítico basado en la presencia de fiebre, esplenomegalia, hipofibrinogenemia de 81 mg/dL, hiperferritinemia de 67562 ng/mL, citopenias (hemoglobina 7.3 g/dL y trombocitopenia de 87 mil) y hemofagocitosis en el aspirado de médula ósea. Se inició inmunoglobulina a dosis de 400 mg/kg por 4 días (20 gr día) sin respuesta favorable, por lo que se inició esquema HLH04, en conjunto con esplenectomía y toma de biopsia de hígado. Los hallazgos histológicos consistieron en esteatosis macrovesicular en 40% con hemosiderosis grado 2, bazo con congestión esplénica, hibridación in situ EBER2 e inmunohistoquímica negativas. A los 4 días de iniciar el manejo se normaliza hemoglobina, plaquetas, leucocitos y cifras de deshidrogenasa láctica.



Además, la ferritina disminuyó a 10984 ng/mL, presentando exitosa respuesta al manejo.

Conclusiones: El síndrome hemofagocítico es una entidad rara, con alta mortalidad que se ha asociado a varias entidades resultando idiopática en un 11.1%. Sin embargo pese a encontrar etiología en este caso se observó una resolución con el esquema HLH04 durante un seguimiento a 6 semanas hasta completar tratamiento.

Palabras clave: síndrome hemofagocítico, fiebre de origen desconocido, infección por Epstein Barr, linfoma hepatoesplénico, esplenectomía.

Folio: 0458

Tema: Reumatología

Infarto agudo al miocardio recurrente en paciente con síndrome antifosfolípido primario

Montes Daphne Marisol, Valencia Oswaldo Horacio, Rivera María de la Luz

Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional La Raza

El síndrome antifosfolípido (SAF) se caracteriza por la aparición de trombosis, tanto venosas como arteriales, junto con la formación de anticuerpos que van dirigidos contra fosfolípidos aniónicos denominados anticuerpos antifosfolípidos. La prevalencia de pacientes con SAF que presentan infarto agudo al miocardio se ha reportado en hasta 5.5%. Hombre, 28 años de edad,

antecedente de síndrome antifosfolípido diagnosticado en la niñez, actualmente sin tratamiento y síndrome coronario agudo tipo infarto agudo al miocardio hace 4 años, manejado mediante cateterismo cardiaco con trombectomía de la arteria descendente anterior, colocación de stent y Acenocumarina 6 mg desde abril de 2018, sin adecuado apego al tratamiento. Inicia padecimiento actual el día 16 de junio de 2018 a las 21:00 hrs al presentar dolor torácico de tipo opresivo, de intensidad 4/10, iniciado en reposo, sin datos de descarga adrenérgica, sin irradiaciones, presentando acné del dolor el día 18 de junio a las 03:00 hrs, motivo por el cual acude al servicio de urgencias, a su ingreso se realiza electrocardiograma de 12 derivaciones con elevación del segmento ST en cara inferior y prueba rápida para determinación de enzimas cardíacas las cuales reportaron CKMB: 37.5 ng/ml MYO: 105 ng/ml y TNI: 14.7 ng/ml. Laboratorios complementarios: Hb: 15.5 g/dL Hct: 44.3% Plaquetas: 155,000 TP: 20.3 TPT: 30.1 INR: 1.52 Fibrinogeno: 511. CK: 668 U/L CKMB: 67.3 U/L DHL: 685 U/L, c-ANCA: 2.5 UR, p-ANCA: 3.22 UR, anticardiolipina IgG: >280 U/mL, anticardiolipina IgM: 3.66 U/mL, proteína C: 94% Por lo anterior se decide ingreso inmediato a sala de hemodinamia realizándose cateterismo cardiaco con trombectomía de

la arteria descendente posterior y colocación de stent. El riesgo de trombosis en este paciente era muy alta por antecedente de IAM, aunado al incumplimiento del tratamiento. Es importante continuar con el estudio de esta presentación de SAF para implementar mejores algoritmos diagnósticos en urgencias.

Palabras clave: antifosfolípido, trombosis, infarto, aterosclerosis, anticuerpos, extracriterios

Folio: 0459

Tema: Cardiología

Hiperuricemia asintomática y enfermedad arterial coronaria

Miranda Tomas¹, Pérez Silvia Esmeralda¹, Puro Emma², Esturau Ramon¹, Meneses Luis¹, Ortega Williams¹, Gomez Carlos¹

¹ Hospital Civil Guadalajara Fray Antonio Alcalde; ² Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad

Introducción: Existen pocos estudios los cuales valoren la relación de la hiperuricemia con la severidad de la enfermedad coronaria. **Objetivo:** Comparar la proporción de enfermedad de tronco o enfermedad trivascular en pacientes con y sin hiperuricemia (H). Contrastar el valor del SYNTAX I score en pacientes con y sin H. Calcular la asociación de H con enfermedad de tronco o trivascular (ToT). **Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo, de cohortes, unicéntrico. Hospital civil de Guadalajara Fray Antonio Alcal-

de, junio del 2017 a mayo del 2018. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que ingresaron al servicio de cardiología para realización de angiografía coronaria. Se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de gota. Para comparar las variables cualitativas se utilizó χ^2 , mientras que las variables cuantitativas t de student o U de Mann-Whitney, según la normalidad de las variables. Se calculó el riesgo relativo (RR) para determinar la asociación de H y ToT. H se definió como mayor de 7mg/dl. Lesiones angiográficas significativas: lesión mayor del 50% en tronco o más del 70% en las demás arterias.

Resultados: Total de 114 pacientes, 71 sin hiperuricemia (SH) y 43 con hiperuricemia (H). El género masculino fue el prevalente en ambos grupos, no hubo diferencias significativas en edad, género, IMC, HAS, DM2, Dislipidemia, Obesidad, Tabaquismo. Tampoco en el diagnóstico de ingreso, siendo el SICA CEST el predominante en ambos grupos. No hubo diferencias en paraclínicos como HbA1c, colesterol, triglicéridos. Hubo mayor proporción de lesiones angiográficas significativas de ToT en el grupo H (47% SH vs 67% H; $p=0.04$). Mayor SYNTAX I score en pacientes con H (20.5 [10-26] SH vs 25 [18.6-33.8] H; $p=0.01$). El RR de hiperuricemia para la asociación con enfermedad de ToT fue de 1.5 (IC95% 1.1-2; $p=0.02$). **Conclusiones:** La

hiperuricemia asintomática se asocia a mayor severidad de lesiones coronarias.

Palabras clave: hiperuricemia, enfermedad arterial coronaria, enfermedad de tronco, enfermedad trivascular, SYNTAX I score.

Folio: 0460

Tema: Reumatología

Epidemiología del lupus eritematoso sistémico en la región Soconusco del estado de Chiapas: experiencia del HRAE Ciudad Salud en Tapachula

Sepúlveda Jesús¹, Vera Olga Lidia², Ramírez Juan Carlos¹, Ocaña Manuel Jesús¹, Cetina José Hiram¹, Bulos Pedro¹, Tevera Monica Georgina³, Mena Blanca Aurora¹, Cruz Mario Adolfo¹, Granados Julio⁴

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud;

² Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza; ³ Hospital General de Zona No. 1 IMSS Tapachula;

⁴ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubiran

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica cuya incidencia es de 1-10 casos por 100,000 personas-año y la prevalencia de 20-70 casos por cada 100,000 habitantes. Existen factores genéticos y ambientales que predisponen a su desarrollo. La presentación clínica y pronóstico varía de acuerdo con

la geografía, raza, genética y factores socioeconómicos. En México existen pocos estudios epidemiológicos. **Objetivo:** Informar la epidemiología del LES en la región Soconusco de Chiapas a partir de los casos que el HRAE Ciudad Salud como hospital de alta especialidad ha atendido en los últimos 10 años. **Metodología:** Se diseñó un estudio de cohorte retrospectivo. Se recolectaron datos clínicos, sociodemográficos y de laboratorio al diagnóstico y durante el seguimiento. **Resultados:** Entre 2008-2018 se han atendido 78 pacientes con LES (74 mujeres, 4 hombres). La edad al diagnóstico fue 33 años (18-77), con un tiempo de evolución promedio de 5 años (1-35) y un seguimiento de 4.5 años por paciente (1-10 años). Los fenotipos clínicos al diagnóstico fueron (N, %): multisistémico (29, 37.1%), articular-cutáneo (8, 10.2%), renal (6, 7.6%), articular (5, 6.41%), otros (24, 30.7% los anticuerpos más comunes fueron (N, %): ANA (60, 76.92%), anti-DNA (35, 44.8%), anti-Ro (28, 35.8%), anti-RNP (22, 28.2%), anti-Sm (19, 24.35%) y anti cardiolipina (15, 19.2%), siendo el anticoagulante lúpico el menos frecuente (1, 1.28% el síndrome antifosfolipídico se presentó en 15 sujetos (19.23%). Setenta y dos pacientes (92.3%) han recibido tratamiento inmunosupresor durante el seguimiento siendo los fármacos más utiliza-



dos (N,%): hidroxiclороquina (51, 65.3%), prednisona (35, 44.8%), ácido micofenólico (20, 25.6%), azatioprina (20, 25.6%), ciclofosfamida (8, 10.2%), metotrexate (5, 6.4%) y rituximab (4, 5.1%). Cuarenta y cinco sujetos (57.6%) se hospitalizaron al menos 1 vez, con una mediana de 2 hospitalizaciones por paciente (1-14 las causas más frecuentes de hospitalización fueron (n, %): reactivación de la enfermedad (15, 33.3%), infección y reactivación (13, 28.8%) e infección (7, 15.5%). Quince de los 78 pacientes (19.23%) han cursado con al menos una infección, siendo las más frecuentes neumonía (4, 18.1%), tuberculosis (3, 13.6%), herpes zoster (6, 13.6%), virus del papiloma humano (3, 13.6%) e infección urinaria (7, 13.6%). Se presentó un caso de cáncer en el periodo (leucemia aguda mieloblástica). La tasa de mortalidad por cualquier causa fue del 8.9% (7 casos), siendo las causas de defunción, choque séptico (2), hemorragia pulmonar (2), emergencia hipertensiva (1), leucemia aguda mieloblástica (1) y síndrome de disfunción orgánica múltiple (1). **Conclusiones:** Se concluye que el LES no es infrecuente en Chiapas, sin embargo, es difícil conocer la epidemiología en todo el estado por la carencia de datos. Al menos en la región Soconusco, nuestros hallazgos son similares a los reportados para la población latina, sin em-

bargo, es necesario que existan otros estudios para conocer la epidemiología real del estado.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, Chiapas, epidemiología.

Folio: 0461

Tema: Reumatología

Amiloidosis AA secundaria a enfermedad relacionada a IGG4

Wisniowski Andrea, Zavala Gerardo, González Alejandra, Hernández Gabriela, Ángeles Arturo, Martín Eduardo

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad relacionada a IgG4 (ER-IgG4) es una enfermedad inflamatoria poco frecuente cuya presentación asemeja a la de otras entidades. Para su diagnóstico se requiere de alto índice de sospecha y la integración de diversos datos clínicos y paraclínicos (serología, imagen e histopatología). Una complicación infrecuente es la amiloidosis AA. Presentamos el primer caso de amiloidosis AA secundaria a ER-IgG4 reportado en América. **Descripción del caso:** Mujer de 22 años de edad que acudió por astenia y hematoquecia. Sus estudios de laboratorio mostraron anemia microcítica hipocrómica, trombocitosis, un patrón infiltrativo en las PFH, VSG y PCR persistentemente elevados (VSG 130 mm/Hr y PCR 5,87 mg/

dL), así como proteinuria subnefrótica (1.3 gr/24 hrs). La CT de abdomen mostró hepato-esplenomegalia, una adenopatía localizada en retrogastro supra-yacente al cuerpo pancreático, acompañada de múltiples adenopatías mesentéricas. El PET/CT mostró hepato-esplenomegalia, adenopatías abdominales, retroperitoneo y ganglios cervicales con aumento anormal del metabolismo. Se realizó una biopsia hepática que reportó amiloidosis; la espectrometría de masas de dicha muestra evidenció depósitos de amiloide correspondientes a amiloide A. La biopsia de médula ósea mostró células plasmáticas IgG4 positivas (5 células positivas por campo óptico y relación IgG4/IgG de 5%), por lo que se descartó amiloidosis AL. El estudio histopatológico de la adenopatía retrogástrica reportó hiperplasia sinusal con discreto incremento de células plasmáticas polifenotípicas (kappa+, lambda+) con cúmulos aislados de 20 células plasmáticas IgG4 positivas y relación IgG4/IgG: 20-30%. Se realizó colonoscopia y panendoscopia por el antecedente de sangrado de tubo digestivo; macroscópicamente se encontró mucosa colónica eritematosa y friable, y duodenitis crónica. El reporte histopatológico fue compatible con amiloidosis. En su abordaje etiológico de amiloidosis AA se descartaron causas infecciosas y enfermedad inflamatoria intestinal. Se

solicitaron ANA, ANCA, anti-MPO, anti-PR3, APCC, factor reumatoide, siendo todos negativos. Presentó complemento elevado (C3: 227 y C4: 79 mg/dL). Se determinaron los niveles de inmunoglobulinas en las que se encontró IgG elevadas (2578 mg/dl), cadenas ligeras Kappa 21.6 mg/dL (3.3–19.4 mg/dL), cadenas ligeras lambda 20.6 mg/dL (5.71–26.3 mg/dL), relación Kappa/Lambda 1.04 y la inmunofijación en suero sin patrón monoclonal. Los niveles de IgG4 séricos fueron de 339 mg/dL (3-201 mg/dL). Se integró diagnóstico de amiloidosis AA con afección hepática, gastrointestinal y renal secundaria a ER-IgG4. Se inició tratamiento con prednisona a dosis altas y esquema de rituximab. Discusión y conclusiones. La asociación de amiloidosis a la ER-IgG4 es rara, y su diagnóstico implica un verdadero reto. Solo existe un caso previo descrito en la literatura. La búsqueda intencionada e identificación temprana de amiloidosis AA en pacientes con ER-IgG4 podría disminuir el riesgo de morbi-mortalidad que conlleva esta complicación.

Palabras clave: ER-IgG4, amiloidosis, IgG4

Folio: 0462

Tema: Otros

Limitación del esfuerzo terapéutico y el conflicto ético en médicos internistas

Garduno José De Jesús¹, Veytia Marcela⁵, Herreros Benjamin²,

García Rosalia³, Rodríguez Jorge Alberto⁴, Quijano Uriel⁵, Marquez Octavio⁵

¹ Universidad Autónoma del Estado de México CICMED/HGR 251 IMSS; ² Unidad de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España; ³ Hospital General Regional 220 IMSS; ⁴ Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata; ⁵ Universidad Autónoma del Estado de México CICMED

Introducción: La atención del paciente en servicios de hospitalización de medicina interna es un reto complejo el cual incluye la aplicación del conocimiento científico con la finalidad de intentar limitar o resolver procesos patológicos. Sin embargo es un hecho que va a existir un porcentaje de pacientes que fallecerán durante la atención en dichos servicios. La atención de los pacientes hospitalizados puede llevar al médico a tener conflictos éticos durante la hospitalización. En años recientes ha tomado relevancia el concepto de limitación del esfuerzo terapéutico La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es decidir sobre la situación y el futuro del paciente y no aplicar tratamientos o procedimientos terapéuticos que podrían aportar un escaso beneficio respecto al sufrimiento o a la agonía que está padeciendo el paciente.

Objetivo: Identificar los conflictos éticos asociados con la

limitación del esfuerzo terapéutico en médicos internistas así como posibles factores relacionados a los mismos. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, transversal en el cual se realizó un cuestionario digital a Médicos Internistas en el cual se exploró los conflictos éticos relacionados a la limitación del esfuerzo terapéutico. Los datos se expresaron en porcentajes y promedios dependiendo el tipo de variable, el análisis se llevo a cabo mediante el uso de Software SPSS. **Resultados:** Se obtuvieron un total de 348 médicos participantes de 30 estados de la República Mexicana. La edad promedio de los participantes fue de 48 ± 11 años. El 32% fue del sexo femenino. El tiempo de ejercicio profesional de los participantes era en promedio de 19 años con un rango de 1 a 55. El 90.4% de los médicos considero tener conflictos éticos de manera frecuente o muy frecuente. Se exploró cual era la relevancia de un conflicto y cual era el conflicto que más frecuentemente se presentaba en ambas respuestas el conflicto ético que consideraron mas importante era el referente de informar al paciente y la comunicación medico paciente el 39% lo percibieron como muy frecuente y el 68 % lo consideraron como muy importante. **Conclusiones:** La limitación del esfuerzo terapéutico representa un conflicto ético en la atención de



los paciente hospitalizados en servicios de Medicina Interna
Palabras clave: Medicina Interna, conflictos éticos, limitación esfuerzo terapéutico.

Folio: 0463

Tema: Misceláneos

Cetoacidosis diabética severa como primera manifestación de absceso subfrénico

Rivera Rosario Minerva¹, García Víctor Hugo², Rubio Mauricio Eduardo², Hernández Juan Carlos², García Jaime Israel¹, Vázquez Nallely Alejandra¹, Morales Ana Lilia¹

¹ Hospital General Ticomán. Secretaría de Salud de la Ciudad de México; ² Hospital General Tlahuac. Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Introducción: Los abscesos intraabdominales son colecciones bien definidas que se desarrollan como introducción de flora habitual en sitios corporales usualmente estériles, aislados al resto de la cavidad abdominal. Los principales puntos anatómicos son la zona subfrénica, pelvis, fístulas lumbares y pliegues intermesentéricos. Los abscesos subfrénicos pueden dividirse en 3 grupos: subdiafragmático derecho e izquierdo y subhepático, se presentan generalmente posteriores a intervenciones quirúrgicas, son más prevalentes en varones y de mayor incidencia en la tercera y quinta décadas de la vida, con mortalidad entre el 11 y 31%. Entre los factores de

riesgo se encuentran enfermedades como diabetes mellitus, desnutrición, inmunosupresión, entre otras patologías. Los gérmenes más frecuentemente aislados son bacilos gramnegativos y anaerobios. El 90% de los pacientes presenta fiebre, pérdida de peso, escalofríos, malestar general y, en casos graves, confusión y choque. La estrategia de tratamiento es el drenaje percutáneo guiado por imagen asociado a terapia antimicrobiana. **Presentación de caso:** Masculino de 51 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de 12 años en tratamiento con insulina NPH, hipertensión arterial sistémica de 2 años en tratamiento con enalapril 10 mg cada 12 hrs. Postoperado de desarticulación de miembro pélvico derecho por fascitis necrotizante hace 2 años y drenaje de absceso mandibular hace 5 años, así como de glúteo derecho hace 12 años. Inicia una semana previa a su ingreso con dolor abdominal de predominio en cuadrante superior derecho, intensidad 10/10, de tipo punzante, sin irradiaciones acompañado de náusea, así como poliuria y polidipsia. Se detecta hiperglucemia de 932 mg, acidosis metabólica severa con pH de 6.8, HCO₃ 3.0, y cetonuria +++ compatible con cetoacidosis diabética severa, por lo cual se inicia manejo con soluciones cristaloides e infusión de insulina. Presenta leucocitos 21800, Hb 14.7, plaquetas 379 000,

Neutros 20.7, Urea 102, Cr 2.27, Na 129, K 4, Cl 91, lactato de 2.9. Panel viral para hepatitis B, C y VIH no reactivo. Posteriormente presenta deterioro hemodinámico requiriendo manejo con vasopresor, persistiendo con dolor abdominal por lo cual se realiza ultrasonido abdominal con evidencia de colección perihepática, se realiza tomografía contrastada de abdomen reportando dos colecciones subhepáticas (73 Y 33cc) y una suprahepática; se inicia manejo con Piperacilina-Tazobactam y se realiza valoración por el servicio de radiología intervencionista para drenaje percutáneo, drenando 60cc de material purulento. El cultivo reportó desarrollo de *Escherichia coli* no BLEE, continuando con mismo manejo antimicrobiano por 21 días, con posterior mejoría clínica por lo que se egresa a su domicilio. **Conclusión:** Los abscesos subfrénicos son poco prevalentes no asociados a complicaciones posquirúrgicas, el descontrol en diabetes mellitus produce un estado de inmunosupresión con predisposición a infecciones por bacterias gram negativas. El manejo que se sugiere es la intervención percutánea transmural con importancia en evitar complicaciones respiratorias y derivadas a cavidad torácica, motivo por el cual, el tratamiento combinado con antibioticoterapia dirigida es vital para evitar el incremento de la morbimortalidad.

Palabras clave: cetoacidosis diabética, absceso subfrénico, inmunosupresión.

Folio: 0464

Tema: Reumatología

Polineuropatía asociada a poliangeitis microscópica, un reto diagnóstico. Reporte de caso

Panama Mariana¹, Domínguez Carlos², García María Fernanda¹, Contreras Karina Yutzil¹, Minor Nataly¹

¹ Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga; ² Hospital de Especialidades Belisario Domínguez

Mujer de 51 años que niega antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento una semana posterior a aplicación de vacuna del tétanos con ataque al estado general, fiebre de 38-39°C intermitente, asociada a diaforesis de predominio nocturno. Se agregaron artralgiás con disminución de la fuerza muscular en extremidad inferior izquierda y posteriormente derecha, que provocó dificultad para la deambulaci3n. Este cuadro evolucion3 con extremidades superiores de predominio derecho. En estudios paraclínicos se identifica como hallazgo alteraci3n de la funci3n renal con urea:145 y creatinina: 4. A la exploraci3n físi ca con datos de mononeuropatía múltiple, se observa en pierna derecha con úlcera necr3tica a la altura de gastrocnemio de aproximadamente 10X5 cm. Se inici3 protocolo con toma

de inmunol3gicos y biopsia de piel. Resultando: P-anca 69.46, ANAs: 1:160, biopsia de piel con reporte de vasculitis linfocítica e inmunohistoquímica que report3 dep3sito de IgG y fibrin3geno en la uni3n dermoepidérmica. Estudio de imagen que reporta datos de hipertensi3n arterial incipiente, trombo del extremo hiliar de la arteria pulmonar derecha, datos de fibrosis pulmonar incipiente asociado a enfisema para-septal. Estudio de neuroconducci3n con polineuropatía sensitivo motora, del tipo de la degeneraci3n axonal. Ante este contexto integro el diagn3stico de poliangeitis microscópica iniciándose tratamiento con esteroideo del tipo prednisona a 1 mg/kg/día con esquema de reducci3n con mejoría de la funci3n renal y fuerza muscular. Este es un caso interesante por ser en realidad un reto diagn3stico, ya que se reportan de 3-24 casos por un mill3n.

Palabras clave: poliangeitis microscópica, reumatología, polineuropatía, vasculitis, p anca, falla renal.

Folio: 0465

Tema: Oncología

Linfagitis carcinomatosa pulmonar como presentaci3n inicial de c3ncer de colon: caso clínic o

Murillo Felipe de Jes3s, Treviño Mario Alonso

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Tecnol3gico de Monterrey

Introducci3n: La linfagitis carcinomatosa es una forma rara de metástasis pulmonar, la cual se presenta en aproximadamente 6-8% de los casos de metástasis a pulm3n. Los sitios primarios son c3ncer de mama, tubo digestivo, pulm3n, páncreas y próstata (Bruce, et al, 1996). El cuadro clínic o es variado, desde disnea o tos cr3nica no productiva, hasta formas de invasi3n pulmonar severa. El diagn3stico se realiza por medio de una biopsia transbronquial (Thomas, et al, 2008). El patr3n típico en el TAC de t3rax es infiltrado en vidrio despulido y engrosamiento interlobular-peribronquial. La sobrevida es menor del 50% a los 3 meses del diagn3stico (Placer, et al, 2012). **Objetivo:** Describir las características de la linfagitis carcinomatosa como presentaci3n inicial del c3ncer de colon. **Exposici3n del caso:** Masculino de 49 años de edad, empleado de limpieza hospitalaria. Acude por presentar un cuadro de tos cr3nica no productiva, sin predominio de horario y sin sntomas acompaantes de 6 meses de evoluci3n. Previamente tratado con antibióticos y tratamiento sintomático sin lograr mejoría clínic a. Posteriormente se agrega disnea de pequeños esfuerzos. A la exploraci3n físi ca presenta crepitantes difusos bilaterales sin integrar sndrome pleuropulmonar, con el resto de la exploraci3n físi ca normal. La radiografía de t3rax muestra



proceso intersticial difuso bilateral sin zonas de confluencia y la tomografía de tórax contrastada presenta múltiples adenopatías mediastinales e hiliares, infiltrado bilateral de tipo intersticial con engrosamiento septal y bronquial, además de una lesión lítica de la porción posterior del 10° arco costal derecho, que muestra reforzamiento periférico con el contraste endovenoso. Se obtiene biopsia transbronquial por medio de bronscoscopia (normal) donde se reporta linfagitis carcinomatosa con primario de tubo digestivo como primera posibilidad. La colonoscopia demuestra una masa neoplásica, concéntrica y de aspecto maligno a los 80cm del margen anal, de 5x7cm aproximadamente. Reporte de estudios paraclínicos: Eosinofilia periférica y en lavado bronquial, perfil microbiológico negativo, LDH, VSG y PCR elevadas, guayaco positivo y PET-Scan con extensa actividad neoplásica en ganglios mediastinales, retroperitoneales, colon transverso y décima costilla derecha. El paciente presenta obstrucción intestinal y se realiza hemicolectomía derecha extendida con ileocoloanastomosis latero-lateral con reporte final de biopsia: adenocarcinoma de colon con componente micropapilar 50% T4N2M1 Kras, CK7 y CK20 positivos. El paciente es egresado para continuar tratamiento ambulatorio oncológico con quimioterapia. **Conclusiones:**

La linfagitis carcinomatosa es una forma agresiva de diseminación pulmonar, con tos crónica como dato clínico inicial y siempre se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de infiltrados intersticiales y tos crónica. El paciente presenta poco pronóstico debido a la actividad metastásica extensa. **Palabras clave:** linfagitis, carcinomatosa, cáncer, pulmón, colon, inicial.

Folio: 0466

Tema: Oncología

Epidemiología del hepatocarcinoma en el estado de Chiapas: experiencia del HRAE Ciudad Salud en Tapachula

Sepúlveda Jesús¹, Lajous Martin², Godoy Cesar¹, Bulos Pedro¹, Tevera Monica Georgina³, Pérez José Manuel¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud;

² Instituto Nacional de Salud Pública; ³ Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El hepatocarcinoma constituye la neoplasia hepática primaria más común alrededor del mundo y es una neoplasia sólida frecuente. Su incidencia y prevalencia alrededor del mundo varía, pero actualmente ocupa el sexto lugar en incidencia en ambos sexos y el segundo lugar en mortalidad en ambos sexos a nivel global. En México no aparece dentro de las 10 neoplasias más frecuentes, sin embargo ocupa el segundo lu-

gar en mortalidad en hombres y el sexto lugar en mujeres. El virus de hepatitis C constituye el mayor factor de riesgo, seguido del virus de hepatitis B, alcoholismo, aflatoxinas, hemocromatosis, entre otras. En el estado de Chiapas se desconocen los datos epidemiológicos así como los factores de riesgo relacionados con el hepatocarcinoma. **Objetivo:** informar la epidemiología del hepatocarcinoma en la región del Soconusco del estado de Chiapas. **Metodología:** Se diseñó un estudio de cohorte retrospectivo a partir de los registros del HRAE Ciudad Salud para caracterizar los casos de Hepatocarcinoma atendidos en el hospital en los últimos 10 años. **Resultados:** Entre 2008-2018, un total de 175 pacientes (102 mujeres y 73 hombres) han sido referidos al HRAE Ciudad Salud con el diagnóstico de tumor hepático en estudio. Del total de casos referidos, a 47 se les realizó biopsia de mínima invasión (26.85%), confirmándose el diagnóstico de hepatocarcinoma en 16 casos (9.14% del total de casos) y excluyéndose en 31 casos de tumores metastáticos. De los casos confirmados, 11 fueron hombres (73.3%) y 5 mujeres (31.25%). La edad media al diagnóstico fue de 52.3 años para hombres (DE 15.97) y 55.6 años para mujeres (DE 13.83). Se detectó al virus de la hepatitis B en 2 casos (13.3%) y el virus de hepatitis C en 1

caso (6.6%). La ingesta regular de alcohol estuvo presente en 4 casos (26.6%) y el tabaquismo en 5 casos (33.3%). Ocho de los 15 casos tenían sobrepeso (53.3%). En el estudio histopatológico, además del tejido tumoral, se pudo identificar fibrosis grado 2 y 4 en dos casos, respectivamente así como esteatosis grados 1 y 2 en otros dos casos. DE los 15 sujetos, 12 de ellos fallecieron por insuficiencia hepática, mientras que 3 viven libres de enfermedad. **Conclusiones:** La prevalencia de hepatocarcinoma entre los casos referidos por tumor hepático fue del 9.14%. De los factores de riesgo conocidos, solamente se identificó al virus B y/o C en 3 casos y a la cirrosis y esteatohepatitis en 4 casos mas, mientras que en el resto de casos no se identificó causa, sin embargo, la información disponible en los expedientes clínicos fue limitada por lo que se requieren estudios prospectivos futuros que permitan una mejor caracterización de casos. Así mismo, es necesario que se mejoren los mecanismos de referencia entre las unidades de segundo y tercer nivel de atención para establecer diagnósticos más oportunos y certeros que permitan mejorar el pronóstico. **Palabras clave:** hepatocarcinoma, Chiapas, epidemiología, Soconusco.

Folio: 0467

Tema: Infectología

Desarrollo de mucormicosis en paciente con cetoacidosis diabética. Reporte de caso.

Panama Mariana¹, Domínguez Carlos², García María Fernanda¹, Contreras Karina Yutzil¹, Minor Nataly¹, Guamán John Oswaldo³

¹ Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga; ² Hospital de Especialidades Belisario Domínguez; ³ Hospital San Angel Inn

Mujer de 61 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de 10 años de diagnóstico en tratamiento con antidiabéticos orales e hipertensión arterial de un año de diagnóstico, en tratamiento con IECA's ambas con mal apego terapéutico, así como a la dieta. Inicia su padecimiento dos semanas previas al ingreso con síntomas urinarios caracterizados por disuria y poliaquiuria, sin recibir tratamiento. Al cuadro clínico se añade desde hace una semana, alza térmica, cuantificada en 38°C e inicia con parestesias en paladar posterior que se extendieron, en tres días a hemicara izquierda, acompañado de cefalea y nausea sin llegar al vómito. A la exploración física observa paciente en mal estado general, deshidratada, con aliento cetónico, en paladar lesión ulcerosa melánica, necrótica, material purulento y fétido, que emerge de la misma, y no se desprende a la aplicación de fricción. Se evidencia aumento del esfuerzo

respiratorio, con características de respiración acidótica. Puntos ureterales superiores y medios bilaterales positivos, Giordano positivo bilateral. En estudios de laboratorio con: Glucosa: 468, urea: 91, creatinina: 3.1, gasometría venosa: PH:7.19, PCO2: 18.8, HCO3: 7.7, PO2: 72.9, SO2: 89.8, anión gap: 26.5, lactato: 11.63, leucocitos: 12900, neutrófilos: 10.300, hemoglobina: 12, VCM: 87.1, HCM: 29, plaquetas: 496 000, procalcitonina: 3.190. TAC de cráneo contrastada: Senos frontales, maxilares, esfenoidales y celdillas etmoidales ocupadas por material hipodenso y engrosamiento de la membrana mucoperiostica. Los tejidos blandos de paladar duro muestran engrosamiento difuso con aspecto heterogéneo por imágenes de densidad aire en su interior, que realza con el medio de contraste. Se observa que lesión llega a afectar la estructura del hueso palatino. Se toma muestra de la lesión para visión directa de hongos, que se reporta resultado con mucormicosis. Se toma biopsia que corrobora el diagnóstico de infección por mucormicosis.

Palabras clave: mucormicosis, cetoacidosis, diabetes mellitus, infectología, descontrol glucémico.

Folio: 0468

Tema: Misceláneos

Poliquistosis renal, parte del complejo de esclerosis tuberosa. Reporte de caso



Solís Daniel Antonio, Esquivel Gonzalo Enrique, Ibarra Kevin, Hidalgo Diego Antonio
Instituto Mexicano del Seguro Social

El complejo esclerosis tuberosa es un síndrome Neurocutáneo. La tríada clásica se compone de crisis convulsivas, adenoma sebáceo y retraso mental y a su vez las manifestaciones renales forman parte del diagnóstico. A continuación, se presenta el siguiente caso clínico: Masculino de 44 años. **Antecedentes:** Epilepsia a los 7 años. Bajo rendimiento escolar. Resto de antecedentes negados. Inicia padecimiento al presentar de manera súbita pérdida del estado de alerta. A su llegada a urgencias presenta frecuencia cardiaca 90 tensión arterial 170/70 frecuencia respiratoria 28 temperatura 36.5 saturación 96 con Glasgow de 8, sin respuesta a estímulo verbal, pupilas puntiformes. Debido a estado neurológico se procede a intubación orotraqueal. Exploración física con dermatosis diseminada en forma bilateral y asimétrica a cara, cuello, axilas, inglés y región periungueal de los 10 dedos de manos, constituida por múltiples pápulas color piel en cara de predominio centro facial y nódulos, además de neoformaciones periungueales en dedos de mano. Laboratorios: Hb 11.6 Hto 37.3 Plaquetas 188 mil Leucocitos 10.2 Neutrófilos 8.5 Glucosa 153 urea 218 BUN 102 Creati-

nina 7.17 Na 145 K 5 CL 110. Durante su estancia se realiza tomografía de abdomen simple, logrando observar la siguiente: Descripción Radiológica: múltiples imágenes hipodensas en relación con quistes de manera difusa principalmente a nivel cortical. La alteración renal más frecuentemente observada en la esclerosis tuberosa es a nivel estructural, en forma de angiomiolipomas y en menor frecuencia la poliquistosis, sin descartar la presencia de lesiones tumorales. Debido a la diversidad de manifestaciones y complicaciones sistémicas presentes en dicho padecimiento, es importante recalcar la necesidad de llevar a cabo un manejo multidisciplinario en estos pacientes.

Palabras clave: esclerosis tuberosa, poliquistosis, epilepsia, falla renal, retraso mental, angiomiolipoma.

Folio: 0469

Tema: Neurología

Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada: presentación de un caso

Murillo Alberto¹, Venegas Omar Alberto¹, Nava Roberto¹, Robles Jesus¹, Pérez Wilma²

¹ Hospital General Zacatecas Luz González Cosío; ² Hospital de Especialidades Médicas de la Salud San Luis Potosí

Se trata de paciente femenina de 27 años de edad, residente de Zacatecas. Inicia su padeciendo actual con cefalea holocranea-

na, pulsátil, acompañada de pérdida súbita de la visión con duración aproximada de seis horas y remisión espontánea del cuadro. Al mes de inicio se agregan parestesias en labio inferior, además de disartria e hipoacusia bilateral, añadiéndose cefalea, por lo cual acude a valoración por urgencias; a su llegada se observa bien orientada, Glasgow de 15 puntos, sin afección de pares craneales, fuerza conservada en extremidades, 12 horas posteriores al ingreso presenta disminución en la escala de Glasgow a 12 puntos, se agregan signos meníngeos positivos, tomografía de cráneo simple normal, se procede a punción lumbar para estudio de líquido cefalorraquídeo con reporte de aspecto en agua de roca, proteínas 62 mg/dl, glucosa 73 mg/dl (glicemia central de 84 mg/dl), 138 células por mm³, 70% mononucleares, tinción de Gram negativo; Se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona, vancomicina y aciclovir; Al tercer día de tratamiento antibiótico presenta disminución de la capacidad visual hasta la amaurosis total, interconsultando al servicio de oftalmología quien reporta agudeza visual disminuida, identifica el estímulo luminoso, rojo pupilar presente, no exudados ni hemorragias, desprendimiento de retina bilateral con abundante líquido subretiniano, esclera hiperémica, y borramiento de bordes papilares, pulso arterial

presente, pliegues retinianos, lesiones blanco amarillentas en polo posterior. Reporte de resonancia magnética desprendimiento de retina bilateral corroborado por tomografía de coherencia óptica, ante el síndrome meníngeo acompañado de afección visual y auditiva sin evidencia de afección infecciosa o traumática además de la evidencia radiológica se integra diagnóstico de síndrome uveo-meníngeo por lo que se inician glucocorticoides intravenosos con mejoría del cuadro clínico, sin embargo sin recuperación de la capacidad visual.

Palabras clave: uveitis, síndrome uveo-meníngeo, meningitis.

Folio: 0470

Tema: Reumatología

El HLA DRB102 (15 y 16) se asocia al desarrollo de lupus eritematoso sistémico posterior a la infección por los virus Zika y chikungunya en una zona endémica en la frontera sur de México

Sepúlveda Jesús¹, Bulos Pedro¹, Pérez José Manuel¹, Ruiz Daniela², Juárez Francisco², García Raquel², Hernández Susana Marcela², Granados Julio², Tevera Monica Georgina¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud;

² Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubiran

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad clínica y

genéticamente heterogénea, particularmente prevalente en mexicanos. Existen factores genéticos que influyen fuertemente en su presencia y factores desencadenantes involucrados como las infecciones virales, incluyendo citomegalovirus y virus de Epstein-Barr; más recientemente, los virus reemergentes como Zika y Chikungunya también podrían estar involucrados. **Objetivo:** Se presentan casos de LES de novo en la frontera sur de México (Tapachula y municipios circundantes) posterior a infección por Zika o Chikungunya. Se caracterizaron los haplotipos del MHC de clase II para buscar asociación de genes de susceptibilidad a lupus en esta población. **Metodología:** Estudio transversal analítico en casos atendidos y diagnosticados de LES en el HRAE Ciudad Salud en el periodo 2015-2017, con antecedente de infección previa confirmada por Zika o Chikungunya y ausencia de enfermedad autoinmune (comprobada por ausencia de autoanticuerpos al momento de la arbovirosis) **Resultados:** Entre 2015-2017 se registraron 21 nuevos casos de LES en mujeres, de los cuales 16 tenían el antecedente de haber sido infectados por los virus Zika o Chikungunya. Los casos fueron referidos entre 1-3 años después a la arbovirosis por síntomas persistentes de fiebre, astenia, manifestaciones cutáneas, artralgias,

artritis, anemia, leucopenia y hematuria o proteinuria. Se estableció el diagnóstico de LES se acuerdo con los criterios de clasificación de SLICC/ACR del 2012. La edad al diagnóstico fue de 25.5 años (17-60). El tiempo transcurrido entre la arbovirosis y la presentación de los síntomas sugestivos de LES fue de 1.8 años (DE 0.68 años). El tiempo de evolución de los síntomas de LES previo a la confirmación del diagnóstico fue de 3.3 meses (DE 1.14 meses). El SLEDAI al diagnóstico fue de 12.5 puntos (DE 4.89 puntos) y los fenotipos más frecuentes fueron: hematológico en 8 casos, articular en 8 casos, renal en 5 casos, mucocutáneo en 3 casos y neurológico en 2 casos (algunos presentaron más de una manifestación). Se caracterizaron los haplotipos del MHC de clase II de baja resolución por reacción en cadena de la polimerasa (PCR-SSP). Se encontró una frecuencia elevada del HLA DRB102 (15 y 16) comparado con 99 sujetos sanos emparejados por etnicidad y género ($p=0.001$, OR= 4.5 IC95% 1.8-11). **Conclusiones:** Se encontró una asociación del HLA DRB102 (15 y 16) con el desarrollo de LES posterior a infección por Zika y Chikungunya. Este estudio sugiere que las arbovirosis, particularmente en regiones endémicas, pueden desencadenar fenómenos de autoinmunidad en sujetos genéticamente susceptibles. La caracterización del HLA es



un marcador útil para detectar susceptibilidad genética en regiones endémicas de transmisión de arbovirus y establecer un adecuado pronóstico y tratamiento. **Palabras clave:** HLA, Lupus, Chikungunya, Zika.

Palabras clave: HLADRB102, lupus, chikungunya, Zika, Chiapas.

Folio: 0471

Tema: Otros

Score geriátrico para predecir mortalidad intrahospitalaria

García Juan Carlos

Unidad de Atención Geriátrica Hospitalaria. División de Calidad. UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, IMSS

Antecedentes: El pronóstico no está determinado solo por la comorbilidad del adulto mayor. Desarrollar herramientas útiles para estimar el riesgo de mortalidad intrahospitalaria permitiría estrategias de atención oportunas dirigidas a este grupo vulnerable. **Objetivo:** Desarrollar un método de estratificación de riesgo para predecir mortalidad intrahospitalaria tomando en consideración los síndromes geriátricos presentes al ingreso hospitalario. **Métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva en pacientes hospitalizados de ≥ 70 años con evaluación geriátrica integral que incluye variables sociales, mentales, biológicas, funcionales y síndromes geriátricos presentes al ingreso.

El desenlace fue mortalidad hospitalaria. Se determinó el riesgo de mortalidad intrahospitalaria por regresión logística binaria de las variables estudiadas y por regresión logística múltiple con las variables significativas. El score geriátrico se obtuvo por la presencia de los síndromes geriátricos con riesgo de mortalidad intrahospitalaria ($p < 0.05$, $IC95\% > 1$). El score geriátrico se obtuvo por el efecto aditivo del $\text{Exp}(B)$ ante la presencia simultánea de condiciones geriátricas. Se establecieron cinco niveles: nivel I con 0 a 5 puntos, nivel II con 6 a 10 puntos, nivel III con 11 a 15 puntos, nivel IV con 16 a 20 puntos y nivel V con más de 20 puntos. Finalmente se realizaron curvas de supervivencia. **Resultados:** 255 (8.3%) pacientes fallecieron de 3076 evaluados. Edad promedio 77.2 años (70-100). Sexo masculino 1553 (50.3%). Las variables con $p < 0.05$ e $IC 95\% > 1$, ($\text{Exp}B$ en paréntesis) fueron: Barthel con dependencia severa y total (8.56), inmovilidad (8.05), abatimiento funcional (8.01), úlceras por presión (5.72), delirium (4.75), fragilidad (4.36), deterioro cognitivo (4.08), depresión (3.54), uso de andadera y silla de ruedas (3.44), malnutrición (3.40), índice de comorbilidad de Charlson de 5 o más (3.35), autopercepción de salud regular y mala (2.86) y polifarmacia (1.55). La escolaridad, historia de caídas, estado

civil, incontinencia urinaria, privación sensorial y ansiedad no fueron significativos. Por regresión lineal múltiple conservaron el valor predictivo ($p < 0.05$ e $IC95\% > 1$): inmovilidad (2.20), abatimiento funcional (2.10), Charlson (1.72) y delirium (1.46). En el Score Geriátrico nivel I se documentaron 36 (2.1%) defunciones de 1709 pacientes; nivel II con 18 (5%) muertes de 361; nivel III con 35 (10%) decesos de 349; nivel IV con 32 (14%) fallecimientos de 229 pacientes; y nivel V con 134 (31.5%) defunciones de 426 pacientes. Existió diferencia entre cada nivel del score geriátrico ($p < 0.05$). Las curvas de supervivencia mostraron diferencia significativa por nivel ($\text{log-rank} < 0.05$). **Conclusiones:** El score geriátrico propuesto permite predecir de forma práctica y relativamente sencilla la mortalidad intrahospitalaria con base a variables relevantes de atención geriátrica: Barthel, inmovilidad, abatimiento funcional, úlceras por presión, delirium, fragilidad, deterioro cognitivo, depresión, uso de andadera o silla, malnutrición, Charlson, autopercepción de salud y polifarmacia. El score geriátrico identifica al sujeto de mayor riesgo para recibir atención multidisciplinaria y tiene posibilidad de ser aplicado en la práctica clínica cotidiana. **Palabras clave:** score-geriátrico, mortalidad intrahospitalaria, síndromes geriátricos.

Folio: 0472

Tema: Oncología

Carcinoma embionario extragonadal en mediastino anterior como causa de derrame pleural

Ontiveros Juan Luis, Sánchez Juan Manuel, Cruz Natali
Hospital Regional Ciudad Madero, Pemex

Los tumores germinales extragonadales son raros; representan 2 a 5% de las masas germinales más frecuentemente en hombres que en mujeres. Los tumores más comunes son disgerminomas, mientras que los no disgerminomas son escasos. En mediastino lo más frecuente es saco vitelino (60%), coriocarcinoma (12%) y el menos común células embrionarias con solo 9%. Una paciente de 23 años inició 5 meses previos con disnea progresiva hasta presentarse en reposo, ortopnea, tos seca, fiebre nocturna de hasta 38°C, diaforesis profusa y escalofríos que han persistido hasta su ingreso. Ha perdido 10Kg en el mismo lapso con peso actual de 45Kg. A la exploración movimientos respiratorios paradójicos, matidez en hemitórax derecho, disminución de ruidos respiratorios y transmisión de la voz; se integra síndrome de derrame pleural. Linfadenopatías cervicales y supraclaviculares de hasta 2.5cm, indoloras, inmóviles, pétreas y fijas; linfopenia de 200/ μ L (600-3,400/ μ L), anemia normocítica normocrómica de 10.3g/dl, ferritina 181.7ng/ml, PCR

13.5mg/dl (0-0.8mg/dL) y DHL 289U/l (240-480U/L). Radiografía de tórax con radiopacidad en hemitórax derecho; realizamos toracocentesis diagnóstica/terapéutica con reporte de 700 leucocitos de predominio mononuclear y proteínas 3.52g/dl (séricas 5.59g/dl) con un criterio de Light para exudado. Obtuvimos drenaje total de 500cc en 48 horas. Tomamos marcadores tumorales con AFP de 2.9 (0-9), ACE 0.8 (0-3), Ca125 463.9 (0-5) y β GCH < 1.2. Biopsiamos adenopatía supraclavicular con reporte de carcinoma poco diferenciado metastásico CD30 +, CD45, CD15, AFP, ACE -. Realizamos tomografía contrastada de tórax con tumoración mediastinal con invasión pulmonar derecha y hepatomegalia sin esplenomegalia. Decidimos realizar biopsia por Trucut con histopatología de carcinoma poco diferenciado CD30 + CD117-, compatible con carcinoma embionario por lo que iniciamos tratamiento quimioterápico con bleomicina ajustada por gran compromiso pulmonar +cisplatino+etopósido.

Palabras clave: disgerminoma, carcinoma embionario, derrame pleural, gonadotropina coriónica humana- β .

Folio: 0473

Tema: Cardiología

Síndrome de Eisenmenger en el adulto

Ángeles Mónica, García Jaime Israel, Valtierra Araceli, Estrada

Martín, Larracilla Karina, Benítez Daniel Rabindanath
Hospital General Ticomán

Introducción: En 1958 Paul Wood definió el síndrome previamente descrito por Víctor Eisenmenger como “aquella hipertensión pulmonar a nivel sistémico debida a resistencias vasculares pulmonares elevadas con un flujo bidireccional o reverso a través de un defecto septal”. La incidencia de cardiopatías congénitas es de alrededor del 1%. Alrededor del 8% del total y el 11% de las que tienen cortocircuitos de izquierda a derecha desarrollan un síndrome de Eisenmenger. Caso: Femenino de 50 años. APP: DM2 de 10 años de diagnóstico en tratamiento con HO. ICC de 10 años de diagnóstico, sin protocolo diagnóstico sin tratamiento, ni llevar seguimiento desde diagnóstico. PA: Lo inicia un mes previo a su ingreso con tos en accesos con expectoración verdosa, fiebre cuantificada en 38.5°, una semana previa se agrega disnea progresiva hasta el reposo así como disnea paroxística nocturna. Durante su estancia encontrándose proceso infeccioso a nivel pulmonar por lo que es ingresada al servicio de Medicina Interna. Al momento de su valoración clínica se encuentra además de síndrome de condensación escapulovertebral derecho, con IY grado II, complejo de la pulmonar de Chavez y acropaquias. BH:



Leucocitos 26.6, neutrofilos 24.5, Hb 14, Hto 46.5, VCM 64.6, HCM 19.4, Plaquetas 209. Rx torax con cardomegalia (ICT 0.69), EKG: Desviación de eje a derecha, p pulmonar, inversión de QRS en DII, onda R de 22mV de V1 a V6. Durante abordaje diagnóstico se realiza ECOTE donde se reporta FEVI 40%, función diastólica con patrón de relajación restrictivo, HAP severa, aurícula izquierda dilatada de forma leve, aurícula derecha dilatada de forma severa. Se corrobora amplia comunicación interauricular con flujo de derecha a izquierda apoyado con el uso de microburbujas y con dilatación de cavidades derechas. Ante hallazgos se solicita valoración por servicio de cardiología y cardiocirugía quienes descartan posibilidad de corrección quirúrgica.

Palabras clave: Eisenmenger, cardiopatía, congénita.

Folio: 0474

Tema: Otros

Carcinoma renal asociado a uso crónico de inhibidores de calcineurina en paciente postrasplantado renal no relacionado

Pineda Jaime Andres, Noyola Maura Estela, Anda Juan Carlos, Velazquez Karla Abigail, Martinez Eduardo, Sánchez Jorge
Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI Dr. Bernardo Sepulveda Gutierrez

Introducción: El cáncer es la segunda causa de morbilidad

y mortalidad en los pacientes receptores de trasplante renal, presentando 3 a 5 veces más riesgo respecto a la población general. Los factores de riesgo descritos son: género masculino, tabaquismo, edad y uso de inhibidores de calcineurina. Debido al tiempo de exposición y a la concentración plásmatica del fármaco. Describimos el caso de un paciente postrasplantado renal con uso de inhibidor de calcineurina por 10 años, que desarrolló carcinoma renal. **Presentación del caso:** Hombre de 40 años, postrasplantado de riñón hace 10 años de donador vivo no relacionado, en tratamiento inmunosupresor a base de tacrolimus, micofenolato y prednisona. Padecimiento de tres meses de evolución caracterizado por pérdida de peso de 15 Kg, fiebre de predominio vespertino, tos, disnea y ataque al estado general, previo a su ingreso recibió múltiples antimicrobianos sin mejoría. Abordaje inicial en segundo nivel de atención mediante tomografía computarizada de tórax, que evidenció múltiples lesiones nodulares sugestivas de granulomas, se realizó biopsia transbronquial cuyo hallazgo concluyó proceso inflamatorio agudo moderado, sin evidencia de malignidad. En el cultivo de expectoración hubo crecimiento de blastoconidios, por lo que recibió tratamiento antifúngico sin respuesta clínica adecuada. Los estudios de laboratorio de-

mostraron hemoglobina 7.8 g/dl, leucocitos 9570, plaquetas 405 000, albúmina 3.0g/dl, fosfatasa alcalina 414 UI/dl, calcio 12.8 mg/dl, panel viral (VIH, VHB, VHC) negativo y pruebas de funcionamiento hepático normales. Ante la persistencia de fiebre, disnea y ataque al estado general, fue enviado a nuestra unidad donde se realizó abordaje diagnóstico. Mediante tomografía computarizada de tórax y abdomen se detectaron múltiples lesiones nodulares sugestivas de metástasis pulmonares, glándula suprarrenal izquierda, hueso, ganglios mediastinales, en conjunto con lesiones líticas en cadera izquierda y húmero ipsilateral. Asimismo, el estudio detectó un tumor en riñón nativo derecho con actividad tumoral en vena renal ipsilateral y ganglios retroperitoneales. Se realizó biopsia de lesión lítica de parrilla costal, con reporte de metástasis de carcinoma renal de células claras. A la par se descartaron anomalías funcionales de la glándula suprarrenal. En el protocolo de estudio presentó hipercalcemia de 14.5 mg/dl, la cual fue tratada con hidratación y bifosfonatos parenterales con respuesta favorable. Asimismo, se documentó fractura patológica a nivel de húmero derecho tratada con inmovilización. Se estadificó el carcinoma renal de células claras en clase T3aN1M1, ECOG 4, por lo que ameritó radioterapia para lesiones óseas metastá-

sicas y tratamiento paliativo. **Conclusiones:** Existe una relación directa del tratamiento inmunosupresor a base de inhibidores de calcineurina, con la posibilidad de presentar neoplasias principalmente de órgano sólido, relacionadas con el tiempo de exposición y la concentración en sangre del mismo.

Palabras clave: Postrasplante renal, Inhibidores calcineurina, cancer renal.

Folio: 0475

Tema: Neurología

Evento cerebrovascular isquémico como presentación de glioblastoma multiforme: a propósito de un caso

Guzman Elias, Santillan Wendy Josefina, Breton Mauricio, Diaz Nestor Benedicto, Ortega Horus Ramses, Arguello Jardiel, Aguirre Alejandra
Hospital Regional Salamanca
Petróleos Mexicanos

Introducción: El glioblastoma es un tumor glial infiltrativo maligno de predominio en mayores de 50 años, con presentación clínica diversa, siendo las crisis convulsivas y desordenes cognitivos lo más frecuente. El evento vascular cerebral como manifestación inicial del glioblastoma es raro, generalmente se presenta asociado a secuela de complicaciones por radioterapia o cirugía. Mujer de 50 años con Hipotiroidismo, DM2, Dislipidemia, acude por disestesias en la extremidad

superior derecha y disartria. A la exploración física con hemiparesia de extremidad superior derecha. TAC de cráneo simple con Hipodensidad frontoparietal izquierda cortical en relación a evento isquémico, egresada con secuela de disartria. A los 6 meses se hospitaliza con disartria persistente y crisis convulsivas de reciente inicio. RM de cráneo con tumoración frontoparietal izquierda. Se realiza craniectomía y resección de lesión tumoral. Reporte de patología con Glioblastoma multiforme grado IV de la OMS, Inmunohistoquímica: PAGF+, ki-67+. **Conclusiones:** El glioblastoma es el tumor cerebral primario maligno más común en adultos, con presentación clínica variable, por lo que debemos considerarlo como diagnóstico diferencial en las etiologías de eventos vasculares isquémicos, ya que el diagnóstico y tratamiento oportuno repercuten en el pronóstico.

Palabras clave: glioblastoma, disartria, convulsiones, evento vascular cerebral, diagnostico, pronostico.

Folio: 0476

Tema: Gastroenterología

Prevalencia de esófago de Barrett: estudio observacional en una clínica de gastroenterología

Herrera José Luis, Monreal Roberto, García Diego, González Emmanuel, Borjas Omar David, Maldonado Hector, González José Alberto

Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción y objetivos:

El esófago de Barrett es una condición que predispone al adenocarcinoma esofágico. Nuestro objetivo fue establecer la prevalencia de esófago de Barrett en nuestro centro, así como los factores asociados a esta condición. **Material y métodos:** Evaluamos retrospectivamente los reportes de 500 endoscopias superiores de pacientes ambulatorios de nuestro Servicio de Gastroenterología entre noviembre del 2014 y abril del 2016. Se determinó la prevalencia de esófago de Barrett y se analizaron los datos demográficos, clínicos y endoscópicos asociados a esta patología. **Resultados:** La prevalencia de esófago de Barrett fue del 1.8%. La edad media en los pacientes con esófago de Barrett fue de 58.7 años (rango: 45-70), con predominancia del sexo masculino (66%). En el subgrupo de pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico (n = 125) la prevalencia de esófago de Barrett fue del 7.2%. En el análisis multivariado los factores asociados a esófago de Barrett de forma independiente fueron: síntomas de reflujo gastroesofágico (p = 0.005) y hernia hiatal (p = 0.006). **Conclusión** La prevalencia global de esófago de Barrett es del 1.8% en nuestra población, con una prevalencia del 7.2% en pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico.



Palabras clave: metaplasia intestinal, adenocarcinoma, reflujo gastroesofágico, hernia hiatal, endoscopia.

Folio: 0477

Tema: Infectología

Leishmaniasis visceral y cutánea recurrente por *Leishmania mexicana* en un paciente con infección por virus de la inmunodeficiencia humana

Rodríguez Lucero Jasmin, Rivera Norma Eréndira, García Sergio, López Iván Fidel

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Introducción: La leishmaniasis es una enfermedad zoonótica tropical causada por diferentes especies de *Leishmania*, un protozooario intracelular obligado que se transmite por vector, habitualmente produce afección cutánea (LC), mucocutánea (LMC) o visceral (LV). La LV es endémica en India y África oriental (*L. donovani* en América, es frecuente en Brasil (*L. chagasi*). En México se ha reportado en Tabasco, Chiapas y Guerrero (*L. chagasi*). **Caso clínico:** Hombre de 42 años, sin zoonosis, originario y residente de San Pedro Comala, Pochutla, Oaxaca. Tiene diagnóstico de infección por VIH desde 2002, en tratamiento con lopinavir/ritonavir/abacavir/lamivudina, con carga viral indetectable y linfocitos CD4+ < 100/uL. En 2009 se hizo diagnóstico de LMC con nódulos dolorosos,

hiperémicos e hipertérmicos, localizados en cara, tórax y extremidades; inició tratamiento con antimonio de meglumina IV por 30 días y tuvo mejoría clínica. En mayo de 2011 se palpó hepato-esplenomegalia, en el protocolo de estudio se documentó infección visceral por *L. mexicana* e inició tratamiento y profilaxis secundaria con amfotericina b deoxicolato. En marzo de 2017 acudió a evaluación por dermatosis generalizada y disminución del campo visual del ojo derecho por una nodulación localizada en el párpado inferior, nuevamente se documentó recaída mucocutánea y visceral, pero no aceptó tratamiento. **Conclusiones:** Los pacientes con infección por VIH y LV cursan con altas tasas de fracaso terapéutico, recaída y muerte; ya que el crecimiento intracelular del parásito induce supervivencia y proliferación de monocitos infectados por VIH, induciendo progresión acelerada de ambas enfermedades. Consideramos que, en nuestro paciente, la recurrencia ocurrió por falla inmunológica, ya que pese a tener carga viral indetectable siempre ha tenido conteos < 100 linfocitos CD4+/uL, además, la falta de tratamiento en contra del parásito es un factor de mal pronóstico para la supervivencia del paciente.

Palabras clave: leishmaniasis, VIH, co-infección, zoonosis, cutánea, visceral.

Folio: 0478

Tema: Misceláneos

Reconocimiento del síndrome de Ramsay Hunt

Hoil Gonzalo Alberto

ISSSTE Clínica Hospital Cancún

Se trata de mujer de 38 años de edad. Enfermera de profesión. Sin antecedentes cronicodegenerativos ni toxicomanías. Enviada por médico familiar a la consulta externa de medicina interna por padecimiento de cuatro días de evolución caracterizado por cefalea, disminución de sensibilidad en hemicara izquierda así como paresia ipsilateral con incapacidad para oclusión palpebral izquierda, disgeusia y tinnitus; dos días después se agregan vesículas en oído izquierdo. Tratada con hidroxibalamina y neomicina en gotas oftálmicas sin mejoría por lo que es enviada a nuestra consulta. Se encontró a paciente con FOUR de 16 puntos. Con disminución de flexión frontal izquierda, cierre incompleto de párpado izquierdo, al sonreír mostraba desviación de la comisura bucal hacia la derecha con disminución de surco nasogeniano del lado izquierdo. En oreja izquierda se encontraron vesículas a nivel de concha auricular y en antitrago. Concluimos como diagnóstico parálisis facial periférica grado IV por House-Brackmann: síndrome de Ramsay Hunt Iniciamos tratamiento farmacológico con aciclovir y prednisona. Se en-

vía a rehabilitación y medidas físicas.

Palabras clave: parálisis facial, Ramsay Hunt.

Folio: 0479

Tema: Cardiología

Miopericarditis aguda revisión de un caso clínico. Hospital Gustavo A Rovirosa Pérez

Rojas Jahzeel Samir, Hernández Eufrates, Morales Erick, Díaz César Adrián, Olán Francisco, Morales Zoila

Hospital Gustavo A Rovirosa Pérez

Introducción: La pericarditis es una inflamación aguda de una o ambas capas del pericardio, debido a una causa inflamatoria pericárdica primaria o a la propagación de una inflamación adyacente. **Caso clínico:** Masculino de 16 años, el cual inicia con alza térmica, dolor subesternal, opresivo, irradiado a la región supraclavicular, e hipocondrio derecho, catalogado con un EVA 9/10, exacerbado con los movimientos respiratorios, y mejora en sedestación. A su ingreso, se realiza ECG de 12 derivaciones, en el cual se observa: depresión del intervalo P-R en derivaciones: DII, DIII, V4,V5 y V6, elevación difusa del segmento ST de 2mm en DI, DII, DIII, V3,V4,V5 y V6. Exámenes de laboratorio a su ingreso BH: hb: 15.8 mg/dl leu: 14.200 cel. Plaquetas: 233,000 cel. Neu: 91% linf: 5.6% mono: 2.5% PCR: 6.7 mg/dl. Troponina I: 36.45 ng/dl Troponina

T: 34.90 ng/dl, se solicitó USG con ventana pericardio, la cual no mostró evidencia de derrame, pericárdico. Se inició manejo con ácido acetilsalicílico a 1000 mg cada 8 h, e Inhibidor de la bomba de protones. Seguidamente presento mejoría del dolor subesternal, así como cambios en el ECG, compatibles con la mejoría clínica, se dio seguimiento con PCR, y se egreso a los 7 días con tratamiento ambulatorio y remisión de los cambios electrocardiográficos. Se egresa con tratamiento ambulatorio con ibuprofeno 600 mg cada 8 h por dos semanas y colchicina 0.5 mg cada 24 hrs por 2 semanas. Se cita 2 semanas después, con Ecocardiograma transtorácico, en el cual se reportó como normal, nuevo electrocardiograma, en el cual se observa normalización del intervalo P-R y ST. Normalización de PCR : 0.6 mg/dl y de leucocitos.

Discusión: el diagnóstico de pericarditis aguda se realiza con la presencia de al menos de los siguientes criterios: 1) dolor torácico pericardio, 2) roce pericárdico, 3) elevación difusa del ST de nueva aparición o depresión de P-R en ECG, 4) derrame pericárdico (2) Se considera miopericarditis, cuando hay elevación de enzimas cardíacas. La mayoría de estas son de origen idiopático, atribuibles a etiología viral principalmente 80-90%, sin embargo, esta puede variar desacierto a la zona geográfica y nivel de desa-

rollo. En la revisión de Imazio et al 2007 reportó causa idiopática, seguida de las causas neoplásicas e infecciosas, de las cuales Myobacterium tuberculosis es el agente bacteriano más encontrado, sobretodo en la África sub Sahara. Depresión del intervalo P-R y elevación cóncava del ST son cambios electrocardiográficos típicos, por inflamación del epicardio. Son e gran apoyo el seguimiento con PCR y VSG, como reactantes de fase aguda, también se puede observar elevación de enzimas cardíacas (4). El tratamiento de primera línea se basa en el uso de AINE, con restricción de actividad física y colchicina, la cual tiene evidencia en prevenir recurrencia. Para los casos de recurrencia esta indicado el uso de glucocorticoides, e inclusive inmunoglobulina, anakinra o azatioprina. La pericardiectomía, para pericarditis constrictiva.

Palabras clave: miopericarditis, pericardio, ibuprofeno, colchicina, recurrente, troponinas.

Folio: 0480

Tema: Toxicología

Mujer con falla renal, alteraciones neurológicas y electrocardiográficas por intoxicación crónica por litio

De La Vega Frida Margarita, Zuluaga Yohana, Ramírez Arturo
Universidad de Monterrey-Christus Muguerza Hospital Alta Especialidad

Introducción: El carbonato de litio es un fármaco amplia-



mente utilizado para trastornos psiquiátricos, dentro de ellos el trastorno afectivo bipolar es uno en los que es más comúnmente utilizado, su índice terapéutico estrecho predispone a la posibilidad de intoxicación por este agente. A continuación se presenta el caso de una paciente de 62 años de edad que desarrollo diabetes insípida nefrogénica y alteraciones neurológicas y electrocardiográficas secundarias a una intoxicación crónica por litio. **Descripción del caso:** Femenina de 62 años quien ingresa por alteración del estado neurológico. Antecedentes médicos de DM2 en mal control al momento en tratamiento con metformina y glibenclamida, HTA de larga evolución en tratamiento con metoprolol con poca adherencia al tratamiento y un trastorno afectivo bipolar en tratamiento con litio y olanzapina a dosis no especificadas. Inicia su padecimiento 3 días previos a su ingreso al notar su familiar que comienza con temblor fino en extremidades superiores, además de bradilalia, polidipsia y alteración en la marcha, 10 horas previas a su ingreso refiere que se presenta somnolencia y disartria. A su llegada a urgencias con hipertensión en 175/100 mmHg, taquicardica en 100 lpm, con temperatura de 37.4° saturando 98% a FiO2 del 21% con glucemia capilar de 180 mg/dl. Neurológicamente con somnolencia, orientada en persona, desorientada en espacio y en

tiempo, pupilas isocóricas, con reflejo fotomotor y consensual presentes, con lenguaje confuso y bradilalia, fuerza en extremidades superiores e inferiores 3/5. Mucosas secas. Estable hemodinamicamente con tendencia a la taquicardia y a la hipertensión, los ruidos cardiacos rítmicos sin compromiso pulmonar ni ventilatorio. No edema de miembros inferiores. En sus laboratorios anemia normocítica normocrómica en 11.7. Leucocitos de 8.860 con neutrofilia de 7.600. y linfocitos de 1.000 palquetas en 273.000. Hiperglucemia de 182. Creatinina en 2.9 mg/dl con BUN: 33.6 y Urea: 71.9. Ácido Úrico: 15. TGF: 16.6 ml/min/1.73m2 por MDRD. La relación BUN/CREA: 11.5 Hipercolesterolemia en 228. Hipernatremia de 161. Potasio en 3.93. Cloro 128.5. Calcio: 11.2 niveles de litio en sangre aumentados: 2.44 VALOR NORMAL (1.0-1.2). HBA1C: 5.3%. EGO: normal. EKG: Ritmo sinusal. FC: 88. QRS: 100msg. Eje : -30. Hemibloqueo anterosuperior y un QTc prolongado: 550. PR: 180msg. Se le tomo un tac simple de cerebro y una radiografía de tórax que estaban normales. Se inició Terapia con Líquidos con Fisiológico al 0.9% y agua libre. Se realizó monitoreo diario de función renal, niveles séricos de litio, hasta sus rangos normales y mejoría clínica. **Discusión:** Es interesante en este caso que la paciente presento varias ma-

nifestaciones de intoxicación como lo fueron las manifestaciones neurológicas las cuales suelen ser inespecíficas como la alteración del estado de consciencia o en la intoxicación crónica la polineuropatía, nuestra paciente presentó mareo, somnolencia, alteración de la marcha y dislalia. A nivel renal nuestra paciente desarrollo diabetes insípida nefrogénica que se manifestó con poliuria y polidipsia además de las alteraciones electrolíticas de hipernatremia e hipercalcemia. Se debe considerar la terapia de reemplazo renal si los niveles de litio son mayores a 4 mmol/l con deterioro en la función renal o en caso de tener síntomas neurológicos ya que los niveles de litio raramente se correlacionan con la afección neurológica y arriba de 5 mmol/l la terapia de reemplazo renal es mandatoria no importando el nivel de función renal. Nuestra paciente no requirió de terapia de remplazo renal. A nivel electrocardiográfico la paciente presentó el alargamiento del QT el cual ha sido descrito en intoxicaciones de este tipo al igual que descrito aplanamiento de la T y bradicardia. **Conclusión:** Los pacientes en tratamiento con litio deben ser advertidos en cómo identificar los signos y síntomas tempranos de intoxicación por este medicamento. **Palabras clave:** intoxicación por litio , diabetes insípida nefrogénica, QT prolongado

en intoxicación por litio, falle renal por litio, hipercalcemia, afectación neurológica por litio.

Folio: 0482

Tema: Neurología

Encefalomiелitis aguda diseminada, una enfermedad desmielinizante. Presentación de un caso clínico. Hospital Gustavo A. Rovirosa Pérez

Rojas Jahzeel Samir, Gándara César Adrián, Morales Erick, Llamas Cesar, Morales Zoila, Hernández Eufrates
Hospital Gustavo A Rovirosa Pérez

Introducción: Es un trastorno desmielinizante del Sistema nervioso central, mediado inmunológicamente. Caracterizado clínicamente por síntomas neurológicos poli focales de nueva aparición caracterizados por encefalopatía, junto con pruebas de neuroimagen de desmielinización. **Caso clínico:** Femenina de 28 años, presenta historia de 5 días de dolor lumbar y de miembros inferiores, los cuales evolucionan a debilidad, ataxia y posteriormente incapacidad total para iniciar la marcha, 24 horas previos a su ingreso presenta confusión, desorientación en sus 3 esferas, pérdida de visión, dislalia. Así ingreso se encuentra con confusa, ceguera bilateral, presenta paraparesia de miembros inferiores, con Babinsky bilateral y REM: normorreflexia. Se solicita Tac simple de cráneo,

en la cual se observa zonas hipodensas en sustancia blanca. Se realizo punción lumbar con características agua de roca ph: 7, microproteínas; 39 mg/dl, glucosa:76 mg/dl, DhI: 8 UI/L recuento celular de 18 células, sin formas bacterianas. Se solicitado resonancia magnética, de cráneo y columna en la cual se observa: Áreas bilaterales, asimétricas y parciales, de hiperintensidad T2 en la sustancia blanca y gris. Se integra encefalomiелitis aguda diseminada. Se inicio manejo con metilprednisolona 1g intravenoso cada 24 h por 5 días, al termino con la posterior mejoría en el estado de conciencia, recuperación de las funciones mentales superiores, recuperación de la agudeza visual, Persiste con monoparesia de miembro pélvico derecho, pares craneales sin alteraciones. Se egresa con dosis de reducción de glucocorticoide. **Discusión:** Las primeras descripciones de un trastorno similar a encefalomiелitis aguda diseminada (EAD) con el reconocimiento de una relación temporal con las infecciones (viruela y el sarampión) se remontan al siglo XVIII. Más de un siglo después, se asocia posvacunal. La incidencia de 0,3-0,6 por 100.000 por año. El riesgo de postinmunización EAD es significativamente menor que el riesgo de desarrollar EAD después de la infección considerando la frecuencia de las vacunaciones e infecciones en niños. Aparece después de un

periodo de latencia de dos días a cuatro semanas, siendo identificados como agentes causales diversos virus, bacterias, etc., en el caso de la forma postinfecciosa. En relación con la forma pos vacunal, representa menos de 5% de los casos, siendo las vacunas más relacionadas: triple viral, influenza, antirrábica y antitetánica. El daño mediado por anticuerpos contribuye a la desmielinización inflamatoria y la neurodegeneración. Los criterios de ADE requieren lo siguiente: 1. Un primer evento clínico poli focal con presunta causa desmielinizante inflamatoria, 2. Encefalopatía (alteración de la conciencia o comportamiento (inexplicado por fiebre, enfermedad sistémica, o síntomas postictal), 3. Anomalías en la resonancia magnética cerebral consistentes con desmielinización durante la fase aguda (3 meses), 4. No hay nuevos hallazgos clínicos o de IRM 3 meses o más después del inicio clínico. El tratamiento a base de metilprednisolona 1g iv cada 24 h por 5 días, una alternativa es la inmunoglobulina, y para casos refractarios esta indicada el recambio plástico terapéutico.

Palabras clave: desmielinización, encefalopatía, hiperintensidad, metilprednisolona, posvacunal, anticuerpos.

Folio: 0483

Tema: Gastroenterología

Neoplasia pseudopapilar sólida de páncreas, reporte de un caso de un tumor poco común



Ruiz Alejandra, Shveid Daniela,
Afyá Avi, Moreno Francisco
Centro Médico ABC

Introducción: La neoplasia pseudopapilar sólida de páncreas, o tumor de Frantz, es una entidad poco común. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes y suele tener un buen pronóstico a largo plazo. **Reporte de caso:** Mujer de 24 años de edad con antecedentes de enfermedad ácido péptica y síndrome de colon irritable. Presenta un cuadro de dolor abdominal intermitente de dos años de evolución, siendo más intenso en las últimas dos semanas. El dolor es de predominio en epigastrio y no se acompaña de otra sintomatología. Tras la realización de una tomografía computada con imagen sugerente de neoplasia pancreática y una tomografía por emisión de positrones (PET-CT) con aumento de metabolismo, se confirma por biopsia una neoplasia sólida, pseudopapilar pancreática. Se realizó una pancreatectomía subtotal, esplenectomía, ligadura de la vena porta derecha y biopsia de lesiones hepáticas. A la exploración física al ingreso presentaba TA 100/60, FC 70, temperatura 36.6°C, SpO2 96%. Sin adenomegalias palpables, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen con peristalsis presente, no doloroso, sin visceromegalias ni masas palpables, timpánico a la percusión. Los estudios paraclínicos

mostraron trombocitopenia de $117 \times 10^3/\mu\text{L}$, antígeno carcinoembrionario 0.5 ng/ml, alfa fetoproteína 1.1 ng/ml, Ca 19-9 2 UI/ml. Resto de laboratorios dentro de parámetros normales. Tomografía de abdomen y pelvis con contraste reportó lesiones hepáticas sugestivas de depósitos secundarios en segmentos V y VII. Lesión de aspecto sólido en páncreas a nivel de la cola con dimensiones de 62 x 75 x 70 mm de reforzamiento heterogéneo con compromiso de ramas arterial y venosa esplénicas, se aprecia esplenomegalia. PET-CT con aumento de metabolismo en lesiones descritas. Los resultados de patología muestran neoplasia sólida pseudopapilar, ki67 positivo nuclear (< de 1%).

Discusión: El tumor de Frantz representa el 1 a 3% de los cánceres de páncreas. Más del 90% se presentan en mujeres con una edad promedio de 26 años. Este tumor fue descrito por Virginia K. Frantz en 1959 y hasta la fecha se han descrito únicamente alrededor de 600 casos. El tumor puede localizarse en cualquier parte del páncreas, característicamente es de forma redonda y bien delimitada. El sitio más común de metástasis es el hígado, seguido de ganglios regionales y mesenterio. Los síntomas principales son dolor abdominal, náusea, vómito, ictericia y en algunas ocasiones se palpa una masa abdominal, pero en la mayoría de los casos se diagnostica

de forma incidental. Según su patrón histológico, hay dos teorías sobre su origen: uno exocrino por sus papilas, ductos y acinos y otro endócrino por sus gránulos neurosecretorios. La positividad de Ki-67 puede predecir un mal pronóstico, aunque por lo general se considera un tumor de bajo grado y con comportamiento benigno. La cirugía completa es potencialmente curativa, por lo que la cirugía radical es el tratamiento de elección. La presencia de metástasis o invasión vascular no contraindica la resección quirúrgica, se puede realizar resección vascular con una adecuada sobrevida a largo plazo. **Conclusiones:** El tumor de Frantz es una neoplasia pancreática extremadamente rara que se presenta en mujeres en la segunda y tercera década de la vida. Por lo general tienen un excelente pronóstico a largo plazo posterior a la resección completa del tumor. La cirugía está contraindicada en enfermedad metastásica.

Palabras clave: neoplasia pseudopapilar de páncreas, tumor de Franz, cáncer, páncreas, mujeres, pancreatectomía.

Folio: 0484

Tema: Oncología

Linfoma cutáneo primario anaplásico de células grandes CD30 + en estadio avanzado, reporte de un caso

Camberos Carlos Arturo, Navarro Miriam Nayeli, González Jessica

Instituto Mexicano del Seguro Social

Caso clínico: Masculino de 60 años, inicia dos años previos a su internamiento con aparición de dermatosis localizada en glúteo derecho, caracterizada por pápula única, pruriginosa, con posterior aparición de nuevas lesiones satélites, confluentes y con crecimiento paulatino, dolorosas y urentes. Fue manejado de manera particular con múltiples esquemas antibióticos sin mejoría. La dermatosis aumenta en velocidad de crecimiento durante los 3 meses previos al internamiento hasta abarcar todo el glúteo derecho, se suman síntomas B, dolor intenso en muslo derecho, aumento del volumen del miembro pélvico y sangrado, razón por la que acude nuevamente a atención médica. Al ingreso se realiza TAC pélvica que reporta neoformación de tejidos blandos infiltrante a musculo glúteo, con realce en ganglios inguinales, biopsia con estudio histopatológico evidenciando infiltración dérmica por linfocitos atípicos de gran tamaño y mediante inmunohistoquímica se reporta estirpe de células T con positividad para CD30 > 90%. Se realizan estudios de extensión sin mostrar mayor afectación extracutánea. **Introducción:** Los linfomas cutáneos primarios son neoplasias del sistema linfoide con manifestación inicial en la piel sin enferme-

dad extracutánea al momento del diagnóstico. Presentan una incidencia anual de 3 casos por 100,000 habitantes, representa 2% de los linfomas no Hodgkin extranodales y de estos 25% son formados por células T. Se manifiesta como nodulaciones o placas ulceradas, de crecimiento rápido y por definición CD30 debe expresarse en al menos 75% de las células linfoides. **Objetivo:** Reporte de caso clínico de linfoma cutáneo primario en estadio avanzado diagnosticado mediante inmunohistoquímica como variante de células T, enfatizando sus características diagnósticas clínicas e inmunológicas, dada la importancia del diagnóstico preciso y tratamiento precoz ya que cuentan con excelente pronóstico reportado < 90% a 10 años.

Palabras clave: linfoma, cutáneo, linfocitos T, CD30+, primario, avanzado.

Folio: 0485

Tema: Endocrinología

Aldosteronismo primario por hiperplasia suprarrenal bilateral como causa de debilidad muscular, hipocalcemia severa y urgencia hipertensiva en una mujer de 54 años de edad

Bonilla Raquel, Peralta Ana Lilia, Rodríguez Brenda Griselda, Solano Irlanda

HE CMN La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: el aldosteronismo primario tiene una prevalencia

de 8 a 20% en hipertensión arterial sistémica. Se sospecha en casos con hipertensión, hipocalcemia no explicada y alcalosis metabólica, solo 9 a 37% de los casos tiene hipocalcemia y de estos algunos son normotensos. Detección inicial con PAC/PRA. Causas principales adenoma suprarrenal, hiperplasia suprarrenal bilateral, hiperplasia suprarrenal reparable con glucocorticoides. Realizar en todos los pacientes tomografía (TAC) de suprarrenales para evaluar causas neoplásicas.

Objetivo: presentar un caso de hiperplasia suprarrenal bilateral en una mujer de la sexta década de la vida con debilidad muscular como manifestación inicial. **Caso clínico:** Mujer de 54 años, 2 meses de evolución, con malestar general, debilidad muscular proximal progresiva hasta la postración, edema de extremidades pélvicas, evoluciona con tensión arterial 220/110 mmHg, cefalea, disnea, continuo con descontrol hipertensivo resistente a tratamiento, se documentó potasio 1.4 meq/L, alcalosis metabólica. Exploración física sin hallazgos de síndrome de Cushing. Función suprarrenal con ACTH 47 pg/ml, cortisol 11 µg/dl, actividad de renina plasmática 6.47 ng/ml/h, aldosterona plasmática 8375 pmol/L, relación aldosterona-renina (PAC/PRA) 1294 pmol/L por ng/ml/h, sin supresión de aldosterona en prueba de infusión de solución salina ni supresión de cortisol en prueba



de 1 mg dexametasona. TAC abdominal ambas glándulas suprarrenales aumentadas de tamaño, sin lesiones nodulares.

Conclusión: En hipertensión arterial resistente prevalencia de aldosteronismo primario hasta 20%, no todos los casos se presentan con la triada clásica, detección realizada con PAC/PRA. Con hipocalemia, renina plasmática menor al nivel de detección y aldosterona plasmática > 550 pmol/L no se requieren pruebas confirmatorias. Tratamiento farmacológico para hiperplasia suprarrenal bilateral. **Palabras clave:** aldosteronismo primario, hiperplasia suprarrenal bilateral.

Palabras clave: aldosteronismo, primario, hiperplasia, suprarrenal, bilateral.

Folio: 0486

Tema: Nefrología

Agentes causales de peritonitis, su resistencia antimicrobiana y asociación con el desgaste proteico energético en pacientes en diálisis peritoneal en el servicio de Nefrología del Hospital Civil Dr. Juan I Menchaca

Cruz Beatriz, Pazarin Hector Leonardo, Yanowsky Francisco Gerardo, Delgado Tonatiuh, Mendoza Pedro Alberto, Picazo Eduardo

Hospital Civil de Guadalajara
Dr. Juan I Menchaca

Introducción: La peritonitis es una de las principales causas de morbilidad en los pacientes con diálisis peritoneal,

que aumenta los costes en la atención de estos pacientes. Esta se asocia a un aumento en la prevalencia de desgaste energético proteico, pero no se ha estudiado en la literatura internacional, si hay alguna asociación entre el desgaste energético proteico y patógenos específicos. En nuestro hospital la peritonitis es una de las primeras causas de atención en urgencias, consulta externa y hospitalización del paciente nefropata con esta modalidad de terapia sustitutiva renal. Sin embargo pese a ello no contamos con estadísticas sobre los gérmenes más comunes en nuestro medio y los patrones de resistencia local, por lo cual no se cuenta con un algoritmo empírico adecuado, lo que resulta en mayor resistencia antibiótica y mal desenlace. **Objetivo:** Evaluar la asociación de patógenos causantes de peritonitis relacionada al catéter y el desgaste proteico-energético, conocer sensibilidad y resistencia de los patógenos, características demográficas de los pacientes, así como identificar la clínica presentada por los pacientes. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal analítico, en pacientes hospitalizados con el diagnóstico de peritonitis asociada a catéter que cumplieran criterios clínicos según las guías internacionales de diálisis peritoneal y que tuvieran toma de citoquímico y cultivo previo al inicio de te-

rapia antibiótica, de noviembre de 2017 hasta 28 agosto 2018, reclutándose 45 pacientes. A todos los pacientes se les realizó historia clínica completa, análisis bioquímico sanguíneo y evaluación nutricional, se aplicaron criterios diagnósticos de desgaste energético proteico, escala de malnutrición e inflamación, valoración global subjetiva e índice de riesgo nutricional geriátrico. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS versión 22. **Resultados:** La edad presentación fue de 35.4 ± 13.18 . El 62.2% son hombres. El 57.8% de la etiología de la enfermedad renal de los pacientes fue idiopática. El 51.1% tuvo una peritonitis por GRAM+, el 33.3% por GRAM-, 11.1% por hongos y 4.4% no se logró aislar patógeno. De los GRAM+ el microorganismo más común fue el *S. aureus* (26%), de los GRAM-, burkholderia cepacia (8.9%), y de los hongos candida parapsilosis (6.7%). Los síntomas más comúnmente presentados por los pacientes fueron: dolor abdominal, diarrea, náuseas y fiebre. Se presentaron 8.9% de muertes por choque séptico, de las cuales fueron todas en Gram-, con una asociación significativa ($p=0.29$). El 40% requirió retiro de catéter, la mayoría relacionado a Gram- ($p=0.002$). 13.3% de los pacientes presentaron choque séptico al ingreso, la mayoría por GRAM- ($p=0.023$). El 100% presentó desgaste pro-

teico energético, no hubo una asociación entre el tipo de patógeno y mayor desgaste proteico energético ($p=0.523$). Se observó significancia de mayor desgaste en los pacientes de 21 a 35 años ($p=0.029$). En los Gram+, se observó sensibilidad significativa a linezolid, vancomicina (100%), gentamicina, rifampicina y TMP/SMZ (78.3%), de los Gram-, se presentó sensibilidad a cefepime (80%), amikacina, meropenem, gentamicina y tigeciclina (66.7%). De los hongos 100% son resistentes a fluconazol y a flucitosina el 80%. De manera general se observó que el 38.3% de los patógenos son multirresistentes. los Gram+ son multisensibles en un 60.8% y los Gram- son multirresistentes en un 53.3%. **Conclusiones:** Se apoya la hipótesis nula de que no existe asociación entre el tipo de patógeno y mayor desgaste proteico energético, sin embargo, si se asocia el tipo de patógeno con muerte, choque séptico y retiro de catéter. Con los resultados obtenidos se pueden crear terapias empíricas en nuestro centro y así prevenir de manera adecuada la falla terapéutica y el retiro del catéter, ya que contamos con alto grado de resistencia bacteriana.

Palabras clave: peritonitis asociada a catéter, desgaste proteico energético, resistencia bacteriana, retiro de catéter, choque hipovolémico, tratamiento empírico.

Folio: 0487

Tema: Neurología

Deterioro cognitivo subagudo en paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Hernández Melissa, Hernández Luis Daniel, Velazquez Bruno Alexander, Estrada Ricardo, Salas Arturo

Hospital Regional de Pemex Ciudad Madero

La toxoplasmosis es la infección oportunista más común del SNC en pacientes con SIDA, con una probabilidad de reactivación del 30% en pacientes con $CD4 < 100\text{cel/mL}$ que no reciben profilaxis. No existen estudios de laboratorio específicos para toxoplasmosis, el diagnóstico se basa en el síndrome clínico, IgG positivo para *T. gondii* y neuroimagen, con fin de evitar la biopsia cerebral dada su alta morbimortalidad. Masculino de 48 años diagnosticado con infección por VIH en 2004, recibió tratamiento antirretroviral llegando a tener $CD4$ de 835cel/mL y carga viral indetectable, suspendió tratamiento en 2016. Inicia en Octubre 2017 con deterioro cognitivo subagudo, bradipsiquia, bradilalia, cefalea holocraneana y vómito no precedido por náusea. A la exploración alerta, inatento, desorientado, fondo de ojo normal, movilidad ocular normal excepto déficit de convergencia, sin otros signos focales motores o sensitivos, sin cerebelosos ni meníngeos. TAC simple de cráneo con evidencia

de zonas hipodensas predominantemente en sustancia blanca subcortical y profunda en regiones frontales, temporales y occipital derecha, pontomesencefalic y talámica izquierda, con edema y borramiento de cisterna perimesencefalic anterolateral y desplazamiento de estructuras a través de la línea media. PL con LCR normal, tinciones Gram, tinta china y Ziehl Neelsen negativas. Laboratorios con $CD4$ de 38cel/mL carga viral 217000, BH, QS, ES, PFHs, gasometría y EGO normales, hemocultivo, urocultivo, coprocultivo y cultivo de LCR sin desarrollo, PCR para *Mycobacterium tuberculosis*, virus JC y BK no detectados. Serología para hepatitis B y C, CMV, herpes 1 y 2 negativos, toxoplasma con IgG 1811 e IgM 0.9. Se inició tratamiento antirretroviral con tenofovir, emtricitabina, lopinavir-ritonavir, así como trimetoprim-sulfametoxazol y clindamicina con buena respuesta, sin datos de hipertensión intracraneal, con mejoría del deterioro cognitivo sin nuevo déficit neurológico tras 2 semanas de tratamiento. **Palabras clave:** encefalitis, SIDA, toxoplasmosis, inmunodeficiencia, cognitivo, VIH.

Folio: 0488

Tema: Reumatología

Trombosis venosa profunda asociada a infección de tejidos blandos como presentación de síndrome antifosfolípidos triple



positivo en paciente varón. Reporte de caso clínico

Gallardo Josue Isaias, Martinez Laura Patricia, Plascencia Marcela, Buenrostro Miguel Angel, Landeros Ernesto, Michel Jorge Isaac

Hospital Civil de Guadalajara
Fray Antonio Alcalde

Introducción: Síndrome anti fosfolípidos (SAF) es un desorden autoinmune, multisistémico caracterizado por la combinación de trombosis venosa y/o arterial, pérdida fetal recurrente y títulos elevados persistentes de anticuerpos anti fosfolípidos ya sea asociado a otra entidad inmune o como entidad primaria requiriendo para su diagnóstico de un evento trombocito asociado a positividad de al menos un anticuerpo anti fosfolípidos y permanencia de dicha positividad posterior a 12 semanas. Afecta predominantemente mujeres con relación 7:1 respecto a hombres presentándose en 1 a 5% de la población general. Presentación de caso. Masculino de 29 años edad sin comórbidos previos conocidos, acude por dolor en región pre tibial derecha acompañado de aumento en volumen, temperatura y eritema en dicha zona 2 días de evolución. Se acompaña de malestar general, fiebre 39°C escalofríos. Niega uso previo de fármacos, traumatismo, cirugías previas o postración. Niega toxicomanías. Exploración física objetiva perímetro extremidad inferior derecha con diámetro

38 cm, contralateral 34 cm. Acompañada de aumento en la temperatura local, eritema, dolor, así como salida de líquido purulento a través de herida en región pretibial 1 cm de diámetro. Biometría hemática con Plaquetas 70 mil Leucocitos 8.4 Linfocitos 0.93 Creatinina 1.33 Complemento normal. Anticoagulante lúpico positivo, Anticuerpos anticardiolipinas IgG 280 U/GPL, Anticuerpos anti beta 2 glicoproteína 93 U/ml Anticuerpos antinucleares 1:320 moteado grueso Anticuerpos Anti SM negativos, anti doble cadena DNA negativos. Procalcitonina 0.56 ng Proteínas en orina 24 horas 250 mg. Ultrasonido doppler extremidad inferior derecha: vena femoral común obstrucción 60% Poplítea Obstrucción 70% Tronco tibioperoneo obstrucción 50%. Se inicia anticoagulación plena con enoxaparina así como acenocumarina hasta llevar INR a 2.5 tras lo cual se retira enoxaparina, cobertura antibiótica a base de ceftriaxona clindamicina con adecuada respuesta clínica y negativización de procalcitonina. Se repiten anticuerpos anti fosfolípidos 12 semanas posteriores a evento inicial permaneciendo con triple positividad. **Discusión y conclusiones:** La triple positividad de anticuerpos anti fosfolípidos: anticoagulante lúpico, anti beta 2 glicoproteína y anticuerpos anticardiolipina confiere un incremento de riesgo en frecuencia y severidad

de los eventos trombóticos así como en la recurrencia de los mismos a pesar de anticoagulación adecuada resaltando la importancia de su reconocimiento, tratamiento y vigilancia estrecha. Así mismo la presentación de un caso en paciente varón quien no cumple criterios de clasificación para lupus eritematoso generalizado representa una incidencia de SAF menor al 1% en la población general, así mismo el perfil de triple positividad en SAF se encuentra presente solo en aproximadamente 25% de los pacientes con SAF lo cual resalta la importancia del reporte del caso descrito.

Palabras clave: SAF, primario, triple, positivo, varón.

Folio: 0489

Tema: Neurología

Neuritis óptica bilateral como primera manifestación de enfermedad desmielinizante, reporte de caso

Gómez Livier, Fuentes Elida Elizabeth, Del Valle José María, Valadéz Maritza Jaqueline
IMSS UMAE T1 CMN Bajío

Introducción: La neuritis óptica está presente en diversos escenarios clínicos, en 40% es el inicio de esclerosis múltiple, característico es la disminución súbita en la agudeza visual que progresa a ceguera en días, de predominio unilateral y en 10% bilateral, es más frecuente en adultos jóvenes y género femenino, con pico máximo a los

30 años. El fondo de ojo puede ser normal tratándose de la variedad retrobulbar más común, también se puede presentar papilitis y escotoma cecocentral asociado. Las principales etiologías son enfermedades desmielinizantes, isquémicas, infecciosas, tóxicas, compresivas y deficiencias. La sospecha inicial deberá ser un brote de esclerosis múltiple ya que el 50% de los casos manifestarán el cuadro clínico completo en un lapso de 5 años. Esta enfermedad se caracteriza por placas de desmielinización en la RMN, pleocitosis mononuclear leve y bandas oligoclonales IgG en LCR y anomalías en las respuestas visuales evocadas. La recuperación es espontánea, se acelera con corticoesteroides intravenosos a grandes dosis. La administración oral incrementa la recidiva de la neuritis óptica. Un diferencial es la enfermedad de Devic donde además de la neuritis óptica existe afección medular tipo mielitis longitudinal, en días o semanas. Se caracteriza por lesiones centrales medulares necrosantes en varios segmentos vertebrales contiguos, ausencia de bandas oligoclonales en líquido cefalorraquídeo y la positividad del anticuerpo IgG contra la acuaporina 4. **Objetivo:** Evidenciar la patología del nervio óptico como manifestación primaria en enfermedades desmielinizantes. **Reporte de caso:** Masculino de 53 años, con antecedente de etilismo oca-

sional. Inicia su clínica en Julio de 2018 con amaurosis súbita izquierda, dolor retroocular 3/10 EVA que aumenta con los movimientos oculares y discromatopsia, mejorando a los 10 minutos y solo persistiendo con dolor, 5 días posterior agudiza baja visual ipsilateral con afección de ojo contralateral hasta la amaurosis, acudió a urgencias donde a la exploración física destaca agudeza visual con visión OI 20cm OD 30cm, papilitis bilateral y dolor a la movilización ocular, dentro de su abordaje diagnóstico exámenes basales normales, ANA 1:80, moteado, complemento normal. Perfil TORCH y panel viral negativos, punción lumbar con leucocitos 2, proteínas 53, gluc 63, DHL 186, Gram, criptococo, baar y cultivo negativos. En ausencia de infección se inician pulsos de esteroide por 7 días con mejoría paulatina, referida en un 70% por el paciente. Posteriormente se realiza potenciales evocados con reporte de desmielinización de la conducción de la vía visual bilateral para campo total y hemicampos, campimetría con escotoma cecocentral izquierdo y defectos campimétricos derechos. La RMN contrastada de cráneo y orbita con neuritis óptica inflamatoria predomino izquierdo con reducción de volumen del nervio óptico izquierdo. Se realizaron bandas oligoclonales en líquido cefalorraquídeo resultando negativas. **Conclusión:** Masculino de la

sexta década de la vida, con neuritis óptica bilateral, predominio izquierdo a quien se le inicia protocolo de estudio, descartando patología infecciosa y autoinmune sistémica, por lo que se sospecha de brote inicial de esclerosis múltiple a pesar de la discordancia en cuanto a género y edad. Se solicita campimetría con hallazgo compatible de escotoma izquierdo, potenciales evocados con datos de desmielinización y bandas oligoclonales negativas en este momento; lo cual no descarta el desarrollo posterior de esclerosis múltiple, pero se debe tener presente diferenciales; la neuromielitis óptica o patología del tipo NMOSD. Se concluye un síndrome clínico aislado con mal pronóstico por edad, sexo y tiempo de presentación, con alto riesgo de conversión en cinco años a esclerosis múltiple, por ello requiere seguimiento.

Palabras clave: Neuritis, optica, esclerosis, multiple, Devic, desmielinizante.

Folio: 0490

Tema: Reumatología

Lupus eritematoso sistémico: retraso en su diagnóstico

Velázquez Karla Abigail, Malagón José

UMAE Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad con un amplio



espectro de manifestaciones clínicas, los síntomas iniciales más comunes son cutáneos, musculoesqueléticos, renales y hematológicos. A pesar de la mayor conciencia médica y pruebas serológicas disponibles el intervalo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de LES es actualmente 2 años en promedio, este retraso puede incrementar la morbilidad y mortalidad de dichos pacientes, una de las complicaciones graves es la hemorragia alveolar difusa (HAD) la cual ocurre entre el 0.5 a 5 % de los casos con una mortalidad reportada hasta del 90%. **Objetivo:** Describir el caso de una paciente a quien se establece de manera tardía el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico después de cursar con hemorragia alveolar. **Exposición:** Mujer de 53 años, empleada en fábrica de cocinas, con antecedente de enfermedad renal crónica diagnosticada en el 2014 atribuida a intoxicación crónica por plomo, actualmente en Hemodiálisis. Hipertensión arterial secundaria. Enfermedad vascular cerebral hemorrágica en el 2015, sin secuelas. Inicia su padecimiento 7 días previos a su ingreso al cursar con hemoptisis de 500 ml, se agrega tos, disnea progresiva, debilidad generalizada, a su ingreso con insuficiencia respiratoria tipo 2, requiriendo ventilación mecánica invasiva, se objetiva una disminución de hemoglobina de 3.8 g/dl, Rx de

tórax con infiltrados alveolares bilaterales y atelectasia masiva derecha, se solicitó broncoscopia que evidenció obstrucción del bronquio principal derecho por coágulos, posterior a su extracción mostró hemorragia activa. Durante el interrogatorio y exploración física se objetivan alteraciones sensitivas y motoras en miembros pélvicos que se habían acentuado hace algunas semanas, se demostró mediante velocidades de neuroconducción polineuropatía sensitivo-motora axonal, se inició abordaje diagnóstico donde se encuentran anticuerpos antinucleares (ANA) en un patrón moteado fino 1:1280, Anti DNA 339 UI/ml, Complemento C3 77 mg/dl C4 27 mg/dl, se establece mediante criterios de SLICC 2012 el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico, se otorgó tratamiento con 3 pulsos de metilprednisolona y manejo de soporte con hemoderivados, lográndose extubación a las 96 horas, es valorado por el servicio de Reumatología quien continuó manejo inmunosupresor con micofenolato de mofetilo y prednisona, curso con buena evolución clínica durante su hospitalización y se egresó a su domicilio. **Conclusión:** El LES representa aún un reto diagnóstico para los médicos, el retraso en el diagnóstico y por lo tanto en el tratamiento de estos pacientes conlleva a la presentación de complicaciones graves y potencialmente mortales como en nuestro caso,

consideramos oportuno establecer lineamientos que permitan hacer un diagnóstico temprano, especialmente entre los médicos menos familiarizados con este grupo de pacientes.

Palabras clave: hemorragia alveolar, lupus eritematoso sistémico, enfermedad vascular cerebral, enfermedad renal crónica, complicaciones, mortalidad.

Folio: 0491

Tema: Neurología

Demencia de inicio temprano probable enfermedad de Alzheimer familiar. Reporte de un caso

Rosiles Artemio¹, Centeno Belen¹, García Enrique², García Francisco Javier²

¹ Universidad Nacional Autónoma de México; ² Hospital General de Acapulco

Introducción: La demencia de inicio temprano se refiere a los casos de demencia que ocurren en adultos que van desde los 18 hasta los 65 años. **Presentación del caso:** Masculino de 41 años, con antecedente heredofamiliar de padre, tía paterna y sobrina con alteraciones de la marcha y la memoria a temprana edad. Refiere hermano inició hace 10 años con temblor de manos al realizar tareas, marcha lenta, apatía e irritabilidad. Posteriormente a los 5 años con alteraciones en la memoria espacial y episódica, las cuales han sido progresivas. A la exploración física destaca

paciente con risa inapropiada, bradipsiquia, alteración en la memoria episódica, rigidez, temblor de intención bilateral y agrafia. Manejo Se le realiza resonancia magnética de cráneo simple y contrastada, donde se observa importante atrofia cortico subcortical generalizada de predominio en lóbulos temporales. Además, se efectúa punción lumbar para análisis citoquímico y citológico, biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos y pruebas de funcionamiento hepático reportándose sin alteraciones. Desenlace Se refiere a unidad de tercer nivel para complementación diagnóstica con estudios genéticos y pruebas especiales. Enfermedad de Alzheimer familiar La base genética para la enfermedad de Alzheimer se entiende mejor en la forma de inicio temprano, que representa menos del 1 por ciento de los casos y generalmente sigue un patrón de herencia autosómica dominante. Hasta la fecha, las mutaciones patogénicas en tres genes se han identificado como causantes de la enfermedad de Alzheimer de inicio temprano: proteína precursora amiloide (APP), presenilina 1 (PSEN1) y presenilina 2 (PSEN2). El gen PSEN1 se encuentra en el cromosoma 14q y codifica el producto proteico PSEN1. La herencia de mutaciones en este gen puede estar asociada con una mayor prevalencia de otros signos neurológicos

que preceden al desarrollo de déficits cognitivos.

Palabras clave: neurología, demencia, Alzheimer.

Folio: 0492

Tema: Gastroenterología

Presentación con hemocromatosis en una paciente con diabetes mellitus de reciente diagnóstico: presentación de un caso

Serna José Antonio¹, Salgado Raul Eduardo¹, Cordoba Jacqueline², Morales Ana Lilia², Loeza Michelle Patricia¹, Parra Nela Melissa¹, Velazquez Ana Fernanda³

¹ UNAM Hospital Dr. Manuel Gea González; ² Hospital Dr. Manuel Gea González; ³ UDC

La hemocromatosis es una enfermedad hereditaria, autosómica recesiva, el principal defecto genético es el gen HFE, En la posición 282 del gen productor (c282y), aunque se han descritos otras mutaciones como gen gen de la hemojuvilina y gen e la ferroportina. Los pacientes con hemocromatosis clásica tiene esta mutación entre el 80 y el 85 % con una prevalencia de aproximadamente 1 por 220-250 personas por 100 000 personas nivel mundial. **Caso clínico:** Paciente masculino 67 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus de reciente diagnóstico de regular control. Presentó dolor abdominal súbito en hipocondrio derecho, Exploracion Fisica:

Ictericia de piel y tegumentos, telangiectasias faciales dolor en hipocondrio derecho 5/10, no irradiado, en extremidades superiores eritema palmar, e hipotrofia hipotenar, uñas de Terry. Por lo que se inició protocolo de abordaje diagnóstico, por dolor abdominal se realizó, CEPREE documentando CCL; bioquímicamente con BT 7.25, BD 4.9 albumina 3.65 ALT 193AST 147 GGT 855 FA 316, durante el procedimiento quirúrgico de colecistectomía se documentó hígado disminuido de tamaño de características granulares ante la sospecha de cirrosis hepática, se realizó biopsia hepática. ya que el paciente no contaba con antecedente de alcoholismo, perfil viral negativo, sin exposición a hepatotóxicos, se solicitó cinética de hierro: reportándose hierro en 171, captación de hierro 286 saturación 70 % ferritina > 1000, con reporte histológico de fragmento hepático con cirrosis hepática Metavir 4, hemosiderosis hepática Tinción de PERLS positiva, por lo que se solicitó el gen HFE C282, positivo y mutación de ferroportina negativo. se solicitó ecocardiograma resultando negativo para depositivos de hierro con FEVI > 50 %. Existen otras dos mutaciones D63D y S65C que no siempre se asocian sobrecarga y hierro. En la población general, la frecuencia alélica de CYS282TYR se informó que fue tan alto como 6-2% y se puede clasificar en 4



tipos de acuerdo a la mutación en el gen o alteraciones en el metabolismo de hierro. se realizó manejo mediante sangrias de manera semanal para disminución de sobrecarga e hierro con objetivo de reducción de ferritina < 50ng/dl.

Palabras clave: hemocromatosis, gen HFE C282, hemosiderosis, tinción de Perls.

Folio: 0493

Tema: Reumatología

Amiloidosis primaria como causa de síndrome nefrótico: presentación de caso

Tamayo Dulce Mariana, Vázquez Lorenzo Manuel, Barrera Aarón Alejandro, Medina Gilberto Jesús

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional Número 1

Méndez Durán (2009) mencionó que la causa de nefropatía terminal en México es la diabetes mellitus 48,5%. Chávez Valencia (2014) publicó un análisis de la epidemiología de las glomerulopatías y la glomerulonefritis lúpica fue la más frecuente (14%), y la amiloidosis (1.2%). Las amiloidosis son un grupo de enfermedades que resultan del depósito extracelular de amiloide, material fibrilar derivado de proteínas precursoras que se autoensamblan con conformación de lámina β cruzada anormalmente ordenada, generando daño. Hombre, 56 años, penectomía (19 años) por necrosis, síndro-

me metabólico, enfermedad renal crónica 2 años, K DIGO IIIB (furosemide y hematínicos). Inicia hace dos años: Astenia, adinamia, anasarca, tratado con furosemida sin mejoría. Referido con anasarca por síndrome nefrótico y progresión de enfermedad renal. Se documentó normocomplementemia, anticuerpo antinuclear negativo, proteína Bence Jones positiva, se realiza biopsia renal: Engrosamiento de membrana basal, y depósito de anticuerpo kappa. Tratado con esteroides, ciclofosfamida, ácido micofenólico, pentoxifilina, sin mejoría y persistencia de proteinuria (7 gramos/día). Se sospecha amiloidosis, biopsia de grasa periumbilical, tinción rojo congo positiva. Tratado con dexametasona, melfalán y talidomida, adecuada respuesta, en seguimiento actual. Los riñones son los órganos más implicados en las amiloidosis LA y AA. La albuminuria, que a menudo progresa a síndrome nefrótico, es típica, el deterioro renal puede permanecer asintomático hasta que se encuentra avanzado, o atribuirse como en este caso, a otras enfermedades crónicas degenerativas. Debemos mantener un alto índice de sospecha, considerar diagnósticos diferenciales en pacientes con poca respuesta al tratamiento para generar una mayor expectativa de vida.

Palabras clave: amiloidosis, primaria, síndrome, nefrótico.

Folio: 0495

Tema: Hematología

Mieloma múltiple en paciente con hemocromatosis presentación de un caso

Serna José Antonio¹, Salgado Raul Eduardo¹, Cordoba Jacqueline¹, Prada Mario Ricardo¹, Parra Nela Melissa¹, Velazquez Ana Fernanda²

¹ UNAM Hospital Dr. Manuel Gea González; ² Universidad de Colima

El mieloma múltiple es una neoplasia, ocasionada por la proliferación de células plasmáticas, que produce inmunoglobulinas monoclonales; las células tumorales requieren un adecuado aporte de hierro, por eso se ha propuesto que pudiera haber un incremento de enfermedades neoplásicas, en pacientes con hemocromatosis. La hemocromatosis es una enfermedad hereditaria, autosómica recesiva, se ha descrito diversas mutaciones involucradas en el metabolismo del hierro que ocasionan estas enfermedades. Entre ellas la más común de gen HFE sin embargo se han descrito otras mutación no HFE, entre ellas receptor de transferrina tipo II, Hpcidina, de la ferroporfina y de hemojuvilina. **Caso clínico:** Paciente masculino de 54 años con antecedente de mieloma múltiple 2017 IgG Lambda ISS II, quimioterapia (ciclofosfamida, bortezomib, dexametasona 4 ciclos + tuberculosis por mycobacterium

avium, en tratamiento con rifampicina, claritromicina levofloxacino y etambutol. 2017 Inicio con dolor abdominal en hipocondrio derecho, de intensidad 10/10, acompañado de calosfríos fiebre 39.2, y mialgias y artralgiás, ictericia en piel y mucosas EF: ictericia generalizada hipotrofia hipotenar hiperpigmentacion en extremidades, hepatomegalia 2 mc DRC. Por lo que se inició protocolo diagnósticos por una probable colecistitis crónica litiasica, se solicitaron pruebas de función hepática, BT 7.68, BD 4.95, BI 2.73, PT 5.78 albumina 3.15 ALT 106 AST 39, FA 288 DHL 128 amilasa 14. Se realizó colangiografía magnética: disminución difusa e los coeficientes de atenuación en T2, colédoco 4 mm, vía biliar intra y extra hepática normal. Por lo que se realiza valoración por el servicio de hepatología para abordaje diagnóstico de hepatomegalia y patrón hepatocelular y colestasico, ante la sospecha de hemosiderosis secundaria a mieloma múltiple vs hemocromatosis. se realizo protocolo diagnostico Reportándose perfil viral VHA VHB VHC negativos, cinética de hierro 209, captación 235 % saturación 89%, ferritina 1500, resonancia magnética de hígado con magneto superconductor 1.5 T técnica FSE con aumento en la captación sugerente de depósitos de hierro Con aumento en la concentración hepática por lo que se integro

diagnostico de hemocromatosis por clínica, saturación > 45 % ferritina > 1500 por lo que se solicitó gen de la mutación HFE C282 Y pendiente resultado, Para poder clasificarla por tipo de hemocromatosis y determinar el tratamiento en base a sangrías, vs restricción de hierro en la dieta. **Discusión:** En estudios han descrito un aumento del riesgo de neoplasia hematológicas en neoplasias con hemocromatosis hereditaria, estas mutación se han encontrado que aumentan la recaptura celular de hierro, y se descrito una asociación entre mieloma múltiple y la hemocromatosis sobre todo con la mutación HFE y TRF.

Palabras clave: mieloma multiple , hemocromatosis , hemosiderosis, neoplasias , hematología.

Folio: 0496

Tema: Dermatología

Linfoma cutáneo primario difuso de células B grandes, de las piernas, CD 20 positivo, resistente a tratamiento, presentación de un caso

Guerrero Diana Valeria, Luna Rocío, Vásquez Mariana, Puebla Miriam, Cruz Jorge
Hospital Juárez de México

Se trata de paciente femenino de 50 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, quien acude al servicio de dermatología por presentar de 1 año de evolución, manchas y úlceras en piernas, con

crecimiento lento, acude con médico general quien inicia manejo sintomático y curaciones sin mejoría, 7 meses previos a su ingreso las lesiones aumentan de diámetro y cantidad, por lo que acude al servicio de dermatología en donde se realiza biopsia de piel que reporta linfoma difuso de células grandes con inmunofenotipo B, MYC positivo, BCL 6 positivo, CD20 positivo difuso, por lo que se decide su internamiento a cargo del servicio de hematología. A la exploración física con dermatosis de aspecto polimorfa y polilesional constituida por múltiples nódulos eritematovioláceos que miden desde 0.5 cm hasta 5.7 cm x 3.7 cm, así como múltiples manchas hiperpigmentadas con áreas de escama hiperpigmentada que forman placas infiltradas, lesión nodular ulcerada de 5.7 por 6 cm en pierna derecha. No se palpan adenopatías cervicales, claviculares, axilares ni inguinales. Resto de la exploración sin alteraciones. A su ingreso con laboratorios que reportan leucocitos 12110, hemoglobina 15.7, plaquetas 340 000, creatinina 0.62, BUN 17, se realiza tomografía simple y contrastada de cuello, tórax, abdomen y pelvis en donde no hay actividad ganglionar. Aspirado de médula ósea sin infiltración, por lo que se diagnostica un linfoma cutáneo primario difuso de células b grandes, de las piernas, CD 20 positivo, se decide iniciar tratamiento



con esquema RCHOP, recibiendo 6 ciclos, con remisión de lesiones, sin embargo, dos meses después, presenta nuevamente la aparición de nódulos eritemato-violáceos en zonas afectadas previamente, se toma nueva biopsia de las lesiones, en donde se reporta nuevamente linfoma difuso de células grandes con inmunofenotipo B, MYC positivo, BCL 6 positivo, CD20 positivo difuso, sin cadenas ganglionares palpables, por lo que se inicia nuevo esquema de quimioterapia con R-MINE, recibiendo 6 ciclos, con remisión de las lesiones, un mes después, presenta adenopatías axilares, adheridas a planos profundos, no dolorosas, de 2x2 cm aproximadamente y lesión nodular ulcerada en tercio proximal de pierna izquierda, por lo que se hospitaliza para confirmar nueva recaída y planear nuevo protocolo terapéutico. Los linfomas cutáneos primarios de células B se definen como una proliferación neoplásica de células B que se originan en la piel. El linfoma de células B grande de la pierna es un linfoma cutáneo primario de células B agresivo con un predominio de células B grande (centroblastos e inmunoblastos), que se presenta en las extremidades inferiores. El 71% representaron Linfomas cutáneos de células T y el 29% de células B. Estos linfomas afectan de modo principal a los pacientes ancianos, se presentan como nódulos o tumores únicos o múltiples,

rojos o azulados, en una o en ambas piernas que raramente desaparecen espontáneamente. En un 40% de los pacientes pueden aparecer también placas y pápulas. El LCPB difuso de células grandes de miembro inferior es más agresivo, diseminándose más a menudo a sitios extracutáneos. Cuando es sospechado clínicamente, la biopsia es el primer paso para el diagnóstico. El patrón de crecimiento (folicular o difuso), la citomorfología de las células tumorales, y la inmunohistoquímica son claves para el adecuado diagnóstico de los linfomas cutáneos primarios de células B. Las terapias convencionales hasta el momento, sólo consiguen una remisión transitoria sin resultados curativos, incapaces, por tanto, de prolongar la supervivencia global, especialmente en fases avanzadas. No existen estudios comparativos entre los distintos tratamientos sistémicos en pacientes con linfomas cutáneos primarios avanzados, por lo que el tratamiento en estos pacientes no está protocolizado.

Palabras clave: linfoma, células B, variedad piernas, CD 20, cutáneo.

Folio: 0497

Tema: Nefrología

Lesión renal aguda en pacientes con diagnóstico de dermatomiositis

Salazar David, Ochoa Guadalupe Montserrat, Jiménez Pedro Ricardo, Díaz Jennifer Samara,

Ríos Adriana Gabriela, Macías Diego Jarek, Torres Santiago
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: Las miopatías inflamatorias se clasifican en cuatro grupos principales: dermatomiositis, polimiositis, miopatía necrosante inmunitaria y miopatía por cuerpos de inclusión. La dermatomiositis, suele afectar a personas entre la cuarta y quinta década de la vida. Clínicamente se caracteriza por presentar debilidad simétrica y proximal de extremidades superiores e inferiores, además de presentar alteraciones dérmicas como son las pápulas de Gottron, lesiones en heliotropo, eritema facial, poikiloderma en zonas fotoexpuestas, anomalías periungueales y calcinosis. El diagnóstico de esta entidad, se realiza según las manifestaciones clínicas, además de elevación de encimas musculares (CPK, ALT, DHL), biopsia muscular sugestiva de miopatía (afectación perifascicular con lesión capilar, infiltrado de predominio CD4) y presencia de anticuerpos relacionados a esta entidad (Anti-JO1, Ac-SRP, Ac-Mi2). Es de importancia la elevación de encimas musculares, ya que estas se relacionan con rabdomiólisis, la cual se conoce genera necrosis tubular aguda provocando Falla Renal Aguda en los pacientes con miopatías inflamatorias. **Objetivo.** Presentar el reporte de un

caso clínico de dermatomiositis que desarrolló falla renal aguda refractaria durante su hospitalización en nuestro servicio.

Caso clínico: Mujer de 48 años de edad que ingresó a nuestro servicio por presentar cuadro de debilidad proximal y lesiones eritematosas en cara de un mes de evolución aproximadamente. En el abordaje diagnóstico de la miopatía que presentó la paciente, se solicitaron niveles de CPK las cuales fueron superiores a 70 mil U/L a su ingreso, cifras que fueron elevándose hasta llegar a ser indetectables, así como de elevación de AST y DHL de manera progresiva. Debido a la alta sospecha de miopatía inflamatoria se solicitaron anticuerpos específicos, reportándose positivos los Anti Mi-2, además de biopsia de deltoides derecho que se reportó compatible con miopatía inflamatoria. Al segundo día de su hospitalización, la paciente presentó daño renal agudo KDIGO 3, tanto por anuria, como por elevación de niveles de creatinina, además de hiperkalemia e hipocalcemia refractarias a tratamiento médico, requiriendo terapia de sustitución renal cada 24 horas. Además del manejo de la falla renal, se iniciaron bolos de esteroide durante 5 días, inmunoglobulina IV (2 gr/Kg) en 3 dosis, y rituximab 25 mg IM por semana, sin presentar mejoría en la debilidad y en función renal, falleciendo a los 15 días de su ingreso por com-

plicaciones intrahospitalarias.

Conclusiones: En la literatura se menciona como poco frecuente la rabdomiolisis y mioglobulinuria en los pacientes con dermatomiositis, sin embargo, se conoce el efecto que puede generar para el desarrollo de falla renal aguda. Se sabe que la principal manifestación es una necrosis tubular aguda, debido a la vasoconstricción renal que genera, además de la formación de depósitos y la citotoxicidad que provoca la proteína hemo. A pesar de que en nuestro paciente no se solicitaron niveles de mioglobina en orina, la persistencia de CPK elevada, así como la hiperkalemia e hipocalcemia nos indicaba de manera indirecta la persistencia de la destrucción muscular, sospechando en una rabdomiolisis continua, generando la falla renal que presentó la paciente.

Palabras clave: lesión, renal, aguda, dermatomiositis, rabdomiolisis, hiperkalemia.

Folio: 0498

Tema: Otros

Abdomen agudo como una traducción clínica de amiloidosis primaria

Sáenz Carlos Eduardo, Enciso Ervin Saúl, Ramírez de Aguilar Jimena, Salgado Eduardo
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Hombre de 56 años, sin antecedentes de enfermedades crónicas. Inicia su cuadro con

dolor abdominal subagudo en flanco e hipocondrio izquierdo, punzante, intensidad moderada-alta, irradiado a tórax y lumbar ipsilateral, mejorando en posición genupectoral y con analgésicos, sin otros acompañantes. Acude a atención médica por exacerbación del cuadro, ante la sospecha de infección en vías urinarias se encuentra por imagen tumoración suprarrenal izquierda (50 x 28 x 30 cm). Se realiza valoración preoperatoria sin alteraciones encontradas, procediendo a suprarrenalectomía izquierda encontrándose en el transquirúrgico hemorragia en bazo que requirió esplenectomía, sin complicaciones posteriores se envían a análisis patológico las muestras, el curso postoperatorio sin eventos adversos con desaparición ulterior del dolor abdominal. En análisis de patología reveló infiltración intersticial difusa en corteza y médula suprarrenal de material eosinófilo y amorfo, con necrosis grasa, fibrosis extensa y hemorragia reciente y antigua. Pulpa roja esplénica con agregados intestinales amorfos y eosinófilos. Tinciones de rojo congo y cristal violeta positivas considerándose amiloidosis. El análisis inmunohistoquímico encontró agregados de células plasmáticas (CD138+) policlonales con co-expresión de cadenas ligeras kappa y lambda. Se complementó realizándose medición de inmunoglobulinas séricas,



electroforesis de proteínas en suero y orina, inmunoelectroforesis sérica, medición de cadenas ligeras kappa y lambda en suero y orina resultando estudios con variables medidas en normalidad. El aspirado de médula ósea con hallazgos de hiperplasia (80 %) con plasmocitosis (25%). Concluyéndose el diagnóstico de amiloidosis primaria. Mediante los estudios de extensión no se ha identificado otro sitio de infiltración. El paciente ha iniciado tratamiento de quimioterapia con esteroide y melfalán sin ocurrir nuevos acontecimientos clínicos.

Palabras clave: amiloidosis primaria, amiloidosis suprarrenal, amiloidosis esplénica, dolor abdominal, plasmocitosis.

Folio: 0499

Tema: Misceláneos

Alergia a trimetoprim con sulfametoxazol en paciente con VIH, esquema de desensibilización, presentación de un caso

Guerrero Diana Valeria, Hernández Leticia

Hospital Juárez de México

Paciente masculino de 35 años de edad, refiere alergia a sulfametoxazol, presenta rash generalizado, pruriginoso y fiebre. Diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia humana hace 6 meses. Último conteo de linfocitos CD4 de 117. Recibió manejo con trimetoprim/sulfametoxazol por neumocistosis, presentó

lesiones eritematosas, evanescentes a la digitopresión, en región de brazos, la cual posteriormente se extiende hacia extremidades, se torna pruriginosa y se acompaña de eritema facial y en pabellones auriculares, presentando aumento de la temperatura local y prurito asociado, no presentó repercusión hemodinámica, se decide suspender la administración de trimetoprim/sulfametoxazol y continuar con clindamicina. Se realiza prueba de degranulación de basófilos, la cual resultó positiva para sulfas. El paciente presentó una respuesta favorable al uso de clindamicina por lo que es egresado. Es ingresado para desensibilización a sulfas debido a que no se cuenta con fármacos de segunda línea para profilaxis secundaria de neumocistosis, además del efecto probado de trimetoprim/sulfametoxazol en su eficacia para profilaxis de neumocistosis. Se inicia esquema de desensibilización a trimetoprim/sulfametoxazol durante 4 días, se premedica con antihistamínico de segunda generación, se inicia fase 1 a las 08:00, dilución 1:400, con base a sulfametoxazol cada 15 minutos, 0.1 miligramos, hasta conseguir una dosis acumulada de 0.4 miligramos, posteriormente, con una dilución 1:40, administrando 1 miligramo de sulfametoxazol cada 15 minutos, con una dosis total acumulada de 4.4 miligramos, posteriormente con

dilución 1:40, la administración de 4 miligramos la primera hora, 8 miligramos la segunda hora y 20 miligramos la tercera hora, con dosis total, hasta el momento, de 36.5 miligramos. Cuatro horas después, se administra dosis única de 40 miligramos de sulfametoxazol, dosis acumulada de 76.5 miligramos, presentando reacción, caracterizada, por exantema generalizado, en miembros superiores, posteriormente tórax anterior y posterior, seguido de pabellones auriculares, y extremidades inferiores, acompañado de prurito intenso, que cede con la administración de loratadina, dosis única de 10 miligramos. Por lo que se replantea protocolo extendiéndolo a 10 días; Con el siguiente esquema: Día 1, diluciones 1:400, 1:40, 1:20, 1:10 con dosis diaria acumulada de 15.3 miligramos, día 2, suspensión 200 mg/5 ml, administración horaria, para dosis diaria acumulada de 24 miligramos, día 3, suspensión 200 mg/5 ml, administración horaria, con incrementos, para dosis diaria acumulada 60 miligramos, día 4, suspensión 200 mg/5 ml, administración horaria, con incrementos, para dosis diaria acumulada 102 miligramos, día 5, suspensión 200 mg/5 ml, administración horaria, con incrementos, para dosis diaria acumulada de 156 miligramos, día 6, suspensión 200 mg/5 ml, administración horaria, con incrementos, para

dosis diaria acumulada de 208 miligramos, día 7, suspensión 200 mg/5 ml, administración horaria, con incrementos, para dosis diaria acumulada 320 miligramos, día 8 suspensión 200 mg/5 ml, administración horaria, con incrementos, para dosis diaria acumulada 400 miligramos, día 9, sulfametoxazol tableta 800 miligramos, en dos dosis, para dosis acumulada de 500 miligramos, día 10, sulfametoxazol tableta 800 miligramos, dosis única, que a las 24 horas de administración no ha presentado reacciones cutáneas ni sistémicas. Por lo que se considera, razonablemente segura la administración, para continuar manejo y vigilancia ambulatoria.

Palabras clave: Esquema de desensibilización, VIH, trimetoprim/sulfametoxazol, alergia a fármacos, neumocistosis.

Folio: 0500

Tema: Infectología

Tuberculosis miliar multidrogoresistente en un paciente usuario de drogas inhalantes

De La Rosa Gerardo Alexis, Cerdillo Hector Enrique, Figueroa Ana Lizzeth

Universidad Autónoma de Nuevo León

Un paciente hombre de 31 años de edad fue llevado a sala de urgencias por debilidad generalizada y alteración del estado de la conciencia. Tiene antecedente de uso diario de inhalantes de forma recreativa

desde hace más de diez años, sin otros antecedentes. Inició su padecimiento actual seis meses previos a su ingreso con pérdida de peso no cuantificada, hiporexia y cefalea. A su ingreso se le encontró taquicárdico, hipotenso y febril, con saturación de oxígeno 90% al ambiente, sin otros datos a la exploración física. En la radiografía de tórax se observó un infiltrado micronodular difuso bilateral. Se realizó una punción lumbar en la cual se encontró pleocitosis de predominio polimorfonuclear con hipoglucorraquia y elevación de lactato en LCR, con tinción de Ziehl-Neelsen negativa, por lo que se inició tratamiento empírico para meningitis bacteriana. En la resonancia magnética de cerebro contrastada se identificaron en las secuencias de difusión hiperintensidades puntiformes difusas. Se realizó broncoscopia con toma de biopsias, la tinción de Ziehl-Neelsen y el cultivo del lavado bronquioalveolar fueron negativos. En biopsias transbronquiales se detectó proceso inflamatorio granulomatoso con necrosis asociado a la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes. Se realizó una segunda punción lumbar, en esta ocasión con detección de bacilos ácido-alcohol resistentes y PCR para M. tuberculosis (Xpert MTB/RIF) el cual fue positivo, con resistencia a rifampicina detectada. Se solicitó un cultivo convencional para micobacterias y en modo

MGIT. La prueba diagnóstica de VIH por ELISA de cuarta generación fue negativa. Se inició tratamiento antituberculoso con DOTBAL (isoniacida/rifampicina/etambutol/pirazinamida) más linezolid, amikacina, moxifloxacino y cicloserina, con el objetivo de asegurar un mínimo de seis fármacos activos, en espera de los cultivos con perfil de sensibilidades más extenso. El paciente fue egresado con mejoría clínica para continuar su seguimiento de forma ambulatoria. La tuberculosis resistente, incluyendo los diferentes espectros de resistencia, se ha convertido en un problema creciente de salud pública. La detección de resistencia a rifampicina por medios de amplificación de ácidos nucleicos debe considerarse un equivalente de multidrogoresistencia hasta que se demuestre lo contrario y el paciente debe ser tratado como tal de forma inmediata. Las alteraciones en la inmunidad celular se han relacionado con la presentación de formas diseminadas de tuberculosis, principalmente infección por VIH y diabetes mellitus. En este caso presentamos un paciente cuyo factor de riesgo fue el uso de solventes inhalados, se ha descrito en la literatura que esta conducta causa alteraciones en la inmunidad celular.

Palabras clave: tuberculosis, multidrogoresistente, miliar, meningitis, rifampicina, micobacterias.

**Folio: 0501****Tema: Infectología****Un caso de diarrea e intolerancia a la vía oral en una paciente de 59 años**

Arvizu Rosa I, Sanchez Karen I, González Laura Leticia, Jimenez Edgar I, Hernandez Edgar G
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Paciente femenino de 59 años evaluada en el servicio de urgencias debido a intolerancia a la vía oral y fatiga. En su historial médico resaltaba tabaquismo inactivo de 20 paquetes/año y diagnóstico de colitis ulcerativa crónica diagnosticada en 2015 debido a diarrea sanguinolenta y dolor abdominal, con pobre respuesta al tratamiento con prednisona (50 mg/día) y mesalazina (1.5g cada 8h VO + 1g en supositorio rectal cada 12 horas). La paciente refiere haber iniciado su sintomatología tres meses previos al presentar fatiga durante la mayor parte del día que la condicionó a permanecer en postración. Un mes previo a su ingreso se presentaron náuseas, vómito posprandial y saciedad temprana. Posteriormente, se agregaron exacerbación de evacuaciones diarreas mucosanguinolentas intermitentemente, hiporexia y pérdida de peso no cuantificada durante las dos semanas previas a su ingreso. A la TAC de abdomen contrastada se reportó engrosamiento de submucosa en

colon transverso, descendente, sigmoides y recto. Discreto borramiento de planos grasos en relación con colitis. En la rectosigmoidoscopia flexible se observaron múltiples pseudopólipos, úlceras transmurales serpeginosas y pérdida de patrón vascular en recto. Se enviaron muestras para histopatología, donde se reportó tinción de Ziehl-Neelsen positiva para bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR), no se observaron granulomas. Se decidió suspender tratamiento con mesalazina y prednisona, e iniciar tratamiento con DOTBAL para tuberculosis intestinal. La paciente presentó mejoría clínica, logrando tolerancia a la vía oral y disminución de las evacuaciones diarreas.

Conclusión: La tuberculosis intestinal constituye un reto diagnóstico, principalmente diferenciarlo de la enfermedad de Crohn. El diagnóstico definitivo puede llegar a ser imposible. En casos con alto índice de sospecha (situación clínica, epidemiológica y hallazgos diagnósticos y/o hallazgos consistentes en histología), es razonable terapia empírica.

Palabras clave: tuberculosis intestinal, enfermedad intestinal inflamatoria, diarrea crónica, tuberculosis.

Folio: 0502**Tema: Hematología****Mieloma múltiple con compromiso extramedular y diferenciación plasmablástica**

Carlos Blanca Nohely, Hernández Éufrates Núñez, Olán Francisco, Morales Zoila
Hospital General de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez

Introducción: El mieloma múltiple es una neoplasia de células plasmáticas, con compromiso multifocal. El espectro clínico es variable, con lesiones osteolíticas y pancitopenia, usualmente asociado a proteína M en suero y/u orina. En el 3% de los casos no se evidencia proteína M. Diagnóstico con clínica (dolor óseo 80%) estudio por imagen, Paraclínicos (Ca, Proteinograma, Inmunoglobulinas, B2 microglobulina, Bence jones) y biopsia de médula ósea que demuestra infiltración en más del 10%, compromiso óseo múltiple. Estadios avanzados: extensión extraósea hasta leucemia de células plasmáticas. Las células tumorales expresan marcadores de células plasmáticas, útiles para cuantificar la población tumoral, con expresión monoclonal de una cadena liviana. **Caso clínico:** Femenina 53 años, inicia con dolor articular coxofemoral, intenso que se generaliza, Hb 6.5 g/Dl, Pla_q 296,000, Leu 6.1, Ca 10.8, corregido 11.6 K 2.87 radiografía de pelvis y cráneo con múltiples lesiones osteolíticas en "sacabocados", Radiografía Columna: Retrolistesis grado 1 de L-5, lesiones en sacabocado en discos vertebrales cambios osteolíticos, Rx tórax: PA le-

siones en sacabocado en arcos costales, infiltrado parahiliar derecho e izquierdo. IgG 5071 mg/dl IgM 42 IgA 1849. Biopsia Médula ósea: Proliferación atípica de células plasmáticas. Evolución en 9 meses con tumoraciones múltiples algunas con efecto de masa. TAC: Tumor con componente de tejido blando a nivel de hueso ilíaco derecho e izquierdo con extensión intraarticular y muscular adyacente, necrosis central y neoformación de 19 cm y 10 cm respectivamente, y tercio proximal de húmero derecho de 7 cm. BMO: Células plasmáticas maduras monoclonales para kappa, con expresión de p53. **Objetivo:** Describir un caso con dificultad diagnóstica de mieloma múltiple (MM) con extensión extramedular y diferenciación plasmablástica de linfoma plasmablástico. **Discusión:** Greipp, en 1985, describió que los MM con diferenciación plasmablástica presentaban mayor compromiso extramedular y menor supervivencia. No siempre se logra distinguir entre linfoma plasma-blástico y MM, Taddesse y col. revelaron que la presencia del rearrreglo (8q24.1) podría asociarse a progresión tumoral, mecanismo genético común a ambas entidades. Se ha postulado una expresión genética heterogénea con activación de k-ras, delección de p53 o expresión de Rb1, hechos que determinarían mayor agresividad. **Conclusión:** En este caso se

evidencia la existencia de un espectro morfológico de las neoplasias de células plasmáticas, mostrando una evolución acelerada clonal desdiferenciada con capacidad de infiltrar tejidos extramedulares, por lo tanto, se evidencia la dificultad del diagnóstico histopatológico entre linfoma plasmablástico y transformación plasmablástica de mieloma múltiple.

Palabras clave: mieloma múltiple, linfoma plasmablástico, transformación plasmablástica, delección p53.

Folio: 0503

Tema: Nefrología

Un caso de mialgias y elevación de azoados en un paciente de 38 años

Arvizu Rosa I, Herrera José Luis, Farías Iris C

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción y/o Antecedentes: La rabdomiólisis resulta de la destrucción del músculo esquelético y la posterior liberación de sus componentes al torrente sanguíneo, que resulta en mioglobinuria, anormalidades electrolíticas y lesión renal aguda. El componente más importante en la fisiopatología de la lesión renal es la vasoconstricción renal por depleción de volumen, sin embargo, existen más mecanismos. **Objetivo:** Considerar la rabdomiólisis como un factor de riesgo para lesión renal aguda con requerimiento de terapia de reemplazo

renal en pacientes politraumatizados. **Exposición del caso:** Masculino de 38 años evaluado debido a mialgias y aumento de volumen de extremidades. Refirió haber sufrido múltiples contusiones en extremidades superiores e inferiores con objeto en riña, así como heridas punzocortantes en región parietal de cráneo 1 semana previa a su ingreso. Posteriormente presentó de manera insidiosa aumento de volumen de extremidades superiores e inferiores, acompañado de mialgias de intensidad 4/10. Al cuadro clínico se agregó oliguria y cambio de coloración de la orina a un color café-rojizo. El paciente refiere disminución progresiva de cantidad de orina hasta la anuria 3 días previos a su ingreso. Se detectó CPK 28,320 UI/L, creatinina 18.7 mg/dl y BUN 162 mg/dl; sobrecarga hídrica y acidosis metabólica. Se colocó cateter Niagara para hemodiálisis. El paciente recibió 6 sesiones de hemodiálisis, con mejoría progresiva de azoados y diuresis. Fue egresado con 2.1 mg/dl de creatinina, TFG 38 ml/min/1.73m² para su seguimiento ambulatorio. **Conclusiones:** La mayor parte de los pacientes con LRA recuperan función renal en algunos meses. En la mayoría de los pacientes, una buena reanimación con una solución isotónica es suficiente para prevenir la LRA. **Palabras clave:** rabdomiólisis, lesión renal aguda, hemodiálisis, politraumatismo.



Folio: 0504

Tema: Neurología

Polineuropatía como manifestación inicial de síndrome de Poems

Escudero Emma María, Arriaga Martín José Roberto, Morales Georgina Selene

Hospital General Regional Carlos Macgregor Sánchez Navarro, IMSS

Hombre de 53 años. Parálisis facial e hipoacusia derecha desde hace 31 años por lesión de arma de fuego. Hígado graso de dos años de diagnóstico, sin tratamiento. Tabaquismo y alcoholismo positivo. Padecimiento actual: Inició en abril de 2018 con adormecimiento de extremidad inferior derecha de predominio distal, progresando en una semana hasta rodilla ipsilateral, acompañado de debilidad distal y parestesias hasta pelvis. Posteriormente presentó parestesias en la extremidad inferior contralateral ascendente acompañada de debilidad, con dificultad para la deambulación. Tres semanas posteriores progresa a extremidad superior derecha con parestesias y debilidad ipsilateral ascendente de predominio distal. Exploración física: Edad aparente similar a la cronológica, parálisis facial derecha. Tórax: Piel con telangiectasias y puntos rubí, ginecomastia. Abdomen con hepato-esplenomegalia. Exploración neurológica: Nervios del cráneo: Sin alteraciones. Fuerza muscular: Disminuida de pre-

dominio distal en miembros inferiores. ROTS: Arreflexia en miembros inferiores. Sensibilidad: Propioceptiva: apalestesia en extremidades inferiores. Estudios de laboratorio: Colesterol total: 60mg/dL, Triglicéridos 41.3mg/dL, Fosfatasa alcalina 121UI/L, BT 2.2mg/dL, BI 1.1mg/dL, BD 1.1mg/dL, GGT 52UI/L, Proteínas totales 5.6g/dL, Albúmina sérica 2.7g/dL. TSH 6.4mU/mL, T4L 10.6 TAC Tóraco-Abdominal Fractura lítica en cuerpo y arco posterior T7, fractura por compresión de T8, Fracturas de arcos costales posteriores derecho tipo metastásico. Proceso ocupante de espacio en segmento VIII hepático. Datos de hepatopatía crónica e hipertensión portal Ganglios linfáticos en omento menor e inguinal derecho. Proceso infiltrante en colon ascendente y ciego. PET/CT Incremento en el metabolismo de ácidos grasos en segmento hepático VII-VIII, lesión ovoide sólida con centro hipodenso, diámetro de 45mm e hipercaptación en la porción periférica. Lesiones óseas en T6, lesión lítica expansiva que produce desplazamiento y compresión de canal medular. Incremento focal de la captación en lesiones líticas en la apófisis espinosa de C6, articulación sacroiliaca e iliaco izquierdo. Hepatoesplenomegalia, datos de hipertensión portal. Infarto esplénico. Derrame pleural bilateral y ascitis. Incremento difuso de la captación en mé-

dula ósea de esqueleto axial y apendicular. Electromiografía: Severa radiculoneuropatía sensitivo-motora: desmielinización como mecanismo fisiopatológico primario, bloqueo proximal de la conducción y degeneración axonal que afecta a las cuatro extremidades de mayor severidad en extremidades inferiores. Inmunolectroforesis: Patrón monoclonal en IgG Lamda El síndrome de POEMS es una condición rara, debe sospecharse en pacientes con polineuropatía y de alteraciones monoclonales en células plasmáticas. La incidencia es desconocida. El diagnóstico diferencial incluye CIDP y enfermedades hematológicas. No hay tratamiento estandarizado. El paciente ingresó por polineuropatía por antecedentes se sospechó de neuropatía alcohólica, con estudios de imagen que revelaron lesión hepática sugestiva de hepatocarcinoma, el protocolo diagnóstico se dirigió a un probable proceso paraneoplásico: polirradiculoneuropatía desmielinizante crónica inflamatoria. Sin embargo, la electromiografía, el perfil tiroideo, la hepatoesplenomegalia y las lesiones evidenciadas en el PET, se solicitó electroforesis de proteínas evidenciando patrón monoclonal en IgG Lamda. De acuerdo a los criterios del Grupo Internacional de Mieloma se requieren la Polineuropatía y proliferación monoclonal de células plasmáticas. Además de

uno de los criterios mayores: lesiones óseas. Y uno de los criterios menores: Organomegalia (hepatomegalia), extravasación de volumen (ascitis o derrame pleural), Endocrinopatía (anormalidades tiroideas) cambios en la piel (hiperpigmentación, hemangiomas). Por lo anterior se evidenció que el paciente presentó un síndrome de POEMS y como hallazgo hepatocarcinoma.

Palabras clave: polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteínas, monoclonal, lesiones osteolíticas.

Folio: 0505

Tema: Neurología

Encefalopatía de Wernicke asociada a colitis ulcerativa crónica idiopática. Reporte de caso

Plascencia Marcela, Ruiz Josue Isaías, Buenrostro Miguel Angel, Martinez Laura Patricia, Michel Jorge Isaac, Landeros Ernesto
Hospital Civil de Guadalajara
Fray Antonio Alcalde

Introducción: La encefalopatía de Wernicke (WE) es una emergencia neuropsiquiátrica ocasionada por déficit de tiamina (B1) con presentación clínica variable siendo la triada clásica: ataxia, alteraciones oculares y síndrome confusional. Clásicamente descrita en alcoholismo intenso, prevalencia por autopsia en no alcohólicos: 1.5%, 13% en alcohólicos. El diagnóstico es clínico, apoyado por resonancia magnética y niveles

de tiamina. **Presentación de caso:** Femenino 47 años presenta síndrome confusional agudo: habla incoherente y disminución en funciones mentales superiores. Tabaquismo positivo. Niega alcoholismo comórbidos conocidos y uso de fármacos. A la exploración desorientada, disminución en funciones mentales superiores. Fuerza 4/5 extremidades superiores, 2/5 en inferiores, hiporrefléctica, nistagmus horizontal no fatigable disimetría disdiadococinesia bilateral. Laboratorial hemato metabólico sin alteraciones LCR normal anticuerpos anti B2 glicoproteína, anticoagulante lúpico, anticardiolipinas, ANAs negativos. RMN-gadolinio: hiperintensidad en cuerpos mamilares, sustancia gris periacueductal y porción medial talamos, imagen desmielinizante subaguda occipito-temporal-izquierda, infartos lacunares antiguos. Colonoscopia/histopatológico: Biopsias de recto con proctitis crónica agudizada erosiva compatible con colitis ulcerativa crónica idiopática. No se cuenta con niveles de B1 por cuestión económica por lo que se suplementa con B1 parenteral con mejora clínica notoria tras 7 días de administración.

Discusión: WE en ausencia de alcoholismo se presenta en 20% de casos, encontrando trastornos gastrointestinales en 7%. La triada clásica de WE se presenta solo en 15 a 30%. Resaltando la importancia de

sospecha clínica corroborada por hallazgos en RM con imágenes típicas así como la búsqueda de comórbidos asociados a WE no alcohólica encontrando en este caso CUCI destacando el diagnóstico y tratamiento temprano asociado a mejor pronóstico funcional.

Palabras clave: Wernicke, encefalopatía, CUCI.

Folio: 0507

Tema: Reumatología

Hemorragia alveolar difusa como primera manifestación de lupus eritematoso sistémico

Rojas Michelle Encarnación¹, Correa Freddy¹, Rivera Cesar¹, Reyna Jaime², Rojas Mario Antonio¹, Álvarez Cinthia², Aliaga Felipe Aladino²

¹ Hospital de Especialidades de la Ciudad de México, Dr. Belisario Domínguez; ² Hospital General Dr. Enrique Cabrera

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es un trastorno autoinmune multisistémico potencialmente fatal y crónico que generalmente afecta a mujeres entre la pubertad y la menopausia. Factores genéticos y ambientales influyen en su desarrollo. Las interacciones de estos factores generan respuestas inmunitarias alteradas. Su prevalencia, gravedad y mortalidad aumentan en las poblaciones afroamericanas en comparación con las poblaciones blancas. En México se calcula una prevalencia de 60.0 por cada 100 000 personas. (80



por cada 100 000 mujeres y 40 por cada 100 000 hombres). El bajo nivel socioeconómico se asocia con una mayor actividad de la enfermedad, daño orgánico, discapacidad laboral y mortalidad. Se han creado índices para medir la actividad de la enfermedad, SLEDAI-2K y BILAG. Se utilizan los criterios del SLICC para su diagnóstico. La actividad de la enfermedad de LES más grave a menudo requiere glucocorticoides sistémicos como terapia de iniciación con terapia inmunosupresora de mantenimiento. **Objetivo:** Presentación de un caso de hemorragia alveolar difusa como primera manifestación de lupus eritematoso sistémico. **Caso clínico:** Paciente femenino de 35 años de edad. Previamente sana. AGO: Gestas3, Partos2, C0, Abortos1. Inicia su padecimiento el 2° de Enero de 2018, con sintomatología general, dolor torácico, exacerbado con inspiración profunda, así como con tos productiva con esputo hemoptoico, disnea de medianos esfuerzos, progresiva a disnea en reposo y poliartritis intermitente, por lo que acude a urgencias del Hospital General Dr. Enrique Cabrera, encontrándola consciente, orientada, FR 36 rpm, Sat. O2 80%, PA 96/54 mmHg, FC 103 lpm, Temp. 37.3°, con dificultad respiratoria, palidez generalizada de tegumentos, eritema malar y lesiones de tipo lupus cutáneo subagudo. Paraclínicos: Gaso-

metría: PH 7.5, PCO2 21, PO2 60, Lactato 0.8, HCO3 16.4, BE -6.8, sat.O2 93%. BH: Leu 9.7, Neu 7.7, Linf 1.6, Mono 0.3, Eo 0.1, Baso 0, Hb 5.6, Hto 18.9, VCM 73.8, PlaQ 223000. Sodio 137, potasio 4.3, cloro 103, fósforo 3.9, magnesio 2.24, calcio 8.2. Glucosa 105, Creatinina 0.6, BUN 18, Acido Úrico 3.6. Albumina 2.6, TP 9.3, TTPa 21.8, INR 0.85. Radiografía de tórax con infiltrado bilateral con imagen de vidrio despulido bilateral por lo que se solicita Tomografía simple de tórax: zonas hiperdensas diseminadas. Por dichos hallazgos se decide ingreso a Medicina Interna para continuar protocolo de estudio. Ante la sospecha de Lupus Eritematoso Sistémico, se inician pulsos de metilprednisolona 1 gramo cada 24 horas por 3 dosis, continuando tratamiento con 50 mg de prednisona cada 24 horas, se da 1 gr de ciclofosfamida, y se inicia hidroxicloquina 200mg cada 24 horas. Se solicitan Anticuerpos (pANCA, cANCA, ANA, antiDNA ds, Anti Ro, AntiLa y AntiSm) con positividad para anticuerpos antinucleares. Por mejoría clínica se decide su egreso a domicilio, con seguimiento en la consulta externa de Reumatología. **Discusión:** Las complicaciones pulmonares se describen en 50-70% de los pacientes con LES. Éstas incluyen: pleuritis, neumonitis, enfermedad pulmonar intersticial, hipertensión pulmonar y hemorragia alveolar.

La hemorragia alveolar difusa es una condición rara pero fatal que se describe en 2-5% de los pacientes con LES. Por lo general, se presenta temprano en el curso de la enfermedad, pero puede presentarse como la manifestación inicial de LES en 11-20%. Es importante su diagnóstico ya que conlleva una alta tasa de mortalidad (50 y el 80%). **Conclusiones:** Datos de las cohortes de estudio GLADEL y LUMINA han demostrado que los pacientes mestizos de América Latina y América del Norte (ascendencia mixta amerindia y europea), afrodescendientes y nativos americanos desarrollan lupus con retraso en el diagnóstico, además de experimentar enfermedad más grave, mayor actividad de la enfermedad, más daño orgánico y tasas de mortalidad más altas. **Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo. **Palabras clave:** lupus eritematoso sistémico, hemorragia alveolar difusa, complicaciones pulmonares de LES, anticuerpos antinucleares, GLADEL, LUMINA, hemorragia alveolar.

Folio: 0508

Tema: Infectología

Deterioro cognitivo subagudo secundario a meningitis por *Aspergillus* en paciente portador de enfermedad renal crónica

Murillo Alberto, Roman Susana, Fernandez Paulina, Murillo Hector

Hospital General Zacatecas Luz González Cosío

La aspergillosis es una infección fúngica típicamente observada en pacientes con inmunocompromiso severo. Como es bien sabido las manifestaciones clínicas dependen del sitio de afección y sus mecanismos de diseminación son vía hematogena, continuidad y menos frecuente por implante directo. La meningitis por *Aspergillus* es una entidad inusual, teniendo una mortalidad general de aproximadamente 72.1%. Los hallazgos más comunes en LCR son pleocitosis e hipoglucorraquia y solo un tercio de los cultivos son positivos. presentamos el caso de un masculino de 45 años de edad, sin toxicomanías referidas. Portador de DM bajo insulino terapia, hipertenso con pobre apego terapéutico, además de ERC requiriendo TSR tipo DPA desde hace 4 años, comienza cuadro clínico caracterizado por cefalalgia intensa, pulsátil, predominante afección en hemisferio izquierdo, sintomatología vasovagal positiva, 72 hrs más tarde cursa con deterioro neurológico global, progresivo, mas sin focalización, irritación meníngea e hipertensión intracraneal positivas. TAC y punción lumbar iniciales negativas a patología infecciosa, RNM craneo evidenciando zonas de engrosamiento meníngeo así como múltiples lesiones de forma irregular en hiperséñal de secuencia FLAIR en lóbulo occipital bilateral por lo que se decide nueva punción lumbar,

con evidencia de múltiples conidios y conidioforos en LCR, recibiendo tratamiento a base de voriconazol por 4 semanas con evolución favorable, misma que persiste en el tiempo actual.

Conclusión: Desafortunadamente el deterioro neurológico del paciente diabético o con falla renal no suele ser protocolizado a profundidad pues se presupone debido ya sea a causas de orden metabólico o vascular, sin embargo no debemos nunca olvidar su status de incompetencia inmune y por ende el latente peligro de infecciones oportunistas. Que de tratarse óptima y oportunamente permiten mejorar considerablemente el pronóstico funcional de los pacientes. Es por ello que, sustentamos que la curiosidad siempre será la mejor herramienta diagnóstica y por ende la mejor oportunidad para alcanzar el éxito terapéutico.

Palabras clave: meningitis, aspergilo, enfermedad renal cronica.

Folio: 0509

Tema: Reumatología

Rabdomiólisis fatal y daño renal agudo secundario a miopatía inflamatoria autoinmune: dos casos

Navarro Guillermo, Michel Jorge Isaac, Uribe Jefe Felipe, Ruiz Josué Isaias, Plascencia Marcela, Chávez Jonathan Samuel, Orozco Dayana Estefanía
Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

La rabdomiólisis (RDM) es un síndrome caracterizado por la necrosis del músculo esquelético y la liberación al torrente circulatorio de sus constituyentes intracelulares, entre ellas la mioglobina puede llevar a una complicación severa como daño renal agudo (DRA). Las miopatías inflamatorias autoinmunes (MIA) representan un grupo de enfermedades constituidas por dermatomiositis (DM), polimiositis (PM), miopatía necrotizante (MN) y miopatía de cuerpos de inclusión (MCI). Actualmente la clasificación se basa en características clínicas y serológicas. Se caracteriza principalmente por debilidad muscular de predominio proximal secundario a inflamación perivascular y atrofia perifascicular. El involucro renal de las MIA solo se presenta en una quinta partes de los pacientes. Los auto anticuerpos implicados en la patogenia son detectables en suero hasta en un 50% de los pacientes, estos se han asociado a severidad muscular, neoplasias, afección cardiaca y pulmonar. Han sido descritas varias formas de involucro renal en pacientes con MIA hasta en un 21-23%, por lo general asociado a una glomerulonefritis crónica (20.7%) y otro por medio de daño renal agudo (DRA) (10.7%) por necrosis tubular aguda. La polimiositis, dermatomiositis y miopatía necrotizante son causas raras de rabdomiólisis, que ocurre debido a destrucción



continua de la fibra muscular. El reconocimiento de este hecho tiene importancia implicaciones terapéuticas ya que los pacientes pueden presentar DRA severo. **Presentación de casos:** Caso 1: Masculino de 50 años el cual acude por dificultad para deglutir y debilidad de predominio proximal de 30 días de evolución. A la exploración física se observa fuerza muscular 2/5 proximal, fenómeno de Raynaud bilateral con capilaroscopia en patrón anormal. Tomografía de Tórax de alta resolución con afección pulmonar intersticial en patrón no específico y ecocardiograma con hallazgos sugestivos de hipertensión arterial pulmonar. En exámenes sericos presenta AST 1426, ALT 470, CK 39,321, con anticuerpos antinucleares, anti-SRP y anti-RO positivos. Biopsia de deltoides en donde se corroboran cambios compatibles con miopatía inflamatoria sugestivos de poliomiocitis. Es hidratado alcanzando metas de diuresis media horaria, bolos de metilprednisolona y ciclofosfamida debido a la neumopatía intersticial. La afección muscular clínica y bioquímicamente se mantiene sin mejoría. Es manejado con Inmunoglobulina intravenosa total de 2g/kg. De manera súbita se observa inestabilidad hemodinámica evidenciándose una miocardiopatía de Takotsubo, se agrega deterioro de la función renal manejándose con Levosimendan y terapia de reemplazo

renal en hemodialisis. A pesar de esto con mala evolución y muerte. Caso 2: Femenino de 48 años con antecedente de un mes de evolución con fiebre, escalofríos, mialgias, artralgias, la aparición de un eritema violáceo en placas en cara, parte superior de la espalda, pecho y brazos, así debilidad proximal 2/5. En estudios sericos presenta AST 3663, ALT 608, CK 78,606, anticuerpos antinucleares y anti-Mi2 positivos con diagnóstico de dermatomiositis. A pesar del manejo con hidratación, alcalinización de la orina y tratamiento con glucocorticoides progresa a DRA estadio 3 con anuria en 24 horas y se inicia terapia de sustitución renal por hemodiálisis. Por las características agresivas del caso se opta por utilizar una terapia de inmunomodulación más enérgica con inmunoglobulina IV. Sin mejoría posterior a 2 semanas de tratamiento, paciente hace choque séptico con foco neumónico y coagulación intravascular diseminada, con desenlace fatal. A pesar de describirse como una complicación rara, existen reportes con involucro renal hasta en un 21-23% donde el DRA se aparece en un 10.7%, siendo la necrosis tubular aguda por rhabdomiólisis la causa predominante. Nuestros pacientes coinciden con reportes de alta mortalidad que van del 50.6 al 80% de los pacientes que presentan lesión renal aguda asociada a MIA.

Palabras clave: miopatía inflamatoria, rhabdomiólisis, daño renal agudo, terapia de sustitución renal, dermatomiositis, miopatía necrotizante.

Folio: 0510

Tema: Hematología

Recaída pulmonar tardía de linfoma no Hodgkin folicular, entidad poco frecuente. A propósito de un caso

Peralta Adriana Berenice¹, González Andres¹, Regino Nora Eleri²

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional 200 de Tecamac; ² Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción: Los linfomas no Hodgkin (LNH) constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias originadas en el tejido linfoide, derivadas de linfocitos y sus precursores; pueden tener su origen en linfocitos B o T y un patrón de crecimiento folicular o difuso. El uso de quimioterapia combinada ha aumentado las tasas de remisión de 0 a 80%. El comportamiento de dichos linfomas es variado, pero tienden a originarse y/o diseminarse a sitios extranglionares; el pronóstico de ello dependerá del tipo histológico, la etapa clínica y el tratamiento. El linfoma B folicular ocupa aproximadamente el 30% de todos los linfomas. El estadio clínico al inicio de la enfermedad tiene gran significado terapéutico y pronóstico. El estadio clínico es

un factor pronóstico, la supervivencia es mayor para el estadio I que para el IV. Existe muy pocos reportes en la literatura de recaída tumoral extraganglionar en LNH en especial a nivel pulmonar, por lo que resulta necesario sospecha diagnóstica y seguimiento una vez diagnosticado. **Objetivo:** Presentación de caso clínico de Linfoma No Hodgkin folicular con recaída tardía como entidad poco frecuente. **Presentación de caso:** Femenino de 70 años de edad originaria y residente de Tecámac, Estado de México. Con carga genética de neoplasia de rama materna no especificada. Inicio padecimiento en 2014 al presentar pérdida de peso más de 8kg en 2 meses, diaforesis así como adenopatías cervicales induradas y fijas, aumento de volumen en región inguinal bilateral de 5cm, induradas e indoloras, Se toma biopsia e inmunohistoquímica (IHQ) llegando al diagnóstico de LNH folicular grado 3A estadio clínico IV B, inmunofenotipo B, BCL-2 Y 6 positivos, CD2+, CD10+ además, se identifica infiltración a medula ósea por células de estirpe linfocitoide B. Fue manejada a base de quimioterapia con vincristina, ciclofosfamida y epirrubicina concluyendo 12 ciclos además, rituximab por 12 ciclos bimestrales con adecuada respuesta clínica, sin actividad tumoral y asintomática (ECOG 0). Paciente que continuó en seguimiento por hematología, identificándose

se en 2017 mediante PET/CT lesiones nodulares pulmonares izquierdas en segmento posterior de lóbulo inferior de hasta 12mm SUVmax 6.8. Dichas lesiones son extraídas mediante biopsia obteniendo reporte de parénquima pulmonar con infiltración difusa por células linfocitoides de aspecto mononuclear en el intersticio. La IHQ reportó CD20(+), CD10(+), CD21(+), Ki67: 40%, BCL-2(+), BCL-6(+) nódulo pulmonar de lóbulo inferior izquierdo compatible con LNH folicular de bajo grado (grado 2, OMS 2016) en patrón folicular inmunofenotípico "B" CD20(+), índice de proliferación del 40%. Se catalogó como una recaída tardía pulmonar de LNH folicular. **Conclusión:** Existen muy pocos registros al momento de las recaídas o reactivación extraganglionar tardía a nivel pulmonar en pacientes con LNH. En general, los LNH pueden presentar inicialmente adenopatías mediastínicas en un 20% de los pacientes sin embargo, el compromiso del parénquima pulmonar es raro en etapa inicial, pero puede producirse en los casos avanzados, en aquellos con recaídas o en los resistentes al tratamiento. Lo más común es la infiltración pulmonar por contigüidad de adenopatías hiliares aunque en dicho caso nunca estuvieron presentes. Los LNH primarios de pulmón son muy poco frecuentes y en menos del 0.5% de todos los lugares primarios se

localiza la afección pulmonar. En nuestro paciente el estadio clínico inicial y la infiltración hacia medula ósea al momento del diagnóstico pudieron ser indicadores de riesgo y pronóstico para recaídas posteriores como fue el caso, siendo siempre importante el seguimiento imagenológico de dichos pacientes.

Palabras clave: linfoma, Hodgkin, recaída, folicular, pulmonar, infiltración.

Folio: 0511

Tema: Infectología

Comparación de casos nuevos de síndrome de inmunodeficiencia humana entre 2016 y 2017 en el estado de Guanajuato

Sánchez de Aparicio Enrique, Vargas Eunisse Guadalupe, Garnica Francisco, Salcedo Aaron, Missael de Jesús, Lara Elia
Universidad de Guanajuato

Introducción: La infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad que, en etapas iniciales, puede llegar a ser completamente asintomática hasta que el huésped presente alguna manifestación sistémica grave (SIDA). Por definición el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es cuando el paciente presenta una cuenta de CD4 por debajo de 200 o cuando se presenta alguna infección por oportunistas que una persona con inmunocompetencia no presentaría y



que actualmente ha mostrado un acelerado incremento en las tasas de nuevos casos además del incremento en la tasa de contagio y de mortalidad a nivel mundial. En 2016, la OMS estimó que a nivel mundial el 40% de la población que vive con VIH desconoce su estado serológico. Según las estadísticas en México en el estado de Guanajuato hasta Diciembre del 2017 el 37% de los pacientes que llegan por primera vez a una consulta por infección de VIH ya presentan una cuenta serológica debajo de 200 CD4 lo que da el diagnóstico inmediato de SIDA. Esto representa un problema grave de salud debido a que las manifestaciones iniciales de la enfermedad pueden ser infecciones graves por microorganismos oportunistas e incluso la manifestación inicial puede ser el fallecimiento del paciente que no se conocía previamente infectado. **Objetivo:** Describir el número de nuevos casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) entre los años 2016 y 2017 en el estado de Guanajuato. **Materiales y métodos:** Se realizó estudio analítico, retrospectivo, el modelo de captación de datos está estructurado por las variables: sexo, año y grupo etario de los nuevos casos reportados de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Se revisó el boletín epidemiológico de atención integral de pacientes con VIH de 2016 y 2017. **Resultados:** Durante 2016 se reportaron 4,656

casos nuevos de Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en ambos sexos en México mientras que en 2017 se reportaron 4,957 casos nuevos en ambos sexos lo que muestra un incremento de 301 casos nuevos en relación al año anterior. En el estado de Guanajuato en 2017 se han reportado 72 casos acumulados entre ambos sexos de SIDA siendo que en hombres hay 60 nuevos casos (83.33%) por 12 nuevos casos en mujeres (16.66%). En el año 2016 se reportaron 56 nuevos casos de infección por VIH acumulados siendo 53 hombres (94.6%) por 3 mujeres (5.3%) reportados como nuevos casos. **Conclusión:** La detección de nuevos casos de infección por VIH no es del todo oportuna ya que es una enfermedad que puede no presentar signos o síntomas lo que se demuestra con el alza en la incidencia de casos de SIDA a pesar de las estrategias que se llevan a cabo por parte del gobierno. Se observa que el grupo que está en mayor riesgo de desarrollar SIDA por edad es entre los 15 y los 49 años de edad ya que es el grupo poblacional con una vida sexual más activa además que el género más afectado son los hombres que llevan conductas de riesgo sin una vigilancia estrecha o sin precauciones y en especial las mujeres debido a que ellas no se realizan un examen de rutina a no ser que estén embarazadas y tengan un adecuado control prenatal. Se debe realizar én-

fasis en la prevención y en la detección oportuna para evitar que los pacientes progresen a SIDA y así evitar manifestaciones más graves que puedan llevar a la defunción.

Palabras clave: SIDA, Guanajuato, incidencia de casos, complicaciones, detección oportuna.

Folio: 0512

Tema: Epidemiología

Casos nuevos de enfermedad diarreica en Guanajuato 2017

Garnica Francisco, Sánchez de Aparicio Enrique, Guzmán Alan Francisco, Salcedo Aarón Missael, Lara Elia

Departamento de Medicina y Nutrición, División Ciencias de la Salud, Universidad de Guanajuato

Introducción: La diarrea es un síndrome generalmente de naturaleza infecciosa causada por virus, protozoarios, bacterias y helmintos. Es una de las principales causas de muerte en el mundo, los factores de riesgo es una higiene personal deficiente, desnutrición, viajes recientes a zonas endémicas, contaminación fecal del agua y de los alimentos, entre otros. Se caracteriza por la expulsión de 3 o más deposiciones líquidas, con o sin sangre, en 24 horas. **Objetivo:** Describir las principales etiologías de la enfermedad diarreica en Guanajuato durante 2017. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, revisando el

boletín epidemiológico de la semana 52 del 2017, está estructurado por sexo y causas de enfermedad diarreica en Guanajuato en 2017. **Resultados:** Durante 2017 se registraron 414,261 casos nuevos de enfermedad diarreica, de los cuales las principales etiologías son: Enfermedades infecciosas intestinales no específicas 206,480 (49.84%), Infecciones por otros organismos y las mal definidas 199,754 (48.21%), Amebiasis intestinal 3,096 (0.74%), Helmintiasis 1,305 (0.31%), Otras salmonelosis 1,058 (0.25%), Fiebre tifoidea 580 (0.14%), Intoxicación alimentaria 390 (0.09%), Giardiasis 115 (0.02%), Ascariasis 91 (0.02%), Enterobiasis 74 (0.01%), Fiebre paratifoidea 76 (0.01%), Shigelosis 64 (0.01%). Por sexo en los hombres tuvieron 189,462 casos nuevos (45.73%) y las mujeres tuvieron 219,910 casos con 53.08%. Ajeno a la enfermedad infecciosa no especificada y a las mal definidas, en los hombres las principales causas fueron: Amebiasis intestinal 1339 (0.71%), Helmintiasis 572 (0.30%) la infección por otros protozoarios con 531 (0.38%), otras salmonelosis 360 (0.19%). Las mujeres tienen como principales causas la amebiasis intestinal 1740 (0.71%), Helmintiasis 720 (0.33%), Otras salmonelosis 684 (0.31%), Otras infecciones por protozoarios 634 (0.29%), fiebre tifoidea 394 (0.18%).

Conclusiones: La enfermedad

diarreica en Guanajuato durante el 2017 estuvo caracterizada por infecciones no especificadas, seguida de enfermedades parasitarias e infecciones bacterianas. No hay una diferencia significativa entre hombre y mujer, sin embargo, hay una mayor incidencia en mujeres ya que son estas las que acuden más a consulta. Es importante remarcar que la prevención es importante pues el principal factor de riesgo es la mala higiene personal.

Palabras clave: enfermedad diarreica, casos nuevos, etiología de enfermedad diarreica, epidemiología, casos nuevos de enfermedad diarreica, Guanajuato 2017.

Folio: 0514

Tema: Neurología

Trombosis séptica del seno cavernoso: reporte de un caso infrecuente

Salgado Gandhi Vicente, García Francisco Javier, García Enrique, Guadarrama José Francisco
Hospital General de Acapulco

Masculino de 25 años, originario de Acapulco, Gro. **Antecedentes:** Diabetes Mellitus tipo 2 de 5 años de diagnóstico tratado con metformina, con desapego al fármaco. Desde hace un mes tratado con insulina NPH 50Uxdía. Tabaquismo y alcoholismo intensos. Consumo de marihuana y cocaína desde la juventud. Hace un mes fue diagnosticado con cetoacidosis diabética severa, requiriendo

ventilación mecánica invasiva por 6 días. Egresado con esquema de insulina basal. Inició hace una semana con dolor ocular y retroorbitario, cefalea frontoparietal severa izquierda, no pulsátil, no cedió con AINE, astenia, fiebre, paresia de extremidad braquial distal derecha. Signos vitales: FC 87lpm, FR 14x', TA 120/70mmHg, Temperatura 38.8 °C. Exploración física consciente, orientado, diaforético. Ojo izquierdo: ptosis, proptosis, pupila midriática, no reactiva, oftalmoplejia completa, déficit visual progresivo hasta llegar a la amaurosis 2 días después. Hiperestesia en arco supraciliar y frente izquierdos, ausencia de soplo ocular. Fondo de ojo con papiledema y vena oftálmica prominente. Ojo derecho normal. Paresia distal braquial derecha, progresiva, resultando en hemiplejia corporal derecha. Leucocitos 13,500, glucosa 356mgdL. RMN de cráneo con expansión irregular de seno cavernoso izquierdo, heterogéneo, músculos extraoculares engrosados, proptosis, neuritis óptica. Infartos lacunares en brazo posterior de cápsula interna izquierda. Estenosis de la carótida interna y ACM izquierdas. Sinusitis etmoidal y esfenoidal. Se diagnosticó trombosis séptica del seno cavernoso. Fue tratado con vancomicina/imipenem, enoxaparina, obteniendo mejoría de la fuerza y de la agudeza visual. La trombosis séptica del seno cavernoso es una infección rara,



potencialmente fatal, asociada a infecciones por continuidad y en este caso a sinusitis etmoidal y esfenoidal, y a DMT2 e intubación orotraqueal de 6 días. Los síntomas son fiebre, proptosis, oftalmoplejia, cefalea, edema periorbitario, papiledema.

Palabras clave: trombotosis séptica, seno cavernoso, ptosis, oftalmoplejia, sinusitis, proptosis.

Folio: 0515

Tema: Neurología

Síndrome de Bannwarth y vasculitis cerebral por neuroborreliosis de Lyme: reporte de caso

De La Torre Andrés Eduardo, Olguín Leticia Alejandra, Navarrete Aline, Frias Ilse Catalina, Maya Rogelio de Jesus, González Carlos, Sánchez María Teresa

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Tecnológico de Monterrey

Presentación de caso: Masculino de 47 años acude por alteración del estado de alerta. Diabético en tratamiento con insulina y metformina y tabaquismo de 20 p/a. Inicia 7 días previos con debilidad y parestias en miembros inferiores, se agrega disartia y somnolencia. En su valoración se encuentra hemodinamicamente estable, afebril, glucosa capilar de 158mg/dL, EF: somnoliento, con síndrome sensitivo y síndrome piramidal izquierdo. Se

realiza RMN de encéfalo encontrándose múltiples infartos isquémicos bilaterales agudos en ganglios basales, cerebelo, corteza parietal y temporal izquierda. Al segundo día de internamiento presenta deterioro neurológico, se repite RMN encontrando mayor número de áreas isquémicas. Se realiza punción lumbar con pleocitosis linfocítica, IgM e IgG positivos para *Borrelia burgdorferi*. Se inicia tratamiento con ceftriaxona IV 2gr/día por 14 días, sin presentar nuevos eventos isquémicos. Resultados negativos y/o normales: LCR cultivo negativo, KOH negativo, gram negativo. Proteína C y S, Factor VIII, Homocisteína, Acs antifosfolípidos, FR, ANAs, DNAs, C3 y C4, MPO y PR3, VIH, ADA, VDRL, Ecocardio TE, Doppler carotídeo y vertebral, AngioRM sin estenosis. Holter de Ritmo: Sinusal. FOUR de 11 a su egreso. **Discusión:** Ante la presentación de múltiples eventos vasculares isquémicos recurrentes en un paciente joven, las causas más probables son hematológicas, inflamatorias e infecciosas. De estas el síndrome de Bannwarth comprende pleocitosis linfocítica y meningoradiculitis, comúnmente secundario a infección por *Borrelia burgdorferi*. El EVC es una complicación infrecuente de la infección por *B. burgdorferi*. La vasculitis es secundaria a infiltración linfocítica vascular y perivascular. **Conclusión:** El diagnóstico definitivo de

neuroborreliosis se establece con los siguientes tres criterios: Síntomas neurológicos sin otra causa aparente, pleocitosis y producción en LCR de anticuerpos. El tratamiento de elección es Ceftriaxona IV 2gr/día por 14-21 día.

Palabras clave: Lyme, neuroborreliosis, Bannwarth, *Borrelia burgdorferi*, vasculitis.

Folio: 0516

Tema: Hematología

Amiloidosis sistémica secundaria a mieloma múltiple de cadenas ligeras lambda con afectación renal y cardiaca: reporte de caso

Bautista Abigail, Aranda Mercedes, Rodríguez Lucero, Escamilla José Ángel

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Introducción: La amiloidosis (AL) y el mieloma múltiple (MM) son causados por expansión de células plasmáticas (CP) monoclonales, secreción de proteína de Bence Jones y cadena ligera (LC) libre. La prevalencia de AL asociada a MM varía del 13% al 26%. El corazón puede estar afectado en 25 a 40% y los riñones en 30 a 50%, factores determinantes del pronóstico. **Caso clínico:** Masculino de 67 años previamente sano. Acude a urgencias por 1 semana con diarrea, vómito, debilidad y disnea MMRC 3, con deshidratación grave. En sus estudios iniciales creatinina 9.8 mg/dl, BUN 125 mg/dl, Hb

5.3, reticulocitos corregidos 0.9, fenómeno de Rouleaux en el FSP y acidosis metabólica con criterios de diálisis de urgencia. Se hizo aspirado de médula ósea con 22% de CP. Se le realizaron: IgA 0.25 g/L, IgG 53.6 g/L, IgM 0.176 g/L, calcio 9.4, proteínas totales 9.8 g/dl, albúmina 2.2, globulina 7.6, B2-microglobulina 43.0, BT 7.5, BD 6.7, FA 157, serie ósea con lesiones líticas, electroforesis de proteínas séricas con pico monoclonal en Gamma, LC lambda. Se dio tratamiento con ciclofosfamida, talidomida y dexametasona. La función renal se recuperó y mejoró el patrón colestásico secundario a MM. Durante su estancia presentó síndrome de Stokes-Adams, se realiza Holter con bradicardia sinusal y pausas de 2 seg. ECOTT con FEVI 55% y dilatación biauricular. Se colocó marcapasos definitivo. Por sospecha de AL asociada se realizó biopsia de grasa periumbilical con tinción rojo Congo demostrando amiloides perivasculares. **Conclusión:** El 30 % de pacientes con MM tienen depósitos de amiloide asintomático, sólo 10-15 % son sintomáticos, confiriendo mal pronóstico con supervivencia de 15 meses. La AL cardíaca presente en el 60% debe sospecharse ante síntomas de insuficiencia cardíaca, dilatación biauricular y/o hipertrofia ventricular. En éste caso presentó alteraciones del ritmo por dilatación auricular. La supervivencia de pacientes

con AL y afección cardíaca reduce a 5 meses

Palabras clave: amiloidosis sistémica, mieloma múltiple, cadenas ligeras lambda.

Folio: 0517

Tema: Epidemiología

Principales causas de años de vida perdidos por muerte prematura en hombres en edad productiva en Guanajuato 2016

Garnica Francisco, Sánchez de Aparicio Enrique, Álvarez Martha Mercedes, Lara Elia

Departamento de Medicina y Nutrición, División Ciencias de la Salud, Universidad de Guanajuato

Introducción: El estudio de la carga de enfermedad ofrece una manera de analizar las pérdidas de salud, entre los indicadores que se utilizan se encuentra "Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura" estos se obtienen al multiplicar el número de muertes para cada grupo de edad por la esperanza de vida estándar a esa edad, independientemente del sexo. La esperanza de vida al nacer de esta tabla estándar es de 86 años y deriva de aplicar la menor mortalidad por edad y sexo observada en el mundo. **Objetivo:** Describir las principales causas de años de vida perdidos por muerte prematura hombres de 15 a 49 años en Guanajuato durante 2016. **Materiales y métodos:** Se realizó estudio descriptivo, retrospectivo, el modelo de

captación de datos está estructurado por las variables: sexo y grupo de edad en Guanajuato en 2016, utilizando registros de datos públicos administrativos. **Resultados:** Durante 2016 las principales causas de años de vida perdidos por muerte prematura en hombres de 15 a 49 años son en primer lugar el Suicidio y violencia interpersonal 44,528 (23.17%), Los accidentes de transporte 35,564 (18.5%), Diabetes, enfermedades endócrinas, urogenitales y de sangre 21,065 (10.96%), Cirrosis 20,080 (10.44%), Enfermedades cardiovasculares 16,441 (8.55%), Lesiones no intencionales 14,672 (7.63%), Neoplasias 13,300 (6.92%), enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias bajas y otras infecciones comunes 5,032 (2.62%), trastornos mentales y por consumo de sustancias 5,000 (2.6%), VIH/SIDA y tuberculosis 4,105 (2.14%)

Conclusiones: Las principales causas son las producidas por lesiones provocadas o autoinfligidas, también tenemos las enfermedades infecciosas y las no transmisibles.

Palabras clave: años de vida perdidos por muerte prematura, carga de enfermedad, esperanza de vida, hombres en edad productiva, epidemiología, Guanajuato 2016.

Folio: 0518

Tema: Misceláneos

Perfil epidemiológico de la mortalidad por neoplasias gi-



necológicas entre 2014 y 2016 en el estado de Yucatán

López Katheryn, Méndez Nina, Pappas Marcos, Calafell Pablo Antonio, Hernández Diego
Universidad Marista de Mérida

El cáncer ginecológico es causa de gran número de defunciones en México. El objetivo del estudio consistió en comparar la incidencia de los distintos tipos de neoplasias ginecológicas con relación a la edad de mortalidad y el área geográfica de vivienda. En este estudio, realizado en el estado de Yucatán, se recaudaron estadísticas epidemiológicas concernientes a la mortalidad dependiente de las neoplasias en la población femenina por medio del análisis de la base de datos recaudados del INEGI. Se relacionó la información obtenida con diversas variables, como causa de mortalidad, lugar de defunción, grupo etario, escolaridad y afiliación. **Resultados.** En el lapso entre los años 2014 a 2016, el tipo de cáncer ginecológico que presentó mayor número de defunciones fue el cáncer de mama, seguido por cáncer de cuello uterino y el ovárico, con una mayor mortalidad en el grupo etario entre los 50 y 59 años. En relación con la ubicación, se obtuvo como resultado una mayor incidencia de mortalidad en Mérida con respecto a los demás municipios. Los resultados de una regresión logística multinomial en la que se relacionó la causa de defun-

ción con el trabajo, tomando de nuevo al cáncer de mama como valor de referencia. Se pudo observar que la mortalidad originada por neoplasias ginecológicas no específicas, así como la originada por el cáncer cervicouterino presentaron un valor significativo de $p = 0.04$ y 0.01 , respectivamente. regresiones logísticas multinomiales que relacionan el grupo de edad con el cáncer de ovario y mama, respectivamente, tomando como valor de referencia al grupo de 50 a 59 años. En cuanto al cáncer de ovario, se obtuvo un valor significativo ($p = 0.015$) en el grupo de 80 a 89 años, con una relación positiva, lo que quiere decir que este grupo presentó un mayor riesgo de mortalidad por cáncer de ovario que el grupo de 50 a 59 años; por lo contrario, el cáncer de mama, a pesar de haber obtenido un valor significativo para el grupo de 80 a 89 años ($p = 0.010$), presentó una relación negativa, lo que significa que este grupo tuvo un menor riesgo de morir por cáncer de mama que el de 50 a 59 años, mismo que fue el grupo modal de defunción. Discusión. Los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con los datos obtenidos en otros en cuanto a los cánceres que causan una mayor mortalidad en la población femenina; sin embargo, en países asiáticos existe una distribución muy diferente en cuanto a los grupos de edad en los que son más

letales. **Conclusiones:** El CaCu continúa siendo la principal causa de defunción por neoplasia entre las mujeres yucatecas, sin embargo, la mortalidad por CaMama ocurre a edades más tempranas.

Palabras clave: cáncer, mujer, mortalidad, mama, cervicouterino.

Folio: 0519

Tema: Neurología

Encefalitis autoinmune anti-NMDA: reporte de caso

Martínez Javier Alejandro, Cardenas Marco Antonio, Nañez Homero

Hospital Universitario José Eleuterio González Gonzalitos Universidad Autónoma de Nuevo León

La encefalitis mediada por anti-NMDA fue descrita por primera vez en 2007. Afecta predominantemente a jóvenes con predominio sobre sexo femenino 4:1 causa déficits subagudos de la memoria y la cognición, seguido a menudo por un nivel de consciencia o coma suprimido. Una historia y un examen cuidadosos pueden mostrar indicios tempranos de causas autoinmunes particulares, como neuromiotonía, hipereplexia, psicosis, distonía o la presencia de tumores particulares. Las pruebas complementarias con MRI y EEG pueden ser útiles para excluir otras causas, controlar las convulsiones y, en raras ocasiones, para identificar hallazgos carac-

terísticos. Se interconsulta de urgencias por crisis convulsivas de primera ocasión una paciente femenina de 19 años de edad, soltera, católica, educación secundaria, desempleada. Antecedentes heredofamiliares negados. Antecedentes personales no patológicos negados, así como personales patológicos. Inició su padecimiento dos meses previos a su ingreso, al ser observada por la madre con abulia y apatía, por lo que fue llevada a valoración psicológica y recibió diagnóstico de depresión mayor. La siguiente semana presentó sensación de miedo posteriormente postura tónica de hemicuerpo derecho con progresión a movimientos tónico clónicos bilaterales, con supravversión de la mirada y pérdida de la conciencia durante 30 segundos con periodo de recuperación de 5 minutos, con posterior alteración conductual y alucinaciones visuales y auditivas. Acudió a clínica psiquiátrica, donde recibió manejo y seguimiento con risperidona, valproato de magnesio, biperideno y clonazepam con dosis no especificadas e internamiento durante 3 semanas en donde no notan mejoría por lo que la dan de alta voluntaria. El día de su ingreso presentó 3 episodios de mismas características por lo que acude a nuestra institución. Su ingreso a urgencias acude con 120/80 de TA, 80 de FC, 16 de FR, saturando 98. A la exploración neurológica, estado mental:

Somnolienta, desorientada en tiempo y espacio, disminución de la atención y períodos de agitación psicomotriz, sin alteración del lenguaje, obedece órdenes simples, nominación y repetición intactas. Nervios Craneales sin alteraciones, en lo motor: fuerza disminuida en las 4 extremidades (4/5). Con REMs: normales en las 4 extremidades (2+). Patológicos y atáxicos ausentes. Sensitivo sin alteraciones. Coordinación sin disimetrías o disidiadococinesia. Ausencia de movimientos anormales y signos meníngeos al momento de la valoración. Se le toman laboratorios generales sin alteraciones, y resonancia magnética normal. Se realiza PL donde se reportan 15 leucocitos (predominio linfocitos), relación de glucosa de 0.72, lactato 1.8, tinta china negativa y gram con escasos leucocitos. Se realiza pcr para Hsv 1, hsv 2 y VZV negativo. Panel viral negativo y VDRL negativo. Ante la alta sospecha de encefalitis autoinmune se solicitan anticuerpos anti NMDA y debido a la sospecha clínica y criterios cumplidos se comienza manejo con metilprednisolona por 5 dosis, posteriormente inmunoglobulina teniendo mejoría franca al segundo día de inmunoglobulina, al terminar se comienza con ciclofosfamida y es egresada con completa mejoría, habiendo realizado screening para descartar neoplasia. Tanto el diagnóstico como el tratamiento de la en-

cefalitis autoinmune requiere un enfoque el cual sea organizado, en donde la evaluación debe comenzar con una historia detallada y un examen físico para detectar pistas sobre causas específicas. Llegando así a un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Palabras clave: encefalitis autoinmune, crisis convulsivas, anti NMDA.

Folio: 0520

Tema: Otros

Análisis de resultado de un programa de monitoreo de colocación de accesos venosos centrales de un hospital de tercer nivel del noreste de México

Violante Jorge Rafael, Vera Raymundo, Hernandez Dali Alejandro, Escobedo Nicolas, Castro Ana Gabriela, González Santiago Elizandro, Sanchez Maria José, Nañez Homero
Medicina Interna, Hospital Universitario UANL

Introducción: La utilización de accesos vasculares centrales es una práctica común en hospitales de segundo y tercer nivel, no solo en pacientes críticamente enfermos en la terapia intensiva o en el departamento de urgencias, sino también en pacientes en sala de internamiento. Su aplicación y uso diario no está exento de complicaciones, por lo cual es de vital importancia estandarizar un método seguro para la colocación de estos. Existen equipos de trabajo para disminuir algunas de



las complicaciones durante o posterior al procedimiento de colocación del catéter venoso central (CVC) y los catéteres de hemodiálisis (HD). Estos han demostrado disminuir la cantidad de eventos adversos e infecciones relacionadas al uso de accesos centrales. En nuestra institución se desarrolló uno de estos equipos de mejora continua en el año 2007. **Material y métodos:** Se desarrolló un estudio transversal, observacional y descriptivo. Se utilizó para la adquisición de datos un Programa de Atención Integral (PAI) para el buen uso de Accesos Venosos centrales. Este PAI fue implementado dentro del Hospital Universitario de la UANL, un hospital regional del tercer nivel del noreste de México. Se incluyeron dentro de este todos los pacientes mayores de 18 años que fueran ingresados a la sala de medicina interna, y que requirieran un acceso venoso central. Se incluyó el periodo del 1 de enero al 31 de agosto de 2018. Los criterios de eliminación fueron pacientes con datos faltantes. La descripción de variables fue hecha con frecuencias y porcentajes para variables categóricas y de variables numéricas se valoró su normalidad con prueba de Kolmogorov-Smirnov y se utilizó mediana (q25-q75) para su descripción. **Resultados:** Se incluyeron un total de 216 pacientes. Un total de 92 (42.6) eran del género femenino, y las principales comorbilidades fue-

ron DMT2 con 21 (9.7) e HTA con 6 (2.8). Un total de 142 (68.6) fueron CVC. El restante fueron catéteres de HD. Las razones para la colocación de los mismos fue distinta dependiendo del tipo de catéter: para los CVC la razón principal fueron causas infecciosas (sepsis) con 38 (17.6%) y oncológicas con 26 (12%) y para los catéteres de HD la causa principal fue la presencia de ERC con 65 (30.1). Hubo una tasa de bacteremias por cada 1000 días/catéter dentro del grupo de CVC; hasta el momento es de 0.88 con un promedio de día catéter de 8.79 días (+ 2.18 DE) lo cual está dentro de los estándares de calidad internacionales. Conclusión Los accesos venosos centrales son una herramienta útil y frecuente en el manejo de los pacientes. La mayoría de los accesos fueron CVC, por causas infecciones y oncológicas. Para los catéteres de HD, las principales causas fueron ERC y Sd. Urémico. Los programas de mejora continua sirven para mantener el apego a las recomendaciones internacionales y disminuir las complicaciones relacionadas al uso de accesos centrales.

Palabras clave: CVC, HD, acceso venoso.

Folio: 0521

Tema: Gastroenterología

Síndrome de sobreposición de hepatitis autoinmune y cirrosis biliar primaria asociado a hipotiroidismo, fibrosis pulmonar

y enfermedad de Parkinson: a propósito de un caso

Espinosa Ramón¹, Regino Nora Elemi², Carmona Jorge Alberto¹, Paulino Guillermo¹, Juárez Leonardo Samuel¹, López Jorge Alberto¹, Tetlalmatzi Ricardo Antonio¹

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social/Hospital General de Zona 1-A; ² Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción: Las hepatopatías crónicas de origen autoinmune comprenden hepatitis autoinmune (HAI), cirrosis biliar primaria (CBP) y colangitis esclerosante primaria (CEP). El síndrome de sobreposición describe la coexistencia de 2 entidades en un mismo paciente. Presentamos el caso de paciente que cumple criterios diagnósticos del sobreposición HAI Y CBP. También se diagnosticó hipotiroidismo primario, fibrosis pulmonar y enfermedad de Parkinson. **Caso:** Femenino de 64 años, antecedentes de diabetes tipo 2, tratada con insulina NPH, resto negado. Acudió a valoración por melena, síndrome anémico y desorientación. Al examen físico ictericia escleral, hepatomegalia, asterixis y signo de rueda dentada presentes, resto sin alteraciones. Se otorgó manejo para encefalopatía hepática y transfusión de hemoderivados. Se realizaron estudios de extensión: AST 74 U/L, ALT 19 U/L, GGT 269U/L, BT 12.5 mg/dL, BD 7.2 U/L, BI

5.3 U/L, FA 832 U/L, Albúmina 1.3 g/dL, TP 23s, serología para VHA, VHB, VHC y VIH negativos. Se solicitaron inmunológicos con anticuerpos anti-nucleares (ANA) 1:1,000 patrón moteado fino; antimitocondriales (AMA) 1:160 patrón moteado grueso; anti-DNA doble cadena 10.3 UI/mL, IgG 6,660 mg/dL, factor reumatoide (FR) 267 UI/mL. Se realizó biopsia hepática que reportó hepatitis crónica de interfase, disminución de conductos permanentes y actividad lobulillar leve, fibrosis portal en puentes en estado pre-cirrótico. Se concluyó sobreposición HAI y CBP iniciando azatioprina 50mg cada 12h y ácido ursodesoxicólico 500mg cada 12h. Durante seguimiento presentó bradipsiquia, bradicardia, hiponatremia e hipercolesterolemia con TSH 24.8 UI/mL, T4L 0.7 ng/dL y anticuerpos anti-peroxidasa de tiroideas 10 UI/mL iniciando levotiroxina 100µg cada 24h. Sin manifestaciones respiratorias, radiografía de tórax con patrón intersticial y TAC simple de tórax con engrosamiento peribronvascular y septal e imagen en panel de abejas. Se realizó espirometría FVC 1.52L, 41.8% del esperado, FE1/FVC 81% concluyendo patrón restrictivo. Gasométricamente con PaO₂ 50mmHg, PaCO₂ 30mmHg, HCO₃ 20.4 y SO₂ 93% por lo que se inició oxígeno domiciliario. A pesar de encontrarse eutiroides con TSH 1.73UI/

mL, se presentó a consulta con bradicinesia, rigidez, marcha festinante en anteflexión, rotación en 4 movimientos concluyendo enfermedad de Parkinson iniciando tratamiento con levodopa/carbidopa 250/25mg cada 24 horas mostrando una respuesta clínica favorable. **Conclusión:** Cumplió con los criterios de Paris para CBP: con FA, GGT y AMA elevados. Para HAI: IgG elevada y biopsia hepática con hepatitis de interfase. No existen ensayos clínicos controlados sobre el tratamiento por lo que es empírico y se basa en el uso de esteroides, azatioprina y ácido ursodesoxicólico. Se creía que el síndrome de overlap HAI-CBP es una enfermedad autoinmune órgano específico cuyo principal blanco es el hígado; sin embargo se han identificado otras afecciones extrahepáticas autoinmunes involucradas como lo son manifestaciones pulmonares y distiroidismo entre otras.

Palabras clave: cirrosis biliar primaria, hepatitis autoinmune, síndrome de sobreposición, fibrosis pulmonar, hipotiroidismo, enfermedad de Parkinson.

Folio: 0523

Tema: Oncología

Neoplasia de origen primario desconocido, a propósito de un caso

Reyes Abraham Emilio, Castro Luis Javier, Rodríguez José Luis, Rodríguez María Berenice, Sanzón Lizeth

Hospital Central Norte Pemex

Las neoplasias de origen primario desconocido representan una entidad única donde el tumor es capaz de metastatizar antes de que el sitio primario sea lo suficientemente grande para ser identificado. Se trata de femenino de 66 años de edad, procedente de la Ciudad de México, hospitalizada en el Hospital Central Norte Pemex, inicia 24 hrs antes de su hospitalización con evacuaciones diarreicas en número de 20 acompañadas de moco, sin sangre, vómito en una ocasión de contenido gástrico, además de astenia, adinamia, mialgias y dolor abdominal tipo cólico, localizado en hipogastrio de intensidad 9/10 continuo, que cede con las evacuaciones y empeora con el consumo de alimentos. Signos vitales: presión arterial, 120/70 mmHg; frecuencia cardiaca, 85 latidos por minuto; frecuencia respiratoria, 20 respiraciones por minuto; temperatura oral, 36.5 °C. Consciente orientada, parcialmente hidratada, sin ingurgitación yugular, sin adenomegalias, campos pulmonares con hipoventilación infraescapular bilateral, además de abolición de frémito vocal, y matidez bibasal, se integra síndrome de derrame pleural bilateral, cardiovascular sin alteraciones. Abdomen distendido, dolor a la palpación de manera generalizada, onda ascítica presente, matidez en semiluna, peristalsis presente aumentada en intensidad con adecuada



frecuencia, sin datos de irritación peritoneal, submatidez generalizada, puntos renou-
reterales negativos, giordano
negativo. Extremidades íntegras
sin alteraciones. Estudios de la-
boratorio: hemoglobina de 11.9
gr/dl, hematocrito de 36.7%,
plaquetas de 435 000, leuco-
citos de 16.7 a expensas de
neutrófilos de 14.9; linfocitos),
sin alteraciones en la química
sanguínea; sodio:144 mEq Po-
tasio 3.2 mEq Cloro:102 mEq.
Radiografía simple de tórax con
derrame pleural bilateral, pun-
ción diagnóstica y evacuadora
de líquido de derrame pleural,
se obtiene líquido café oleo-
so que se envía para estudio
citológico y citoquímico, PCR
para tuberculosis y estudio
de patología se encuentra au-
mento de DHL y negativo para
tuberculosis. Se realiza tomo-
grafía abdominal y torácica la
cual reporta: derrame pleural
bilateral, datos de caracterís-
ticos de hepatopatía crónica,
múltiples masas peritoneales
infra y mesocolicas con refor-
zamiento de contraste. Días
después el análisis patológico
e inmunohistoquímico reporta
cistoadenocarcinoma Papilar Se-
roso de Ovario (CK7+,calretinina
-, TTF1-).

Palabras clave: neoplasia, pri-
mario desconocido.

Folio: 0524

Tema: Epidemiología

**Panorama epidemiológico
de la mortalidad por cirrosis
hepática alcohólica en el es-**

tado de Yucatán entre 2013 y 2016

*Vázquez Lucía Lisseth, Melén-
dez Elisael, Moo Carlos Daniel,
Méndez Nina*

Universidad Marista de Mérida

Introducción: El consumo de alcohol es una de las causas que más peso tiene por sí sola en la morbilidad y mortalidad mundiales. Se ha estimado que contribuye en cerca de 4% al riesgo global de muerte en el mundo, apenas por debajo del tabaquismo que contribuye con 4.1% a ese riesgo global. La hepatitis alcohólica es uno de los principales problemas de salud en México. Es una de las causas principales de mortalidad general. De manera general en México la cirrosis hepática es la tercera causa más común de muerte en hombres y la séptima en mujeres. La cirrosis hepática es la fase avanzada de un gran número de padecimientos crónicos del hígado. Se estima que para el año 2020 habrá alrededor de dos millones de pacientes con enfermedad hepática crónica. **Objetivo.** Presentar el panorama epidemiológico de la mortalidad por cirrosis hepática de ambos sexos tanto de Yucatán como de México y analizar las tendencias en lo concerniente a la mortalidad en el sexo femenino.

Material y métodos: Estudio epidemiológico, observacional retrospectivo. Se analizaron las bases de datos abiertas de mortalidad nacional de la dirección

general de epidemiología con atención en el periodo comprendido entre 2013 y 2016 por causa de cirrosis hepática alcohólica. Los datos fueron procesados mediante Excel y analizados empleando el programa estadístico Stata14. Se analizaron como variables a aquellos datos de información sociodemográfica y de diagnóstico CIE-10. **Resultados:** Entre los años 2013-2016, se registraron 38,866 muertes de ambos sexos por cirrosis hepática alcohólica entre los años 2013-2016, siendo en Yucatán un total de 487 defunciones. En relación a la proporción de muertes sexo masculino/sexo femenino en Yucatán, en el año 2013 el 90.61% de las muertes fueron hombres y el 9.39% mujeres, en el año 2014 el 90.43% y 9.57%, en el 2015 el 91.19% y 8.81%, y en 2016 el 91.67% y 8.33% respectivamente. En Yucatán el 12.69% de las muertes en el sexo femenino fueron consecuencia de la cirrosis hepática alcohólica, en comparación con el 10.85% a nivel nacional por la misma causa. En el año 2013 el 24.94% del total de muertes fue por cirrosis hepática alcohólica, en el 2014 fue de 24.36%, 2015 de 24.33% y en el 2016 hubo un repunte con el 26.35%. La edad promedio de muerte por cirrosis hepática alcohólica es considerablemente más temprana en Yucatán al ser de 33 años en comparación con 56 años a nivel nacional. Los hombres en

el estado de Yucatán mueren a menor edad que las mujeres por una diferencia mínima de un año, siendo así que la edad promedio de muerte del sexo masculino en Yucatán es de 33 años en comparación con el sexo femenino de 34 años. Lo mismo ocurre a nivel nacional pues la edad promedio de muerte en los hombres es de 56 años en comparación con el sexo femenino de 57 años.

Discusión: A nivel nacional, el número de defunciones por cirrosis secundaria a alcohol se ha mantenido constante desde el año 2013 al 2016, se ha mantenido en promedio 9.936 muertes por cirrosis en un promedio de 636.655 muerte al año. En comparación con nuestros resultados, en relación con la proporción de muertes sexo masculino/sexo femenino en Yucatán, en el año 2013 el 90.61% de las muertes fueron hombres y el 9.39% mujeres, en el año 2014 el 90.43% y 9.57%, en el año 2015 el 91.19% y 8.81%, y en el año 2016 el 91.67% y 8.33%. En Yucatán el 12.69% de las muertes en el sexo femenino fueron consecuencia de la cirrosis hepática alcohólica, en comparación con el 10.85% a nivel nacional en el periodo comprendido de 2013 a 2016.

Conclusiones: En el periodo comprendido entre 2013 y 2016, en el estado de Yucatán, la mortalidad por cirrosis hepática alcohólica se presentó a edades mas tempranas que a

nivel nacional. La proporción de mujeres que fallecen por esta causa es significativamente mayor en Yucatán que a nivel nacional.

Palabras clave: mortalidad, cirrosis hepática, alcoholismo, epidemiología, mujeres.

Folio: 0526

Tema: Endocrinología

Crisis hipercalcémica secundaria a insuficiencia suprarrenal.

Reporte de un caso

Castillo Rodrigo, Flores María Fernanda, Parra Nela Melissa, Mendoza Jesus Guillermo, González Hector Raul, Soriano Ana Mercedes

Hospital General Dr. Manuel Gea González

La hipercalcemia es un hallazgo común encontrado en los pacientes hospitalizados y una pista importante que sugiere la presencia de una enfermedad no sospechada. Aunque la hipercalcemia usualmente es causada por hiperparatiroidismo primario o de etiología neoplásica, es importante considerar otras condiciones causantes de hipercalcemia, siendo la insuficiencia suprarrenal una causa rara pero importante de hipercalcemia. **Presentación de caso:** Se trata de paciente femenino de 22 años de edad, sin antecedentes de importancia que acude por cuadro clínico de astenia, adinamia e hiporexia progresiva de cuatro meses de evolución, con progresión posterior a náuseas y vómitos de

manera intermitente y pérdida de peso significativa de 10kg no intencionada de misma temporalidad, tratada con manejo sintomático. Una semana previa a su ingreso presenta exacerbación de náusea y vómito, dolor abdominal, debilidad generalizada y deshidratación, por lo que acude al servicio de urgencias. Al examen físico destaca TA 80/40, FC 125, FR 26, T° 35.5°, con facies caquética, deshidratación e hiperpigmentación mucocutánea. Dentro de sus laboratorios de ingreso destaca glucosa 54, hipercalcemia severa (calcio corregido de 14.4) y creatinina 1.94. Por lo que se inició manejo con reanimación hídrica y diurético de asa. A su ingreso a Medicina Interna se inició abordaje de hipercalcemia. PTH de < 5pg/mL. TAC contrastada de tórax y abdomen sin alteraciones, 25-OH-Vitamina D de 20.2ng/mL, PTHrp indetectable (1.4pmol/L), descartando etiología neoplásica de hipercalcemia. Las pruebas de función tiroidea revelaron niveles normales de TSH (2.49uIU/mL), tiroxina libre (1.22ng/dL), hormona de crecimiento (0.77ng/mL). Finalmente, se solicitaron niveles de cortisol basal (0.94ug/dL) y ACTH de 4930pg/mL, anticuerpos 21-hidroxilasa de 207.1U/mL confirmando insuficiencia suprarrenal autoinmune como causa de la hipercalcemia. Se inició administración de hidrocortisona IV dosis de estrés, con resolución de hipercalce-



mia al tercer día con calcio de 8.2. A su egreso continuó con manejo sustitutivo con prednisona y fludrocortisona, niveles de calcio de control en 9mg/dl. **Discusión:** La prevalencia reportada de hipercalcemia en insuficiencia suprarrenal es del 5.5%-6.0% al momento del diagnóstico. Aunque el mecanismo de hipercalcemia no es conocido a detalle, se sugieren varias teorías. La hipovolemia y reducción de la tasa de filtrado glomerular resulta en un aumento en el calcio filtrado por los glomérulos y en la reabsorción en túbulo proximal. Por otra parte la actividad de 1-alfa-hidroxilasa se encuentra incrementada en estos pacientes, participando en la conversión de calcidiol en su forma activa, calcitriol, aumentando la absorción de calcio. Finalmente, la reducción de la hormona paracrina secretada por la glándula adrenal, conocida como estaniocalcina (papel importante en la reducción de calcio circulante), puede resultar en hipercalcemia. **Conclusión:** Este caso representa la insuficiencia suprarrenal como una etiología de hipercalcemia. Tras la exclusión de otras causas más comunes, se deben tomar en cuenta el papel importante de las causas endocrinológicas de hipercalcemia, particularmente, la insuficiencia suprarrenal.

Palabras clave: hipercalcemia, insuficiencia suprarrenal, endocrinología.

Folio: 0527

Tema: Nefrología

Deterioro abrupto de la tasa de filtración glomerular como manifestación de nefropatía no diabética en paciente con diabetes mellitus tipo 2: reporte de un caso

Mena Jorge¹, Castaño Ana Gabriela², Hernandez Manuel Antonio¹, Barajas Cristian Emmanuel¹, Chávez Jorge Alberto¹, Borjas Jaime Antonio²

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Departamento de Nefrología

Hospital Central Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, México

Antecedentes: Los cambios microvasculares asociados al riñón representan la principal causa de enfermedad renal crónica en nuestra población, refiriéndose a esta entidad como nefropatía diabética (ND). **Objetivo:** Presentar un caso de ND con evolución clínica diferente. **Caso:** Femenino de 36, tabaquismo de inicio a los 11 años (IT: 7 paquetes / años), uso de marihuana de manera ocasional, diabetes mellitus II de 20 años, hipertensión arterial sistémica de tres años, ERC III de tres años de diagnóstico, hipotiroidismo de dos años de diagnóstico, amputación de primer orjejo de pie izquierdo secundario a necrobiosis diabética. Acudió por cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal, náuseas y vómito, aliento urémico, fondo de ojo

con retinopatía proliferativa, derrame pleural izquierdo. Paraclínicos: derrame pleural izquierdo 300 eritrocitos: incontables. RAC 31619.98 mg/gr, albuminuria: 10244.8 mg/dL. Ultrasonido renal: morfología lobulada ecogenicidad normal relación C/M conservada, seno de morfología normal. Dado el deterioro abrupto de la TFG, eritrocitos dismórficos en sedimento urinario, nefrosis maligna y sonografía respetada, se sospecha en enfermedad glomerular anexa a la nefropatía diabética. Se realizó biopsia renal en donde se reportaron glomérulo nefritis proliferaría difusa crecentica mediada por IgA + Nefropatía diabética, ANCA's negativos. **Discusión:** Se deberá sospechar de la presencia de nefropatías distintas a éstas en aquellos pacientes que no sigan el curso natural de la enfermedad. **Conclusión:** Patología poco sospechada, su detección oportuna involucra un tratamiento temprano y mejor pronóstico.

Palabras clave: diabetes mellitus, nefropatía no diabética, nefropatía por IgA.

Folio: 0529

Tema: Misceláneos

Presentación de caso de paciente con diagnóstico de disección aórtica tipo B crónica

De La Cruz María Fernanda¹, Peón Gerardo², Buenfil Coralía¹, Matos Fátima¹, Paredes Rosalba¹

¹ Universidad Marista de Mérida; ² Clínica de Mérida

La disección de la aorta es una afección potencialmente fatal que ocurre por un desgarro íntimo-medial dentro de la pared de la aorta. **Objetivo.** Analizar la importancia del empleo de diferentes métodos diagnósticos y pronósticos en el abordaje de la disección aórtica en pacientes con comorbilidades. **Caso clínico:** Masculino de 75 años jubilado, nacido y residente de la ciudad de Mérida, Yucatán; quien acudió por dolor torácico y a la altura de riñón izquierdo, 9/10 en escala de Wong-Baker, y antecedentes de HTA y DM2. Mediante USG y TAC, se observó tumor renal con lesiones hepáticas hipodensas multisegmentarias las cuales se asocian a metástasis de hígado, de igual forma se halló la disección de la aorta. Mediante Angiotac, se identificó disección de aorta torácica y abdominal iniciando en la emergencia de la arteria subclavia izquierda por lo que la elección del tratamiento se basó en el pronóstico medido a partir de la Prueba (TUTE), que permitió decidir tratamiento por TEVAR. La valoración realizada en cardiología, por medio de un ecocardiograma transesofágico se observó cardiopatía hipertensiva (hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo con disfunción diastólica ligera cardiopatía isquémica (zona hipocinética en el septum medio-apical). También se

encontró disección aórtica con cáncer metastásico con un pronóstico en general malo. Se realizó colocación de stent en arteria coronaria y bypass carotídeo en la subclavia izquierda. Se prosiguió el tratamiento quirúrgico por endoprótesis. Finalmente, en el posoperatorio, los estudios revelaron una disminución en los cambios de tipo congestivos; de igual manera se encontró persistente la obliteración de diafragma de hemidiafragma izquierdo.

Discusión y conclusiones: La evolución postoperatoria del paciente fue exitosa y se logró aumentar la esperanza de vida. Debe sospecharse en aquellos pacientes con dolor torácico intenso, hipertensos y con EKG no concluyente.

Palabras clave: aneurisma, disección aórtica, procedimientos endovasculares, TEVAR.

Folio: 0530

Tema: Neurología

Elevada frecuencia de depresión mayor y riesgo suicida en población maya-mestiza de Yucatán

Bravo Erandi¹, Peña Barbara Itzel², Miguel Oliver Aldhair¹, Méndez Herón Gaspar¹, Nicolini José Humberto³, Menjivar Marta Alicia⁴

¹ Servicio de Neurociencias del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán; ² Laboratorio de Genómica de la Diabetes, Facultad de Química, Unidad Académica de Ciencias y Tec-

nología de la UNAM en Yucatán (Pc&Ty), Mérida, Yucatán, México; ³ Laboratorio de Genómica de Enfermedades Psiquiátricas y Neurodegenerativas, Instituto Nacional de Medicina Genómica; ⁴ Unidad de Medicina Personalizada UNAM en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, Laboratorio de Genómica de la Diabetes, Facultad de Química, Unidad Académica de Ciencias y Tecnología

Introducción: La depresión mayor es la enfermedad psiquiátrica más común. Tiene un origen multifactorial con determinantes genéticos, bioquímicos y psicosociales. Es la comorbilidad más asociada a enfermedades sistémicas, en las cuales modifica su pronóstico y sobrevida, además de ser un factor de riesgo para suicidio. La prevalencia de depresión en México es del 9.1%. La Península de Yucatán tiene una de las tasas más elevadas de muertes por suicidio (8.4%). Así mismo, la depresión se presenta en los cuidadores primarios (familiares), donde no es diagnosticada y tratada. Conocer la frecuencia de depresión mayor y riesgo suicida en la población maya-mestiza, tanto de pacientes como de cuidadores, permitirá implementar estrategias que apoyen a disminuir la incidencia de depresión. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de depresión mayor y riesgo suicida en la población



maya-mestiza de Yucatán. **Material y Métodos:** Estudio de cohorte prospectivo en 175 adultos maya-mestizos de la consulta externa que firmaron consentimiento informado. Se contó con la autorización del Comité de Ética del HRAEPY. El instrumento de evaluación para diagnosticar depresión mayor y riesgo suicida consistió la aplicación de los módulos A y C del MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión 5.0.0). Se realizó estadística descriptiva en el programa SPSS 22. **Resultados:** Se incluyeron 67 pacientes y 108 acompañantes (95 cuidadores primarios). El 70% de los encuestados eran mujeres. La edad promedio fue de 42 años sin diferencias por sexo. La escolaridad fue: educación básica incompleta (56%), educación media superior (13%), educación superior (30%) y analfabetismo (1%). La ocupación más frecuente de las mujeres fue ama de casa (57%), y en los hombres las ocupaciones más frecuentes fueron campesino (26%), empleado (12.5%) y obrero (12.5%). El 60% de los participantes tenían un nivel socioeconómico bajo. La frecuencia de depresión mayor en la población evaluada fue del 45% entre los cuidadores, mientras que en los pacientes fue del 47% (solo el 27% eran manejados y tratados en psiquiatría). El riesgo de suicidio en pacientes y cuidadores fue del 26%, de los cuales 59% había tenido un intento suicida

previo a lo largo de su vida, mientras que 29% tenía riesgo suicida actual. Finalmente, en un 13% se conjuntaban intento suicida previo y conductas de riesgo en el último mes.

Conclusiones: La frecuencia de depresión mayor en la población maya-mestiza es superior a la frecuencia nacional. Estos resultados evidencian la vulnerabilidad a depresión mayor y conducta suicida de los enfermos crónicos y sus cuidadores. Este estudio demuestra la necesidad urgente de implementar programas hospitalarios que se extiendan a los cuidadores y brinden un diagnóstico y un tratamiento oportuno, así como la posibilidad de acceder a manejo especializado. Agradecemos los apoyos recibidos a través de beca CONACYT 859707 y PAIP 5000-9110.

Palabras clave: depresión mayor, riesgo suicida, maya mestizo, enfermo crónico, cuidador.

Folio: 0531

Tema: Misceláneos

Revisión sistemática de la estacionalidad de la enfermedad de Kawasaki

Villasuso Victor, Méndez Nina, Cisneros Alejandra, Díaz Ana Cristina

Universidad Marista de Mérida

Antecedentes: El síndrome mucocutáneo linfonodular (enfermedad de Kawasaki) es una afección aguda y autolimitada. Se ha convertido en la principal

causa de enfermedad cardíaca adquirida en niños japoneses y estadounidenses, por lo que amerita establecer la etiología.

Objetivo: El objetivo de este estudio es identificar la asociación entre la enfermedad de Kawasaki y la estacionalidad, así como también establecer cuáles son los factores que aumentan la incidencia en las diferentes estaciones del año en distintos países, para poder obtener mejores predicciones sobre la etiología. **Métodos:** Se identificaron empleando las bases de datos de PubMed y Ebsco los artículos con las palabras “Kawasaki Disease” y “Seasonality”, seleccionando aquellos en los que se encontró la existencia de un patrón entre la variación estacional y la enfermedad de Kawasaki, y además cuenten con una fecha de publicación entre 2003 y 2017.

Resultados: En los 11 estudios se encontró una existencia de la estacionalidad de la enfermedad de Kawasaki. Solo en cuatro se encontró una relación de la enfermedad de Kawasaki con los vientos troposféricos.

Discusión: Las limitaciones de este artículo fueron los escasos estudios publicados sobre el tema, en especial en América latina. **Conclusión:** Esta revisión sustenta la existencia de estacionalidad de la enfermedad de Kawasaki en ambos hemisferios y descarta que el agente etiológico sea de origen infeccioso. La incidencia va en aumento, por lo que conocer

si existe una estacionalidad de la enfermedad de Kawasaki, no solo aporta al diagnóstico y conocimiento de la enfermedad, si no también contribuye a futuras investigaciones para establecer la patogenia y poder aplicar medidas de prevención.

Palabras clave: Kawasaki, estacionalidad, revisión sistemática.

Folio: 0532

Tema: Endocrinología

Incidentaloma suprarrenal

Hurtado José Joel, Briceño Fernando, Zaldivar Nedelé

IMSS HECMN La Raza

Masculino 32 años de edad Tabaquismo: + IT: 1.5 paquetes/año Exposición a solventes y resina durante 8 años. Quirúrgicos, traumáticos, transfusionales y alérgicos: negados HAS: 4 años Tx: Losartan, Nifedipino y Metoprolol 4 meses: astenia, cefalea, palpitations, diaforesis crisis hipertensiva -210/110mmHg Perdida 16kg en 4meses Bilbao 2 Hernandez 0 Agudización de síntomas + dolor abdominal LABS: renina 37.8, Aldosterona 68, ACTH 28, cortisol 7.2, IGF1 67, metanefrinas plasmáticas 65. PErfiul tiroideo sin alteraciones TC: lesión adrenal izquierda 53X56mm, con reforzamiento en fase arterial y lavado 50% aproximadamente tardío Exploracion fisica abdominal: con dolor a la palpación profunda en hipocondrio y flanco izquierdo, sin palpar tumoración, sin hepatoesplenomegalia,

sin datos de irritación peritoneal, sin adenopatías en región inguinal Suprarenalectomia laparoscopica Histopatologico: Feocromocitoma maligno.

Palabras clave: crisis hipertensivas, dolor abdominal, perdida de peso, incidentaloma, suprarenalectomia, feocromocitoma.

Folio: 0533

Tema: Neurología

Asociación entre hipertensión arterial y deterioro cognitivo leve en pacientes mayores de 60 años

Alonso Adriel Ismael¹, Méndez Nina², Dzul Karla Rossanet³

¹ Universidad Autónoma de Yucatán; ² Universidad Marista de Mérida; ³ Universidad Autónoma de Yucatán. Cir Biomédicas

Se estima que a nivel mundial 35.6 millones de personas viven con demencia, cifra la cual se habrá casi duplicado para el año 2030 y triplicado para el 2050, constituyendo la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo en pacientes mayores de 60 años, ocasionando que esta entidad sea una prioridad de salud pública, con el fin de evitar su desarrollo o progresión en base a un diagnóstico temprano de alteraciones en fases iniciales. En el año 2012 ENSANUT informó una prevalencia de demencia en nuestro país del 7.9% y 7.3% de deterioro cognitivo leve en personas adultas mayores. **Objetivo:** Analizar la asociación entre la hipertensión

arterial sistémica y el deterioro cognitivo leve en adultos mayores derechohabiente IMSS PROSPERA de la ciudad Maxcanú, Yucatán, México **Material y métodos:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo (estudio de casos y controles). Se continuó con la medición de presión arterial. Análisis estadístico. Se obtuvieron las estadísticas descriptivas y los análisis de frecuencia y asociación utilizando el paquete de análisis estadístico Stata/SE 13.1. **Resultados:** En total se recabó la información de 132 pacientes. La media de edad de la población estudiada fue de 67.10 ± 6.4 años. La población en estudio se dividió en un grupo de casos y en un grupo control. El grupo de casos estuvo conformado con pacientes con diagnóstico de hipertensión y el grupo control con pacientes sin hipertensión. Cada grupo estuvo conformado por 66 integrantes. El grupo de casos estuvo conformado por 40 mujeres (60.60%) y 26 hombres (39.39%), mientras que el grupo control estuvo conformado por 39 mujeres (58.20%) y 27 hombres (41.79%). La media de edad en el grupo de casos fue de 65 ± 6.95 años, mientras que la media de edad en el grupo control fue de 64.80 ± 6.34 años. Se obtuvo una prevalencia de deterioro cognitivo leve en el total de la muestra del 31.06% (n=41), El rango de edad con mayor proporción de población con



deterioro cognitivo leve fue entre 70-79 años de edad con un 15.90%, seguida con un 9.8% el rango de edad entre 60-69 años, siendo la menos frecuente con un 5.3% el rango de edad de 80 años o más. No se encontró asociación alguna con deterioro cognitivo leve en los pacientes de mayor edad. ($p=0.086$; IC 95% 0.98-1.19). La prevalencia de deterioro cognitivo leve en mujeres fue de 35.44% mientras que en los hombres fue de 24.07%. De acuerdo con el test, en el grupo de casos se observó una prevalencia de deterioro cognitivo leve del 43.3% en comparación con el grupo control en el cual se obtuvo una prevalencia del 18.18%, obteniendo un $OR=3.52$ (IC95% 0.330-2.334). Por lo que el predominio de riesgo de padecer deterioro cognitivo leve en pacientes hipertensos es 3.52 veces mayor que el predominio de riesgo de padecer deterioro cognitivo leve en los individuos no hipertensos. Las diferencias en las proporciones observadas entre los dos grupos son estadísticamente significativas con un valor de $p=0.002$.

Discusión y conclusiones: Existe asociación estadísticamente significativa entre hipertensión arterial y deterioro cognitivo leve. El rango de edad de mayor predominio de deterioro cognitivo leve fue de 70-79 años. El sexo femenino fue el más afectado con una prevalencia de deterioro cognitivo leve mayor en comparación con

el sexo masculino. Adicionalmente, se asoció la presencia de diabetes mellitus tipo II y dislipidemia con un menor score en el test. Aun cuando la presión de pulso demostró una diferencia estadísticamente significativa en pacientes con y sin hipertensión, la presión arterial sistólica fue un mejor predictor del deterioro cognitivo leve.

Palabras clave: deterioro cognitivo, demencia, adulto mayor, hipertensión arterial sistémica, comorbilidades, vejez.

Folio: 0534

Tema: Infectología

Cistitis enfisematosa presentación de caso, abordaje y tratamiento

Rodríguez Rocío Berenice, Pávon Ana Leticia, Moreno Julio
Instituto Mexicano del Seguro Social

La cistitis enfisematosa se presenta predominantemente en mujeres mayores de 60 años; con relación mujer a hombre de 2.2:1, 60-70% de los casos en pacientes diabéticas. Los factores de riesgo son: la inmunosupresión, la falla renal, los antecedentes de vejiga neurogénica o alteraciones anatómicas y pacientes con patología obstructiva. La presentación típica de una cistitis enfisematosa incluye dolor abdominal, bacteremia y disuria. El EGO generalmente indica bacteriuria, piuria y hematuria. La tomografía es el mejor estudio para el diagnóstico.

Aproximadamente 10-20% de los casos requieren cirugía y la mortalidad estimada es del 7%. El principal patógeno identificado en cultivos de orina es *E. coli* (54%). Los factores de mal pronóstico conocidos son: DM2 de larga duración, pobre control glucémico, falla orgánica múltiple, severidad del involucro renal. La terapia debe incluir quinolonas y penicilinas en combinación con inhibidores de betalactamasas, carbapenémicos o cefalosporinas de tercera generación. Se presenta el caso de femenino de 35 años, niega alergias, toxicomanías, diabetes e hipertensión. Ingresó por tres semanas de evolución con infección de vías urinarias sin tratamiento, 7 días antes de su hospitalización con dolor lumbar, astenia, adinamia, dolor pélvico, fiebre no cuantificada, náuseas, cefalea, orina turbia, neumatúria; EF. Con dolor en flanco izquierdo y supra púbico, rebote negativo, Giordano izquierdo positivo. Laboratorios al ingreso Leucocitos 17400 con 84% de neutrófilos, glucosa 99, CR 0.7, EGO estéril leucocitaria 500, nitritos positivos, TAC abdomen riñón derecho cambios inflamatorios, vejiga con neumatización. Se dio tratamiento con imipenem por 14 días. Los laboratorios de control Leucocitos 9100, EGO normal, urocultivos sin desarrollo bacteriano, TAC abdomen normal. **Conclusión:** La cistitis enfisematosa es posiblemente

una enfermedad infecciosa subdiagnosticada que requiere manejo inmediato para una evolución favorable.

Palabras clave: cistitis, enfisematosa, diagnóstico, tratamiento, abordaje.

Folio: 0535

Tema: Infectología

Criptococosis meníngea como manifestación inicial de SIDA C3: reporte de caso

Alcántara Melchor, Belmonte Freddy, Calderilla Laura Gabriela, Jiménez Jesús

Centro Médico ISSEMyM Toluca

Introducción: La criptococosis meníngea es una micosis oportunista causada por *Cryptococcus neoformans*, una levadura encapsulada que afecta principalmente a pacientes con infección por VIH, particularmente cuando el recuento de linfocitos CD4 es menor de 50 células. La levadura se encuentra con frecuencia en las deposiciones de palomas y se adquiere por inhalación. El cuadro clínico se caracteriza por una meningoencefalitis subaguda, en raras ocasiones con meningismo. Esta entidad representa una causa de mortalidad en pacientes con SIDA asociada al retraso en el inicio del tratamiento. **OBJETIVO** Se describe el caso de un paciente con criptococosis meníngea como primera manifestación de SIDA C3. **Exposición del caso:** Masculino de 30 años

de edad, originario y residente de Ixtlahuaca, Estado de México, habitante de casa con residencia habitual de palomas, heterosexual, tres parejas sexuales. Presenta cinco semanas con evacuaciones diarreicas, líquidas, 3 evacuaciones al día cada semana, con pérdida de peso no intencionada de 2 kg. En las últimas dos semanas ha presentado cefalea frontal con intensidad 6/10 pulsátil con mareo. En las últimas 24 horas incrementó la intensidad de la cefalea y ha presentado habla incoherente. A la exploración con desnutrición con IMC 18.7, afebril, con parálisis del VI nervio craneal derecho, con adenopatías inguinales bilaterales menores de 1 cm, el resto de la exploración sin alteraciones. Laboratorios: leucopenia (2.26 103/mcl), neutropenia (1.26 103/mcl), linfopenia (0.78 103/mcl), anemia microcítica hipocrómica (Hb 12.0 g/dL, Hcto 36.0%, VCM 78.1 fL, CMHC 30.2/dL). Química sanguínea sin alteraciones. (Glucosa 88.1 mg/dL, urea 30.6 mg/dL, nitrógeno ureico 14.0 mg/dL, creatinina 0.72 mg/dL). Pruebas de función hepática sin alteraciones. Se documentó infección por VIH por prueba confirmatoria de Western Blot, con carga viral de VIH por PCR de 174,000 copias/ml, log 5.0, en estadio C3 por conteo de CD4 en 2 células/uL con CD8 en 432 células/uL. Hepatitis B y C negativos. Perfil torch únicamente IgG

positivo para citomegalovirus y rubeola. Se realizó resonancia magnética de cráneo la cual mostró lesiones hiperintensas en sustancia blanca en secuencia T1. Se le realizó punción lumbar que mostró LCR incoloro, pleocitosis de predominio linfocitario (celularidad 144 cel/mcL, linfocitos 58%, neutrófilos 26%), hipoglucorraquia (glucosa en LCR 18.0 mg/dL, glucosa capilar 75 mg/dL), proteínas normales (385.7 mg/dL), el cultivo agar Sabouraud en líquido cefalorraquídeo mostró *Cryptococcus neoformans*, se realizó el diagnóstico de SIDA C3 ante neuroinfección por *C. neoformans*, se descartó afección pulmonar del mismo. Se solicitó VDRL y PCR para TB en LCR con resultado negativo. Recibió tratamiento con Anfotericina B liposomal 5 mg/kg/día en conjunto con Fluconazol 800 mg/día durante dos semanas como fase de inducción, durante los cuales se mantuvo con hidratación parenteral calculada a 30 ml/kg, presentó remisión de la parálisis del VI nervio craneal, cursó con episodios de hipokalemia hasta 3.0 mmol/l, no presentó falla renal pero sí trasaminasemia progresiva que no ameritó suspensión del tratamiento (AST máxima 49.6 U/L, ALT máxima 52.9 U/L). Al término del tratamiento el análisis de tinta china y el cultivo de LCR para hongos resultó negativo. El paciente se egresó asintomático, sin deterioro neurológico,



bajo tratamiento con fluconazol 400 mg cada 24 horas como tratamiento de consolidación, aunado bajo profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol para *Pneumocystis jroveci* y azitromicina para MAC (*Mycobacterium avium* complex) por conteo absoluto de CD4. Se difirió el inicio de tratamiento antirretroviral ante posibilidad de síndrome de reconstitución inmune. **Conclusiones:** En pacientes con infección por VIH, las manifestaciones de cefalea subaguda y datos de hipertensión intracraneal deben orientarnos a infecciones del SNC. El diagnóstico y tratamiento tempranos permitieron una adecuada evolución clínica.

Palabras clave: criptococosis, meningea, SIDA, VIH, cefalea, anfotericina.

Folio: 0536

Tema: Gastroenterología

Hemocromatosis: reporte de caso clínico

Herrera Jorge Alexis², García Alejandro¹, Cázares Vanesa Yoaly², Leños Angeles Del Rocio², Mejía Leonardo Miguel²

¹ Hospital General Regional 46, IMSS; ² Hospital General Regional 45, IMSS

Masculino de 70 años referido de la consulta para abordaje de hepatopatía crónica. Antecedente de tabaquismo con IT de 2, etilismo ocasional, DM2 de 30 años, HAS de 8 años. Inicia hace 1 año con astenia,

adinamia, hiporexia y pérdida de 15 kg de peso en 6 meses. Dos semanas previas presenta ictericia, evacuaciones líquidas, hiporexia por dolor epigástrico, suspende antihipertensivos por tendencia a la hipotensión. Acude a médico particular en el que se encuentran pruebas de función hepática alteradas, se deriva a consulta de MI. Ingres para abordaje diagnóstico. A la EF con tinte icterico en tegumentos, hiperpigmentación marcada de la piel, agudeza visual de 20/200. Acantosis nigricans. En abdomen no se delimitan límites hepáticos por abundante panículo adiposo. Estigmas de hepatopatía crónica. En paraclínicos bilirrubina directa de 11.4 mg/dl, GGT 459 U/L, FA 330 U/L, ALT 113 U/L, AST 283 U/L, albúmina 2.3 g/dl, trombocitopenia, tiempos de coagulación prolongados, glucosa de 269 mg/dl. En USG abdominal se reportan cambios sugestivos de hepatopatía crónica. Serologías para virus de hepatitis y anticuerpos negativos; hierro sérico 191 pg/dl, saturación de transferrina 84%, ferritina 10,045.59 ng/ml. Por antecedente de colestasis se solicitó CPRM en donde se descarta proceso obstructivo. CPRE con hallazgos de colestasis intrahepática. Por alta sospecha de hemocromatosis se solicita biopsia hepática a la tinción tricrómica de Masson se concluye cirrosis micronodular, y positivo a tinción azul de Prusia. El paciente cumple con

criterios clínicos de sobrecarga de hierro, con triada clásica de afección hepática, pancreática y cutánea, con ferritina sérica elevada y biopsia hepática positiva a tinción de Prusia, por lo que se concluye hemocromatosis. Se inició tratamiento con flebotomías con disminución paulatina de ferritina y mejoría de control metabólico. Nos mantenemos en espera de resultados de prueba genética para confirmación diagnóstica. **Palabras clave:** hemocromatosis, cirrosis, diabetes mellitus, diabetes bronceada, ferritina.

Folio: 0537

Tema: Cardiología

Caso clínico cardiomiopatía chagásica

Tellez Carlos Alberto

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

Caso clínico cardiomiopatía chagásica **Introducción:** La miocardiopatía crónica de Chagas es la manifestación más grave de la enfermedad de Chagas, es una forma inflamatoria de miocardiopatía dilatada que conduce a una amplia fibrosis cardiaca y un deterioro progresivo de la función contráctil ventricular. Masculino de 43 años de edad originario de Veracruz, alcoholismo crónico intenso. Inicio su padecimiento actual hace aproximadamente 2 meses al presentar disnea progresiva de medianos esfuerzos hasta ser disnea en reposo,

acompañada de tos seca, fatiga y malestar general. Dos días previos a su ingreso la disnea se vuelve incapacitante por lo cual acude a hospital regional donde reportan choque cardiogénico se realiza EKG que reporta fibrilación auricular, para lo cual dan tratamiento con cardioversión eléctrica a 200 j y farmacológica con amiodarona. Se envía nuestra institución para continuar con su manejo médico. A su ingreso a urgencias de nuestro hospital se encuentra con una TA de 90/50 mmhg, 104lpm, 36.8°C, sat 99% con 4l puntas nasales. En su EKG inicial se observa bloqueo de rama derecha además de taquicardia. En la exploración física se observa una paciente con anasarca, ligera proptosis, desdoblamiento permanente del segundo ruido cardíaco, además de S3. Sus laboratorios muestran lactato de 7.4, lesión renal aguda AKIN II, transaminasemia patrón hepatocelular, hiperbilirrubinemia mixta. Se inicia manejo de choque con norepinefrina, posteriormente se agrega dobutamina. Al subir la TA se desteta norepinefrina. Se realiza ecocardiograma transtorácico el cual revela dilatación de todas las cavidades, además de FEVI del 10%, us de abdomen muestra hepatomegalia, sin datos de cirrosis. Se realiza perfil tiroideo el cual es normal, se envía serología para Chagas mediante ELISA la cual resulta positiva. Se inicia destete de dobutamina, además

de continuar con furosemida. Se egresa con manejo de insuficiencia cardíaca a base de beta bloqueadores, IECA, espironolactona, furosemida.

Conclusión: La enfermedad de Chagas debe sospecharse en todo paciente con antecedente epidemiológico compatible y sintomatología de afectación cardíaca. El tratamiento con antiparasitarios en la fase crónica sigue siendo controversial.

Palabras clave: Chagas, cardiomiopatía, *Trypanosoma cruzi*.

Folio: 0538

Tema: Infectología

Tuberculosis epiglótica. Caso atípico

Muñoz Gabriela¹, Manrique Alejandro², Vazquez Eduardo³, Melo Americo², Esquivel Victor¹, Manuel Luis Rey¹, Pelayo Jaime¹

¹ Hospital General de Tampico Dr. Carlos Canseco; ² IMSS HGZ 3; ³ ISSSTE Tampico

Hombre de 29 años de edad, tabaquismo inactivo durante los últimos 2 años, con un índice tabaquico previo de 2.5 paquetes/año, alcoholismo esporádico de manera social, sin otros antecedentes relevantes. Acude por cuadro de disfagia orofaríngea, tanto para sólidos como líquidos, sialorrea, pérdida ponderal involuntaria (10 kilogramos en 3 meses), disnea de medianos esfuerzos ocasional. No presentaba síntomas respiratorios, no fiebre ni diaforesis nocturna. A la exploración física, sin adenopatías,

ruidos respiratorios normales sin integrarse síndrome pleuropulmonar. Dentro de los laboratoriales, todos en parámetros normales, entre ellos se realizaron baciloscopias seriadas resultando negativas y reacción en cadena de polimerasa contra tuberculosis con resultado indeterminado. Radiografía de tórax posteroanterior, normal. Se realiza panendoscopia encontrando lesión exofítica, ulcerada de aproximadamente 2 cm en epiglotis, respetando otras estructuras adyacentes. Se toman biopsias de la masa, encontrando proceso inflamatorio crónico granulomatoso; negativo a malignidad; tinción PAS negativa; tinción Ziehl Neelsen positiva observándose abundantes bacilos ácido alcohol resistentes compatibles con *Mycobacterium tuberculosis*. Se inicia tratamiento antituberculoso con mejoría sintomática.

Conclusión: El diagnóstico diferencial de una masa epiglótica comprende desde lesiones quísticas, granulomatosas, infecciosas, neoplasias tanto benignas como malignas o manifestaciones de enfermedades sistémicas. En este caso se trata de tuberculosis laríngea con localización exclusiva en epiglotis y sin repercusión a nivel pulmonar, recordando que una tuberculosis laríngea representa sólo el 1% de todos los casos reportados de pacientes con tuberculosis, y dentro de sus localizaciones, de manera



extremadamente rara, en epiglotis; Agarwal y Bais (1998) expusieron una serie de 30 casos de tuberculosis laríngea, de los cuales solamente 1 fue en epiglotis.

Palabras clave: tuberculosis epiglotis, tuberculosis laríngea, mycobacterium tuberculosis, disfagia orofaríngea, sialorrea, masa epiglotica.

Folio: 0539

Tema: Oncología

Coexistencia atípica de metástasis cerebral y carcinoma de vesícula biliar

Galván Karla Lizette, Rodríguez Omar Gabriel, Romero Liliana, Arteaga Ricardo

Hospital General CMN La Raza Dr. Gaudencio González Garza

Introducción: Las metástasis cerebrales son los tumores cerebrales más frecuentes (90%). Entre el 10 y 40% de los pacientes con cáncer presenta metástasis cerebrales. La mayoría de series no reportan con claridad el porcentaje de asociación con el cáncer de vesícula biliar. **Objetivo:** Describir el caso clínico de un paciente con cáncer de vesícula biliar que debuto con manifestaciones neurológicas.

Descripción del caso: Hombre de 44 años Inicia 1 mes previo a su hospitalización con monoparesia de miembro torácico izquierdo, ictericia, dolor abdominal, náusea, hiporexia, cefalea opresiva frontal de moderada intensidad, pérdida de

peso de 14 kg en 10 días. En la exploración física destaco, tumefacción dura, no desplazable a nivel de hipocondrio derecho dolorosa a la palpación y datos de lesión piramidal manifestado por fuerza 3/5 miembro torácico izquierdo hiperreflexia de esta extremidad, así como espasticidad. Los laboratorios mostraron datos de colestasis e insuficiencia hepática (AST 168U/L ALT 41 U/L LDH 207 U/L FA 1449 PT 6.41 Alb 2.01 Glob 0.46 BT 13mg/dl BD 12mg/) El USG de hígado y vías biliares reporta tumoración intrahepática de 124x76x91 mm, la Tomografía de abdomen muestra tumoración intrahepática de aspecto maligno de etiología a determinar. Colangiorensonancia magnética: mostró datos sugestivos de neoplasia de la vesícula biliar con crecimiento exofítico hacia el hepático común, condicionando oclusión de la vía biliar. Tomografía de encéfalo: lesión frontal izquierdo subcortical con reforzamiento anular.

Conclusión: Entre el 60 y 80% de los pacientes que presentan una metástasis cerebral tendrán al diagnóstico otra metástasis sistémica sincrónica. La coexistencia con el cáncer de vesícula biliar lo hace aún más atípico; no obstante, ante la ictericia y el déficit focal debe hacer sospechar dicha relación.

Palabras clave: monoparesia, espasticidad, tumoración intrahepática, vesícula biliar.

Folio: 0540

Tema: Hematología

Linfoma no Hodgkin hepa-toesplénico de células T: presentación de caso y revisión de literatura

Zamora Miguel Angel¹, Lucio Ana Felizha¹, González Enrique¹, Osorno Karen Lorena¹, Márquez Óscar Octavio¹, Pezina César Octaviano¹, Alvarado Petra Yuridia Lizeth²

¹ Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González; ² Doctors Hospital

Paciente femenino de 31 años de edad sin antecedentes relevantes. Acude al servicio de urgencias por presentar escalofríos y fiebre no cuantificada de hasta 2 episodios al día, diaforesis nocturna, vómito de contenido gástrico de una semana de evolución. A su ingreso sin datos relevantes en la exploración física, sin embargo por laboratorio se identifica bicitopenia, transaminasemia, aumento de la DHL e hiperbilirrubinemia de predominio directo. Se realiza ultrasonido de abdomen superior encontrándose hígado de 14.6 cm y bazo de 15.7 cm, ambos sin evidencia de lesiones focales. Se solicita perfil viral encontrándose serología para hepatitis B, hepatitis C y VIH negativas. Durante su estancia comienza con exacerbación de citopenias, llegando a presentar trombocitopenia severa y epistaxis de difícil control por lo que solicita valoración por

hematología. Se realiza frotis de sangre periférica donde se identifican múltiples linfocitos de morfología anormal, vacuolados y algunos bilobulados. Ante la sospecha de proceso linfoproliferativo se realizó citometría de flujo que reporta presencia de 15% de una población de células T CD3s positivo, CD3c positivo débil, CD2 positivo, CD4 positivo, CD5 positivo, CD8 positivo, CD45 positivo, $tc\alpha/\beta$ positivo por lo cual se decide realizar aspirado y biopsia de médula ósea. Se reporta por patología biopsia hiper celular (90%), CD3 positivo CD5 positivo CD20 negativo CD10 negativo PAX5 negativo, TDT negativo, positiva para infiltración por linfoma no Hodgkin de células T. Se inicia estadiaje y abordaje para linfoma realizándose TAC toracoabdominal contrastada donde sólo se reporta hígado en límites normales y esplenomegalia de 16 cm sin adenomegalias, por lo cual se solicita biopsia hepática por intervencionismo para determinar infiltración hepática por linfoma reportándose por patología como positiva con un Ki67 positivo, CD4 positivo, TDT negativo integrándose así el diagnóstico de linfoma T hepatoesplénico α/β . Se comienza tratamiento con quimioterapia CHOEP y se egresa para seguimiento por la consulta externa de hematología. Actualmente la paciente ya cursó con 3 ciclos CHOEP con normalización de

transaminasas y bilirrubinas.

Palabras clave: linfoma no Hodgkin de células T hepatoesplénico, linfoma no Hodgkin, hematología.

Folio: 0541

Tema: Dermatología

Síndrome de DRESS asociado a alopurinol en paciente con enfermedad renal crónica estadio 3b

Granados Irene Belen, Rojas Eric, Martínez José Fabián
Instituto Mexicano del Seguro Social

Masculino de 38 años de edad con antecedente de enfermedad renal crónica de 3 meses de diagnóstico con tasa de filtrado glomerular de 30.4 ml/min/1.73m² (calculado por MDRD). A quien se le indico alopurinol 300 mg cada 24 horas, en julio de 2018. 15 días después de haber iniciado el tratamiento presenta prurito y pápulas eritematosas en cara y antebrazos. Dos semanas después presenta dermatosis generalizada en cabeza, cara, cuello, tórax anterior y posterior, abdomen, brazos y antebrazos, dorso de las manos, extremidades inferiores, agregándose edema periorbitario y peribucal alcanzando el 100%, así como adenomegalias de 2 cm cervicales y submandibulares. Cinco días más tarde comienza con placas descamativas gruesas, erupción cutánea morbiliforme, fiebre de 38.5 C, leucocitosis 18.2 X 10³ (neutrófilos 37.1%,

linfocitos 10.3%, eosinófilos 48.7%), creatinina 3.7 mg/dL, BUN 51.60 mg/dL, Urea 110 mg/dL, AST 235 U/L, ALT 170 U/L y DHL 993 U/L, cumpliendo con 5 criterios propuestos por Bocquet y de acuerdo a RegiSCAR se trata de un caso definitivo ya que cumple con 6 puntos en total; eosinofilia > 1.5 x 10⁹/L: 2 puntos; dermatosis > 50%: un punto; adenomegalias > 2 sitios, > 1 cm: un punto, por los menos 2 de los siguientes (edema y descamación): un punto; afección hepática: un punto.⁷ para Síndrome de DRESS. La biopsia incisional de piel identificó espongiosis basal y necrosis de queratinocitos, con linfocitos dentro del espesor del epitelio, a nivel de dermis fibrosis estromal con vasculitis de tipo linfocítica sin presencia de necrosis fibrinoide de la pared vascular así como eosinófilos. Al no presentar afección sistémica grave se inicia esteroide a dosis de 1 mg/kg equivalente a prednisona, con adecuada evolución de sus marcadores bioquímicos en el transcurso de su hospitalización.

Palabras clave: síndrome de DRESS, alopurinol, esteroide.

Folio: 0542

Tema: Neurología

Demencia rápidamente progresiva como manifestación inicial de una encefalitis autoinmune antiNMDA. Reporte de un caso

Dávila Andrea, Aburto Elsa, Casanova Erika, Aguilar Juan Carlos,



Hernandez Isaac, Degante Karen Itzel, Cruz Erika Alejandra
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La presencia de encefalitis autoinmune por anticuerpos antiNMDA en la población en general es baja, la incidencia general es de 5/100.000 habitantes/año sin embargo la presencia de demencia rápidamente progresiva, no es una forma de debut habitual presentándose únicamente en el 10% de los casos, sin embargo es parte de los diagnósticos diferenciales que se deben tener en cuenta debido al cambio radical en su pronóstico en caso de recibir tratamiento oportuno. **Objetivo:** Presentar el caso de una mujer con positividad de anticuerpos antiNMDA y su manifestación clínica inicial, así como la respuesta al tratamiento empleado. **Exposición del caso:** Mujer de 58 años de edad sin antecedentes, acude por presentar cuadro clínico caracterizado por cefalea crónica de 3 semanas de evolución, fiebre de 38° acompañada de cambios conductuales con tendencia a conductas inapropiadas, desorientación y ecolalia por lo que recibe múltiples tratamientos antimicrobianos con aumento progresivo del deterioro neurológico hasta presentar mutismo, rigidez y presencia de reflejos atáxicos, motivo por el cual es enviada nuestra unidad, por antecedentes se

realiza resonancia magnética con múltiples lesiones en sustancia blanca, sin alteraciones vasculares en angiorresonancia, LCR con pleocitosis (60 células) a expensas de mononucleares, PCR virales, cultivo de micobacterias y bacterias negativos, contamos con anti-NMDA en LCR positivo, se dio manejo con inmunoglobulina y anti CD20 sin recibir respuesta favorable a tratamiento. **Conclusiones:** Es importante sospechar esta entidad en pacientes con un deterioro súbito de funciones mentales, ya que ante este cuadro y la presencia de movimientos anormales, una vez descartando patología infecciosa; es imperativo que esta entidad sea descartada con la finalidad de instaurar un tratamiento precoz, ya que esta reportado que la presencia de retraso en el tratamiento aumenta 4 veces la morbilidad y mortalidad de la enfermedad. **Palabras clave:** encefalitis, NMDA, demencia.

Folio: 0543

Tema: Hematología

Medición de niveles de citocinas en líquido cefalorraquídeo y su relación clínica en pacientes con leucemia linfoblástica aguda

Jiménez Raúl Alberto, Gamboa Magdalena, Silva Leslie Jazmin, Pinzón Mónica Andrea, Gómez Andrés, Gómez David, Jaime José Carlos

Hospital Universitario Dr. José E González

Introducción: La información acerca de la concentración de citocinas en líquido cefalorraquídeo de pacientes con leucemia linfoblástica aguda y su implicación clínica es escasa. En la literatura no se ha establecido niveles de normalidad de citocinas en LCR. Sin embargo en algunos reportes se ha reportado asociación en cuanto a implicación clínica y pronóstica. **Objetivo:** Determinar niveles de quimiocinas en líquido cefalorraquídeo en pacientes con LLA y determinar su implicación clínica. **Material y métodos:** Se realizó un análisis prospectivo en el cual se evaluó en 40 pacientes menores a 18 años, niveles de quimiocinas, llámese interleucina-2 (IL-2), IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, proteína quimioatrayente de monocitos 1 (MCP-1) y factor de necrosis tumoral alfa (TNF-a) al diagnóstico, al final de la inducción y 6 meses posterior al diagnóstico. **Resultados:** La media de los valores de IL-6, IL-8, TNF-a y de MCP-1 en líquido cefalorraquídeo de pacientes con leucemia linfoblástica aguda mostró una variabilidad significativa durante las 3 mediciones. Los marcadores restantes no mostraron variabilidad significativa ni relación con recaída al sistema nervioso central. Además se evaluaron diversos factores de riesgo conocidos y su implicación diagnóstica con el riesgo de recaída a sistema nervioso central, encontrándose como significativo solamente

un factor de necrosis tumoral alfa mayor a 2.0. **Conclusión:** Un nivel mayor a 2.0 de TNF- α presentó mayor riesgo de recaída en el SNC en pacientes menores de 18 años. Factores de riesgo de mal pronóstico previamente documentados no mostraron relación con un mayor riesgo a recaída a sistema nervioso central. Incremento en MCP-1 parece ser consecuente a una respuesta inflamatoria a la quimioterapia y la disminución de IL-6 parece estar relacionada a una disminución del estado inflamatorio sistémico del paciente posterior al inicio del tratamiento.

Palabras clave: citocinas, leucemia, líquido cefalorraquídeo.

Folio: 0544

Tema: Otros

Hipertensión arterial pulmonar secundario a uso de leflunomida, en un paciente con enfermedad renal crónica e infección de virus BK

Cruz Rodrigo Zenón, Cueto Guillermo, Cruz Miguel Ángel, Jurado Merly Yamile
Hospital General de México

La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es un raro trastorno de la vasculatura pulmonar. El diagnóstico se realiza mediante cateterismo cardiaco derecho CCD, con reporte de la presión media de la arteria pulmonar > de 25 mm HG, acompañado de la medición de la presión en cuña de 3UW. El grupo I comprende HAP debido a causa

idiopática y aquellas asociadas al consumo de fármacos, esta últimas en su mayoría relacionada a anorexigénicos. La leflunomida es un inhibidor selectivo de la síntesis de novo de pirimidina, prescrito para el tratamiento de la artritis reumatoide y para la infección por el virus BK, en pacientes post trasplantados. Se reporta el caso de un paciente de 35 años, quien cuenta con diagnóstico de enfermedad renal crónica desde 2007, secundario a enfermedad renal poliquistica. Inicio tratamiento con hemodiálisis intermitente durante 2 años previo a trasplante renal de donador vivo relacionado en el 2013. Durante el mismo año se documentó infección por el virus BK, mismo que le ocasiono deterioro de la función renal por lo que fue sometido nuevamente a hemodiálisis intermitente, así como tratamiento médico a base de ciclosporina, prednisona y leflunomida. Recupero función renal por lo cual suspendió hemodiálisis. Durante la administración de leflunomida el paciente desarrollo disnea de esfuerzo, fatiga, palpitaciones. Acudió a valoración por parte de la clínica de hipertensión pulmonar del Hospital General de México. Se realizó protocolo de estudio. Radiografía de tórax: sin derrame pleural, excepto cardiomegalia. EKG ritmo sinusal, frecuencia de 90, aQRS + 90°. Sugestivo de hipertrofia de ventrículo derecho y

sobrecarga de presión. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo normal. FEVI de 52%. Ventrículo derecho dilatado, función sistólica deprimida, insuficiencia tricúspidea severa, TAPSE 15 mm. Presión sistólica de la arteria pulmonar de 83 mmHg. PC6M con distancia recorrida de 180m, lo cual representa el 11% del predicho. CCD con PmAP de 85 mmHg, presión en cuña de 3 mmHg, RVP de 6.6 UW. Laboratorio básico normal. **Discusión:** Se reporta el caso de un paciente quien desarrollo HP tras la administración de leflunomida. La posible asociada de HAP relacionada al consumo de leflunomida, se identificó mediante casos de sospecha de reacciones adversas, recibidos por notificación espontánea. En mayo de 2015 la agencia Europa dio a conocer 8 pacientes con HP relacionado al consumo de leflunomida, en tres pacientes se observó mejoría al interrumpir el consumo de la droga. En nuestro paciente se buscó intencionadamente otras causas de HAP precapilar sin haber documentado apnea del sueño, disfunción ventricular izquierda, o enfermedad tromboembolica venosa. Leflunomida esta clasificada dentro de las drogas misceláneas que se han descrito como causa de HAP, sin embargo, tradicionalmente al suspender el consumo del fármaco meses después se resuelve la HAP, este no fue el caso de nuestro paciente.



Palabras clave: hipertensión arterial pulmonar, leflunamida, virus BK.

Folio: 0545

Tema: Neurología

Síndrome de Guillain-Barré asociado a exteriorización de marcapasos permanente, reporte de un caso

Hernández José Francisco, Valadez Maritza Jacqueline, Parra José Luis, Del Valle José María, Varela Diana Selene, Alvarado Armando, Olvera Oscar
Instituto Mexicano del Seguro Social UMAE León, Guanajuato

Antecedentes: El síndrome de Guillain Barre es la causa más importante de parálisis neuromuscular aguda en los países del occidente, precedido frecuentemente por infección con *Campylobacter jejuni* o Citomegalovirus. Caracterizado por ser una polineuropatía inflamatoria aguda, con debilidad de las extremidades y arreflexia. Se han reportado casos de este síndrome asociado a *S. aureus*, en especial con endocarditis de válvula nativa o protésica. **Objetivo:** Elaborar un diagnóstico oportuno, mediante la sospecha de ésta entidad en pacientes con infección asociada a sitio de marcapasos, quienes cursen con parestesias y debilidad de extremidades. Exposición del caso. Paciente masculino 77 años. Sin carga genética para crónico degenerativos, Etilismo: Por 40 años, fines de semana hasta embriaguez, HAS de 7

años. Historia Cardiovascular: Colocación de DAI hace 1 año 7 meses, con toma de amiodarona, ASA y pravastatina. Clase funcional II con deterioro funcional desde hace 18 meses con dolor precordial y disnea durante actividad laboral siendo esta de medianos esfuerzos. Niega ortopnea, edema de miembros inferiores o DPN. Padecimiento: Paciente portador de marcapasos quien inicia 15 días previos a su ingreso, con salida de material purulento por el sitio de inserción de marcapasos, donde se le suma calor, rubor y eritema sobre el área lesional, posteriormente con exteriorización de marcapasos, se refiere no presenta pico febril, niega síntomas adrenérgicos. Durante su estancia en el servicio completó esquema antimicrobiano a expensas de vancomicina de 14 días, sin embargo inicia cuadro clínico en su día número 10 de estancia intrahospitalaria con parestesias y debilidad muscular ascendente, de manera progresiva hasta la postración a las 48 horas, con apoyo ventilatorio mecánico, a la exploración neurológica con funciones mentales sin alteración, nervios de cráneo con pérdida del sostén cefálico, caída del velo palatino, disminución de la fuerza de la lengua de manera generalizada, con fuerza muscular 4/5 proximal y 3/5 distal en MS, fuerza muscular en MP 1/5 generalizada, REMs 1+ en MsTs y 0+ en MsPs, respuesta plantar indiferente,

hipotonía generalizada, hipoestesia en guante y calcetín corto. Electromiografía: Neuroconducción motora con amplitudes ínfimas y latencia prolongada de nervios medianos, peroneo, tibiales. Sensorial: Ausencia de potencial mediano derecho y sural izquierdo, resto normal. Líquido cefalorraquídeo: Leu:0, Proteínas: 167mg/dl, Glucosa:72mg/dl DHL: 100u/L. Se indica gammaglobulina intravenosa con mejoría clínica.

Conclusión: Hombre de la octava década con diagnóstico clínico, disociación albumino citológica, así como velocidades de conducción compatible con Polirradiculoneuritis inflamatoria de tipo AMSAN. Cuenta con factores de mal pronóstico como edad avanzada, necesidad de apoyo ventilatorio así como la instauración súbita del cuadro. Puntuación ERASMUS de 11 puntos, con 50% de probabilidades de requerir apoyo para deambular a los 6 meses. Con foco infeccioso no típico.

Palabras clave: Guillain Barré, asociado a marcapasos, AMSAN, *S. aureus*, polirradiculoneuritis aguda, desmielizante.

Folio: 0546

Tema: Otros

Hipertensión pulmonar límite-rofe: serie de casos en el Hospital General de México

Cruz Rodrigo Zenón, Cueto Guillermo, Cruz Miguel Ángel, Jurado Merly Yamile
Hospital General de México

La hipertensión pulmonar es una condición hemodinámica que se acompaña de una mayor mortalidad. Se presenta como resultado de una vasculopatía pulmonar primaria o por enfermedad sistémica, cardíaca o pulmonar crónica. Definida como la presencia de una presión media de la arteria pulmonar (PmAP) > a 25 mm Hg en reposo, a través de cateterismo cardíaco derecho (CCD). Se ha observado disminución en la supervivencia de pacientes con hipertensión pulmonar límite (HPL), (PmAP entre 19 – 24 mmHg). **Objetivos:** describir las características demográficas, clínicas y hemodinámicas de los pacientes con diagnóstico de HPL sometidos a CCD. **Material y métodos:** Se utilizó la base de datos de la clínica de hipertensión pulmonar del Hospital General de México. Entre el periodo de enero de 2013 a julio 2018, se realizaron 271 CCD, seleccionando 24 pacientes con PmAP entre 19 – 24 mmHg. **Resultados:** Se encontró una incidencia del 8.8%. La media de edad fue de 51 años. Presentándose con mayor frecuencia en el sexo femenino (62.5%). La principal causa de HPL fueron las colagenopatías (33%), 5 esclerodermia, 2 artritis reumatoide y un paciente con lupus eritematoso sistémico. Seguimiento de enfermedad pulmonar intersticial difusa (29%) y alteraciones cardiovasculares (16%), otras causas y la enfermedad pulmonar tromboembólica re-

presentaban el 12.5% y 8.3% respectivamente. Las principales comorbilidades fueron alteraciones del peso en 54 %, hipotiroidismo en el 27%, diabetes mellitus tipo 2, 13.2%, un paciente con tórax excavatum y uno con secuelas de tuberculosis pulmonar. La mayoría de los pacientes se encontraba en clase funcional I y II (55 y 45% respectivamente). La presión sistólica de la arteria pulmonar por ecocardiograma fue 52 mm Hg. La PmAP por CCD fue de 21.9 mm Hg. El promedio de las RVP fue de 191.12 dinas. Presión en cuña promedio de 5.4. Teniendo todos un IC adecuado (3.98). **Conclusión:** La HPL es una entidad poco estudiada con una baja incidencia. Se ha descrito como un factor de mal pronóstico en el grupo de pacientes con colagenopatías y enfermedad pulmonar intersticial. De acuerdo a la literatura se ha observado una progresión hacia el desarrollo de Hipertensión pulmonar de 19% a los 3 años y de 27 % a los 5 años. Nuestro universo de estudio se asemeja a lo reportado en la literatura. La incidencia de HPL en nuestro grupo es similar al reportado en la literatura. Donde el sexo femenino suele ser el grupo más afectado. La edad promedio de nuestro grupo es similar a publicaciones previas. Hemodinámicamente no se encontró diferencia en la PmAP en relación a lo publicado previamente. La hipertensión pulmonar límite es una en-

idad aún poco estudiada con un alto impacto en la calidad de vida y la mortalidad de los pacientes.

Palabras clave: hipertensión pulmonar límite, cateterismo cardíaco derecho, colagenopatías, enfermedad pulmonar intersticial.

Folio: 0547

Tema: Gastroenterología

Colitis microscópica: reporte de caso

Martínez Javier Alejandro, Herrera Carlos Alejandro, Esquivel Miguel Ángel, Isordia Javier, Nañez Homero

Hospital Universitario José Eleuterio González Gonzalitos Universidad Autónoma de Nuevo León

La colitis microscópica es una enfermedad inflamatoria crónica, caracterizada por diarrea acuosa, teniendo una incidencia mayor en mujeres de edad media. Como su nombre lo dice se observara el colon macroscópicamente sin alteraciones mientras el resultado se obtendrá mediante biopsia. Teniendo como factores de riesgo, medicamentos como AINES y tabaquismo. Siendo su patogénesis multifactorial existiendo teorías como alteración de barrera mucosa por patógenos como *C. difficile* o *Yersenia* y también una diarrea ocasionada por inflamación mucosa. Se presenta a servicio de urgencias por debilidad generalizada un paciente masculino de 55 años



de edad originario y residente de Monterrey Nuevo León, albañil, con escolaridad secundaria. Antecedentes heredofamiliares negados. Antecedente de tabaquismo activo de 52 paquetes año, así como alcohol 20 gramos semana, resto negados. Inicio 3 meses previos a su ingreso al comenzar con evacuaciones Bristol 7, las cuales eran aproximadamente 5 al día sin sangre ni moco en ocasiones lo despertaban por la noche. El paciente persiste con la misma sintomatología hasta que 2 días previos a su ingreso comienza con debilidad de miembros inferiores y superiores por lo que acude a urgencias del Hospital Universitario. Ingresa a urgencias con 120/80 de TA, así como 73 de FC, 16 rpm saturando 98 al aire ambiente. A la exploración física se encuentra el paciente consciente cooperador y orientado en tiempo espacio y persona, así como mucosas secas y mal hidratadas, tórax simétrico con adecuada entrada y salida de aire. Ruidos cardíacos rítmicos y simétricos sin soplo audible. Abdomen plano con peristalsis presente depresible y no doloroso a la palpación. Extremidades con reflejos preservados 2 cruces, con fuerza en miembros inferiores de 2 de 5 de manera bilateral en miembros inferiores y 4 de 5 en miembros superiores. Sensibilidad preservada. Se comienza su abordaje en donde se observa una Hb 15 con Hto 44.3 Wbc 17.9, Neu 13.9, Cr 2.3 Bun 18

TFG 31 ml / min / 1.73 m² con un sodio 140.9 calcio 7.6 fósforo 0.8 potasio sérico de 1.5, así como potasio urinario de 8 con un gradiente transtubular de 73 dando a pérdidas extrarrenales. US renal en donde se observan riñones de adecuado tamaño. Se comienza a reponer electrolitos e hidratación con lo que se consigue mejoría y descenso de creatinina así como mejoría hidroelectrolítica. Se comienza el abordaje de diarrea crónica enviando coprocultivo y copro-parasitológico los cuales se reportan normales con flora colibacilar normal y físico-químico de heces Bristol 7 con proteínas ++ y moderados PMN. Se envía panel viral con lo que se descarta VIH y se interconsulta a servicio de gastroenterología quienes solicitan realizar una colonoscopia, en donde se encuentra completamente limpia sin alteración en mucosa por lo que se envían biopsia a patología en donde se reporta en las biopsias infiltrado inflamatorio linfocitario con colitis aguda focal. Con lo que se llega al diagnóstico de colitis microscópica. Se comienza manejo con subsalicilato de bismuto 262 mg 3 veces al día, con lo que se consigue mejoría clínica así como terapia para el cese de tabaco. El paciente tiene mejoría clínica franca y es citado para seguimiento por consulta externa por gastroenterología como psiquiatría para cese de tabaquismo. Nuestro paciente presentaba un alto índice de

tabaquismo, teniendo como un gran factor desencadenante, fue gracias al cese del tabaco y el manejo con subsalicilato con lo que se consiguió mejoría clínica completa.

Palabras clave: colitis microscópica, diarrea crónica, gastroenterología.

Folio: 0548

Tema: Nefrología

Estimación de la osmolaridad urinaria a partir de electrolitos urinarios y del examen general de orina: propuesta de una fórmula para población mexicana

Olivas Antonio, Vidal Jesús, Pérez Iván, Fagundo Reynerio, Carrillo Eduardo

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La osmolaridad urinaria (OsmU) determinada por osmometría directa se considera el estándar de oro para evaluar la capacidad del riñón para concentrar la orina. Debido a la poca disponibilidad de osmometría directa, se ha utilizado la densidad urinaria (DU) como subrogado para estimar la OsmU; sin embargo, las fórmulas existentes proporcionan una estimación adecuada en menos de la tercera parte de los casos. **Objetivo:** Desarrollar una fórmula de estimación de OsmU (OsmUe) a partir de parámetros urinarios sin necesidad de osmometría directa. **Material y métodos:** Estudio observacional, analítico, re-

prospectivo y transversal. Se incluyeron todos los pacientes con determinación simultánea de examen general de orina (EGO), y osmolaridad urinaria (OsmUm) durante el periodo de enero de 2016 a enero de 2017 en una cohorte de generación y durante el periodo febrero de 2017 a febrero de 2018 en una cohorte de validación, sin repetir casos. Se utilizó la determinación de OsmU por osmometría directa como estándar de oro (OsmUm). Mediante regresión lineal multivariada se determinaron los principales parámetros urinarios para estimar la OsmU a partir de la cohorte de generación y se validó en la segunda cohorte. Se consideró a una estimación (OsmUe) como aceptable cuando difirió en hasta 30 mOsm/L del valor real ($|OsmUm - OsmUe|$). **Resultados:** Se incluyeron 118 pacientes en la cohorte de generación y 110 pacientes en la cohorte de validación, de los cuales 43 pacientes en la cohorte de generación y 53 en la cohorte de validación contaron con determinaciones simultáneas de EGO, OsmUm, sodio urinario (NaU), potasio urinario (KU) y nitrógeno ureico urinario (NUU). Mediante regresión lineal multivariada se encontró que el modelo con los predictores de DU (las últimas dos milésimas), NaU, KU y NUU alcanzó la mejor estimación de OsmU en la cohorte de

generación con coeficiente de correlación $R = 0.989$ ($R^2 = 0.978$). La fórmula obtenida de la cohorte de generación fue $OsmUe = 8.45 \times DU$ (últimas dos milésimas) $+ 1.56 \times NaU + 1.43 \times KU + 0.3 \times NUU$. La fórmula encontrada proporciona 74.4% de estimación aceptables en la cohorte de generación y 56.6% en la cohorte de validación, con un porcentaje global de 64.6%. Al modificar el concepto de estimación aceptable a diferencias de hasta 35 mOsm/L y hasta 50 mOsm/L, se obtuvieron proporciones de estimaciones aceptables de 79.1% y 93.0% en la cohorte de generación, y de 58.5% y 67.9% en la cohorte de validación. **Conclusiones:** La fórmula propuesta es una alternativa atractiva para población mexicana, con un porcentaje de estimación aceptable muy superior a las fórmulas convencionales.

Palabras clave: osmolaridad urinaria, osmolaridad, fórmula, estimación, osmometría directa, hiponatremia.

Folio: 0549

Tema: Otros

Asociación de hipertensión pulmonar en pacientes con síndrome de Down

Cruz Miguel Ángel, Cueto Guillermo, Martínez Cruz, Jurado Merly Yamile

Hospital General de México

Introducción: El término hipertensión arterial pulmonar

(HAP) describe a un grupo de pacientes con Hipertensión pulmonar (HP) caracterizados hemodinamicamente por HP precapilar, definida por una presión de enclavamiento pulmonar $<$ o igual a 15 mmHg y resistencia vascular pulmonar $>$ 3 UW en ausencia de otras causas. El síndrome de Down (SD) se caracteriza por una trisomía completa del cromosoma 21 en el 95% de los casos. Los niños con SD tienen un mayor riesgo de desarrollar HP. El objetivo del presente trabajo es determinar factores de riesgo, pronóstico y comportamiento de pacientes con SD e HAP. **Material y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de 225 casos con HP diagnosticada por cateterismo cardiaco derecho (CCD), entre enero del 2013 a enero del 2018. Los pacientes fueron distribuidos en los grupos que describe las guías actuales de HP; 65% correspondían al grupo 1, 17% al grupo 3, 15% al grupo 4 y 3% al grupo 5. Dentro de los pacientes del grupo 1, se detectaron 15 pacientes con SD e HP secundaria a cardiopatía congénita (CC) no corregida. A todos los pacientes se les realizó evaluación clínica, biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, perfil hormonal tiroideo, péptido natriurético cerebral, electrocardiograma en reposo, prueba de caminata de 6 minutos y espirometría con reto



broncodilatador. Radiografía de tórax, ecocardiograma (ECO) y angiografía del tórax. El abordaje realizado para el CCD fue yugular derecho, ocasionalmente acompañado de sedación ligera a base de Midazolam. Se utilizó el análisis estadístico exacto de Fisher para la comparación de variables, el grupo control fueron pacientes con cardiopatía congénita e HP sin SD. **Resultados:** Se analizaron 225 pacientes con HP con CCD, 14 de ellos fueron pacientes con SD, predominó el sexo femenino en 78.5%. La media de edad fue de 26 años al momento del diagnóstico. La principal comorbilidad fue el hipotiroidismo en 57.1%, seguido de sobrepeso 28.57% y obesidad 21.4%. La disnea fue el síntoma principal en 57%, seguido de cianosis y acropaquias (28% y 14% respectivamente). La mayor parte de los pacientes se encontraban en clase funcional II (71.4%), el estudio ECO documentó 4 pacientes con más de 1 defecto cardíaco y 10 pacientes con solo 1 defecto. En nuestra serie de casos, se demuestra que la CC es común en pacientes con SD. La prevalencia de HAP fue de 92.8%. La CC que predominó en estos pacientes fue comunicación interventricular, lo cual correlaciona con la literatura. **Palabras clave:** hipertensión arterial pulmonar, Sx de Down, cardiopatía congénita.

Folio: 0550

Tema: Dermatología

Carcinoma basocelular con metástasis a hígado, pulmón y hueso. Reporte de caso

Valladares Yadira¹, Ibarra Jesús Arturo¹, Reyna María Ángela¹, Zárate Edgar²

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social; ² Secretaría de Salud

Antecedentes: El carcinoma basocelular se presenta como el cáncer de piel mayormente diagnosticado, siendo hasta el 70% a 80% de todos estos. La prevalencia de carcinoma basocelular metastásico (CBCm) se ha descrito entre 0.0028% a 0.5%. **Caso clínico:** Masculino 73 años que cuenta con los antecedentes de alcoholismo y tabaquismo crónicos, con carcinoma basocelular temporoparietal izquierdo diagnosticado hace 25 años, en tratamiento con radioterapia paliativa enviado para valoración por el servicio de medicina interna, para descartar proceso infeccioso y tratamiento de lesión renal aguda. Con reporte de biopsia de piel de canto externo de ojo izquierdo con carcinoma basocelular infiltrante (morfeiforme piel de región superior con carcinoma basocelular sólido e infiltrante; piel de región preauricular con carcinoma basocelular infiltrante; piel de región malar con carcinoma basocelular sólido infiltrante ulcerado. En la tomografía axial computarizada del 24/02/18 se encuentran los

siguientes hallazgos: cráneo con cambios posquirúrgicos en hemicara izquierda, con actividad tumoral de tórax, abdomen y pelvis con tejidos óseos con presencia de lesiones de aspecto lítico en hueso ilíaco e isquion derecho, y trocánter mayor bilateral, adenopatías retrocraurales, retroperitoneales y pélvicas, parénquima pulmonar en lóbulo superior derecho con 6 nódulos subsólidos y atelectasia laminar, hígado con lesión hipodensa de bordes mal definidos e irregulares con diámetro mayor de 27 mm la cual se localiza en lóbulo izquierdo concluyendo hallazgos sugestivos de actividad metastásica hepática, pulmonar, óseo y ganglionar. **Conclusión:** El carcinoma basocelular metastásico es una presentación muy poco frecuente, por lo que se decidió realizar esta revisión, siendo la presentación de las metástasis más frecuentes coincidentes con las presentadas en la literatura, así como de los factores de riesgo para metástasis, el haber recibido radioterapia, el tamaño y el tipo histológico. **Palabras clave:** carcinoma, basocelular, metástasis, infiltrante, piel, tumor.

Folio: 0551

Tema: Neurología

Síncope como única manifestación en paciente con síndrome de Fahr asociado a hipoparatiroidismo secundario

Bernache Viridiana Berenice, González Jorge
Hospital General de Ticoman

Femenino de 50 años de edad, con antecedentes de importancia: hipertensión arterial sistémica de 3 meses de evolución en tratamiento con enalapril 25 mg cada 24 hrs, con seguimiento en médico particular. Bocio a los 10 años de edad, siendo intervenida quirúrgicamente realizando tiroidectomía con secuela de hipotiroidismo e hipoparatiroidismo, en tratamiento con levotiroxina 100 mcg cada 24 hrs así como liotironina 20 mcg cada 24 hrs. Inicia padecimiento actual el día 11 de mayo 2018 al estar en reposo con pérdida súbita del estado de alerta durante 1 minuto aproximadamente con posterior recuperación del estado ad integrum, sin otra sintomatología asociada, 40 minutos posteriores presenta nuevamente episodio de las mismas características por lo cual es traída al servicio de urgencias del hospital general xoco. A su ingreso signos vitales: ta 127/65, fc 70, fr 20, temperatura 36c, glucemia capilar 202 mg/dl. Neurológico sin alteraciones. Cardiopulmonar sin compromiso. Paraclínicos: leucocitos 5.9, hb 13.0 plaquetas 514, sodio 133, k 3.7, cl 95, creatinina 1.0, fosforo 9.7, calcio 6.2. Durante su estancia en el servicio de medicina interna se solicita tac de cráneo simple en la cual se observan calcificaciones bilaterales a nivel de los ganglios de la base. Se solicita niveles de paratohormona así como perfil

tiroideo: tsh 0.16, t3t 0.72, t3l 1.95, t4t 9.2, t4l 1.68. Pthi 4.50 pg/ml. Electrocardiograma sin alteraciones. Sin presentar nuevamente durante su estancia síntomas neurológicos, por lo que se decide su egreso y manejo a base de calcio y vitamina d via oral. Este síndrome es raro, tiene una prevalencia menor de 1/1000,000 que se caracteriza por un depósito anormal de calcio en áreas del cerebro que controlan el movimiento, incluidos los ganglios basales, tálamo. Suele asociarse a etiología como hipoparatiroidismo, los síntomas neuropsiquiátricos pueden ser la primera o la mas prominente. Manifestación. No se tiene tratamiento definitivo. **Palabras clave:** síncope, única, manifestación, síndrome, Fahr, hipoparatiroidismo.

Folio: 0553

Tema: Reumatología
Artritis reumatoide del anciano con manifestaciones extra articulares, asociada a condrocalcinosis

Bernache Viridiana Berenice¹, González Jorge¹, Cerda Fidel², Lozada Carlos Alberto³

¹ Hospital General Ticoman; ² Centro Médico Nacional 20 de Noviembre; ³ Hospital General Xoco

Masculino 75 años con antecedente de importancia: tabaquismo positivo por 25 años 10 cigarrillos al día, suspendido hace 15 años, Hipertensión arterial sistémica de 11 años de

diagnóstico en tratamiento con prazocin 1 mg cada 12 hrs, con mal apego al tratamiento, hiperplasia prostática benigna sin seguimiento médico, episodio de isquemia cerebral transitoria hace 1 año con diagnostico de estenosis carótida bilateral de 84% derecha y 80% izquierda, realizando endarterectomía carotídea derecha e izquierda sin complicaciones, manejo con clopidogrel 75 mg al día, acido acetil salicilico 100 mg día y atorvastatina 40 mg al día. Episodio de vasculitis leucocitoclastica el 21-mayo-18 secundaria a fármacos (acido acetil salicílico) en tratamiento con esteroide dosis reducción. Inicia padecimiento caracterizado por 2 semanas de evolución con sintomatología urinaria caracterizada por disuria, tenesmo y datos de prostatitis, agregando fiebre no cuantificada sin predominio de horario motivo por el cual acude a atención médica. Paraclínicos a su ingreso: Leucocitos: 16,830, Hb 15.5, plaquetas 230,000, neutrofilos 14,840, linfos 2,090. Glucosa 104, BUN 15, Creatinina 0.79. Acido urico 5, EGO: proteínas+, leucocitos +25, nitritos neg, cuerpos cetonicos neg. PFH normales. Durante su estancia en servicio recibió tratamiento a base de carbapenémico así como linezolid, persistiendo fiebre y leucocitosis, se realiza protocolo de estudio de síndrome febril, es valorado por hematología descartando datos de mielodisplásico o infiltración



medular, marcadores tumores negativos así como TORCH negativo, frotis de sangre periférica: serie roja normocítica normocromica eosinofilos 4% segmentados 76%, bandas 10%, linfocitos 8%, plaquetas 226. Linfocitos con características reactivas. TAC de tórax y abdominopélvica con reporte de ganglios paratraqueales y mínimo derrame pleural 2%, Ecocardiograma transesofágico negativo para endocarditis, valorado por reumatología por diagnóstico de sinovitis aguda de rodilla izquierda, se realiza artrocentesis con obtención de líquido inflamatorio, cultivo negativo, y presencia de bastones cálcicos a la microscopía. Se realiza doppler color detectando la persistencia de vasculitis de extremidades inferiores a pesar de manejo con esteroide con reporte de hallazgos que sugieren vasculitis bilateral de predominio derecho que modifica la amplitud espectral, mas no patrón trifásico, hallazgo que no sugiere compromiso hemodinámico. Paraclínicos adicionales: Urocultivo negativo. Hemocultivos negativos. Hipocomplementemia a base de C4, ANCA P y C negativos, Factor reumatoide de 1200, PCR 9.5, VSG 19. anticuerpos para LES negativos. Se clasifica como AR del anciano por parte de reumatología y se inicia manejo con prednisona 5 mg cada 24 hrs, etorocoxib, con inicio de Metrotexate por consulta externa de reumatología, se

egresa l con remisión de cuadro febril. La prevalencia de la AR se encuentra entre el 0,5 y el 1% de la población. La enfermedad reumatoide se puede iniciar a cualquier edad de la vida, aunque habitualmente se manifiesta en la edad adulta. Su prevalencia y su incidencia aumentan con la edad hasta alrededor de los 70 años. El 20-30% de los pacientes con AR inician la sintomatología a partir de los 60 años y en los países occidentales la AR puede afectar hasta al 5% de las mujeres mayores de 70 años. Esta entidad se caracteriza por afectar a la mujer con menos frecuencia, tener un inicio más agudo, acompañarse de síndrome constitucional y, con frecuencia, afectar a las articulaciones de los hombros. Suele cursar con una VSG muy elevada, y el porcentaje de pacientes con factor reumatoide positivo en suero es similar al de adultos.

Palabras clave: artritis, reumatoide, anciano, extra, articular, condrocalcinosis.

Folio: 0554

Tema: Neurología

Espectro de neuromielitis óptica y pancitopenia secundaria a mielotoxicidad por aziatropina

Martínez José Daniel, Vázquez Francisco

Hospital General Dr. Agustín O'Horan

Mujer 56 años de edad sin antecedentes de importancia, inicia

PA h18 Meses previos con Neuritis óptica en ojo derecho, seis meses después presenta periodos oscilantes de parestesias y debilidad muscular en miembros inferiores. Una semana previa a su ingreso presenta singulto, náuseas y múltiples emesis, agregándose incapacidad para la deambulacion con posterior incontinencia vesical y disminución de la agudeza visual en ojo izquierdo. A su llegada con signos vitales estables, consciente, sin alteraciones en funciones Mentales superiores, fuerza en extremidades inferiores 1/5 en izquierda y 0/5 en derecho, reflejos Ostendinosos abolidos, sensibilidad táctil, vibratoria, térmica Y posicional abolida por debajo de nivel a sensitivo T6, resto sin alteraciones. Laboratorios a su Ingreso sin alteraciones en la BH, Es, Qs o complemento ELISA VIH, VDRL, ANA's y anti-DNA negativos y sin presencia de bandas oligoclonales en LCR. RM con hiperintensidad de cordón medular de C6-T6 con captación heterogénea y difusa Predominantemente de T1-T5. Se inicia Prednisona 50 mg V.O. c/24 horas más cinco sesiones de plasmaferesis y Aziatropina 50 mg V.O. c/24 horas, a lo que responde con adecuada evolución clínica. Dos semanas después se reporta pico febril, acompañado de pérdida de cabello y aftas orales Dolorosas. Se toman laboratorios de control LEU: 1,200, NEU:600, HB:7.4g/dL, PLAQUETAS: 105,000.

Frotis sanguíneo sin esquistocitosis ni acantocitosis, medula aplásica reticulocitos de 0.2% corregidos, Coombs directo negativo. Examen general de orina el cual se reporta sin sedimento activo, sin proteinuria y sin eritrocitos dismórficos, ANA's (-), confirmando el Dx de mielotoxicidad secundaria a Aziatropina, el retirar el fármaco 2 semanas después AMO reporta médula reactiva de regeneración. Falla medular es un efecto adverso severo asociado al gen involucrado en el mismo de la azatioprina, que se podría evitar con el uso de la genotipificación rutinaria

Palabras clave: neuromielitis óptica, azatioprina, falla medular.

Folio: 0556

Tema: Otros

Asociación de deterioro cognitivo con niveles de vitamina D en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Valdín Tania Isabel, Romero Cuauhtémoc, Arbeu Marlene, Treviño Francisco, Montiel José Sabino, Hernández Jesica Mariana, Rodríguez Enrique Iván
Hospital Universitario de Puebla

Introducción: La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 se incrementa con rapidez considerándose un problema de salud mundial, así mismo, la hipovitaminosis D es altamente prevalente en estos pacientes. Se ha reportado que gran número

de pacientes diabéticos con deterioro cognitivo tienen niveles bajos de 25-hidroxivitamina D. El objetivo de este trabajo es identificar la relación que existe entre niveles de 25-hidroxivitamina D y deterioro cognitivo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. **Material y métodos:** Se incluyeron 59 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del servicio de medicina interna del Hospital Universitario de Puebla, de los cuales, 34 (58%) fueron mujeres y 25 (42%) hombres. Para la evaluación del estado cognitivo se utilizó la prueba MoCA-S (Montreal Cognitive Assessment versión en español). Del total de pacientes, 33 (56%) tuvieron deterioro cognitivo. Los datos obtenidos se analizaron empleando t de student y coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** Todos los pacientes incluidos presentaron hipovitaminosis D (11.8 ± 4.6 ng/ml). No se encontró diferencia en los niveles de 25-hidroxivitamina D en pacientes diabéticos con y sin deterioro cognitivo (11.09 ± 3.7 ng/ml vs 12.76 ± 5.34 , P 0.167). De los pacientes diabéticos con deterioro cognitivo las mujeres presentaron niveles más bajos de 25-hidroxivitamina D respecto a los hombres (9.55 ± 1.86 vs 13.19 ± 4.69 , P 0.004). No se encontró diferencia en la puntuación MoCA en pacientes con niveles menores o mayores a 20 ng/ml de 25-hidroxivitamina D (21 ± 6 vs 20 ± 8 , P 0.894). **Discusión** Se ha

evaluado en estudios previos la asociación entre concentraciones de 25-hidroxivitamina D y estado cognitivo, algunos han mostrado asociación positiva mientras otros no han demostrado asociación. Nuestro trabajo muestra que no existe correlación ($r=+0.11$, $P=0.390$) entre niveles de 25-hidroxivitamina D y puntuación en la prueba MoCA. **Conclusiones** No existe asociación entre los niveles séricos de 25-hidroxivitamina D y la presencia de deterioro cognitivo en pacientes mayores de 50 años con diabetes mellitus tipo 2.

Palabras clave: asociación, niveles vitamina D, deterioro cognitivo, diabetes mellitus tipo 2.

Folio: 0557

Tema: Reumatología

Enfermedad de Still del adulto como causa de fiebre de origen desconocido (FOD)

Hernández Arturo Eduardo, Martínez Miguel Ángel, Arroyo María Fernanda

Hospital General Regional 1 IMSS Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro

Introducción: La enfermedad de Still del adulto (ESA), es una enfermedad reumática inflamatoria de etiología desconocida, de patogenia desconocida, con predisposición genética HLA-DR4, Bw35 y etiología viral ECHO, VEB, Coxsackie, etc. Prevalencia de 0.16:100 000 adultos, entre 16 y 35



años y relación M7:3H. **Objetivo:** Documentar un caso de Enfermedad de Still del adulto en mujer joven con fiebre de origen desconocido. **Exposición del caso:** Mujer de 27 años; sin antecedentes de importancia. Inicia 15 días previos a su ingreso en Medicina Interna (MI) con fiebre intermitente con picos vespertino y nocturno, de hasta 41°C, diaforesis, escalofríos, con cese parcial con paracetamol, odinofagia urente, exantema máculo-papular pruriginoso, evanescente, en tronco y parte proximal de extremidades, dermatografismo y Koebner positivo. Una semana después poliartalgias (hombros, codos, muñeca, cadera, rodilla, metacarpofalángicas e interfalángicas), enviada a medicina interna, encontrándose con adenopatías cervicales posteriores, febril, con poliartalgias en hombros, codos, cadera, muñecas y rodillas, exantema asalmonado máculo papular levemente pruriginoso, con dermatografismo, sin otras alteraciones. Se inicia protocolo de FOD, hospitalizándose 3 días después por empeoramiento de artralgias y persistencia de la fiebre, realizándose estudios de laboratorio, gabinete y cultivos: TGO 112, TGP 63 y DHL 700, Hematuria y proteinuria 5.4g/24h, leucocitos 10800 con 80% de neutrófilos, siguiente hemograma con Leucocitos 9800 con neutrofilia de 92.4%, Hb 11, VCM 87, HCM 28.5. PCR 46.27, VSG 46, FR

98.14, C3 157.1, C4 68.1, Anti SCI-70 Indeterminado, pANCA, cANCA, anti-DNA, anti-DNA-doble-cadena, AntiRo, Anti-Cardiolipinas Negativos. B2MG 20367. Reacciones febriles negativas, Procalcitonina < 0.5, Hemocultivos y urocultivos negativos. RX tórax y articulaciones normales. USG abdominal con esplenomegalia 13.5cm. TAC abdominal evidenciándose únicamente esplenomegalia a expensas de quistes corticales de 18mm y crecimiento difuso de bazo 13.5cm. Estudio de anemia: Ret 0.31%, Fe 16, CTFH 187, Ferritina 4737. Continúa con picos febriles de > 39°C, manejo del dolor con Paracetamol con mala respuesta. Se inicia manejo empírico con ASA 500mg para control de dolor, presentando cese de fiebre por > 72 horas y de poliartalgias. **Conclusiones:** Mujer con edad entre 18 y 47 años, con síndrome febril de inicio súbito, en dos picos, odinofagia y exantema asalmonado con dermatografismo y fenómeno de Koebner, y poliartalgias, que cedió únicamente con administración de ASA. Se sospechó enfermedad de Still del adulto. Se integró diagnóstico con los criterios de Yamaguchi mayores (fiebre, exantema, poliartitis y neutrofilia) y menores (faringitis no exudativa, hipertransaminasemia, adenopatías, esplenomegalia). La fiebre en picos se presenta en el 79% de los casos, el exan-

tema en 87%, la odinofagia 70-92%, poliartalgias 94%, adenopatías cervicales 44-60%, esplenomegalia 39-52%, hipertransaminasemia en 70%, anemia normocítica normocrómica 90%, reactantes de fase aguda elevados 100%, ANAs negativos > 90%, Ferritina plasmática > 1000 en > 90%, Por tal motivo se integró dicho diagnóstico. Se manejó con ASA 500mg c/12 horas con adecuada respuesta, pudiendo ser útiles también Glucocorticoides, anti-TNFa, Anti-IL1, Anti-IL6.

Palabras clave: fiebre de origen desconocido, enfermedad de Still del adulto, ferritina, FOD, síndrome febril, adenopatía.

Folio: 0558

Tema: Oncología

Asociación entre el valor del índice neutrófilo/linfocito y los subtipos histopatológicos de cáncer de próstata con la supervivencia global durante el periodo comprendido entre marzo del 2000 a febrero del 2017

Hernández Roberto¹, Alvarez Cristina Guadalupe¹, Hernández Sandra²

¹ Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos; ² Comisión del Deporte del Estado de Guanajuato

Introducción: En 1863, Rudolf Virchow propuso que la irritación crónica y la inflamación causaban cáncer. Sin embargo, la importancia de la inflama-

ción en el inicio del cáncer y los mecanismos mediante los cuales ejerce sus efectos protooncogénicos no se apreció y comprendió completamente hasta la década de 1990. La inflamación puede desempeñar un papel importante en la progresión del cáncer, se ha informado que un elevado valor de la relación neutrófilo-linfocito (RNL), es un indicador de mal pronóstico en varias neoplasias malignas. El valor de la RNL ha mostrado una asociación entre la supervivencia global en pacientes con cáncer de tumores sólidos. El cáncer de próstata es la neoplasia masculina más prevalente en el hospital central norte de PEMEX. El establecer una medida de asociación de fácil acceso con cada uno de los subtipos de cáncer de próstata, sería determinante para llevar cabo una sospecha diagnóstica y determinar un pronóstico.

Objetivo: Determinar si existe asociación entre la elevación de la relación neutrófilo-linfocito y la supervivencia global en pacientes con cáncer de próstata. Metodología. Se realizó un estudio observacional, analítico, longitudinal y retrospectivo, con un total de 138 pacientes, durante el periodo comprendido entre marzo del 2000 a febrero del 2017 en el Hospital Central Norte de PEMEX; incluyendo a aquellos pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de próstata, entre los 40 y 84 años y quienes contaban

con una biometría hemática previa al inicio del tratamiento. Se excluyeron aquellos pacientes con enfermedad aguda (viral, bacteriana, parasitaria o micótica en el último mes), en tratamiento con esteroides, inmunomoduladores, quimioterapia y antibióticos en los 30 días previos al pretratamiento, enfermedades reumatológicas, enfermedad renal crónica tratamiento sustitutivo o hepatopatía crónica; con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, alteraciones hematológicas (aplasia medular, mielodisplasia, enfermedades mieloproliferativas) y aquellos mayores de 85 años. **Resultados:** La distribución de acuerdo al subtipo histológico correspondió a un 50.72 % para el adenocarcinoma moderadamente diferenciado, 18.11 % para el poco diferenciado, 16.66 % para el bien diferenciado y el 5.8 % para las neoplasias intraepiteliales. Se llevó a cabo un análisis estadístico empleando la prueba estadística no paramétrica de tipo Kruskal Wallis. Los resultados obtenidos demostraron ser estadísticamente no significativos para llevar a cabo una asociación entre el valor de RNL y los subtipos histológicos de cáncer de próstata, lo cual a su vez se relaciona con la supervivencia global. **Conclusiones:** Se recomienda realizar un estudio prospectivo donde se pueda tener un seguimiento estrecho de los pacientes

ante la sospecha de recaídas o progresión de la enfermedad así como tomar la muestra sanguínea directamente del tejido prostático, con el fin de evitar los menores sesgos posibles versus la toma sérica.

Palabras clave: índice neutrófilo/linfocito, subtipos, histopatológicos, cáncer de próstata, supervivencia global, HCN PEMEX.

Folio: 0559

Tema: Infectología

Rickettsiosis y proteus ox-19. Reporte de utilidad de anticuerpo en diagnóstico: reporte de caso y revisión de literatura

Zarate Gerardo, Salazar Laura Alexandra
IMSS

Masculino de 50 años, residente del estado de México, casado, campesino; refiere trabajar con ganado en ocasiones de predominio ovinos y bovinos así como presencia de insectos no especificados durante el contacto con dichos animales; tabaquismo negado. Alcoholismo desde la juventud suspendido hace 10 años, con previo consumo de cerveza y pulque llegando a la embriaguez. Niega alergias, cirugías, fracturas o hemotransfusiones. Tampoco refiere uso de drogas, 2 parejas sexuales de tipo heterosexual. Niega enfermedades crónicas y uso de fármacos de forma crónica. Refiere cuadro de 2 meses de evolución con fiebre no cuantificada de pre-



dominio nocturno así como astenia, adinamia y ataque al estado general por lo que se valora por facultativo quien deja tratamiento por anemia y proceso infeccioso no especificado con ceftriaxona sin mejoría de síntomas por lo que acude a esta unidad. FC 72, FR 24, TA 110/60, TEMP 37.6. Activo, reactivo, palidez de tegumentos, conjuntivas con ictericia, mucosa oral hidratada, cuello cilíndrico sin megalias, no IY campos pulmonares sin estertores o sibilancias. Precordio rítmico con soplo sistólico prurifocal grado IV, abdomen globoso, blando depresible, no doloroso a la palpación, Murphy negativo sin irritación peritoneal, organomegalias no palpable por falta de cooperación de paciente. Giordano negativo bilateral. Extremidades integrales, con edema ++, pulsos presentes. Laboratorios y gabinete: •31/7/18: Glu 117, BUN 18, Urea 39, Creat 0.90, BT 2.9, BD 0.12, BI 2.8, AST 98, ALT 67, FA 1218, DHL 512, Na 132, K 4.3, Cl 108, Leucos 3.6, Neutros 2.8, Linfos 700, Hb 4.8, Hto 16.2, Plaquetas 51, o+, TP 20.7, INR 1.84, TPT 83.2, Proteus ox-19 1:320, Coombs directo negativo, Hep A, B y C negativo, VIH no reactivo. •1/7/18: A urico 3.7, Leucocitos 6.1, Neutros 500, Linfocitos 1000, Hb 6.3, Hto 21.8, Plaquetas 237. •USG con derrame pericárdico escaso así como hepatoesplenomegalia congestiva. Análisis y plan: Se inició abordaje de cuadro febril

con toma de paraclínicos con evidencia de pancitopenia por lo que se pide serología viral para VIH y hepatitis siendo negativa, sin síntomas respiratorios mediante placa de torác así como EGO sin proceso infeccioso. Ante la persistencia de leucopenia se pide aislamiento e inicio de profilaxis por alto riesgo de infección por microorganismo oportunistas y se pide serología para reacción febriles por antecedente de contacto con vectores en su trabajo resultando positiva para Proteus OX-19 sugerente de enfermedad transmitida por vectores y se inicia con doxiciclina por 21 días con mejoría de fiebre así como mejoría de la pancitopenia por lo que se determino como Enfermedad por Rickettsia probablemente por garrapata. Revisión: Aunque en la mayoría de las unidades hospitalarias nacionales no se cuenta con medios de identificación moleculares, el conocimiento práctico de la descripción clínica y su relación con vectores, aunado a pruebas de tamizaje, puede ser de ayuda para el clínico, pues esta sospecha diagnóstica disminuiría el riesgo de muerte del paciente. Reacción de Weil-Félix, que determina de forma cruzada los anticuerpos de rickettsias midiendo anticuerpos para antígenos de Proteus OX 19, más de 1:160 en casos de epidemia y más de 1:320 en casos aislados como fue en este paciente lo que permitió la

clasificación del síndrome febril y mejoría de síntomas tras inicio de tratamiento con doxiciclina.

Palabras clave: vectores, rickettsia, síndrome, febril, infectología, proteus ox-19

Folio: 0560

Tema: Endocrinología

Evaluación de metas de control de diabetes en pacientes con VIH

Alvarez Rigoberto Doroteo, Belaunzarán Pablo Francisco, Hernández Sergio César, Sierra Juan, Cano Jorge Oggun, Caro Yanink

Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán

Introducción: Se estima que en México viven alrededor de 220,000 personas viviendo con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se ha descrito una relación estrecha entre infección por VIH y diabetes mellitus (DM), en la que hay diversos factores involucrados. Entre ellos destacan la inflamación crónica y desarrollo de resistencia a la insulina, el uso de algunos medicamentos antirretrovirales (ARV) y la coinfección por virus de hepatitis C. Existen pocos estudios que evalúen el apego a los estándares de atención de DM en población con VIH. El objetivo de este estudio es evaluar el cumplimiento de las metas de control de DM en las personas que reciben atención médica por la infección por VIH. **Me-**

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional en pacientes en la Clínica de Inmunoinfectología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán atendidos durante 2017. Se seleccionaron a pacientes con diagnóstico establecido de DM y que tuvieran al menos 2 consultas durante el 2017. Se registraron sus variables metabólicas, antropométricas y de tensión arterial y se evaluaron según los criterios del Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (NCQA) de Estados Unidos. **Resultados:** Se incluyeron en el análisis a 98 pacientes con DM (96 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y 2 pacientes con diabetes mellitus tipo 1) entre un total de 1,415 pacientes (6.9%), edad 52.5 años (IQR 46-63), 85% hombres, índice de masa corporal 26.87 kg/m² (\pm 5.88 CD) 497.5 células/ μ l (IQR 351-350 hemoglobina glucosilada (HbA1c) 7.3% (\pm 2.12), 7.3 años (IQR 3-16) de diagnóstico de DM, 15 años (IQR 8-21) de diagnóstico de VIH. Todos los pacientes recibían ARV y el 98% de los pacientes estaban en supresión viral. El 82% de los pacientes recibían algún hipoglucemiante oral y 30% insulina. La metformina fue el hipoglucemiante oral más prescrito (81%) como monoterapia en combinación. La combinación más usada fue metformina con sulfonilurea (18%). La prevalencia de hipertensión fue

del 37% (n=36), de estos 30 pacientes (83%) y 42% (n=41) del total de pacientes recibían tratamiento con IECA/ARA2. El 26% recibían aspirina como prevención cardiovascular. Se observó hipertrigliceridemia (> 150 mg/dl) en 70% y a la mitad de estos se les había prescrito algún fibrato. A 13 pacientes se les diagnosticó retinopatía diabética; 9 tenían albuminuria igual o mayor a 30mg/día. Un puntaje > 75 se considera una adecuada atención de acuerdo a los criterios del NCQA, se obtuvo un puntaje de 45 puntos en el estudio. **Conclusiones:** La evaluación de calidad de atención en diabetes en pacientes con VIH permite identificar deficiencias en la atención integral y ayudará a establecer estrategias de mejoramiento para el manejo de co-morbilidades crónicas.

Palabras clave: diabetes, VIH, metas, control.

Folio: 0561

Tema: Endocrinología

Miopatía proximal hipertrófica como manifestación inicial de hipotiroidismo primario: reporte de un caso

Armenta María Fernanda, Espinosa Ramón, Rosales Claudia Ivett, Gómez Coral Alejandra, Viveros Eloína, Oropeza Lizbeth Eliza, Hernández David Enrique
Instituto Mexicano del Seguro Social/Hospital General de Zona 1-A

Introducción: El hipotiroidismo es una entidad clínica compleja

con múltiples afecciones a los diferentes órganos y sistemas del cuerpo, incluido el sistema musculoesquelético. Hasta un 5% de las miopatías adquiridas en la edad adulta son secundarias a hipotiroidismo; dentro de estas, la afectación muscular hipertrofica es infrecuente como forma inicial de presentación. Presentamos un caso que debutó con miopatía hipertrófica adquirida, también conocida como síndrome de Hoffman. **Caso clínico:** Paciente masculino de 41 años de edad, sin antecedentes heredo-familiares ni crónico degenerativos de interés. Únicamente padece vitíligo desde los 19 años de edad. Acudió a valoración por cuadro de 2 meses de evolución con parestesias de ambos miembros torácicos y debilidad progresiva que interfería con la realización de su labor como obrero de mantenimiento, as-tenia, edema facial y aumento de peso a razón de 6 kg, sin cambio previo en sus hábitos alimenticios. A la exploración física destacó el aumento de la masa muscular con predominio en biceps y triceps; debilidad muscular de predominio proximal 4/5 en miembros superiores e inferiores con predominio en hemicuerpo derecho e hiperqueratosis en palmas y plantas; los reflejos de estiramiento muscular fueron normales. En el contexto de una miopatía, se solicitaron estudios paraclínicos: creatinofosfoquinasa (CPK) de 2,238 UI/l,



creatinina 1.13 mg/dl, aldolasa 3.1 U/L. Se realizaron estudios inmunológicos como anticuerpos anti-nucleares (ANA) negativo, anticardiolipina IgM e IgG negativo, anticitoplasma de neutrofilo (ANCA) c-ANCA y p-ANCA negativos, factor reumatoide (FR) 15 UI/mL, complemento C3 112 mg/dL, C4 24 mg/dL PCR 0.04 mg/dl, VSG 8 mm/hr, serología para VIH, VHA, VHB y VHC negativo y perfil tiroideo con TSH 115.2 U/mL, T4 libre 0.8 ng/dL. El electrocardiograma evidenció bradicardia sinusal, el examen de velocidad de conducción nerviosa reportó mononeuropatía focal de nervio mediano bilateral, neuroconducción sensitiva-motora normal en miembros pélvicos y por ultimo se realizó una electromiografía con resultado normal. Se concluyó diagnóstico de hipotiroidismo primario, iniciando tratamiento sustitutivo con levotiroxina 100 mcg/día. Durante el seguimiento se observó mejoría clínica de la debilidad, la hipertrofia muscular y del resto de los síntomas; con normalización progresiva de la CPK, función renal y tiroidea.

Conclusión: Dentro del abordaje diagnóstico de las miopatías adquiridas es de gran relevancia una historia clínica completa así como una exploración física meticulosa que permita orientar el diagnóstico, en este caso la presentación de hipertrofia muscular en un paciente con miopatía, bradicardia sinusal,

astenia y síndrome del túnel del carpo bilateral sugería como principal sospecha diagnóstica hipotiroidismo, el cual se corroboró con perfil tiroideo y descartándose otras causas frecuentes de miopatía. La miopatía hipertrófica es infrecuente como forma de presentación en el hipotiroidismo, su patogénesis no está clara, se considera que el déficit de hormona tiroidea ocasiona cambios en el metabolismo celular (reducción de la glucogenolisis y del metabolismo mitocondrial oxidativo) que afectarían el suministro de energía al músculo, condicionando atrofia selectiva de las fibras musculares tipo II con una hipertrofia compensadora de las fibras tipo I. Se caracteriza por debilidad muscular proximal asociada a una fisonomía atlética por aumento de volumen y tono de masas musculares en brazos y piernas, la electromiografía es normal hasta en el 50% de los casos y la biopsia de musculo puede mostrar alteraciones inespecíficas, como en el caso de nuestro paciente, cuya electromiografía resultó normal. El pronóstico está determinado por el tiempo de evolución de las manifestaciones clínicas, nuestro paciente tenía al menos 6 meses, por lo que presentó mejoría con la sustitución hormonal.

Palabras clave: hipotiroidismo, miopatía hipertrófica, síndrome de hoffman, debilidad, hipercekaemia.

Folio: 0562

Tema: Misceláneos

Polineuropatía craneal asociada a vasculitis como manifestación inicial de síndrome de Cogan

Sánchez Diego Enrique, Martínez Carel, Dzul Eddier Salomon HRAEPY

Introducción: El síndrome de Cogan es una vasculitis autoinmune caracterizada por inflamación intraocular condicionada por una queratitis intersticial no sifilítica y disfunción vestibuloauditiva usualmente neurosensible. Las principales manifestaciones son pérdida progresiva tanto de la visión como de la audición, pudiéndose acompañar de tinitus, náuseas y vértigo en un intervalo de tiempo no mayor a 2 años. La mayor prevalencia es entre la tercera y cuarta década de la vida. La presentación clínica puede ser típica o atípica, la presencia de polineuropatía asociada a vasculitis, como primera manifestación es extremadamente rara por lo que este tipo de pacientes representan un reto diagnóstico en la práctica clínica.

Descripción del caso: Femenino de 67 años de edad, originaria y residente de Campeche, portadora de hipertensión arterial sistémica diagnosticada en 2011. Inició padecimiento en 2015 con hipoacusia en oído izquierdo progresando hasta anacusia; veinte meses después se agregan episodios de cefalea

holocraneana paroxística, intensidad EVA 9/10, que mejora con AINES, acompañada de vértigo intermitente, hipoacusia progresiva de oído derecho, fotopsias, hiperemia conjuntival derecha y disminución de agudeza visual ipsilateral, progresando hasta la amaurosis. En enero de 2017 presento ptosis derecha, disfagia a líquidos, disfonía y dolor en globo ocular derecho, con intensidad EVA 10/10. A su ingreso hospitalario alerta, orientada en tres esferas neurológicas, ojo izquierdo con pupila isocórica, normoreflexica, reflejo rojo presente, FO con nervio óptico pálido, fovea con excavación del 20%, ojo derecho con ptosis palpebral, esclera grisácea, hiperplasia conjuntival perilímbica superior, con aumento de la vasculatura, amaurosis, pupila midriática, irregular, arreflectica, ausencia de reflejo corneal, reflejo rojo ausente, opacidad del cristalino, limitación de abducción y supraducción, así como dolor a la digitopresión. Cavidad oral con úvula y velo del paladar lateralizados a la derecha, ausencia de reflejo nauseoso y reflejo tusígeno disminuido. Integrándose síndrome de polineuropatía craneal y del seno cavernoso. Se realizó un USG de órbita que reporto engrosamiento de coroides compatible con tumoración, la RM que reporto afectación a nivel de globo ocular y tallo encefálico. Punción lumbar documenta di-

sociación albuminocitológica, ante la sospecha de tumor de la órbita se decidió enucleación de OD, como parte del abordaje se realizó perfil inmunológico, concluyendo vasculitis, se inició manejo con esteroides a dosis altas, presentando mejoría de la sintomatología neurológica, el estudio histopatológico reporto de queratitis crónica inespecífica y hemangioma coroideo. **Discusión y conclusiones:** El síndrome de Cogan es una entidad poco frecuente y probablemente subdiagnóstica. Los síntomas cardinales que nos deben hacer sospechar son síntomas vestibulares asociados a disminución de la agudeza visual. Particularmente en este caso la ausencia de reflejo rojo y el engrosamiento de la coroides oriento hacia la sospecha diagnóstica de neoplasia; sin embargo la expresión clínica de neuropatía craneal múltiple, las manifestaciones vestibuloauditivas y los hallazgos de los estudios de imagen, deberían levantar la sospecha diagnóstica de patología sistémica que obligue a descartar enfermedades metabólicas, infecciosas o inmunológicas impactando así en el tratamiento y pronóstico de los pacientes. La principal asociación fisiopatológica del síndrome de Cogan es la vasculitis, cuyo tratamiento es con esteroides, presentando mejoría clínica nuestra paciente.

Palabras clave: polineuropatía, Cogan, vasculitis, epiescleritis, amaurosis, anacusia.

Folio: 0563

Tema: Gastroenterología

Síndrome de sobreposición de colangitis biliar primaria y hepatitis autoinmune

Tellez Carlos Alberto

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

Introducción: Las enfermedades hepáticas autoinmunes se dividen en 2 grupos: el primero se caracteriza por daño predominantemente hepatocelular y su prototipo es la hepatitis autoinmune. El segundo se caracteriza por colestasis e incluye la cirrosis biliar primaria y la colangitis esclerosante primaria. En la HAI, el daño histológico se observa predominantemente en los hepatocitos portales y periportales, mientras que en la CBP y en la CEP, la lesión histológica afecta a las células del epitelio biliar, cada una con sus características distintivas. Femenina de 47 años de edad con antecedentes de cirrosis hepática Child B debido a colangitis biliar primaria además de hipertensión portal en tratamiento con propranolol, furosemida, espironolactona, ácido ursodesoxicólico. AST 200 UI/L, FA 330 UI/L, GGT 540 UI/L, bilirrubina total 10 mg/dl patrón mixto. Endoscopia de screening con varices esofágicas pequeñas. Anticuerpos antimitocondriales 1:80. Debido a falta de mejoría en la ictericia se decide realizar biopsia además de solicitar



anticuerpos antimúsculo liso. Se realiza biopsia hepática transyugular en la que se muestra hepatitis crónica, nivel 3 en la escala de Ishak, fibrosis 4. Las biopsias mostraron fibrosis, además de un infiltrado inflamatorio mixto compuesto por linfocitos y células plasmáticas con discreta hepatitis de interfase con destrucción de los conductillos. Anticuerpos antimúsculo liso 1:80. Debido a estos hallazgos además del resultado de los anticuerpos se integra un síndrome de sobreposición de colangitis biliar primaria y hepatitis autoinmune. Se decide iniciar con prednisona 1mg/kg de peso, con seguimiento por consulta externa. **Conclusión:** los síndromes de sobreposición deben ser buscados en los pacientes con hepatitis autoinmune que tienen datos de colestasis ya que sabemos que su comportamiento tiende a ser más agresivo con mayores tasas de cirrosis y necesidad de trasplante hepático así como pobre respuesta al tratamiento.

Palabras clave: hepatitis autoinmune, colangitis biliar primaria, síndrome de sobreposición.

Folio: 0564

Tema: Gastroenterología

Sangrado de tubo digestivo alto secundario a lesión de Dieulafoy

Tellez Carlos Alberto, Herrera Gilberto

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

Introducción: La lesión de Dieulafoy (LD) o persistencia de calibre arterial es una causa rara aunque potencialmente fatal de hemorragia gastrointestinal, y responde a menos del 2% de episodios de hemorragia digestiva aguda Masculino de 50 años de edad con antecedentes de alcoholismo crónico intenso. Inició padecimiento actual un día previo a su ingreso al presentar de manera súbita hematemesis en 6 ocasiones, acompañado de diaforesis, y un episodio de lipotimia por lo cual acude a clínica particular en donde le recetan butilioscina y difenidol, sin presentar mejoría. Se agrega alteración del estado de consciencia caracterizado por somnolencia y discurso incoherente por lo que decide acudir a nuestro servicio de urgencias. A su llegada se encuentra hipotenso, taquicárdico, con HB de 6.5. Se inicia reanimación con líquidos y hemocomponentes. Durante su estancia en urgencias presenta crisis convulsiva tónico clónica generalizada, se realiza intubación para protección de vía aérea. Sube a terapia intensiva. Pasa a endoscopia en donde se observa lesión de Dieulafoy en curvatura menor tratada con BICAP, gastropatía portal leve, varices esofágicas grandes con estigmas de riesgo de sangrado, úlcera Forrest III de 6mm en curvatura menor. Permanece intubado menos de 48 horas. Baja a piso de medicina interna, permanece en vigilancia

48 horas, sin caída del hematocrito, sin datos de síndrome de abstinencia. Pasa segunda endoscopia en donde se ligan las varices esofágicas. En conjunto con gastroenterología se decide alta con seguimiento por la consulta externa. **Conclusión:** La LD es una entidad que potencialmente pone en peligro la vida y debe ser sospechada en pacientes con inicio súbito de sangrado digestivo o episodios recurrentes del mismo. Existen métodos útiles para su diagnóstico y terapia multimodal endoscópica, quirúrgica o angiográfica.

Palabras clave: Dieulafoy, sangrado de tubo digestivo, endoscopia.

Folio: 0565

Tema: Hematología

Linfoma de la zona marginal (estomago e intestino delgado) con transformación a linfoma difuso de células grandes estirpe B (ganglio cervical) en masculino de la octava década de la vida: reporte de caso

Belmonte Freddy, Moran Edith Margarita, Jimenez Luis Miguel, García María Carmen, Emeterio Jazmin Gpe., Jaimes Kathia Ma. Centro Médico ISSEMyM Toluca

Presentación: Masculino de la octava década de la vida con antecedentes de hipotiroidismo primario, hiperplasia prostática benigna. es enviado de la consulta externa a hospitalización de medicina interna, debido a

que desde hace 3 años (aprox) con pérdida de peso de aproximadamente 30 kilos, sin causa aparente con los síntomas principales de disfagia progresiva (sólidos a líquidos) y adenopatías en cuello, durante sus primeros días hospitalización curso con disfagia e intolerancia a la vía oral, iniciando protocolo de estudio, con tomografía torácica- abdominal, en la cual se observa engrosamiento de esófago, nódulos a nivel pulmonar y engrosamiento de mucosa en colon y recto, por lo que se solicitó endoscopia documentando ulcera en bulbo duodenal de 2.5 cm en cara posterior, probable penetrada, dilatación duodenal descartar proceso obstructivo intestinal, gastropatía crónica de antro, se tomaron biopsias de tejido y enviadas a patología para descartar probable linfoma gástrico, se realizó también resección de ganglio en nivel ganglionar cervical izquierdo (17/01/18) por parte del servicio de otorrinolaringología, se realizó toracoscopia con toma de biopsias como parte del protocolo con colocación de sonda endopleural, posterior a procedimiento, con dolor en sitio de salida de sonda endopleural, con drenaje serohemático y retirando sin complicaciones, se obtuvieron resultados de biopsia gástrica e intestinal con elementos histológicos compatibles con linfoma de la zona marginal (maltoma) de estomago e intestino delgado,

con transformación a linfoma difuso de células grandes estirpe b (cd20+) en ganglio cervical. inmunohistoquímica cd20+, cd43+, cd5-, cd10-, ciclina d1-, bcl -2, bcl-6, las zonas de transformación no se observan en las biopsias gástricas y son focales en las biopsias de intestino delgado y en el ganglio linfático. **Revisión:** El linfoma gástrico primario, por definición, es aquella neoplasia de linfocitos que se presenta en el estómago, principalmente en la edad adulta y vejez, en donde su origen primario corresponde a este órgano y el tipo de neoplasia puede corresponder a cualquier variante de linfoma descrito en la literatura (linfomas de células B, de células T, o linfomas de Hodgkin), y constituye además el tipo más común de linfoma extranodal. Los linfomas de estirpe B corresponden a neoplasias originadas en los linfocitos B, que en sus diversas fases de maduración son susceptibles a malignizarse. Afectan principalmente a los ganglios linfáticos y todos los diversos tipos histológicos pueden presentarse de manera primaria en el estómago; según diversos autores más del 90% están representados por el linfoma tipo MALT y el linfoma difuso de células grandes B. Los linfomas primarios gástricos son poco frecuentes: representan entre el 2 y el 8% de las neoplasias gástricas; por otro lado, los linfomas no Hodgkin extranodales pueden representar

cifras muy variables en diversos estudios, un 24% en países de Norteamérica hasta un 48% en países del Mediterráneo. Los linfomas extranodales pueden afectar a otros órganos hematolinfoides como la medula ósea o el bazo; sin embargo, el tracto gastrointestinal es el sitio más frecuentemente afectado, el estómago puede representar entre el 30 y el 40% de los todos los linfomas extranodales. En México, la frecuencia de linfoma gástrico primario ha ido en aumento, de 1 a 1,9% en los años 1960 hasta 9,1% en el 2001. Este incremento en las cifras está relacionado con dos factores: la disminución del adenocarcinoma y el incremento de los casos de linfoma, tal vez en relación con la presencia del *Helicobacter pylori* o con factores alimentarios. La frecuencia de cada uno de ellos es bastante variable en las series que se reportan en la literatura, predominando en la mayoría el linfoma tipo MALT.

Palabras clave: linfoma malt, linfoma células grandes, gástrico, octava década.

Folio: 0566

Tema: Nefrología

Inicio de diálisis peritoneal en el postquirúrgico inmediato en paciente con hernia umbilical gigante y disfunción de catéter tenckhoff, agotamiento vascular y urgencia dialítica

Rico Jesús Alejandro, Villavicencio Carlos Alberto, Chávez Hugo Enrique



Hospital General Regional #46
IMSS

La hernia de pared abdominal es una complicación mecánica común de la diálisis peritoneal, afecta al 37% de pacientes en series publicadas. Las hernias causan secuestro del dializado que disminuye el aclaramiento de solutos y ultrafiltrado. La alta prevalencia de hernias propicia el retraso para iniciar con la terapia de remplazo renal. Existen pocos datos publicados sobre comenzar la diálisis peritoneal automatizada en el postoperatorio inmediato, por lo que se presenta el siguiente reporte de caso. Masculino de 31 años con diagnóstico de enfermedad renal crónica G5 desde hace 11 años sin etiología determinada. Candidato a diálisis peritoneal, diferida por lesión vesical durante colocación de catéter tenckhoff. Inicia hemodiálisis durante 6 años con uso de 9 accesos vasculares, presentando agotamiento vascular. Hace 5 años se coloca catéter tenckhoff, iniciando diálisis peritoneal continua ambulatoria. Acude a valoración por tumor abdominal de varios meses de evolución con aumento progresivo de tamaño y disfunción de catéter tenckhoff. A la exploración física destaca importante defecto de pared abdominal que involucra el tracto de salida del catéter, presencia de ruidos peristálticos, no reducible ni dolorosa, sin cambios de coloración de piel. Se realiza

tomografía simple de abdomen que muestra hernia umbilical, defecto de pared de 6.33.3cm, secuestro de asas intestinales y catéter de diálisis. Estudios de laboratorio seriados con urea 268mg/dl, creatinina 21.8mg/dl, potasio 7mmol/l refractario a tratamiento médico. Rastreo vascular ultrasonográfico muestra estenosis vascular global; se intenta colocación quirúrgica de catéter en acceso femoral sin éxito. Se realiza hernioplastía de urgencia y recolocación de catéter tenckhoff, inicia diálisis peritoneal automatizada en el postquirúrgico inmediato con volúmenes de 750ml y tiempo de estancia una hora, durante 20 horas, logrando disminución de azoados, normocalemia y balance hídrico negativo de manera exitosa.

Palabras clave: ERC, hernia, diálisis, Tenckhoff, automatizado, postoperatorio.

Folio: 0567

Tema: Neurología

Schwannomas cervicales: reporte de caso y revisión de la literatura

Zarate Gerardo, Salazar Laura
Alexandra
IMSS

Masculino de 16 años, soltero. Católico. Desempleado. Carga genética para DM2 en tía materna. Tabaquismo y alcoholismo hace 1 año. Uso ocasional de marihuana. Exposición a biomasa negada. Niega vida sexual activa. 2

perforaciones hace 1 año. No tatuajes. Alergias, fractura de pie izquierdo en la infancia sin tratamiento quirúrgico, niega cirugías. Hemotransfusiones negadas. Traumatismo hace 4 meses al estar cortando caña se lesionó índice de mano izquierda. Niega enfermedades crónicas así como enfermedades de la infancia. Hace 4 meses con presencia de dolor a nivel de hombro izquierdo de tipo punzante progresivo que posteriormente se irradió a toda la extremidad torácica izquierda acompañada de parestesias de predominio en mano izquierda, tanto en palmas y dorso de la mano, así como disminución progresiva de la fuerza muscular ocasionando caída de objetos al sostenerlos con la mano además de hipertrofia exclusiva de extremidad mencionadas acompañada de alteración en la sensación de temperatura tratada con analgésico y esteroide sin mejoría. Dentro de la exploración dirigida con hipotrofia muscular y dolor a la palpación en toda la extremidad torácica izquierda así como parestesias a la palpación de la mano, incapacitado para la movilización activa y pasiva del hombro por presencia de dolor. REMS aumentados en MTI. Laboratorios y gabinete: 13/3/18: Glu 93, BUN 13, Creat 0.74, DHL 308, CPK 59, MB 16, Ca 10.3, Na 150, Cl 115, K 4.6, Leucos 6.8, Linfos 2600, Neutros 3900, Hb 16.2, Hto 48.4, PlaQ 253,

VDRL, VIH y EGO negativos. RMN columna: Schwannoma cervical izquierdo dependiente de C6 y C4 Revisión: Los schwannomas son tumores encapsulados y benignos que generalmente aparecen como masa laterocervical asintomática de lento crecimiento. Son lesiones de diagnóstico preoperatorio difícil, cuyo tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica; en ocasiones es difícil conservar el nervio de origen por estructuras adyacentes a columna cervical.

Palabras clave: schwannomas, cervical, hemiparesia, parestesias, neurología.

Folio: 0568

Tema: Infectología

**Síndrome hemofagocítico in-
forme de un caso**

Herbert Zaira Nereida, Patlán Hazel Ali, De la Maza Salvador, Gil Lamadrid Itzel, Borjas Jaime Antonio

Hospital Central Ignacio Morones Prieto, UASLP

Antecedentes: El síndrome hemofagocítico se caracteriza por activación masiva de Linfocitos T y macrófagos, clasificado en primario (historia familiar o alteraciones genéticas) y secundario (asociado a infecciones, desordenes inmunológicos o malignidad), se presenta con fiebre, citopenias, disfunción hepática, coagulopatía, esplenomegalia, hemofagocitosis en médula ósea, hipertriglicéridemia e hipofibrinogenemia.

Objetivo: Presentar un caso de SH probablemente secundario.

Caso: Masculino de 34 años, con cuadro de 3 semanas de evolución, con por pérdida de 5 kg, fiebre nocturna de 40°C, astenia, adinamia, diaforesis, hiporexia, tos seca, congestión nasal, hiperemia conjuntival y lagrimeo. EF con TA 110/80, FR 18 rpm, FC 140 lpm, SO2 94%, T: 40°C, adenomegalia submandibular y esplenomegalia. Ingresó con plaquetas de 74, PCR 18.2, DHL 738 U/L. Posteriormente presentó epistaxis, hematuria y CID con, INR 1.5, TTP 56.1, fibrinógeno 72 mg/dl, plaquetas 16, 000, DHL 1616 U/L, albúmina 2.5, globulinas 1.2, BD 7.0, BI 2.35, TGO 281.4, TGP 91.9, ferritina 29,485 ng/ml, vitamina B 1556 pg/ml, Dímero D 8.97 / ml, Triglicéridos 228 mg/dl. Se integró Síndrome hemofagocítico, biopsia de hueso y aspirado de MO con hemofagocitosis e inmunohistoquímica negativo para células neoplásicas, biopsia hepática, con hemofagocitos y negativo para BAAR, 3 Baci-
loscopias en expectoración y PCR negativas para Tb, Eipstein Bar IgG(+), e IgM (-), CMV IgM (-), Toxoplasma IgM (-), VDRL(-), 4 hemocultivos sin desarrollo. Se manejó con transfusión de hemoderivados, dexametasona y ciclosporina con mejoría su cuadro clínico. **Conclusión:** El paciente presenta SH probablemente secundario a pesar de tener negativos los estudios asociados al momento, sin

embargo ha respondido en forma satisfactoria a la terapia empleada, con el riesgo de recaída y deterioro de su estado de salud si no se encuentra el factor etiológico.

Palabras clave: hemofagocitosis, coagulopatía, pancitopenia, hepatitis, fiebre.

Folio: 0569

Tema: Endocrinología

Secreción de adiponectina por adipocitos primarios humanos, recuperación de adiponectina y su relación con la y reversión de diabetes mellitus tipo 2 post-cirugía bariátrica

Suárez Juan Antonio¹, Martínez José Enrique¹, López Itzcoatl Miguel¹, Ortíz Moisés², Montoya Jesús²

¹ División de Investigación;

² Cirugía Bariátrica

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La obesidad es un trastorno de la nutrición que se considera factor de riesgo para varias anomalías metabólicas, como la resistencia a la insulina y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz para la obesidad mórbida y para algunas de las comorbilidades asociadas con la obesidad, principalmente DM2. Varias publicaciones han demostrado que independientemente del peso perdido, la remisión de la DM2 es posible con este tipo de operaciones gastrointestinales. Además de la reducción



de peso se acompaña de una mejoría en el perfil metabólico, existiendo un porcentaje considerable de pacientes que ya no requerirán una terapia anti-hiperglucemiante. El mecanismo responsable de dicha remisión de DM2 aún no es claro; sin embargo, se ha sugerido que el incremento en la adiponectina plasmática y la secreción de adiponectina por los adipocitos podrían participar en este proceso. **Objetivo:** Estudiar la secreción de adiponectina por adipocitos primarios estimulados y la dinámica de concentración de adiponectina plasmática durante el periodo de seguimiento, en relación con la remisión de DM2 post-cirugía bariátrica. **Material y métodos:** Estudio observacional, longitudinal, prospectivo. La población de estudio se constituyó de pacientes con obesidad mórbida y DM2 candidatos a cirugía bariátrica. Se obtuvo muestra de sangre venosa periférica durante el periodo prequirúrgico y 6 meses posteriores a la cirugía bariátrica, en las que se determinaron variables de bioquímica clínica y adiponectina. Durante la realización de la cirugía bariátrica se obtuvo muestra de tejido adiposo visceral, de donde se aislaron y cultivaron de adipocitos primarios, para ensayos de estimulación de secreción de adiponectina con niacina. La adiponectina plasmática y en medio de cultivo se determinó mediante ensayo de ELISA.

Resultados: Se estudiaron 15 pacientes con obesidad y DM2 programados para cirugía bariátrica atendidos en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE. Después del periodo de seguimiento, 8 (53.3%) pacientes lograron remisión completa de DM2, manifestada por menores valores de glicemia en ayuno, hemoglobina A1C, triglicéridos y mayor concentración plasmática de colesterol HDL, sin requerir anti-hiperglucemiantes a 6 meses de la cirugía bariátrica. La magnitud de elevación de adiponectina plasmática post-cirugía bariátrica se relacionó significativamente con la remisión de DM2, y se observó una relación entre la tasa de secreción estimulada de adiponectina in vitro con la remisión de DM2. **Conclusión:** El metabolismo de adiponectina muestra capacidad predictiva para la respuesta en el manejo de la DM2.

Palabras clave: adiponectina, adipocitos, obesidad, diabetes mellitus, bariatría.

Folio: 0571

Tema: Endocrinología

Hiperparatiroidismo primario con osteitis fibrosa quística.

Reporte de un caso

Salero Débora, Vergara Adriana, Piña Monserrat

Hospital Ángeles Metropolitano

El hiperparatiroidismo primario, un trastorno del metabolismo del calcio por producción

autónoma y no regulada de hormona paratiroidea (PTH). Se caracteriza por hipercalcemia con concentraciones elevadas o inapropiadamente normales de PTH. Mas frecuente en mujeres. **Caso clínico:** Femenino de 44 años con antecedente de litiasis renal coraliforme de repetición con colocación de catéter doble J, litotomía y nefrectomía derecha. Enfermedad renal crónica e hipertensión arterial sistémica. Cuenta con fractura patológica de fémur, por lo que se inicio protocolo de estudio donde se reporto PTH 2863 pg/ml, Ca sérico 12.7 mg/dl, corregido 13.2 mg/dl, P 3.5 mg/dl, albumina 3.33 g/dl, creatinina 2.7 mg/dl, TFG(CKD-EPI): 21ml/min/1.73m² y Hb 6.9 g/dl. El USG con un nódulo extratiroideo derecho con vascularización periférica. Gammagrama Tc-99 sestamibi con hipercaptación derecha inferior en fase tardía correspondiente a adenoma paratiroideo. Clínicamente se encuentra con debilidad, bocio grado I, hipotrofia e inmovilización. Radiografías que evidencian degranulación en sal y pimienta del cráneo, quistes óseos y un probable tumor pardo. Se realizó paratiroidectomía obteniendo una PTH postoperatoria de 165pg/ml. Se mantuvo en observación y control de electrolitos séricos. El 80% de los casos es por adenoma paratiroideo benigno único. El 44% cuentan con antecedente de cálculos renales,

nefrocálculos y función renal reducida. Tienen debilidad muscular proximal e hipertensión arterial sistémica. Existe aumento en la resorción ósea osteoclástica y aumento de la actividad osteoblástica, por lo que tienen osteitis fibrosa quística: degranulación en sal y pimienta del cráneo, reabsorción subperióstica de falanges distales, quistes óseos y tumores pardos. Se asocia también con fracturas, deformidades y artralgias. La paratiroidectomía es el tratamiento de elección. El nivel de PTH intraoperatoria debe disminuir > 50%, 10 min tras la extirpación de la glándula. Tasa de curación > 98%.

Palabras clave: hiperparatiroidismo primario, hipercalcemia, osteitis fibrosa quística, paratiroidectomía, PTH, reabsorción subperióstica.

Folio: 0572

Tema: Endocrinología

Evolución espontánea de tumoración suprarrenal bilateral

Ramírez Raul, Ibarra Jesus Alejandro, Gutierrez Leticia, Cortez Brenda Guadalupe, Arana Julio Cesar, Orozco Francisco Javier, Tiempo Fabiola Guadalupe
Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE

La hiperplasia suprarrenal congénita es un espectro de trastornos que resultan de una deficiencia o la falta completa de una de las enzimas en la vía de síntesis del cortisol. Estos trastornos genéticos au-

tosómicos recesivos se suelen caracterizar por deficiencia de cortisol y virilización, con o sin pérdida de sal. A continuación se presenta el caso de un hombre de 30 años de edad, sin antecedentes personales patológicos de importancia. Inicia su padecimiento en julio de 2016 con dolor en hipocondrio derecho, relacionado con el esfuerzo, además de diaforesis y sensación de desvanecimiento, visión borrosa y taquicardia. A la exploración física con TA: 100/60 mmHg, FC: 78 lpm, FR: 18 rpm, Edad menor a la cronológica, talla baja (1.43 m y peso de 72 kg), hiperpigmentación generalizada. Tórax sin presencia de datos patológicos. Abdomen globoso, sin dolor a la palpación, con matidez a la percusión 4cm por debajo del reborde costal derecho. Manos acortadas. Biometría hemática, química sanguínea y pruebas de funcionamiento hepático sin alteraciones. TAC simple y contrastada de abdomen que demuestra tumoración bilateral en ambas suprarrenales. Perfil hormonal que reportó elevación de ACTH, 17-a hidroxiprogesterona, renina, prolactina y estradiol; con disminución de los niveles de cortisol. De acuerdo al perfil hormonal se concluyó el diagnóstico de hiperplasia suprarrenal congénita del adulto variante no clásica de acuerdo a la clasificación actual, por lo que recibe tratamiento con sustitutivo con prednisona. La

hiperplasia suprarrenal congénita tiene una incidencia de 1:8,743 habitantes en México, el diagnóstico suele hacerse en etapas tardías debido a la reserva hormonal.

Palabras clave: hiperplasia, tumoración, suprarrenal, congénita.

Folio: 0573

Tema: Hematología

Hemofilia adquirida: presentación de caso clínico

Medina Benjamín, Carreño Paulina, Zaldivar Nedelé, Camacho Marco Antonio, Olvera Arturo
UMAE Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

Mujer de 65 años con hematoma en muslo izquierdo no asociado a traumatismo, evolución en 10 días con extensión hacia glúteo ipsilateral y región dorsal, hematoma en cuello y hombro izquierdo con extensión dorsal, hematoma en brazo izquierdo, astenia, adinamia y disnea de medianos esfuerzos. Los estudios de laboratorios iniciales mostraron anemia (hgb 7.1g/dl, HTO 21%, VCM 91fl, HCM 29.6pg) y tiempos de coagulación con prolongación de TTPa (100seg) con TP e INR dentro de parámetros normales, 17seg y 1.2 respectivamente. Durante su estancia hospitalaria cursó con TTPa persistentemente elevado con TP normal, se realizó corrección con plasma (dilución 1:2, 76.6; 1:4, 60; 1:8, 45), confirmándose la pre-



sencia de factor VIII en 1% e inhibidores de factor VIII en 256 Unidades Bethesda. Se inició tratamiento con prednisona y ciclofosfamida a 750 mg/kg de peso, en dosis única. Presentó durante internamiento melena y hemartrosis de codo izquierdo requiriendo tratamiento con FEIBA (concentrado de complejo protrombina activado CCPa) a dosis de 6000 ui cada 12 hrs durante 48 horas así mismo se inició Rituximab a dosis de 375 mg/m², con aplicación semanal 4 dosis presentando mejoría clínica e incremento de los niveles de hemoglobina con reducción del TTPa desde la primera semana de tratamiento. Dos meses después reingresó con criterios de neumonía en contexto de paciente inmunosuprimido, con neutropenia grave, presentando deterioro del patrón respiratorio, requiriendo manejo por sospecha de neumonía por microorganismos atípicos ingresando a unidad de cuidados intensivos y evolucionando a deterioro hemodinámico tras 24 horas de estancia en dicha unidad sin respuesta a tratamiento. En conclusión, el caso clínico presentado cobra importancia en el contexto del abordaje diagnóstico de una enfermedad rara, asociada a neoplasias o autoinmunidad, con alta mortalidad por eventos de hemorragia aguda y que requiere sospecha clínica para instaurar manejo oportuno y eficaz.

Palabras clave: HA, inhibidor-FVIII, FEIBA, rituximab, TTPa.

Folio: 0574

Tema: Gastroenterología

Reporte de caso: pancreatitis aguda medicamentosa secundaria a propofol

Salinas José Alfredo¹, Galván Verónica Alejandra², Sánchez María Teresa³

¹ Medicina Interna Programa Multicéntrico ITESM-SSNL;

² Geriátría del Programa Multicéntrico ITESM-SSNL; ³ Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Tecnológico de Monterrey

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) medicamentosa es relativamente inusual, su incidencia real se desconoce, se estima que se encuentra entre el 0.1 al 2% del total de casos (Marcel-Spanier, et al. 2011). Su diagnóstico se basa en descartar las principales causas de PA, la temporalidad de aplicación del medicamento, un nuevo reto con el medicamento al paciente y la evidencia de reportes de caso, según la clasificación de Badalov et al. (2007). La PA secundaria a propofol es un padecimiento raro que se clasifica en medicamentos de clase II causantes de PA, al demostrarse la temporalidad en más del 75 % de los casos y contar con más de 4 reportes de caso, con 25 reportes de casos hasta el año 2000 (Csomor et al., 2017). **Objetivo:** Describir y analizar características clínicas de la PA con etiología medicamentosa secundaria a propofol con la descripción de

un caso. **Exposición del caso:**

Paciente masculino de 66 años, con antecedentes de cáncer de colon en remisión, hipertensión arterial sistémica y diagnóstico reciente de cáncer de próstata. Niega tabaquismo, consumo de alcohol y toxicomanías. Acude para realización de prostatectomía radical, realizándose dicha cirugía con linfadenectomía pélvica, con uso de midazolam, sufentanilo, propofol y cisatracurio en el procedimiento. En el post operatorio inmediato, inicia con dolor epigástrico súbito, transitorio, acompañado de náusea y vómito. A la exploración física con dolor abdominal generalizado a la palpación, resto sin anormalidades. Paraclínicos reportan: Lipasa de 4465 U/L, TC de abdomen simple con hallazgos de pancreatitis Balthazar C, sospecha de lodo biliar, sin dilatación de vesícula biliar. Ultrasonido abdominal con lodo biliar, con vesícula de dimensiones y pared normales, con vías biliares sin dilatación. Bilirrubina total, transaminasas, fosfatasa alcalina y GGT dentro de límites normales. Calcio sérico 9.1 mg/dL, colesterol 85 mg/dL y triglicéridos 142 mg/dL. Al descartarse etiologías principales de PA, junto con la temporalidad del evento, inmediato a la aplicación de los medicamentos transoperatorios, se realiza diagnóstico de PA medicamentosa secundaria a propofol, descartándose por búsqueda de literatura al

resto de medicamentos al no encontrarse descritos según la clasificación de Badalov del 2007. El paciente fue tratado con hidratación intravenosa y analgesia, con posterior resolución del cuadro inicial de PA. Se egresa a paciente con seguimiento en la consulta externa.

Conclusiones: El diagnóstico de la PA medicamentosa es complicado al no contar con características clínicas que la distinguan de otras etiologías por lo cual debe de pensarse con mayor frecuencia. Por otro lado, es importante considerar al propofol como causa de PA, ya que pudiera estar subestimado como reacción adversa causante de PA. La limitante de este caso es que no se realizó un estudio específico de vías biliares para descartar una etiología biliar, aunque por estudios de laboratorio y de imagen pudo descartarse.

Palabras clave: pancreatitis aguda, pancreatitis medicamentosa, propofol, dolor abdominal, dolor epigástrico, pancreatitis idiopática.

Folio: 0575

Tema: Gastroenterología

Estenosis esofágica secundaria a adenocarcinoma de estómago: reporte de caso y revisión de literatura

Zarate Gerardo, Salazar Laura Alexandra
IMSS

Masculino de 50 años, dedicado al campo, casado. Alcoholismo

desde los 18 años llegando a la embriaguez, suspendido hace 6 meses, tabaquismo ocasional, exposición a biomasa positiva. Niega enfermedades crónicas, alergias, cirugías o fracturas. Menciona cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por presencia de disminución de peso no intencionada así como saciedad temprana además de evacuaciones melénicas ocasionales por lo que decide acudir a revisión medica en donde se sospecha por estigmas de hepatopatía cursar con insuficiencia hepática pero posteriormente 2 semanas luego de consulta con cuadro de 24 hrs de evolución caracterizado por presencia de dolor en epigastrio así como presencia de evacuaciones melénicas en 1 ocasión así como astenia y adinamia por lo que acude a esta unidad en malas condiciones generales con sospecha de sangrado de tubo digestivo variceal y choque hemorrágico por lo que se decide inicio de soluciones parenterales y hemotransfusión. Ante la persistencia de sangrado de tubo digestivo alto se hace endoscopia con presencia de estenosis de esófago distal del 90% por tumoración polipoide y se realiza gastrostomía para inicio de alimentación puesto que no había tolerancia debido a dicha obstrucción. Exploración solo destaca paciente malas condiciones generales y caquectivo. LAB: GLU 102.3, BUN 14.25, UREA, CREAT 0.81, PT 4.7, A.U 1.5, BT 1.78,

BD 0.72, BI 1.06, AST 37, ALT 17, FA 218, DHL 267, CA 8.1, NA 130, K 4.5, CL 101. LEU 4.8, HB 7.3, HTO 21.6, PLAQ 131, TP 14.6, INR 1.3, TPT 30.8 TAC toracoabdominal: con lesión ocupativa en porción distal de esófago sin crecimiento ganglionar Patología: Adenocarcinoma bien diferenciado de estómago de tipo intestinal. **Revisión:** Si bien el cáncer de estómago es frecuente en nuestro medio hospitalario, la presencia de expresión en otro órgano sin ser metástasis; en este caso en esófago corresponde a una entidad infrecuente por lo que se presenta este reporte de caso.

Palabras clave: estenosis, consuntivo, stda, adenocarcinoma, estómago, esófago.

Folio: 0576

Tema: Cardiología

Trombolisis por catéter y ultrasonido en paciente con síndrome May-Thurner (MTS) y trombosis extensa ileofemoral y VCI

Zuluaga Lizeth Yohana, De la Vega Frida Margarita, Jaime Diego Alberto, Kuri Mauricio, García Edgar Andres, López Hector

Universidad de Monterrey

Introducción: En el síndrome (MTS) la vena ilíaca izquierda está comprimida por la arteria ilíaca derecha, lo que predispone (TVP), en los pacientes con TVP sintomático, MTS es la etiología en el 2 al 5 %. Fac-



tores de riesgo sexo femenino, trastornos hipercoagulables, y uso de anticonceptivos orales, este último aumenta el riesgo 3 a 4 veces más de sufrir TVP. El tratamiento con trombolisis por catéter dirigida por ultrasonido es una opción en pacientes inestables hemodinámicamente, y aquellos estables con afectación extensa o trombosis de la VCI, sus ventajas mejor lisis del trombo, mayor penetrancia y menor dosis de trombolítico. **Caso:** Mujer 26 años presenta dolor torácico de antecedentes índice tabáquico de 1.1 P/Año, anticonceptivos orales de reciente inicio. Refiere dolor torácico en hemitórax izquierdo, pleurítico, leve intensidad, se agrega disnea de pequeños esfuerzos y el dolor se irradia hacia flanco izquierdo. 4 meses previos presentó dolor abdominal difuso, leve intensidad. Signos vitales con taquicardia de 97 lpm, TA 110/60 mm Hg, FR 18, T° 37° y SaO₂: 95%. Examen físico dolor punzante en hemitórax izquierdo, resto normal. Lab: Hb: 12.9 Leu: 13.600 neu: 10.800 y trombocitopenia: 142.000 Función renal, hepática y ES normales ECG: Taquicardia Sinusal. Dimero D: 0.6 EGO: normal. Doppler MI negativo para trombosis. TAC: TEP izquierdo, joroba de Hampton, trombosis de VCI y vena iliaca izquierda. Se realiza trombolisis mediada por catéter más ultrasonido, Sistema EKOS con Alteplase con buena evolución

clínica. **Discusión:** El MST es poco común y predispone a la TVP, junto con otros factores de riesgo. La manifestación clínica común es una TVP pero un pequeño porcentaje se puede presentar con trombosis de la ileofemoral. La trombolisis por cateterismo mediada por ultrasonido (EKOS), con el que se manejó la paciente se prefirió por la afectación de VCI, y por las ventajas de menor sangrado, menor dosis de trombolítico, y menos efectos adversos.

Palabras clave: trombolisis, vena cava inferior, vena iliaca izquierda, sistema EKO's, síndrome May-Thurner, anticonceptivos.

Folio: 0577

Tema: Reumatología

Miositis necrotizante como manifestación paraneoplásica de adenocarcinoma metastásico de origen desconocido. Reporte de un caso

Hernandez Adrian, Navarro Joel, Martinez Dalia Araceli, Silva Rafael, García Felipe
Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos

Introducción: El adenocarcinoma es cáncer histológico más asociado a miopatías inflamatorias, representando la dermatomiositis (DM) y polimiositis (PM) el 70% de todos los casos; por otro lado, la miositis necrotizante paraneoplásica (MNP) es una entidad rara, con un número limitado de casos reportados

en la literatura, aunque su presentación clínica es similar a la de las miopatías inflamatorias, la terapia con corticosteroides se considera ineficaz para esta entidad y el pronóstico depende de la resolución de la malignidad subyacente. **Objetivo:** Describir la presentación clínica de la miositis necrotizante como manifestación paraneoplásica del adenocarcinoma. RESUMEN Masculino de 64 años enolismo negado, IT 3 Paq/año. Portador de cardiopatía isquémica por infarto al miocardio con 2 stents, hipertensión arterial sistémica de 17 años en control. Se presentó con debilidad y dolor insidioso de 3 meses localizado en miembros pélvicos y torácicos de predominio proximal que limitaba la funcionalidad por hipebaralgesia con disminución de la fuerza 4/5, ingresa con leucocitos 10.4, Hb 15.5, plaquetas 317 mil, VSG 17, urea 34.2, creatinina 1, TGO 54, TGP 37, DHL 1199, fosfatasa alcalina 167, CK 384, CK-mb 408, albúmina 4.2, GGT 87.8, calcio 9.6, fósforo 4.1, sodio 139, potasio 4.4, tp 15.8 (80%), INR 1.13. Se realizó EMG sin presencia de alteración de la latencia y velocidad de conducción. Biopsia muscular con cambios consistentes con miositis con cuerpos de inclusión con infiltrado linfocitario escaso. Se dio manejo con esteroide con mejoría mínima. La TAC de dos fases mostró lesiones necróticas

y gas en su interior con infiltración muscular, expansión y destrucción ósea en T1 y T2, espacio intersomático L5-S1 y S1-S2, músculo iliaco, psoas, piriforme, erector de la columna, espinal y glúteo mayor derechos, musculo espinal izquierdo en L4-L5 con gas en el espacio epidural anterior de L4 a S1. Conglomerados ganglionares necróticos mediastinales de 4x3cm subcarinales y 3x4 paratraqueal, múltiples lesiones hepáticas de localización difusa. La biopsia de tejido óseo, tejidos blandos perifaterarios y musculo de L5 resulta en adenocarcinoma bien diferenciado metastásico con necrosis licuefactiva en 80%, CK7: positivo, CK20: negativo, APE negativo, TTF-1: negativo. Marcadores tumorales séricos: APE 2.1, AFP 0.97, ACE 12.3, CA 19.9 6.0, cultivo de biopsia facetaria con desarrollo de E. coli y con Staphylococcus cuagulasa negativa. Se otorgó cobertura antimicrobiana y medidas de paliación por estadio avanzado de la enfermedad neoplásica, culminando en el fallecimiento. **Conclusiones:** La MNP es una entidad con predominio de necrosis con inflamación escasa. Es importante distinguirla de otras miopatías, ya que conlleva un peor pronóstico y una mayor discapacidad que otras miopatías paraneoplásicas. Como fue en nuestro caso, la presencia de afección de múltiples órganos y el estadio avanzado de la en-

fermedad dificulta la precisión del primario, sin embargo, no así del desenlace.

Palabras clave: miositis necrotizante, paraneoplásico, adenocarcinoma, miopatía inflamatoria, metastasis, poli-miositis.

Folio: 0578

Tema: Endocrinología

Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética: incidentaloma hipofisario. Reporte de un caso

Ramírez Raul, Ibarra Jesus Alejandro, Gutierrez Leticia, Cortez Brenda Guadalupe, Arana Julio Cesar, Carmona Gabriel Alberto, Solorio Jorge Daniel, Rosas José Vicente

Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE

El SIADH es una entidad de que cursa con hiponatremia, hipoosmolalidad plasmática, osmolalidad urinaria elevada y natriuresis alta. Se presenta el caso de femenino de 74 años de edad con antecedentes de DM2 y HAS. Inicia su padecimiento el día 01.08.18 con evacuaciones diarreicas sin moco ni sangre en número de 6/24 horas, acompañado de emesis y dolor abdominal tipo cólico, recibió manejo con metronidazol logrando remisión de las evacuaciones, se documenta foco infeccioso urinario y LRA AKIN I, ingresa a Medicina interna para seguimiento, a la exploración física adecuada hidratación,

Glasgow 15 puntos, fuerza conservada, agudeza visual normal, con Na 134, BUN 29, Cr 2.9, continuó antibiótico con mejoría y remisión de LRA, cursó con hiponatremia progresiva, al 5° día de tratamiento reportó hiponatremia severa de 119 mmol/L asintomática, se inició solución hipertónica, persistiendo la hiponatremia severa, perfil tiroideo con hipotiroidismo central, se inicia levotiroxina sin corrección del sodio sérico, osmolaridad plasmática baja, electrolitos urinarios con Osmu elevada, Nau elevado, se realizó TAC de cráneo con hiperdensidad hipofisariaria, la RMN de encéfalo reporta de masa selar (macroadenoma) hipofisario. Perfil hormonal hipofisario normal. De acuerdo a sodio sérico, osmolaridad urinaria, perfil hormonal y RMN se concluyó el diagnóstico de SIADH secundario a macroadenoma hipofisario, se inició tratamiento con restricción hídrica y levotiroxina 75 mcg cada 24 horas con adecuada respuesta. El SIADH es un reto diagnóstico que precisa descartar estados que cursan con disminución de la volemia eficaz, y polidipsia primaria, su tratamiento suele ser poco complejo, el abordaje diagnóstico requiere un adecuado protocolo por el médico internista.

Palabras clave: SIADH, macroadenoma, secreción inapropiada, pierde sal.



Folio: 0579

Tema: Oncología

Síndrome de sección medular agudo completo como primera manifestación de cáncer renal

Minor Nataly, Contreras Karina Yutzil, Panamá Mariana, Hernández Ulises

Medicina Interna Hospital General de México Eduardo Liceaga

Masculino de 54, albañil, casado, católico, escolaridad primaria, originario y residente del Estado de México. Sin antecedentes familiares de importancia. No alergias, no quirúrgicos, no traumáticos. Etilismo ocasional. tabaquismo por 15 años, con IT de 10. Resto sin relevancia clínica. Inicia padecimiento actual 48 horas previo a su ingreso con pérdida de sensibilidad y fuerza motora desde nivel T7, pérdida de control de esfínteres. Niega pérdida de peso, niega fiebre, niega tos. En exámenes de rutina se documenta infección de vía urinarias. no se evidencia alteración en química sanguínea, biometría hemática y resto de estudios complementarios. Se sospecha probable lesión traumática relacionada a ocupación por lo que se realiza resonancia magnética donde se reportan lesiones líticas en cuerpo vertebrales desde T7 a T12, L3, L4,L5; lesiones de las mismas características en cresta ilíacas. Se realiza toma de biopsia de lesiones líticas donde por medio de inmunohisto-

química se reporta carcinoma de células renales. El cáncer de riñón representa un 2-3% del conjunto de los cánceres sólidos del adulto, y las formas metastásicas en el momento del diagnóstico representan un 15-25% de los casos. El cáncer de células renales puede presentarse con signos y síntomas variados y a menudo confusos por lo que se le conoce como tumor del internista. La presentación clínica del CCR puede ser sumamente variable. Muchos tumores no presentan manifestaciones clínicas, por lo que su diagnóstico se retrasa hasta que alcanzan etapas sintomáticas más avanzadas. De hecho, el 25% de los pacientes presentan metástasis a distancia o enfermedad localmente avanzada en el momento de presentación. La tríada clásica del CCR —dolor lumbar, hematuria y masa renal abdominal palpable— se observa en menos del 10% de los pacientes, y cuando está presente sugiere sólidamente enfermedad avanzada. La tomografía computarizada helicoidal y en cortes milimétricos es el examen de referencia para el estudio de extensión del cáncer de riñón. Permite precisar las características del tumor renal primitivo (extensión extracapsular, invasión de los órganos vecinos, presencia de un trombo venoso neoplásico), la extensión ganglionar locoregional y las lesiones metastásicas a distancia.

Palabras clave: síndrome medular, cancer de células renales, clínica atípica.

Folio: 0580

Tema: Nefrología

Cohorte retrospectiva de pacientes con enfermedad renal crónica terminal y criterios de hemodiálisis urgente en el área de urgencias y medicina interna de un hospital de 3° nivel del noreste del país

Rodríguez Yuridia Evangelina¹, Olivo Mara Cecilia², Nájuez Homero¹, Rivera Daniel³

¹ Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González;

² Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González; ³ Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La enfermedad renal crónica se ha considerado como un gasto catastrófico y un problema de salud pública a nivel mundial, debido a su alta incidencia, prevalencia, costos y riesgo de muerte o incapacidad, siendo la 8° causa de defunción del hombre en edad reproductiva y 6° causa de defunción en la mujer de 20 a 59 años. **Objetivo:** Conocer las características demográficas y clínicas de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal con criterios de terapia de reemplazo renal en agudo. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal y descriptivo de una cohorte re-

trospectiva de pacientes con enfermedad renal crónica terminal, criterios de hemodiálisis urgente y colocación de catéter Mahurkar o Niágara, durante el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre de 2017, que ingresaron al área de urgencias del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Se recabaron del expediente clínico: edad, sexo, estado civil, escolaridad, comorbilidades previas y tiempo de evolución: diabetes mellitus, hipertensión arterial, EVC, enfermedad cardiovascular, hepatopatía crónica o enfermedad renal crónica ya conocida. Además de diagnóstico de ingreso y egreso, laboratorios, criterio de hemodiálisis urgente, tiempo entre ingreso y colocación de catéter, días de estancia hospitalaria, costo de hospitalización y causa de defunción. **Resultados:** De los 221 pacientes analizados, 89 fueron mujeres (40%) y 132 hombres (60%). El promedio de edad fue de 53.8 ± 15 años; 39.8% estudió hasta la primaria, 33.4% secundaria y 7% es analfabeta. La prevalencia de comorbilidades crónico-degenerativas fue 76.9% hipertensión arterial, con un tiempo de evolución menos de 5 años (37.7%) y 59.44% diabetes mellitus con un tiempo de evolución > 10 años (64.3%) y ERC ya diagnosticada 51.5%. La causa más común de diagnóstico de ingreso en nuestra población fue la enfermedad renal crónica

(80.5%) y enfermedades infecciosas (10.8%) y el 14.4% ya había estado internado anteriormente. La etiología más común de ERC fue la diabetes mellitus (33.4%), seguido de hipertensión arterial (28.5%), uropatía obstructiva (7.2%), idiopático (2.7%), anomalías morfológicas: monorreno, agenesia o hipoplasia renal (1.8%), autoinmune (1.8%) y el 21.7% diabetes mellitus e hipertensión arterial. Dentro de los criterios de hemodiálisis urgente, el motivo más común fue el síndrome urémico 73.75%, sobrecarga hídrica 14.9%, hiperpotasemia refractaria 6.3%, acidosis metabólica refractaria 3.16% y encefalopatía urémica 1.8%. De los 221 pacientes, 42 pacientes (19%) fallecieron y 179 pacientes (80%) se egresó a domicilio. Las causas más comunes de defunción fue las enfermedades infecciosas (45.2%). De los 179 pacientes que se egresaron, el 14% se le colocó una terapia de reemplazo renal definitiva (27.5% catéter tunelado y 82.7% catéter Tenckhoff), el 43% se egresó con cita programa para colocación de catéter tunelado 25% y catéter Tenckhoff 76.6% y el 39.8% se egresó sin catéter. El tiempo promedio entre el ingreso y la colocación de catéter agudo fue entre 24 – 48 horas, con estancia hospitalaria de 11.4 días y costo de hospitalización de \$65,763.65. **Conclusión:** La enfermedad renal crónica continuará en

aumento en los siguientes años, estimando que para el 2025 habrá cerca de 212 mil pacientes y cerca de 160 mil muertes relacionadas a dicha enfermedad, por lo cual es necesario contar con un programa de detección oportuna, cambios al estilo de vida, adecuado control médico de las comorbilidades, así como referencia temprana con el nefrólogo, ya que hasta el 50% de los pacientes que inician una terapia de reemplazo renal no es planeada, lo que conlleva aumento en la morbimortalidad así como costos al sistema de salud.

Palabras clave: hemodiálisis, Mahurkar, Niágara, costos, urémico, enfermedad renal.

Folio: 0582

Tema: Infectología

Bacteremia por *Ralstonia pickettii* en un paciente en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis: reporte de un caso

Flores Nataly Yatziri, Torres María Berenice, Rodríguez Ameyalli

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) sometidos a hemodiálisis (HD) se encuentran en un estado de inmunocompromiso que los hace vulnerables a padecer de infecciones por microorganismos oportunistas. Esta susceptibilidad está asociada a los efectos de la uremia en las células inmunitarias, el uso de



dispositivos intravasculares, entre otros. Una de las principales complicaciones infecciosas de los pacientes con HD es la bacteriemia, la cual es causada en su mayoría por bacterias gram positivas: *S. aureus*, *S. epidermidis* y *E. faecalis*, dentro de las bacterias gram negativas se encuentran: *E. coli*, *P. aeruginosa* y *E. cloacae*. La infección por *Ralstonia pickettii*, una bacteria aerobia gram negativa, del orden de los Burkholderiales, ha sido reportada como causa de bacteriemia. Su presencia se ha asociado a la contaminación de soluciones y dispositivos de uso médico, en particular catéteres intravasculares. Desde 1998 a la fecha se han descrito en la literatura medica 49 casos, de los cuales únicamente 3 se han reportado en pacientes con ERC en HD. **Objetivo:** Señalar a la infección por *R. pickettii* como una causa de bacteriemia asociada al uso de catéteres intravenosos por microorganismos gram negativos que no responden de manera inicial al manejo empírico. **Exposición del caso:** Se presenta el caso de una mujer de 55 años de edad con ERC en tratamiento sustitutivo con HD. Quien se presenta con un padecimiento de 2 días de evolución caracterizado por fiebre, escalofríos y malestar general. A la exploración clínica se encuentra febril, con presencia de catéter Niagara en región cervical anterior y soplo sistólico grado II, el resto del examen físico dentro de la nor-

malidad. Bioquímicamente con leucocitosis y neutrofilia. Ante la sospecha de bacteriemia se realiza toma de hemocultivos y se inicia manejo empírico. En su evolución persistiendo con datos de clínicos de bacteriemia en relación a las sesiones de hemodiálisis, hemocultivos con desarrollo >100 000 UFC de *Ralstonia pickettii*, tras lo cual se realizó ajuste de la terapia antimicrobiana con ciprofloxacino en base al reporte de los antibiogramas, el ecocardiograma transtoracico sin reporte de vegetaciones, posteriormente se retiró acceso venoso. La paciente presenta evolución favorable, completando 10 días de terapia antibiótica con remisión de sintomatología, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, hemocultivos ulteriores sin desarrollo. **Conclusiones:** La bacteriemia por *Ralstonia pickettii* es una infección rara que debe sospecharse en pacientes inmunocomprometidos con acceso vasculares, que cursan con baja respuesta inflamatoria y que no responden al manejo inicial con antimicrobianos empíricos. Su identificación debe obligar el estudio epidemiológico del centro hospitalario, en particular el agua utilizada en las sesiones de hemodiálisis. Así mismo su tratamiento oportuno confiere una evolución favorable.

Palabras clave: bacteriemia asociada a catéter, enfermedad renal crónica, hemodiálisis, *Ralstonia pickettii*, adultos in-

munocomprometidos, catéteres intravasculares.

Folio: 0584

Tema: Infectología

Coinfección diseminada de citomegalovirus y *Cryptococcus neoformans* en paciente inmunosuprimido VIH-SIDA

Barragán Eduardo, Noyola Maura Estela, Anda Juan Carlos, Juárez Fany Gabriela, Albarracín José Luis

Instituto Mexicano del Seguro Social

Previo a la terapia antirretroviral el 5-8% de pacientes con VIH presentaban criptococosis diseminada, con alta mortalidad, asociado a cifras de CD4+ < 200. Por otro lado, la infección por CMV se presenta en inmunosupresión avanzada CD4+ < 50. Presentamos la asociación entre criptococosis e infección por CMV en un paciente con SIDA. Mujer de 30 años con tabaquismo, alcoholismo y consumo habitual de cocaína por 4 años. Presenta cefalea holocraneana, opresiva, que incrementó paulatinamente en severidad, asociada a fotofobia, fonofobia, náusea y vómito. Se realizó TAC de cráneo simple: sin alteraciones, punción lumbar con LCR normal. Al tercer día presentó agitación psicomotora, fiebre y crisis convulsivas tónico clónica generalizadas, se encontró papiledema y signo de Babinski bilateral. Nueva pun-

ción lumbar con pleocitosis linfocitaria y tinta china positiva, corroborado por cultivo positivo para *C. neoformans*. ELISA para VIH y Western Blot positivos, con CD4+ de 5 células y CV 433,000 copias. Inició tratamiento con anfotericina B y fluconazol. Sin embargo, continuó con fiebre, se agregó al cuadro insuficiencia respiratoria que ameritó asistencia mecánico-ventilatoria y mayor cobertura antimicrobiana con meropenem y TMP/SMX. La evolución fue tórpida presentando: inestabilidad hemodinámica, parámetros altos de ventilación mecánica, SIRA, LRA que ameritó terapia lenta continua, disfunción hepática aguda y pancitopenia. Se complementó el abordaje con determinación de carga viral para CMV con 106,000 copias. Pese a manejo, fallece a los 32 días de hospitalización. Se realizó autopsia la cual reportó bronconeumonía en un 80% del parénquima, inclusiones virales por CMV y criptococosis pulmonar. En conclusión, aunque ambas infecciones diseminadas se presentan de manera rara, la presencia de CD4+ < 50, la ausencia de diagnóstico y tratamiento para la infección por VIH son factores de riesgo que predisponen a coinfecciones en pacientes con VIH/SIDA con alta mortalidad. **Palabras clave:** VIH, criptococosis, citomegalovirus, oportunista, sida, coinfección.

Folio: 0585

Tema: Infectología

Tuberculosis meníngea en paciente con artritis reumatoide

Reyes Carlos Antonio

Instituto Mexicano del Seguro Social

Paciente masculino de 42 años originario y residente de Tabasco, Zacatecas, casado, católico, vigilante, escolaridad primaria incompleta. Cuenta con antecedentes de Artritis reumatoide de 22 años de evolución en tratamiento con prednisona 5mg cada 12h, Celecoxib 100mg cada 12h, Metrotexate por 12 años suspendido hace 7 días por reumatólogo, Adalimumab 40 mg cada 15 días. Iniciando tratamiento con sulfasalazina 500mg cada 12h. Inicia padecimiento actual el día 03/08/2018 con cefalea holocraneal en intensidad 6/10 por la mañana refiriendo su asociación a consumo de sulfasalazina, ya que inició aproximadamente 30 minutos después de ingerirlo, disminuyendo con analgesia (paracetamol 1g) pero persistiendo hasta el día 05/08/2018, cuando exacerba presentando náuseas y vómito en proyectil en 3 ocasiones, por lo que decide acudir a facultativo quien administra nuevamente analgesia a base de paracetamol y tramadol, con notable mejoría, pero sin recidiva. El día 14/08/ 2018 presenta deterioro agudo de estado neurológico caracterizado por agnosia a esposa e hijos,

agresividad y desorientación. Se informa sobre necesidad de solicitar estudios complementarios y deciden continuar con protocolo de estudio en esta institución por lo que es enviado para su estabilización y diagnóstico correcto. A su llegada se recibe paciente consciente, con cefalea intensa, desorientado, hemodinámicamente estable, con deterioro neurológico, por lo que solicitan estudios complementarios encontrándose por imagen en tomografía parénquima cerebral de características normales sin alteraciones aparentes. Por laboratorios leucocitosis de 15 000 y deciden su ingreso a cargo de medicina interna para descartar proceso infeccioso asociado, es decir meningitis. El día 07/08/2018 se realiza punción lumbar sin aparentes complicaciones se solicita citológico que se reporta con celularidad cero, glucosa 48 mg/dl, proteínas 115, DHL 121, cloro 118. Se envía muestra a gene xpert reportando ensayo diagnóstico para tuberculosis positivo, no resistencia detectada a Rifampicina, por lo cual se informa al departamento de epidemiología y prescriben manejo con Dotbal fase intensiva. Laboratorio 07/08/2018 Gram no se observaron bacterias. BAAR no se observan, tinta china negativa, cultivo sin desarrollo bacteriano en 7 días de incubación. Hb 13.9, Hto 43.1, plaquetas 347,000, leucocitos 26,900, neutrófilos



88%, glucosa 101, urea 28.3, BUN 13.22, creatinina 0.6, proteínas totales 5.64, albúmina 3.35, TGP 30, TGO 18.4, fosfatasa alcalina 89, Po 3.2, Ca 8.9, Cl 100, K 3.58, Na 138, MG 2.03, DHL 340, BT 0.14, BD 0.08, BI 0.06. TAC simple de cráneo 08/08/2018 con hiperdensidad en las cisternas, borramiento de cisternas, sin datos de hidrocefalia. Resonancia magnética de cerebro con gadolinio 10/08/2018 con pequeñas zonas de isquemia posible vasculitis en la insula derecha, en el tálamo derecho y en tallo cerebral. Laboratorio 09/08/2018 glucosa 75, urea 35.2, BUN 16.45, creatinina 0.7, Po 3.1, Ca 9.0, Cl 90.8, K 3.3, Na 131, Mg 2.13, antígeno VHB, VHC y VIH muestras no reactivas. Es egresado el día 21/08/2018 con Glasgow de 15, orientado totalmente asintomático.

Palabras clave: tuberculosis, meningitis, artritis, reumatoide.

Folio: 0586

Tema: Cardiología

Detección de síndrome de QT largo en paciente de 28 años postoperada de resección de tumoración supraselar con infusión de norepinefrina que desencadenó torsades de pointes

Ruiz Teresita de Jesús², Maldonado Cástulo Damián¹, Cárdenas Luis Carlos²

¹ Hospital General de Saltillo;

² Hospital Regional ISSSTE Monterrey

El síndrome de QT largo es una canalopatía caracterizada por una alteración en la repolarización ventricular, traducida electrocardiográficamente por una prolongación del intervalo QT. Predispone a muerte súbita por arritmias ventriculares malignas. Se han descrito diversas mutaciones distribuidas en 10 genes relacionados con el síndrome: hay polimorfismos comunes en los genes relacionados con la enfermedad que pueden generar susceptibilidad individual al desarrollo de torsades de pointes, en particular con el uso de determinados fármacos como ocurrió en el caso de nuestra paciente. El cuadro clínico en un paciente con QT largo es muy variable: puede cursar asintomático, presentar síncope recurrente, crisis convulsivas o muerte súbita como primera manifestación de la enfermedad. Nuestra paciente niega haber presentado sintomatología previa a este evento. Se trata de una mujer de 28 años de edad quien ingresó a la unidad de cuidados intensivos postoperada de una resección de tumoración supraselar causante de panhipopituitarismo. Durante el segundo día de estancia la paciente presenta evento de hipotensión refractaria a reanimación hídrica que ameritó el inicio de vasopresor (norepinefrina), registrándose posteriormente episodios de taquicardia ventricular y bigeminismo, siendo referidos clínicamente por la

paciente como sensación de palpitaciones. Se inicia infusión de amiodarona y desarrolla posteriormente torsades de pointes. Se realiza estudio Holter de 24 horas. Hay clara evidencia de presencia de Qt largo, motivo por el cual se realiza protocolo para colocación de desfibrilador automático implantable con el fin de evitar muerte súbita. El procedimiento se realiza con éxito.

Palabras clave: QT largo, torsades de pointes, canalopatías, desfibrilador automático implantable.

Folio: 0587

Tema: Infectología

Criptosporidiosis: reporte de un caso clínico con presentación atípica

Mijangos Alejandra Madeleine, Carmona Gabriel Alberto, Arana Julio César, Ibarra Jesús Alejandro, Ramírez Raúl, Cardona Melisa, Orozco Francisco Javier

Hospital Regional Primero de Octubre

El signo clínico más común de la criptosporidiosis es la diarrea, presente en el 92% de los casos. En pacientes VIH/SIDA, ocasiona cuadros más graves y prolongados. Las manifestaciones clínicas y la aparición de complicaciones extraintestinales dependerán del recuento de linfocitos CD4. Presentamos el caso clínico de un paciente masculino de 46 años de edad que presenta sintomatología

atípica de criptosporidiasis, residente de la Ciudad de México; orientación: homosexual. Cuenta con diagnóstico de VIH tipo 1 desde hace 12 años, en tratamiento actual con Ritonavir, darunavir y Truvada, último recuento de CD4 con 290 cels/ul. Tiene diagnóstico de infección por VHC desde hace 1 año, con carga viral de 396955UI/ml sin tratamiento actual. Tiene antecedente de TB pulmonar hace aproximadamente 16 meses, con tratamiento extendido estrictamente supervisado por 9 meses. Inició padecimiento en 2017 con tumoración rectal que se acompañaba de dolor crónico continuo en región anal de tipo punzante y de intensidad 4/10 que aumentaba con la defecación, motivo por el cual se realizó colonoscopia y toma de biopsia de dicha tumoración que reporta proctitis y colitis inespecífica con infiltrado linfoplasmocitoide atípico en tumor sin realización de inmunohistoquímica. 8 meses después se agrega astenia, adinamia y somnolencia, así como picos febriles (cuantificados) de una semana de evolución, de predominio vespertino-nocturno, con diaforesis y escalofríos, así como rectorragia sin predominio de horario de aproximadamente 10 cc por descarga y hematoquecia; adicionalmente, pérdida de peso de 14 kilos, de forma no intencionada durante 8 meses. Por aumento de dolor en zona anal decide acudir a

consulta externa para su valoración. SV: TA: 115/70, FC 86, FR 16, T 36.7 Consciente y orientado. Sin focalización ni alteración de nervios craneales. Palidez de tegumentos. 2 ganglios submaxilares palpables de predominio izquierdo de características induradas, aproximadamente 2mm y 1 mm, móviles, no dolorosos a la palpación, consistencia ahulada. Tórax normal, ruidos cardíacos rítmicos, sin ruidos agregados. Abdomen asignológico. Extremidades íntegras y sin alteraciones. Tacto rectal diferido por dolor intenso. Se realizaron estudios de laboratorio: Leucos: 8.35, Hemoglobina: 14.1, Plaquetas 154, Neut 48%, Linf 33.5%, Mono 8.1%, Eosino 9.3%, Basofilos 0.6% AST 55 ALT 47 BT 0.57 BD 0.2 BI 0.37 Albúmina 2.7 GGT 361. También se realizó tomografía donde se evidencia hepatoesplenomegalia, adenopatías a nivel pararectales y en espacio presacro, a nivel rectal con engrosamiento de mucosa con diámetros de 18x62x50 mm que al paso del medio de contraste presenta realce asociado a reacción desmoplásica y que infiltra las fascias musculares y espacio presacro. Se decide realizar nueva colonoscopia con toma de biopsia. En la colonoscopia se reporta colopatía inespecífica y en el reporte histopatológico se describe Colitis crónica moderada no específica con actividad moderada, hiperplasia de tejido

linfoide y eosinofilia focal asociada a *Cryptosporidium*, con reporte de inmunohistoquímica siguiente: CD20 Negativo (+ en linfocitos B reactivos), Ki 67 + (60%), CD3 + en linfocitos T reactivos y CD138 + en células plasmáticas. **CONCLUSIÓN** De acuerdo a diversos reportes la presentación clínica más común de *Cryptosporidium* es la diarrea, por lo cual es un diagnóstico no esperado ante sintomatología no compatible con la reportada en la literatura. Nuestro paciente inició con una tumoración rectal, la cual contaba con una biopsia rectal previa que reportaba un infiltrado linfoplasmocitoide atípico pero sin presencia de estudio de inmunohistoquímica, por lo que al inicio nuestra sospecha diagnóstica iba orientada hacia linfoma, sin embargo con la obtención de nuevo material de biopsia se pudo evidenciar que se trataba de un caso de *Cryptosporidium* atípico. El paciente recibió tratamiento con Nitazoxanida y se observó mejoría de la sintomatología.

Palabras clave: *Cryptosporidium*, Criptosporidiasis, tumoración rectal.

Folio: 0589

Tema: Neurología

Insuficiencia vertebro-basilar en paciente con síndrome de Klippel Trenaunay Weber. Reporte de un caso

Cruz José Eduardo, Jarvio Gabriel Esaú, Cimé Erik Antonio,



Rodríguez Brenda Crisel, Peralta Ana Lilia

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Síndrome Klippel-Trenaunay-Weber (SKT) es una malformación compleja. Triada característica: malformación capilar cutánea (mancha vino de oporto), hipertrofia de tejido blando u óseo en extremidades y malformaciones venosas. Afecta miembros superiores e inferiores, raro en cabeza, tronco o cuello. Mayormente unilateral. En insuficiencia vertebrobasilar el cuadro clínico producido por lesión esteno-oclusiva de la subclavia prevertebral, se manifiesta con signos y síntomas de circulación posterior con síntomas neurológicos: ataxia, vértigo, diplopía, alteraciones motoras o sensitivas bilaterales. Objetivo Describir un caso de SKT con manifestaciones de insuficiencia vertebro basilar, dada su baja prevalencia representa un desafío diagnóstico. **Exposición de caso:** Femenino de 69 años sin antecedentes familiares relevantes. Hipertensión arterial 3 años de diagnóstico, tratada con enalapril. Malformación vascular de miembro torácico izquierdo de 30 años, tratamiento ASA 150 mg cada 24 horas, aumento de lesión en tórax lateral izquierdo hacia cintura escapular. Sieta cirugías en miembro en miembro torácico izquierdo por malformación

vascular. Inició hace 4 meses, con vértigo al incorporarse, pérdida del equilibrio sin caída, no lateralización de marcha, no pérdida de estado de alerta. Aumenta en bipedestación y mejora en decúbito; tratamiento inicial difenidol y cinarizina sin mejoría. Se agregó disminución de fuerza de miembro torácico derecho proximal (3/5) y dificultad para caminar. Exploración física IV nervio derecho: dificultad para abducción, VII nervio: asimetría facial, resto sin alteraciones. Miembro torácico izquierdo con aumento de volumen, múltiples venas varicosas, no dolor, fuerza muscular 5/5. Extremidad superior derecha integra con fuerza muscular 4/5. Ultrasonido Doppler con enfermedad carótida difusa bilateral de predominio izquierdo e insuficiencia vertebro basilar severa. **Conclusiones:** Comprende un reto diagnóstico dada baja prevalencia.

Palabras clave: síndrome Klippel-Trenaunay-Weber, malformación vascular, insuficiencia vertebrobasilar.

Folio: 0590

Tema: Reumatología

Hemoptisis como manifestación de vasculitis pulmonar primaria en paciente con enfermedad renal en hemodiálisis

García Daniel, Barrios Karla Veronica, Flores Ana Gabriela, Marin Miguel, Arias Jaime, González Heidi Andrea, Cansino Mariana Aurora

Hospital General de Occidente

La vasculitis es una alteración histológica de los vasos sanguíneos con afección a diversos órganos siendo la afectación de vasos pulmonares correspondiente a los pequeños según la clasificación de Chapell Hill con una baja incidencia reportándose de 1-30 casos por cada 100,000 habitantes en EUA. Las manifestaciones pulmonares de vasculitis son heterogeneas sin embargo la hemorragia alveolar difusa es la manifestacion mas grave y frecuente de una vasculitis pulmonar asociada a poliangeitis microscopica (52%) y a granulomatosis de Wegener (41%). El diagnostico de vasculitis pulmonar debe realizarse a traves de hallazgos clinicos y biomarcadores, siendo la biopsia necesaria en casos especificos. En la poliangeitis microscopica prevalece el anticuerpos pANCA-MPO en un 50-70% y en granulomatosis de Wegener es más frecuente cANCA-PR3. El tratamiento angular consta de inmusupresion a base de glucocorticoides, metotrexate, ciclofosfamida, y para casos refractarios terapia biologica. **Caso clínico:** Mujer de 45 años con antecedente de hipertension arterial sistemica y enfermedad renal cronica en hemodialisis. Ingresada en urgencias por hemoptisis masiva. A la exploracion TA 120/70, FC 67, FR 22, Temp 36.5, SatO2 86%, campos pulmonares con crepitos humedos bilaterales. Por sospecha clinico-radiologica de hemorragia

alveolar difusa se administra metilprednisolona. Hb 6.8 mg/dl, plaquetas 190, Linfocitos 560, neutrofilos 6440, procalcitonina 0.75. VSG 46, PCR 3.38, FR 8. Broncoscopia con endobronquitis difusa grado II y biopsia endobronquial con alveolos ocupados por macrófagos con pigmentos café ocre positivo a tinción de Pearls y proliferación fibroblástica; BAAR negativo. Anticuerpos antinucleares 1:80 moteado fino, anti-DNA negativos, ANCAS: MPO positivos, PR3 negativo. Se concluye vasculitis primaria pulmonar ANCA positivo con respuesta clínica a tratamiento esteroideo. **Conclusión:** La hemorragia alveolar difusa es una manifestación grave.

Palabras clave: vasculitis pulmonar, P-ANCA, hemoptisis, hemorragia alveolar difusa, poliangeítis microscópica, granulomatosis de Wegener.

Folio: 0591

Tema: Gastroenterología
Colitis eosinofílica: informe de un caso clínico

Ramírez Angélica, Palencia Rodolfo¹, Santoyo Jesús Alberto¹, Villagrán Manuel¹

¹ UMAE CMNO Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Los eosinófilos son células inflamatorias con efectos adversos y benéficos. Están presentes, de manera habitual, en el tracto gastrointestinal, a excepción del esófago. Su localización, principalmen-

te, es en la lámina propia. En el colon existe un infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos, células plasmáticas, eosinófilos, macrófagos y mastocitos. El número de eosinófilos a lo largo del colon va disminuyendo desde las regiones proximales hacia las distales. Sin embargo, no existe un consenso sobre el rango normal. Los desórdenes gastrointestinales eosinofílicos primarios comprenden la esofagitis eosinofílica, la gastroenteritis eosinofílica y la colitis eosinofílica. El compromiso gastrointestinal también puede presentarse en el síndrome hipereosinofílico. Las causas secundarias son numerosas, entre las que más se destacan son la hipersensibilidad alimentaria, reacciones a fármacos, infecciones parasitarias y malignidad. **Objetivo:** presentamos el caso de un hombre de 29 años de edad con diagnóstico de colitis eosinofílica el cual se presentó de manera inicial con un cuadro infeccioso de vías respiratorias superiores. **Caso clínico:** Hombre de 29 años con antecedente de pirosis de un año de evolución, asociado a cambio de residencia y tipo de alimentación, con alivio parcial a la ingesta de omeprazol 2 miligramos vía oral cada 24 horas. Inició su padecimiento actual en abril de 2018 con astenia, adinamia, hiporexia, fiebre no cuantificada de predominio vespertino, inyección conjuntival y tos no productiva,

no emetizante ni disneizante por lo que de manera particular se prescribió antibioticoterapia. Paciente sin mejoría de cuadro clínico durante los días posteriores por lo que se sospechó de diagnóstico de influenza prescribiendo oseltamivir durante 5 días de forma ambulatoria, sin mejoría del cuadro clínico. Por evolución tórpida se ingresó a hospital en Tepic, Nayarit abordándolo como fiebre de origen desconocido. Se administró antibióticos de amplio espectro. En estudios de laboratorio realizados en dicha institución se documentó leucocitosis de 30 100 miles/mL con eosinofilia de 67%, equivalente a 20 167 miles/mL. Además, trombocitopenia grave, por lo que se decidió transfusión de concentrados plaquetarios. Al no contar con los mismos en dicha institución se decidió su traslado a Guadalajara, a hospital particular. En dicha institución se realizó abordaje por síndrome hipereosinofílico. Sin concluir diagnóstico del mismo se trasladó al paciente a Centro Médico Nacional de Occidente. A su ingreso, al interrogatorio, únicamente refirió evacuaciones disminuidas en consistencia. A la exploración física destacó abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, distendido, ruidos peristálticos presentes, pero disminuidos en intensidad y frecuencia. Durante su estancia persistió con eosinofilia. Por imagen se observó engrosa-



miento de estómago y colon. Se solicitó endoscopia y colonoscopia con toma de biopsia la cual reportó fragmentos de mucosa gástrica con gastritis crónica leve superficial, duodeno con duodenitis crónica leve, yeyuno sin alteraciones, íleon fragmentos de mucosa ileal con leve incremento de eosinófilos. Colon derecho, transverso e izquierdo fragmentos de mucosa colónica con edema, escasos linfocitos y células plasmáticas, con incremento de eosinófilos, hasta 100 en 10 campos a gran aumento y solo con aislados eosinófilos intraepiteliales, sugestivo de un desorden eosinofílico colónico.

Conclusión: De esta forma es como se dio al paciente el diagnóstico de colitis eosinofílica. Es importante recalcar que en ocasiones para el médico internista resulta un verdadero reto realizar el diagnóstico de este tipo de entidades, debido a que la presentación clínica puede ser similar entre estas enfermedades o simplemente ser asintomática. Por lo cual es importante realizar una buen interrogatorio, exploración física y sobre todo solicitar auxiliares diagnósticos dirigidos a nuestra sospecha diagnóstica

Palabras clave: eosinofilia, colitis eosinofílica, gastroenteritis eosinofílica.

Folio: 0592

Tema: Dermatología

Carcinoma de Merkel asociado a miastenia gravis paraneoplásica

Lankenau Diana Lorena, De la Garza Fernando

Christus Muguerza Alta Especialidad

Introducción: El tumor de Merkel es una neoplasia cutánea maligna rara de origen neuroendocrino. Se presenta en adultos mayores inmunosuprimidos. Su asociación con síndromes paraneoplásicos neurológicos no es común. Presentamos el primer caso de merkeloma asociado a miastenia gravis. **Caso clínico:** Hombre de 74 años que presenta disfagia, disfonía, debilidad de extremidades y diplopía horizontal. Se solicitó prueba de Tensilon, anticuerpos antiacetilcolina y prueba de estimulación repetitiva siendo consistentes con miastenia gravis. Recibió tratamiento médico sin respuesta. Posteriormente presenta lesión suprapatelar, se realiza biopsia y se diagnosticó carcinoma de Merkel asociado a miastenia gravis. Posterior a la extirpación presenta resolución del cuadro. **Discusión:** El tumor de Merkel es una neoplasia agresiva de crecimiento rápido. Se presenta en ancianos con inmunodeficiencia. Presentamos un paciente inmunocompetente, lo cual es raro. La inmunocompetencia se asocia a ausencia de lesión cutánea y a un mayor número de anticuerpos dirigidos contra oncoproteínas en las células infectadas por el poliomavirus. Esto explica la asociación con síndromes paraneoplá-

sicos neurológicos de origen autoinmune. La producción excesiva de anticuerpos causa sintomatología neurológica incapacitante en un estadio temprano tumoral, a diferencia de otros casos en los que los síndromes paraneoplásicos ocurren en etapas avanzadas. La seropositividad se asocia a una menor tasa de falla al tratamiento. En éste caso, la falla terapéutica se explica por el estímulo inmunoneurológico continuo por parte del tumor y la respuesta exagerada del huésped. Este hecho, podría explicar la resolución de la sintomatología neurológica posterior a la extirpación de la lesión. En conclusión, al presentar Miastenia Gravis no asociada a neoplasia de timo o en caso de falla terapéutica, se debe buscar la coexistencia de Merkeloma, ya que su extirpación lleva a la resolución de la sintomatología.

Palabras clave: carcinoma de Merkel, miastenia gravis, síndrome paraneoplásico, síndrome paraneoplásico neurológico.

Folio: 0593

Tema: Neurología

Variante faringo-cervicobraquial del síndrome de Guillain-Barré. Reporte de un caso

Valdín Tania Isabel, Castillo Manuel de Jesús, Arbeu Marlene, Treviño Francisco, Montiel José Sabino, Hernández Jesica Mariana, Rodríguez Enrique Iván

Hospital Universitario de Puebla

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda caracterizada por parálisis simétrica ascendente rápidamente progresiva. Sin embargo existen variantes locorreionales poco frecuentes que pueden ser infradiagnosticadas debido a su presentación atípica, como el síndrome faringo-cervico-braquial (FCB) que se caracteriza por presentar de forma aguda, disfagia, debilidad de musculatura orofaríngea, cuello, hombros y brazos, con sensibilidad conservada. **Presentación del caso:** Se trata de hombre de 62 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica de 22 años de diagnóstico en tratamiento con Losartán 50 mg/día. Cuadro enteral caracterizado por evacuaciones diarreicas durante 5 días, dos semanas previas al inicio de su padecimiento. Fractura de tibia izquierda con reducción abierta hace 1 año que amerito transfusión de un paquete globular. Inició su padecimiento con disfagia a sólidos acompañado de disartria y cefalea opresiva holocraneana de intensidad 5/5 sin atenuantes ni exacerbantes, se realizó tomografía de cráneo la cual se reportó sin alteraciones, al día siguiente se agregó paresia en hombros y progresión de disartria, posteriormente se realizó resonancia magnética

de encéfalo la cual se reportó sin alteraciones. A la exploración física alerta, consciente, con paresia de IX, X, XI y XII nervios craneales así como de región cervical, extremidades superiores eutróficas, fuerza proximal 2/5, fuerza distal 3/5, REM 0/++++, sensibilidad conservada; extremidades inferiores eutróficas, fuerza 5/5, REM ++/++++, sensibilidad conservada. Tras 24 horas de ingreso presentó sialorrea profusa y disnea en reposo por lo que se decide intubación orotraqueal con apoyo mecánico ventilatorio en modo volumen control. Se inició manejo con Inmunoglobulina humana G, 30 g/día por 5 días. Se realizó electromiografía en la que se reportó impersistencia de la onda F > 50% y ausencia del reflejo H. Se realizó citológico de LCR con glucosa 62 mg/dL, proteínas 49.7 mg/dL, 2 células. Se concluyó tratamiento con Inmunoglobulina humana G con mejoría de fuerza cervical y del XI nervio craneal, extremidades superiores con fuerza proximal 3/5, fuerza distal 4/5, REM +/++++. Al día 11 de estancia intrahospitalaria se realizó traqueostomía con progresión a modo CPAP por mejoría de fuerza ventilatoria. Actualmente se encuentra en rehabilitación integral, con mejoría progresiva. Discusión El SGB es la causa más común de parálisis muscular aguda, afecta a 0.4-2.4/100 000 personas anualmente. La variedad

FCB afecta 0.07-0.25/100 000 personas al año. Aunque no se objetivo en este caso, en esta variante se ha descrito gran heterogeneidad inmunológica, se han detectado anticuerpos IgG anti GT-1 en el 51% de los pacientes. El tratamiento de esta variante al igual que en la forma clásica, se basa en la administración de inmunoglobulina intravenosa, presentando un curso clínico habitual lento. **Conclusión:** Se describe el caso de una variante importante de reconocer a pesar de su presentación atípica ya que presenta buena respuesta al tratamiento temprano con inmunoglobulina y se ha reportado que una vez administrado el tratamiento los pacientes pueden recuperarse por completo.

Palabras clave: variante, faringo-cervico-braquial, Guillain-Barré.

Folio: 0594

Tema: Endocrinología

Fracturas patológicas en un paciente joven por hipercalcemia secundaria a la presencia de adenoma paratiroideo

Rivera Miguel Angel, Arias Gisela, Vasquez Fortunato, Arango Ariadna

Hospital Regional de Alta Especialidad Oaxaca

Introducción: El hiperparatiroidismo primario (HPTP) es el tercer trastorno endocrino más común en pacientes adultos, se observa en población mayor de 60 años de edad, es un



trastorno extremadamente raro en jóvenes. A continuación se expone el caso de una paciente joven que debutó con fracturas secundarias a hipercalcemia por adenoma paratiroideo. **Caso clínico:** mujer de 27 años de edad con antecedentes de importancia: fractura en humero izquierdo, fémur izquierdo y derecho durante el 2017 de manera espontánea. Su padecimiento inicia el 31 de enero 2018, posterior a levantar un objeto pesado presenta fractura espontánea, acude a urgencias, donde es valorada por presencia de fractura de cabeza femoral derecha y fractura de diáfisis fémur izquierdo, se documentó calcio corregido 17.74, PTH de 793.6 pg/mL, se ingreso a piso donde se solicitó calcio en Orina de 24 horas reportándose 561.60mg/dL, las radiografías de cráneo con presencia de lesiones líticas. por USG se observó glándula para tiroidea izquierda con Nódulo de aspecto sólido con dimensiones de 31mm x 14mm x 19mm, densitometría la cual reporto L 1 z score de -2.1, se procedió la resección del mismo, con RHP de adenoma de la glándula paratiroides izquierda de 2.7 cm de diámetro eje mayor. Se egresó sin complicaciones y continua en seguimiento por la consulta externa de Endocrinología último reporte de PTH de 37. 20 pg / ml y calcio serico de 8.6 mg/dL y densitometría -1.7. **Discusión:** La hipercalcemia severa es una

emergencia endocrina que pone en peligro la vida, el hiperparatiroidismo primario y la malignidad son las causas más comunes, y representan más del 90% de los casos, Su etiología es principalmente secundaria a un adenoma para tiroideo (80-85%), hiperplasia (10-15%), carcinoma (2-3%) de los casos. Es más frecuente a partir de la quinta década de la vida y en mujeres, lo primero a determinar ante una hipercalcemia es la PTH (Hormona paratiroidea), posterior el sitio de búsqueda de tejido paratiroideo se identifica mediante estudios invasivos y no invasivos. La manifestación esquelética sigue siendo la presentación principal en los países en desarrollo, la Implicación articular en el HPTP incluye osteítis fibrosa quística, osteoporosis y condrocalcinosi. Osteítis fibrosa quística, considerada la más frecuente manifestación. La histología muestra un aumento en los osteoblastos y osteoclastos e infiltración fibrosa de la médula ósea. Las lesiones quísticas se pueden llenar con tejido fibrótico (tumores marrones) o líquido (quistes óseos). Los estudios radiológicos muestran una reabsorción ósea subperióstica más perceptible en las falanges y extremidades distales de las clavículas, la desmineralización de huesos planos como el cráneo resultados en un aspecto de sal y pimienta. La Osteoporosis asociada implica principalmente hueso cortical, generalmente

preservando la masa y la fuerza del trabecular hueso. En este caso clínico se observa una de las manifestaciones menos usuales en el espectro de HPTP, que se manifiesta con fracturas patológicas. La literatura quirúrgica sobre el HPTP en personas por debajo de los 50 años de edad se limita a informes de casos y algunas series pequeñas de casos. Este grupo representa solo el 1% -2% de todos los pacientes con adenomas paratiroides el tratamiento de elección es la cirugía, para ello se recomienda una exploración cervical bilateral de rutina, dada la mayor frecuencia de hiperplasia multiglandular, el conocimiento de la anatomía de las glándulas paratiroides, en gran medida que la paratiroidectomía, como técnica de elección, sea llevada a cabo con éxito y seguridad. **Conclusión:** El adenoma paratiroideo en adultos jóvenes es raro, muy pocos casos se han escrito en la literatura. Este caso enfatiza la importancia de sospechar de HPTP como diferencial ante un paciente joven con historial de fracturas múltiples sin causa aparente.

Palabras clave: adenoma, hiperparatiroidismo, hipercalcemia, paratiroides, fracturas, primario.

Folio: 0595

Tema: Neurología

Mielinólisis central pontina asociada a suspensión de consumo de alcohol, en un paciente alcohólico crónico

Morales Pedro, Fernández José Antonio, Rendón Ana Patricia, Ruiz Angelica, Mata Martha Patricia

Hospital Juárez de México

La mielinólisis central pontina (MCP) es una enfermedad desmielinizante de la porción central de la protuberancia asociada a menudo con desmielinización de otras áreas del cerebro (Mielinólisis Extrapontina) y son parte del síndrome de desmielinización osmótica. Dentro de las etiologías se incluye la hiponatremia crónica, desnutrición, alcoholismo crónico, enfermedad hepática, trasplante de hígado y quemaduras graves. En una revisión del 2014 en *European Journal of Neurology*, el factor de predisposición es la hiponatremia (78%) y la encefalopatía como presentación clínica (39%). Aunque las primeras descripciones fueron en paciente alcohólicos crónicos en 1959, actualmente la mayor incidencia se reporta relacionada a los cambios bruscos de sodio sérico en pacientes con hiponatremia crónica. Las manifestaciones clínicas son variables, se presenta con un curso bifásico, convulsiones o encefalopatía, posteriormente se agrega un severo deterioro neurológico, manifestado por disartria, disfagia, disfunción oculomotora y grados variables de cuadriparesia. El estudio imagenológico de elección es la resonancia magnética cerebral

(RMC), los hallazgos radiológicos son lesiones hiperintensas en protuberancia central en T2 e hipointensidad en secuencias ponderadas en T1. La recuperación favorable se presenta en el 51.9% de los pacientes y la muerte en 24.8%. El objetivo del caso es exponer la presencia de manifestaciones clínicas e imagenológicas de MCP en paciente con normonatremia, con consumo de alcohol de forma crónica, el cual presenta la clínica posterior a la suspensión del consumo del alcohol. **Caso:** Masculino de 45 años, originario y residente del Estado de México, diestro, sin antecedentes heredo familiares de importancia, con alcoholismo crónico desde los 14 años de edad, a base de cerveza y destilados con un gramaje aproximado de 200 gramos, una vez a la semana, suspendido 15 días previos a su ingreso hospitalario. Refiere consumir alcohol por 20 días seguidos, 24 horas posterior a la suspensión de este, presento síndrome de supresión etílica el cual es manejado ambulatoriamente con benzodiazepinas, complejo B y AINES en otro hospital. Inicia cuadro clínico 10 días posterior a la suspensión del consumo de alcohol con la presencia de diplopía horizontal, disfagia a líquidos, disartria, incapacidad para coordinar movimientos voluntarios e inestabilidad para la marcha, en la exploración neurológica alerta, funciones mentales conservadas, len-

guaje escandido, en nervios craneales nistagmo horizontal bilateral, resto sin alteraciones, fuerza muscular y sensibilidad conservada, a la exploración cerebelosa disimetría y disdiadococinesia bilateral con marcha atáxica. Se integra síndrome cerebeloso, a descartar encefalopatía de Wernicke, dentro de los paraclínicos con Na⁺ serico de 138, se realizó RM encontrando imagen ovoidea, en toda la región de la protuberancia, hipointenso en T1 e hiperintenso en T2, se realiza electronistagmografía con trazos de características centrales que sugieren afectación cerebelosa y nistagmo optoquinético deprimido hacia la izquierda sugerente de afectación a nivel del tallo cerebral, el trazo del rastreo pendular se observa atáxico. Se dieron medidas de sostén, posteriormente presento mejoría con respecto a la disfagia y la marcha. **Conclusiones:** Los efectos crónicos en el consumo de alcohol en el sistema nervioso central se presentan en un abanico de manifestaciones clínicas, dentro de esta se encuentra el síndrome de desmielinización osmótica, que se suele confundir con otros síndromes clínicos, es importante tenerlo en consideración aun en pacientes con normonatremia, el papel de la RMC es crucial para el diagnóstico y se puede presentar una disociación clínico-radiológica, como en nuestro caso. El pronóstico de estos pacientes es



variable, con una recuperación hasta en la mitad de los casos.

Palabras clave: mielinólisis, alcoholismo, normonatremia, nistagmo, ataxia.

Folio: 0596

Tema: Endocrinología

Hipertiroidismo subclínico en paciente con lupus eritematoso sistémico. Reporte de un caso

Jarvio Gabriel Esaú, Cruz José Eduardo, Solano Irlanda, Peralta Ana Lilia

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El hipertiroidismo subclínico se define por combinación de niveles de T3 y T4 normales y concentración baja de TSH, puede cursar asintomático o signos sutiles de tirotoxicosis. Se clasifica como endógeno o exógeno. La causa principal es exceso de dosis de hormonas tiroideas, el resto incluye adenoma autónomo o bocio multinodular, enfermedad de Graves, tiroiditis posparto. Las consecuencias de esta entidad incluyen progresión a hipertiroidismo manifiesto, afecciones cardiovasculares, pérdida de masa ósea, fracturas y demencia. **Objetivo:** Describir caso de paciente con hipertiroidismo subclínico con antecedente de lupus eritematoso sistémico debido a la presentación en contexto de paciente con autoinmunidad.

Exposición del caso: Femenino 29 años, antecedentes familiares no relevantes. Ta-

baquismo IT: 2.25 paq/año. Lupus eritematoso sistémico: 15 años de diagnóstico, actividad articular, mucocutáneo y renal, tratamiento con prednisona, enalapril, cloroquina y espirolactona. Nefropatía lúpica desde 2016: glomerulonefritis clase IV. Trombosis venosa profunda de miembro pélvico izquierdo en 2013, tratamiento acenocumarina. En mayo de 2018, en consulta de seguimiento se encontró nódulo de 2 cm en polo inferior izquierdo de tiroides, no ganglios. Perfil tiroideo con hipertiroidismo subclínico (TSH 0.02 uIU/ml). Ultrasonido de tiroides con múltiples nódulos bilaterales, uno con calcificación periférica, (TIRADS 4). Gammagrama: sugerente de actividad tumoral en polo inferior de lóbulo tiroideo izquierdo. BAAF: Bethesda IV. Se realizó lobectomía izquierda de tiroides, previa preparación con bloqueo tiroideo con tiamazol y yodo lugol, reporte histopatológico adenoma tiroideo. **Conclusiones:** Paciente que se estudio inicialmente por nódulo tiroideo y alteración en perfil tiroideo. Catalogada como hipertiroidismo subclínico severo, se debe considerar el tratamiento debido a que puede modificar desenlaces cardiovasculares, osteoporosis y alteraciones cognitivas.

Palabras clave: nódulo tiroideo, hipertiroidismo subclínico, lupus eritematoso sistémico.

Folio: 0597

Tema: Reumatología

Arteritis de Takayasu posterior al diagnóstico de leucemia mieloblástica aguda, una temporalidad infrecuente

Salcido Alejandro¹, Arvizu Rosa Icela¹, Cerda Christopher¹, Irruegas Angel Ricardo¹, Serna Griselda², Garza Ingrid Abigail³

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Servicio de Reumatología; ³ Departamento de Radiología

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Descripción de caso: Femenino de 27 años con antecedente de leucemia mieloblástica aguda (LMA) actualmente en remisión, estenosis esofágica secundaria a quimioterapia y un episodio de crisis convulsivas focales con progresión a tónico-clónicas. Fue evaluada debido a poliartralgias simétricas bilaterales con patrón inflamatorio de 1 año de evolución (talones, muñecas, articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales). Al interrogatorio refirió claudicación en miembro superior posterior a movimientos repetitivos y en miembros inferiores al caminar, así como dolor abdominal difuso posterior a la ingesta de alimentos. A la exploración física se encontró tensión arterial de 80/60 mm Hg y 60/40 mm Hg en brazo izquierdo y derecho, respectivamente; 110/80 mm Hg en ambas piernas, palidez y

pérdida de anexos cutáneos, datos de artritis en articulaciones previamente mencionadas, disminución de pulsos cubitales y femorales bilateralmente, y ausencia de pulso radial derecho, ambos pulsos poplíteos y de ambas arterias dorsales del pie. Anticuerpos anti-nucleares, factor reumatoide y anticuerpos anti-CCP resultaron negativos. Se realizó angioTAC de vasos supraaórticos donde se encontró engrosamiento de la pared aórtica en porción descendente con presencia de úlceras penetrantes, estenosis del tronco braquicefálico y arteria carótida común derecha, tronco celiaco, arteria mesentérica superior y arteria renal derecha, así como aneurismas arosariados en arteria iliaca externa derecha. Se diagnosticó arteritis de Takayasu clase V. Posterior a obtener un PPD negativo, se inició prednisona y metotrexate, con mejoría de sintomatología, por lo cual se egresó para su seguimiento ambulatorio. **Discusión:** La aparición de LMA posterior al diagnóstico de arteritis de Takayasu ha sido descrita en varios reportes de caso, sin embargo, la presencia de LMA previo al desarrollo de la arteritis no ha sido reportado antes.

Palabras clave: arteritis de Takayasu, leucemia mieloide aguda.

Folio: 0598

Tema: Gastroenterología

Síndrome de Wilkie como manifestación de adenocarcinoma gástrico

Cessa José Carlos, Cuellar Jesús Eduardo, De la Rosa Gerardo Alexis, Estrada Jorge¹, González José Alberto, Nañez Homero
Hospital Universitario UANL
Dr. José Eleuterio González

Paciente femenino de 37 años cuyo motivo de consulta es intolerancia a la vía oral, vómito y pérdida de peso. Entre los antecedentes de importancia se encuentra una neuroinfección de etiología no especificada al nacimiento, dificultad para la marcha, y sarampión a los 8 años. Inicia 2 meses previos al internamiento con dolor en epigastrio, de moderada intensidad, transictivo irradiado a mesogastrio acompañado de vómito de contenido alimentario hasta en 8 ocasiones al día. El interrogatorio familiar, aunque poco confiable, refiere pérdida de aproximadamente 16 kilos en 6 meses. Niega fiebre, ictericia, acolia, coluria, hematemesis o diarrea. A la exploración física se encuentra a una paciente con edad mayor a la cronológica, caquética con IMC de 15 kg/m², mucosas secas, deshidratadas, mala higiene dental con caries visibles, sin adenopatías palpables a la exploración física, abdomen con red venosa colateral, blando, depresible, doloroso a la palpación en ambos flancos, epigastrio y mesogastrio, sin rebote ni visceromegalias con ruidos peristálticos disminuidos, extremidades hipotróficas. Se ingresa al departamento

de urgencias donde se inicia rehidratación IV y se solicita un ultrasonido de abdomen superior donde se encuentra dilatación importante de la cámara gástrica. El TAC de abdomen y pelvis demuestra un estómago dilatado con estrechamiento en la tercera porción del duodeno, así como una reducción significativa del ángulo aortomesentérico (midiendo 23°) y distancia aortomesentérica (de 7.9 mm), hallazgos compatibles con un síndrome de pinzamiento de la arteria mesentérica superior. Se realiza endoscopia superior como parte del abordaje de la disfagia. Durante el procedimiento se observa estenosis concéntrica del canal pilórico con mucosa de aspecto adenomatoso, friable y ulcerada; impidiendo el paso del endoscopio, se obtienen biopsias del sitio de estenosis reportando adenocarcinoma gástrico. Se procede a realizar gastrostomía y yeyunostomía.

Palabras clave: Wilkie, pinzamiento, mesentérica, superior, adenocarcinoma, gástrico.

Folio: 0599

Tema: Neurología

Meningioma de la hoz tromboso asociado a trombosis venosa cerebral de repetición en paciente joven

Cárabes Delia Lizbeth, Valadez Maritza Jacqueline, Hernandez José Francisco

Instituto Mexicano del Seguro Social



Antecedentes: La trombosis venosa cerebral (TVC) representa el 0.5% de todos los casos de EVC, predomina en mujeres 75%, en clínica predomina cefalea, déficit focal y convulsiones. El diagnóstico se hace por imagen, estudio de elección RM. Representa un reto clínico determinar la etiología, se asocia a 10% de mortalidad. Los meningiomas tienen baja incidencia, malignidad < 10%, predomina en mujeres. **Objetivo:** Elaborar el diagnóstico etiológico de TVC a través de un caso clínico. **Exposición del caso:** Mujer de 40 años, AGO G:1, C:1 A: 0. Historia de cefalea desde 2011, TVC del seno longitudinal superior idiopática 2011, Fístula AV grado I en seno longitudinal sup 2011, hipotiroidismo 2015, falla ovárica prematura 2016. Inicia su padecimiento en abril de 2018 con cefalea intensa hemisférica derecha, de inicio súbito sin mejoría a la medicación, progresiva en intensidad 8/10 y localización hasta ser holocraneana, acompañada de fotofobia y disminución de la fuerza de miembros pélvicos con incapacidad para la deambulación. A la exploración sin alteración de funciones mentales, con síndrome piramidal denso incompleto desproporcionado predominio derecho. Se realiza TAC con evidencia de TVC del seno longitudinal superior. Pruebas bioquímicas: anticoagulante lupico (+), Ac ANA 1:160 patrón moteado, Anti DNA (+)1:320, ANCAS

(-), Anticardiolipinas IgM 7.9, bIIgP IgG:1.1, C3:220, C4:45, ATIII 112, proteína C;150, proteína S; 50.2. Se inició tratamiento con heparina de bajo peso molecular, 10 días después se realiza RM visualizando imagen compatible con meningioma de la hoz + TVC del seno longitudinal, se realiza resección tumoral con resultado histopatológico de meningioma grado I de la hoz del cerebro. **Conclusiones:** Mujer de la 40 años con diagnóstico clínico y por imagen de TVC y Meningioma por histopatología. Factores de riesgo edad, sexo, TVC previa, terapia de reemplazo hormonal, meningioma, con criterios actuales para LES previamente negativos, sin criterios para SAF.

Palabras clave: original, completo, veraz, organizado, multidisciplinario, interesante.

Folio: 0600

Tema: Otros

Una singular causa de disnea: proteinosis alveolar pulmonar.

Reporte de caso

Cortez Brenda Guadalupe², Rodríguez Marcos Teodoro¹, Aguilar María Fernanda², Ramirez Raul², Tiempo Fabiola Guadalupe², Solorio Jorge Daniel², Ibarra Jesús Alejandro²

¹ Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí; ² Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE

La proteinosis alveolar pulmonar (PAP) corresponde a la enfermedad intersticial difusa,

caracterizada por alteración en el metabolismo del surfactante y acumulación del material lipoproteínico en los espacios alveolares. Se presenta el caso de una mujer de 38 años de edad con antecedente de enfermedad de Addison y exposición a selenio (*Bertholletia excelsa*). Inicia su padecimiento en mayo de 2017 con cuadros infecciosos de vías respiratorias repetitivos y disnea mMRC1. Se agrega pérdida de peso, astenia, adinamia y tos productiva con progresión a disnea mMRC3. Presentó agudización de los síntomas y datos de hipoxia. A la exploración física con TA 100/70 mmHg, FC 80 lpm, FR 30 rpm, SO₂ 70% ECG de 8 puntos, cianosis peribucal, hiperpigmentación generalizada, estertores crepitantes diseminados en ambos hemitórax. Acropaquia y edema de miembros inferiores. Biometría hemática y química sanguínea normales. El perfil hepático reveló albumina de 2.1 g/dL. La gasometría arterial arrojó pH 7.45, PO₂ 46 mmHg, PCO₂ 30 mmHg, SO₂ 75%, HCO₃ 21.8 mmHg. Radiografía de tórax con infiltrados reticulonodulares de predominio en las regiones basales y zonas de consolidación. TAC simple de tórax con zonas de consolidación en lóbulo medio derecho, zonas de ocupación alveolar dispersas bilaterales y engrosamiento intersticial difuso. PCR para M tuberculosis y cultivos microbiológicos, incluidos hon-

gos y micobacterias negativos. Niveles de selenio, anticuerpos antinucleares, anti DNAs y factor reumatoide normales. Se realizó biopsia pulmonar que demostró proteinosis alveolar. La PAP es una enfermedad rara, con incidencia de 0,4 casos/millón de habitantes, hay 3 formas principales de presentación: congénita, primaria (Ac anti GM-CSF) y secundaria. El tratamiento de elección sigue siendo el lavado broncoalveolar total y el pronóstico dependerá de las complicaciones asociadas. En este caso con evolución desfavorable y no respuesta al tratamiento la paciente fallece. **Palabras clave:** disnea, hipoxia, infiltrados, proteinosis, lavado broncoalveolar, hiperpigmentación.

Folio: 0601

Tema: Neurología

Ataxia cerebelosa por anticuerpos anti-GAD; acerca de un caso del Hospital General de León

Lara José Bernardo, García Maximiliano, Cano Juan Manuel
Hospital General de León

Introducción: La ataxia cerebelosa asociada al anticuerpo anti-glutámico ácido descarboxilasa (GAD-ab) es un raro trastorno neurológico caracterizado por síntomas cerebelosos que concommitan con niveles elevados de GAD-ab en el suero y líquido cefalorraquídeo.

Objetivo: Presentar un caso clínico de ataxia cerebelosa

por anticuerpos anti gad, en un paciente mexicano, atendido en el Hospital General de León. Masculino de 44 años de edad, con enfermedades crónicas degenerativas, Diabetes tipo 1, de 25 años de diagnóstico, así como vitíligo acrofacial. Inicia su padecimiento actual hace 9 meses, con alteraciones visuales, binoculares, del tipo oscilopsias intermitentes, progresivas hasta limitar sus actividades diarias, posteriormente se agrega alteración en la marcha de tipo atáxica con aumento del plano de sustentación, sin predominio de lateralización. **Material y métodos.** Signos vitales a su ingreso FC 80 FR 17 TAM 78 Temp 36.5, Exploración física. presencia de signos cerebelosos romberg +, reflejos osteotendinosos normales, pupilas isocóricas e isométricas, 3mm, normorreflécticas, reflejo fotomotor y consensual sin alteraciones a su exploración. Alteración del VII par Con presencia de nistagmus vertical resto de pares craneales sin alteraciones. cuello sin adenopatías, tiroides palpable sin nódulos, murmullo vesicular bilateral sin alteraciones, sin sibilancias, sin estertores, sin integrar síndrome pleuropulmonar. El precordio rítmico, sin soplos o ruidos patológicos agregados. Abdomen es blando depresible, sin palpar megalias o masas, peristalsis presente adecuada en cantidad y frecuencia; genitoruinario con testículos en bolsa escrotal nor-

males, con adecuado control de esfínteres. Extremidades: con (maculas hipocromicas en palmas, y dorso de manos y pies así como interdigitales- con Labs al ingreso tiene urea de 35, cr 0.88, Hba1c 9.5%, hct 43. Serología con VIH, VHB, y VHC negativo. Se solicita perfil tiroideo, que reporta hipotiroidismo, así como anticuerpos antiperoxidasa, y anti tiroglobulina los cuales resultan reactivos. Se solicitan niveles séricos de Anticuerpos GAD >250 U (rango normal 5ui) y en líquido cefalorraquídeo de 6 /ui Se solicitan Resonancia magnética con leve atrofia cerebelosa. Videonistagmografía que confirma nistagmus espontáneo vertical con fijación central. Se coloca acceso venoso central y se inicia 3 sesiones de plasmáferesis. **Conclusiones:** se determina la presencia de ataxia cerebelosa autoinmune por anticuerpos anti gad, con una presentación ocular de un paciente con enfermedad poliglandular, en estos pacientes la administración de esteroides ha mostrado beneficio, se inicio plasmáferesis.

Palabras clave: neurología, autoinmunidad, movimientos anormales, Endocrinología, anticuerpos anti GAD.

Folio: 0602

Tema: Nefrología

Riñón de mieloma con depósito por cadenas ligeras como causa de enfermedad renal crónica: la importancia de buscar etiología



García Héctor René¹, Marmolejo Manuel Alejandro¹, Garza Carlos A²

¹ Medicina Interna; ² Departamento de Nefrología
Hospital Universitario UANL

Objetivo: Presentar caso de una paciente con enfermedad por depósito de cadenas ligeras por mieloma múltiple como causa de enfermedad renal crónica.

Introducción: La enfermedad renal crónica es una causa importante de morbilidad y mortalidad por sí misma en la cual, en muchas ocasiones no es posible encontrar el agente casual, si es importante encontrar la causas para establecer un diagnóstico que permita ofrecer un tratamiento y pronóstico a los pacientes. Caso: Paciente femenino de 46 años como únicos antecedentes relevantes, colecistectomía 7 meses previos a su cuadro inicial e infecciones de vías urinarias recurrentes, posterior a uso de sonda urinaria durante ese internamiento, tratadas con un ciclo de aminoglucósidos, y otro de quinolonas. Inicia su cuadro inicial con náusea y vómito que progresa a intolerancia a la vía oral intermitentes junto mialgias y cefalea que trata con AINES, y herbolaria no especificada de 3 meses de evolución, progresivos sin algún patrón en específicos, durante cita de control subsecuente por colecistectomía se evidencia elevación de azoados por lo que es referida a

un médico ambulatorio que le ofrece colocación de catéter de hemodiálisis urgente, sin embargo acude a la consulta de medicina interna para abordaje clínico de segunda opinión. A la exploración física se encuentra únicamente edema en miembros inferiores ++/++++. Se solicitan laboratorios en los cuales resalta anemia normocítica normocrómica de 10 gr/dl, Cr: 24.2 mg/dL, que da una tasa de filtrado glomerular (TFG) de 1.4 por la fórmula de CKD-EPI, un BUN de 118 mg/dL, K: 5.0 mmol/L. Se solicita examen general de orina donde no se encuentran alteraciones contrastando con una recolección de proteínas de 24 hrs, con un volumen de 1.200ml y proteínas de 4.6gr/dL, por otro lado se solicitaron anticuerpos antinucleares, niveles de complemento, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA's), todos resultando negativos, por otro lado se tuvo acceso a estudios preoperatorios de su cirugía previa donde ya tenía una TFG de 33.2mg/dL. Por lo que se ingresa a piso de medicina interna con diagnóstico de síndrome urémico y proteinuria de rango nefrótico en estudio y valorar biopsia renal e inicio de corticoesteroides. Una vez realizada la biopsia se realiza infusión de bolos de metilprednisolona a dosis inmunosupresora, se coloca catéter de hemodiálisis en agudo, sin eventualidades. Se realiza una nueva recolec-

ción de proteínas de 24 hrs, observándose una reducción a 600 mg en 1.6 L de volumen, y se obtiene resultado de biopsia renal con tiroidización de 100% de túbulos, infiltrado intersticial inflamatorio crónico en 50%, vasos y glomérulos sin alteraciones, IgG Negativo, IgA Negativo, IgM ++, depósito Kappa negativo, depósito Lambda ++, que muestra depósito de cadenas ligeras, Posteriormente se realizó electroforesis de orina encontrándose una restricción de cadenas ligeras IgA Lambda, el resto sin anomalías, por lo que se evidenció presencia de paraproteína en orina y se solicita aspirado de médula ósea, encontrándose población de células plasmáticas de 21%, con células atípicas, por lo que se integra diagnóstico de Mieloma Múltiple y como Riñón de mieloma con depósito de cadenas ligeras Lambda como diagnóstico final, refiriéndose al servicio de hematología para inicio de manejo terapéutico, y nefrología para terapia de reemplazo renal definitivo.

Conclusión: La enfermedad renal crónica representa un 20 % de las complicaciones asociadas a mieloma múltiple, de estas, la más frecuente, es el riñón de mieloma causado por proteinuria de paraproteínas, aunado a esto, existe un porcentaje menor que se asocia a depósito de cadenas ligeras, Kappa en su mayoría, sin embargo el 20% son Lambda, por lo que esta combinación es un

caso excepcional, por otro lado el pronóstico en este tipo de pacientes es malo al corto plazo, sin tratamiento, por lo que la búsqueda de la etiología en pacientes con enfermedad renal crónica debe ser exhaustiva.

Palabras clave: cadenas ligeras, mieloma múltiple, enfermedad renal crónica, riñón de mieloma.

Folio: 0603

Tema: Oncología

Adenocarcinoma mediastínico primario: neoplasia poco frecuente

Carlos Blanca Nohely, Hernández Éufrates, Olán Francisco, Morales Zoila

Hospital de Alta Especialidad Gustavo A Roviroso Pérez

Introducción: El adenocarcinoma mediastínico primario es una neoplasia poco frecuente que puede surgir de tejido normal o ectópico en el mediastino. Representan menos del 10% de todas las masas mediastínicas, incluyen: carcinomas tímicos primarios, tumores de células germinales (TCG), carcinomas neuroendocrinos, linfomas, y tumores neurogénicos, endocrinos y mesenquimales. Localización predominantemente región anterior de mediastino. Generalmente asintomáticos (70% malignos y el 40% benignos) detectados ocasionalmente por Rx de tórax, cuando están presentes los síntomas más comunes son: dolor de pecho, tos,

disnea, y eventual síndrome de vena cava superior. El diagnóstico se basa en características anatómicas y morfológicas en estudios de imagen y definitivo por biopsia. Tratamiento mediante quimioterapia basada en cisplatino con respuesta de curación para tumores germinales no-seminomatosos alrededor de 45%. Se reportan pocos casos en la literatura. **Caso clínico:** Femenina de 38 años, con carga genética para cáncer por línea materna, con poliartalgias de 6 meses de evolución, y dificultad respiratoria de 15 días de evolución, pérdida de peso no cuantificada, tos no productiva predominio matutina, y síndrome de Vena Cava Superior. Hb 9.6 g/dL VGM 88.5 fl Leu 8200 Plaquetas 311,000 PCR 79.6 mg/dL Procalcitonina 0.02 mg/dL, Alb 2.98 g/dL Radiografía Tórax: masa ocupante radiopaca de lóbulo superior y medio de pulmón derecho. USG de Hemitórax derecho: separación de pleural parietal de visceral, no concluyente. USG pélvico: útero y ovarios ecográficamente sin alteraciones. Tomografía de tórax: lesión ocupante con diferentes densidades (tumorcación de 9 cm desde el mediastino hasta el hemitórax derecho que por las características sugiere un teratoma maduro vs teratocarcinoma). Biopsia de tumoración mediastinal: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado, con extensas áreas de necrosis coagulativa. **Objetivo:** Describir un caso poco

frecuente de Adenocarcinoma Mediastínico Primario. **Discusión:** Gómez y cols, encuentran en cohorte mexicana de 103 pacientes asociación de síntomas con malignidad de masas mediastinales. Si bien existe la posibilidad teórica de que un tumor primario gonadal presente regresión local con metástasis a distancia. Una revisión multicitacional encontró en 635 pacientes tratados en el lapso de 10 años que 54% correspondieron a tumores germinales localizados en mediastino, en nuestro caso no encontramos alteraciones a nivel pélvico. **Conclusión:** En este caso se demostró invasión ganglionar, pericárdica, pleural y diseminación ósea, que explican la sintomatología, coincidimos con Gómez y cols. en su correlación de malignidad y presencia de sintomatología. El diagnóstico clínico de los tumores primarios del mediastino representa un verdadero desafío.

Palabras clave: adenocarcinoma, tumor primario, células germinales.

Folio: 0604

Tema: Reumatología

Relación de los marcadores de inflamación, títulos de factor reumatoide y anti-PCC con el riesgo cardiovascular en la artritis reumatoide

Torres Julian¹, Mendez Priscila Lucina², Lugo Gustavo Esteban², Berea Ricardo², Jara Luis Javier², Muñoz Omar Eloy, De la Cruz Juan Carlos²



¹ Hospital Central Militar; ² Hospital Juárez de México

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, sistémica, inflamatoria y multifactorial. El riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes con AR se encuentra elevado de 2-3 veces en comparación con la población general, siendo comparable al riesgo producido por la diabetes mellitus, con una morbilidad y mortalidad mayores al 50%, siendo la principal causa de muerte en esta entidad, reduciendo la esperanza de vida de 3-18 años, por lo tanto, la AR por sí misma, es considerada un factor de RCV independiente. No está bien claro si los marcadores de inflamación como la proteína C reactiva, la velocidad de sedimentación globular y otros marcadores como el factor reumatoide se encuentran asociados con el riesgo cardiovascular; así como en qué punto durante el transcurso de la enfermedad incrementa el RCV, reportándose que puede ocurrir después de 2 años de evolución de la AR, sin embargo la presencia de placas de aterosclerosis se puede observar de manera mucho más temprana. Por otro lado el engrosamiento de la íntima y la media de las carótidas, ha sido identificado en etapas tempranas de la AR. Los pacientes seropositivos tienen un mayor estado inflamatorio que puede contribuir a la aterosclerosis acelerada. Aproximadamente la mitad de

los pacientes con AR muestran niveles séricos elevados de Anti-PCC varios años antes del inicio de los síntomas, por lo que el RCV de estos pacientes podría estar incrementado en etapas presintomáticas. Se estudió a un total de 104 pacientes con artritis reumatoide a los cuales se les midió el riesgo cardiovascular según el ACC: ASCDR y el QRISK2; a 70 de ellos se les realizó un ecocardiograma transtorácico. Se comparó la frecuencia de los reactantes de fase aguda, FR y anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados (Anti-PCC) con el RCV previamente calculado y los hallazgos del ECOTT. Se encontró relación con la presencia de insuficiencia tricuspídea y los títulos de FR. La disfunción diastólica se relacionó con el DAS 28 PCR.

Palabras clave: artritis reumatoide, riesgo cardiovascular, factor de riesgo, inflamación, factor reumatoide, aterosclerosis.

Folio: 0605

Tema: Infectología

Experiencia de 16 casos de histoplasmosis diseminada en personas coinfectadas con virus de la inmunodeficiencia humana en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca Aranda Mercedes², Rivera Norma Eréndira², Corzo Dora Edith¹, Flores Iván Fidel², Escamilla José Ángel²

¹ Medical Research Centre For Medical Mycology, Wellcome

Trust Strategic Award, Institute of Medical Science, University of Aberdeen, King's College; ² Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Introducción: La histoplasmosis es una micosis endémica en Oaxaca y representa la primera infección definitiva de SIDA en el 50-75% de los pacientes. Su diagnóstico requiere alta sospecha clínica por tener una presentación clínica inespecífica y se ha descrito que frecuentemente se diagnostica erróneamente como tuberculosis. **Objetivo:** Conocer las características demográficas de la población que desarrolla histoplasmosis diseminada (HD) en coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), describir su presentación clínica, métodos diagnósticos y su mortalidad.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo que incluyó todos los casos de HD asociada a VIH en el HRAEO entre 2016- 2017. El análisis de los datos se presentó usando proporciones y medidas de tendencia central. Se presentan resultados preliminares. **Resultados:** Se presentan 16 casos de HD en pacientes infectados por VIH. La cuenta de CD4 al ingreso fue baja, en promedio 33 cels/ml, el 25% de los casos correspondieron a SIRI por desmascaramiento. La presentación clínica más común fue neumonía atípica acompañada de pancitopenia, seguido

de linfadenopatías y de manifestaciones cutáneas. En 75% de los casos hubo crecimiento micológico. El 25% fueron casos posibles: aquellos pacientes en quienes no se obtuvo evidencia microbiológica pero presentaron: fiebre, más: pérdida de peso, neumonía atípica, linfadenopatías o pancitopenia o hepatoesplenomegalia, en radiografía de tórax un patrón intersticial o micronodular, importante elevación de DHL, AST y ferritina y en quienes ya se había descartado tuberculosis o no respondían a tratamiento antibiótico, incluida cobertura para PCP. En 37% de los casos, además se comprobó coinfección con tuberculosis. La mortalidad fue del 56%. De los casos reportados de neumonía atípica, 6 desarrollaron SIRA. 5/6 tenían cuenta CD4+ menor a 100 cel/mL., 3/6 tenían CD4 menor a 10 cel/ml. 4/6 casos fueron una infección comprobada y 2/6 posible. Los 6 pacientes fallecieron, 5 de ellos con menos de 8 días de hospitalización. **Discusión:** La HD en nuestro centro ocurre en personas con SIDA avanzado. La forma de presentación clínica corresponde a lo descrito en la literatura internacional, sin embargo el porcentaje de coinfección con tuberculosis es mayor. La mortalidad en América Latina está descrita entre 20-60% dependiendo si se tiene acceso a métodos diagnósticos rápidos como serología, antigenemia, antigenuria o PCR

además de disponibilidad de anfotericina liposomal, todo esto inaccesible en nuestro centro lo que podría explicar la inaceptablemente alta tasa de mortalidad encontrada.

Palabras clave: VIH, histoplasmosis, tuberculosis, neumonía atípica, SIRA.

Folio: 0607

Tema: Oncología

Ascitis quillosa por adenocarcinoma endometrial

Mora Mauricio de Jesús³, Romero Liliana³, Sánchez Vicente Manuel¹, Torres Oscar Amauri², Escobar Gisela³

¹ Patología; ² Imagenología;

³ Medicina Interna

Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La ascitis quillosa es un hallazgo infrecuente, documentada en 1 de cada 20,000 ingresos. En países emergentes, la etiología más frecuente es infecciosa (tuberculosis, peritonitis bacteriana) y Linfoma.

Objetivo: Describir un caso de ascitis quillosa de tipo tumoral.

Caso: Femenino de 62 años. Ingresó por aumento del perímetro abdominal de 3 meses de evolución, progresivo y pérdida de peso de 6 kg en 6 meses, asintomática. En la exploración física se observó palidez de tegumentos, sin estigmas de hepatopatía. Adenopatía axilar bilateral, móvil, regular, indurada, de 2 cm de diámetro. Derrame pleural derecho. Lesión sólida en hemiabdomen

inferior izquierdo, de 10 cm, fija. Paraclínicos Hb 13.1 g/dL, VCM 86%, Leu 8.58K/mcl, CA 125 1444U/L, T_p 13.7s T_{tp} 30s Albúmina sérica: 3.25g/dL. TC toracoabdominal: tumoración dependiente de colon, ascitis, ganglios atípicos axilares y mediastinales, derrame pleural derecho y miomatosis uterina. Paracentesis: líquido quilloso, Células 1650/mm³, Glucosa 74mg/dL, LDH 325 U/L, Albúmina en ascitis: 3.89 g/dL, Neu 90%, Linf 10%, Triglicéridos 210 mg/dL, Amilasa 47 U/L, Gradiente albúmina suero ascitis de 0.83g/dL (trasudado). Citológico: células de adenocarcinoma. USG endovaginal: útero multilobulado, 81x42x66 mm, ovarios sin lesiones. Colonoscopia: sin lesión tumoral. Biopsia excisional ganglionar: carcinoma moderadamente diferenciado. Inmunohistoquímica: CK 7+, CK 20-, PAX 8+ (Adenocarcinoma endometrial metastásico). Aceptada por Oncología médica para quimioterapia paliativa. **Conclusión:** La ascitis quillosa es una manifestación clínica rara que se debe a la presencia de linfa en cavidad intestinal. Representa un reto diagnóstico por las múltiples etiologías que pueden ocasionarla, por lo que requiere un abordaje ordenado y sistemático. Asociada a neoplasia sólida confiere un pronóstico ominoso.

Palabras clave: ascitis quillosa, cáncer, síndrome paraneoplásico, síndrome ascítico, ascitis



tumoral, adenocarcinoma endometrial.

Folio: 0608

Tema: Hematología

Rabdomiólisis como complicación de quimioterapia en paciente con leucemia mieloide aguda. Reporte de caso

Flores José Alberto

Hospital Juárez de México

Se trata de femenino de 38 años de edad, artesana, con antecedente de tabaquismo y consumo de bebidas alcohólicas de manera esporádica. Expositivos positivos a tinner por uso laboral. Quirúrgicos positivos a ooforectomía bilateral en 2015, realizada en INCAN, niega patología neoplásica. Se ingresa al servicio de hematología tras presentar un cuadro clínico de 1 mes de evolución, caracterizado por la presencia de astenia, adinamia, mareo, dolor tipo oseo y palidez generalizada de tegumentos; además de pérdida no intencionada de peso desde hace 3 semanas y la aparición de fiebre hace 72 horas. Negando sintomatología respiratoria, urinaria o gastrointestinal acompañante. A la exploración física con datos clínicos de cor anémico por la presencia de palidez de tegumentos, conjuntival y en lecho ungueal, disnea; no se encuentran adenopatías palpables, sin datos de sangrado activo y sin datos de visceromegalias a la palpación abdominal. Paraclínicos se re-

portan con Leucocitos de 3300, Neutrófilos de 1340, Linfocitos de 1400, hemoglobina de 5.3, plaquetas de 818000. FSP 10% de blastos de aspecto mieloide. AMO reportado con celularidad incrementada, células de aspecto inmaduro que muestran prolongaciones citoplasmáticas, algunas con satelitismo plaquetario sugerente de origen megacarioblastico. Citometría de flujo CD13, CD33, CD34, CD41a, CD41b positivos. Se realiza determinación de Leucemia mieloide aguda M7. Tras recibir primer esquema de quimioterapia de primera línea 7+3 a base de citarabina y daunorrubicina, refiere que posterior a 7 días de culminar el mismo, manteniéndose hospitalizada por vigilancia de citopenias, inicia con la presencia de dolor en ambos miembros pélvicos de tipo ardoroso, intensidad severa, sin irradiaciones, que limita los arcos de movimiento, pero sin repercusión en el sistema motor y sensitivo, que se agrava a la palpación y al movimiento, sin atenuantes. A la exploración física presenta cambios de coloración por la presencia de hiperemia, así como aumento de la temperatura, y dolor a la palpación superficial en la totalidad de ambas extremidades pélvicas. Se da manejo con AINES (Ketorolaco), paracetamol y opioides, con lo que se presenta mejoría del cuadro. Se decide solicitar niveles de CK y CK-MB, los cuales se encuentran con cifras de 11570

y 508 UI respectivamente, además de incremento en la cifras de creatinina en más de 0.5 de su valor basal, concluyéndose diagnóstico de rabdomiólisis. Motivo por el cual se decide iniciar manejo con hiperhidratación vía intravenosa, además de monitorización estricta de los flujos urinarios, sin ameritar manejo con diurético, se da remisión del cuadro tras 48 horas, con mejoría tanto en el cuadro clínico (remisión de la sintomatología), así como normalización en los niveles de CK, CK-MB y creatinina, cabe aclarar no existió durante la presentación del cuadro elevación en las cifras de Urea con las que ameritara terapia sustitutiva del funcionamiento renal, se egresa del servicio, para continuar con esquema de quimioterapia en sus fases subsiguientes.

Palabras clave: rabdomiólisis, quimioterapia, citarabina, leucemia, mieloide, aguda.

Folio: 0609

Tema: Hematología

Linfoma de Hodgkin primario de hígado. Presentación de caso

Cortez Brenda, Aguilar Maróa Fernanda, Ramírez Raul, Javier Francisco, Paredes Eugenia Patricia, Carmona Gabriel Alberto, Ibarra Jesús Alejandro
Hospital Regional 1° de Octubre. ISSSTE

El linfoma de Hodgkin (LH) se origina a partir de células B clonales, ocupa el 10% de

las neoplasias linfoides, con 2 picos de afección, 20 y 60 años. La localización primariamente hepática es una entidad excepcional, y aún más en ausencia de afección esplénica. Se presenta el caso de una mujer de 57 años, sin antecedentes de importancia, que inicia su padecimiento en el 2015 con adenomegalia cervical de la que se realiza biopsia excisional reportando hiperplasia paracortical. En enero de 2018 presenta astenia, adinamia, diaforesis y pérdida de peso integrando síndrome consuntivo. En la exploración física a su ingreso destaca palidez de tegumentos y adenomegalia axilar izquierda única. Paraclínicos con evidencia de anemia normocítica normocrómica leve, leucopenia (3200/uL) y linfopenia (700/uL elevación de fosfatasa alcalina (398 U/L) y gamaglutamiltransferasa (203 U/L). QS, PCR y VSG normales. Panel viral y perfil TORCH sin alteraciones. Cultivos para bacterias y micobacterias negativos. TAC simple y contrastada evidencia de reactividad ganglionar a nivel cervical, axilares, pericavales, periaórticos, perirrenales y mesentéricos superiores, compatibles con proceso linfoproliferativo. Se realiza biopsia guiada con aguja fina de ganglio axilar izquierdo, reportando células linfoides con atipia moderada; se decide realizar biopsia excisional de ganglios intraabdominales por laparoscopia, se observan

lesiones hepáticas infiltrantes y se toma biopsia, reportando linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular, CD30 positivo. Se inicia protocolo terapéutico, actualmente recibe quimioterapia ABVD, sin complicaciones. El LH primario hepático cursa con manifestaciones clínicas inespecíficas, debe figurar en el diagnóstico diferencial de las lesiones hepáticas, la biopsia es el procedimiento de elección para el diagnóstico. El tratamiento se basa en la terapia ABVD, y el pronóstico depende de las complicaciones.

Palabras clave: diaforesis, síndrome consuntivo, adenomegalias, bicitopenia, lesiones hepáticas, linfoma de Hodgkin.

Folio: 0610

Tema: Nefrología

Nefritis intersticial aguda inducida por ciprofloxacino: reporte de un caso del Hospital General de León

Lara José Bernardo, Villaseñor Jacqueline, García Maximiliano, Cano Juan Manuel

Hospital General de León

Introducción: La NIA es una causa poco común de LRA y se identifica en solo alrededor del 2% al 3% de todas las muestras de biopsia renal. Sin embargo, puede representar hasta 10 a 25% de los pacientes sometidos a biopsia renal por lesión renal no explicada o inducida por fármacos, respectivamente. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de nefritis intersticial aguda,

que fue secundario a la administración de ciprofloxacino, en una paciente joven mexicana, atendida en el Hospital General de León. Femenino de 34 años de edad, sin enfermedades crónicas degenerativas, con antecedente de sangrado uterino anormal secundario a hipotiroismo primario inicia 10 días posteriores por presentar dolor abdominal en epigastrio de intensidad 4/10 irradiado a hipocondrio derecho, acompañado de intolerancia a la vía oral, caracterizada por náusea llegando al vómito, en 2 ocasiones de contenido gastroalimentario, además de diaforesis nocturna, y sensación de escalofríos, medicado con butilhioscina 20 mg sin mejoría y automedicada con ciprofloxacino 500mg cada 12 horas por 3 días. **Material y métodos:** Signos vitales a su ingreso FC 80 FR 17 TAM 78 Temp 36.5, Exploración física neurológica: sin alteraciones, pares craneales sin anomalías cuello sin adenopatías con bocio grado II, murmullo vesicular bilateral sin alteraciones, sin sibilancias, sin estertores, sin integrar síndrome pleuropulmonar. El precordio rítmico, con soplo plurifocal grado III sin ruidos patológicos agregados. Abdomen es blando depresible, sin palpar megalias o masas, peristalsis presente adecuada en cantidad y frecuencia; Genitorinario sin anomalías con adecuado control de esfínteres, sin sondaje vesical sin lesiones



perianales. con Labs al ingreso tiene urea de 135mg/dl, cr 3.3 mg /dl hb 6.4 g/dl 200, plats . Serología con VIH, VHB,VHC negativo. Calcio 10.05 fosforo 3.08 DHL 106 Cloro 106.8 Potasio 3.77 Sodio 139.50 Mg 1.75, a las 48 horas con Cr de 8.1, sin urgencia dialítica, persiste elevación de azoados. Con hematuria microscópica, sedimento granulomatoso, y leucocitario, anas, anti dna negativo, anca c, anca p negativos así como como complemento en rango normal. Se realiza biopsia renal. **Conclusiones:** con Labs al ingreso tiene urea de 135mg/dl, cr 3.3 mg /dl hb 6.4 g/dl 200, plats . Serología con VIH, VHB,VHC negativo. Calcio 10.05 fosforo 3.08 DHL 106 Cloro 106.8 Potasio 3.77 Sodio 139.50 Mg 1.75, a las 48 horas con Cr de 8.1, sin urgencia dialítica, persiste elevación de azoados. Con hematuria microscópica, sedimento granulomatoso, y leucocitario, anas, anti dna negativo, anca c, anca p negativos así como como complemento en rango normal. Se realiza biopsia renal.. **Conclusiones:** Paciente con antecedente de enfermedad autoinmune, que ingresa con síndrome anémico secundario a sangrado uterino normal, con elevación de azoados, con cuadro de glomerulonefritis rápidamente progresiva, y antecedente de consumo de quinolona, haciéndose abordaje para tal, documentando en biopsia renal. Netritis in-

tersticial aguda. antecedente de consumo de quinolona, haciéndose abordaje para tal, documentando en biopsia renal. Netritis intersticial aguda.

Palabras clave: nefrología, biopsia renal, nefritis intersticial, antibióticos, farmacología, quinolonas.

Folio: 0611

Tema: Reumatología

Reporte de un caso: polineuropatía sensitivo-motora simétrica dependiente de longitud como manifestación inicial de poliangeitis microscópica

Jiménez Yeimmy Zuyenn, Rangel José, Pérez Gabriel, Ramírez Alberto, Ortega Jorge Arturo, Ramírez Madai Arfasad, Zepeda Ivan

Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La neuropatía periférica es un reto diagnóstico por la amplia variedad de diferenciales por lo que la anamnesis completa es la clave para poder clasificar y orientar el abordaje diagnóstico. La poliangeitis microscópica es una vasculitis de pequeño vaso (pauciinmunitaria), se manifiesta sobre todo con afección renal (hasta el 90% de los casos), pulmonar y cutánea (60%), la neuropatía periférica es una manifestación rara presentándose hasta en el 10% de los pacientes. Por lo que se expone un reporte de caso de polineuropatía como manifestación inicial de PAM. **Objetivo:**

Presentar un caso clínico de polineuropatía sensitivo-motora dependiente de longitud como primera manifestación de poliangeitis microscópica y de esta manera contribuir a los reportes de caso. **Exposición del caso:** Mujer, 40 años, con HAS, ERC KGDO G3A, que inicia protocolo diagnóstico por polineuropatía crónica simétrica, sensitivo motora dependiente de longitud de fibra fina, sin síntomas autónomos en el contexto de enfermedad renal crónica, dentro del abordaje diagnóstico lo positivo fue: anemia normocítica normocrómica grado 1 OMS, regenerativa, coomb positivo, en ausencia de anemia hemolítica, bicitopenia (anemia mas leucopenia), déficit de vitamina D, hipotiroidismo subclínico, ANA positivo, P ANCA +, B2 microglobulina y ferritina elevados. Velocidades de conducción nerviosa con patrón desmielinizante y daño axonal secundario, gamagrama renal con deterioro moderado a severo del filtrado glomerular, biopsia de grasa periumbilical: normal, AMO: con plasmocitos menor al 10%, electroforesis de proteínas normal. Ante hallazgos se decide realizar biopsia renal: Glomerulonefritis proliferativa extracapilar, con lesiones esclerosantes segmentarias de tipo pauciinmune. **Conclusiones:** La incidencia de PAM es rara (3,6 casos/millón habitantes/año) y la polineuropatía como manifestación inicial de

esta vasculitis se presenta en el 10% de los pacientes.

Palabras clave: polinueropatía, poliangetitis microscópica, biopsia renal, glomerulonefritis paucimune, aspirado de médula ósea, reto diagnóstico.

Folio: 0612

Tema: Infectología

PCR en lavado gástrico como método diagnóstico de tuberculosis pulmonar en población vulnerable

Trujillo Silvia Alejandra, Hoil Angel Antonio, Castrejón Rene, González Lidia

Instituto de Salud del Estado de México

A nivel mundial sólo el 57% de los casos de tuberculosis (Tb) son confirmados¹ y en México sólo el 84%^{2,3}. Las nuevas técnicas moleculares han tenido un gran auge, siendo hasta el momento la reacción de cadena de polimerasa (PCR) la única prueba rápida autorizada por la OMS para el diagnóstico de Tb pulmonar y extrapulmonar, con una sensibilidad y especificidad de 90.4% y 98.4% para Tb pulmonar. Uno de los mayores retos diagnósticos para Tb pulmonar es en pacientes que no expectoran, las guías recomiendan inducir el esputo y/o la broncoscopia flexible, sin embargo no es una herramienta exenta de riesgos, además de la limitación del acceso global. El lavado gástrico como método diagnóstico es otra estrategia que, si bien inferior a la bron-

coscopia, ha sido bien descrita en niños y la OMS recomienda la PCR dentro del abordaje inicial por encima de la microscopia y cultivo, en muestras de expectoración y/o lavado gástrico para el diagnóstico de Tb¹⁰. En adultos las guías no la contemplan y se ha reportado que la PCR en lavado gástrico tiene una sensibilidad entre 78 y 82.8%. En México el 43.6% de la población se encuentra en pobreza y un 7.6% en pobreza extrema¹⁴ con una incidencia de tuberculosis de 22/100,000 habitantes, de los cuales el 80% de los casos son de Tb pulmonar¹⁵, por esto consideramos de suma importancia buscar una alternativa para el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en población de bajos recursos que accede a hospitales de primer y segundo nivel de atención médica. **Objetivo:** Describir la experiencia en el Hospital General de Naucalpan del uso de PCR en lavado gástrico como recurso para el clínico en el diagnóstico de Tb pulmonar en población vulnerable de un hospital de segundo nivel del Estado de México.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo. Se recolectó información entre enero de 2018 y julio de 2018, en el Hospital General de Naucalpan en pacientes con alta sospecha clínica de Tb, mayores de 18 años, con baciloscopia de esputo negativa y considerados población vul-

nerable, definido para nuestro estudio como pacientes con incapacidad para expectorar a pesar de la inducción del esputo y/o que no fueran candidatos a realización de broncoscopia por contraindicación médica o limitante económico (pobreza), y se les realizó PCR y cultivo para micobacterias en lavado gástrico. Se excluyeron pacientes con diagnóstico previo de Tb y con sospecha Tb extrapulmonar. Se registró en hoja de captura datos epidemiológicos, nivel socioeconómico, resultado de PCR y cultivo en lavado gástrico. Se utilizaron medidas de tendencia central para la presentación de datos.

Resultados: Se encontraron un total de 7 de casos, 1 fue excluido por falta de información en el expediente. De los 6 casos todos con alta sospecha clínica de Tb pulmonar en población vulnerable, se envió muestra de lavado gástrico para realizar baciloscopia, cultivo y PCR, 1 resultó negativo y 5 positivos para PCR, baciloscopia y cultivo. Los motivos por los cuales los pacientes no fueron enviados a broncoscopia fueron 2 por pobreza extrema, 3 con diferimiento prolongado para realización del estudio y 1 por existir contraindicación médica. Ningún paciente se reportó con resistencia a la rifampicina. El 50% de los pacientes fallecieron en el mismo mes de diagnóstico. **Conclusiones:** La PCR en lavado gástrico es una estrategia económica,



segura y factible a considerar en pacientes con alta sospecha de tuberculosis pulmonar no candidatos a realización de broncoscopia, para confirmación diagnóstica de un mayor número de casos y reforzar la decisión de iniciar manejo antifímico. Son necesarios más estudios con mayor número de pacientes para establecer su sensibilidad y especificidad en población mexicana.

Palabras clave: tuberculosis, lavado gástrico, diagnóstico, PCR, tuberculosis pulmonar.

Folio: 0613

Tema: Dermatología

Porfiria cutánea tarda: presentación de caso representativo y revisión del tema

Bolaños Marco Antonio¹, Eljure Nixma², Ilizaliturri Ixtabay²

¹ Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE; ² Centro Dermatológico de Yucatán

Presentación de caso: Se trata de paciente masculino de 60 años de edad, casado, campesino originario y residente de Temax, Yucatán. Acude a consulta por dermatosis polimorfa diseminada bilateral simétrica, que afecta a dorso de manos y antebrazos, constituida por algunas ampollas de 1 cm de diámetro, tensas y de contenido seroso. Que se acompañan de múltiples cicatrices y placas eritematoescamosas y eritematocostrosas de aspecto atrófico que van desde 1 hasta 4 cm de diámetro de forma irregular,

confluentes, de color rosado, mal delimitadas, en algunos sitios tienen escama fina en la superficie y en otros tienen costra melicerosanguínea. Estas lesiones se asentaban en una piel con manchas hiperpigmentadas con otros datos de daño crónico. La dermatosis tenía un mes de evolución se acompañaba de prurito moderado y recibió tratamiento previo con crema de betametasona sin presentar mejoría. Resto de antecedentes no fueron relevantes para padecimiento actual. Niega antecedentes familiares de padecimiento similar. Se tomaron paraclínicos: glu 277 mg/dl, urea 54 mg/dl, creat 1 mg/dl y pruebas de funcionamiento hepático. Se realiza análisis de orina con luz de Wood que fue positivo rojo coral. Se tomó biopsia de piel de una de las ampollas de la mano: se obtuvo corte de piel teñido con hematoxilina-eosina en el que se observa una ampolla subepidérmica con suelo festoneado, infiltrado linfocítico difuso leve, engrosamiento de las paredes capilares de la dermis y elastosis moderada. Se analizó orina con luz de Wood y se encuentra positivo rojo coral. Se realizó diagnóstico de porfiria cutánea tarda. **Discusión:** Las porfirias corresponden a trastornos en su mayoría hereditarios, con excepción de la Porfiria cutánea tarda que es generalmente esporádica. Son resultado de un déficit en la biosíntesis del grupo hemo, que consta de ocho

pasos enzimáticos. Tiene buen pronóstico, siendo frecuente la remisión de por vida.

Palabras clave: porfiria cutánea tarda, porfiria, hemocromatosis.

Folio: 0614

Tema: Endocrinología

Trastornos neuropsiquiátricos y constipación crónica como manifestación inicial de hiperparatiroidismo primario secundario a adenoma, reporte de caso.

Parra José Luis, Varela Diana Selenne, Hernandez José Francisco, García Erica

Instituto Mexicano del Seguro Social UMAET1 CMN del Bajío

Introducción: El hiperparatiroidismo primario es un desorden del metabolismo mineral debido a una producción excesiva de hormona paratiroidea por una o más de las cuatro glándulas, condicionando bioquímicamente hipercalcemia; su etiología en el 80% de los casos se debe a un adenoma paratiroideo, en el 15-20% a hiperplasia glandular y en menos del 1% a carcinoma. Su presentación suele ser asintomática en países donde se realizan exámenes de rutina, sin embargo en un menor porcentaje síntomas sutiles como astenia, adinamia, ansiedad y deterioro cognitivo son las manifestaciones iniciales. Dentro de su abordaje es imprescindible la cuantificación de calcio sérico, niveles de PTH, electrolitos urinarios, aunado a

técnicas de imagen como gammagrama paratiroideo, otros auxiliares son densitometría ósea y USG renal para evidenciar daño a órgano blanco; la paratiroidectomía es el tratamiento curativo en pacientes sintomáticos o asintomáticos con evidencia subclínica. **Objetivo:** Evidenciar la prevalencia de manifestaciones neuropsiquiátricas y gastrointestinales y su asociación con patología paratiroidea. **Exposición del caso:** Femenino de 52 años con antecedentes de importancia: padre finado por IAM; trastorno ansioso depresivo de 5 años de diagnóstico en tratamiento, IVUs de repetición resueltas con antibioticoterapia, nefrolitiasis resuelta por litotripsia en 2016. Inicia su padecimiento en diciembre de 2016 con distensión abdominal tras la ingesta de alimentos, náuseas hasta llegar al vómito, astenia, adinamia y evacuaciones una cada 4 a 5 días, acude a Medicina Familiar donde se otorgó tratamiento con metoclopramida y omeprazol, con mejoría parcial, en julio de 2017 se agregó debilidad muscular hasta la postración, pérdida de peso y exacerbación de sintomatología previa, acudió a urgencias donde se documenta IVU y se egresa con cita a la consulta de Gastroenterología. A la exploración física se encontró con fascies de angustia, mucosas subhidratadas, peristalsis disminuida, extremidades hipotróficas, reflejos

osteotendinosos +++/++++, sus laboratorios con hemoglobina 8.0g/dl, plaquetas 242,000, leucocitos 8,910, glucosa 83mg/dl, urea 42mg/dl, creatinina 1.9mg/dl, albúmina 3.5g/dl, Ca corregido 12.6mg/dl, K 3.7mmol/l, Na 137mmol/l, DHL 275U/l, se hospitaliza para protocolo de constipación crónica, dentro de su abordaje se realizó colonoscopia con reporte normal, endoscopia que reporta gastropatía atrófica de fundus, TAC abdominopélvica con reporte de imágenes líticas óseas en esqueleto axial y litiasis renal bilateral, es valorada por medicina interna para manejo de hipercalcemia, se inició manejo con diuréticos y rehidratación, su ECG con QTc 320ms, se solicitaron niveles de PTH con resultado de 1735.4 pg/mL y vitamina D 9.9 ng/mL, se realizó posterior gammagrama paratiroideo reportando adenoma en paratiroides inferior izquierda, se programó para resección quirúrgica con reporte histopatológico transoperatorio de carcinoma de paratiroides inferior izquierda, por lo que se realiza resección total de las paratiroides, en piso se documentó IVU por E. Coli manejada con carbapénemico, al completar esquema se egresa por mejoría con cita a oncología médica. Al seguimiento por la consulta se recaba resultado histopatológico final con diagnóstico definitivo de adenoma paratiroideo de glándula inferior izquierda. **Conclusiones:**

El hiperparatiroidismo primaria es una entidad frecuente sin embargo en la mayoría de los casos su evolución cursa asintomática, siendo la sospecha el hallazgo fortuito de hipercalcemia en los exámenes de rutina. En el caso previo evidenciamos la presencia de hiperparatiroidismo que tuvo como debut manifestaciones neuropsiquiátricas y gastrointestinales, inicialmente con la sospecha de carcinoma no solo por el histopatológico transoperatorio sino por las cifras de PTH reportadas, posterior al tratamiento quirúrgico se normalizan las cifras de calcio y la sintomatología de la paciente mejora paulatinamente.

Palabras clave: hiperparatiroidismo, carcinoma, depresión, constipación, hipercalcemia.

Folio: 0615

Tema: Infectología

Tuberculosis extrapulmonar, una serie de 3 casos. Hospital Gustavo A Rovirosa Pérez

Morales Erick, Valencia Nicolas, Rojas Jahzeel Samir, Gandara César Adrian

Hospital Gustavo A Rovirosa Pérez

Caso 1: Masculino de 22 años con un antecedente, combe positivo. inicia síntomas 2 meses antes de la admisión en las clínicas con dolor pleurítico en tórax posterior, disminuye con la administración de AINE, añadiendo parestesia y disestesia en el miembro inferior izquierdo.



Posteriormente presentó fiebre matutina cuantificada hasta 38.8 ° C, sudores y escalofríos con 1 semana de evolución, que no disminuyeron a antipiréticos finalmente mostraron paraparesia y disminución de sensación en las extremidades pélvicas, por lo que ingresó a hospitalización. A la exploración física, se observó una disminución de la fuerza muscular y de las lesiones de los miembros inferiores y del nivel sensorial en el dermatoma T6. Se solicitó resonancia magnética de la columna torácica, encontrando tumor mediastínico que involucraba cuerpos vertebrales T4-T5, con compresión de la médula espinal, en T2 se observó imagen isointensa, paravertebral y bilateral a nivel T2-T5, sugerente de absceso, así como fractura y colapso de la cuerpo vertebral T5. Se realizó una biopsia que informó lesiones inflamatorias granulomatosas crónicas con células gigantes multinucleadas con necrosis caseosa sin atipia celular. La tinción de Ziehl-Neelsen con bacilos ácido-resistentes compatibles con *Mycobacterium tuberculosis*. Valorado por el departamento de cirugía espinal que sugirió un tratamiento conservador con corsé Jewett permanente. Se inició el tratamiento con Dotbal dos tabletas cada 12 h. Presentó recuperación sensorial y motora de las extremidades. **Caso 2:** Masculino de 21 años, inicia padecimiento actual hace 3 meses antes de la admisión con dolor

en la cadera derecha de intensidad moderada, con limitación de la rotación externa, lo que disminuyó la administración de analgésicos. Pérdida de 15 kg de peso en 6 semanas, posteriormente cefalea holocraneal no pulsátil, intermitente, que disminuyó parcialmente debido al uso de diclofenaco, posteriormente presenta movimientos tónico-clónicos en hemicuerpo izquierdo. Al ingreso, el paciente estaba consciente, orientado, refiriendo cefalea holocraneal, sin datos dirigidos. Se realizó un TAC craneal, observando parasagital derecha con edema perilesional significativo y anillo de refuerzo, hernia subfalcial y desplazamiento de la línea media. Comenzó el tratamiento con antibióticos y la mejoría clínica no presente fue evaluada por neurocirugía, que decidió el drenaje del absceso. Patología informa cultivos negativos, tinción Gram negativa, tinta negativa, se realizó tinción de Ziehl-Neelsen para encontrar bacilos ácido-resistentes escasos compatibles con *Mycobacterium tuberculosis*. Durante su recuperación volvió a presentar dolor en la cadera derecha con intensidad analógica visual de 8/10, con limitación de la rotación externa, que no cedió al manejo analgésico, debido a que se realizó una resonancia magnética, encontrando una colección de abscesos pélvicos compatibles con la extensión del bloqueo intraespinal y tejido blando pe-

riférico. La radiografía de tórax se realizó con resultados dentro de los parámetros normales. El drenaje del absceso se realizó con tinción de Ziehl-Neelsen, donde se observaron bacilos ácido-resistentes compatibles con *Mycobacterium tuberculosis*, confirmando el diagnóstico con cultivo. Se solicitó tinción de Ziehl-Neelsen en orina, lo que resultó positivo. Se inició tratamiento con Dotbal durante 12 meses. **Caso 3:** Paciente masculino de la 45 años de edad el cual con carga genética para diabetes mellitus, toxicomanías con ingesta de cocaína de 10 años de evolución, cuadro de pancreatitis aguda de rigen biliar hace 3 años, portador de diabetes mellitus secundaria. Refiere iniciar cuadro clínico desde hace 1 año con dolor lumbar secundario a caída de 2 m, refiere desde hace 6 meses alzas térmicas cuantificada de predominio nocturno, posterior inicio de tos no productiva sin predominio de horario acude al servicio de urgencias por presencia de dolor lumbar e incapacidad para la deambulación.

Palabras clave: tuberculosis, Ziehl-Neelsen, bacilos, absceso, *Mycobacterium*, vértebra.

Folio: 0617

Tema: Otros

Una causa inesperada de evento cerebrovascular

Salame Latife¹, Fonseca Alfredo, Vélez Mariana, Elizalde José Javier²

¹ Centro Médico ABC; ² Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán/ Centro Médico ABC

Presentamos el caso de una mujer de 37 años, previamente sana, con índice tabáquico de 12, con cuadros de insuficiencia respiratoria de repetición. Recibió tratamiento para asma, EPOC, bronquitis y neumonía, sin respuesta. A los dos años del inicio de la sintomatología respiratoria, presentó un evento cerebrovascular hemorrágico súbito que ameritó craneotomía descompresiva, sin secuelas. Se realizó abordaje para neumopatía crónica en paciente joven. Por tomografía, los pulmones presentaron cambios secundarios a enfisema panlobulillar. La centellografía mostró defectos de hipoventilación e hipoperfusión por daño parenquimatoso. La espirometría reportó patrón de obstrucción muy grave con FEV1/FVC de 30% del esperado y FEV1 de 13% del esperado que no mejoraron con broncodilatador. Se solicitaron niveles séricos de alfa-1 antitripsina que resultaron en 25 mg/dL (normal 100 - 190). La prueba genética confirmó homocigosis PIZZ. Se descartó afectación hepática. Se inició tratamiento intravenoso de aumento de alfa-1 antitripsina, broncodilatadores y oxígeno suplementario, esperando detener la progresión de la enfermedad. La deficiencia de alfa-1 antitripsina es una entidad poco

frecuente y subdiagnosticada. En nuestro país, los escasos reportes epidemiológicos estiman una prevalencia de 3 a 6 casos por 1000 habitantes. Afecta principalmente pulmón, hígado y piel. Se transmite de forma autosómica codominante. La homocigosis PIZZ es la forma más severa. La principal presentación clínica es enfisema pulmonar de inicio temprano y un patrón de predominio basal. Dentro de las manifestaciones extrapulmonares se encuentran cirrosis hepática, vasculitis, paniculitis, aneurismas cerebrales y abdominales, displasia fibromuscular, glomerulonefritis. El diagnóstico se realiza al demostrar niveles bajos de la enzima en combinación con el fenotipo específico. El tratamiento se basa en soporte pulmonar e infusión de alfa 1 antitripsina. **Palabras clave:** alfa-1 antitripsina, neumopatía crónica, evento cerebrovascular hemorrágico, aneurisma.

Folio: 0618

Tema: Infectología

Rinosinusitis crónica por *Aspergillus* sp. en paciente diabético descontrolado, reporte de caso

Rodríguez Marco Antonio, Ortega María José, Mercadillo Elizabeth, López Bianca Eunice, Díaz Enrique Juan
Hospital Angeles del Pedregal

Introducción: Aspergilosis es el término que engloba a las enfermedades ocasionadas por las múltiples especies de *Asper-*

gillus. Este hongo se encuentra distribuido mundialmente, y puede encontrarse en vegetales en descomposición, aire, superficies e incluso agua de reservorios. Existe una exposición habitual, ya que pueden encontrarse conidias en sitios de acumulación polvo. A pesar de que se desconoce el inóculo infectante necesario, se sabe que una exposición prolongada generalmente en construcciones, manipulación de heno o composta predispone la aparición de la enfermedad en individuos sanos, sin alteraciones en su respuesta inmunitaria. El principal factor de riesgo es la inmunosupresión; consta de un cuadro clínico variable dependiendo del sitio afectado, existiendo forma pulmonar invasiva, sinusitis invasora, aspergilosis diseminada, la forma cutánea, queratitis, aspergilo- ma, entre otras. Para establecer el diagnóstico se requiere un cultivo positivo de muestra tomada de sitio estéril o resultados positivos de las pruebas histopatológicas, aunque se puede emplear además la detección de anticuerpos y diagnóstico molecular. **Objetivo:** Abordar y exponer el siguiente caso mediante un adecuado análisis del mismo, con base en su anamnesis, diagnóstico y tratamiento empleado. Reporte de caso Paciente masculino de 67 años de edad originario de Uruapan, Michoacán que cuenta con antecedente de Hipertensión arterial sistémica



en tratamiento con ibersartan, diabetes mellitus tipo 2 de 21 años de evolución en tratamiento con glicemipirida, metformina, linagliptina e insulina NPH en descontrol con glucosa en ayuno de 212 y HbA1c 12.7. Tabaquismo positivo con IT=100. Inicia padecimiento 3 meses previos a su valoración tras recibir traumatismo en región nasal, sin fractura o deformidad reportadas, acompañado de congestión nasal y rinorrea mucopurulenta de predominio matutino. Acude con médico tratante quien realiza una TAC de senos paranasales en la que se reportó pólipo antrocoanal derecho, rinosinusitis, deformidad rinoseptal y fractura de huesos nasales, decidiendo su resolución quirúrgica vía endoscópica reportando Resección de masa fúngica con posterior estudio histopatológico, reportando datos de sinusitis crónica asociada a colonias de *Aspergillus* sp. Tras exéresis de la masa y reportaje de estudio histopatológico y antimicrobiano con base en Voriconazol 200 mg c/12 horas de manera oral así como Amoxicilina/Ac. Clavulánico 875/125 mg cada 12 horas de manera oral, presentando remisión de cuadro clínico descrito durante su seguimiento ambulatorio. Aunado al tratamiento antimicrobiano se intensifica régimen de control metabólico para diabetes referida descontrolada de manera inicial. **Conclusiones:** En este

caso se expone la importancia de un adecuado abordaje y tratamiento oportuno mediante la integración y sospecha clínica de patógenos con base en su fisiopatología, así como factores predisponentes ambientales y del huésped, dado el potencial de complicaciones graves. La falta de sospecha diagnóstica y conocimiento para su abordaje, condicionan un reto diagnóstico y de tratamiento para la misma.

Palabras clave: diabetes, *Aspergillus*, sinusitis, crónica, micosis, fungica.

Folio: 0620

Tema: Oncología

Encefalitis límbica paraneoplásica asociada a tumoración ovárica: reporte de caso y revisión de la literatura

Arbeu Marlene, Valdín Tania Isabel, Hernández Jesica Mariana, Treviño Francisco, Montiel José Sabino, Rodríguez Enrique Iván
Hospital Universitario de Puebla

Mujer de 55 años, originaria y residente de Zacatipan, Puebla. Niega heredofamiliares incluyendo oncohematológicos; DOCMA y DOCU 2017 negativos. Antecedente de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2 ambas de 6 años de diagnóstico, con buen apego terapéutico. Inicia un mes previo a su ingreso con malestar general, episodios de desorientación en tiempo, lenguaje incoherente, e irri-

tabilidad, además de cefalea holocraneana EVA 6/10 que incrementa en intensidad sin remisión con analgésicos; dos semanas después, se agrega somnolencia que progresa a estupor, acudiendo a valoración. A su ingreso con Glasgow 10, Babinski bilateral y paraclínicos sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. Persiste con deterioro neurológico, se agregan crisis convulsivas focales complejas y mutismo acinético, con parálisis de sexto par izquierdo y papiledema bilateral como clínica de cráneo hipertensivo. TC cráneo simple con edema cerebral. A la exploración física exhaustiva se encuentra masa palpable en fosa iliaca izquierda de aproximadamente 20 x 15 cm, realizando TC abdominal con hallazgo de tumoración anexial, CA 125 positivo. Bajo diagnóstico presuntivo de encefalitis límbica paraneoplásica, se realiza RMN con hallazgo de lesión mesial parahipocampal bilateral compatible con sospecha diagnóstica. Se sugiere escisión quirúrgica, sin realizarse por agravarse estado neurológico de la paciente presentando insuficiencia respiratoria y ausencia de reflejos de tallo, falleciendo 10 días posteriores a su ingreso. Se recaba determinación positiva de anti NMDA-R post mortem. **Conclusión:** La encefalitis límbica de origen paraneoplásico suele anteceder al diagnóstico de cáncer hasta por 6 meses, sien-

do más frecuente en mujeres (90% de los casos), relacionada con cáncer pulmonar y ovárico, sin poder determinar estirpe histológica específica por evolución desfavorable de la paciente, pero con datos clínicos y paraclínicos compatibles.

Palabras clave: encefalitis, límbica, paraneoplásico, NMDA, cáncer, ovario.

Folio: 0621

Tema: Oncología

Cáncer colorrectal de presentación temprana en paciente con antecedente de uso de hormona del crecimiento: reporte de caso en mujer de 23 años

Alavez Enrique, Alba Dulce Leonor, García Alan, García Mario Ramón, Gómez Sandra Aidee, Azuara Nestor David, González Nadia del Carmen
PEMEX

Introducción: El cáncer colorrectal es la tercera causa de cáncer en el hombre y la segunda causa en mujeres. En los últimos años se ha observado una disminución en la incidencia total de la enfermedad entre un 2.5 y un 4 %, sin embargo, en el grupo de menores de 50 años se ha documentado un incremento de la incidencia entre el 2.1 % de manera sostenida desde el año 1992 hasta la fecha. El cáncer colorrectal de presentación temprana representa a un grupo de pacientes que presentan cáncer colorrectal a edades menores a 50 años; dentro de

este universo de pacientes un porcentaje minoritario se ha asociado a síndromes genéticos y presentaciones familiares de cáncer colorrectal, sin embargo, la mayoría de los casos no se ha establecido la presencia de estos factores. A pesar de que la mayoría de los pacientes en la actualidad son tratados de manera similar, es necesario establecer las diferencias clínico patológicas y a nivel molecular de este subgrupo de pacientes para mejorar los resultados de tamizaje, y tratamiento de estos pacientes. Se presenta un caso de nuestro centro hospitalario.

Caso clínico: Se trata de femenino de 23 años al momento de diagnóstico, sin antecedentes heredofamiliares de importancia para el padecimiento actual, quien estuvo en protocolo de estudio por talla baja desde los 13 años y recibió terapia de reemplazo hormonal con hormona del crecimiento. Inició su padecimiento actual desde los 11 años presentando cuadros de dolor abdominal que fueron aumentando en frecuencia e intensidad, manejados principalmente como gastroenteritis probablemente infecciosa, a los 14 años debido a la cronicidad de los mismos y en búsqueda de alguna otra causa orgánica, por lo que se realizó una colonoscopia, la cual se reportó con poliposis colónica desde ampulla rectal, hasta ciego, de diferentes tamaños y con reporte histopatológico de pólipos adenomatosos; adicio-

nalmente se realizó endoscopia con reporte de mucosa de cuerpo y fondo con múltiples pólipos sésiles de entre 2 y 5 mm de diámetro en las crestas de los pliegues y entre ellos, con resultado histopatológico pólipos hiperplásicos gástricos y duodenales, se realizó colectomía por riesgo de cáncer de colón, y durante 4 años estuvo asintomática. Posteriormente acudió a valoración en octubre 2017, donde se realizó colonoscopia, que reporta a partir de anastomosis mucosa de recto con múltiples pólipos sésiles de 2-8 mm (incontables), por arriba de la línea dentada en la mucosa rectal se observa una lesión de 4 cm elevada, dura, de aspecto cerebroide, friable con escaso sangrado en babeo, por lo que se protocolizó para exenteración pélvica con formación de ileostomía terminal., el diagnóstico histopatológico fue carcinoma colorrectal, el estudio citogenético descartó la presencia de otro síndrome familiar asociado, por lo que se inició tratamiento con FOLFOX. **Discusión:** El caso resulta interesante puesto que diversas cohortes han tratado de demostrar que el uso de hormona del crecimiento en niños no se relaciona con un aumento en la aparición de otros tumores primarios en etapas posteriores. Existen algunos reportes que relacionan el uso de hormona del crecimiento con aparición de leucemias, sin embargo, son pocos los reportes al respecto,



y en general no se ha descrito su posible asociación con el cáncer colorrectal de aparición temprana. Por lo que a pesar de ser un reporte de caso no se descarta que el uso de hormona de crecimiento en niños pudiera representar un riesgo para el desarrollo de neoplasias primarias incluido el carcinoma colorrectal, especialmente de aparición temprana.

Palabras clave: cancer, colorrectal, presentación temprana, hormona del crecimiento.

Folio: 0622

Tema: Infectología

Meningitis por *Cryptococcus neoformans* en paciente adulto inmunocompetente

Gómez Sandra Aidee, Alba Dulce Leonor, Paz Alan, García Mario Ramón, Alavez Enrique, Azuara Néstor David

Hospital Central Norte PEMEX

Descripción del caso: Femenino de 51 años de edad, ama de casa, sin enfermedades-crónico degenerativas. Acude a urgencias por cefalea frontal con intensidad 8/10 de una semana de evolución, a lo que se agrega crisis tónica con relajación de esfínteres. Clínicamente con presencia de rigidez de nuca, resto sin alteraciones. En tomografía se observa prominencia del sistema ventricular, granuloma parcialmente calcificado corticosubcortical. Líquido cefalorraquídeo: aspecto agua de roca, pH 8, células totales 909, proteínas totales 118 mg/dl,

leucocitos 342 cel/UL, glucosa 16 mg/dl, polimorfonucleares 90%, abundantes huevos de taenia. Gram: levaduras y tinción con tinta china: positiva. Se inicia tratamiento con metilprednisolona 1 gramo cada 24 horas, albendazol 750 miligramos cada 24 horas y fluconazol 400 miligramos cada 24 horas. Con posterior reporte de cultivo de LCR: crecimiento de *Cryptococcus* sp. Antígeno de *cryptococcus neoformans* de LCR 49 UE/ML. VIH: negativo. Debido a que la paciente presenta deterioro neurológico, se solicita nueva tomografía con evidencia hidrocefalia por lo que se procede a colocación de derivación ventrículo peritoneal. Posterior a la cual con mejoría clínica; continúa con impregnación y uso de esteroide, siendo egresada de forma satisfactoria.

Conclusión: El desarrollo de esta infección es extremadamente raro en pacientes inmunocompetentes. Se ha descrito una incidencia del 10% en pacientes inmunocompetentes, a diferencia del 60% que se describe en pacientes inmunosuprimidos o con algún factor de riesgo. En el 50% de los pacientes con criptococosis meníngea se presentan signos y síntomas de hipertensión intracraneana, El diagnóstico temprano y oportuno es muy importante, ya que el retraso en el mismo y en el inicio del tratamiento puede condicionar la aparición de secuelas neurológicas o llegar inclusive a la muerte.

Palabras clave: meningitis, *Cryptococcus neoformans*, inmunocompetente, hidrocefalia.

Folio: 0623

Tema: Infectología

Coinfecciones bacterianas y micóticas durante neutropenia febril prolongada

Aranda Mercedes, González Jorge Alfredo, Rivera Norma Eréndira, Hernández Eleazar, Flores Iván Fidel

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Introducción: En pacientes que desarrollan neutropenia grave y fiebre (NF) con bacteremia típicamente ésta es secundaria a organismos gram-positivos o gram negativos resistentes seleccionados por el uso de quinolonas como profilaxis. Se debe sospechar alguna infección fúngica invasiva (IFI) en quienes la NF se prolongue más de 7 días a pesar del uso de antibióticos de amplio espectro. Los hongos responsables más frecuentes son: *Cándida* y *Aspergillus*. En los últimos años hay un incremento en la incidencia de cepas de *Cándida* resistentes. **Caso clínico:** Femenino de 27 años con diagnóstico de leucemia aguda con cambios displásicos en quimioterapia de inducción a la remisión. El 17.11.17 en el nadir de citopenias postquimioterapia y recibiendo profilaxis con quinolona y fluconazol, presenta fiebre sostenida sin foco séptico documentado por lo que ingre-

sa al protocolo de neutropenia febril de alto riesgo: se policultiva y se inicia imipenem empíricamente. El 20.11.17 se aísla *Klebsiella pneumoniae* sensible a carbapenémicos en set de hemocultivos. El 29.11.17 tiene recuperación de cuentas celulares y cumple 7 días afebril por lo que se suspende imipenem y continúa quimioterapia. El 08.12.17 presenta segundo episodio de neutropenia febril de alto riesgo, se cultiva y se aísla *Enterococcus faecium* por lo que se trata con vancomicina. El 12.12.17 persiste taquicárdica, febril y con menos de 10 neutrófilos totales. Se aísla *Candida krusei* en hemocultivos por lo que se retira CVC e inicia caspofungina, se descarta endoftalmítis. El 17.12.17 persiste febril y aparece dolor nasal. A la exploración física se encuentra una lesión elevada blanquecina en narina derecha, la cual se biopsia y se envía a cultivo. El 20.12.17 se reporta crecimiento de un hongo filamentoso identificado como *Fusarium* sp., iniciamos voriconazol y otorrinolaringología debrida el resto de la lesión. Mantuvimos esquema caspofungina/voriconazol hasta completar 14 días de aclaramiento de la *Candida krusei* en sangre; en el transcurso tuvo recuperación hematológica, se mantuvo afebril y clínicamente asintomática. El 03.01.18 la paciente se egresó por mejoría a domicilio y continuó seguimiento por hematología.

Falleció meses después por actividad de la leucemia a SNC. **Discusión:** Los pacientes con neutropenia de alto riesgo deben recibir profilaxis, sin embargo su uso selecciona microorganismos nosocomiales resistentes como mostramos en éste caso. Además, los pacientes con neutropenia prolongada por más de 10 días tienen mayores posibilidades de desarrollar IFIS, como la candidemia que en éste caso fue una cepa seleccionada por el uso previo de fluconazol. Se agregó fusariosis, una IFI infrecuente intrínsecamente resistente a caspofungina y fluconazol y que tiene una mortalidad del 60-80%; requiriendo para su manejo, además de antifúngicos, control quirúrgico del foco con debridación. Es importante que en pacientes profundamente neutropénicos, si la fiebre es persistente, la búsqueda de co-infecciones sea exhaustiva y el tratamiento oportuno y agresivo.

Palabras clave: neutropenia febril, infecciones fúngicas invasoras, coinfecciones, candidemia, fusariosis.

Folio: 0624

Tema: Hematología

Anemia perniciosa, reporte de caso

Rodríguez Marco Antonio, Ortega María José, López Bianca Eunice, Mellado Raúl, Díaz Enrique Juan, Rodríguez Federico Leopoldo

Hospital Ángeles del Pedregal

Introducción: La anemia perniciosa es una enfermedad de tipo autoinmune que involucra principalmente cuerpo y fondo gástrico, condicionando una reducción en la cantidad de células parietales, con una consecuente reducción en la excreción de factor Intrínseco. No tiene una predilección de género y suele manifestarse en mayores de 30 años con un aumento de prevalencia directamente proporcional a la edad. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes de origen europeo o escandinavo y se cuenta con poca información confiable sobre su prevalencia debido a la dificultad que implica su diagnóstico definitivo. El diagnóstico suele realizarse tras evidenciar la presencia de anemia megaloblástica y datos compatibles con deficiencia de Vitamina B12 y presencia de Anticuerpos específicos (Anticélulas parietales y Anti-Factor extrínseco). **Objetivo:** Exponer el presente caso en su abordaje diagnóstico y tratamiento, dado el reto diagnóstico. **Reporte de caso:** Paciente masculino de 65 años originario de Croacia, portador de hipertensión arterial sistémica en tratamiento con Losartan. A su ingreso refiere fatiga, somnolencia diurna, astenia, adinamia y disnea de medianos esfuerzos de 1 mes de evolución acompañado de artralgiyas y mialgiyas de intensidad leve/moderada. A la exploración destaca sequedad y palidez de mucosas y tegumen-



tos, caída intensa de cabello opaco y quebradizo. FC. 72 lpm, TA 110/80 mm/Hg, FR 19/min y Temp. 36.4°C. Estudios de extensión reportan Hemoglobina 7.6 mg/dL, VCM 118.7, HCM 43.1 y Reticulocitos de 5.23% Reticulocitos absolutos 2.6 e índice reticulocitario 1.3. **Palabras clave:** anemia, perniciosa, vitamina B12, deficit, factor, intrinseco.

Folio: 0625

Tema: Infectología

Histoplasmosis diseminada, con afección duodenal que se presenta como sangrado de tubo digestivo superior en un paciente con infección por VIH

Paez Camilo Andres, Flores José Alberto, Serrano Carlos, Duran Zindy

Hospital Juárez de México

Masculino de 50 años de edad, ocupación agente de viajes e historial de visitas al valle del río Missisipi, Ohaio, america central y del sur, residente en estado de México, es atendido en julio de 2018 por presentar padecimiento de 3 meses caracterizado por astenia, adinamia, fatiga, así como evacuaciones melénicas en múltiples ocasiones, con remisión espontánea, atendándose por facultativo con transfusiones y mejoría parcial, persistiendo con las evacuaciones melénicas motivo de asisitir a nuestra institución, A su ingreso con hipotensión de 90/50 cooperador, pálido, hidratado, sin lesiones orales

oportunistas, sin ganglios cervicales, los campos pulmonares bien ventilados sin estertores, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, abdomen peristalsis normal, blando depresible sin hepato ni esplenomegalia, no hay dolor, extremidades normales, sin edema, pálidas con buen llenado capilar distal, no lesiones en genitales ni en zona perianal, Laboratorios: leucocitos 4110 Hb 4.8 Hcto 13 plaquetas 228mil neutrófilos 59% linfocitos 38% sodio 139 potasio 4 cloro 112 TGO 43 TGP 20 creatinina 1 Nitrógeno ureico 23 EGO no patológico, requiriendo apoyo transfusional. Se detecta en endoscopia gastropatía crónica, ulcera en segunda porción del duodeno probable etiología infecciosa, diagnosticandose además infección por VIH, con carga viral 419393 Log 5.62 y CD4 105 células, AgsHB negativo, Hepatitis C negativo. Durante su estancia hospitalaria se corrobora por medio de estudio histopatológico biopsia: gastritis crónica folicular. duodenitis crónica granulomatosa por Histoplasma y eosina muestra duodeno con inflamación granulomatosa y tinción de Grocott Gomori con organismos fúngicos intracelulares fagocitados por macrófagos, se indica manejo con anfotericina B 50mg día por 14 días, cursando con desequilibrio hidroelectrolítico caracterizado por hipocalcemia ameritando correcciones

intravenosas con mejoría. Se realizan estudios de extensión para evaluar diseminación por Histoplasma: Valoración Oftalmología: Descartando lesiones. Tomografía de craneo: Sin evidencia de lesiones en parenquima cerebral, sin dilataciones ventriculares o alteraciones meningeas. Tomografía de Tórax y Abdomen: Parénquima Pulmonar con engrosamiento intersticial, lesiones subsolidas en segmento superior derecho, engrosamiento pleural, adenomegalias mesentéricas y retroperitoneales de localización intercavaoartico. Aspirado de medula ósea: celularidad normal, sin infiltración y Mielocultivos negativos. Recibiendo posterior impregnación con Itraconazol y manejo de mantenimiento con este fármaco con tolerancia adecuada. Actualmente en seguimiento ambulatorio.

Palabras clave: histoplasma, VIH, sangrado tubo digestivo, duodeno, diseminada, histoplasmosis.

Folio: 0626

Tema: Endocrinología

Sensibilidad y especificidad del B-hidroxibutirato capilar para el diagnóstico de cetoacidosis diabética definida por pH y bicarbonato sérico

Román Marco Antonio, Jiménez Raúl Alberto, Salcido Alejandro, Tamez Héctor Eloy, Rodríguez René, Nañez Homero

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La cetoacidosis diabética es una de las complicaciones más frecuentes en pacientes con diabetes mellitus, con una mortalidad reportada hasta del 5%. Dentro de los criterios diagnósticos de cetoacidosis por la American Diabetes Association están el pH, el HCO₃ y la presencia de cetonas urinarias o séricas, pero no definen un valor específico de cetonas. Existen dispositivos portátiles aprobados para la detección de cetonas sérica, por lo que en un medio con alta demanda y pocos recursos, aparenta ser una buena opción de diagnóstico rápido, económico y sencillo. Por esta razón se presenta un análisis de la utilidad y el valor diagnóstico de esta herramienta para establecer diagnóstico de cetoacidosis diabética en pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González con hiperglucemia. **Pacientes y métodos:** El presente reporte se realizó de manera prospectiva, durante 6 meses en el servicio de Urgencias Adultos del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González en el cual se tomaron cetonas capilares a 191 pacientes que ingresaban con glucemia mayor a 250 mg/dl, independientemente del diagnóstico final. Además se tomaron gasometría venosa y examen general de orina. Se estableció el diagnóstico de cetoacidosis diabética en base a los criterios de la American

Diabetes Association. Se utilizó una curva COR para establecer el mejor punto de corte que se relacionara con diagnóstico de cetoacidosis diabética. **Resultados:** En total se evaluaron 191 pacientes, 100 (52.4%) hombres y 91 (47.6%) mujeres. Se diagnosticaron 75 (39.3%) casos de cetoacidosis diabética y 116 (60.7%) hiperglucemias. Se realizó un análisis de curva COR, la cual arrojó un valor de cetonas capilares de 2.05 como el punto de corte con mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de cetoacidosis diabética con un 72% y 88%, respectivamente y con un área bajo la curva de 0.800. **Conclusiones:** La cetoacidosis diabética es una complicación prevalente en nuestro medio. La toma de cetonas capilares puede ser de gran apoyo en un medio hospitalario con recursos limitados el cual orientaría al diagnóstico de una cetoacidosis diabética con alta sensibilidad y especificidad. El valor encontrado en nuestra población es menor al reportado en la literatura.

Palabras clave: cetoacidosis, diabética, diabetes mellitus, cetonas, hiperglucemia, ceto-metro.

Folio: 0627

Tema: Gastroenterología
Comparación de escalas de riesgo de sangrado de tubo digestivo en un hospital universitario de tercer nivel

Cessa José Carlos, Naranjo Alejandra Iohí, Muñoz Juan

Manuel, González José Alberto, Rodríguez Karla María, Alcorta Fernando

Hospital Universitario UANL
Dr. José Eleuterio González

Se trata de un estudio prospectivo donde se incluyeron 50 pacientes ingresados en 5 meses por sangrado de tubo digestivo alto admitidos al departamento de emergencias del Hospital Universitario UANL Dr. José Eleuterio González, por sangrado de tubo digestivo alto, definido por la presencia de melena o hematemesis, y como parte de su abordaje inicial se calcularon 5 escalas de riesgo preendoscópico (PNED, Rockall preendoscópico, AIMS65, Glasgow Blatchford, e International Score) para identificar la habilidad de predecir: la necesidad de transfusión, tratamiento endoscópico, y mortalidad intrahospitalaria. En nuestro hospital la escala de Glasgow Blatchford fue la mejor (área debajo la curva 0.70) para predecir la necesidad de intervención o muerte comparada con el Rokall preendoscópico (0.60), PNED (0.52), score Internacional (0.30) y AIMS65 (0.56). Contrario a lo que presenta la literatura internacional, no se identificaron casos con puntaje de Glasgow Blatchford menor o igual a 1 para predecir sobrevida sin necesidad de intervención endoscópica. El puntaje de Glasgow Blatchford mayor o igual a 6 fue superior a su vez para predecir



la necesidad de tratamiento endoscópico (sensibilidad 82% y especificidad 55%). La escala de Glasgow Blatchford fue también superior para predecir mortalidad (0.75) en comparación al Rockall preendoscópico (0.72), AIMS65 (0.70), escala Internacional (0.54), PNEI (0.64). Ninguna escala fue adecuada para predecir necesidad de transfusión. Se concluye que la escala de Glasgow Blatchford tiene una efectividad alta para poder predecir a los pacientes que necesitaran de intervención hospitalaria con un corte mayor o igual a 6, a su vez un puntaje igual o mayor a 6 predice el aumento de la mortalidad por el padecimiento actual del paciente.

Palabras clave: sangrado, tubo, digestivo, alto.

Folio: 0628

Tema: Neurología

Síndrome de sobreposición Guillain Barre-Miller Fisher asociado a anticuerpos anti GQ1B positivos. Reporte de un caso

Varela Diana Selene, Parra José Luis, Valadez Maritza Jacqueline, Hernández José Francisco, González Erick Alonso, Alvarado Armando

Instituto Mexicano del Seguro Social UMAET1 CMN del Bajío

Introducción: El síndrome de Miller Fisher (SMF) es una variante de síndrome Guillain Barré (SGB) caracterizado por oftalmoplejía, ataxia y

arreflexia, cuando se encuentran casos con debilidad significativa de extremidades se considera síndrome de sobreposición SGB-SMF. El reconocimiento temprano de los síndromes de sobreposición es importante para el manejo óptimo de los pacientes con SMF. Esta sobreposición se ha reportado solo en 12% de los casos. La incidencia de SGB es de 1-2 por cada 100,000 habitantes, el SMF representa 5-10% de los casos de SGB. El síndrome de sobreposición se reporta en 12% de los casos. El anticuerpo anti-GQ1b es uno de los factores clave en la patogenia del SMF, especialmente en la oftalmoplejía, y es un marcador útil en su diagnóstico. La combinación de la clínica clásica de SMF más una prueba electrofisiológica típica de SGB nos puede conducir al diagnóstico. **Objetivo:** Evidenciar la relación de síndrome de sobreposición de Síndrome Guillain Barre con Síndrome de Miller Fisher, con anticuerpos anti GQ1B positivos, para proporcionar manejo óptimo y oportuno. **Exposición del caso:** Masculino de 29 años, con antecedente de consumo de marihuana durante 10 años, uso de cocaína, etilismo positivo de manera ocasional, sin llegar a la embriaguez, antecedente de enfermedad diarreica e ictericia con sospecha de Hepatitis A, un mes previo a padecimiento actual, debuta en abril del año en

curso de manera subaguda con parestesias en miembros pélvicos, 2 días más tarde en miembros torácicos seguido de disminución de fuerza hasta la pérdida de la deambulacion y agregándose diplopía horizontal bilateral, lagooftalmos ojo derecho, disfonía y dismetría de las cuatro extremidades. Exploración neurológica: disartria flácida, resto de funciones mentales sin detalles a comentar, nervios del craneo con isocoria, normoreflexia pupilar, movimientos oculares con limitación a la abducción bilateral, lagooftalmos derecho, y borramiento surco nasogeniano ipsilateral, velo palatino caído, fuerza de lengua conservada, motor con fuerza 3+/5 en miembros pélvicos y 4/5 en miembros torácicos, hipotonía generalizada, trofismo conservado, arreflexia generalizada, RPF, sin afección sensitiva, dismetría y disdiadococinesia de predominio en miembros pélvicos, no logra marcha, no datos meníngeos, no alteraciones autonómicas. Resto de la exploración física normal. Se ingresa al servicio de neurología donde se realiza punción lumbar encontrando LCR incoloro, con aspecto cristalino, leucocitos: 1 células/mm³, glucosa 46 mg/dl, proteínas 49.0, DHL 113, en el Gram no se observan bacterias, criptococo: negativo, BAAR negativo, cultivo negativo. Considerando síndrome de Miller Fisher hasta el momento, se solicitan veloci-

dades de conducción nerviosa encontrando polineuropatía motora axonal con discreta desmielinización secundaria e impersistencia de onda F, por lo cual se solicitan anticuerpos anti GQ1b los cuales resultan positivos en IgG con IgM negativo. Se inicia manejo con inmunoglobulina presentando mejoría clínica. **Conclusiones:** El síndrome de sobreposición Miller Fisher-Guillain Barre es una presentación poco frecuente de Síndrome de Miller Fisher, este se asocia con la presencia de anticuerpos anti GQ1b positivos, lo cual confirma el diagnóstico clínico de síndrome de sobreposición. En cuanto a la presentación clínica clásica del síndrome de Miller Fisher se encuentra oftalmoparesia, ataxia, ptosis aguda, arreflexia, aunado se encuentra polineuropatía motora axonal encontrada en las velocidades de conducción nerviosa que nos orientan al diagnóstico de síndrome de sobreposición Miller Fisher-Guillain Barre. Cuenta con criterios de Erasmus a los 7 días de 4 puntos. En el Miller Fisher asociado a Guillain Barre la terapia con inmunoglobulina o plasmaféresis es recomendada. A este paciente se da manejo a base de inmunoglobulina durante 5 días con mejoría de cuadro.

Palabras clave: síndrome, sobreposición, guillain-barre, miller-fisher, anticuerpos, anti-GQ1B.

Folio: 0629

Tema: Hematología

Caso clínico especial de leucemia en adultos: leucemia aguda de fenotipo mixto bilineal/bifenotípica

Reyna Roberto Adrián, Zamora Miguel Angel, Zapata Natalia Aranza, Marquez Oscar Octavio, Gómez Andrés

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La leucemia híbrida es una entidad clínica constituida por tres tipos: leucemia bifenotípica, caracterizada por la presencia de marcadores para más de una línea celular en una misma célula tumoral; leucemia bilineal, combinación de más de una población de blastos, cada una comprendiendo una línea; y leucemia biclonal, como la concomitancia de más de dos tipos de células tumorales de la misma línea derivadas de diferente expansión clonal.

Objetivo: Presentamos el caso de un masculino de 28 años, con diagnóstico de leucemia aguda de fenotipo mixto bilineal/bifenotípica. **Descripción del caso:** Masculino de 28 años de edad con antecedentes heredofamiliares negados para neoplasia hematológica, con antecedente de hipertensión arterial sistémica de seis años de evolución. Inicia su padecimiento actual 4 meses previos al presentar petequias y equimosis en extremidades acompañado de gingivorragia. 3 meses después se agrega

dolor óseo e hipertermia no cuantificada por lo cual acude a hospital particular donde se observa trombocitopenia por lo que se realiza aspirado de médula ósea con análisis por citometría de flujo en donde se diagnostica leucemia mielóide aguda M1. El paciente solicita segunda opinión por lo cual acude a nuestra institución, en donde es visto en el servicio de hematología. A la exploración física alerta, afebril y hemodinámicamente estable, sin presencia de adenopatías, síndrome purpúrico, visceromegalias o más datos relevantes; con los siguientes estudios paraclínicos: Hb 10.1 g/dL, VCM 94 fL, HCM 33 pg, Leu 7.5 k/uL, Neu 0.45 k/uL, Linf 6.28 k/uL, Plt 82 k/uL, Glu 88 mg/dL, BUN 24 mg/dL, Cr. 0.8 mg/dL, ácido úrico 4.9 mg/dL, Alb 4.3 g/dL, DHL 734 UI/L, BT 0.33 mg/dL, BD 0.17 mg/dL, BI 0.16 mg/dL. Frotis de sangre periférica con blastos circulantes de morfología linfóide en la mayoría, algunos granulares sin cuerpos de Auer. Se ingresa al servicio de Medicina Interna para abordaje diagnóstico y manejo médico, donde se realiza nuevo aspirado de médula ósea de donde se obtiene resultado de citometría de flujo con presencia en total de 63% de población patológica con expresión de CD3c en el 15% y CD7 en el total de la población con expresión parcial de MPOc+. Se observan dos poblaciones en el componente



mieloide una con diferenciación a megacarioblasto con expresión de CD42a/CD61, ausencia de MPO y CD33- además de CD34+ débil a negativo y la otra población con diferenciación hacia línea neutrófilo con expresión de MPOc+ pero bloqueada antes de la adquisición de CD15 y CD64. Los resultados de la citometría de flujo son compatibles con leucemia aguda de fenotipo mixto bilineal linfóide T/mieloide además encontrándose dos poblaciones patológicas en el componente mieloide una con diferenciación a neutrófilo (M1) y otra con diferenciación a megacarioblasto (M7). Se inició antibioticoterapia profiláctica por neutropenia severa con levofloxacino, itraconazol, trimetoprim/sulfametoxazol y aciclovir. Se inicia quimioterapia con esquema GMALL (prednisona, mitoxantrona, vincristina y L-asparaginasa), así como quimioterapia intratecal con hidrocortisona, metotrexate y citarabina. **Conclusión:** La mayoría de los casos de leucemia aguda pueden ser asignados a linaje mieloide o linfóide B o T, sin embargo en algunos casos esta diferenciación no puede realizarse debido a que los blastos presentan antígenos para más de una línea. La leucemia aguda bilineal es una enfermedad rara que combina blastos linfoides y mieloides. En este caso reportamos una variante rara de leucemia aguda bilineal T/mieloide que además

en su componente mieloide presenta dos fenotipos distintos, uno con diferenciación hacia neutrófilo y otro hacia megacarioblasto asociadas a un pobre pronóstico.

Palabras clave: leucemia, aguda, bilineal, bifenotípica, adultos.

Folio: 0630

Tema: Cardiología

Células progenitoras endoteliales circulantes coronarias y biomarcadores solubles en el pronóstico cardiovascular después de la angioplastia coronaria en pacientes con cardiopatía isquémica

Suárez Juan Antonio¹, Robledo Rogelio², Alcantara Marco Antonio², Díaz Luis Javier¹

¹ División de Investigación;

² Hemodinamia

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción. Actualmente no hay biomarcadores confiables en el pronóstico de eventos adversos cardiovasculares (MACEs por sus siglas en inglés, Major Adverse Cardiovascular Events) en pacientes con enfermedad arterial coronaria (EAC) sometidos a angioplastia. Tanto las células progenitoras endoteliales (CPEs) como varias citocinas con efectos sobre el daño-reparación endotelial se han relacionado con MACEs; además del aparente incremento en la capacidad de biomarcadores mediante su medición intracoronaria.

Objetivo: Explorar la capacidad de CPEs intracoronarias basales y biomarcadores solubles de daño-reparación endotelial en el pronóstico de MACEs. Métodos. Estudio observacional, longitudinal y prospectivo. La población de estudio se constituyó de pacientes con EAC crónica, con indicación de angioplastia coronaria. Se obtuvo muestra de sangre tanto de la coronaria afectada como de una coronaria sana para comparación. Esta muestra se procesó para determinar el número de CPEs (citometría de flujo) y mediadores solubles tales como IL-1b, sICAM-1, MMP-9, malondialdehído, superóxido dismutasa y óxido nítrico (Multiplexing y ELISA) en circulación coronaria, así como en circulación periférica para comparación. La capacidad pronóstica de MACEs a 6 meses post-angioplastia se evaluó mediante análisis de Kaplan-Meier. **Resultados:** La menor distribución intracoronaria de subpoblaciones CD45/CD34 y CD45/CD34/CD133/CD184 de CPEs, así como una mayor concentración de sICAM-1 se asociaron significativamente con la presentación de MACEs y mostraron capacidad pronóstica; mientras que a nivel periférico, el aumento de malondialdehído junto a la disminución de la superóxido dismutasa en circulación periférica se relacionó con MACEs. **Conclusión:** Los biomarcadores coronarios de daño-reparación

endotelial, como las subpoblaciones de CPE y las moléculas de adhesión, pueden predecir MACEs e influir en el pronóstico en pacientes con EAC sometidos a angioplastia.

Palabras clave: células progenitoras endoteliales, eventos cardiovasculares adversos, IL-1b, sICAM-1, enfermedad arterial coronaria, angioplastia.

Folio: 0631

Tema: Infectología

Reporte de caso: bacteriemia asociada a infección de catéter de hemodiálisis por *Ochrobactrum anthropi*, un microorganismo oportunista emergente

Albarrán Antonio, Hernández Jessica Johanna, Hernández Daniel Ramón

Hospital Ángeles Clínica Londres

Paciente femenino de 72 años, con antecedente de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 en fase de autocontrol, y síndrome nefrótico de etiología no especificada en 2015 que progresó a insuficiencia renal crónica y requirió de tratamiento sustitutivo hemodiálisis a partir de abril 2017, se colocó catéter tunelizado temporal e inició sesiones tri-semanales de hemodiálisis. En abril de 2018, al término de sesión de hemodiálisis, presentó vómito gastroalimentario y fiebre no cuantificada, motivo por el que acude a urgencias. La paciente refirió ya haber

presentado previamente episodios de fiebre y escalofríos al término de las sesiones de hemodiálisis, tratados únicamente con antipirético. A su ingreso hospitalario presentó pico febril de 39°C, se tomaron hemocultivos (central y periférico). Posteriormente se inició tratamiento antimicrobiano con ceftriaxona y vancomicina. En los laboratorios destacó: procalcitonina 5.79 ng/dl. El segundo día, acude a hemodiálisis para evaluar el flujo y la presencia de bacteriemia. Dos horas después, presentó nuevamente fiebre de 39.2° y bacteriemia que remitió tras la administración de paracetamol, por sospecha de infección del catéter se indica retiró del mismo. Al cuarto día se recaban los reportes definitivos de los hemocultivos, en ambos se aisló *Ochrobactrum anthropi*. En el antibiograma, la bacteria mostró susceptibilidad a doripenem, imipenem, meropenem, amikacina, gentamicina y ciprofloxacino. Se suspendió la cefalosporina, y se escaló a meropenem. También se aisló *S. epidermidis* en hemocultivo de catéter central, por lo que se mantuvo con vancomicina. La paciente evoluciono favorablemente, con disminución de los marcadores inflamatorios (procalcitonina 0.28 ng/dl), y remisión de los episodios febriles después del recambio de catéter y la modificación de terapia antimicrobiana, egresó a domicilio el día 16 hospitalización. *Ochrobactrum anthropi* es un

bacilo gram-negativo cuya relevancia clínica ha incrementado en los últimos años, sobretodo en pacientes hospitalizados, pues se ha identificado como un patógeno oportunista emergente; la infección por *O. anthropi* se ha asociado con la implantación de catéteres intravenosos en pacientes con compromiso inmunitario. El primer caso de infección por *O. anthropi* fue descrito en 1980, aislado en un absceso pancreático. Desde entonces, la presentación más frecuente ha sido la bacteriemia asociada catéteres venosos centrales (CVC), aunque se han reportado infecciones piógenas como osteomielitis, artritis séptica, y endocarditis, entre otros. Clínicamente, *O. anthropi* tiene poca virulencia, por tanto infecta con mayor frecuencia a pacientes inmunocomprometidos. Se manifiesta con síntomas inespecíficos como fiebre, escalofríos, y malestar general, que se resuelven tras el retiro del CVC y la administración de antibiótico. De forma similar a *S. aureus*, *O. anthropi* tiene la capacidad de adherirse al silicón y otras superficies. Un estudio realizado por Shah H. et al. encontró que los CVC tunelizados tienen la incidencia más elevada de infección (3.6%) en comparación con los periféricos (0.1% sobretodo después del sexto día. Hasta el año 2011, a nivel mundial sólo había cuatro casos reportados de bacteriemia asociada a catéter en pacientes en hemodiálisis por *O. anthropi*,



el primero de ellos fue una mujer con glomerulonefritis necrotizante, los tres casos restantes eran pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica. El caso más reciente reportado fue una mujer de 19 años en Chile con glomeruloesclerosis. La infección por *O. anthropi* es poco frecuente, no obstante, en pacientes que requieren de hemodiálisis, el riesgo de desarrollar bacteriemia asociada a CVC es mayor por el inmunocompromiso inherente a su condición clínica. El retiro temprano del catéter es obligatorio siempre que sea el foco de mayor sospecha. Se ha reportado resistencia del agente a penicilinas y cefalosporinas, y mayor susceptibilidad a carbapenémicos.

Palabras clave: hemodiálisis, catéter venoso central, bacteriemia, *Ochrobactrum anthropi*, inmunocompromiso.

Folio: 0632

Tema: Cardiología

Minoca (myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries) una patología subestimada en nuestro entorno

Rodríguez Omar Gabriel, Rosas Manuel, Mejía María Isabel, Quirino Luis Fernando, Arteaga Eduardo Ismael, Yado Damaso José Alberto

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Introducción: MINOCA (Myocardial infarction with non-obstructive coronary arte-

ries) Se define como un infarto sin presencia de obstrucción coronaria demostrado por estudio angiográfico en paciente con presencia con diagnóstico de infarto agudo al miocardio, esta rara condición se observa de 1-14% del total de los pacientes con infarto agudo al miocardio, con una tasa de mortalidad a 1 año del 3.5%, a continuación se ejemplifica esta condición ante la presencia de un caso clínico tratado en el Hospital General Gaudencio González Garza del Centro Médico la Raza de la ciudad de México, México. Descripción de caso: Paciente masculino de 44 años de edad con ocupación de hojalatero, sin factores de riesgo coronario mayores y sin enfermedades crónicas degenerativas, Que inicia su padecimiento el día 15 de mayo alrededor de las 13:00 hrs el paciente inicia con dolor torácico tipo opresivo en reposo en región precordial 4/10 con una duración aproximada de 1 hora, sin irradiación o sintomatología acompañante. Motivo por el cual decide acudir a servicio de urgencias de esta unidad. A su llegada a servicio de urgencias se observa sin elevación de marcadores de daño miocárdico (CK: 87.00 U/L. CK-MB: 19.40 U/L). Se realiza electrocardiograma donde se evidencia lesión miocárdica en cara anterior, por lo que es ingresado a servicio de medicina interna para continuar protocolo diagnóstico y terapéutico. A la exploración

física destaca paciente neurologicamente alerta y orientado, tolerando el decúbito, cuello sin ingurgitación yugular, Tórax con adecuados movimientos de amplexion y amplexacion, campos pulmonares claros, sin integrarse síndrome pleuropulmonar. Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia sin soplos o agregados. Se realiza ecocardiograma transtorácico donde se reporta presencia de miocardiopatía dilatada de probable origen isquémico por datos sugestivos de necrosis postero-inferior antigua, condicionante de disfunción diastólica y sistólica, por lo que se realiza gammagrama cardiaco en el que se reporta la presencia de infarto inferior lateral bajo con isquemia residual, presencia de infarto apical sin tejido viable, y presencia de isquemia anteroseptal de grado moderado, con fracción de expulsión de VI de 23%. Por lo que se realizó coronariografía en la cual se reportó a las arterias coronarias epicardicas sin presencia de lesiones angiográficamente significativas con una fracción de expulsión de VI de 21%. Por lo que ante presencia de disfunción cardiaca el paciente ingresa a protocolo de trasplante cardiaco. **Conclusión:** El MINOCA actualmente es una patología subestimada por su poco conocimiento dentro de nuestro medio, el cual le ofrece al paciente pocas posibilidades terapéuticas, debido a las

características fisiopatológicas del mismo.

Palabras clave: infarto, minoca, patología, arterias, coronarias.

Folio: 0633

Tema: Infectología

Perfil lipídico e inmunocompromiso en un paciente con VIH y criptococosis diseminada

Pérez Lucia Herlinda

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona 27

Introducción: Presentamos el caso de un paciente con un proceso infeccioso asociado a VIH estadio C3, sin terapia antiretroviral, es bien sabido que esta infección se asocia a anomalías en el perfil lipídico, y a su vez el grado de dislipidemia con la progresión de la enfermedad, ya que este es un reflejo de la función inmunológica, la infección por sí misma ocasiona alteraciones en el metabolismo lipídico, acentuándose en las últimas fases de la enfermedad, donde encontramos frecuentemente infecciones oportunistas. ¿Es posible que esta disfunción se agregue como un factor más para el inmunocompromiso?. Antecedentes. Masculino de 53 años, soltero, pensionado, DM2 e HAS diagnosticada 2 semanas previas a su ingreso, sin aceptar tratamiento médico. Niega transfusiones, toxicomanías. Colectomía hace 8 años. IVSA: 8 años por violación y a los 14 años voluntario, H:H,

80% con uso de preservativo, NPS: 300 aproximadamente. **Caso clínico:** Ingresó por síndrome confusional de dos semanas de evolución, presentando alucinaciones visuales, cambios bruscos de humor, desorientación en tiempo y persona fluctuante, agregándose a la semana mareo, sin náusea ni vómito, cefalea opresiva sin irradiaciones intensidad 6/10, insomnio de conciliación, pensamiento incoherente y agitación psicomotriz. A la EF.TA: 110/60 mmHg, FC: 105 lpm FR: 19 rpm Temperatura: 39.0°C, SatO₂: 93% edad aparente mayor a la cronológica, dermatosis maculopapular generalizada acneiforme, con predominio en tórax anterior y posterior, onicomicosis en manos y pies, Consciente y orientado, deshidratación de piel y mucosas, Palidez de tegumentos, adenopatías en región inguinal izquierda, resto sin alteraciones, sin signos de irritación meníngea. Evolución: Paciente que permaneció internado por 6 días en el servicio de Medicina Interna, ingresa con fiebre cuantificada en 39°C, y estado confusional. A su ingreso se toman laboratorios generales, con plaquetopenia, linfopenia, desequilibrio hidroelectrolítico a expensas de hipocalcemia e hipernatremia, se solicita Panel viral para hepatitis B, C y VIH, carga viral, TORCH. se realiza radiografía de tórax, toma de cultivo de expectoración, uro-

cultivo y coprocultivo. Además de perfil lipídico completo. Se obtienen resultados, evidenciándose Carga viral para VIH en 3 millones y CD4 en 27, perfil para CMV positivo, urocultivo con *Candida albicans*. Hemocultivo positivo a *C. neoformans*, Por plaquetopenia no es posible realizar punción lumbar. Se realiza TC craneal que muestra edema cerebral con borramiento de surcos y atrofia generalizada de predominio frontal, se añaden fármacos anti edema cerebral. HDL5 TG: 165 Colesterol total: 55 Proteínas totales: 3.7 Albumina: 2.2 Se inicia tratamiento con anfotericina B, y Ganciclovir, Sin embargo paciente con evolución torpida, con persistencia de fiebre y deterioro neurológico progresivo a pesar de tratamiento, desarrollando falla orgánica múltiple con lesión renal aguda, coagulopatía e insuficiencia hepática aguda, familiares no aceptan tratamiento invasivo, falleciendo al sexto día de su internamiento. En este paciente tenemos dos causas de inmunodeficiencia adquirida, la 1^o causada por el VIH y la 2^a por desnutrición, siendo esta la primera causa en el mundo, dislipidemia ocasionada por VIH, es una asociación bien establecida de la que aun faltan estudios suficientes, debido a que la mayor parte de los pacientes ya iniciaron TARV y esto modifica el perfil lipídico, sin embargo, es una asociación a tener en cuenta ya que además



de relacionarse con el grado de inmunidad, también, aumenta el riesgo cardiovascular e influye en el tratamiento a elegir para esta infección, un manejo inadecuado puede propiciar alteraciones lipídicas más severas. Concluyendo, el grado de dislipidemia se correlaciona proporcionalmente con el grado de inmunocompromiso en pacientes con infección crónica por VIH.

Palabras clave: síndrome confusional agudo, criptococosis diseminada, estado nutricional, inmunocompromiso, sida, VIH.

Folio: 0634

Tema: Nefrología

Manifestación atípica de síndrome de Sjögren primario a nivel renal, serie de casos

Córdoba Angela María, Argudo Diego, Torres Ramón

Hospital General de México

El síndrome de Sjögren primario o secundario, es una enfermedad autoinmune, con afectación de 0.01 a 1% de la población general, más frecuente en mujeres. Cuya manifestación primaria se caracteriza por afectación de glándulas exócrinas, su compromiso a nivel renal es poco frecuente, usualmente con pronóstico favorable, fisiopatológicamente se explica por la formación de complejos inmunes y depósito de los mismos a diferente nivel. Dentro de las manifestaciones más frecuentes se encuentran NTI, tubulopatías, acidosis tubular renal y

GMN membranoproliferativa. Presentamos 3 casos de actividad sistémica extraglandular con compromiso renal, en 4 pacientes con Sjögren primario, con diferentes tipos de compromiso glomerular, siendo los presentados documentados de manera anecdótica en el síndrome de Sjögren primario en la bibliografía general: -Mujer de 22 años con diagnóstico de SSp, quien ingresa con Sd hematuria de origen glomerular con sedimento urinario activo, sin deterioro de función renal, con biopsia renal con proliferación mesangial sin depósitos inmunes. Mujer de 54 años, quien ingresa con diagnóstico de SSp, con síndrome de deterioro renal rápidamente progresivo, sedimento urinario activo, proteinuria en rango nefrótico, con biopsia renal con reporte de GMN extracapilar. -Mujer de 40 años, quien ingresa con diagnóstico de SSp, con deterioro rápidamente progresivo, sedimento urinario activo, con biopsia renal con reporte de GMN con patrón de lesión glomerular extracapilar.

Palabras clave: síndrome de Sjögren primario, glomerulonefritis.

Folio: 0635

Tema: Reumatología

Artritis reactiva secundaria a enfermedad inflamatoria intestinal (EII). A propósito de un caso

Martínez Ivonne, Seniscal Daniel Alejandro, Díaz Enrique Juan
Hospital Ángeles Pedregal

La artritis reactiva es una manifestación común en pacientes con EII. Con una presentación característica de afectación oligoarticular y periférica; actualmente no se cuenta con estudios de laboratorio que sean la piedra angular de diagnóstico, por lo cual es de exclusión. Se presenta el caso clínico de un paciente con diagnóstico previo de colitis ulcerativa en tratamiento y sin actividad que desarrolla artritis oligoarticular.

Palabras clave: artritis, reactiva, secundaria, enfermedad, inflamatoria, intestinal.

Folio: 0636

Tema: Infectología

Infección Por *Micobacterium simiae* como manifestación infecciosa oportunista en paciente con VIH C3

Narvaez Uriel, Barba Fernando, Aburto Elsa, Uresti Eileen Liberata

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La infección por *Micobacterium simiae*, una micobacteria ambiental raramente asociada a enfermedad en humanos, y que en el caso de infecciones diseminadas suele asociarse a pacientes jóvenes con SIDA avanzado conllevando una alta mortalidad pese a la instauración de tratamiento. **Objetivo:** Exponer un caso de infección diseminada por *Micobacterium Simiae* en un paciente con VIH

estadio C3 como manifestación infecciosa oportunista raramente descrita, y así contribuir a los casos reportados en la literatura mundial. **Material y metodos:** Para el abordaje diagnóstico solicitamos carga viral, conteo de linfocitos T CD4+, cultivos de expectoración, mielocultivos, TAC de cráneo, RMN de cráneo, TAC de tórax. **Exposición del caso:** Mujer de 34 años de edad con antecedentes de infección por VIH estadio C3, múltiples esquemas antirretrovirales previos debido a falla virológica e inmune. Desde hace 7 meses cursa con síndrome anémico, y en hospitalización previa hace 6 meses se documenta en estudios paraclínicos, la presencia de pancitopenia, realizándose abordaje de la misma no revelando causa infecciosa oportunista. Recibió tratamiento para MAC por alta sospecha clínica de dicha infección, se observando mejoría clínica y se decide continuar manejo. Reingresa por astenia, adinámica, palpitaciones, integrando síndrome anémico y apoyado nuevamente en estudios paraclínicos que revelan pancitopenia. Se realizó nuevo abordaje con aspirado de médula ósea y mielocultivo documentando infección por *Mycobacterium simiae*. **Conclusiones:** La infección diseminada por *Mycobacterium Simiae* como causa de pancitopenia en paciente con infección por VIH estadio C3

es raramente descrita en la literatura médica, y posiblemente sea una infección oportunista infra diagnosticada por las dificultades de identificar taxonómicamente a esta especie, por lo cual es necesario incrementar el reporte de casos para ampliar nuestro conocimiento. **Palabras clave:** infección oportunista, *Mycobacterium simiae*, infección por VIH.

Folio: 0637

Tema: Nefrología

Diabetes insípida nefrogénica asociada a meropenem. Reporte del primer caso reportado en la literatura

Martínez Ivonne, Rojas Alejandro
Hospital Ángeles Pedregal

En la diabetes insípida nefrogénica existe falta de respuesta renal total o parcial a la hormona antidiurética (ADH), siendo los fármacos la causa habitual de la variante adquirida. La sospecha clínica se establece ante la presencia de orina diluida, poliuria, polidipsia e hipernatremia. Uno de los principales fármacos relacionados es el litio y se cuenta con muy pocos casos reportados por otros medicamentos, entre ellos tetraciclinas, anfotericina-B, demeclociclina, entre otros. Sin embargo hasta la fecha no se habían reportado casos asociados a Meropenem.

Palabras clave: diabetes, insípida, nefrogénica, asociado, meropenem.

Folio: 0638

Tema: Cardiología

Abordaje clínico diagnóstico de hipertensión arterial secundaria: coartación de la aorta

Salcido Alejandro¹, Torres Juan Adrián¹, Sánchez María José¹, Rodríguez René²

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Servicio de Endocrinología

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: En México, la prevalencia del síndrome metabólico y manifestaciones como la hipertensión arterial sistémica (HAS) esencial va en aumento. Sin embargo, no debemos olvidar la importancia de la clínica en la HAS. Datos que nos indican que la HAS podría ser de origen secundario: inicio < 30 años, ausencia de obesidad, HAS severa o persistente, HAS maligna y presencia de alteraciones hidroelectrolíticas. **Descripción del caso:** Masculino de 18 años sin antecedentes médicos de relevancia, IMC de 22, sin factores de riesgo metabólicos. Inicia su padecimiento 6 meses previos al detectar aumento de cifras de tensión arterial (TA) de 180/90 mm Hg en revisión médica de rutina. Se inicia Losartán 50 mg c/ 12 h y posteriormente se agrega Amlodipino 10 mg al día, sin mejoría. Ingresó a nuestra institución debido a persistencia de cifras de TA elevada. A su llegada se toma la TA de las cuatro extremida-



des: 190/90 mm Hg y 180/80 mm Hg en miembro superior derecho e izquierdo respectivamente, y 80/40 mm Hg y TA indetectable en extremidades inferiores derecha e izquierda. Laboratorios sin alteraciones. En el US doppler de ambos riñones y arterias renales no se observan alteraciones. Se realiza una angio TAC de tórax en la cual se observa un estrechamiento en el cayado de la aorta en su porción descendiente. Se realiza diagnóstico de coartación de la aorta y se refiere al paciente a cirugía cardiotorácica para continuar valoración y manejo quirúrgico. Durante su internamiento se inició tratamiento con Olmesartan 40 mg al día, Amlodipino 10 mg al día e Hidroclorotiazida 25 mg al día, logrando mantener sus niveles de TA. **Discusión:** La coartación de la aorta es una estenosis de la aorta descendente localizada en la inserción del ducto arterioso con prevalencia de 4 /10,000 principalmente congénita. Se manifiesta en adultos con hipertensión sistólica en extremidades superiores, disminución de pulsos femorales e hipotensión o tensión indetectable en extremidades inferiores.

Palabras clave: hipertensión arterial secundaria, coartación de la aorta.

Folio: 0639

Tema: Infectología

Linfoma nasal de células T/NK en el síndrome de inmunodefici-

ciencia adquirida: descripción de un caso

Espinosa Meztli Artemisa², Gómez Juan Pablo², Osorno Karen Lorena¹, Sanchez Ana Laura², Alonso Abdías², Chavez José Marcelino²

¹ Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González; ² Centro Médico Nacional del Noreste UMAE 25 IMSS

Introducción: El linfoma nasal de células T/NK es una enfermedad centofacial, necrotizante, caracterizada por lesión granulomatosa con destrucción de la mucosa del tracto aerodigestivo superior. Predomina en la población de Sudamérica y Asia constituyendo entre 5%-15% de las neoplasias hematológicas. La infección por el VIH constituye un factor de riesgo para el desarrollo de linfoma No Hodgkin, incrementando 60-200 veces el riesgo en comparación con el resto de la población. Otra relación conocida es la asociación con el virus de Epstein Barr y herpes-8. La mayoría de los linfomas en pacientes con VIH son de células tipo B (70%) representando un menor porcentaje, el linfoma de células T (20-30%). Debido a la amplia gama de patologías similares y síntomas inespecíficos, es difícil llegar a su diagnóstico. **Presentación del caso:** Femenino de 29 años con antecedente de rinitis alérgica, acudió a la consulta de ORL por datos de proceso obstructivo nasal de 1 año y medio de

evolución, llevando tratamiento con esteroides intranasales por 4 meses, sin mejoría. Dos meses previos a su ingreso hospitalario desarrolló edema en región nasal, palpebral y malar izquierda, llevando tratamiento antibiótico sin adecuada evolución clínica. Fue valorada en tercer nivel con diagnósticos presuntivos de mucormucosis vs tumoración nasal. Se realizó primera biopsia resultando no concluyente. Inició protocolo de estudio ante sospecha de inmunodeficiencia, siendo prueba de ELISA positiva para VIH (CD4 145, carga viral 2004 copias/ml). Se agregó TARV (TDF/FTC Y EFV) y profilaxis para oportunistas. La TAC demostró ocupación del seno maxilar derecho y fosa nasal derecha al igual que etmoides anterior y posterior, esfenoides derecho y ocupación parcial del seno maxilar izquierdo con aumento de volumen en región malar izquierda sugestivos de celulitis. Se realizó segunda biopsia reportando linfoma extranodal de células T/NK con inmunofenotipo positivo para CD56, CD3, CD8, CD45 y Epstein-Barr. El linfoma de células NK/T es un tipo raro de linfoma no Hodgkin que se puede observar en pacientes con VIH. Los linfomas NK/T son casi exclusivamente de presentación extranodal siendo los sitios más comunes la nariz y nasofaringe, pueden presentar diseminación posterior a piel, glándulas salivales, testículos y tracto gastrointestinal. Se desco-

noce exactamente la incidencia de estas neoplasias en México sin embargo, publicaciones del Centro Médico Nacional Siglo XXI, al año 2000 reportan 108 casos de linfoma NK/T desde 1986 la mayoría siendo de alto riesgo, mientras que el MD Anderson Cancer Center en Estados Unidos reporta 79 casos desde 1985 hasta 2012 haciendo énfasis en lo poco común de este tipo de linfomas. El diagnóstico se basa en la biopsia e inmunohistoquímica. El inmunofenotipo más común presentado en este tipo de linfomas es CD2 +, CD3 citoplasmático +, CD56+, expresan perforina, granzima B y TIA-1, las células neoplásicas en este tipo de linfomas están invariablemente afectadas por virus de Eipstein-Barr de forma clonal episomal que es detectable por hibridación in situ para el RNA de EBV, constituyendo así un requisito diagnóstico. Dentro de los diagnósticos diferenciales, tenemos la granulomatosis de Wegener e infecciones como la mucormicosis en pacientes inmunodeprimidos. Dentro de las opciones terapéuticas con estos pacientes, se considera a la radioterapia sándwich con quimioterapia y radioterapia como estándar de oro. La radioterapia se escala a no menos de 30 Gy mientras que para quimioterapia los esquemas que más efectividad han mostrado son el SMILE (Dexametasona, Metotrexate, Ifosfamida, L-Asparaginasa y Etopósido) y LVP

(L-Asparaginasa, Vincristina y Prednisona).

Palabras clave: linfoma NK, VIH, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, linfomas.

Folio: 0640

Tema: Otros

Mesenteritis esclerosante como causa de dolor abdominal

Sanson Lizeth Sonia¹, Teran José Oscar¹, López Rogelio¹, Enriquez Kevin¹, Ramos Miguel Angel¹, García Mario Ramon¹, Angel Luis¹, Peralta Marco Polo²

¹ Hospital Central Norte Pemex;

² Facultad de Medicina UNAM

Introducción: La mesenteritis esclerosante es una enfermedad rara del mesenterio, de causa desconocida y de evolución crónica, caracterizada por una extensa inflamación crónica inespecífica del mesenterio del intestino delgado. Es una enfermedad poco conocida con curso crónico y con síntomas pocos específicos, que puede estar relacionado a procesos malignos. **Caso clínico:** Paciente masculino de 58 años, con antecedentes de tabaquismo crónico, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2. Quien inicia su padecimiento actual en junio de 2018 con dolor abdominal en hipogastrio, tipo cólico, con una intensidad 10/10, que aumenta a la ingesta de alimentos, sin atenuantes; acompañada de diaforesis nocturna así como fiebre no cuantificada de predominio nocturno, y pérdida de peso de

16 kilogramos en 2 años, quien por externo fué estudiado por probable isquemia mesentérica crónica. La exploración física con dolor abdominal en hipogastrio difuso que aumenta a la palpación profunda pero sin datos de irritación peritoneal, sin otros datos de relevancia, en paraclínicos con VSG de 25, otros laboratorios sin alteraciones. En las radiografías de tórax, abdomen, ecografía abdominal no se encontró alteraciones, sin embargo en tomografía de abdomen con dos adenopatías necróticas la primera retroperitoneal localizada entre el psoas y el riñón izquierdo, y otra en el borde antimesial del yeyuno y colon descendente Debido a dolor intenso que no cede a tratamiento analgésico y en ausencia de mayores datos en tomografía de abdomen se realiza laparoscopia diagnóstica donde se encuentra un quiste en mesenterio y adenopatías necrosadas, se envía estudio a patología quienes indican datos compatibles con mesenteritis esclerosante. El paciente se egresa al lograr adecuado control del dolor sin embargo se continúa con vigilancia por externo, al momento sin datos de patología maligna concomitante. **Discusión:** La mesenteritis esclerosante es una rara enfermedad del mesenterio, que se caracteriza por una infiltración del mesenterio por macrófagos espumosos cargados de lípidos, asociada a una fibrosis leve-moderada,



lo que da lugar a un engrosamiento difuso del mesenterio o a la presencia de masas mesentéricas únicas o múltiples. Las manifestaciones clínicas más linfadenopatía regional es frecuente. El examen histológico muestra proliferación de tejido fibroso con bandas de colágena que reemplazan la grasa mesentérica normal. La manifestación clínica más frecuente es la obstrucción intestinal, parcial o completa otras manifestaciones frecuentes son la masa abdominal palpable, el dolor abdominal, la fiebre y la pérdida de peso, La mesenteritis esclerosante se asocia con frecuencia a otras enfermedades, especialmente el linfoma, la fibrosis retroperitoneal, el mesotelioma pleural, el síndrome de Gardner y la úlcera de recto. **Conclusiones:** Es importante sospechar de esta entidad en pacientes en la edad media con dolor abdominal, pérdida de peso, fiebre y sin etiología identificada después de un estudio extenso, esto debido a las comorbilidades graves que se pueden asociar a esta entidad

Palabras clave: dolor abdominal, mesenteritis esclerosante.

Folio: 0641

Tema: Reumatología

Manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide: presentación de un caso

Hernández Claudia, Pineda Luis Francisco, Ibarra José Oswaldo Antonio

Departamento de Medicina Interna. UMAE-Especialidades CMN La Raza, IMSS. Ciudad de México

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica y multisistémica. Puede presentar una serie de manifestaciones extraarticulares (EA), estas ocurren en un 40% e involucran múltiples órganos. Las manifestaciones extraarticulares se asocian a un incremento en la mortalidad en comparación quienes no las tienen. Las manifestaciones EA reportadas son: síndrome de Sjögren, neuropatías periféricas, nódulos reumatoideos se asocian a la presencia de anticuerpos anti-CCP y Factor Reumatoide.

Objetivo: Presentar un caso de AR con manifestaciones EA de predominio neuropatía periférica. **Caso clínico:** Mujer de 44 años, con historia de tabaquismo positivo (índice tabáquico 10) y depresión de un año en tratamiento. Inició con parestias e hiperestesia en las cuatro extremidades en guante y calcetín de 8 meses de evolución, condicionando alteración de la marcha y la motricidad, así como xerostomía que provocó hiporexia y pérdida de peso no intencionada de 30 kg en 6 meses, a nivel articular con rigidez matutina en articulaciones metacarpofalángicas y falanges proximales, sin artritis con fenómeno de Raynaud y presencia de galactorrea. Dentro del

abordaje del síntoma principal que fue la polineuropatía, los estudios mostraron anemia leve normo-normo (Hb 10.3) e hiperprolactinemia PRL 31 ng/dL (9-25). El panel viral VHB, VHC, VIH y TORCH negativos. Perfil tiroideo normal. Marcadores tumorales negativos. La VCN reporto una polineuropatía sensitivo-motora. TAC abdomen solo mostro esplenomegalia. Se reportaron ANAs positivos con niveles de complemento normal y Anti DNA, ENAs y AN-CAs negativos. Finalmente con reporte de factor reumatoide positivo de 224 U/ml (< 80 u/ml), PCR 7.77 mg/L (< 5 mg/L), y anti-CCP Positivo de 140 (< 0.5 U/mL), radiológicamente se observó osteopenia yuxtaarticular y disminución del espacio intraarticular de las articulaciones de ambas manos, sin evidenciar erosiones, estableciendo el diagnóstico de Artritis Reumatoide con afección extrarticular, con un puntaje de DAS-28 de 3.89. Se inició manejo con esteroide e inmunomodulador con buena respuesta, remisión de la sintomatología en más del 50% durante los siguientes 6 meses de seguimiento. **DISCUSIÓN:** La paciente presentó factores de riesgo como baja capacidad funcional, ANAs, anti-CCP y tabaquismo positivos, descritos como factores para manifestaciones EA. Las manifestaciones EA que presentó fueron la xerostomía y la polineuropatía, descritas entre las 3 primeras manifes-

taciones EA más frecuentes en la población mexicana, la anemia y el fenómeno de Raynaud se presentan en el 17%.

Conclusiones: Un porcentaje importante de pacientes con AR presentan manifestaciones EA, en su mayoría estas manifestaciones no se asocia a la enfermedad; la importancia de establecer el diagnóstico radica en el mal pronóstico debido genera discapacidad y reducción en la esperanza de vida en comparación con los pacientes que no tienen manifestaciones EA.

Palabras clave: artritis reumatoide, manifestaciones extraarticulares, neuropatía, xerostomía, anti-CCP, fenómeno de Raynaud.

Folio: 0642

Tema: Nefrología

Prevalencia, frecuencia, y caracterización de disglucemias en el paciente con enfermedad renal crónica hospitalizado en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de México

Córdoba Angela María, Zapata Rogelio, Puentes Nancy, Ramos Guadalupe, Giraldo Diego Alejandro, De la Torre Leonardo Dario

Hospital General de México

La disglucemia tradicionalmente se ha asociado a incremento en morbimortalidad en pacientes hospitalizados y ambulatorios, y es considerado un factor de riesgo de mal pronóstico tanto en paciente diabéticos como aquellos sin

esta enfermedad. Los pacientes con enfermedad renal crónica, son pacientes en riesgo de desarrollo de disglucemias durante su hospitalización, secundario a múltiples factores, algunos de estos prevenibles y otros no. La caracterización de disglucemias en pacientes con enfermedad renal crónica en el ámbito hospitalario es poco documentado en la literatura. En este estudio se pretenden evaluar la prevalencia de disglucemias en enfermos renales crónicos, y la caracterización de los pacientes que la desarrollan en el ámbito hospitalario. Se evaluaron 492 sujetos hospitalizados en el servicio de medicina interna en el Hospital General de México, 485 de ellos con algún grado de deterioro de función renal según la clasificación de KDIGO. Se encontró que la tasa de filtrado glomerular posee una relación lineal inversa con respecto al riesgo de disglucemias, siendo estas más frecuentes en pacientes con KDIGO 4 y 5, en comparación con pacientes sin enfermedad renal crónica o con estadios tempranos de la misma. El desarrollo de disglucemias en pacientes hospitalizados, se asocio mortalidad hasta 6 veces más alta que en pacientes sin disglucemias. La mortalidad vista en pacientes con hipoglucemia, hiperglucemia y disglucemias no diabéticos con algún grado de enfermedad renal crónica es mayor que en aquellos que

presentan diabetes, probablemente asociado a estado de salud mas críticos.

Palabras clave: disglucemias, enfermedad renal crónica.

Folio: 0643

Tema: Dermatología

Dermatomiositis con calcinosis cutis universalis, asociación poco frecuente. Reporte de caso

Moreno Lorena Guadalupe, Cornelio Georgina Ana Ruth, Ortega María Ortega, Zarate Larissa, Luna Hugo Alberto
Hospital Angeles del Pedregal

Femenino 22 años con diagnóstico de dermatomiositis de 2 años de evolución en tratamiento con prednisona y micofenolato, acude a urgencias por dolor de miembro pélvico izquierdo de 24 horas de evolución, eritema, aumento de temperatura y edema, dolor a la movilización, solución de continuidad con salida de material caseoso. Laboratorios: PCR 210, Procalcitonina 2.52, VSG 41, Anemia grado I de la OMS, leucocitosis a expensas de neutrofilia, hipoalbuminemia leve, resto dentro de parámetros; se solicita Rx tórax sin alteraciones pleuropulmonares y tomografía de miembros pélvicos simple y contrastada, encontrando a nivel del tejido celular subcutáneo múltiples imágenes hiperdensas, irregulares, la mayoría de estas calcificadas, las de mayor tamaño localiza-



das en glúteos y cara posterior del muslo izquierdo, de distribución aleatoria localizadas desde las crestas iliacas hasta los pies, aumento de volumen del miembro pélvico izquierdo comparativamente con el contralateral; estriación de la grasa adyacente y aumento de tamaño de los grupos musculares; con el contraste hay incremento en la densidad de los músculos abductores y bíceps femoral, colecciones adyacentes, estructuras vasculares permeables, existiendo también calcificaciones en las bursas trocántéricas y bolsa sinovial del psoas ilíaco. Se decide ingreso para drenaje de colección y colocación de VAC femoral del cual se obtuvieron 2 litros del mismo material, y toma de cultivos ya que presenta picos febriles trans y posquirúrgicos. Se inicia tratamiento: meropenem, amikacina, vancomicina de manera empírica y se mantiene mismo manejo con prednisona suspendiendo micofenolato, ya que se ha relacionado con formación colecciones subcutáneas secundarias a calcinosis cutis. Cinco días posteriores se realiza segundo lavado quirúrgico con disminución importante de la colección y suspendiendo antimicrobianos por cultivos sin desarrollo. Presenta adecuada evolución y se decide egreso hospitalario.

Palabras clave: dermatomiositis, calcinosis.

Folio: 0644

Tema: Cardiología

Cierre percutáneo de persistencia de conducto arterioso en paciente adulto. Reporte de caso

Flores Nicholas, Diaz Mario, Alvarado Maribel, Osnaya Juan
Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, ISSSTE

Introducción: La persistencia del conducto arterioso es la cardiopatía congénita más frecuente en México. En adultos constituye el 2% y en la mayoría de estos casos se presenta como anomalía única. **Caso clínico:** Femenino de 41 años de edad, sin antecedentes crónicos degenerativos, inicia su padecimiento actual en Febrero del 2017, con mareo, disnea progresiva de medianos esfuerzos, edema de miembros torácicos, ortópnea y disnea paroxística nocturna. Exploración cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos, de adecuada intensidad y frecuencia, con presencia de soplo continuo, paraesternal izquierdo grado III, resto sin alteraciones. EKG: Ritmo sinusal, FC: 60 lpm, PR: 120 ms, QTc 360 ms, BIRDHH, radiografía de Tórax: Cardiomegalia grado II, dilatación moderada del arco pulmonar, aumento de trama bronquial y vascular. Ecocardiograma: En rama izquierda de la Arteria Pulmonar se observa persistencia del conducto arterioso, diámetro aórtico 6 mm, pulmonar 7 mm, longitud 12mm, con gradiente a

través del defecto de 85 mmhg. Con presión sistólica de arteria pulmonar de 20 mmhg. Ventrículo izquierdo con diámetro telediastólico normal, función sistólica y diastólica normal. Ventrículo derecho de tamaño normal, sin datos de hipertrofia, con función sistólica normal. Estudio de hemodinamia: con reporte de presión de la arteria pulmonar media de 16mmhg. Arteriografía pulmonar con dilatación de tronco de la Arteria Pulmonar y rama izquierda, con catéter pigtail 6 Fr se realiza aortograma en lateral izquierda, observándose conducto arterioso persistente tipo C de Krichenko, con jet de izquierda a derecha, de aproximadamente 6-7 mm, se realiza cierre de defecto mediante dispositivo amplatzer, posicionando disco en ámpula aórtica, ocluyendo por completo el defecto. **Conclusión:** El cierre del conducto arterioso por vía percutánea en la edad adulta es una alternativa eficaz y segura, disminuye de forma importante el riesgo de complicaciones y el tiempo hospitalaria.

Palabras clave: persistencia, conducto, arterioso, cierre, percutaneo, adulto.

Folio: 0645

Tema: Endocrinología

Remisión de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes obesos sometidos a gastrectomía en manga

Sánchez Alberto Onofre, Cantu Felipe Joaquin, Lara Bruno,

*Cantu Marco, Peña Francisco
Caleb, Eguía Andres, Ceballos
Rubi Alejandra*
Instituto de Medicina Avanzada

Antecedentes: Desde la década de 1980 existen reportes que sugieren beneficios de la cirugía bariátrica en pacientes obesos con diabetes mellitus tipo 2. La Asociación Americana de Diabetes la recomienda en pacientes con IMC mayor de 35kg/m², proponiendo el término de remisión de diabetes tras un año de vigilancia sin tratamiento farmacológico, denominándola completa cuando se alcanzan niveles de HbA1c menores del 5.7% o parcial cuando es entre 5.7% a 6.4%. **Objetivo:** El objetivo principal de este estudio es evaluar el porcentaje de remisión de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes mexicanos tras la intervención de gastrectomía en manga. **Material y métodos.** Se realizó un estudio en institución de privada de tipo retrospectivo incluyendo pacientes consecutivos que fueran mayores de 18 años intervenidos de gastrectomía en manga con diagnóstico de DM2 e IMC mayor 35kg/m² durante el periodo junio 2014 a mayo de 2016. La evolución clínica, niveles de glucosa y HbA1c fueron realizados a los 3, 6 12 y 24 meses. **Resultados.** Se incluyeron 25 pacientes (15 mujeres, 11 hombres), la edad media fue de 37.1 años (intervalo 19 a 59años), el IMC promedio fue de 45.5 kg/m² (\pm 7.3 kg/m²), la glucosa prome-

dio 155mg/dL (\pm 45.4mg/dL) y la HbA1c 8.31%(intervalo 6.9% a 13.4%). El seguimiento posoperatorio a los 3, 6, 12 y 18 meses mostro un promedio de porcentaje de exceso de peso perdido de 32%, 58%, 64% y 67% respectivamente, una HbA1c promedio de 7.3%, 6.2%, 5.6% y 5.5% respectivamente, y un promedio de glucosa sérica en ayuno de 120mg/dL, 112mg/dL, 90mg/dL y 87 mg/dL respectivamente. La remisión se observo en 17 pacientes (69%), siendo completa en 14 (53.8%) y parcial en 3 (11.5%), 6 pacientes continuaron monoterapia con uso de metformina. 2 pacientes no consiguieron disminución de exceso de peso mayor a un 40% requiriendo metformina e insulina. **Discusión:** La cirugía bariátrica como método de tratamiento en pacientes con obesidad y diabetes mellitus tipo 2 ha demostrado ser efectiva en diferentes poblaciones logrando una remisión 22 veces mayor que en pacientes bajo tratamiento no quirúrgico. Similar a este reporte, datos en población mexicana muestran porcentajes de remisión en el 71% de los casos, siendo completa en el 65.4% de los casos, datos internacionales muestran remisiones completas entre 50% y 76% de los casos en seguimientos de duración variable entre 2 a 5 años. **Conclusiones:** La gastrectomía en manga en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2 y obesidad es efectiva para la

remisión de diabetes en tasas similares a otras poblaciones evaluadas, deberá evaluarse su efectividad en muestras de mayor tamaño y en un periodo de seguimiento mayor.

Palabras clave: remision de diabetes, gastrectomia en manga, bariatria, obesidad.

Folio: 0646

Tema: Dermatología

Eritrodisestesia palmoplantar “síndrome mano-pie” reporte de un caso

Robles Jesus, Murillo Alberto, Murillo Hector, Guardado Adriana, Rivera Daniel
Hospital General Zacatecas Luz
González Cosío

La eritrodisestesia palmoplantar es una farmacodermia secundaria al tratamiento con medicamentos quimioterapéuticos, especialmente con capecitabina y más recientemente asociada a inhibidores de tirosina cinasa. **Caso clínico:** Se presenta el caso de una paciente con antecedente de cáncer de mama en tratamiento con capecitabina y trastuzumab por 4 meses, la cual ingresa al servicio de dermatología por presentar un mes previo a su ingreso en ambos pies disestesias, áreas de eritema simétrico, soluciones de continuidad entre los ortejos y posteriormente lesiones ampollas, al mismo tiempo que en ambas manos se presentan lesiones similares, con áreas de eritema, hiperqueratosis y soluciones de



continuidad, acompañándose de dolor intenso que cedió únicamente con la administración de opioide intravenoso. Ante el antecedente del uso de capecitabine, los signos cutáneos y el resultado arrojado por patología se diagnostica un síndrome de eritrodisestesia palmoplantar o síndrome mano-pie. Se inicia manejo con corticosteroides tópicos de alta potencia de acuerdo a lo recomendado en la literatura, presentando evolución favorable. **Conclusiones:** La eritrodisestesia palmo plantar se trata de una entidad poco conocida, sin embargo afecta de manera importante la calidad de vida del paciente oncológico, de ahí la importancia en su oportuna identificación y tratamiento.

Palabras clave: farmacodermia, capecitabina, quimioterapia, eritrodisestesia palmoplantar.

Folio: 0647

Tema: Infectología

Síndrome de Sjögren, enfermedad intersticial pulmonar con sobreinfección de *Aspergillus fumigatus* "fungus ball"

Salcido Alejandro¹, Torres Juan Adrián¹, Sánchez María José¹, Rodríguez René²

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Servicio de Endocrinología

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Descripción de caso: Femenino de 55 años de edad con antecedente de enfermedad

intersticial pulmonar resultante de enfermedad mixta de tejido conectivo y síndrome de Sjögren en tratamiento con azatioprina 50 mg cada 12 h y prednisona 10 mg al día. Antecedente de internamiento 2 meses previos por infección de bronquiectasias. Acude a nuestra institución por presentar exacerbación de tos con expectoración, fiebre, malestar general, disnea y aumento de los requerimientos de oxígeno de una semana de evolución. A la exploración física presenta saturación a aire ambiente de 84%, frecuencia cardíaca 112 lpm y frecuencia respiratoria de 40. En sus laboratorios presenta: leucocitosis neutrofilica, anemia microcitica hipocromica, trombocitosis, proteína C reactiva elevada 16.8 mg/L sin otras alteraciones. En tele de tórax se observa cavitación ocupada por material líquido. Por el antecedente de *Pseudomonas putida* en cultivo previo, se inicia tratamiento con imipenem por 7 días. Se realiza TAC de tórax en la cual se observa presencia de cavitación en lóbulo basal del pulmón izquierdo con presencia de contenido (fungus ball). Por falta de mejoría clínica, se realiza broncoscopia. El GRAM y cultivo del lavado broncoalveolar resultó negativo, sin embargo el Galactomanano resultó positivo. Se aísla hongo micelial y se envía para tipificación, obteniendo *Aspergillus fumigatus* sensible a itraconazol, voriconazol,

anfotericina. Por su función pulmonar se considera paciente no candidata para tratamiento quirúrgico, por lo que se decide manejo con antifúngicos por vía oral en casa con seguimiento por consulta externa.

Discusión: El aspergiloma es la colonización de cavidades pulmonares por *Aspergillus* spp. Los factores predisponentes para esto en nuestra paciente fueron: presentar cavidades pulmonares secundarias a enfermedad intersticial pulmonar, el uso de inmunosupresores y antecedentes de estancia previa intrahospitalaria 1 mes previo a su cuadro actual.

Palabras clave: aspergiloma, Sjögren, enfermedad intersticial pulmonar.

Folio: 0649

Tema: Neurología

La barrera hematoencefálica como entidad dinámica: reporte de dos casos de encefalopatía posterior reversible

Sotelo Thalía, Razo Vicenta Nataly, Medina Zaira

Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos

Introducción: La encefalopatía posterior reversible (PRES) se caracteriza por alteraciones visuales, convulsiones y encefalopatía. Es causada por disfunción endotelial, fuga vascular y edema vasogénico cerebral, se asocia con enfermedad renal, hipertensión arterial, fármacos y enfermedades autoinmunes.

Objetivo: Presentación de dos casos clínicos. **Caso 1:** Mujer 34 años. Inició con pérdida de 15 kg, irritabilidad, insomnio y ansiedad. Después episodios de desconexión seguidos de movimientos tónico-clónicos generalizados, amnesia y desorientación. Exploración: TA 180/100 mmHg FC 120 lpm. Alerta fluctuante, lenguaje hipofluente, desorientada. Agnosia visual, heminegligencia izquierda, hemiparesia 1/5 izquierda, hiperreflexia generalizada, clonus Aquileo, Babinski bilateral. Atáxicos presentes. Paraclínicos: Linfopenia (600 totales), anemia (12 g/dl), PCR 23 mg/L, Anticuerpos anti-nucleares, anti-Sm negativos. Punción lumbar: Prot 45 mg/dl, acelular. EEG: Theta (4-8 Hz). Imagen por Resonancia Magnética (IRM): lesiones intraaxiales predominio parietooccipital bilateral en sustancia blanca.

Caso 2: Mujer 21 años Lupus eritematoso sistémico, presentó pancreatitis, lesión renal aguda y una crisis epiléptica tónico-clónica generalizada. Ameritó ventilación mecánica invasiva. Exploración: TA 110/70 FC 108 lpm FR 20 rpm Temp 39°C SatO₂ 90% Despierta, ictericia, sin focalización. Paraclínicos: Linfopenia (300 totales) Anemia (9.8 g/dL) Hiperbilirrubinemia directa 7.62mg/dL AST 643 UI ALT 216 UI Ac anti músculo liso negativo, Ac anti mitocondriales negativo. Punción lumbar: Gluc 86 mg/dL, Prot 55mg/dL Leuc 4 células. IRM encéfalo:

Lesiones intraaxiales occipital bilateral de sustancia blanca, sin restricción de señal en DWI . EEG: Delta bajo voltaje 2-3 Hz. **Conclusiones:** El trastorno es reversible si se trata la cuasa desencadenante, de ahí la importancia de su identificación temprana. La imagen por resonancia magnética es la herramienta más importante.

Palabras clave: encefalopatía, reversible, resonancia magnética.

Folio: 0650

Tema: Oncología

Cancer esofágico, 10 años de experiencia en un centro de referencia oncológica

Cessa José Carlos, Salazar Carlos Eduardo, Alcorta Fernando, González Celia Beatriz, González Juan Francisco, Muñoz Juan Manuel

Hospital Universitario UANL
Dr. José Eleuterio González

El carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma representan aproximadamente el 95% de los tumores malignos del esófago. Para la mayoría de los casos del siglo 20, el carcinoma de células escamosas era la estirpe predominante. En la década de los 60s, el carcinoma de células escamosas acontecía más del 90% de todos los tumores esofágicos en los Estados Unidos de América, y el adenocarcinoma era considerado tan poco común que algunas asociaciones oncológicas cuestionaban su

existencia. Sin embargo con el paso del tiempo la incidencia del adenocarcinoma esofágico (predominantemente en el esófago distal y la unión gastroesofágica) ha aumentado dramáticamente en los países del oeste, siendo ahora el adenocarcinoma causa de más del 60% de todos los cánceres esofágicos en los Estados Unidos de América. A diferencia del resto del mundo, donde el carcinoma de células escamosas continúa predominando. El carcinoma de células escamosas y adenocarcinoma difieren en un número importante de características clínicas, incluyendo la localización del tumor y factores predisponentes. El tabaquismo y el alcoholismo son factores de riesgo mayor para el desarrollo de carcinoma de células escamosas, mientras que el esófago de Barret con metaplasia intestinal (una complicación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico), obesidad, y tabaquismo son los factores de riesgo relacionados con el adenocarcinoma de esófago. Se hizo un análisis descriptivo en donde se comparó principalmente el tipo histológico, edad de diagnóstico, localización, edad de los pacientes y factores de riesgo. Nuestra población estudiada fue una media de edad de 67.4 años (mínimo 37, máximo 91) con una distribución en sexo masculino del 74.3% y femenino 20.4%. Como resultados se obtuvo que el tipo histológico predominan-



te fue el Adenocarcinoma en un 40.7% contra un 28.3% del Epidermoide; como edad media de diagnóstico se observó 65.88 años de edad (mínimo 37, máximo 89 en frecuencia de localización tercio inferior 22.1%, unión GE 20.4%, tercio medio 15% y tercio superior en un 12.4%. Los factores de riesgo predominantes en nuestro estudio fueron tabaquismo 31%, alcoholismo 36.3% y ERGE 12.4 %.

Palabras clave: adenocarcinoma, esófago, escamoso.

Folio: 0651

Tema: Gastroenterología

Lesión hepática inducida por fármacos (metildopa) en paciente con VIH. Reporte de caso

Ballesteros Myrna Icela, Flores Emmanuel

Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango

Paciente femenino de 22 años con antecedente de preeclampsia, manejada con metildopa un año. Inicia su padecimiento con fiebre de 40°, vómito gastrobiliario, prurito generalizado, ictericia y dolor en hipocondrio derecho. Es ingresada para su estudio, a la exploración física neurológicamente íntegra, con ictericia en piel y escleras, caída de cabello a tracción, cuello cilíndrico, tórax con ruidos respiratorios sin alteraciones, precordio hiperdinámico. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epi-

gastrio e hipocondrio derecho, con hepatomegalia 1 cm por debajo del reborde costal. Paraclínicos mostrando Bicitopenia, (linfopenia, neutropenia), hipertransaminasemia, relación ALT/AST: 1.6, ALT/FA: 11.54, hiperbilirrubinemia con patrón colestásico. Tomografía simple de abdomen con hepatoesplenomegalia y litiasis vesicular. Resto no relevante. Abordaje diagnóstico: Durante su estancia hospitalaria se suspendió manejo antihipertensivo, sospechándose inicialmente hepatitis aguda por lo que se solicitan anticuerpos para descartar hepatitis viral por hepatotrofos reportándose negativo para tipos A, B, C, D y E. posteriormente se solicitó TORCH, serología para citomegalovirus y VDRL reportándose negativo. Como hallazgo se obtuvieron anticuerpos positivos para VIH, realizándose prueba confirmatoria y reportándose como positiva, con carga viral de 12,052, 200 copias, lo anterior sin clínica sugerente de síndrome retroviral agudo como causa de la patología. Para descartar causa vascular se le realizó ultrasonido doppler hepato porta esplénico, sin encontrar afectación vascular, refiriendo únicamente proceso inflamatorio hepático. Debido al género de la paciente y al grupo etario se reorienta la sospecha diagnóstica a una causa inmunológica, solicitándose Anticuerpos Anti Musculo liso (negativos), Anticuerpos Antimi-

tocondriales (positivos dilución 1:160) Antinucleares por IFI (patrón homogéneo positivos dilución 1:160) y C4 (bajo), con persistencia de Leucopenia, linfopenia, trombocitopenia, cumpliendo con 2 criterios clínicos y 2 inmunológicos para Lupus eritematoso sistémico de acuerdo con criterios SLICC 2012. Se continuo protocolo diagnóstico para descartar Cirrosis Biliar Primaria, se reportan anticuerpos antihistona positivo (4.2), con anti LKM, anti-SM y DNA negativos. Finalmente se realiza biopsia hepática, guiada por ultrasonido, con el siguiente resultado: Zonas de necrosis confluyente, con afectación en parénquima, y zonas de esteatosis, todo ello sugerente de lesión ocasionada por consumo de drogas. Evolución: Durante el protocolo de estudio, se brindó manejo únicamente con soporte, después de los hallazgos iniciales se agregó esteroide, y ácido ursodesoxicólico, con disminución paulatina de transaminasas y mejoría de bilirrubina sérica, remitiendo la ictericia, el prurito y el dolor abdominal. A su egreso se continúa con el tratamiento descrito, retirándose el esteroide paulatinamente, con disminución de transaminasas, reportándose en parámetros normales a los 3 meses después de iniciado el cuadro, ya con manejo antirretroviral. **Discusión:** La metildopa suele causar lesión mediante hepatotóxicas idiosincrásicas, las cuales no

dependen de la dosis, y puede asociarse tanto a afectación inmunológica como a metabólica. La primera depende de la hipersensibilidad posterior a un periodo de exposición físico, por lo que ocurre entre 1 a 5 semanas iniciado el manejo. Esta es la vía más común de la lesión hepática secundaria a metildopa. El segundo grupo está asociada a una acumulación determinada del metabolito tóxico, por lo que puede presentarse la lesión después de un período de tiempo más prolongado, como es el caso de la paciente. El fármaco produce necrosis hepatocitaria de forma difusa, desestructurando el lobulillo, con patrón similar a la hepatitis vírica, con consecuentes hipertransaminasemia, con elevaciones de 8 a 500 veces por encima del valor normal.

Palabras clave: lesión, hepática, fármaco, metildopa, HIV, puerperio.

Folio: 0652

Tema: Infectología

Cetoacidosis diabética como presentación atípica de un absceso hepático piógeno con desarrollo de *Kleibsellia pneumoniae*

Quirino Luis Fernando, Terrazas Elías, Hernández Juan Carlos, Arteaga Eduardo, Rosas Manuel, Yado Damaso José Alberto Instituto Mexicano del Seguro Social

Los abscesos hepáticos piógenos por *K. pneumoniae* se

describen en hasta 69% de los casos de países orientales. Un estudio mexicano con 130 casos, tuvo 44.5 % de cultivos con desarrollo, 13% con *K. pneumoniae* y un 12% *E. coli*. Los serotipos k1 y 2 junto con el gen maga pueden cursar con diseminación bacterémica extrahepática principalmente en pacientes con diabetes mellitus. En México son pocos los estudios que describen la epidemiología y clínica de los abscesos piógenos, por lo que describimos un caso con manifestación clínica inusual. Hombre de 51 años de edad con antecedentes de colecistectomía en 2016 y DM2 diagnosticada en 2015 en tratamiento con glibenclamida y metformina, mal controlado. Refirió fiebre con diaforesis nocturna de 7 días de evolución y pérdida de peso no cuantificada. Ingresó con diagnóstico de cetoacidosis diabética la cual se trató y remitió, con persistencia de fiebre y diaforesis nocturna. A la exploración únicamente con deshidratación y caquexia. Laboratorios con leucocitosis a expensas de neutrofilia, HbA1c 16%, ligera elevación de transaminasas, urocultivo y hemocultivos sin desarrollo con procalcitonina normal. Por Rx de tórax fue evidente la elevación del hemidiafragma derecho, en USG y TAC se encontró una lesión heterogénea en lóbulo hepático derecho y reforzamiento anular tras aplicación de contraste dudoso de

hepatocarcinoma contra absceso, los niveles séricos de AFP fueron negativos. Se puncionó vía percutánea guiada por USG con obtención de material purulento al cual se realizó cultivo con desarrollo *K. pneumoniae* sensible a carbapenémicos. Se trató con meropenem por 6 semanas hasta resolución clínica y radiológica de la infección. En conclusión, la epidemiología de esta infección es poco conocida en nuestro país, puede ser causa de FOD, sin embargo es inusual su presentación clínica como un estado de CAD. Su similitud radiológica con el hepatocarcinoma requiere en ocasiones de la biopsia para confirmar diagnóstico.

Palabras clave: absceso hepático piógeno, *Kleibsellia pneumoniae*, diabetes mellitus, cetoacidosis diabética, hepatocarcinoma.

Folio: 0654

Tema: Infectología

Linfoma no Hodgkin de estirpe B CD 20+ índice de proliferación alto hepático en un paciente con VIH

González Christian, Paredes Orlando

Hospital General de Zona #1 Ignacio García Tellez

Hombre de 33 años con antecedentes: IVSA 18 años, múltiples parejas bisexuales, herpes zoster hace 10 meses y probable herpes genital hace 1 año. Tabaquismo ocasional, alcoholismo desde hace 5 años,



aproximadamente 112g, niega otras toxicomanías. Inicia su padecimiento con cuadro clínico de 4 meses de evolución con astenia, dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, evacuaciones diarreicas con moco, sin sangre, que remite en 4 días, fiebre de 38.5°C. Durante su estancia intrahospitalaria se realiza ELISA VIH HBsAgQ2 no reactivo, Ag/Ab Reactivo, Anti HCV No reactivo, Western Blot positivo con CD4 45, carga viral 596 420 copias, se realiza tomografía de abdomen que muestra múltiples lesiones hepáticas, por lo que se inicia protocolo diagnóstico en búsqueda de tumor primario, sin encontrar alguna lesión sugerente por colonoscopia, endoscopia, TAC de cráneo, cuello, toracoabdominal y pélvica, centillografía ósea, se descartan procesos infecciosos agregados con procalcitonina negativa, punción lumbar. Se realiza biopsia guiada por ultrasonido de lesiones hepáticas con reporte de neoplasia de células pequeñas redondas y pequeñas vs Linfoma no Hodgkin, conclusión de inmunohistoquímica linfoma no Hodgkin de estirpe B CD 20+ índice de proliferación alto. Durante su estancia presentó síntomas B, DHL de 1096, hipercalcemia maligna secundaria de 16 mg/dl con PTH 13.88, así como lesión renal aguda AKI I, que remite con manejo hídrico y esteroide. Se descarta presencia de mutación

HLA B5701 por lo que se inició tratamiento antiretroviral a base de dolutegravir, abacavir y lamivudina, así como quimioterapia con CHOP para linfoma

Palabras clave: linfoma, no, Hodgkin, primario, VIH.

Folio: 0655

Tema: Neurología

Síndrome de Guillain-Barré: serie de seis casos en su variedad axonal en el Hospital General de Zona n°1 Aguascalientes

García Marybel, Hernández Diana, Díaz Alberto Javier, Lira Luz Gabriela, González Luis Jonathan, Suárez Belén, Velázquez Salvador David

IMSS HGZ No. 1 Aguascalientes, Ags.

Síndrome de Guillain-Barré (GBS) es una polirradiculoneuropatía monofásica con un cuadro clínico, gravedad y resultados muy variables. De etiología autoinmune con incidencia mundial de 0.89-1.89/100,00 casos al año. De acuerdo al tipo de afección existen dos subtipos: axonal y desmielinizante; así como subtipos clínicos. La literatura anglosajona refiere mejor pronóstico en variedades desmielinizantes. En México se reportan más casos con afección axonal, que han resultado con buen pronóstico⁴. Metodología Recolección de forma prospectiva de los casos incidentes con diagnóstico de SGB en el periodo de diciembre 2017-agosto 2018 en un hospital de segundo nivel. Con

base a una cédula estructurada se obtuvieron los siguientes datos. **Resultados:** Se incluyeron 6 pacientes, relación H-M 5:1, edad media 48.6 (19-69) años, el 50% cuenta con antecedente IVRA y el resto sin historia de infección o vacunación. El 100% de la muestra recibió tratamiento con IgIV a dosis de 2gr/kg total. El 66.6% correspondió al subtipo neurofisiológico AMAN y el 33.3% fueron AMSAN. Dos de los pacientes presentaron disautonomía. El EGRIS al ingreso fue: riesgo alto en 50%, riesgo intermedio en 16.6% y riesgo bajo 33.3%. El caso con mayor probabilidad de no volver a deambular en 6 meses fue de 35%, según el EGOS score. **Conclusiones:** El SGB es frecuente en nuestro medio. En la mayoría de los casos estudiados, el síndrome fue precedido por IVRA. El subtipo predominante fue la neuropatía axonal, acorde a lo reportado por Zúñiga en el 2007 y por el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca en el 2015. En contraste, la literatura anglosajona reporta predominio de la variante inflamatoria desmielinizante. En el total de los casos, el pronóstico fue bueno, ninguno de los casos requirió VMI y el promedio de estancia hospitalaria fue de 9.8 días, lo que evidencia que el diagnóstico y el tratamiento temprano impactan de manera importante en la evolución del paciente.

Palabras clave: síndrome de Guillain Barré, polirradiculopa-

tía, variedad axonal, neuropatía axonal motora aguda, neuropatía axonal sensitivo-motora aguda.

Folio: 0656

Tema: Dermatología

Fascitis eosinofílica: reporte de un caso

*Moreno Lorena Guadalupe,
Cornelio Georgina*
Hospital Angeles del Pedregal

Femenino de 38 años de edad, quien cuenta con el antecedente de importancia de Hipotiroidismo secundario de tiroiditis de Hashimoto, en tratamiento sustitutivo con levotiroxina. Acude a consulta al referir 2 semanas de evolución de parestesias en ambas manos, asociado a la piel de manos y antebrazos con esclerosis que progresa mostrando aspecto de piel de naranja y limitación de los arcos de movimiento en muñecas y codos de manera bilateral; a la exploración física se observa una dermatosis localizada a miembros torácicos caracterizada por esclerosis de ambos antebrazos hundimiento de trayectos vasculares, con aspecto de piel de naranja en brazos, por lo que se solicitan estudios de laboratorio en los que destaca eosinofilia periférica del 17.9% y elevación de reactantes de fase aguda. Se ingresa a hospitalización para abordaje, durante la cual se realiza resonancia magnética de miembros torácicos encontrando engrosamiento de la

piel, tejido celular subcutáneo y fascias musculares de hasta 23.6mm con reforzamiento al gadolinio y toma de biopsia que abarca desde piel hasta músculo de la región deltoidea, en la cual de manera macroscópica se reporta esclerosis de la región y engrosamiento de la fascia; en los cortes histológicos se describe epidermis y dermis sin alteraciones, al nivel de tejido celular subcutáneo hasta fascia muscular superficial con discreto infiltrado linfoplasmocitario de predominio en la profundidad del corte; engrosamiento y fibrosis de la fascia hasta los septos interadipocitarios y en un acercamiento en múltiples focos, infiltrado perivascular inflamatorio por células plasmáticas, linfocitos y eosinófilos. Debido a los hallazgos reportados, se decide inicio de tratamiento con prednisona 40mg VO cada 24 horas, con seguimiento por consulta externa 1 semana posterior encontrando mejoría franca en el aspecto de la piel y refiere mejoría del 80% de la sintomatología con disminución de las parestesias y rigidez articular.

Palabras clave: fascitis, eosinofilia.

Folio: 0657

Tema: Reumatología

Dermatomiositis asociado a neoplasia de ovario

Mendoza Marino, Ibarra Alejandro, Ramírez Raul, Arana Julio Cesar
ISSSTE

Introducción: La dermatomiositis se caracteriza por inflamación de los músculos y la piel. La incidencia es de aproximadamente 5 por cada millón de personas, relación mujer hombre 2:1. una décima parte se asocia neoplasias. Es mayor la relación entre dermatomiositis y cáncer, y en menor medida también entre polimiositis y cáncer. los tumores más frecuentemente asociados son pulmonares, ovario, mama, gastrointestinal y mieloproliferativos. **Presentación de caso:** Femenino 61 años antecedente de diabetes mellitus Presenta dolor muscular, incapacidad para la incorporación, disfagia, lesiones hiperémicas en dorso de dedos con escasa descamación, eritema en cara, periorbitario, región anterior de tórax, acude a urgencias e ingresa a piso de medicina interna. A la exploración física con eritema en heliotropo, eritema en V de escote y dermatitis eritemaescamosa en dorso de articulaciones metacarpofalangicas, disminución de la fuerza: cintura escapular 3/5, extremidades superiores distal 4/5, miembros pélvicos proximal 3/5, miembros pélvicos distal 4/5. presento elevación de enzimas musculares, biopsia de musculo y piel con reporte de dermatomiositis, de acuerdo a los criterios diagnósticos propuestos por Bohan y Peter cumple criterios definitivos de dermatomiositis. Se realiza protocolo para descartar



miopatía inflamatoria de tipo II, se realizó USG pélvico encontrando masa a nivel de ovario izquierdo, se realizan marcadores tumorales resultando positivo Ca-125: 638 U/ml; LAPE con toma de biopsia con diagnóstico de carcinoma seroso papilar de ovario. Se inicia manejo quimioterapéutico con posterior mejoría de sintomatología antes descrita.

Conclusiones: En este caso clínico se demuestra la asociación entre dermatomiositis y actividad tumoral que se presenta en 10-20% de todos los casos. El diagnóstico de dermatomiositis se realizó basado en los criterios establecidos por Bohan y Peter. El tumor asociado que se comprobó en este caso, fue de ovario.

Palabras clave: dermatomiositis, neoplasia, ovario, debilidad, eritema.

Folio: 0658

Tema: Gastroenterología

Fistula hepatopleural como complicación torácica de absceso hepático amebiano; reporte de caso

Del Valle José María, Gómez Livier, Fuentes Elida Elizabeth, Hernández José Francisco

IMSS UMAE T1 CMN del Bajío

Introducción: La fístula hepatopleural es la comunicación anormal de un sector del parénquima hepático, con la cavidad pleural del campo pulmonar ipsilateral, a través de un trayecto diafragmático.

En adultos su incidencia es cada vez menor, siendo 20% por absceso hepático. La clínica es por afección pulmonar e infección hepática y diagnóstico con tomografía simple y contrastada. En México la amebiasis se considera endémica, su afectación extraintestinal más frecuente es el absceso hepático; en un 5% con tasa anual 3.66 por 100,000 habitantes, se afectan varones de 30-50 años y la transmisión es fecal-oral. Se encuentra entre la tercera y quinta causa de muerte por enfermedad parasitaria en todo el mundo, siendo del 10% y se asocia a tratamiento tardío y complicaciones como rotura hacia el tejido circundante y diseminación por vía hematológica o por contigüidad con otros órganos. El tratamiento es quirúrgico y con Metronidazol 10 días. Anteriormente era tratado en monoterapia o asociando Metronidazol con Dehidroemetina con resultados favorables sin embargo debido a la alta incidencia de efecto cardiotoxico este ha sido retirado del mercado, quedando Metronidazol como primera línea.

Objetivo: Reporte de caso con fistula hepatopleural adquirida, secundaria a amebiasis; patología cada vez menos frecuente en nuestro país por la mejora en los servicios sanitarios.

Resumen del caso: Masculino de 53 años, antecedente familiar de cáncer broncogénico y patología pulmonar, portador de diabetes mellitus tipo 2 con

mal apego a tratamiento, índice tabáquico de 7 paquetes año, enolismo de 160 gr unidades de bebida estándar. Inicia en Junio 2018 con astenia, adinamia, diaforesis y fiebre no cuantificada intermitente de predominio vespertino y nocturno, acompañado de accesos de tos productiva no emetizante ni disneizante, progresando a características hemoptoicas en abundante cantidad, además de pérdida de peso no intencionada de 9 kg en 2 meses. En Julio se reporta leucocitosis con neutrofilia y descontrol glucémico simple, radiografía de tórax con masa redondeada, delimitada, heterogénea y de bordes regulares basal derecha. Se agregan hiporexia, plenitud gástrica, disnea progresiva hasta el reposo y aumento de hemoptisis siendo valorado en urgencias. Se solicitan exámenes generales con leucocitosis por neutrofilia, anemia microcítica hipocrómica moderada, trombocitosis, descontrol glucémico simple, hiponatremia hipovolémica isoosmolar, FA 622U/L, GGT 97U/L, DHL 643, BAAR seriosos, perfil viral y hemocultivos negativos. Tomografía de tórax simple y contrastada con masa a nivel de lóbulo hepático bien delimitada en segmentos VII y VIII de 150x102x117 mm y contenido heterogéneo con volumen aparente de 940 cc además de trayecto fistuloso a pleura derecha, sugestiva de un absceso hepático probable amebiano por lo que se inicia

Metronidazol y se interviene quirúrgicamente encontrando lesión redondeada de capsula fibrosa con contenido 1500ml, purulento, con fistula a cavidad pleural. Se toma cultivo con crecimiento E. histolytica.

Conclusión: Masculino de la sexta década con tabaquismo, alcoholismo e inmunodepresión por diabetes mellitus, con síndrome consuntivo, tos crónica y hemoptisis, afección sistémica, anemia por deficiencia de hierro con trombocitosis asociada, hiponatremia crónica modera asintomática por afección pulmonar y patrón colestásico. Sospecha inicial de tuberculosis pulmonar se toma radiografía torácica con reporte de imagen redondeada basal derecha, hemocultivos y BAAR negativos. como descarte de neoplasia; marcadores tumorales negativos y tomografía con imagen incidental de absceso hepático y trayecto fistuloso a pleura ipsilateral. Tratándose de una complicación inusual y por alto riesgo afección sistémica se interviene quirúrgicamente con drenaje y cierre de fistula. Cultivo corrobora la etología amebiana completando antimicrobiano y control tomográfico posterior con resolución.

Palabras clave: absceso, amebiano, fistula, hepatopleural, hemoptisis, consuntivo.

Folio: 0659

Tema: Hematología

Linfohistiocitosis hemofagocítica secundario a una leucemia

mielomonocítica juvenil. Presentación de un caso

Torres Irving Horacio, Luna Rocio, Cruz Ruben, Cruz Jorge Hospital Juárez de México

Se presenta el caso de una paciente femenina de 17 años de edad, originaria de Veracruz. Sin antecedentes heredofamiliares hemotológicos ni de cáncer en su familia, ni antecedentes crónicos de importancia. Inicio cuadro clínico hace aproximadamente un mes con presencia de fiebre sin predominio de horario, cuantificada de 39 °C, el cual no cedía con la administración de AINEs, la cual se asociaba a diaforesis nocturna, con una periodicidad de cada 3 a 4 días aproximadamente, pérdida no intencionada de peso de 6 kg. Se agregó posteriormente hiporexia e intolerancia a la vía oral. Posteriormente se agrega ictericia en escleras y generalizada, acude a hospital local donde tratan como hepatitis (sin serología para su diagnóstico) ni mejoría clínica. A la semana presentó aumento de volumen en ganglio submandibular de cuello derecho, el cual remitió sin tratamiento alguno a referencia de la paciente. Es referida a nuestro hospital, en el cual, llama la atención a la exploración física, la presencia de ictericia generalizada a la inspección. Se palpa una adenopatía de 1 cm x 1 cm en cadena ganglionar de esternocleidomastoideo izquierdo, así

como de hepatoesplenomegalia. En los laboratorios presenta BT 22.7, BD 22.7, LDH 1363, TGO 182, TGP 115, ALB 2.7, TGC 398, COLESTEROL169, hierro 146, TGC 398 WBC 1.58, HB 6.9, VCM 90 HCM 31.5, PLT 34, N 0.94, LIN 0.44, FR 11.5, ferritina 650 ng/ml. transferrina 110 fibrinogeno 90.03 TP 14. Se realiza un aspirado médula ósea y biopsia de hueso como abordaje, observándose macrófagos fagocitando elementos formes (eritrocitos) en el AMO. Se confirma diagnóstico de síndrome hemofagocítico. Durante su evolución en piso, ingresa al área de terapia intensiva por presentar choque distributivo. Se inicia quimioterapia con etopósido y ciclosporina, al cual responde favorablemente. Pero vuelve a presentar estado de choque, sin mejoría clínica y defunción. Se obtiene resultado postmortem de biopsia médula: Leucemia mielomonocítica juvenil.

Palabras clave: linfohistiocitosis hemofagocítica, síndrome hemofagocítico, leucemia, mielomonocítica juvenil.

Folio: 0660

Tema: Infectología

Neumonía adquirida en la comunidad por co-infección: coccidioidomicosis y *Trichophyton rubrum*. Reporte de un caso

Ortiz Teresa de Jesus¹, Gomez Carlos Alberto¹, Jacinto Ivan², Peña Gonzalo Alejandro¹, García María Okairy¹



¹ Hospital Regional Universitario de Colima; ² Clínica Córdova

Paciente femenina de 34 años originaria de Colima, Col. Con diagnóstico desde hace 9 años con Lupus Eritematoso sistémico, con afección articular y hematológica en tratamiento con prednisona, Hidroxicloroquina y Metotrexate, en control regular por consulta externa de Reumatología. Como antecedente de relevancia realizo viaje a Baja California Sur (los Cabos) un mes antes de iniciar su sintomatología. Inicia su padecimiento 1 mes previo con tos no productiva, en accesos, fiebre intermitente de predominio nocturno mas diaforesis, con una perdida de 8 kg en 3 semanas, recibió por externo Gentamicina y Claritromicina sin mejoría de cuadro clínico y debido a exacerbación de cuadro de tos es traída a urgencias con incremento discreto del esfuerzo respiratorio, en tomografía de tórax con enfermedad micronodular difusa y consolidación segmentaria en LSD. Al ingreso sus signos vitales: TA 110/60mmHg, FC 120 lpm, FR 22, Temp 36°C. Consiente, orientada, cognoscitivo sin alteración, sin datos de focalización, ni de irritación meníngea, pupilas 3 mm normorreflecticas, fundoscopia sin alteración, cavidad oral sin lesiones, cuello sin adenopatías papables, tórax con precordio rítmico con FC 120, sin soplos,

no S3, con tos en accesos, sin expectoración, taquipneico, con discreto incremento de esfuerzo respiratorio, no integra síndrome pleuropulmonar, escasos crépitos en zona costal inferior, no sibilancias, abdomen blando, sin dolor, no se palpan megalias ni masas, genitales sin lesiones externas, extremidades hipotroficas, con FM generalizada 5/5, sin edema, marcha sin alteración. Estudios realizados: Hb 9.8, Leuc 5.4mil, Neut 80%, Linf 9.7% granulocitos inmaduros 5.8% creatinina 0.8 urea 21 VSG 31 Alb 3.4 ALT 93 AST 106 - Se realiza tomografía de tórax en la que se identifica presencia de micronodulos en toda la economía pulmonar. En segmento apicoposterior (3) de lóbulo superior derecho presencia de cavitación de 1x 1 cm además de consolidación segmentaria apical derecha. Se decide realización de broncoscopia encontrando en el histopatológico de biopsia transbronquial y de mucosa: estructuras micóticas abundantes en forma de esférulas, de pared gruesa, burrefringente, con presencia de endosporas en su interior rodeadas de histiocitos epitelioides dentro de la luz de los sacos alveolares, hallazgos compatibles con infección pulmonar por coccidioides spp. Como hallazgo del lavado bronquial alveolar: se aisló la presencia de *Trichophyton rubrum*. Se descarto la presencia de *Mycobacterium*

tuberculosis con DNA de Mtb no detectado. Serologías para VIH y VHC negativas. Evolución hospitalaria: paciente a la que debido a patrón radiológico sugestivo de micosis pulmonar y al no obtener muestra de expectoración para cultivo se le realiza broncoscopia al ingreso hospitalario, obteniendo resultado de la misma 3 días después, con hallazgos compatibles con infección fúngica por Coccidioidomycosis y además presencia de *T. rubrum* por lo que se inicia tratamiento con Anfotericina B a dosis de 1mg/kg/día, sin embargo paciente evoluciona desfavorablemente con incremento de esfuerzo respiratorio e hipoxemia progresiva, condiciones que al sexto día de estancia hospitalaria se agravan hasta la necesidad de apoyo ventilatorio invasivo, se ingresa a terapia intensiva catalogado como síndrome de distrés respiratorio agudo severo, con evolución a estado de choque séptico, se inicia manejo de soporte que incluye aminas vasoactivas (norepinefrina y vasopresina) a dosis máxima, pese al manejo persiste con empeoramiento de estado ventilatorio y hemodinámico y finalmente paciente fallece al octavo día de estancia hospitalaria y al segundo día de estancia en terapia intensiva. **Palabras clave:** coccidioidomycosis, *Trichophyton rubrum*, co-infección, neumonía, caso importado, inmunosupresión.

Folio: 0662

Tema: Infectología

Infección de tejidos blandos por *Sthaphylococcus aureus* complicada con diseminación multiorgánica por vía hematológica

Pineda María Fernanda, Munguía Diana, Castillo Rodrigo, Hernández Hector Gustavo, Aquino Jorge Eduardo
Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: La infección por *S. aureus* es causa principal de bacteriemia tanto adquirida en la comunidad como intrahospitalaria. Desde el 2014 la incidencia anual de infecciones *S. aureus* meticilino resistente es del 22.72 por 100 000 personas. Vancomicina es el tratamiento de primera línea para infecciones invasivas. Existen pocos casos reportados en la literatura de cepas con susceptibilidad intermedia o resistencia a la Vancomicina. La diabetes mellitus es el factor de riesgo más comúnmente asociado a estas infecciones. **Caso:** Hombre de 46 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2. Inició su padecimiento posterior a caída desde propia altura ocasionando herida en antebrazo izquierdo y rodilla derecha. Una semana posterior comenzó con astenia, adinamia, fiebre no cuantificada, disuria, polaquiuria, somnolencia y aumento de volumen en antebrazo. A la exploración física se encontró dermatosis diseminada a extre-

midades superiores, inferiores y cara caracterizada por pústulas milimétricas, absceso en brazo izquierdo de 8 cm de diámetro, Giordanos presentes y deterioro del estado de alerta. Se tomaron estudios de extensión por sospecha de infección diseminada por *S. aureus*. Radiografía de tórax con broncograma aéreo. Hemocultivo con crecimiento para *S. aureus* meticilino resistente. TAC toracoabdominal: múltiples colecciones en psoas, glúteo izquierdo, paravertebrales, émbolos y cavitaciones pulmonares. Ecocardiograma con vegetaciones en válvula tricuspídea y mitral. Punción lumbar con líquido inflamatorio y cultivo positivo para *S. aureus*. Se inició tratamiento con cefalotina y vancomicina, posteriormente por deterioro del estado hemodinámico y choque séptico se escaló tratamiento ceftarolina. A pesar de manejo del estado de choque y antibioticoterapia el paciente no presentó mejoría clínica. **Conclusión:** La bacteriemia por *S. aureus* puede llevar a la siembra del patógeno en cualquier órgano resultado en complicaciones con alta morbimortalidad.

Palabras clave: *S. aureus*, bacteriemia, diseminación multiorgánica, meticilino resistente.

Folio: 0663

Tema: Endocrinología

Identificación de apoplejía tumoral en prolactinoma tras suspensión farmacológica

Santiago Gerardo, Ruiz Ana Luisa, Rivera Dante de Jesús
Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

Los prolactinomas son tumores hipofisarios comunes de los cuales, cerca del 70 al 90% presentan disminución al iniciar agonistas de dopamina. Siendo éste el tratamiento de elección. Sin embargo, existe el reporte de casos de la asociación de disminución del tamaño tumoral o apoplejía con la supresión de éstos. Presentamos el caso de una paciente femenina de 40 años de edad, maestra, con los siguientes antecedentes de importancia; Menarca a los 14 años, G2, Fecha de última regla: 6 meses previos a la consulta. Enviada al servicio de endocrinología para valoración con diagnóstico de opsomenorrea e hiperprolactinemia. A la exploración física se encontró sin alteraciones en la campimetría y galactorrea. Dentro de sus paraclínicos: PRL 109, perfil tiroideo normal, FSH: 5.82, LH: 2.12, cortisol:8.3, PRL118.92, además de RMN en la que se evidencia microadenoma hipofisario. Se inicia tratamiento médico con cabergolina 0.5 mcg/semana y revaloración en 6 meses. Tras suspender tratamiento a los 4 meses acude a revaloración por amenorrea y cefalea intensidad (8/10). RMN con presencia de microadenoma hipofisario parasagital derecho complicado con hemorragia, PRL 144. Resto de ejes



hormonales sin alteraciones. La importancia del caso, está en el conocimiento de las características clínicas de apoplejía para su identificación, así como los factores precipitantes de la misma, ya que comunmente se ha asociado al inicio de tratamiento de forma intensiva y a factores externos, de igual forma sobresale e abordaje inicial y oportuno.

Palabras clave: prolactinoma, apoplejía, agonista, dopamina, prolactina, hipofisiario.

Folio: 0664

Tema: Endocrinología

Manejo de enfermedad de Graves y complicaciones asociadas a tratamiento; evolución atípica de un caso

Murillo Claudia Verónica, Vázquez Israel, Ruíz Ana Luisa, Calzada Jade, Díaz Alejandro
ISSEMyM Ecatepec

Introducción: El hipertiroidismo agrupa trastornos que cursan con exceso de hormona tiroidea. La causa más común es la enfermedad de Graves, de origen autoinmune, en la que el organismo genera anticuerpos que estimulan la glándula para sintetizar hormonas tiroideas. El exceso de hormonas tiroideas provoca en términos generales un estado de catabolismo acelerado. Se manifiesta con nerviosismo, irritabilidad, sudoración, palpitations, temblor, pérdida de peso, ansiedad, insomnio, caída de cabello, diarrea y debilidad. La mitad

de los pacientes con enfermedad de Graves responden a los fármacos antitiroideos como el tiamazol y propiltiouracilo, ante la ausencia de respuesta se aconseja tiroidectomía o yodo radioactivo. **Presentación de caso:** Femenino de 17 años ingresa al servicio de medicina interna con Dx. De Enfermedad de Graves, con un Burch-Wartofsky de 25 puntos. Como antecedente de importancia recibió Tiamazol, prednisona y propranolol, que al presentar agranulocitosis se suspendió tx médico por lo que se realizó tiroidectomía total, con reimplantación de 2 glándulas paratiroides en esternocleidomastoideo. Durante el postquirúrgico, presentó hipocalcemia que requirió reposición en agudo. Posteriormente es egresada con Ca sérico corregido de 8.8 mEq/L con el tx: Levotiroxina (75 mcg vía oral c/24hrs), carbonato de calcio (2grs vía oral c/8hrs), calcio y vitamina D3 (600mg cada 8hrs), 15 días después reingresa al servicio de urgencias con signos de Chvostek y Trousseau (+), acompañada de disnea, EKG con alargamiento de QT y evidenciándose calcio sérico corregido de 5.7 mEq/L, por lo que se inicia reposición agudo con Gluconato de calcio en infusión, posteriormente en combinación con carbonato de calcio vía oral, se retiró la infusión por mantener calcio promedio de 8.0 mEq/L. Sin

embargo, durante su internamiento, presentó episodios de psicosis y comportamiento catatónico asociado a la presencia de hipomagnesemia, hipofosfatemia. **Conclusión:** La importancia del caso radica en la presentación de complicaciones asociadas al tratamiento de hipertiroidismo y la evolución atípica de las mismas. La paciente descrita cursó con hipertiroidismo presentando agranulocitosis, definida por una concentración de granulocitos (neutrófilos, basófilos y eosinófilos) por debajo de 500 células/mm³, asociada a tiamazol. Es importante mencionar que éste efecto secundario constituye la reacción adversa más grave y la principal causa de muerte relacionada con el tratamiento con tiamazol, únicamente el 0.5% de los pacientes cursan con esta complicación siendo indicativo de retirar el medicamento y optar por tratamiento quirúrgico, como en el caso de nuestra paciente. Sin embargo, secundario a tiroidectomía total presentó hipoparatiroidismo, de comportamiento atípico presentando además otras alteraciones hidroelectrolíticas como son hipofosfatemia e hipomagnesemia comportándose como síndrome de hueso hambriento de presentación tardía al reingreso 15 días después. No encontrándose descrito en la literatura de ésta forma.

Palabras clave: endocrinología, hipertiroidismo, tiamazol,

hipocalcemia, Graves, agranulocitosis.

Folio: 0666

Tema: Neurología

Deterioro neurológico subagudo asociado a enfermedad inflamatoria autoinmune

Fuentes Elida Elizabeth, Del Valle José María, Gómez Liver, Valadez Maritza Jaqueline
Instituto Mexicano del Seguro Social UMAET1 CMN del Bajío

La meningoencefalitis es la inflamación de las meninges y el encéfalo, de etiología variable, predominando los agentes infecciosos. La etiología más común es la infecciosa, que comprende alrededor del 90% de los casos. Otras causas incluyen a los tumores intracraneos, fármacos y enfermedades autoinmunes. La clínica es de un cuadro infeccioso con hipertensión endocraneana, signos meníngeos, alteración del estado de alerta y datos de focalización. La encefalitis límbica relacionada con anticuerpos anti NMDAR se caracteriza por la presencia de anticuerpos sobre antígenos expresados en la superficie celular, con mayor prevalencia en pacientes no caucásicos, asociándose a neoplasia; dependiente de la edad, género y etnicidad; siendo en mujeres el más común el teratoma ovárico en 55% de las causas. Inicia con una fase prodrómica de cefalea y fiebre. A esta fase le sigue un cuadro psicótico con

desorientación, alteraciones en el comportamiento, confusión, ideas paranoides, alucinaciones y déficit en la memoria, pudiendo presentar alteraciones del lenguaje, como ecolalia y mutismo. La tercera fase se caracteriza por hipoventilación, letargia, crisis convulsivas, disautonomía y movimientos anormales. En estos pacientes podemos encontrar un patrón de disfunción generalizada en el EEG, pleocitosis a expensas de linfocitos en LCR y hallazgos inespecíficos en RM. Una vez corroborada, se clasifica acorde al grupo de anticuerpo, siendo los intracelulares paraneoplásicos los de peor respuesta terapéutica y mayor daño neuronal. El tratamiento de primera línea son los esteroides e inmunoglobulina. **Objetivo:** Diferenciales diagnósticos del deterioro cognitivo subagudo en paciente joven **Resumen del caso:** Femenino de 30 años con antecedente de dos pérdidas fetales, el primero hace 6.5 años a las 4 SDG y el segundo hace 3.5 años a las 6 SDG. Inicia en marzo 2018, en su periodo de posparto mediato con alteraciones conductuales dadas por labilidad emocional, celotipia, ideas de referencia, agresividad hetero dirigida y cefalea no especificada. Al mes presenta ansiedad e irritabilidad, problemas de memoria, ideas mágico-religiosas, indiferencia al medio, abulia, negativismo, somnolencia, ideas delirantes

y alucinaciones auditivas y visuales complejas. Posteriormente deterioro neurológico fluctuante, mutista, inatención, hiperoralidad, presión mandibular, agresividad hetero dirigida, rigidez generalizada y mirada primaria central en supra versión, sin seguimiento. Presentó deterioro progresivo con crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas sin movilización al estímulo alérgico, postura en retrocolis con postura tónica generalizada, reflejos hiperreflectivos, babinski bilateral, signos meníngeos francos y fiebre. paraclínicos normales, LCR Prot 65, DHL 128, Gram sin bacterias, Criptococo negativo, BAAR negativo, cultivo negativo. Hemocultivo central y periférico, panel viral, TORCH y VDRL negativo. RMI cráneo: con mayor intensidad de predominio mesial temporal, cortico fronto parietal, con incremento de señal en los ganglios basales evidentes en la secuencia FLAIR. se descartar origen infeccioso se solicita complemento el cual es normal, Ca 125 IgG 2280, IgA 141, IgM 104, ACE 3.1, AFP 1.1, Ac anti Ro, La, B2 microglobulina, ANCA C y P, anti DNA y anti Smith negativos, ANA 1:160 patrón moteado, anticoagulante lúpico 69.9, ratio 1.6 y COOMBs (+). **Conclusiones:** Femenino de la cuarta década, con clínica subaguda de deterioro cognitivo, alteraciones psiquiátricas, síndrome catatónico, meníngeo, convulsivo y febril. Se



inicia manejo empírico con antivirales y antimicrobianos ante sospecha de meningitis pero con escasa respuesta. Seguido de focalización con afección a parénquima cerebral compatible con meningoencefalitis. Al descartar origen infeccioso y por analítica sugestiva de actividad autoinmune, se sospecha de patología por anticuerpos anti-NMDA por los trastornos conductuales o neurolupus. A descartar acorde a resultado de anticuerpos.

Palabras clave: meningoencefalitis, autoinmune, anti-NMDA, subagudo, neurolupus, paraneoplásico.

Folio: 0667

Tema: Infectología

Meningitis tuberculosa en paciente con virus de inmunodeficiencia humana

Escobar Gisela, Gomez Rodrigo, Mora Mauricio de Jesus, Romero Liliana

UMAE Hospital General Dr. Gaudencio González Garza. Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La meningitis tuberculosa es la forma más severa de presentación, constituye del 7 al 12% de las meningitis. Existen más de 33 millones de casos de VIH en el mundo, considerándose el principal factor para desarrollar tuberculosis (TB), la mayoría de los casos de co-infección por VIH y TB suceden en países de tercer mundo y se calculan 14

millones de personas, con 23% de muertes por VIH relacionadas a TB. **Objetivo:** Describir caso clínico de paciente que ingresa por deterioro neurológico progresivo con diagnóstico final de meningitis por TB y VIH.

Caso clínico: Masculino de 32 años, inicia 8 meses previos con tos productiva, otalgia e hipoacusia derecha, vértigo, cefalea, disminución de agudeza visual, anosmia y fiebre, se indica antibioticoterapia sin respuesta, posteriormente se agregan diplopía, astenia, adinamia y disminución de fuerza en las 4 extremidades, llevándolo a la postración. En la exploración física: funciones mentales afectadas, indiferencia al medio, desorientado, adinámico, abúlico, mirada primaria, ptosis izquierda, limitación a la abducción y convergencia ipsilateral, nistagmus horizontal agotable, hiperreflexia y debilidad en las 4 extremidades, no babinski, destacó rigidez de nuca, binda y brudsinski. En laboratorio: Hiponatremia (127 mmol/l), Linfopenia: 0.42 (4.3%), *Treponema pallidum*, Perfil Torch, Gram y tinta china: Negativos, LCR amarillo paja, glucosa 42 mg/dl, proteínas 870, leucocitos: 159 (70%MN; 30%PMN), cultivo sin desarrollo bacteriano. IRM con reforzamiento meníngeo en base de cráneo, mesencéfalo, pontino-bulbar, subependimario e hidrocefalia. De acuerdo a clínica y punción lumbar sugestivas de TB meníngeo se

inició tratamiento antifímico sin mejoría. El paciente muere, a las 3 semanas se reporta cultivo para micobacterium TB y VIH positivos. **Conclusión:** México es endémico de TB y el VIH aumenta su mortalidad, la TB meníngeo se considera de difícil diagnóstico de acuerdo a las altas tasas de mortalidad y secuelas.

Palabras clave: tuberculosis, meníngeo, VIH.

Folio: 0668

Tema: Gastroenterología

Desenlace hospitalario del tratamiento de absceso hepático en el hospital general Dr. Manuel Gea González, experiencia de 16 años

Aquino Jorge Eduardo, Ramírez Juan Pablo, Pineda María Fernanda, Munguía Diana, García Jesús Ricardo

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: El absceso hepático es causado por la invasión y reproducción de bacterias, hongos o parásitos dentro del parénquima hepático. En México se reportó 560 casos en 2016 y aunque es considerado como de diagnóstico difícil, existe escasa información sobre esta patología en el país. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrolectivo y transversal de expedientes de pacientes mayores de 18 años internados en el Hospital General Dr. Manuel Gea González con absceso hepático (1 de enero de 2001

al 31 de diciembre de 2016). **Resultados:** Se detectaron 176 pacientes con absceso hepático con una media de edad de 50.1 años, 123 (69.9%) fueron hombres y la estancia hospitalaria media fue de 15.8 días; se reportaron 25 defunciones (14.2%). Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes mellitus (26.1%), hipertensión arterial (5.1%) y cáncer (2.3%). El dolor abdominal se reportó en 80.1% de los casos, fiebre 69.3%, fatiga 27.8% y diarrea 15.3%. La vía de contagio más frecuente fue colecistitis (8.5%), colangitis y apendicitis (6.2% c/u en 69.3% no se reportó vía de contagio. La media de internamiento hospitalario fue de 15.8 días. Se encontró media de leucocitos 18.25 K/mL, creatinina 1.40 mg/dL, albúmina 2.21 g/dL y proteína C reactiva 18.5 mg/dL. El 92% de las defunciones presentaron albúmina menor a 2.5 g/dL. En el 45.5% se realizó drenaje con catéter, 20.5% drenaje laparoscópico y en 26.2% ningún procedimiento. Los gérmenes aislados fueron *E. coli* (11.9%), *S. aureus*, *E. fecalis* y *K. pneumoniae* (4.0% c/u). El 89.8% recibió metronidazol y 80.7% Ceftriaxona. El 35.8% no presentaron complicaciones y el 26.1% presentó choque séptico. **Discusión:** Se reportó mortalidad intrahospitalaria del 14.2%, similar a la reportada para EEUU (10 a 40%). Contrario al paradigma histórico, se encontró que el 56.4% de

los abscesos amebianos fueron múltiples y el 37% de los piógenos fueron únicos.

Palabras clave: absceso, hepático, amebiano, piógeno, ceftriaxona, metronidazol.

Folio: 0669

Tema: Oncología

Síndrome de lisis tumoral espontáneo en tumor neuroendocrino de recto a propósito de un caso

Uribe Roberto Salvador, Macias Luis Alberto, Lupian Karla Astrid, García Yang David

Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutierrez ISSSTE

El síndrome de lisis tumoral es una complicación potencialmente letal en pacientes con complicaciones hematológicas malignas principalmente linfomas que se encuentran en tratamiento con quimioterapia, caracterizado por la liberación de productos intracelulares que se presenta en los primeros 3 a 7 días de iniciada la terapéutica contándose con los criterios de Bishop para su diagnóstico con dos definiciones: por laboratorio y clínicos. La lisis tumoral produce el paso de productos intracelulares hacia la circulación sistémica, lo cual es capaz de generar graves disturbios del medio interno, en particular alteraciones iónicas severas y lesión renal aguda. Es particularmente excepcional en tumores sólidos y aun menos común en ausencia de terapia citotóxica. Se presenta

el caso de un Masculino de 71 años de edad con antecedente de hipertensión arterial sistémica de larga evolución en tratamiento con amlodipino así como diagnóstico de tumor neuroendocrino de recto de un año de evolución fuera de tratamiento quirúrgico en tratamiento con radioterapia así como análogo de somatostatina aplicación mensual, cuyo motivo de hospitalización es la presencia de evacuaciones diarreicas, líquidas, sin moco, sin sangre ni fétidas hasta en 5 ocasiones por día, acompañándose de debilidad generalizada, anorexia, somnolencia excesiva y disminución de volúmenes urinarios a la exploración física se encuentra con signos vitales TA 140/80 mmHg, FC 85 lpm, FR: 20 rpm, deshidratación de piel y tegumentos, estuporoso, signo de Chvostek y Trousseau presentes, resto sin alteraciones. Laboratorios: Leu 26.62, neutros 25.81, Linfos 0.25, Monos 0.38, HB 10.7 HTO 31.3, VCM: 81.9 HCM 28.0 Plaquetas 301, glucosa 163, urea 202.1, CREATININA 4.0, NA 137, K 6.49, CL 102.9, BUN 94.4, BT 1.5, BD 1.20, BI 0.29, TGP 13.9, TGO 19.2, DHL 1742, PT 4.9, ALBUMINA 2.3, FA 163, GGT 122, CK 222, MB 398, ACIDO URICO 15.9, FOSFORO 7.2, CA 7.9, creatinina basal 1.1 y acido urico de 7.2 un mes previo a su ingreso. Se realizó un FENA el cual se obtuvo con resultado menor a 1%, así como gradiente transtu-



bular de potasio mayor a 7 con evidencia de lesión renal aguda prerrenal y adecuada respuesta mineralocorticoide, Gasometría arterial de control con pH 7.42, PCO₂ 27, PO₂ 60, SAT 91%, HCO₃ 17.5, LACT 1.9, BE -6.3, examen general de orina con evidencia de cristales de urato amorfo +++++, no sugestivo de infección, tomografía simple de tórax, abdomen y pelvis sin datos de proceso infeccioso localizado, ultrasonido renal bilateral con relación corteza medula conservada, sin presencia de lesiones o masa ocupativas, contaba con aspirado de médula ósea de un mes previo a su hospitalización el cual se reportó normocelular, de acuerdo a los datos previamente comentados y de acuerdo a los criterios de Cairo-Bishop y una vez descartados procesos infecciosos se concluyó que el paciente cursaba con síndrome de lisis tumoral espontáneo al no contar con antecedente de terapia citotóxica reciente, 24 hrs posterior a su ingreso hospitalario presentó muerte súbita pese a que se encontraba en sus primeras 18 hrs de hospitalización con signos vitales dentro de parámetros normales y con mejoría parcial de la sintomatología. El síndrome de lisis tumoral es una de las pocas emergencias oncológicas que cuenta con una alta tasa de morbilidad y mortalidad cuando no es reconocida en etapas tempranas y no es manejada apropiadamente, la

incidencia de falla renal es de 25 a 38% y la mortalidad es de 5 a 14% siendo aun mayor estos porcentajes en tumores sólidos el cual debe ser identificado de forma inmediata para evitar desenlace fatal en el paciente oncológico, de ahí en presentar este caso que además de la lisis tumoral la presenta de forma espontánea

Palabras clave: neuroendócrino, lisis, tumoral, intracelular, hidratación, Bishop.

Folio: 0672

Tema: Gastroenterología

Lesión renal aguda asociada a mayor riesgo de mortalidad, en pacientes hospitalizados por pancreatitis aguda: estudio analítico

Sánchez Eduardo, Gonzaga Teresa Ivonne, Teran José Oscar, Angeles Abish, Blancas Luis Angel, Gomez Ana Laura, López Gerardo

Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos

Introducción: Dentro de las complicaciones más frecuentes en pacientes con pancreatitis aguda (PA) se encuentran: colecciones líquidas, necrosis pancreática, lesión renal aguda, shock distributivo. La escala "Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis" (BISAP) ha sido desarrollada para identificar pacientes con alto riesgo de mortalidad o severidad durante el curso de PA. En 2008 esta escala fue propuesta para el reconocimiento temprano de

pacientes en riesgo de mortalidad. Se demostró que la puntuación de BISAP es una herramienta confiable para identificar pacientes con PA con alto riesgo que puedan tener un desenlace desfavorable con una puntuación mayor a 3. Este estudio tuvo como objetivo determinar la asociación de las complicaciones agudas de la PA y la severidad según la escala de BISAP, así como el riesgo de mortalidad que implicaban.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y analítico. De 2008 a 2013 se evaluaron 229 pacientes mayores de 18 años de edad hospitalizados por PA y su desenlace clínico. Se realizó un análisis bivariado de tipo inferencial, se propuso el estadístico de prueba X² (Chi Cuadrada) para buscar una significancia estadística con una $p < 0.05$ y un nivel de confianza del 95 % así como la estimación de riesgo con la razones de verosimilitud para la relación de las siguientes variables: Edad > 60 años, Condición del Paciente (vivo o muerto) y Complicaciones mencionadas VS el puntaje BISAP obtenido en dos grupos: Riesgo Bajo (BISAP < 3) y Alto (BISAP ≥ 3) como predictor de gravedad en la PA.

Resultados: Específicamente, se obtuvieron 37 (17.1%) pacientes hospitalizados por PA, que cumplieron con criterios para lesión renal aguda. La asociaciones con X² (Chi Cuadrada) la cual fue de 63.407 valor

que rebasa el valor crítico a un 1 gl, muy significativa con una $p < 0.000$ que confirma la asociación entre el lesión renal y presencia de una pancreatitis con puntaje BISAP alto, en el caso del riesgo la razón de verosimilitud fue de 46.400 con un Riesgo de Mortalidad de 14 veces con una significancia < 0.000 más en el grupo de Riesgo Alto. Obteniendo así la X2 y un riesgo de mortalidad mayor en comparación con las demás complicaciones. **Conclusión:** El espectro de las complicaciones de la PA es muy amplio; no obstante, las más temidas son la necrosis pancreática y posteriormente el shock distributivo. Cabe desatacar el hallazgo de este estudio, donde la lesión renal aguda presentó mayor riesgo de mortalidad, incluso en comparación a estas dos complicaciones mencionadas. Por lo que es importante el estado de hidratación y la vigilancia de la función renal de manera temprana en la terapéutica.

Palabras clave: lesión renal aguda, pancreatitis aguda, BISAP, mortalidad.

Folio: 0674

Tema: Neurología

Leucoencefalopatía desmielinizante tóxica: revisión de un caso clínico

Torres Julián¹, Pérez Reynaldo¹, Herrera Alicia, Méndez Priscila Lucina²

¹ Hospital Central Militar; ² Hospital Juárez de México

El uso de medicamentos para perder peso y dieta con suplementos es común, pero los perfiles de seguridad para estas drogas son desconocidos. Se han publicado informes de toxicidad, por lo que el uso de estos agentes debe considerarse entre los diagnósticos clínicos diferenciales; informamos el caso de una paciente con leucoencefalopatía tóxica asociada con el consumo de un suplemento alimenticio para bajar de peso. Paciente femenina de 27 años de edad sin antecedentes de importancia, acude por cefalea bitemporal, opresiva de 1 mes de evolución, intensidad 6/10, escotomas, fotofobia, náuseas y vómitos de contenido gástrico. Se agregaron parestesias en brazo derecho y de ambas extremidades inferiores; disminución de 8 kg de peso y polimenorrea. Se realizó resonancia magnética simple y contrastada en su secuencia T1 (Imágen 1A) con región periventricular posterior, cuerpo caloso y sustancia blanca hipointensa. T2 y FLAIR (Imágen 1B y C) datos subjetivos de hiperintensidades generalizadas en sustancia blanca supra e infratentorial; en DW (Imágen 1D y E) restricción a la difusión de manera generalizada en sustancia blanca; con gadolinio reforzamiento generalizado de la sustancia blanca, sin respetar surcos cerebrales, colapso de los ventrículos laterales y del tercer ventrículo; cuarto ventrículo pequeño, concluyendo en

una Leucoencefalopatía. Al interrogatorio indirecto a familiar, refiere que la paciente llevaba 2 meses consumiendo medicamento para la reducción de peso. Se integró el diagnóstico de Leucoencefalopatía Desmielinizante Tóxica por ingesta de fármaco AVITIA (Thermatrim). Se inició tratamiento con Metilprednisolona 500 mg cada 24 hrs con notable mejoría. Se realizó RM (Imágen 1F y G), sin hiperintensidades de sustancia blanca, ni disminución del volumen cerebral. Se desconoce la fisiopatología de la leucoencefalopatía tóxica; sin embargo, se debe conocer la asociación entre los suplementos dietéticos y la misma.

Palabras clave: leucoencefalopatía desmielinizante tóxica, reducción de peso, suplemento alimenticio, edema cerebral, resonancia magnética, fármacos.

Folio: 0675

Tema: Neurología

Encefalopatía de hashimoto

Morales Guadalupe, Pérez José Renán, Piñeiro Claudia Monserrat
IMSS

Introducción: La encefalopatía de Hashimoto es una condición extremadamente rara, se han reportado muy pocos casos desde su descripción por primera vez en 1966. Las manifestaciones clínicas son propias de una encefalopatía con alteración cognitiva, mani-



festaciones neuropsiquiátricas, crisis convulsivas o déficit neurológico focal, se deben excluir otras causas de encefalopatía, estado eutiroideo o hipotiroideo, presencia de anticuerpos antitiroideos en suero, sin evidencia serológica de anticuerpos paraneoplásicos, ausencia de hallazgos específicos en neuroimagen y lo más importante respuesta a corticosteroides con recuperación completa o casi completa del estado neurológico basal.

Objetivo: Presentación de caso de encefalopatía de curso subagudo, hallazgos clínicos, de laboratorio e imagen en paciente con tiroiditis autoinmune.

Material y métodos: Femenino de 24 años, sin antecedentes patológicos. Inicia su padecimiento presentando estado epiléptico generalizado de reciente inicio con crisis focales, ameritó estancia en unidad de cuidados intensivos con asistencia mecánica respiratoria, egresada tras 2 semanas, con lamotrigina y fenitoína. 4 meses después desarrolló estado epiléptico generalizado, egresada con valproato, lamotrigina y oxcarbazepina, tras lo cual presenta deterioro cognitivo con alteraciones de memoria gradual, errores inexplicables en el trabajo, dependiente para actividades de la vida diaria, cuadro psicótico con alucinaciones visuales y auditivas, habla incoherente. Exploración: inatenta, desorientada, lenguaje inapropiado, escandido, no

calcula, alteraciones en memoria de trabajo y semántica. MOCA 9/30. Nervios de cráneo sin alteraciones. Fuerza 4+/5 global, clonus aquileo bilateral, temblor cinético distal en miembros torácicos, marcha con asistencia unilateral. Citometría, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de función hepática sin anormalidades, PCR de 2.8, ANAS, antiDNA, anti Ro, anti LA negativos, marcadores tumorales sin anormalidades, panel viral VIH, VHC, VHB no reactivos, TSH 38.6 μ UI/ml, anticuerpos anti NMDA, ANti GABA b, AMPA, mGLUR1, MGLUR5, LG1, CASPR 2 negativos, anti peroxidasa positivo 176.1 u/mmol (referencia < 34 u/mmol) anti tiroglobulina negativo, líquido cefalorraquídeo reportado acelular, con proteínas no valorables, glucosa 64. Electroencefalograma montaje longitudinal de ocho canales donde se observan ritmo de fondo limítrofe en rango alfa theta, con disfunción generalizada, no se observa actividad epileptiforme. Resonancia magnética de encéfalo sin anormalidades.

Conclusiones: El abordaje se realizó como una encefalopatía de curso subagudo, excluyendo las causas más frecuentes como infecciosas, metabólicas, isquémico, tóxico, autoinmune, degeneración primaria del sistema nervioso central, otras no tan comunes como enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, encefalitis límbica, ausencia de anticuer-

pos contra canales de potasio u otros paraneoplásicos. Pruebas de laboratorio e imagen normales, como hallazgo un estado hipotiroideo, anticuerpos antitiroideos elevados en plasma, iniciándose manejo con esteroides y sustitución con levotiroxina con mejoría gradual del cuadro clínico siendo egresada del servicio, seguimiento en la consulta externa, se suspendió gradualmente esteroide y tratamiento anti-epiléptico reincorporándose al medio laboral en condiciones normales.

Palabras clave: encefalopatía, subagudo, tiroiditis, autoinmune, antiperoxidasa, esteroides.

Folio: 0676

Tema: Endocrinología

Caso clínico: “costo beneficio, apego farmacológico y metas de control glucémico con el uso de herramienta educativa (REMAG 28D), agonista de GLP-1 de larga duración y metformina en el paciente con síndrome metabólico y DT2

Maldonado Itzel¹, Ceballos Jesús Carlos², Estrada Evelyn Yasmín², Domínguez Belinda Sthefani², Cervera Antonio¹, Cruz Miguel², Peralta José de Jesús²

¹ Centro de Especialidades Médicas del Sureste. Mérida Yucatán; ² Unidad de Investigación Médica en Bioquímica, Hospital de Alta Especialidad Dr. Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

La diabetes tipo 2 (DT2) es un síndrome complejo de causa múltiple, se ha reconocido que alteraciones en la producción y/o acción de las incretinas como el GLP-1, es relevante en su etiología. Las incretinas son hormonas producidas principalmente por las células L del intestino y su principal función es la secreción de insulina por el páncreas y la disminución en los niveles de glucosa en sangre, entre otros. Las incretinas son responsables del 50-70% de la respuesta insulínica total tras la ingesta en individuos sanos. **Caso:** Acude femenino de 51 años de edad, que acude por presencia de polifagia, polidipsia, poliuria, astenia y adinamia de 48hrs de evolución. Secretaria de profesión, sedentaria, alimentación regular en calidad y cantidad; AHF: padres con DT2; APP: Obesidad mórbida, Síndrome metabólico (SM), DT2 de 10 años de diagnóstico en tratamiento con acarbosa 50mg c/8h, metformina 850mg c/8h, y glibenclamida 5mg c/8h; glucosa capilar en ayuno de 250-300mg/dl, postprandiales promedio de 350mg/dl, Hipertensión arterial sistémica de 5 años de diagnóstico en tratamiento con enalapril 10mg c/12h. Exploración física: Peso 89.7 kg, Talla 1.5 m, IMC: 39.86 kg/m², FR 20 rpm, FC 88 lpm, TA 142/84 mmHg, Labs. Hb1Ac 10.19%. Se instaura tratamiento a base de análogo de GLP-1, (dulaglutida 0.75mg sol inyectable), semanal y metformina

850mg cada 24h nocturna con manejo nutricional, caminata diaria de al menos 30m, solicitamos además su registro y autoevaluación diaria de glucosa capilar (REMAG 28D, en fase indautor e implementación) para un mejor control, apego y educación al paciente sobre su padecimiento. A los tres meses de tratamiento presenta GA en promedio de 110-130mg/dl, y GP de 140-175 mg/dl, HbA1c 6,8%, TA en promedio de 130/80mmHg, así como una reducción de peso corporal total de 9 kg, reflejado en una disminución de 10% de grasa corporal total reportado por bioimpedancia. Se concluye que la paciente tuvo un mejor control glucémico y mayor adherencia con el REMAG 28D. La farmacoeconomía es una disciplina que incluye la evaluación económica de las tecnologías sanitarias, por medio de la selección de opciones con un impacto sanitario más positivo. Es importante ofrecer una terapia individualizada de acuerdo a la fisiopatología de la DT2 y costo beneficio, incluyendo medidas no farmacológicas. La educación al paciente, la monitorización glucémica y el uso de análogos de GLP-1 de larga duración en combinación nos ha permitido tener un mejor control glucémico en ayuno y posprandial del paciente, además de mejorar las comorbilidades relacionadas con la resistencia a la insulina y SM. La ADA/EASD

recomienda que el tratamiento sea centrado en el control glucémico y las comorbilidades presentes, disminuir el riesgo de hipoglicemia, el IMC, los efectos secundarios, la eficacia, el costo, y las preferencias del paciente. La AACE/ACE privilegia la seguridad terapéutica estableciendo como primeras opciones los AR-GLP1.

Palabras clave: diabetes tipo 2, educación, incretinas, postprandial, hemoglobina glicosilada, control glucémico.

Folio: 0677

Tema: Nefrología

Calcifilaxis. A propósito de un caso y revisión de la literatura

Chávez Rocío, Flores Cándido
Hospital Regional No. 2 IMSS.
CDMX

Introducción: La calcifilaxis o arteriopatía urémica calcificante, se caracteriza por una progresiva calcificación vascular con necrosis isquémica de los tejidos blandos, afecta a pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) con alteraciones del metabolismo fosfocálcico. El patrón anatomopatológico es una calcificación de la túnica media de las arteriolas cutáneas o de la grasa subcutánea, asociada a engrosamiento fibrointimal que disminuye la luz del vaso con trombosis de la luz del vaso. **Objetivo:** Sensibilizar al personal médico, mediante los datos clínicos, laboratorio e imagen de un paciente con ERC y calcifilaxis, para favo-



recer diagnóstico oportuno y manejo adecuado. **Material y método:** Masculino de 53 años, antecedentes de diabetes mellitus 2 (DM2) de 16 años de diagnóstico; ERC diagnosticada en noviembre 2017, en diálisis peritoneal intermitente (DPI), tratamiento con ácido fólico, insulina NPH, calcitriol y carbonato de calcio; en el mes de febrero se encuentra con Ca 6.9mg/dL, P 11.8 albumina 3.1mg/dL, producto calcio-fosforo (Ca x P = 80 mg/dL), PTH 632 pg/mL, radiografía de abdomen con calcificaciones vasculares en las arterias ilíacas. Ingresa a medicina interna el 26 de marzo 18 con cuadro de peritonitis asociada a diálisis. Laboratorios de ingreso con leucocitos 2400, Hb 8.5 g/dL, neutrófilos 90%, Calcio 6.1mg/dL, Fosforo 9 mg/dL, albumina 1.6 mg/dL (Ca x P = 75 mg/dL). Al tercer día de estancia, se agrega dolor 9/10 en muslo derecho, telangiectasias, lesiones marmóreas, eritema en piernas, crepitación al tacto, pulso poplíteo y pedio ausentes en ambos pies. Se efectúa tomografía que muestra gas que diseca haces musculares, con comunicación abdominal baja, compatible con fascitis necrotizante. Al quinto día, se agrega coloración violácea en falanges distales de tercero y cuarto dedos de mano derecha; radiografías de manos y pies con calcificaciones vasculares evidentes en pequeños y medianos vasos. **Discusión:** La

calcifilaxis es una patología rara, con una incidencia entre 0.01 y 0.05 % en hemodiálisis y 0.9% en diálisis peritoneal; tiene una mortalidad de 60 al 80 %. La patogénesis se han involucrado diversos factores de riesgo, como el hiperparatiroidismo secundario (PTH >450 pg/mL), una elevación del producto Ca x P superior a 55mg/dL, así como altas dosis de metabolitos activos de la vitamina D ya que estos aceleran la calcificación vascular. Algunos fármacos eficaces en el tratamiento de calcifilaxis son los bisfosfonatos. Otros manejos son la parotiroidectomía y aumento en el tiempo y sesiones de hemodiálisis. En este caso cuenta con un producto Ca x P elevado; hiperparatiroidismo secundario, así como calcificaciones vasculares diferentes regiones. **Conclusiones:** Se requiere la sospecha clínica para el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. Al identificar los factores de riesgo con pruebas simples de laboratorio e imagen, podemos evitar complicaciones y con ello mejorar la calidad de vida del paciente con ERC.

Palabras clave: calcifilaxis, enfermedad renal crónica, diálisis peritoneal, hemodiálisis.

Folio: 0678

Tema: Hematología

Síndrome nefrótico en paciente con linfoma no Hodgkin angioinmunoblástico de células T

Salcido Alejandro, Arvizu Rosa Icela, Farías Iris Camelia, Cerda Christopher, Iruegas Ángel Ricardo, Náñez Homero

Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario
Dr. José Eleuterio González

Descripción del caso: Masculino de 47 años, con antecedente de hidradenitis supurativa de 5 años de evolución, hipotoroidismo de 3 años, actualmente sin tratamiento. Inicia su padecimiento 1 año previo al presentar edema en miembros inferiores de instalación progresiva, síndrome anémico y pérdida de peso de 10 kg en los últimos 2 meses. A su ingreso se documenta elevación de azoados, anemia normocítica normocromica y acidosis metabólica, así como 5.4 g de proteína en recolección de orina de 24 horas, hipoalbuminemia (1.5 g/dl), realizando el diagnóstico de síndrome nefrótico. A la exploración física se palpan ganglios inguinales. Durante los primeros días de internamiento presenta episodios de hipoglucemia los cuales responden a planes de líquidos glucosados. En el ultrasonido renal se observan riñones disminuidos de tamaño, lobulados, sin respetar relación corteza-médula, así como presencia de edema peri-renal. Se inicia abordaje diagnóstico solicitando panel viral (VIH, VHB, VHC), ANAs, Anti DNA ds, Anti SM, P-ANCA, C-ANCA

los cuales resultan negativos, con niveles de complemento normal. Debido a la elevación de azoados, se decide colocar catéter para hemodiálisis agudo. Se interconsulta al servicio de Dermatología para manejo de hidradenitis activa, iniciando humectación de la piel afectada y tratamiento con doxiciclina sistémica. Se realiza TAC de tórax y abdomen en el que se reporta conglomerados ganglionares inguinales, retroperitoneales, para aórticos y pre traqueal así como líquido libre peri hepático y hueco pélvico. Se realiza biopsia de ganglio inguinal el cual reportó linfoma no hodgking (LNH) angioinmunoblástico de células T (marcadores positivos: CD 3, CD 4 Pdl-1, Bcl-2 local; maradores negativos CD 23 y CD 138). En conjunto con los servicios de Hematología y Nefrología, se decide iniciar ciclo de quimioterapia Ciclofosfamida, Doxorubicina, Etoposido, Vincristina y Prednisona (CHOEP). Posterior al inicio de quimioterapia, mejora la función renal, sin embargo continúa con elevación de azoados por lo cual se decide colocar catéter de hemodiálisis crónico. No se pudo realizar biopsia renal por presencia de riñones con edema. Se egresa con Enalapril 2.5 mg al día, Atorvastatina 40 mg al día, Caltrate 600 + D 1 tableta c/12 h, Carbonato de calcio 500 mg c/8 h, Doxiciclina 100 mg c/12h, Levotiroxina 100 mcg al

día, Ácido acetilsalicílico 100 mg al día y Eritropoyetina s.c. lunes y jueves. **Discusión:** Los linfomas de células T forman el 15% de los LNH, siendo el angioinmunoblástico de células T el más común. Su clínica suele ser de linfadenopatía generalizada, hepato-esplenomegalia, síntomas b, anemia, poliartritis. En este caso, el paciente presentaba una clínica de síndrome nefrótico, la cual podría ser secundaria al LNH. Así mismo la asociación de hipotiroidismo y la hidradenitis supurativa no son comunes.

Palabras clave: linfoma no Hodgkin angioinmunoblástico de células t, síndrome nefrótico, hipotiroidismo, hidradenitis supurativa.

Folio: 0679

Tema: Reumatología

Tumor fibroso solitario en un paciente con artritis reumatoide. Reporte de un caso

Díaz Dulce Karen, Flores Cándido, Pérez Elíseo, García Rafael
Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca, SSA Edo. de México

Introducción: El tumor fibroso solitario es una neoplasia poco común que representa el 8% de las neoplasias benignas del tórax y el 10% de los tumores pleurales. Generalmente se diagnostica como hallazgo, pues casi todos permanecen asintomáticos. Los datos sobre la presentación clínica, así como la historia natural se

derivan casi exclusivamente de series retrospectivas e informes de casos. **Objetivo:** Dar a conocer la presencia de un tumor solitario asociado a pleura en un paciente que ingresa para protocolo diagnóstico de artritis reumatoide. **Material y métodos:** Mujer de 38 años, enviada a nuestra institución por artralgiyas y artritis. Después de su evaluación se concluyó artritis reumatoide seropositiva (Factor reumatoide 28.2 UI/ml, péptido cíclico citrulinado 92.3 UI) con DAS-28 de 6.39 (actividad grave). Como parte del protocolo para el inicio de FARME se solicitó radiografía de tórax, donde se encontró en la región basal del hemitórax derecho, una imagen radiopaca, redondeada de 99.8 mm x 58.42mm, con bordes bien definidos, separada del diafragma y que no desplazaba el mediastino. En TAC de tórax se evidenció tumoración solida localizada en el lóbulo medio del hemitórax derecho, de 106 x 90 x 101 mm, con reforzamiento a la aplicación del medio de contraste. Fue sometida a toracotomía abierta y resección tumoral, el diagnóstico definitivo de patología fue tumor fibroso solitario. En cuanto al tumor fibroso solitario continúa en vigilancia, hasta el momento sin evidencia de recidiva. **Discusión:** Se presenta el caso de una paciente con tumor fibroso solitario de origen pleural el cual fue diagnosticado como hallazgo



cuando se inició el protocolo para el uso de FARME por el reciente diagnóstico de artritis reumatoide. El tumor fibroso solitario es una neoplasia rara, que se origina en diferentes membranas serosas, siendo el sitio principal de afectación la pleural. A menudo dicho tumor es asintomático, aunque se puede presentar con síntomas locales como tos, dolor torácico y disnea. El derrame pleural no es frecuente. En algunos pacientes se producen manifestaciones paraneoplásicas como hipoglicemia. La supervivencia para los tumores solitarios de pleura varía desde un 75% hasta un 100%. La mayoría de las recidivas aparecen en los primeros 24 meses después de la resección; pero pueden ocurrir, incluso, después de más de 15 o 20 años. **Conclusiones:** El tumor fibroso solitario pleural es una neoplasia poco común con pocos reportes de caso a lo largo del tiempo, usualmente asintomática, cuyo diagnóstico se presenta como un hallazgo casual en una radiografía de tórax como en el caso de nuestro paciente. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa y, puesto que el comportamiento biológico es impredecible, el seguimiento de los casos debe enfocarse a la detección precoz de la recurrencia local o la aparición de metástasis.

Palabras clave: tumor fibroso solitario, artritis reumatoide, neoplasia.

Folio: 0680

Tema: Neurología

Curso clínico de la neuropatía óptica inflamatoria crónica recurrente (CRION)

Molina Luis Enrique¹, Medina Gabriela², Lira Josehp³, Jimenez María del Pilar⁴

¹ Departamento de Neurología; ² Unidad de Investigación Clínica

Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social; ³ Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP); ⁴ Universidad Veracruzana (UV)

Introducción. Neuropatía óptica inflamatoria crónica recurrente (CRION): neuritis óptica (NO) idiopática, recurrente que responde a esteroides sistémicos con recaídas al disminuirlos o suspenderlos. Es diagnóstico de exclusión con esclerosis múltiple, neuropatía óptica granulomatosa secundaria a enfermedades como sarcoidosis, tuberculosis o infecciones. **Objetivo:** Describir el curso clínico de pacientes con diagnóstico de CRION vistos en el departamento de neurología del Centro Médico Nacional La Raza. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo, serie de casos. Se incluyeron pacientes mayores de 16 años, ambos sexos, con diagnóstico de CRION, con reporte de resonancia magnética (IRM) de cráneo y médula espinal,

evaluados por neurología. Los datos demográficos y clínicos, evolución y tratamiento se obtuvieron del expediente. Se empleó estadística descriptiva.

Resultados: Se analizaron 30 casos de CRION 24 mujeres y 6 hombres edad: 41.6 ± 10.5 años, mediana de evolución de 5 años, media de eventos de NO 2.79 ± 1.4 (rango 1 a 8). Manifestación inicial: dolor ocular en el 96.6% de pacientes, 90% tuvieron afección bilateral secuencial (inicio en un ojo siguiendo en el contralateral), anticuerpos anti-NMO: 80% fue negativo, 3% positivo y el resto (27%) no contaban con el estudio. IRM: 70% normal. Tratamiento inicial: 80% metilprednisolona, 7% rituximab, 7% interferón y 17% plasmaféresis. Tratamiento de sostén: 87% prednisona, 10% azatioprina y 100% ácido micofenólico. Agudeza visual: 50% mejoró y 50% con secuelas. Escala EDSS media de 2.91 (rango 2-3) y actual 2.03 (rango 0-3). **Conclusiones:** El diagnóstico oportuno de CRION es un reto diagnóstico, siendo esencial para prevenir secuelas y establecer el tratamiento adecuado.

Palabras clave: neuropatía, óptica, crónica, recurrente, esteroide, sistémico

Folio: 0681

Tema: Oncología

Coriocarcinoma de testículo y toxicidad pulmonar por bleomicina reporte de caso

Manzo Rodrigo Raúl, Almaraz Diana Aracely, Rico Jesus, Martinez Miguel Angel
Instituto Mexicano del Seguro Social

El cáncer testicular (CaT) es la neoplasia más frecuente en hombres de 15 a 35 años, con incidencia anual de 6/100,000. La criptorquidia aumenta 20 a 40 veces el riesgo relativo de CaT. El 95% de los CaT son de células germinales, se dividen en Seminoma (95% sobrevida a 5 años (S5a)) y No seminoma (90% S5a), de éstos, el coriocarcinoma (CCA) es 300 UI, y 20% con DA >500 UI. Masculino de 19 años, con criptorquidia sin tratamiento quirúrgico. El mes previo a su ingreso notó la presencia de nódulo cervical izquierdo, pérdida de peso de 5 kg, tos disneizante y malestar general. Presentó adenopatías cervicales, criptorquidia izquierda, saturación de oxígeno (SO₂) de 98%, resto de la exploración sin destacar. Resultados de relevancia: Alfa feto proteína 7279.65 ng/ml, HGC beta 672.72 mUi/ml, antígeno carcinoembrionario 1.09 ng/ml, deshidrogenasa láctica 1995 Ui/l. Radiografía de tórax (RxT) con radiopacidades en "bala de cañón". Tomografía computarizada (TC) mostró masa tumoral pélvica y metástasis en pulmón, sin afeción propia del parénquima. Reporte de biopsia: neoplasia germinal bifásica: coriocarcinoma y saco vitelino, necrosis con patrón sincitial.

Inmunohistoquímica: tumor germinal mixto, maligno con coriocarcinoma embrionario y tumor de saco vitelino. Estadio: T4N3M1aS2. Inició Bleomicina 30 UI d2,8,15, Etoposido 100mg/m² d1-5, Cisplatino 20mg /m² d1-5, por 3 ciclos. Tuvo respuesta parcial por criterios RECIST, aún con marcadores tumorales elevados. Apareció pigmentación generalizada en piel y, al terminar esquema primario, con una DA de 270 UI de bleomicina, presentó disnea progresiva, con necesidad de oxígeno suplementario. La nueva RxT mostró retracción de las estructuras mediastínicas a la derecha, opacidades reticulares en los cuatro cuadrantes. Su gasometría arterial con presión arterial de oxígeno en 63 mmHg, saturación arterial de oxígeno 87%. La TC de alta resolución reportó afectación pulmonar generalizada, reticulación evidente con imagen en "panal de abeja" y quistes de predominio en pulmón derecho. El paciente no cumple con los factores de riesgo clásicamente asociados a daño pulmonar inducido por bleomicina (DPIB) como edad avanzada y DA >400 UI, además de haber evolucionado rápidamente el daño pulmonar. Al momento no existen criterios estandarizados para el diagnóstico de DPIB, especialmente cuando no se usa como monoterapia y no hay una guía de adecuación de la dosis de bleomicina en pacientes con enfermedad pulmonar.

Palabras clave: coriocarcinoma, neumonitis, bleomicina, cancer testicular, dosis acumulada.

Folio: 0682

Tema: Gastroenterología
Linfangiomatosis intestinal: revisión de un caso clínico

Torres Julián, Cerda Eira, Mora Isabel, Rebollo Victoria
Hospital Central Militar

Los linfangiomas son una displasia congénita del tejido linfático, su origen es un desarrollo anormal de los vasos linfáticos. Raros en mayores de 20 años con incidencia de 1:250,000, afectan al mesenterio del intestino delgado (70%) e íleon (50-60%). La mayoría son asintomáticos o simulan abdomen agudo. Su diagnóstico es histopatológico. Masculino de 39 años sin antecedentes de importancia, con hemorragia de tubo digestivo alto inactivo, requirió hemotransfusión, con caída permanente de la hemoglobina (7.2 g/dl), en endoscopia con gastropatía no erosiva leve de antro y colonoscopia con pólipo sénil de 4mm en sigmoides, a 20cm del margen anal. Se realizó enterotomografía con aumento de volumen y densidad del mesenterio, ganglios mesentéricos, signo del "halo", engrosamiento concéntrico de íleon, disminución de la luz, mucosa esfacelada 50cm proximal a la válvula ileocecal, calcificaciones en mesenterio. LAPE con resección de íleon



distal más hemicolectomía derecha más entero-entero anastomosis latero-lateral, con hallazgos transoperatorios; adherencias y masa de 20 cm de diámetro con involucro de mesenterio. Reporte histopatológico de linfangiomatosis mesentérica. La presentación clínica de la linfangiomatosis es variable, se diagnostica accidentalmente o por laparotomía. Nuestro paciente inició con hemorragia de tubo digestivo alto, por infiltración de linfangiomas a estructuras vecinas. Histopatológicamente se caracterizan por espacios linfáticos de diverso tamaño y forma, tapizados de endotelio aplanado que expresa CD31; rodeados por fascículos incompletos de músculo liso. El pronóstico es bueno con resección completa; si no es posible, por el tamaño, localización profunda o infiltrados intraabdominales en arterias o vena cava, la opción es resección parcial con marsupialización. En este paciente se realizó resección completa, lo que hace casi nula la recurrencia del quiste.

Palabras clave: linfangiomatosis intestinal, linfangioma, displasia congénita, sangrado de tubo digestivo, linfangiomatosis mesentérica, signo del halo.

Folio: 0683

Tema: Oncología

Derrame pleuro-pericárdico asociado a germinoma mediastinal. Reporte de caso

Rodríguez Judith¹, Mendoza Sergio Alberto¹, De Santiago José Martín¹, Camacho Marco Antonio¹, Segura Alfredo², Sánchez Daniela¹, Cruz José Eduardo¹

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Departamento de Anatomía Patológica UMAE Especialidades CMN La Raza, IMSS

Introducción: La patología tumoral del mediastino anterior es muy amplia, su caracterización mediante técnicas de imagen es difícil. En el 75% de las lesiones se incluyen tumores germinales, linfomas, timomas y bocios tiroideos.

Objetivo: Presentar un caso de derrame pleuro-pericárdico severo asociado a germinoma mediastinal. **Caso:** Hombre, 18 años. Cuadro clínico de 7 meses con tos seca y pérdida ponderal no intencionada de 13 kg. Se agregan adenopatías cervicales derechas y diaforesis nocturna. Un mes previo a su ingreso presenta disnea de medianos esfuerzos progresiva así como red venosa colateral en tórax anterior. Protocolo inicial en medio privado, ultrasonido cervical evidencia adenopatías y radiografía de tórax ensanchamiento mediastinal por lo que es referido a su unidad de adscripción donde la tomografía simple de tórax reporta tumor mediastinal anterior. Se refiere a tercer nivel para valoración por Hematología quienes indican toma de biopsia e inicio

de citorreducción con dexametasona. Exploración física: facies edematosa, cuello con adenomegalia derecha visible a simple vista, a la palpación no dolorosa, fija, indurada. Tórax red venosa colateral en cara anterior, integra síndrome de derrame pleural derecho, ruidos cardiacos de baja intensidad. Abdomen asignológico. Genitales sin tumores testiculares palpables, no adenopatías inguinales. Laboratorios: glucosa 68, creatinina 0.85, sodio 138, potasio 3.9, ALT 29, DHL 769, albúmina 4, hemoglobina 15.8, leucocitos 5400, plaquetas 302000. Tomografía simple de tórax: tumor de mediastino, 45 UH, de 143x112x127 mm, calcificaciones gruesas hasta 62 UH y áreas de necrosis en su interior. Actividad ganglionar cervical y axilar bilateral, predominio derecho. Derrame pleural derecho del 60%. Derrame pericárdico. Trayectos subcutáneos en pared torácica por compresión de origen vascular. Ecocardiograma transtorácico: derrame pericárdico de 2000 cc con compromiso hemodinámico y mecánico. Evolución con compromiso hemodinámico y respiratorio secundario a derrame pericárdico, se realiza pericardiocentesis con drenaje de 1000 cc de líquido serohemático. Citológico de líquido pericárdico sin células malignas, cultivos sin desarrollo. Biopsia excisional de ganglio cervical derecho nivel IV: panel

inmunoquímico negativo a CD30, CD15, CD20 y LMP1, Ki67 50% compatible con metástasis de tumor de células germinales. Fallece posterior a toma de biopsia. **Conclusión:** Los tumores de mediastino anterior en raras ocasiones son capaces de provocar perforación de estructuras adyacentes (pulmones, bronquios, pleura y pericardio) y menos frecuente es su asociación como en este caso.

Palabras clave: germinoma, derrame pleuro-pericárdico, síndrome de vena cava superior, tumor mediastinal, metástasis.

Folio: 0684

Tema: Oncología

Tumor de Frantz-Gruber, presentación de un caso en un hombre de mediana edad

Rivera Karina Angelica, Cruz Itzel, Arteaga Ricardo Jesus, Meza Nayeli

Hospital General Dr. Gaudencio González Garza CMN La Raza

El tumor de Frantz-Gruber representa el 1-2% de todas las neoplasias exocrinas del páncreas, siendo mayor la incidencia en mujeres jóvenes, con promedio de edad de 20 años probablemente asociado a factores hormonales. Se presenta el caso de un hombre de 37 años con antecedente de Esófago de Barret diagnosticado en 2017, sin tratamiento. Refiere 2 hospitalizaciones previas en los últimos 6 meses por

diarrea crónica, manejado únicamente de forma sintomática. Acude a urgencias por hiporexia y dolor abdominal de 1 semana de evolución tipo cólico, intensidad moderada en mesogastrio con irradiación inicial a hipocondrio derecho para posteriormente generalizarse a todo el abdomen. Niega saciedad temprana, atenuantes o exacerbantes del dolor y fiebre. Al interrogatorio dirigido refiere pérdida de peso de 10 kg en 1 año no intencionada. Es manejado inicialmente con AINEs sin mejoría, por lo que acude a nuestra unidad. A su ingreso se encuentra con abdomen distendido y discreta resistencia muscular, dolor de baja a moderada intensidad a la palpación media y profunda, sin datos de irritación peritoneal o respuesta inflamatoria sistémica. Estudios de laboratorio (Biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, amilasa y tiempos de coagulación) dentro de la normalidad. Se realiza USG abdominal con hallazgo de lesión en cola pancreática irregular de bordes parcialmente definidos, heterogénea de predominio hipocogénica, diámetro de 75 mm, volumen de 208cc, con flujo vascular al doppler. Se solicita TAC simple y contrastada con reporte de tumoración dependiente de cola de páncreas, con realce heterogéneo y difuso, con zonas de necrosis. Se realiza BAAF guiada por TAC con re-

porte histopatológico de células atípicas de aspecto epitelial, siendo compatible con diagnóstico de tumor pseudopapilar de cola del páncreas. Es enviado a oncología donde se encuentra en espera de tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Frantz-Gruber, pseudoquistico papilar, páncreas, tumor.

Folio: 0685

Tema: Neurología

Evento vascular cerebral isquémico de causa desconocida en paciente joven

Aguñiga Ariana, García Laura Anahí, Mondragón Hector, Mondragón Lidia Aurora, Anderson Jessica Valeria, Morgan Diana Selene

Hospital Central Norte de Pemex

Introducción: 15% del total de eventos vasculares cerebrales (EVC) ocurren en jóvenes. El diagnóstico continúa siendo un reto por la falta de conciencia y su baja frecuencia. Las causas pueden ser heterogéneas y poco comunes, resultando en áreas inciertas para el diagnóstico y dificultando el tratamiento.

Objetivo: Presentar un caso que ejemplifica el reto diagnóstico y las posibles etiologías que pueden causar o simular un EVC en paciente joven debido a la baja frecuencia de presentación. **Presentación del caso:** Femenina de 27 años de edad, con antecedentes de Gesta 1, cesárea 1, abortos 0. Portadora



de hipotiroidismo de 9 años de diagnóstico sin tratamiento. Niega toxicomanías y uso de anticonceptivos. Inicia una semana previa con cefalea pulsátil frontal y occipital que condiciona postración sin ceder con analgésicos acompañada de fotofobia, náusea y vómito; hospitalizada con diagnóstico de infección de vías urinarias recibiendo tratamiento. Por presentar cefalea intensidad 10/10 y somnolencia se realiza TAC de cráneo simple sin reportar alteraciones. Ingresa por presentar cefalea retro ocular de intensidad 9/10, con síncope, alteraciones para emitir lenguaje y habla incoherente, somnolencia, disminución en la movilización de hemicuerpo izquierdo con movimientos anormales en brazo derecho y fiebre. A la exploración física: TA: 110/70 mmHg, FC 70 lpm, FR 16 rpm, temperatura 37.3°. Somnolienta, abúlica, repitió, nominó, calculó y escribió con dificultad. Nervios del cráneo sin alteraciones, excepto par XI: no eleva hombro izquierdo. Fuerza de extremidad torácica derecha 4+, extremidad torácica izquierda 1+, resto del cuerpo 2+. Hipotonía de hemicuerpo izquierdo. Reflejos miotáticos +++. Babinsky + bilateral. Retira al estímulo noiceptivo en hemicuerpo derecho. Cerebelo no valorado. Rigidez de nuca. Movimientos estereotipados en mano derecha. Atáxicos presentes. Punción lumbar descarta neuroinfección. Electrocardio-

grama, ecocardiograma y USG de vasos del cuello sin alteraciones. TAC de cráneo con sospecha neoplasia vs EVC por lo que se realiza biopsia de encéfalo, reportando infarto cerebral isquémico. Leucocitos 10.5 x10³/μL, neutrofilos 9 x10³/μL, Hb 12.10 g/dl, plaquetas 319 mil. Glucosa 112. Sodio 138 mEq/L, potasio 3.3 mEq/L, cloro 100 mEq/L. TP 18.9 seg, TPT 32.4 seg. TAC de cráneo simple: EVC isquémico en territorio de arteria cerebral anterior derecha. Anticuerpos anticardiolipina, anti beta 2 GPI, anticoagulante lúpico y ANA's negativos. **Conclusión:** A pesar de las mejoras en el diagnóstico y tratamiento el EVC isquémico en adultos jóvenes permanece siendo un evento catastrófico causando muerte y discapacidad. Al abordar esta patología se presenta un reto para identificar la causa (cardioembolismo, disección arterial en la mayoría de los casos), requiriéndose pruebas específicas para descartar patologías poco frecuentes (vasculitis, trombofilia, etc.) permaneciendo en algunas ocasiones un origen indeterminado, o identificando patologías que pueden simular un EVC.

Palabras clave: EVC, paciente, joven.

Folio: 0686

Tema: Infectología

Neumonía de focos múltiples por *Fusobacterium mortiferum*, reporte de caso

Fernandez Antonio, Sánchez Carmen Alicia, Camino Emanuel, Juárez Eduardo, Ezquerro Alejandro, Hermosillo Brenda Alejandra

Grupo Ángeles Hospital Ángeles Mocel

Introducción: *Fusobacterium mortiferum* bacilo Gram negativo anaerobio obligado se considera como parte de la microbiota de la cavidad oral, bajo circunstancias poco claras la enfermedad periodontal puede llegar a generar bacteriemias, provocando infecciones complicadas, sin embargo existe poca literatura al respecto ya que no se suele aislar en cultivos, otras especies de *Fusobacterium* como causantes de enfermedad diseminada.

Objetivo: Reportar un caso clínico de neumonía causada por *Fusobacterium mortiferum*

Presentación del caso: Paciente masculino de 48 años con único antecedente de índice tabáquico de 10, enfermedad por reflujo gastroesofágico en tratamiento con omeprazol 20 mg desde hace 4 años con mal apego, quien acude por presentar una semana de evolución un cuadro caracterizado por fiebre vespertina presentando temperatura entre 38.5°C y 39.0°C, acompañado de tos sin expectoración de predominio nocturno, sin presentar otra sintomatología, a su ingreso con laboratorios 16,100 10³/uL leucocitos, neutrofilia 12,800 10³/uL, procalcitonina: 0.14ng/

ml, se solicitó tomografía de tórax encontrando 8 nódulos pulmonares, 5 en pulmón derecho y 3 en pulmón izquierdo de los cuales uno se encuentra con cavitación, se programa para toma de biopsia la cual reporta contenido purulento, con posterior identificación de *Fusobacterium mortiferum*, se inició tratamiento empírico con levofloxacino 750mg cada 24 horas durante 7 días, se realiza tomografía de control donde se observan disminución del tamaño de los nódulos pulmonares, el paciente es dado de alta por mejoría. **Conclusiones:** *Fusobacterium mortiferum* es una etiología a descartar durante el abordaje de fiebre ocupa menos del 1% de las causas de bacteriemia con émbolos sépticos, se debe de sospechar sobre todo si existe enfermedad periodontal además es importante realizar diagnóstico diferencial con otras causas más comunes que pueden generar nódulos pulmonares de diversas etiologías **Palabras clave:** *Fusobacterium*, nodulos pulmonares, absceso, fiebre, leucocitosis, tomografía.

Folio: 0687

Tema: Endocrinología

Feocromocitoma bilateral como manifestación inicial de neoplasia endocrina múltiple tipo 2A. Reporte de caso

Rios Adriana Gabriela, Salazar David, Ochoa Guadalupe Montserrat, Palomera Emmanuel, Machuca Michel, Torres Santiago, Macias Diego Jarek

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: Neoplasia endocrina múltiple tipo 2A (NEM2A) es una enfermedad autosómica dominante con una prevalencia de 1 cada 30,000, que se caracteriza por formación de tumores multicéntricos en tiroides, paratiroides y glándulas suprarrenales. El defecto genético involucra el proto-oncogén RET en el cromosoma 10. La NEM2A se subclasifica en 4 diferentes variantes, siendo su variante más común la clásica presentándose con carcinoma medular de tiroides en un 90% de los casos, feocromocitoma en 10-50% e hiperplasia de paratiroides primaria en 10-20%. **Objetivo** Presentar caso clínico de una paciente con Feocromocitoma bilateral como manifestación inicial de neoplasia endocrina múltiple tipo 2A.

Caso clínico: Femenina de 25 años quien acudió a valoración médica por cuadro caracterizado por palpitaciones, dolor torácico y cefalea. Antecedente de episodios similares de palpitaciones, diaforesis, palidez, disnea, cefalea e hipertensión arterial intermitente desde los 16 años los cuales han ido aumentando de manera progresiva en frecuencia e intensidad en los últimos años. A su ingreso signos vitales con taquicardia e hipertensión, agitada, rubicundez facial, y diaforética, resto sin alteraciones. Se solicitaron metanefrinas séricas las cuales

de reportaron en 9,573 pg/ml. Se realizó TAC abdominal en la cual se observaron tumoraciones suprarrenales bilaterales, confirmando principal sospecha diagnóstica. En el USG de cuello se observó en lóbulo izquierdo nódulo de aprox. 1x2 cm heterogéneo con calcificaciones y en lóbulo derecho nódulo de aprox. 1x1 cm. Se realizó biopsia de lesiones la cual se reportó con elementos epiteliales foliculares atípicos compatibles con carcinoma medular de tiroides (CMT), además de niveles de calcitonina elevados. Por otra parte se reportó hipercalcemia leve con PTH anormalmente normal, integrando diagnóstico de NEM2A con feocromocitoma bilateral, CMT e hiperparatiroidismo primario. Se realizó adrenalectomía bilateral y tiroidectomía total en dos tiempos, con remisión de sintomatología y control de tensión arterial. Actualmente en tratamiento con Fludrocortisona, Levotiroxina e Hidrocortisona. **Conclusiones:** La importancia de presentación del caso, se debe al diagnóstico oportuno de hipertensión arterial secundaria para la prevención de complicaciones y la realización de screening para descartar NEM2 en pacientes con feocromocitoma, a pesar de raramente presentarse como primera manifestación de NEM2, comúnmente precedido por CMT. Al contrario de la presentación común de feocromocitoma esporádico, en



pacientes con NEM se presenta en un 30-100% de manera bilateral, por lo que se deben evaluar ambas glándulas suprarrenales, además de realizar estudio de imagen tiroideo, niveles de calcitonina, calcio y paratohormona.

Palabras clave: NEM2A, feocromocitoma, carcinoma medular de tiroides, hiperparatiroidismo.

Folio: 0688

Tema: Reumatología

Parry Romberg, un síndrome neurocutáneo: presentación de 3 casos clínicos

Zaldivar Nedelé, Olvera Arturo, Carreño Paulina, Camacho Marco Antonio, Medina Benjamin, Duarte Alma

Instituto Mexicano del Seguro Social CMN La Raza

Introducción: El síndrome de Parry Romberg (SPR) se caracteriza por hemiatrofia de piel, tejido subcutáneo, músculo y huesos del cráneo. Su incidencia es baja, con curso progresivo y lento. Se desconoce etiología, pero se ha asociado a diversos factores. Su presentación involucra manifestaciones dermatológicas, musculoesqueléticas y neuropsiquiátricas. El tratamiento se basa en estrategias médicas, como esteroides e inmunomoduladores con el objetivo de frenar la progresión, y quirúrgicas, como reconstrucción facial o regeneración volumétrica para corregir la apariencia y función de estructuras faciales.

Se presentan tres casos de SPR con características representativas de la enfermedad. **Casos clínicos:** 1) Mujer de 41 años, con atrofia supraciliar derecha, diagnosticada inicialmente con esclerosis en golpe de sable. Evolucionó con discromía y atrofia de tejido celular subcutáneo en hemicara derecha con extensión a hombro ipsilateral, crisis convulsiones y cefalea. La RM reportó vasculitis de SNC. Se concluyó diagnóstico de SPR. Se indicó tratamiento anticomicial, así como azatioprina y metotrexate, con control de la enfermedad al año de tratamiento. Se realizó injerto graso en frente, mentón y hombro. 2) Mujer de 43 años, inició a los 8 años, posterior a traumatismo craneoencefálico, con dermatosis no especificada en región parietal derecha que progresó con alopecia, atrofia y deformación ósea en área supraciliar ipsilateral. A los 19 años presentó parálisis facial periférica ipsilateral y requirió de blefaroplastía en 3 ocasiones. A los 27 años se realizó rinoplastía. Cursó con depresión y cefalea. A los 40 años se confirmó SPR por evolución y biopsia compatible. La TAC reportó hemiatrofia parenquimatosa cerebral derecha y la RM vasculitis de SNC ipsilateral. Recibió tratamiento con metilprednisolona, seguida de ciclofosfamida con respuesta al 1 año de tratamiento. 3) Mujer de 36 años, inició a los 4 años con mancha hipocrómica en

región frontal derecha, evolucionó con hundimiento lineal y alopecia. Diagnosticada como esclerosis en golpe de sable. Recibió dapsona y griseofulvina hasta los 14 años, progresando con zona hipercromica en región mandibular, esclerosis dérmica, deformidad ósea y atrofia hemifacial ipsilateral, tratada con prednisona, suspendida por síndrome de Cushing. La TAC y RM con lesión parenquimatosa y vasculitis en SNC concluyéndose SPR. Evolucionó con extensión ocular derecha, disminución de la agudeza visual monocular ipsilateral y cefalea hemicraneana incapacitante. El tratamiento incluyó metilprednisolona seguida de prednisona y metotrexate. Presento recaída al año, por lo que se inició ciclofosfamida. El tratamiento quirúrgico fue colocación de placa por disfunción temporomandibular, lipoinyecciones en 4 ocasiones, rinoplastía e injerto de cabello. **Conclusiones:** A pesar de ser una enfermedad rara, las manifestaciones clínicas son determinantes del diagnóstico e inicio temprano del tratamiento médico y quirúrgico.

Palabras clave: Parry-Romberg, hemiatrofia facial, esclerosis, cefalea, atrofia cerebral, vasculitis.

Folio: 0689

Tema: Oncología

Reporte de caso: tamponade cardiaco como manifestación inicial de mesotelioma epitelioido

Mora Cecilia¹, Mendoza Héctor Augusto¹, García Valeria¹, Sánchez Fernando¹, Porras Fany Iris², Narvaez Carlos¹

¹ ISSSTE; ² Instituto Nacional de Cancerología

Hombre de 62 años originario y residente de la Ciudad de México, casado, católico, comerciante, carga genética para cardiopatía isquémica, diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica. Tabaquismo intenso a lo largo de 40 años con un índice tabáquico de 40 paquetes/año, tabaquismo pasivo positivo durante 42 años, etilismo social. Crónico-degenerativos, alérgicos, transfusionales, quirúrgicos: negados. Inicia una semana previa a su ingreso con ortopnea, tos paroxística nocturna, mareo y disnea de pequeños esfuerzos que progresa hasta presentarse en reposo. Se agrega una semana después dolor retroesternal opresivo EVA 7/10 sin atenuantes, exagerantes ó irradiaciones por lo que acude a valoración al servicio de urgencias donde inicialmente se evidencia saturación capilar de 83%, se solicita radiografía de tórax en la cual se evidencia cardiomegalia grado III con índice cardiorádico de 0.63, se inicia oxigenoterapia y manejo con broncodilatadores sin embargo paciente persiste con polipnea y cianosis central. Se solicita valoración por servicio de cardiología realizándose ecocardiograma transtorácico en el que se ob-

serva derrame pericárdico de aproximadamente 1600 cc, movilidad global alterada y pulso paradójico de 20 mmHg con datos de inestabilidad hemodinámica TA 70/50 PAM 56mmHg FC 120 lpm Fr 24 rpm y SatO₂ capilar 86%. Se realiza pericardiocentesis obteniendo 180 cc de material hemático no coagulable. A la exploración física consciente, orientado, palidez de tegumentos, ingurgitación yugular grado II, área pulmonar con amplexión y ampliación disminuidas, estertores bibasales, adecuada transmisión de vibraciones vocales a la percusión claro pulmonar. Ruidos cardiacos velados, sin fenómenos acústicos agregados. Se realiza ventana pericárdica con toma de biopsia pleural, pulmonar y pericárdica. 17/01/18 Radiografía de tórax: A nivel de parénquima pulmonar cefalización de flujo, aumento de trama broncoalveolar parahiliar derecha sin datos de derrame pleural, cardiomegalia grado III, índice cardiaco de 0.63, crecimiento global de cavidades. 21/01/18: Ecocardiograma VI: FEVI 55%, movilidad global alterada por presencia de derrame pericárdico de aproximadamente 1600cc, AD: con colapso diastólico del 30%. Electrocardiograma: Ritmo sinusal FC 100 LPM, EJE +30° P 0.08 PR 0.16 ST Sin desnivel positivo, sin datos de isquemia ó necrosis. Bajo voltaje. 22/01/18: Leu 14.82

Neu 13 Hb 13.1 Pl 283 Glucosa 90 Urea 152 Cr 1.2 Na 137 K 5.8 LDH 745 BNP 658 23/01/18 Tomografía simple y contrastada cervical, torácica, abdominal: Sin evidencia de crecimientos ganglionares, se aprecia derrame pericardio residual. 30/01/18: Cultivo de líquido pericardico: sin desarrollo // Tinción Ziehl Neelsen sin datos de bacterias ácido-alcohol resistentes. 31/01/18 Perfil tiroideo: T3

Palabras clave: tamponade, mesotelioma epiteliode, calretinina, Beck, pericardio.

Folio: 0690

Tema: Otros

Reporte de un caso: derrame pleural derecho como presentación de leiomiomas pulmonar primario

Mendoza Hector Augusto, Mora Cecilia, García Valeria, Gomez Damayanty, Macias Ana Patricia, Solis Damayanty
ISSSTE

Introducción: El sarcoma pulmonar primario es un tumor maligno muy raro, representa menos del 0.5% de los tumores de pulmón. Los tres principales sarcomas son: leiomiomas, histiocitoma fibroso maligno, y sarcoma sinovial. Los leiomiomas se presentan con una edad media de 50 años, mayormente en pacientes asintomáticos. El diagnóstico histopatológico por la proliferación de husos celulares, típicamente las células tumo-



rales muestran atipia celular, aumento en mitosis, y núcleos afilados. Nombre: PPMT Sexo: Femenino edad: 51 años. Antecedentes heredofamiliares: Carga positiva para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, y una hermana fallecida por cáncer cervicouterino. Antecedentes patológicos: Diagnóstico de acalasia y gastritis crónica erosiva desde 2003, quirúrgicos positivos a apendicetomía a los 15 años, oclusión tubaria bilateral en 1996, funduplicatura gástrica en 2003, histerectomía en 2011 secundario a miomatosis uterina. Alérgicos: A sulfas y penicilina. Padecimiento actual: Lo inicia hace 1 año al presentar debilidad y disminución de la fuerza muscular, sin embargo en los últimos 45 días presenta astenia, adinamia, y disnea de medianos esfuerzos, además de pérdida de peso de 3kg y picos febriles de predominio vespertino, agregándose dolor a nivel de escapula derecha con irradiación a región lumbar y miembro pélvico derecho, por lo que se realiza usg renal donde se encuentra con derrame pleural derecho incidental. Se solicita radiografía de tórax donde se observa con derrame pleural derecho aproximado del 90%, A la exploración física se encuentra paciente matidez a la percusión en hemitórax derecho, con abolición de vibraciones vocales, sin murmullo vesicular audible, integrando síndrome de de-

rrame pleural aproximado de 90%, Se realiza toracocentesis el día 27/Febrero/2018 con drenaje de 850 cc de líquido serohemático y se coloca sonda endopleural a succión, sin embargo por disfunción de la misma y ante evidencia tomográfica de lesiones pulmonares se programa para toma de biopsia a cielo abierto el día 20 de marzo 2018, donde se realiza toracotomía posterior lateral derecha, liberación pulmonar, toma de biopsia, decorticación parcial, y colocación de sondas endopleurales, se disminuye derrame pleural, se retiran sondas de drenaje y se envía a seguimiento por la consulta de oncología médica.

Folio: 0691

Tema: Reumatología

Manifestaciones cutáneas atípicas en un caso de dermatomiositis

Rojas Eduardo, Vargas Francisco Javier, Saenz Mauricio, Peralta Ana Lilia

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: Las miopatías inflamatorias son el principal grupo de causas adquiridas de debilidad muscular, de estos la dermatomiositis se caracteriza por debilidad muscular progresiva, simétrica con dificultad progresiva para realizar tareas cotidianas en los que se usan músculos proximales, aunado a eritema que puede o no ser

típico. **Caso clínico:** femenino de 49 años, con debilidad muscular proximal simétrica progresiva no dolorosa de cintura pélvica y escapular 6 semanas de evolución, limitación para vestirse y peinarse, subir escaleras, levantarse de la cama, con lesiones eritematosas en región interescapular y eritematovioláceas, pérdida de peso, sin fiebre, diaforesis, piel seca, intolerancia al frío o consumo de fármacos; se inició abordaje de paciente con miopatía proximal de inicio crónico según el grupo etario, descartando distrofias musculares, perfil tiroideo, calcio, potasio, fósforo, anti Sm, anti DNA doble cadena, parathormona normales, CK de 10,280, función renal conservada, ante la presencia de miopatía proximal, eritema violáceo en el rostro y elevación de CK, se sospechó en dermatomiositis, electromiografía con datos de neuromiopatía de predominio proximal, biopsia muscular con infiltrado inflamatorio de predominio perimisial, anti-Jo 1 +, se confirma diagnóstico, dada su asociación con procesos neoplásicos se realizó TC toraco abdomino pélvica sin evidenciar lesión tumoral, se inició tratamiento con esteroide respondiendo favorablemente, actualmente la paciente se encuentra incorporada a sus actividades de la vida diaria. **Discusión:** las lesiones dérmicas, ocurren concomitantemente a la miositis en

menos del 50% de los casos. Las lesiones dermatológicas pueden dividirse en 7 tipos: patognomónicos, característicos, compatibles, poco comunes, raros, recientemente descritos y no específicos, de los cuales la paciente cuenta con eritema maculo violáceo sobre la frente la cual es un dato característico, destacando que no cuenta con pápulas o eritema de Gottron que son patognomónicos y es la presentación dermatológica clásica en 60-80% de los casos. Se inició tratamiento con pulso de metilprednisolona y metotrexate con mejoría de la fuerza muscular, en este sentido, los pacientes que responden adecuadamente al tratamiento se asocian a mejor pronóstico; en este caso se envió a la consulta externa para seguimiento y ajuste de la dosis de los fármacos. **Conclusión:** las manifestaciones cutáneas predominan en zonas foto expuestas, existen en el 50% de los casos, el eritema en cara con erupción en heliotropo, con eritema en lecho ungueal sobre la cabeza de los metacarpos, patognomónico cuando es maculopapuloso con tonalidad púrpura (pápulas de Gottron). Cabe destacar que puede existir compromiso de musculatura faríngea, diafragmática aumentando riesgo de neumonía por aspiración, pérdida importante de peso sin estar asociado a proceso neoplásico, el anti-Jo 1 es el anticuerpo específico de miopatía más frecuente.

Palabras clave: dermatomiositis, miopatía, biopsia, manifestaciones, cutáneas, atípicas.

Folio: 0693

Tema: Reumatología

Hallazgos en ultrasonido carotídeo en pacientes con artritis reumatoide y controles: estudio de casos y controles

Wah Martin, Nañez Homero, Galarza Dionicio
Hospital Universitario UANL

Introducción: La enfermedad aterosclerótica cardiovascular (ASCVD) es la causa principal de muerte en pacientes con artritis reumatoide (AR). La inflamación crónica y los factores de riesgo cardiovascular (CVR) se encuentran incrementados en estos pacientes. Algunas calculadoras de CVR son utilizadas en la población general y en pacientes con AR para predecir los desenlaces cardiovasculares y dar tratamiento, sin embargo la precisión de estas calculadoras en pacientes con AR no están bien definida. El objetivo de este estudio es conocer cual calculadora de riesgo tiene mejor correlación con los hallazgos en el ultrasonido carotídeo (US), específicamente placa carotídea (CP) y el grosor de la íntima-media (CIMT) en pacientes con AR asintomáticos. Además de evaluar las características del US carotídeo incluyendo CIMT y CP y comparar pacientes con AR y controles en una población

mestiza en México. **Métodos:** Estudio prospectivo transversal, observacional relacionando los puntajes de CVR en pacientes con AR y la presencia de hallazgos en el US carotídeo. Un total 209 pacientes, 106 controles y 103 pacientes con AR fueron seleccionados de 40-75 años quienes cumplían con los criterios de clasificación de 2010 ACR/EULAR y/o de 1987 ACR. Se realizó evaluación clínica del CVR con siete calculadoras y US carotídeo para medir el CIMT y la placa carotídea. Se realizó análisis multivariable comparando las características entre pacientes con AR y los sujetos control en relación a las características del US carotídeo. **Resultados:** La prueba con mayor sensibilidad para CIMT fueron Framingham BMI, Lipids, ACC/AHA 2013 y QRISK2. En CP, la mayor sensibilidad fue QRISK2, SCORE, y ACC/AHA 2013. En el análisis final de 209 pacientes se incluyeron 103 pacientes con AR y 106 controles. La CP bilateral se encontró dos veces más en pacientes con AR que en controles (15.5% VS 6.6%). La placa carotídea unilateral fue más común en cualquiera de los lados evaluados, siendo placas heterogéneas las más comunes en pacientes con AR. La prevalencia de CIMT aumentado fue mayor en pacientes con AR en ambos lados (derecho 37.9% VS 15.1%, $p=0.00$; izquierdo 43.7% VS 19.8%, $p=0.00$) y estadísticamente significativo.



Conclusión: Los pacientes con AR deben ser evaluados de manera detallada para detectar el riesgo cardiovascular. El US carotídeo puede ser recomendado para detectar la aterosclerosis subclínica en pacientes con AR. Un punto de corte más bajo en escalas de CVR es necesario para identificar los pacientes con riesgo bajo e intermedio en las calculadoras para detectar aterosclerosis subclínica temprano e individualizar tratamiento. Se confirma que los pacientes con AR tienen mayor CVR representado en las mediciones de US carotídeo como CIMT y CP como marcadores clínicos subrogados. Los pacientes con AR con aterosclerosis subclínica tienen mayor incidencia de placas heterogéneas.

Palabras clave: artritis reumatoide, ultrasonido carotídeo.

Folio: 0694

Tema: Infectología

Linfoma primario de SNC en un paciente con VIH

Patlan Hazel Ali, De la Maza Salvador, Herbert Zaira, Gudiño Pedro, Hernandez Manuel Antonio, Ortiz Arturo

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Antecedentes: Las complicaciones neurológicas se ven en más del 40% de los pacientes con SIDA. Los linfomas del SNC son raros, son menos de 3% de todas las tumoraciones del SNC y agresivos, casi siempre

están asociados con el virus de Epstein-Barr. **Objetivo:** Presentar un caso de linfoma primario de SNC, diagnosticado en LCR. CASO: Masculino de 42 años con diagnóstico de CUCI en tratamiento con mesalazina y prednisona, diagnóstico reciente de VIH sin tratamiento. PA: 10 días previo a su ingreso, con disminución del estado de alerta, cambios conductuales, irritabilidad, e imposibilidad a la deambulación. EF: Agitación psicomotriz, con palidez generalizada, pupilas isocóricas hiporreflejas, ECG 13 pts, afasia. Brudinski (+) Kernig: (+), Binda (+). LCR: MN: 100% Células: 218 Proteínas: 56mg/dL Glucosa: 52mg/dL. DXTX: 84mg/dl. VHC (-). AgsVHB: (-) Toxoplasma IgG (-) IgM (-). VDRL (-). PCR *Mycobacterium tuberculosis* (-). TAC cráneo: Se observa hipodensidad periventricular bilateral en lóbulos frontales, sin desviación de línea media o efecto de masa. RMN de SNC donde se evidencia lesión en anillo en lóbulos frontales bilaterales con realce al medio de contraste. Histopatológico de LCR: células neoplásicas compatibles con infiltración de linfoma. Se inicia Dexametasona 40 mg/día y se ofrece biopsia estereotáxica cerebral para inmunohistoquímica, la cual no es posible realizarse y se egresa de manera voluntaria. **Conclusiones:** El rendimiento diagnóstico histopatológico en LCR es de hasta el 70%.

Palabras clave: linfoma primario, SNC, VIH.

Folio: 0695

Tema: Reumatología

Enfermedad mixta del tejido conectivo. Reporte de un caso

Parra Laura Sinai, Rodríguez Anabel

HGZ 2A Francisco del Paso y Troncoso, IMSS

Masculino de 51 años originario y residente de la Cd. de México, ocupación profesor, casado, escolaridad licenciatura, católico. Ahf: madre finada a los 60 años por cardiopatía no especificada, con hipertensión arterial. Padre finado a los 78 años por neumopatía no especificada, con hipertensión arterial. Hermana con esquizofrenia. 2 hermanos con hipertensión arterial apnp: casa construida con materiales perdurables. 4 habitaciones, cohabita con 3 personas. Alimentación regular en cantidad y calidad. Previamente ejercicio aeróbico de forma regular, actualmente sedentario. No inmunizaciones recientes. Refiere haber viajado a Cuetzalan, Puebla hace 6 meses. Baño y cambio de ropa diarios. App: hipertensión arterial de 2 años de diagnóstico en tratamiento con losartan 50 mg al día. Transfusiones, hospitalizaciones, quirúrgicos y alérgicos interrogados y negados. Consumo de alcohol durante 25 años, con una periodicidad semanal hasta llegar a la embriaguez. Tabaquismo ocasional de 25

años de evolución, remitido hace 8 años. Padecimiento actual: inicia hace 6 meses con pérdida de peso de 15 kg, mialgias y artralgias que dificultan las actividades de la vida diaria. Posteriormente, disnea progresiva de grandes esfuerzos que evoluciono hasta ser de medianos esfuerzos. Tos con expectoración hialina, en accesos, disneizante, de predominio durante la actividad física intensa. Las artralgias son poliarticulares (afectando codos, hombros, articulación metacarpofalángicas e interfalángicas proximales, y rodillas), simétricas, sin cambios de coloración, aumento de volumen o aumento de la temperatura local. Picos febriles intermitentes sin predominio de horario, no cuantificados, asociados a escalofríos, no relacionados con procesos infecciosos. Exploración física ta 140/80, fc 106, fr 20, t 36.6 masculino de edad aparente similar a la cronológica. Pupilas simétricas normorreflejas. Faringe hiperémica, sin descarga retrorinal ni exudados. Cuello cilíndrico, no se palpan adenopatías, sin ingurgitación yugular. Tórax con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, campos pulmonares bien ventilados, con estertores subcrepitantes bibasales de predominio derecho. Sin alteraciones en la transmisión de la voz, en las vibraciones vocales ni a la percusión. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni otros

sonidos agregados. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin visceromegalias, sin datos de irritación peritoneal. Extremidades íntegras, simétricas, sin datos de inflamación a nivel articular, sin dolor a la movilización pasiva. Pulsos palpables. Se observa engrosamiento cutáneo en ambos codos y en los dedos de ambas manos. Neurológicamente íntegro, sin reflejos patológicos, datos de irritación meníngea o focalización neurológica. Laboratorio: no se observaron alteraciones en la función renal ni en los electrolitos, biometría hemática normal. Tiempos de coagulación normales. Ego sin proteinuria ni datos de infección. Pruebas de función hepática sin alteraciones, al igual que la vs_g y la pcr. Factor reumatoide por arriba de los valores de referencia, anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados negativos. Anti jo (negativo), antinucleares (patrón nucleolar 1:2560, patrón citoplásmico 1:160), anticuerpos anti ssa (negativo), anti ssb (negativo), anticuerpos anticentrómero (positivo), anca (1:80), anticuerpos anti rnp (positivo), anti scl (positivo) y anti sm (negativo). Dh_l y cpk muy por encima de los valores normales (2255 u/l y 729 u/l, respectivamente). Imagen: radiografía de tórax: parénquima pulmonar con engrosamiento intersticial de predominio en las bases. Tac ar fibrosis pulmonar difusa en ambas bases pulmonares. Se

realizaron pruebas de función respiratoria que reportaron afección leve. Se estableció el diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo.

Palabras clave: enfermedad mixta del tejido conectivo, esclerodermia, miositis, fibrosis pulmonar, neumopatía intersticial, reumatología.

Folio: 0696

Tema: Endocrinología

Papel del índice triglicéridos glucosa en los pacientes en estado crítico

López Inés, Vásquez Juan Ernesto

Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Introducción: el índice triglicéridos/glucosa (ITG) es una alternativa para valorar la resistencia a la insulina en la población general, se desconoce su papel en pacientes en estado crítico. **Objetivo:** conocer el papel del ITG en los pacientes en estado crítico.

Material y métodos: estudio retrospectivo, se realizó en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Enrique Cabrera de enero a diciembre del 2017, se determinó: ITG al ingreso, días de estancia (DE) y supervivencia. Se clasificó a los pacientes por patología de ingreso. Se calculó: $ITG Ln = (TG(mg/dl) \times glucosa(mg/dl))/2$ con punto de corte 4.5, porcentajes, frecuencias y medias. **Resultados:** 70 pacientes, 45 mujeres y 25



hombres, número de pacientes por diagnóstico: cetoacidosis diabética 7, ITG 5.22, 1 falleció; preeclampsia: 15, ITG 5.09; choque séptico: 10, ITG 4.89, 1 falleció; síndrome de Hellp: 4, ITG 5.08; neumonía: 8, ITG 5.38, 2 fallecieron; choque hipovolémico: 6, ITG 4.94; pancreatitis: 7, ITG 5.18, 1 falleció; politrauma: 3, ITG 4.93; cardiopatía isquémica: 4, ITG 5.19; otras patologías: 6, ITG 4.96. **Discusión y conclusión:** de acuerdo al ITG todos los pacientes presentaron resistencia a la insulina, quienes fallecieron tenían ITG mayor, pudiera existir correlación de éste con la mortalidad.

Palabras clave: índice, triglicéridos, glucosa, resistencia, insulina, crítico.

Folio: 0697

Tema: Otros

Estimación del riesgo de sangrado en pacientes recibiendo trombopprofilaxis farmacológica dentro de un programa de prevención de trombosis venosa profunda en un hospital del tercer nivel del noreste de México

Carrizales Edgar Francisco, Vera Raymundo, Torres Juan Adrián, Martínez Rolando Jacob, Del Cueto Ángel Noé, Nañez Homero

Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José E González, Monterrey Nuevo León, México

Introducción: La estimación del riesgo de trombosis venosa

profunda (TVP) en pacientes internados y la administración temprana de profilaxis a base de heparina en pacientes con alto riesgo ha demostrado disminuir la incidencia de eventos tromboticos durante la hospitalización y al largo plazo. Es importante identificar que pacientes tienen más riesgo de presentar sangrado como un efecto secundario de la trombopprofilaxis farmacológica.

Material y métodos. Estudio transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron todos los pacientes valorados por un programa de atención integral de trombopprofilaxis. Los criterios de inclusión para este análisis fueron pacientes mayores de 18 años, ingresados a la sala de medicina interna, que fueran sometidos al programa. Los criterios de exclusión fueron pacientes embarazadas o que no desearan ser incluidos, y los de eliminación, pacientes con información faltante. Se realizó un análisis descriptivo utilizando frecuencias y porcentajes para variables cuantitativas, y mediana q25-q75 para numéricas. Para valorar el riesgo de sangrado, se realizaron tablas de contingencia con prueba de chi cuadrada con or, ic 95. Para todos los análisis se consideró una p.05 como significativa.

Resultados. Se incluyeron 418 pacientes. No encontramos diferencias significativas entre los diferentes grupos de pacientes con respecto al riesgo de sangrado, pero si se encontró una

tendencia a mayor tasa de sangrados para aquellos pacientes con cirugías recientes, pacientes nefróticas y pacientes con trombocitopenia. **Conclusiones:** La identificación de aquellos pacientes con mayor riesgo de sangrado es crucial para una adecuada selección de los pacientes candidatos a recibir trombopprofilaxis farmacológica, ya ya existen escalas de riesgo validadas, pero los datos en la población mexicana son escasos.

Palabras clave: trombopprofilaxis, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, noreste de México.

Folio: 0698

Tema: Reumatología

Serositis como manifestación de lupus del anciano

Rojas Eduardo, Vargas Francisco Javier, Saenz Mauricio, Rodríguez Judith, Peralta Ana Lilia
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) del anciano, también llamado lupus de aparición tardía, es una enfermedad autoinmune que aparece después de los 50–60 años, con un curso clínico y manifestaciones clínicas que difieren del LES clásico, cuya prevalencia es en personas más jóvenes, predominantemente mujeres **Caso clínico:** Masculino de 49, sin antecedentes de importancia,

inicia su padecimiento, con presencia de disnea progresiva, radiografía de tórax mostraba derrame pleural, siendo drenado en varias ocasiones, liquido con características de trasudado, ante persistencia de cuadro se realizan cultivos y determinación de PCR para tuberculosis con resultados negativos, panel viral para HIV, VHC y VHB negativos, con múltiples adenopatías axilares e inguinales se biopsia adenopatía axilar, con reporte histopatológico de linfadenopatía dermatopática; sumándose a esto episodio de artritis en articulaciones metacarpo falangias de ambas manos que remitió de forma espontánea, pérdida de peso involuntaria significativa, con aumento de disnea secundaria a derrame pleural bilateral y derrame pericárdico sin compromiso hemodinámico, evidenciado linfopenia y anemia ante sospecha de proceso maligno y múltiples adenopatías, se realiza TC toracoabdominal, con presencia de ganglios pretraqueales, axilares, supraclaviculares, y periaórticos sin datos de malignidad, se decide biopsia de ganglio axilar, y ante síntomas constitucionales, serositis, y artritis, linfopenia y proteinuria > 500 mg/24 hrs se solicitan exámenes inmunológicos con reporte de ANA's positivos 1:1280 con patrón moteado fino, anti DNA de doble cadena positivos, Anti Sm positivos, hipocomplemen-

temia (C3, C4), concluyéndose diagnóstico de LES del anciano, al cumplir con criterios clínicos e inmunológicos para dicho diagnóstico, iniciando tratamiento con esteroide y antimalárico, con disminución importante del derrame pericárdico. **Discusión:** El abordaje inicial de derrame pleural no fue concluyente y ante la presencia concomitante de derrame pericárdico se sospechó de tuberculosis y neoplasia dada la pérdida de peso no intencional, sin embargo no hubo evidencia tomográfica de lesión tumoral; documentando en exámenes inmunológicos hallazgos diagnósticos de LES, siendo la serositis de las manifestaciones mas comunes en la variedad tardía. **Conclusión:** El LES tardío es un entidad clínica, caracterizada por un curso más indolente y con mejor pronóstico al habitual, no existe consenso claro sobre a partir de que edad de presentación se puede considerar de inicio tardío, sin embargo existe bibliografía que lo denomina así, a aquel que aparece después de los 45 años de edad, suele responder de forma adecuada a tratamiento con corticoesteroides, cuyas manifestaciones más comunes, son a nivel articular y de serosas, representa entre el 10-20% de los casos de LES, con mayor predisposición de afección al género masculino. **Palabras clave:** serositis, lupus, eritematoso, sistémico, anciano, tardío.

Folio: 0699

Tema: Infectología

***Acinetobacter baumannii* causante de osteomielitis**

Moreno Stephanie Zenaida, Sosa Jessica Guadalupe, Alarcón Pedro, Mora Ana Maria, Ayala Ivonne Alexandra, Cruz Antonio

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción y Objetivos:

Acinetobacter baumannii es una bacteria Gram-negativa, oportunista, que infecta a pacientes gravemente enfermos, su presencia en UCI, reviste importancia pues afecta a pacientes inmunocomprometidos o sometidos a procedimientos invasivos, generando alta mortalidad. La aparición de resistencia a los carbapenemicos limita las opciones terapéuticas para el manejo. Se identifica como causante de osteomielitis solo en el 4% de los casos reportados en la literatura mundial.

Resumen del caso: Masculino de 43 años con paraplejía, postración prolongada y ulcera por presión en región sacra. Hospitalización previa hace 3 semanas por neumonía. Acude por presentar fiebre, secreción verdosa, fétida a través de ulcera sacra, dolor intenso en miembro pélvico izquierdo, incremento de volumen en cuádriceps, eritema y aumento de temperatura local. Resonancia magnética con reporte de osteomielitis en isquion y pubis izquierdo, fistula perianal grado



IV, sinovitis coxofemoral y de rodilla izquierda. Se realiza lavado quirúrgico y debridación; toma de cultivo con desarrollo de *Acinetobacter baumannii* multiresistente. Se inicia tratamiento antibiótico con base a colistín y meropenem; sin mejoría a tratamiento evolucionando a choque séptico refractario.

Conclusiones: *Acinetobacter baumannii* es un patógeno nosocomial emergente de difícil control y tratamiento. La osteomielitis usualmente se atribuye a bacterias gram positivas, sin embargo, existe un aumento de casos ocasionados por bacilos gram negativos, entre los cuales *A. Baumannii*; es la segunda bacteria más frecuentemente detectada, siendo la población en riesgo; aquella con hospitalizaciones previas y uso de antibióticos de amplio espectro.

Palabras clave: osteomielitis, *Acinetobacter baumannii*, carbapenemicos, enfermedades nosocomiales.

Folio: 0700

Tema: Nefrología

Reporte de caso: síndrome nefrótico del adulto secundario a infección por virus de hepatitis B, en forma de glomeruloesclerosis focal y segmentaria variedad colapsante

Gómez Damayanty, Mora Cecilia
ISSSTE

Hombre de 78 años con antecedente de tabaquismo intenso en la juventud, etilismo social.

Alérgicos, transfusionales, crónico degenerativos, traumáticos negados. IVSA 18, NPS 3. Inicia 3 meses previos con edema de miembros pélvicos ascendente, progresivo, hasta edema facial, matutino, se realiza paraclínicos, y se evidencia elevación de azoados, y proteinuria de 10 gr en orina de 24 hr, dislipidemia, hipoalbuminemia. TA 140/85mmHg Fc 63lpm Fr 20 Temo 36°C Sat 95% consciente, palidez++, cardiaco rítmico sin agregados, área pulmonar bien ventilada, abdomen sin dolor, extremidades integra edema+++ . 20-11-17: Cr 1.4, Alb 2.7, Urea 77, Colesterol 270, Triglicéridos 400 24-11-17: Creatinina 1.5, Recolección de orina de 24 hrs: Vol 2300ml, Depuración de creatinina de 69 ml/min, Poteinuria en orina de 24 hr 10.166 g 09-12-17: Examen general de orina: Aspecto: turbio, pH 6.0, Prot +++, Glucosuria, 20 cilindros granulados, Leuc 0-5 c, Cel epiteliales abundantes, sin eritrocitos. Electroforesis de proteínas: Prot 2.49 g/l, 300 mgh, c3 174 mg/dl, c4 45.8 mg/dl. Urocultivo sin desarrollo bacteriano. Panel viral: Hepatitis c negativo, HIV negativo, Ac IgG HB positivo, Antig superficie 10.15, Ac IgM neg, IgM central positivo, AgE neg. Se realiza Biopsia renal por punción guiada por tomografía reportándose: 24 glomérulos en total, enfermedad de células epiteliales viscerales de tipo esclerosis focal y segmentaria, variedad colapsante (Glome-

rulopatía colapsante), lesión tubular aguda con cambios regenerativos moderados del epitelio, fibrosis intersticial grado II (40%), arteriopatía hialina nodular avanzada. arterioloesclerosis avanzada, Inmunofluorescencia: IgM positivo por atrapamiento, c1q positivo por atrapamiento en zonas de esclerosis glomerular, c3c positivo por atrapamiento, c4c negativo. Sólo existen 2 casos a nivel mundial reportados, asociados a infección por VHB; mejorando posterior a tratamiento antiviral.

Palabras clave: hepatitis B, glomeruloesclerosis, nefrótico, proteinuria, antiviral, colapsante.

Folio: 0701

Tema: Neurología

Factores de riesgo cardiovascular y condiciones clínicas asociados a mortalidad en pacientes con evento vascular cerebral agudo del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

Rodríguez Jaqueline¹, Ruiz José Luis², Calvo César Gonzalo¹

¹ Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca; ² Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La enfermedad vascular cerebral es uno de los principales problemas de salud pública en todos los países industrializados ya que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, cada año,

aproximadamente 15 millones de personas sufren algún tipo de Enfermedad Vascul ar Cerebral, y de estas un tercio mueren y un tercio quedan con discapacidad neurológica permanente. En México la enfermedad cerebrovascular fue considerada la tercera causa de mortalidad en 2008, con un número total de defunciones de 30,212, así como un aumento en la tasa de defunción de 25.2 en 2000 a 28.3 por cada 100 000 habitantes en 2008. **Objetivo:** Construir los factores de riesgo cardiovascular y condiciones clínicas asociados a mortalidad en pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad vascular cerebral aguda. **Materiales y métodos:** Es un estudio de cohorte transversal prospectivo, diseñado para examinar las características sociodemográficas, clínicas, tendencias de estratificación, diagnóstico y tratamiento mediante el análisis de una población representativa con diagnóstico de evento vascular cerebral. Se reclutaron 119 pacientes con enfermedad vascular cerebral y se analizaron características clínicas, bioquímicas, terapéuticas, así como la mortalidad y pronóstico funcional al egreso. **Resultados:** Se incluyeron 119 pacientes, de los cuales fueron de tipo isquémico 93 pacientes, hemorrágicos 15, hemorragia subaracnoidea 8 pacientes, trombosis venosa cerebral 1 paciente, ataque isquémico transitorio 2 pacien-

tes. Los principales factores de riesgo encontrados en el estudio fueron hipertensión arterial sistémica que se presentó en 14 de los pacientes con hemorragia intracraneal, tabaquismo y diabetes mellitus. Algunos antecedentes de importancia frecuentemente encontrados fueron dislipidemia, historia familiar de enfermedad vascular cerebral, cardiopatía isquémica. Los factores de mal pronóstico que identificamos al momento fueron una escala NIHSS >25, evento vascular cerebral hemorrágico, con un volumen de hematoma >40cc, ancianos. Hemorragia intracraneal siendo la localización más frecuente supratentorial a nivel de ganglios basales, talámicos. Se identificaron 8 episodios de recurrencia de EVC isquémicos, todos secundarios a cardioembolismo, 7 pacientes con fibrilación auricular, 1 paciente con doble lesión aórtica. Los principales factores de riesgo cardiovascular asociados a EVC fueron hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, antecedente de tabaquismo; este en el 65% de los pacientes. Se realizó determinación de estudios de laboratorio, dentro de ellos perfil lipídico, biometría hemática, química sanguínea, hemoglobina glucosilada, tiempos de coagulación y pruebas de funcionamiento hepático. Encontrando niveles de colesterol LDL mayores a 70 en la mayoría de los pacientes con cualquier tipo de EVC, así como niveles

de hemoglobina glucosilada > 7% en la mayoría de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus, lo cual habla del mal control y la deficiencia en la prevención primaria y secundaria que se lleva a cabo en nuestro sistema de salud pública. **Conclusión:** Este estudio muestra que los principales factores asociados a mortalidad temprana por ECV son el déficit neurológico (evaluado por NIHSS), el estado de conciencia al ingreso a urgencias y el grado de isquémica tomográfica evaluado por escala de ASPECTS, volumen del hematoma. Tener un puntaje de 14 o superior en la escala de NIHSS al ingreso, se comporta como un factor de riesgo independiente para mortalidad a 30 días.

Palabras clave: evento vascular cerebral, mortalidad, factores de riesgo cardiovascular.

Folio: 0703

Tema: Gastroenterología
Factores asociados para desarrollo de esteatohepatitis no alcohólica en una población con hígado graso

Galindo Roberto, Cruz María del Pilar, Cimé Erik Antonio, Cruz Eduardo, Hurtado José Joel

Departamento de Medicina Interna. UMAE Hospital de Especialidades CMN La Raza

Introducción: La esteatohepatitis no alcohólica (NASH) es definida como la presencia de >5% de esteatosis hepática e



inflamación y/o fibrosis en ausencia de consumo de alcohol. Su prevalencia es significativa en México, y aumenta cuando se analiza en grupos con diabetes mellitus y obesidad, siendo incluso causa de cirrosis hepática. Son pocos los estudios llevados a cabo en nuestro país tanto para establecer la prevalencia como para determinar sus asociaciones. Poco se ha identificado en cuanto a la razón por la cual algunos pacientes con esteatosis hepática evolucionan a NASH y cirrosis hepática. **Objetivo:** El objetivo fue determinar factores asociados a NASH en una muestra de población con esteatosis hepática valorados en el Hospital de Especialidades CMN La Raza. **Metodología:** Se realizó un estudio analítico de casos y controles, incluyendo pacientes de >18 años con enfermedad por hígado graso determinada por biopsia hepática, Fibroscan y/o Ultrasonido, con consumo de alcohol 0.88 (NASH 86.6% vs 83.3% control). El 63.3% de los pacientes tuvieron SdM (60% con NASH vs 66.6%), el 55% presentaron resistencia a la insulina (63.3% con NASH vs 46.6% pacientes control). Se registró un trastorno tiroideo con hipotiroidismo en 33% de los pacientes (30% de casos y 36.6% de pacientes control). Se encontró dislipidemia en 53.3% de casos (60% de pacientes con NASH y 46.6% pacientes control) en los cuales la hipertrigliceridemia fue

la más frecuente. Análisis: De esto podemos determinar que el Índice VAI elevado, la resistencia a la insulina, SdM, dislipidemia, y trastornos tiroideos son frecuentes en todo el espectro de la enfermedad, pero no se encontró una diferencia significativa entre los pacientes que tienen NASH vs los que se presume únicamente tienen esteatosis simple. Así mismo, la presencia de alteraciones tiroideas es mayor en pacientes con enfermedad por hígado graso. Puesto que no todos los pacientes con hígado graso tienen SdM, la búsqueda intencionada de Esteatosis Hepática y la determinación del índice VAI podría enfocar a aquellos pacientes que ameritan mayor énfasis en la modificación de su estilo de vida y potencialmente requieran tratamiento hipolipemiante por el riesgo cardiovascular alto.

Palabras clave: esteatohepatitis, esteatosis, insulinoresistencia, dislipidemia, hipotiroidismo, obesidad.

Folio: 0704

Tema: Hematología

Pancitopenia inexplicable, a propósito de un caso de mielonecrosis idiopática

Vargas Francisco Javier, Rojas Eduardo, Sáenz Mauricio, Rodríguez Judith, Peralta Ana Lilia
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: la mielonecrosis es una entidad clínico-patoló-

gica poco común, de etiología diversa, la malignidad de origen hematopoyético es la causa más común que aunado a tumores metastásicos corresponden al 90% de los casos. **Caso clínico:** Masculino de 55 años de edad, sin antecedentes personales patológicos de importancia. Inició padecimiento en mayo de 2018, con presencia de fiebre de hasta 39° grados, intermitente, de predominio nocturno, acompañada de diaforesis, sin evidencia de adenopatías u otros síntomas acompañantes, acudió a médico para valoración encontrando pancitopenia y elevación DHL > 2000; enviado a unidad de tercer nivel de atención bajo sospecha de síndrome mielodisplásico, sin antecedentes previos de exposición a mielotóxicos, se realizó aspirado de médula ósea, con datos de displasia, inmunofenotipo no concluyente, se descartó pancitopenia de origen primario y causas inmunológicas, tóxicas, infecciosas, infiltrativas de médula ósea, se realizó TC encontrando hepatoesplenomegalia, sin afección a otro nivel, sin datos bioquímicos de hemólisis. Durante internamiento ameritó múltiples transfusiones aféresis plaquetarias y concentrados eritrocitarios, sin respuesta, con fiebre neutropénica sin respuesta filgrastim, por lo que se realizó LAPE protocolizada, sin hallazgos macroscópicos de relevancia, se envió bazo, biopsia de hígado y epiplón para

estudio histopatológico, evolución tórpida, continuó con trombocitopenia y leucopenia severa, ante duda diagnóstica se solicitó nueva revisión de laminillas de biopsia de médula ósea reportando moderadamente hipo celular (ceularidad del 30%), con edema y necrosis extensa intramedular en mas del 50% de la biopsia, hipoplasia trilineal acentuada con desviación a la izquierda de la serie granulocítica y maduración megaloblástica de la serie eritroide, mielofibrosis grado 1. Adquirió neumonía intrahospitalaria, ameritando manejo avanzado de la vía aérea y días después murió; se obtuvo reporte histopatológico de biopsia hepática y esplénica con hallazgos inespecíficos llegando a la conclusión diagnóstica de Mielonecrosis idiopática. **Discusión:** Se abordó como pancitopenia, el cual tiene como fundamento a 3 mecanismos fisiopatológicos o la mezcla de ellos, aplasia; infiltración y secuestro o necrosis, en su abordaje se descartaron causas como deficiencia de vitamina B12, folato, infecciosas, farmacoinducida, cirrosis hepática, autoinmunidad, sin presencia de neoplasia hematológica en los hallazgos de biopsia de medula ósea, bazo, hígado y epiplón. En relación a la mielonecrosis se presenta con fiebre en 70% de los casos, anemia 90% y trombocitopenia en 80%, neutropenia en 45%, con DHL elevada secundaria a

la necrosis, hallazgos encontrados en este caso. **Conclusión:** La malignidad es la causa mas común de mielonecrosis pero existen condiciones no malignas, siendo este un caso de mielonecrosis idiopática.

Palabras clave: pancitopenia, fiebre, mielonecrosis, idiopática, hepatomegalia, esplenomegalia.

Folio: 0705

Tema: Epidemiología

Hipercalcemia: serie de casos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Manuel Gea González

Márquez Félix Gibrant, Castillo Rodrigo, Hernández Héctor, Flores Fernanda
Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: La hipercalcemia es un hallazgo visto con relativa frecuencia en urgencias y en pacientes admitidos a servicio de hospitalización, es importante realizar el diagnóstico etiológico para el tratamiento adecuado. El hiperparatiroidismo primario y las neoplasias malignas son los 2 principales diagnósticos reportados en la literatura médica como causa de hipercalcemia. En este trabajo se realizo para describir a las características de pacientes con diagnóstico de hipercalcemia, causas y tratamientos. **Objetivo y métodos:** Se realizo un estudio retrospectivo de serie de casos de 21 pacientes con diagnóstico de hipercalcemia

en el servicio de medicina interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González entre 01 de enero de 2016 al 31 de diciembre 2017, se utilizo cifras mayores e iguales 10.5 mg/dL de calcio corregido para el diagnóstico de hipercalcemia, con el objetivo de describir causas de hipercalcemia, niveles de calcio al ingreso, tratamiento y la experiencia clínica real en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes. **Resultados:** Se incluyeron 21 pacientes con hipercalcemia entre un periodo comprendido de enero de 2016 a diciembre de 2017, 11 del genero femenino (52.4%), con una edad promedio de 57.67 (rango 22-67) años, peso 64.7±15.69 kg, IMC 24.95±5.4 kg/m². La principal causa hipercalcemia fue etiología maligna por neoplasia hematológica con 11 pacientes (52%) seguida de hiperparatiroidismo primario (19%). Dentro de las neoplasias hematológicas la principal encontrada fue mieloma múltiple 66% seguida de linfoma no Hodgkin 22 %, las neoplasias solidas representaron el 19% (adenocarcinoma gástrico, próstata y mama, principalmente). La cifra promedio de calcio al ingreso fue 14.9±1.9 mg/dL (10.7 a 17.58), parathormona en pacientes con diagnóstico de hiperparatiroidismo fue 593±357 pg/mL, 25 OH-vitamina D 24±11.4 ng/mL, creatinina de 3.97±3.7 mg/mL, fósforo 4.62±1.9 mg/dL, hemoglobina de 9.9±2.9



g/dL. Hipercalcemia severa o crisis hipercalcémica (calcio séricos superior a 14 mg/dL) en 12 pacientes (57.1%). Los principales tratamiento usados algún la severidad de calcio fue fluidoterapia, diuréticos de asa, bifosfonatos en 8 pacientes, 7 con hipercalcemia severa, con una media de calcio de ingreso 15.69 ± 1.9 y al egreso de 9.89 ± 2.48 mg/dL. En todos los casos se documento lesión renal aguda, el coeficiente de correlación Pearson's entre calcio y creatinina fue de 0.07.

Conclusión: En este trabajo se describen las características clínicas de un grupo de pacientes con hipercalcemia, aunque se trata de una muestra pequeña, es la primera descrita en nuestro hospital, en la cual se encontró que la mayoría de los pacientes debuta con cifras severa, la principal causa son las neoplasias hematológicas, afección renal es común encontrar y la respuesta a bifosfonatos fue adecuada.

Palabras clave: hipercalcemia, maligna, hiperparatiroidismo, neoplasia hematológica, bifosfonatos, lesión renal aguda.

Folio: 0706

Tema: Oncología

Hemoptisis como manifestación inicial de cáncer papilar de tiroides

Olascoaga Arturo, Malagon José, Villanueva Fernandez, Jimenez Yeimmy Zuyenn, Ortega Jorge Arturo, Zepeda Ivan, Ramírez Alberto

Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS

Antecedentes. El carcinoma papilar de tiroides invade estructuras peritiroideas en el 10% de los casos, afectando con más frecuencia a músculos peritiroideos y tráquea, mientras que en la literatura la hemoptisis como manifestación inicial de un carcinoma papilar de tiroides es algo inusual reportado en .4 % . Se presenta el caso de una paciente con hemoptisis como manifestación inicial de cáncer papilar de tiroides por invasión a vías respiratorias. **Presentación del caso:** Mujer de 59 años, antecedente de Tiroiditis de Hashimoto que cursa cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por hemoptisis franca. A la exploración se palparon adenopatías cervicales bilaterales, fijas a planos profundos, móviles, indoloros, 1 cm de diámetro. Tiroides palpable, de tamaño incrementado, aspecto multinodular. Perfil Tiroideo TSH: 16.09 UI/ml, T4L: 0.73 ng/dl, Anti-TPO y Anti-Tg positivos a título alto. La Broncoscopia con restos hemáticos, sin lesiones compatibles con tumor de vías respiratorias, BAL sin datos sugestivos de infección, citología negativa para malignidad, cultivos para bacterias, hongos y micobacterias así como PCR para MTb negativos. TAC-AR de tórax sin compromiso parenquimatoso o intersticial. Por imagen se documenta tiroides aumentada de volumen, den-

sidad heterogénea, a expensas de macrocalcificaciones en su lóbulo derecho. Se realizó BAAF de nódulo tiroideo derecho con reporte citopatológico de categoría VI de Bethesda. Compatible con carcinoma papilar de tiroides. SPECT CT I131 reporta comportamiento altamente sugestivo de malignidad con invasión traqueal.

Conclusión. La afección traqueal del carcinoma tiroideo, se presenta como hallazgo intraoperatorio, lo que aconseja la revisión sistemática de la tráquea en aquellos intervenidos de neoplasia tiroidea, siendo causa de muerte al condicionar obstrucción traqueal. La hemoptisis es una raro pero importante signo que orienta a malignidad, por tanto, requiere investigación rápida.

Palabras clave: hemoptisis, cancer papilar de tiroides, invasion traqueal.

Folio: 0708

Tema: Otros

Hematomas hepáticos subcapsulares postparto en síndrome de HELLP

López Inés, Vásquez Juan Ernesto, Maxil Abraham Juan, De la Cerda Juan Carlos

Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Introducción: El síndrome de Hellp es una complicación del embarazo que puede ser mortal cuando se presenta hematoma hepático subcapsular o ruptura hepática, su manejo

puede ser conservador, embolización de la arteria hepática, drenaje quirúrgico e incluso trasplante hepático. Presentamos el caso de una paciente de 37 años, multipara, que presentó preeclampsia y en el postparto hematomas hepáticos subcapsulares que requirió inicialmente manejo conservador, posteriormente embolización supraselectiva de arteria hepática derecha y finalmente laparotomía exploradora con drenaje de hematomas y colecistectomía abierta por necrosis vesicular, así como vigilancia por hematomas hepáticos residuales postquirúrgico. Fue egresada cardiohemodinámica y respiratoriamente estable.

Conclusión: Realizar de forma oportuna el diagnóstico y tratamiento del hematoma hepático subcapsular en pacientes con síndrome de Hellp puede disminuir la mortalidad, donde el monitoreo clínico, bioquímico y estudios de imagen son importantes.

Palabras clave: hematomas, hepático, subcápsular, síndrome, HELLP, postparto.

Folio: 0710

Tema: Hematología

Infarto esplénico como manifestación de síndrome antifosfolípido primario

Vargas Francisco Javier, Rojas Eduardo, Saenz Mauricio, Rodríguez Judith, Peralta Ana Lilia Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAAF) una enfermedad sistémica, cuyo proceso patológico subyacente es la trombosis, cuyas alteraciones se relacionan con la positividad de anticuerpos antifosfolípido, las manifestaciones clínicas son muy variadas y pueden afectar cualquier órgano o tejido, siendo la forma más común la asociada a otras patologías inmunitarias, sin embargo, la forma primaria se asocia a mayor número de eventos trombóticos. **Caso clínico:** Femenino 50 años, antecedente de trombosis venosa profunda (TVP) hace 20 años, anticoagulación oral por 6 meses, fibromialgia, con colodocolitiasis se programa para CPRE; durante su hospitalización presentó dolor en flanco izquierdo progresivo, fiebre, leucocitosis, disnea, y taquicardia, ante sospecha de embolia pulmonar, se solicitó dímero D siendo positivo, se realizó angio TC pulmonar; resultado negativo, progresó el cuadro clínico, con diaforesis e hipotensión; el USG abdominal, reveló colección periesplénica e infarto esplénico, se sometió a LAPE, encontrando material hematurulento periesplénico y trombosis esplénica, se realizó esplenectomía, se sospechó de trombofilia, por antecedente de TVP, encontrando anticoagulante lúpico (AL) positivo, Anti B-2 glicoproteína (B-2GP) y anticardiolipina (ACL) negativos, AL a los 3 meses positivo, se

descartó deficiencia de factores de coagulación o presencia de inhibidores, causas inmunológicas, infecciosas y tóxicas, concluyendo SAAF primario, evolucionando favorablemente, se inició terapia con HBPM, posteriormente anticoagulación oral, actualmente sin nuevos eventos de trombosis. **Discusión:** El SAAF es una trombofilia caracterizada por trombosis arterial, venosa y/o de pequeño vaso, asociada a anticuerpos antifosfolípido, principalmente a AL, características que permiten emitir el diagnóstico en base a los criterios de Sapporo, paciente con cuadro de múltiples trombosis, sin aparentes factores de riesgo, en la cual estamos obligados a hacer abordaje diagnóstico de trombofilia, encontrando AL+, pese a tener B-2GP y ACL negativos, pueden obedecer a un fenómeno de consumo por lo que en base a criterios previamente comentados, se realiza diagnóstico de SAAF primario, al descartarse causa secundaria, la importancia de realizar un diagnóstico oportuno e iniciar tratamiento de forma adecuada radica en que esta paciente está en alto riesgo de eventos trombóticos recidivantes e inclusive SAAF catastrófico, que tiene un desenlace desfavorable, amenazando la vida. **Conclusión:** El infarto esplénico es una condición infrecuente en pacientes con síndrome antifosfolípido, se calcula una incidencia aproximada del



2%, siendo más frecuente en pacientes jóvenes, cursando habitualmente con dolor abdominal, flanco y tórax (89, 18 y 7.8%) leucocitosis (67%), elevación de DHL (72%) y dímero D (100%), varios de los hallazgos mostraba la paciente, también se ha relacionado con otras causas (embolicas, infecciosas, hematológicas malignas, traumáticas).

Palabras clave: infarto, esplénico, síndrome, antifosfolípido, primario.

Folio: 0711

Tema: Infectología

Fractura patológica lumbar y absceso paravertebral asociados a infección por *M. tuberculosis*

Morales Erick, Valencia Nicolas, Gándara Cesar Adrián, Rojas Jahzeel Samir, Alvarado Citlalli
Hospital de Alta Especialidad Gustavo A Rovirosa

Paciente masculino de la 45 años de edad, con carga genética para diabetes mellitus por línea paterna, toxicomanías con ingesta de cocaína de 10 años de evolución, cuadro de pancreatitis aguda de rigen biliar hace 3 años, portador de diabetes mellitus secundaria de 3 años de evolución en manejo con insulina y metformina, refiere iniciar cuadro clínico desde hace 1 año con dolor lumbar secundario a caída de 2 metros con posterior dolor crónico, con inicio hace 3 meses de alzas térmicas cuantificada

de 38.8 grados de predominio nocturno, posterior inicio de tos no productiva sin predominio de horario y sin expectoración, acude al servicio de urgencias por presencia de dolor lumbar e incapacidad para la deambulacion de una semana de evolución, además de referir perdida de 8 kg en 2 meses. A la exploración física llama la atención en tórax disminución de movimientos respiratorios, a la palpación áreas de matidez, crepitos bilaterales, disminución de fuerza en miembros pélvicos, así como hiporreflexia. Paraclínicos: Hb: 12.6 g/dL, hematocrito: 37.3%, neutrófilos: 5.8, linfocitos: 2.1, glucosa 112 mg / dL y electrolitos séricos dentro de los parámetros normales, En radiografía de tórax y columna lumbar donde se observa infiltrado reticulonodular en tórax y en zona lumbar zonas osteolíticas de L4-L5. Se toman muestras de expectoración con tinciones Zielh-Neelsen en el cual se observan bacilos ácido alcohol resistentes. Se solicitó resonancia magnética de la columna lumbar, encontrando lesiones osteolíticas en L4-L5, en T2 se observó una imagen isoíntensa en psoas derecho sugerente de absceso. Se inició tratamiento con Dotbal (rifampicina, isoniacida, pirazinamida, etambutol) durante 12 meses debido a afectación extrapulmonar, aun en seguimiento en consulta externa.

Palabras clave: absceso, fractura, *M. tuberculosis*, síndrome febril, dolor lumbar crónico.

Folio: 0712

Tema: Toxicología

Informe de caso: pancreatitis necrotizante como presentación atípica de intoxicación por solventes

Moctezuma Rogelio, Cantú Jaime Javier, Navarrete Claudia Aline, González Rodrigo, Frías Ilse Catalina, Valdovinos Salvador Bruno, Cortes Job

Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Introducción: La intoxicación recreativa por solventes es frecuente debido a su fácil acceso. Su principal efecto clínico es generar euforia y posterior depresión del estado de alerta, así de parálisis hipocalémica y acidosis metabólica. La exposición continua se ha asociado con pancreatitis crónica pero no con pancreatitis aguda. Se presenta el caso de una pancreatitis necrotizante asociada a la intoxicación aguda con solventes. **Presentación de caso:** Femenino de 27 años que refiere consumo frecuente de tabaco, alcohol y solventes, con múltiples internamientos por hipocalemia severa y acidosis metabólica. Acude por debilidad generalizada de 5 días de evolución que progresa de forma insidiosa en intensidad. Además se acompaña con dolor abdominal tipo punzante

localizado en epigastrio con intensidad máxima 9/10, náusea y vómito gastrobiliar en 15 ocasiones. En la valoración inicial, con compromiso respiratorio y del estado de alerta, por lo que se intuba. Se inician aminas presoras por deterioro hemodinámico. Dentro de su valoración neurológica, se documenta signo de Chvostek y Trousseau positivos. Se solicitan laboratoriales a resaltar: amilasa sérica en 845 U/L, hipocalcemia 4.64mg/dL (tras corrección con albúmina sérica) y lesión renal aguda con acidosis tubular tipo 2. Ante sospecha de pancreatitis se solicita tomografía abdominal que reporta páncreas con disminución de su densidad, aumento de tamaño y de la densidad de la grasa peripancreática y presencia de líquido libre abdominal. Se inicia reposición de calcio e hidratación intravenosa energética. Se logra recuperación de estado de alerta y movilización de extremidades durante las primeras 24 horas de inicio tratamiento. Se extuba a las 48 horas. Al optimizar estado hidroelectrolítico y función renal se realiza tomografía abdominal con contraste intravenoso, a los 10 días de inicio de sintomatología, donde se reporta zonas de necrosis, que abarcan aproximadamente 80% de extensión pancreática. **Discusión:** El conocimiento sobre la intoxicación por solventes y sus complicaciones está principalmente descrito en

exposiciones laborales. El cual es distinto al uso recreativo. Se ha documentado un efecto directo tóxico crónico sobre el páncreas. La pancreatitis aguda no se ha identificado como una posible consecuencia del abuso de solventes. En este caso, existe una relación temporal de uso de solventes y presentación de la pancreatitis. Sin embargo, hay otros posibles mecanismos como serían la hipocalcemia secundaria y la inestabilidad hemodinámica, que pudieran ser los causantes de la pancreatitis. Aunque estos también pudieran ser explicados como consecuencia del abuso de solventes. **Conclusiones:** Es necesario documentar las complicaciones asociadas a la intoxicación con solventes debido a la falta de literatura. El uso de solventes pudiera estar asociado de forma directa o indirectamente asociarse con mecanismos para el desarrollo de pancreatitis aguda.

Palabras clave: pancreatitis, solventes, hipocalcemia, necrotizante, reporte de caso, intoxicación.

Folio: 0713

Tema: Neurología

Mielinólisis extrapontina en paciente con hiponatremia crónica: reporte de un caso

Tiempo Fabiola Guadalupe, Solorio Jorge Daniel, Ibarra Jesús Alejandro, Ramírez Raúl, Cortez Brenda Guadalupe, Arana Julio César, Cardona Melisa

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Hospital Regional 1° de Octubre

La mielinólisis pontina es una afección de sistema nervioso central que resulta de la lesión neuronal secundaria a la fluctuación abrupta de la osmolaridad, principalmente secundaria a la corrección rápida del sodio, como consecuencia presenta desmielinización no inflamatoria secundaria al edema neuronal intenso en puente o zonas extrapontinas. Clínicamente se presenta con tetraparesia, ataxia, letargia, confusión y movimientos anormales. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica junto con los antecedentes, siendo la piedra angular para el diagnóstico la RMN de encéfalo. Se presenta el caso de un hombre de 73 años, con antecedente de hipertensión arterial en manejo con telmisartán e hidroclorotiazida. Inicia su padecimiento actual en septiembre 2016 posterior a cuadro de gastroenteritis; con desorientación y dificultad para la deambulacion, acude a facultativo, con reporte de sodio sérico de 109 mEq/L y cloro de 80 mEq/L, se realiza reposición de sodio con soluciones hipertónicas, con aumento de 27 mEq/L en 48 hrs. Posteriormente presenta tetraparesia, letargia y desorientación; se recibe en nuestra unidad con ECG 14 puntos, pupilas hiporreactivas, disartria, bradipsiquia, Babinski



bilateral, tórax y abdomen sin alteraciones, fuerza muscular 1/5 en las 4 extremidades. Una semana posterior a ingreso con hipertonía de extremidades superiores e inferiores, movimientos distónicos e incapacidad para la deglución. La RMN de encéfalo reportó hiperintensidad de ganglios basales y núcleos caudados y lenticulares, concluyendo el diagnóstico de Mielinólisis Extrapontina. Se trata de una patología rara con alta morbilidad, se debe tener presente dentro de las posibles complicaciones al enfrentarse a un paciente con hiponatremia. Dominar el manejo del desequilibrio hidroelectrolítico es fundamental, asociado a vigilancia estrecha de las concentraciones séricas de sodio. El tratamiento se basa en la rehabilitación y evitar las complicaciones.

Palabras clave: mielinólisis, extrapontina, hiponatremia, sodio, osmolaridad, hidroelectrolítico.

Folio: 0714

Tema: Hematología

Linfoma Hodgkin en paciente con histoplasmosis: asociación inusual en paciente inmuno-competente

Martinez Karen Euridice¹, González Andres¹, Ruiz Ana Luisa¹, Rivera Dante¹, Pellon Irma Karen²

¹ Centro Médico ISSEMyM Ecatepec; ² Hospital General de México

Masculino de 54 años de edad, residente del Estado de México, ocupación rotulista. Niega padecimientos crónicos-degenerativos. Tabaquismo durante 36 años (Índice Tabáquico: 38 paquetes/año), etilismo durante 10 años a base de fermentados con 52g de consumo. Factor de riesgo: contacto sexual con 4 parejas heterosexuales sin uso de preservativo. Realización de tatuajes en múltiples ocasiones, con material aparentemente estéril. Niega viajes recientes. Única hospitalización 5 meses previos al padecimiento actual por síndrome febril, sin conclusión diagnóstica. Inicia su padecimiento en enero 2018, al presentar fiebre cuantificada hasta 40°C, de inicio insidioso con predominio vespertino-nocturno, cursando con periodos de remisión o febrícula entre picos febriles, acompañado de diaforesis, hiporexia y pérdida de peso no intencionada de 8 Kg en 5 meses. Inicia tratamiento con Paracetamol a dosis no especificadas, presentando mejoría en los primeros meses, sin embargo; ante persistencia de sintomatología descrita, se comienza protocolo de Fiebre de origen a determinar. Exploración física con palidez generalizada con tinte icterico de tegumentos, cuello con adenomegalia supraclavicular izquierda de 1cm aproximadamente, móvil, consistencia firme, dolorosa a la palpación. Abdomen con palpación he-

pática por debajo de 3cm del reborde costal. Exámenes de laboratorio evidenciando en citometría hemática: pancitopenia (linfopenia severa y neutropenia moderada, anemia normocítica normocrómica grado 2 y trombocitopenia severa), hipertransaminasemia con patrón colestásico e hiponatremia crónica leve. Panel viral: No reactivo para HIV, HCV, HBs-Ag, HAV-IgM. BAAR en expectoración: negativo. Biopsia de medula ósea: hiper celular compatible con infiltración difusa por proceso linfoproliferativo maligno. Mielocultivo: Positivo Histoplasma capsulatum. Negativo para bacterias y micobacterias. Biopsia de ganglio cervical: tejido celular linfoide con proliferación de linfocitos pequeños y medianos entre los cuales se identifican células tipo Reed-Sternberg, compatible con enfermedad de Hodgkin, predominio linfocítico. Ecocardiograma transtorácico con ventrículos no dilatados, función sistólica y FEVI conservadas. Tomografía computada toraco-abdominal: infiltrado pulmonar intersticial con micronodulaciones y hepatoesplenomegalia (volumen aproximado 1026cc). Con base a estos hallazgos es valorado por servicio de Infectología e inicia tratamiento con Anfotericina B liposomal 40mg cada 24 horas. En espera de erradicación fúngica para inicio de tratamiento con quimioterapia. **Discusión:** La histoplasmosis es

una infección oportunista, adquirida por inhalación, causada por *Histoplasma capsulatum*. La manifestación clínica tiene amplio espectro desde síntomas inespecíficos como tos, fiebre y malestar general, hasta la presentación fulminante dentro de las primeras 2-24h en caso de no ser tratada. La incidencia estimada es de aproximadamente 1 /2000 casos de histoplasmosis en condiciones normales (5). En el caso de nuestro paciente, con datos clínicos iniciales compatibles con síntomas B y el patrón de la fiebre, hicieron sospechar de primera intención en una probable neoplasia linfoproliferativa, dejando en segunda opción procesos infecciosos al ser considerado paciente sin compromiso inmunológico. El hallazgo en el mielocultivo con positividad para *Histoplasma capsulatum*, llamo la atención ante la rareza de su presentación en paciente no inmunocomprometido, despertando el interés por la aparición conjunta con Linfoma Hodgkin. Hasta el momento existe poca evidencia en la literatura a cerca de ambas entidades y de su posible asociación. Incluso algunos autores la mencionan simplemente como "causa-efecto". No obstante, la relevancia del caso radica en la etiología conjunta del síndrome febril y posibles diagnósticos diferenciales que deben realizarse en pacientes con esta entidad clínica.

Palabras clave: linfoma, histoplasmosis, inmunocompetente.

Folio: 0715

Tema: Hematología

Linfoma no Hodgking como presentación clínica de lupus eritematoso sistémico. Acerca de un caso en el Hospital General León

Lara José Bernardo, Palomares Pascual, García Maximiliano, Cano Juan Manuel
Hospital General de León

Los estados de inmunodeficiencia y autoinmunidad incrementan la incidencia de linfoma no Hodgkin, y enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico. **Objetivo:** Se presenta un caso cuya forma de debut concomitante de LES y un LNH constituye una extraña y poco frecuente presentación en la clínica. Antecedente de epilepsia diagnosticada hace 2 años, ingresa por presenta dolor torácico intermitente, así como referir episodios autolimitados de taquicardia, además de disnea de moderados esfuerzos, acompañado de cefalea holocraneana, presencia de fiebre cuantificada hasta 38 grados 2 días previos a su ingreso, así como tos no productiva, dolor torácico de predominio en hemitórax izquierdo, lacinante mal localizado que incrementa con la inspiración profunda, a la exploración física se encuentra

febril, con taquipnea, ruidos respiratorios con presencia de crepitantes en base pulmonar izquierda, ruidos cardiacos con la presencia de un soplo sistólico mitral grado grado II resto sin alteraciones. se inicio manejo para NAC. Con tórpidamente evolución. presentando en sus laboratorios pancitopenia Hemoglobina 6 g/dl, Plaquetas 12,000, Leucocitos 0.20 con neutrófilos de 0.1 y linfocitos 0.1, en estudio de ecocardiograma presenta solo pericarditis, 1) anticuerpos antinucleares, Anti-DNA positivos y anticoagulante lupico negativos se inicio tratamiento con esteroide, (3 pulsos de metilprednisolona 1 g/día), con ganglios cervicales, axilares y retroperitoneales observados mediante TAC se realizó aspirado de medula ósea la cual mostro acelularidad. por lo que se realizó biopsia de hueso, reporta médula ósea con infiltración difusa por linfoma no hodgking de estirpe B compatible con linfoma difuso de células grandes B. **Conclusiones:** El método clínico, la sistemática organizada de los medios diagnósticos y el manejo multidisciplinario permitieron el pronto diagnóstico, aún con algunas limitaciones y emprender el tratamiento. esquema R-chop. **Palabras clave:** hematología, reumatología, lupus eritematoso sistémico, linfoma no Hodgking, biopsia de hueso, anticuerpos.

**Folio: 0717****Tema: Hematología****¿Y si el tratamiento de primera línea falla? Leucemia mieloide crónica en paciente joven. Reporte de caso**

Gómez Ana Laura, Gonzaga Teresa Ivonne, Mijangos Francisco Javier, Sánchez Eduardo, Ángeles Abish, Blancas Luis, López Gerardo

Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos

Antecedentes: La leucemia mieloide crónica (LMC) es un trastorno caracterizado por incremento en la proliferación de la línea celular granulocítica sin pérdida de la capacidad para diferenciarse dando lugar a granulocitos inmaduros y células precursoras en sangre periférica. Este padecimiento comúnmente se presenta en pacientes entre los 45 y 55 años, con menos del 2.7% de casos en pacientes menores de 20 años. La LMC ha pasado de ser una enfermedad fatal a ser una enfermedad crónica gracias a las distintas líneas de tratamiento actualmente disponibles, mostrando una respuesta citogenética completa en el 70% de los casos empleando Imatinib como primera línea de tratamiento y hasta un 90% con el uso de Dasatinib como segunda línea.

Objetivo: Describir un caso atípico de leucemia mieloide crónica en un paciente joven, quien no alcanza remisión de la enfermedad con la primera

y segunda línea de tratamiento. Además de la importancia de analizar la tercera línea de tratamiento adecuada. Descripción del caso Femenino de 25 años con antecedente de leucemia mieloide crónica, en un inicio con cuenta total de leucocitos de 95,600 por mm³ con citogenética positiva de traslocación BCR-ABL; por lo que se inició tratamiento de primera línea con Imatinib. Clínicamente con dolor abdominal, cifras tensionales bajas, hiporexia y pérdida de peso. En laboratorios de control se evidencia disminución parcial de leucocitosis, sin embargo, en citas de seguimiento muestra paraclínicos con elevación hasta de 64,000 leucocitos por mm³ por lo que se llevó a dosis máximas de Imatinib sin obtener respuesta. Actualmente en tratamiento a base de Dasatinib sin obtener remisión de la enfermedad; por lo que se decide buscar mutación T315I como factor asociado a resistencia de inhibidores de tirosina cinasa para considerar nuevas líneas de tratamiento. **Conclusión:** La leucemia mieloide crónica es una enfermedad mieloproliferativa que comúnmente se presenta en pacientes de la sexta y séptima década vida, documentándose baja incidencia en pacientes jóvenes en quienes la enfermedad llega a ser más agresiva con pobre respuesta al tratamiento y progresión temprana. Los pacientes con LMC generalmente obtienen

adecuada respuesta con medicamentos de primera línea, alcanzando una sobrevida similar a la de la población general. La presencia de la mutación T315I documentada hasta en un 20% de los casos, confiere resistencia a los inhibidores de tirosina cinasa mostrando falla terapéutica a las primeras líneas de tratamiento por lo que es importante considerar nuevas opciones como el Ponatinib en aquellos individuos cuya enfermedad no ha respondido a 2 o más inhibidores de tirosina cinasa.

Palabras clave: leucemia mieloide crónica, falla terapéutica, inhibidores tirosina cinasa, adulto joven.

Folio: 0718**Tema: Hematología****Inhibidor adquirido del factor VIII en un paciente no hemofílico**

Coronado Edgar Ulises, Purón Emma, Ramírez Ricardo, Montemayor Jorge Luis

Christus Muguerza Alta Especialidad

Mujer de 80 años que acude por dolor en antebrazo derecho negando traumatismos y antecedentes heredofamiliares. Refiere HAS tratada con Candesartán e hipertiroidismo tratado con tiamazol 7.5mg diarios. Cardiopatía isquémica tratada con ASA y atorvastatina 100 y 40mg diarios respectivamente. Inicia su padecimiento al presentar dolor leve 2/10 urente en ex-

tremidad superior derecha de predominio en antebrazo, con posterior extensión y aumento de volumen contando con presencia de eritema localizado en muñeca y hacia 2 tercios en región anterior de antebrazo, refiere posterior aspecto violáceo así como aumento de sensibilidad e incremento del dolor llegando a 8/10. A la exploración con signos vitales estables, extremidad superior derecha con región equimótica, edema duro en cara anterior, doloroso a la palpación. Pulsos arteriales conservados, llenado capilar adecuado. Exámenes al ingreso: Biometría Hemática con anemia normocítica normocrómica con Hb: 10.8 g/dL, VCM: 88.3 fL, HCM: 30 pg. Valoración de la Coagulación con Tiempo de protrombina (TP) 14.8 seg y testigo de 13.2 seg con un INR de 1.12, tiempo de tromboplastina parcial (TTP) alterado en 73.6 seg con testigo de 27.2 Perfil bioquímico presenta transaminasemia con AST: 51 U/L, ALT: 79 U/L, fosfatasa alcalina elevada en 299 U/L, LDH normal en 372. Perfil Tiroideo con hipertiroidismo primario: T4 Libe en 2.07 ng/dL (0.70-1.90) y TSH 0.185 MUI/mL (0.270 - 4.200) Se solicita ultrasonido Doppler del miembro identificando permeabilidad de estructuras vasculares sin evidencia de trombosis con compresión extrínseca de las mismas a nivel del tercio medio y distal. Luego se realiza tomografía de antebrazo derecho identificando

edema en la región referida con densidad de 50 UH confirmando la sospecha de hematoma de distribución difusa. Ante estos hallazgos se diagnostica hematoma espontáneo brindándose manejo quirúrgico con fasciotomía y liberación por síndrome compartimental. Se realiza interconsulta con hematología por TTP prolongado, solicitándose entonces tiempos corregidos con plasma normal así como Factor VIII de la coagulación: TTP: 75.2 con testigo de 29.7 que no corrige con plasma normal obteniendo un resultado de 44.4 segundos. Factor VIII depletado en 1.1%, posteriormente se solicita Inhibidor de Factor VIII cuyo resultado positivo en 24.8 U Bethesda corrobora el diagnóstico de Hematoma espontáneo secundario a Inhibidor Adquirido contra el Factor VIII. Se inició tratamiento con Dexametasona 4mg IV cada 8 horas con cambio a los 7 días a prednisona 20mg cada 12 horas. A los 5 días del ingreso administración de dosis única de ciclofosfamida 200mg y complejo coagulante antiinhibidor 5000 unidades, con dosis posteriores de 5mil, 2500 y 2500 así como una segunda dosis de ciclofosfamida 200mg. Se egresó con mejoría en la valoración de coagulación: TTP: 35.3 con testigo de 27.7 y Factor VIII en 32.4% Tratamiento ambulatorio con ciclofosfamida 50mg cada 24 horas. La aparición de inhibidores del factor VIII en pacientes

no hemofílicos es un fenómeno raro, con una incidencia de 0,2 a 1 caso por millón. La edad media de aparición es de 50 años, con una incidencia hombre/mujer similar. Para valorarlo es esencial realizar una correcta historia clínica y valorar factores desencadenantes, tomar tiempo de sangría, TP y TTP con lo cual podremos determinar la alteración. Un TTP prolongado con TP normal sugiere un déficit en los factores VIII, IX, XI o XII. El TTP prolongado que no corrige al mezclarlo con plasma normal sugiere la presencia de un inhibidor frente a un factor de la coagulación que se corrobora tras cuantificar el inhibidor como ocurrió en nuestro caso. La terapia con corticoides e inmunosupresores solos o en combinación es la terapéutica más implementada con resultados adecuados.

Palabras clave: hemofilia adquirida, inhibidor, corticoides, inmunosupresión, factor VIII.

Folio: 0719

Tema: Nefrología

Abordaje exhaustivo de la acidosis metabólica en medicina interna. El instrumento olvidado

Arroyo Maryjose, León Alejandra Elizabeth, Huerta Saúl, Sánchez Tania Alejandra, Velázquez Karen Esmeralda, Sandoval Karen Liliana
Hospital General Ticomán

Introducción: El estudio de la gasometría arterial en el pa-



ciente críticamente enfermo es elemental para establecer diagnósticos, tratamiento y prevenir su desenlace, por lo que su uso como herramienta indirecta de medición del estado metabólico requiere un conocimiento que oriente hacia una patología. Es necesaria una ruta diagnóstica a partir de cinco pasos para la interpretación de las gasometrías: 1. Definir si se trata de acidemia o acidosis, o de alcalemia o alcalosis. 2. Interpretar el componente metabólico o respiratorio. 3. Calcular la brecha aniónica; niveles por arriba de 15 ± 2 indican otras probables causas de exceso de aniones (metanol, uremia, cetoacidosis diabética, paraldehído, isoniazida, acidosis láctica, etilenglicol y salicilatos). 4. Estimar la compensación mediante las fórmulas de Winter. 5. Calcular el delta gap para definir si existe un problema intrínseco como alcalosis metabólica. Paciente femenino de 37 años de edad, originaria y residente de la Ciudad de México, escolaridad secundaria incompleta. Niega antecedentes crónico-degenerativos, únicamente antecedente de apendicectomía hace 20 años y antecedente de etilismo desde los 17 años ocasional. Inicia su padecimiento actual por presentar dolor abdominal en mesogastrio de intensidad 8/10, irradiado hacia flanco derecho, acompañado de vómitos de contenido gastroalimentario y biliar por lo que acude a urgencias del Hospital General Ticomán en

donde se prescribe tratamiento analgésico por cólico vesicular en tratamiento sintomatológico con envío a su domicilio. Sin embargo, la paciente continuo sin mejoría de la sintomatología, se agrega intolerancia a la vía oral, cefalea, mareo, astenia y adinamia por lo cual acude nuevamente a urgencias de este hospital donde ingresa con signos vitales TA: 80/60 mmHg, FC: 62, FR: 102, Temp: 36 C con dolor en epigastrio, mesogastrio y ambos flancos sin datos de irritación peritoneal. Se inicia tratamiento con soluciones cristaloides, analgésico y antiespasmódico. Se solicita ultrasonido de hígado y vías biliares, así como ultrasonido renal los cuales se reportaron sin alteraciones. 24 horas posteriores por presentar TA de 70/50 mmHg a pesar de adecuada reanimación hídrica por lo que se inicia apoyo vasopresor con norepinefrina en bomba de infusión. Posteriormente se interconsulta a medicina interna para valoración y tratamiento. Durante su estancia en nuestro servicio la paciente presenta mejoría de las cifras tensionales, logrando destete del apoyo vasopresor. Se solicitan laboratorios los cuales evidencian acidosis metabólica de anion gap elevado, hiperkalemia e hiponatremia; examen general de orina con Ph 5.0, leucocitos 0-5 y bacterias una cruz. A la exploración física detallada destaca la presencia de hiperpigmentación en mucosas (las cuales se presentaron desde

hace 2 meses a referir por paciente), que junto con los datos bioquímicos sospecha que la paciente curse con Insuficiencia Suprarrenal. Se recaban niveles de cortisol sérico los cuales se encontraban disminuidos, por lo que se realiza el diagnóstico de insuficiencia Suprarrenal probablemente de primario, en asociación con Acidosis Tubular Renal. La acidosis tubular renal tipo 4 es una acidosis metabólica debida a una carencia de aldosterona o a una resistencia a esta hormona. La aldosterona normalmente aumenta la secreción distal de K^+ y de H^+ y la reabsorción de Na^+ . Este efecto se lleva a cabo tanto mediante la estimulación directa de la bomba H^+ -ATPasa, mediante el aumento de la electronegatividad luminal generada por la reabsorción de Na^+ . **Conclusión:** En este caso, la causa de acidosis tubular renal tipo IV fue la insuficiencia suprarrenal el cual es un trastorno que se caracteriza por un déficit de glucocorticoides, al que se asocia en ocasiones un déficit de mineralocorticoides y/o andrógenos adrenales.

Palabras clave: acidosis metabólica, acidosis tubular renal, insuficiencia suprarrenal.

Folio: 0720

Tema: Toxicología

Metahemoglobinemia asociada al uso de dapsona reporte de caso y revisión de literatura

Tapia Diana Karen¹, Morales Haydee Ninette¹, García Edgar Santino², Islas José de Jesús²,

Barriga Javier Álvaro¹, Velarde José Antonio², Robles Martín¹

¹ Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca; ² Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La metahemoglobinemia ocurre cuando el hierro del grupo Hem está en estado férrico en lugar de su estado ferroso normal. Los eritrocitos producen niveles bajos de MetHb (< 1%), en la forma férrica el hierro del grupo Hem no puede unirse al oxígeno, presentándose cianosis de aspecto café en mucosas. La cianosis es evidente con concentración de MetHb >1.5 g/dl (8-12%). Otras manifestaciones ocurren con niveles mayores de MetHb; la muerte ocurre con niveles > 70%. La dapsona es una sulfona que disminuye la síntesis de folatos. Hasta 4-13% de los pacientes que la reciben desarrollan anemia hemolítica o metahemoglobinemia. **Objetivo:** Reportar un caso de metahemoglobinemia secundaria a Dapsona a dosis terapéutica en un adulto joven. **Reporte clínico:** Hombre de 22 años sin antecedentes de importancia. Tres semanas previas mordedura de araña, recibiendo antídoto no especificado, además de Dapsona, Clindamicina y Gentamicina por 4 días por celulitis en la mordedura. Acude por cefalea y disnea progresiva hasta el reposo, de 24 horas de evolución; dolor en hemitórax

izquierdo, palpitaciones y mareo. Ingresa con saturación de oxígeno (SatO₂) capilar 78%, gasometría arterial con pO₂ 56 mmHg, sin desequilibrio ácido base, con SatO₂ 89%; exámenes de laboratorio normales, dímero D y enzimas cardíacas normales, radiografía de tórax normal. Acrocianosis en manos, pies y boca, sin aumento de la frecuencia respiratoria ni uso de músculos accesorios, área cardíaca sin alteraciones. Manejo con oxígeno suplementario, aumentando SatO₂ capilar sólo hasta 80%, con nueva gasometría arterial con PO₂ 201 mmHg, discordante con la SatO₂ capilar por oximetría de pulso. Niveles de MetHb 37.4 % (rango normal: 0-2), iniciando tratamiento con azul de metileno IV 1 mg/kg, con mejoría clínica. **Conclusiones:** La presencia de cianosis y SatO₂ capilar por oximetría de pulso baja con PO₂ incongruente en la gasometría arterial, deben alertar al clínico de la posibilidad de metahemoglobinemia.

Palabras clave: dapsona, metahemoglobinemia.

Folio: 0721

Tema: Reumatología

Miocardopatía dilatada como presentación inicial de arteritis de Takayasu. Reporte de caso

Ayala Ximena, Fabián Juan José, Dávila Andrea, Garrido Martín Horacio

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La arteritis de Takayasu es una vasculitis de grandes vasos que involucra principalmente a la aorta y sus ramas, así como las arterias carótidas, coronarias, renales y pulmonares. La miocardiopatía es una complicación infrecuente y se ha visto en aproximadamente el 6% de los pacientes. **Objetivo:** Presentar el caso de una mujer con miocardiopatía dilatada como presentación inicial de arteritis de Takayasu. **Exposición del caso:** Mujer de 31 años con antecedente de preeclampsia, hipertensión arterial sistémica, e insuficiencia cardíaca crónica. Inicia su padecimiento actual con edema de miembros inferiores, disnea de rápida progresión a pequeños esfuerzos y ortopnea. Se documenta insuficiencia mitral severa e insuficiencia aórtica severa, así como miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica severa con FEVI 27%. A la exploración física se evidencia tensión arterial 110/70 en brazo izquierdo y 140/80 en brazo derecho, ingurgitación yugular grado III, soplo holosistólico grado III/IV en foco mitral, presencia de S₃, pulso radial derecho normal, pulso radial izquierdo disminuido. Durante su estancia se evidencia lesión renal aguda AKIN III la cual ameritó tratamiento sustitutivo de la función renal con diálisis peritoneal. Se realiza angiogramografía que reporta: Proceso inflamatorio vascular de grandes y me-



dianos vasos compatible con arteritis de Takayasu, dilatación con hipertrofia de cavidades cardíacas, disminución del calibre del ostium de la coronaria derecha, estenosis crítica de ambas carterías carótidas comunes, estenosis crítica de arteria subclavia izquierda, obliteración del tronco celiaco y arterias renales. Es valorada por el servicio de reumatología quien inicia tratamiento con prednisona y metotrexato.

Conclusiones: Ante la presencia de miocardiopatía dilatada, en el contexto de una paciente joven con hipertensión arterial sistémica secundaria la arteritis de Takayasu debe ser considerada como parte del diagnóstico diferencial.

Palabras clave: vasculitis, arteritis de Takayasu, miocardiopatía dilatada, insuficiencia cardíaca.

Folio: 0722

Tema: Oncología

Sarcoma alveolar de tejidos blandos, tumor indolente y más asociado a metástasis cerebrales. Reporte de un caso

Alfonso de los Santos Trejo Julio Alfonso, Guerrero Diana Valeria, Castro Senyasen Sairi
Hospital Juárez de México

Introducción: Los sarcomas constituyen alrededor del 1% de todas las neoplasias malignas. En los adultos los STB se observan la mayoría de las veces en las extremidades o en el retroperitoneo, y menos habitualmente en la región de

la cabeza y el cuello. El sarcoma alveolar de tejidos blandos es poco frecuente, a menudo es de curso indolente, incluso con metástasis pulmonares, que son frecuentes. Es el sarcoma comúnmente más asociado a metástasis cerebrales. Habitualmente afecta el muslo en los adultos y la cabeza y el cuello en niños. La supervivencia a los 5 años supera el 60%.

Caso clínico: Paciente masculino de 31 años de edad, sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual. Acude a valoración por cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por aumento de volumen de muslo derecho acompañado de astenia, adinamia, anorexia y pérdida de peso de 30 Kg. A la exploración se encuentra neurológicamente íntegro caquéctico, con palidez generalizada. Cráneo sin alteraciones, ojos con pupilas isocóricas reactivas al estímulo luminoso, narinas permeables, boca sin alteraciones aparentes. Cuello cilíndrico sin adenomegalias palpables. Tórax normolíneo, movimientos de amplexión y amplexación disminuidos con uso de músculos accesorios, áreas pulmonares con estertores subcrepitantes generalizados, vibraciones vocales y transmisión de la voz sin alteraciones, claro pulmonar a la percusión. Precordio rítmico con presencia de soplo hiperdinámico. Adenopatía axilar derecha de 5X4cm, consistencia pétreo, bordes irregulares, no adherida a planos profundos.

Abdomen globoso con presencia de estrías violáceas y protuberancia periumbilical de 3X3 cm, resto sin alteraciones. Genitales acordes a edad y género. Extremidades íntegras con aumento de volumen de muslo derecho, indurado y no doloroso a la palpación, acompañado de edema distal de extremidad ipsilateral. Estudios de laboratorio con anemia normocítica normocrómica, resto sin alteraciones. Radiografía de tórax con múltiples radiopacidades bilaterales (patrón en balas de cañón). TAC de cráneo con presencia de tumoración en región occipital de 5X5cm de diámetro aproximadamente.

Palabras clave: oncología, sarcoma, sarcoma alveolar, reporte de caso.

Folio: 0723

Tema: Cardiología

Correlación entre vasodilatación mediada por flujo de arteria braquial y termografía en manos de pacientes con y sin factores de riesgo cardiovascular

Cruz María del Pilar², Martínez Michel Augusto², Calderón Erick², Montes Daniel Héctor¹, Lira Josehp², Gil Kybaná Aurora²
1.Hospital General Dr. Gaudencio González Garza; ² Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret
Centro Médico Nacional La Raza

La enfermedad cardiovascular lidera la mortalidad en México.

Se relaciona a aterosclerosis y la disfunción endotelial (DE) es un paso crítico. La vasodilatación mediada por flujo (VMF) es un método no invasivo estandarizado para determinar DE. La termografía es una tecnología sencilla con potencial en medicina. Métodos. Estudio transversal, descriptivo, analítico. Pacientes mayores de 18 años, con y sin factores de riesgo cardiovascular (FRC) como Diabetes, hipertensión, dislipidemia, tabaquismo, sedentarismo, índice de Masa Corporal (IMC) > 24.9. Se realizó la prueba de VMF (medición basal del diámetro de la arteria braquial derecha por ultrasonido y tras tener un brazalete a una presión 40 mmHg sobre la normal durante 5 minutos) y se utilizó una cámara FLIR® ONE para equipos móviles para medir la temperatura (TEM) en grados (°) en la palma de la mano basal y tras 5 minutos de isquemia. Se realizó estadística descriptiva, diferencias entre grupos relacionados se establecieron prueba de Wilcoxon; entre grupos no relacionados con t de student o U de Mann-Whitney. Correlación de Pearson entre los deltas de TEM al inicio y al final y la dilatación por VMF. **Resultados.** Incluimos 16 pacientes, 6 mujeres (37%) y 10 hombres (63%). Nueve (56%) tenían FRC. Edad 46.3 (±19.3) años, IMC de 25.5 (±3.57). Los deltas en general (antes y después) fueron de 1.8° (±1) y 5.2

mm (±2.7) (ambos $p < 0.05$). Con FRC 1.8° (±0.74) y 4.6 mm (±1.8), sin FRC 1.8° (±1.2) y 5.6 mm (±2.3). Al comparar con y sin FRC no se hallaron diferencias de TEM ($p = 0.47$) o dilatación ($p = 0.68$). La correlación de Pearson mostró una $r = 0.174$ ($p = 0.51$). **Conclusión.** En esta muestra pequeña, hubo diferencia entre en las variables demográficas por grupo y entre deltas de TEM y dilatación antes y después de las pruebas, mas no entre grupos, lo que no indica una relación. Se encontró una pobre correlación entre los deltas de TEM y de dilatación. **Palabras clave:** enfermedad cardiovascular, vasodilatación mediada por flujo, termografía, disfunción endotelial.

Folio: 0724

Tema: Infectología

Síndrome de destrucción vertebral y espondilodiscitis por *Salmonella enteritidis*

Espinosa Eduardo, Acosta David Neri, Santiago Ricardo, Barrera Ramon

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

La infección por salmonelosis de serotipos no tifoideos es cualquiera producida por salmonellas distintas a la *S. typhi*. El cuadro clínico más frecuente relacionado es la gastroenteritis aguda, siendo también responsables de casos de bacteremias y de infecciones focales extradigestivas. El género *Salmonella*

pertenece a la familia Enterobacteriaceae, son bacilos gram negativos, no formadores de esporas, anaerobios facultativos, provistos de flagelos y móviles. Crecen bien en los medios de cultivo habituales. Puede haber diferencias según las áreas geográficas, las más frecuentes son la *S. typhimurium*, la *S. enteritidis* y la *S. virchow*. El mecanismo de transmisión es el consumo de agua o alimentos contaminados. Es excepcional la presentación en forma de neumonía, meningitis, espondilitis, endocarditis, abscesos u otras localizaciones, así como la presentación de shock endotoxínico tras la instauración de antibioterapia. El diagnóstico se basa en el aislamiento de la salmonella typhi fundamentalmente en los hemocultivos. Presentamos la experiencia de un caso con objetivo de describir la presentación atípica y abordaje terapéutico de infección extra digestiva por salmonela y la manifestación de un síndrome destructivo vertebral y espondilodiscitis posterior a colocación de prótesis bipolar cementada en cadera por coxartrosis. Después de realizarse estudios de extensión, TC, RMN, gammagrafía funcional con Ubiqúidina 29-41, se determinó presencia de abscesos piógenos en múltiples sitios, columna lumbar, músculos paravertebrales y vesícula biliar. Se realiza procedimiento de drenaje guiado por radiología intervencionista



y colecistectomía laparoscópica. Se establece aislamiento por hemocultivo y cultivo de drenaje de absceso con *Salmonella enteritidis*. Se indicó cobertura antimicrobiana de amplio espectro con buena respuesta sin recurrencia. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento por parte de servicio de Infectología y Ortopedia con mejoría de condiciones generales y funciones fundamentales con terapia de rehabilitación. La conclusión, se trata de una infección atípica por salmonella enteritidis, con patrón de infección piógena en múltiples sitios incluyendo columna lumbar con osteítis, absceso y destrucción vertebral. La respuesta antimicrobiana es variable, ya que no existen ensayos clínicos prospectivos sobre la terapia antimicrobiana de la espondilodiscitis. Sin embargo, se recomienda como se presenta en este caso ciclo antimicrobiano parenteral por 6 a 8 semanas. El tratamiento quirúrgico tiene como objetivo el adecuado drenaje y el desbridamiento del tejido inflamatorio para mejorar la perfusión tisular y asegurar la estabilidad y dinámica de la columna, la cual tiene indicaciones precisas. En la actualidad, la mortalidad global es inferior al 5% y el 10-30% de los pacientes persisten con importantes secuelas a largo plazo.

Palabras clave: serotipos no tifoideos, *Salmonella enteritidis*, síndrome destructivo vertebral,

espondilodiscitis, ubicuidina 29-41, enterobacteriaceae.

Folio: 0725

Tema: Reumatología

Esclerosis sistémica limitada y colitis ulcerativa, una asociación poco frecuente. A propósito de un caso

Gándara César Adrián, Olán Francisco, Morales Erick, Rojas Jaazhel Samir, Hernández Éufrates

Hospital Regional de Alta Especialidad Gustavo A Rovirosa Pérez

Masculino de 48 años de edad, casado, vendedor de pan, originario y residente de Tabasco, con antecedentes familiares de Diabetes Mellitus, alcoholismo esporádico, portador de Diabetes mellitus tipo 2 de 10 años de evolución en tratamiento con metformina y sitagliptina, así mismo, portador de esclerosis sistémica limitada de 18 años de diagnóstico, solo llevando tratamiento el primer año, posteriormente lo suspendió. Inició su padecimiento actual 4 meses previos a su consulta, con náuseas sin vómito, astenia, adinamia, mareo y evacuaciones diarreicas en promedio 5-10 al día de consistencia Bristol 6, con moco y ocasionalmente sanguinolentas, acompañadas de dolor abdominal tipo cólico EVA 6/10 intermitente, meteorismo y pérdida ponderal aproximada de 7 kg. Había recibido tratamiento con *Lactobacillus*

acidophilus, metronidazol con diyodohidroquinoleina, otros antiparasitarios y loperamida sin percibir mejoría. A la exploración física: ectomorfo, facies de "ratón", ligera palidez de piel y mucosas, hipotrofia temporal y maseterina, cabello corto y escaso, telangiectasias en área malar, con apertura oral limitada, dentadura incompleta (ausencia de algunos incisivos inferiores), tórax con telangiectasias, campos pulmonares con discretos crépitos "en velcro", ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad, abdomen con peristalsis aumentada, a la percusión timpánica, extremidades simétricas, con 22 puntos en la escala de Rodnan. Estudios de laboratorio: Hb 12.9 g/dL, hto 40.10%, VCM 88.8 fL, HCM 28.6 pg, plaquetas 219,000, leucocitos 8,500, neutrófilos 3,800, linfocitos 3,000, V.S.G. 26 mm/Hr, proteína C reactiva 0.2 mg/dL, Na 135 mmol/L, K 3.28 mmol/L, Cl 102 mmol/L, Ca total 8.9 mg/dL, glucosa 140 mg/dL, BUN 12.25 mg/dL, Cr 0.96 mg/dL, urea 26.22 mg/dL, albumina 4.34 g/dL, Bilirrubina Total 0.4mg/dL, AST 37 U/L, ALT 49 U/L, DHL 157. Radiografía de tórax con infiltrado reticular intersticial basal bilateral en el parénquima pulmonar. Ingresó a nuestro hospital, se realizó colonoscopia, se observaron múltiples erosiones en halo eritematosas en colon derecho y puntillero hemorrágico subepitelial en íleon terminal, en

las biopsias de dichas áreas, se reportó: ileítis crónica moderada con eosinofilia leve y colitis ulcerativa crónica moderada, el coprocultivo se reportó negativo. Se egresó con prednisona 10mg al día, mesalazina 1.5g al día en 3 dosis, en su cita de control a los 3 meses se observó mejoría evidente con disminución de evacuaciones a 2 veces al día bristol 4 no sanguinolentas, sin dolor abdominal; continúa su seguimiento ambulatorio.

Palabras clave: esclerosis sistémica, colitis ulcerativa.

Folio: 0726

Tema: Neurología

Resonancia magnética y secuencia Fast Imaging Employing Steady-State Acquisition en el diagnóstico y seguimiento de la neurocisticercosis vesicular subaracnoidea. A propósito de dos casos

Díaz Alberto Javier, González Luis Jonathan, Gutiérrez Bianca Elizabeth, Suarez Belen, Michel Lily, Velazquez Salvador, Medina Jesus Manuel

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No.1, Aguascalientes

La neurocisticercosis (NCC) subaracnoidea es la más frecuente en los pacientes adultos sintomáticos atendidos en instituciones de tercer nivel. En localización subaracnoidea los cisticercos son múltiples, grandes y se pueden asociar a una reacción inflamatoria

severa generando una aracnoiditis intensa. La secuencia FIESTA (Fast imaging Employing Steady-State Acquisition), se usa en la evaluación de lesiones del ángulo pontocerebeloso y oído medio e interno, por sus cortes finos hay poco artefacto. Un problema es la dificultad del diagnóstico incluso cuando se usa RM porque los parásitos en estas ubicaciones producen una intensidad de señal similar a la del LCR, generalmente no mejoran mediante contraste IV, y comúnmente carecen de un scolex. Roger Carrillo-Mezo y cols. Demostró que la secuencia FIESTA es más sensible para diagnosticar ubicación subaracnoidea ya que permite la detección de las estructuras parasitarias y las diferencias en intensidad de señal entre el contenido del parásito y LCR. Esta secuencia debería ser parte de un examen de RM de rutina a los pacientes en países endémicos. Esto podría favorecer un diagnóstico más temprano y podría mejorar el pronóstico de pacientes afectados por una enfermedad que todavía causa una morbi-mortalidad inaceptablemente alta. **Caso 1:** Fem 49 años sin antecedentes de importancia para padecimiento. Sintomatología inicial de cefalea, hasta presentar evento convulsivo ictales generalizados sin datos post-ictales de focalización. Exploración neurológica sin alteración. Laboratorio: hb: 10.8, hto: 33.1%, leucos: 17.18, Estudio de LCR:

presión de apertura de 8 cm de agua, con maniobra de Queckenstedt negativa. PCR para *tsolium* positivo. **Caso 2:** Masc de 33 años sin antecedentes de interés. Cefalea de 1 año de evolución con mala respuesta a tratamiento, asociada a síntomas visuales y parestesias en todo el cuerpo. A la exploración física y neurológica sin hallazgos relevantes.

Palabras clave: neurocisticercosis, subaracnoidea, diagnostico, resonancia magnetica, secuencia FIESTA.

Folio: 0727

Tema: Infectología

Aracnoiditis espinal por *Cryptococcus neoformans* en un paciente inmunocompetente: reporte de un caso clínico

Flores Anayeli, Martínez Carlos Eduardo, Rocha Ricardo

IMSS: Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez

Introducción: La infección por *Cryptococcus neoformans* a SNC se presenta a menudo en inmunodeprimidos, sin embargo, 10 a 20% de las infecciones están relacionadas a pacientes sin inmunodeficiencias. La mortalidad es hasta del 50% en esta última población, en parte debido a retrasos en el diagnóstico. La presentación más frecuente es la meningoencefalitis, aunque la aracnoiditis espinal se ha reportado en ambos grupos, con afección predominante a



nivel lumbar caracterizada por síndrome de cauda equina o cono medular. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente inmunocompetente con aracnoiditis criptocócica sin signos y síntomas intracraneales, diagnosticada mediante cultivo de LCR, tratado exitosamente con anfotericina B. **Caso clínico:** Masculino de 60 años con DM2 e HAS. Ingresa por presentar cuadro caracterizado por síndrome medular completo de L1-L3, en RMN con presencia de aracnoiditis desde cono medular hasta cauda equina. En estudio de neuroconducción: denervación aguda en miotomos de L2-S1 bilateral. PL: células 45/mm³, MN 43%, glucosa 29 mg/dL, proteínas 750 mg/dL, tinta china negativa, ADA 16.2, PCR M. tuberculosis negativa, cultivo con desarrollo de *Cryptococcus neoformans*. Serología viral VIH, VHB, VHC negativa, recuento de inmunoglobulinas normales, subpoblación de linfocitos T normales. Se inició terapia a base de fluconazol y Anfotericina B por 2 semanas, con mejoría clínica y radiológica. **Conclusión:** La criptococosis se ha reportado como causa frecuente de meningitis, sobre todo en pacientes inmunocomprometidos; la afección en inmunocompetentes es rara y excepcional el involucro a médula espinal. La aracnoiditis puede ocurrir sin afectación intracraneal, por lo tanto, ésta puede ser la única manifes-

tación a SNC. A pesar de su rareza, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de los síndromes de médula espinal de etiología desconocida, con el objetivo de iniciar tratamiento oportuno antes de que se presenten complicaciones graves. **Palabras clave:** criptococosis, aracnoiditis espinal, inmunocompetente.

Folio: 0728

Tema: Endocrinología

Incidentaloma suprarrenal bilateral. Presentación inusual de linfoma no hodgkin suprarrenal

López Jerson Omar Carlos, Ortíz Gerardo, Durán Edgar

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Femenino de 16 años, ingresa por fiebre intermitente de 10 días evolución. Dolor abdominal en flanco izquierdo, punzante, intermitente, intensidad 7/10, malestar general, hipodinamia, hiporexia fatiga, pérdida de 4-6 kg en un mes. Por recurrencia de síntomas se realiza TAC externa con presencia de glándulas suprarrenales aumentadas de tamaño, densidad heterogénea sin evidencia de lesiones quísticas. ACTH suprimida, B2 microglobulina elevada. Adrenalina y noradrenalina normales. Gammagrama MIBG rastreo negativo. Actividad de resina y aldosterona sin alteración. Metanefrinas en orina negativos. Se descarto feocromositoma. Biopsia de glándula derecha e izquierda compatible para linfoma no

Hodgkin. Lo interesante del caso es el abordaje de acuerdo a protocolo. La presencia de masas bilaterales suprarrenales debe orientarnos a pensar en metástasis y descartar tumores funcionales por ello se debe abordar como estudio hormonal de incidentaloma suprarrenal. Es necesario realizar estudios de Magen para ver características del incidentaloma, las UH, lavado al medio de contraste y para descartar posibilidades de metástasis. El rastreo con metayodobencilguanidina se realizó con la finalidad de descartar feocromocitoma bilateral no funcional con posibles metástasis a otras zonas de abdomen tórax o cuello. Los linfomas no Hodgkin de tipo primario realizan infiltración a las glándulas suprarrenales, lo cual desencadena una insuficiencia suprarrenal, son tumores de origen primario suprarrenal muy raros. Pocos casos en la literatura.

Palabras clave: insuficiencia suprarrenal, incidentaloma suprarrenal, linfoma no Hodgkin primario suprarrenales.

Folio: 0729

Tema: Reumatología

Granulomatosis con poliangeitis generalizada, reporte de caso y revisión de la literatura

Castillo Mario Alberto, Arteaga Mayra, Delgado Franco David
Hospital Juárez de México

Introducción: La GPA (granulomatosis con poliangeitis) esa

una vasculitis de pequeños vasos, asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) que se caracteriza por inflamación granulomatosa. Presenta una prevalencia de 5-16 casos por 100.000 h con afecta habitualmente la vía respiratoria alta (nariz, seno, tráquea y oído 90%) y baja (pulmonar 55-90%), frecuentemente con involucro renal (80%) de tipo glomerulonefritis pauciinmune (70-85%) con una recurrencia de 45% a los 5 años, de los cuales hasta 20% evolucionan a ERC. Masculino de 43 años sin antecedentes de importancia, no etilismo, no tabaquismo, inicia su padecimiento 18 meses previos a su ingreso con disfonía, tos no productiva, rinorrea hialina evolucionando a amarilla fétida, tratado por infecciones de repetición de vía respiratoria alta, con múltiples antibióticos, sin respuesta, con presencia de fiebre, astenia, adinamia, halitosis, disnea de medianos esfuerzos, 7 meses después edema a nivel maleolar, a la exploración nasinas con lesiones ulcerativas, costras mielisericas, dificultad para la fonación, tórax sin alteraciones, a nivel abdominal con lesiones dermatológicas foliculares eritematosas pruriginosas, edema a nivel maleolar. Paraclínicos; Proteínas totales en orina de 24 h 1.8 g, depuración de Cr en orina de 24 h 60.42ml/min, EGO eritrocitos dismórficos 25-30 VIH (-) VHB (-) VHC (-),

c-ANCA 1:640, PR3 + TAC Senos Pansinusitis engrosamiento de mucosa, biopsia nasal. Tratamiento: metilprednisolona 1 gramo cada día por 3 días, prednisona 1 mg por kilogramo de peso rituximab con esquema EUVAS bisemanal. **Conclusiones:** Dada la baja frecuencia, se requiere un alto índice de sospecha para identificar los casos de vasculitis sistémica. Ante cuadros de infección respiratorias de recurrentes se debe sospechar el diagnóstico y realizar una búsqueda intencionada de manifestaciones renales. El tratamiento adecuado y oportuno mejora la supervivencia de los pacientes. **Palabras clave:** vasculitis sistémica, enfermedad renal, glomerulonefritis, sinusitis crónica.

Folio: 0730

Tema: Neurología

Polineuropatía inflamatoria aguda axonal variante faringo-cervico-braquial con anticuerpos anti GT1a (Hughes 2, Brighton 1)

Lucas Abihai, Durán Elizabeth Andrea, Rivera Karen Lilian, Nava Dina Lisbeth, Pablo Claudia, Córdova César, Canizal José Luis

Instituto Mexicano del Seguro Social

Masculino de 45 años originario de Puebla y residente de Tlalnepantla, religión católica y oficio albañil. Hermano con diabetes mellitus tipo 2. Como

único antecedente patológico el paciente cursó 7 días previos al inicio de su padecimiento con evacuaciones disminuidas en consistencia en 3 ocasiones, no disenteriformes. Inicia el 18 de febrero con disfagia a sólidos que fue progresando en 24 horas a líquidos, posterior comienza con disminución de la fuerza muscular en cintura escapular y miembros torácicos, diplopía monocular horizontal a la visión lejana, dificultad para la apertura de la cavidad oral y disfonía. Acude a valoración con médico quien sospecha de miastenia gravis e inicia manejo con prednisona 50 mg /día. Tras 24 horas hay progresión de la debilidad, presentando dificultad respiratoria y cefaloptisis, acude a valoración a nuestra unidad en donde se inicia ventilación mecánica por datos de insuficiencia respiratoria clínica y gasométrica, siendo extubado a las 72 horas. Se ingresa al servicio de Medicina interna para iniciar protocolo diagnóstico. A la exploración física neurológica se encuentra a paciente con funciones mentales superiores conservadas, reflejo mandibular ausente, sensibilidad facial conservada, disminución de la fuerza mandibular, signo de Bell bilateral, reflejo nauseoso disminuido y disartria. Cefaloptisis, tono y trofismo disminuidos en extremidades torácicas, fuerza de miembros torácicos 1/5 en ambos brazos y 2/5 en antebrazos y manos, 4/5



en miembros inferiores, reflejos osteotendinosos en miembros torácicos abolidos, inferiores ++. La sensibilidad superficial y profunda se encontraba conservada, marcha conservada y Romberg negativo. Inicia protocolo con diagnósticos diferenciales de evento vascular cerebral, Guillain Barré (GB), miastenia gravis y botulismo. Realizamos punción lumbar, evidenciando disociación albumino-citológica por lo que se solicitan anticuerpos Anti-GT1a por alta sospecha de variante Faringo-cervico-braquial (FCB) de GB, siendo positivos. Electromiografía: latencias y amplitudes sensoriales normales con amplitudes disminuidas de manera generalizada y velocidades de conducción motora normales. En concordancia con los nuevos criterios de clasificación diagnóstica para síndrome de GB y sus variantes y con una certeza diagnóstica 1 de Brighton se diagnostica la variante FCB de GB. Actualmente el Síndrome de Guillain Barré es la causa principal de parálisis flácida y con una incidencia mundial de 0.6 a 4 por 100,000 habitantes sigue siendo un reto diagnóstico. Dentro de las variantes la más preponderante es Miller Fisher, sin embargo, existen otras variantes menos comunes y de presentación algunas veces atípicas con sobreposición entre ellas como la FCB que representa solo el 3% de las variantes. Esta variante fue descrita por primera

vez en 1986 por Ropper con 3 casos que se presentaron con debilidad de miembros superiores, Nagashima propuso el termino variante "pura" a aquella en que los pacientes presentan debilidad orofaríngea y cervico-braquial rápidamente progresiva asociada a hiporreflexia o arreflexia en ausencia de oftalmoplejía o debilidad en extremidades inferiores. Actualmente existen los criterios de Brighton con los que nuestro paciente fue clasificado en nivel 1, al cumplir con debilidad apendicular bilateral, disminución de los reflejos tendinosos y cuadro monofásico, ausencia de diagnóstico alterno y disociación albumino-citológica.

Palabras clave: Guillain Barre, polineuropatía, faringo-cervico-braquial, ac anti-GT1a.

Folio: 0731

Tema: Reumatología

Síndrome anti fosfolípidos primario: úlcera maleolar como primera manifestación. Reporte de caso

Diestel Ricardo

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: El síndrome antifosfolípido es una enfermedad autoinmune sistémica en la cual el proceso patológico subyacente es la trombosis. El síndrome ha sido definido desde el punto de vista clínico por la presencia de trombosis arteriales, venosas o de pequeño vaso y/o por una historia de

problemas. Dichas alteraciones se asocian a la positividad de anticuerpos antifosfolípido (AAF), de los cuales, los más conocidos son el anticoagulante lúpico (AL), los anticuerpos anticardiolipina (AAC) y los anticuerpos anti- β 2glicoproteína I (β 2GPI). **Objetivo:** Presentar un caso de síndrome de anti fosfolípidos primario, con manifestación inicial de úlcera en región maleolar de miembro inferior izquierdo. **Exposición del caso:** Paciente femenina de la cuarta década de la vida que presenta desde hace 10 años úlcera en región maleolar de miembro inferior izquierdo; en tratamiento crónico a base de esteroides con diagnóstico de pioderma gangrenoso sin presentar mejoría; por lo que se inicia protocolo de estudio; en la primera medición de anticuerpos del 2008 cuando inicia la ulceración presenta Anticuerpos anticardiolipinas IgG 167, IgM 173 y en una medición reciente con anticoagulante lúpico 1.5-2 (moderadamente presente), anticardiolipinas IgG 117.1, Anticardiolipinas IgM 34.1, por lo que se diagnostica SAAF primario, al no contar con enfermedades autoinmunes subyacentes y cumplir los criterios. Paraclínicos: 18 de julio del 2018: Glucosa 88, Cr 0.77, Na 135.9, K 3.8, AST 53, ALT 78, LDH 441, BT 0.59, LDH 441, BT 0.59, Bd 0.21, Albumina 4.1, Hb 14.4, Hto 42.9, Leu 7,100, Plaquetas 203,000, TO 13.7, INR 1.01, TTP no coagula

Las manifestaciones clínicas más características son uno o más episodios clínicos de trombosis venosa y/o arterial y/o de pequeños vasos en cualquier tejido u órgano, demostrada por técnicas de imagen o histológicas, en el caso de la paciente se realizó un ultrasonido doppler que reportó insuficiencia venosa profunda de extremidad pélvica izquierda y síndrome postflebítico femoro/poplíteo y de segmentos tibiales ipsilaterales y/o datos de trombosis venosa profunda no obstructiva crónica por lo que se cumple con este criterio. **Conclusiones:** El SAF primario o asociado es un cuadro de mal pronóstico con alta morbilidad y mortalidad. El pronóstico vendrá determinado por la localización de las trombosis y por las manifestaciones clínicas que presente el paciente. AC de tipo IgG. La evolución del SAAF primario a LES o lupus-like es inusual, incluso en seguimientos a largo plazo. Resulta de crucial importancia la identificación del SAAF primario ya que un gran porcentaje de pacientes cursan con daño orgánico grave en forma de hemiparesia por ictus isquémico cerebrales, demencia, cardiomiopatía dilatada/infarto de miocardio, infarto pulmonar masivo e insuficiencia renal terminal.

Palabras clave: síndrome antifosfolípidos primario, trombosis venosa, anticuerpos, autoinmune, anticuerpos antifosfolípidos, anticoagulante lúpico.

Folio: 0732

Tema: Oncología

Sarcoma sinovial en el contexto de un paciente con patología autoinmune

Pineda Luis Francisco¹, Rojas Eduardo²

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social; ² Instituto Mexicano del Seguro Social Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: El sarcoma sinovial ocurre comúnmente en jóvenes con predominio en hombres; ocupando del 6-15% de los sarcomas de tejidos blandos con un espectro clínico variable desde indolente hasta ser agresivo y de carácter recidivante. **Objetivo:** Presentar el caso clínico de una entidad oncológica infrecuente, en quien las comorbilidades, la escasa sospecha y los métodos diagnósticos requeridos determinaron un retraso concluyéndose el diagnóstico post-mortem. **Caso clínico:** Hombre de 67 años, hábito tabáquico con índice de 40 paquetes/año con diagnóstico de artritis reumatoide desde 2004 en control con leflunomide; en 2007 se concluyó crioglobulinemia mixta manejado con ciclofosfamida y prednisona. Trombosis venosa profunda de extremidad pélvica izquierda (2013) y derecha (2014) recibiendo Rivaroxaban. En noviembre 2017 comienza con dolor inguinal derecho, punzante, persistente asociado a paresia, fuerza 4/5 y parestesia distal, se documenta

radiograficamente espondiloartritis de L5-S1 compatible a radiculopatía lumbar, se inician antineuríticos con parcial mejoría. En Enero 2018 cursa con edema 3+ de ambas extremidades pélvicas, hospitalizándose a nuestro cargo el 17/01/18, de forma inicial se excluyó evento trombotico; 5 días después se documenta por tomografía lesión lítica de cabeza femoral enviándose por externo a Clínica de Tumores Óseos. El 24/01/18 estando en domicilio se complica por episodio de Diverticulitis Hinchey IV, se rehospitaliza en medio particular efectuándose LAPE, transversotomía y lavado peritoneal con colostomía (29/01/18), desde ese momento muestra datos clínicos de trombosis arterial distal de miembro pélvico izquierdo; es trasladado a nuestro centro el 02/02/18. El 08/02/18 cursa con fractura espontánea en cadera derecha, por lo que se realiza resección tumoral y colocación de prótesis (13/02/18) con biopsia de médula ósea (transoperatorio) normocelular, negativa a procesos linfó y mieloproliferativos. Dos semanas después de la cirugía presenta infección en lecho quirúrgico, indicando lavado quirúrgico en dos ocasiones (8 y 16/03/18), en el segundo con amputación transmetatarsiana de pie izquierdo por isquemia crítica. El estudio histopatológico definitivo concluye neoplasia poco diferenciada con extensa proliferación fibroblástica pro-



bable metástasis, búsqueda de neoplasia primaria sin resultado satisfactorio para próstata, pulmón, células plasmáticas, tiroides (marcadores tumorales: APE 0.5, ACE 10.4, AFP 2.11, Ca-125 232, Ca-19.9 5cm, afección profunda, edad >20 años, patrón monofásico y de localización toracoabdominal. La sobrevida a 10 años se reporta en 60%.

Palabras clave: sarcoma, sinovial, inmunohistoquímica, crioglobulinemia mixta.

Folio: 0733

Tema: Reumatología

Femenino de 32 años de edad con lupus eritematoso sistémico, síndrome de Fisher Evans, anemia perniciosa y trombocitopenia refractaria a tratamiento

Loeza Michelle Patricia, Machorro Rafael Alejandro, Serna José Antonio

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Femenino de 32 años sin antecedentes de importancia. Inició padecimiento con astenia, adinamia y ataque al estado general de 1 mes de evolución. Acudió al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital y se encontró con: Leucos: $2.8 \times 10^3/\mu\text{l}$, Neutros: $1.8 \times 10^3/\mu\text{l}$, Linfos: $0.8 \times 10^3/\mu\text{l}$, Hb: 5.9g/dL, Hto: 16.7%, VGM: 118fL, MCH: 41.3pg, PLT: $20 \times 10^3/\mu\text{l}$. BT: 4.58mg/dL, BD: 0.37mg/dL, BI: 4.21mg/dL, DHL: 400 IU/L, Niveles de B12: 137pg/

ml Coombs Directo: Positivo, Haptoglobina: 3mg/dl. A la exploración leve esplenomegalia, palidez cutánea generalizada y tinte icterico en escleras. Ante sospecha de anemia perniciosa y LES se solicitaron: Ac anticélulas parietales: 218.7U/ml, Ac Antinucleares (HeP-2): 1:2560 (centromérico), Ac Anti SSA: 195U/ml, Ac Anti mitocondriales: (+), Ac anti DNA doble cadena: 48.4UI/ml. Por presencia anemia hemolítica autoinmune y trombocitopenia autoinmune se integró Sx de Fisher Evans. Se realizó gamagrama hepatoesplénico que reportó: esplenomegalia e hiperesplenismo. Cumplió criterios SLICC para LES por lo que se inició tratamiento con: hidrocortisona IV (150 mg-75mg-75mg) x 7 días, hidroxicloquina, azatioprina e hidroxibalamina. Logró ascenso de Hb hasta 9mg/dl y de PLT de $30 \times 10^3/\mu\text{l}$. Egresó con seguimiento a la consulta de Reuma en 10 días en manejo ambulatorio con: prednisona 50mg c/24h + azatioprina 50mg c/12h. Se presentó con: Leucos: $6.1 \times 10^3/\mu\text{l}$, Hb: 11.5 g/dL, HTO: 33.6%, y PLT: $8 \times 10^3/\mu\text{l}$. Se hospitalizó y administró Dexametasona 40 mg VO c/24h x 4 días sin lograr ascenso de PLT. Se inició inmunoglobulina IV (1g/kg/día x 2 días se evidenció ascenso plaquetario máximo de $12 \times 10^3/\mu\text{l}$. Ante la falta de respuesta a Tx se inició ciclofosfamida, nuevamente sin incremento de PLT. Por falla a tratamientos previos

e imposibilidad económica de adquirir Rituximab, se decidió esplenectomía laparoscópica previo protocolo de inmunizaciones. 1 mes posterior a cirugía se reportó: Hb: 12.1g/dL, HTO: 35.4%, VGM: 98.1fL, MCH: 33.6pg, PLT: $100 \times 10^3/\mu\text{l}$.

Palabras clave: FisherEvans, LES, perniciosa, trombocitopenia, esplenectomía.

Folio: 0735

Tema: Epidemiología

Incidencia de trombotoprofilaxis en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Marín Hector, Aguilera Dulce Noemí, Zapien Reynaldo, Martínez Liz Jovanna

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

La enfermedad tromboembólica venosa es un problema de salud pública en México; se ha hecho el intento a nivel internacional para disminuir su incidencia en los servicios hospitalarios desarrollando diferentes guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica para disminuir el riesgo de que los enfermos desarrollen un evento tromboembólico mediante el uso de la trombotoprofilaxis. La estadística mundial reporta 350,000 a 650,000 eventos por año y cerca de 100,000 a 200,000 muertes por la misma causa, 50 % de las cuales son hospitalarias, impactando en el 10 % de la mortalidad hospitalaria general. En el estudio ENDORSE se encontró

que 52 % de los pacientes hospitalizados tienen factores de riesgo de padecer enfermedad tromboembólica venosa, con una incidencia de uso de trombopprofilaxis de 58.5 % en pacientes del área quirúrgica y 39.5 % del área clínica. Con el objetivo de conocer la epidemiología en nuestro medio, llevamos a cabo un estudio transversal en el que se incluyeron 80 pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío en marzo de 2018 con más de 72 horas de hospitalización, 50 % pertenecientes a los siguientes servicios quirúrgicos: oncología quirúrgica, cirugía de columna, neurocirugía, cirugía general y cirugía cardiovascular, y a 50 % pertenecientes al servicio de Medicina Interna, y se aplicó la escala de CAPRINI modificada. Los resultados fueron los siguientes: de los 40 pacientes quirúrgicos, 60 % de ellos tenían trombopprofilaxis, 20 % con indicación para la misma y el resto con necesidad de otra modalidad de trombopprofilaxis de acuerdo a lo señalado en la escala CAPRINI, de los pacientes a los que no se les indicó trombopprofilaxis (40 %) ninguno tenía contraindicación para la misma; de los servicios clínicos los resultados fueron los siguientes: 90 % de los pacientes tenían trombopprofilaxis indicada, los mismos con una indicación dirigida de acuerdo a la escala CAPRINI, 10% de pacientes a los que no se les

indicó, tenían indicación de trombopprofilaxis. Con base a los resultados encontrados podemos concluir que en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío los resultados contrastan con lo reportado en la literatura, esto permitirá realizar acciones de mejora como estratificar el riesgo tromboembólico en todos los pacientes que ingresen a hospitalizarse, poniendo énfasis en los servicios quirúrgicos, implementar estrategias de mejorar el apego a las recomendaciones de trombopprofilaxis, esto con el objetivo reducir la incidencia de eventos tromboembólicos, de ésta forma unirnos a la iniciativa para disminuir las muertes por trombosis en México.

Palabras clave: trombopprofilaxis.

Folio: 0736

Tema: Infectología

Mucormicosis rinoorbital como causa de síndrome de ápex orbitario: reporte de un caso clínico

Rocha Ricardo, Ramírez de Aguilar Jimena, Pérez Gabriel, Ramírez Rubén, Flores Anayeli
1 IMSS: Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez

Introducción: El síndrome de ápex orbitario es una entidad poco frecuente, de etiología variable que incluye procesos infecciosos, inflamatorios,

neoplásicos, traumáticos, vasculares e idiopáticos. Se caracteriza por oftalmoplejía, ptosis palpebral y disminución de la agudeza visual, cuyo tratamiento está orientado a la causa. **Objetivo:** Reportar el caso de un paciente con presentación atípica de mucormicosis como causa de síndrome de ápex orbitario. **Caso clínico:** Masculino de 71 años con DM2 y cuadro de 3 días de evolución, caracterizado por dolor ocular derecho, rinorrea mucopurulenta y secreción conjuntival amarillenta, además, parálisis completa III NC y disminución de AV ipsilateral. EF: celulitis rinoorbitaria, dolor en rama facial V1, OD percibe luz, ptosis palpebral completa derecha, pupila midriática arrefléctica, endotropía, limitación para versiones y ducciones ipsilateral, así como lesión ulcerosa purulenta en línea media paladar duro. Laboratorios: Glucosa 239, Urea 37, Cr 1.29, Leucocitos 16, Hb 11.2, Plaquetas 488, Neutrófilos 13, Gasometría Venosa pH 7.42, pCO₂ 47, HCO₃ 30.5, PL normal, Galactomanano negativo, TAC macizo facial ocupación líquida senos paranasales heterogéneo con adelgazamiento de paredes óseas. Bx mucosa nasal: hifas gruesas no septadas, ramificaciones en ángulo de 90°. Se inició tratamiento con anfotericina B, exenteración orbitaria subtotal derecha y maxilectomía total, sin embargo, cursó con mala evolución,



choque séptico refractario y desenlace fatal. **Conclusión:** La mucormicosis rinoorbitaria representa una variante especial del síndrome de ápex orbitario. Es una enfermedad invasiva, rara, rápidamente progresiva y letal. Casi la totalidad de los pacientes tienen una causa predisponente que influye en la presentación; en el caso del paciente, se presentó sin datos de cetoacidosis, tratamiento inmunosupresor, malignidad o sobrecarga de hierro. Por ende, debe sospecharse y diagnosticarse tempranamente para iniciar tratamiento oportuno **Palabras clave:** mucormicosis, síndrome de apex orbitario, diabetes mellitus.

Folio: 0738

Tema: Hematología

Impacto del IMC en pacientes con linfoma

Sánchez Grisel Guadalupe, Cantú Olga Graciela
Universidad Autónoma de Nuevo León

Relación entre el IMC y la respuesta a tratamiento en pacientes con linfoma. **Introducción.-** Hoy día está bien documentada la estrecha relación del cáncer y la obesidad, al igual que su potencial predictivo. Sin embargo, actualmente no encontramos de estudios prospectivos evaluando el IMC como factor pronóstico en los Linfomas Hodgkin y no Hodgkin. Ya que actualmente México presenta altos índices

sobrepeso, resultaría interesante contar con estos datos, con la finalidad de dirigir una terapéutica integral del paciente con linfoma. **Material y métodos.-** Se trató de un estudio observacional, prospectivo y descriptivo realizado en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, en pacientes que acudieron a consultar en el período de diciembre 2012-enero 2016 y que fueron diagnosticados con linfoma Hodgkin y no Hodgkin. Se llevaron a cabo mediciones seriadas de peso, talla, IMC, % grasa corporal, teniendo como referencias importantes el peso inicial, y el peso al término del esquema de tratamiento. De igual forma se capturaron datos como edad, género, estadio, presencia de síntomas B, adenopatías tipo Bulky, ubicación en la escala de ECOG al momento del diagnóstico, presencia de comorbilidades como hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM).

Resultados: De un total de 71 individuos (39 masculinos, 32 femeninos), se analizaron 18 pacientes (25.4%) con diagnóstico de linfoma Hodgkin (LH) y 53 con linfoma no Hodgkin (74.6%). La mediana de edad global en nuestro grupo de estudio fue de 53 años (17-84). Con una mediana de seguimiento de 5.46 meses (0.42-17.26), analizamos la sobrevida global encontrando un 79.6% a 12 meses. Al comparar la super-

vivencia teniendo como factor la presencia o ausencia de sobrepeso, encontramos una mayor sobrevida en el grupo con sobrepeso (sobrepeso u obesidad) en relación al grupo sin sobrepeso (peso normal o bajo), alcanzando un valor marginalmente significativo ($p=0.069$). Encontramos que aquellos pacientes que perdieron más del 5% en relación a su peso inicial antes del tratamiento tienen una menor sobrevida ($p=0.002$). **Conclusiones:** En nuestro estudio, los pacientes con linfoma que presentan altos IMC al tiempo del diagnóstico parecen tener una mayor mortalidad asociada. Sin embargo, notamos que la pérdida de más del 5% del peso corporal al término del primer esquema de tratamiento supone un factor más importante que la simple categorización inicial del IMC. **Palabras clave:** linfoma, IMC, pronóstico.

Folio: 0739

Tema: Reumatología

Síndrome de superposición dermatomiositis/síndrome antisintetasa. Reporte de un caso

Marroquin Manuel Alejandro¹, López Juan Roberto¹, Cruz Jesus¹, Cime Erik Antonio²

¹ Hospital General de la Zona Sur de Puebla; ² Instituto Mexicano del Seguro Social

Las miopatías inflamatorias idiopáticas son un conjunto heterogéneo de enfermedades, siendo las más comunes en el

adulto la dermatomiositis DM, polimiositis y miositis por cuerpos de inclusión. Los criterios de clasificación actuales valoran la edad de presentación, la debilidad muscular, manifestaciones cutáneas, hallazgos laboratoriales y características de la biopsia para determinar la probabilidad (puntaje mayor a 5.5 sin biopsia o 6.7 con biopsia) o presencia de miopatía inflamatoria (más de 7.5 o 8.7 puntos), pudiendo ser agrupados en alguno de los grupos fenotípicos más comunes de acuerdo con sus características clínicas. El autoanticuerpo usado como criterio diagnóstico es el anti-Jo1, habiendo otros anticuerpos como el MDA5 en asociación a una presentación clínica similar a la del Síndrome Antisintetasa, en ausencia de autoanticuerpos. El Síndrome Antisintetasa AS representa a un grupo raro y heterogéneo de enfermedades caracterizadas por enfermedad pulmonar intersticial y/o miositis inflamatoria acompañada de autoanticuerpos contra el complejo enzimático de la Amino Acyl-tRNA sintetasa. Se manifiesta como miopatía inflamatoria (90%), enfermedad pulmonar intersticial (60%), artritis no erosiva (50%), manos de mecánico (30%) y fiebre (20%). El fenotipo de la enfermedad varía de acuerdo con la expresión de anticuerpos, siendo propuestos como criterios diagnósticos la presencia de enfermedad pulmonar inters-

ticial no explicada o miopatía inflamatoria en presencia de artritis, fenómeno de Raynaud o "manos de mecánico". **Exposición del caso:** Varón de 51 años con antecedente de diabetes tipo 2 de 10 años de diagnóstico sin tratamiento. Inicia su padecimiento con mialgias y astenia de 4 meses de evolución, agregando síntomas gripales con rinorrea, hiporexia, artralgias, fiebre, disfagia que condiciona disminución de la ingesta oral y empeoramiento de las mialgias y astenia, acude a urgencias, se le encuentra con disfagia a sólidos, con adecuados movimientos faríngeos y reflejos del PCX, PCXI disminución de la fuerza muscular, pérdida de la fuerza muscular de principalmente en extremidades inferiores de predominio proximal Daniels 0/5, superiores de predominio proximal 2/5, sin compromiso al estado de alerta y funciones mentales. Respiratorio con adecuada mecánica e incremento de la frecuencia, saturando 90% Fio2 21%, extremidades con hiperqueratosis palmar, dolor a nivel de interfalángicas con pápulas de Gottron y líneas cutáneas remarcadas. Leucocitos 5.2, Hemoglobina 10 normo, VSG 6, AST 136, ALT 60, DHL 994. Serología VIH, VHB y VHC negativo, CPK 653, Perfil tiroideo síndrome del eutiroideo enfermo, punción lumbar acelular con relación Glucosa sérica/LCR normal y proteínas en rango normal. Anticuer-

pos antinucleares de patrón homogéneo, MDA5, PL7, OJ positivos; Se realiza tomografía de alta resolución de tórax que evidencia cambios intersticiales mínimos difusos bilaterales y abdominal que no manifiesta proceso neoplásico. El paciente cumple tres de los criterios de Bohan y Peter para DM, lo cual resulta definitorio. Al sumar criterios de clasificación de la EULAR 2017 se obtienen 9.6 puntos, definiendo la presencia de miopatía inflamatoria idiopática, clínicamente clasificable como DM, con presencia de autoanticuerpo MDA5, el cual se asocia a DM de fenotipo cutáneo con presencia de poliartritis y "manos de mecánico". Se encuentran positivos los autoanticuerpos contra las sintetasa de treonina (PL7) e isoleucina (OJ), cumpliendo la presencia de dos criterios mayores y dos menores para el diagnóstico de AS según la definición propuesta por Solomon. Al encontrarse la presencia de un cuadro clínico e inmunológico compatible con ambos síndromes se concluye la presencia de una superposición entre DM y AS. Se realizó tratamiento con ciclo de metilprednisolona con mejoría de la fuerza muscular y posteriormente prednisona, además de terapia física y nutricional.

Palabras clave: miopatías inflamatorias, síndromes antisintetasa, dermatomiositis, síndromes de superposición, manos de mecánico.



Folio: 0740

Tema: Oncología

Cordoma sacro, tumor intraaxial extramedular: presentación de un caso

Romo Carolina, López Gilberto, Gudiño Francisco Javier, Fuentes Yesica Lizet

Instituto Mexicano del Seguro Social

El cordoma es un tumor maligno de hueso, localmente invasivo, de recurrencia frecuente y relativa radiorresistencia. Surgen en la línea media y su origen procede de elementos de la notocordia primitiva. Se localizan a nivel intraaxial, de forma extra medular. El cáncer es la 2° causa de muerte a nivel mundial. Los tumores de SNC no forman parte de los principales cánceres en el adulto y de estos, los tumores de la médula espinal representan solo del 2 al 4%. La epidemiología del cordoma es aún menos clara, siendo neoplasias raras cuya localización más frecuente suele ser: región sacra: 50%, base del cráneo 37%, espina torácica y lumbar: 15%. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización. A nivel de sacro, el dolor de espalda localizado o de irradiación a las extremidades se presenta en el 100% de los casos. La disfunción autonómica, una masa rectal palpable y la debilidad de extremidades inferiores son otras manifestaciones frecuentes. El tratamiento inicial consiste en escisión local

amplia, pocas veces factible por restricciones anatómicas para el acceso quirúrgico y la proximidad adyacente a estructuras normales críticas. En el caso de resección subtotal se utiliza radioterapia y en caso de recaídas actualmente están en uso inhibidores de tirocinas (imatinib). **Caso clínico:** Se trata mujer de 25 años de edad sin antecedentes de importancia que se presenta con cuadro de 2 meses de dolor en región lumbosacra con irradiación a la pierna derecha acompañada de parestesias sin disminución de la fuerza muscular y dolor a la presión de región sacra, multitratada con analgésicos y antineuríticos sin mejoría. El 7 de abril del 2017 se realiza resonancia magnética que demuestra lesión en región lumbo-sacra con afectación de S1 a S3 que comprime saco dural de aproximadamente 2.6x4.1x4.1 cm, se somete a resección de la lesión de forma subtotal con resultado histopatológico de condroma condroide de la región sacro lumbar. El 3 de agosto 2017 se realiza sobre posición ovárica para iniciar radioterapia 60GY en 30 a nivel de columna sacra e iliaco del 7 de agosto al 18 de septiembre 2017. La resonancia magnética del 26 de octubre del 2017 demuestra lesión remanente dependiente de S2 expansiva con cambios postquirúrgicos y postradioterapia. Clínicamente hasta la fecha sin dolor y sin

daños neurológicos aparentes en seguimiento de enfermedad activa. **Discusión:** Los tumores de la médula espinal son tumores poco frecuentes, siendo los cordomas tumoraciones raras de epidemiología incierta (pocos casos descritos en la literatura). La relación de aparición entre mujer hombre suele ser 2:1 siendo infrecuentes en menores de 40 años (edad media al diagnóstico 56 años). Este caso se manifestó clínicamente de forma típica a lo ya descrito pero llama la atención la edad de aparición tratándose de un paciente más joven del esperado. Se realizó resección subtotal de la lesión. Se describe que el tiempo medio de recurrencia tras una escisión total es de 3.3 años mientras que para la resección subtotal es de 8 meses. A la fecha asintomática, con lesión remanente y en seguimiento. Conforme avanza el conocimiento en técnicas quirúrgicas y de radiación, el pronóstico será mejor en este tipo de neoplasias de infrecuente aparición.

Palabras clave: cordoma, sacro, intraaxial, extramedular, cáncer, Notocordia.

Folio: 0742

Tema: Hematología

Relevancia de la medición de piruvato sérico en pacientes con sepsis

Sánchez Grisel Guadalupe, Cantú Olga Graciela

Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: El uso del lactato como marcador de peligro en los pacientes con sepsis data desde hace más de 30 años, pero podemos decir que desde 2001 con la llamada 'Early Goal Directed Therapy' en las guías clínicas de Surviving Sepsis, se señaló a la hiperlactatemia como factor a mejorar en las primeras 3-6 hrs de la llegada de un paciente séptico a la sala de urgencias. El principio estriba en que la presencia de hiperlactatemia sostenida en estos pacientes se asocia a un mal pronóstico. Se ha visto que los pacientes con niveles de Proteína C Reactiva elevada e hiperlactatemia, pudieran tener un pronóstico peor. **Objetivo:** Conocer la cinética de la relación del lactato sérico y piruvato así como su cociente calculado. Impacto en la mortalidad en los pacientes con relación L/P elevada vs normal. **Material y métodos:** En la unidad de shock-trauma del Hospital Universitario en el período abril-agosto 2016, a aquellos pacientes que cuenten con criterios de sepsis grave se les tomaron muestras de sangre seriadas a las 0, 4 y 8 hrs de su ingreso al hospital. Se medirá proteína C reactiva, así como lactato. **Objetivo:** mortalidad, morbilidad y estancia intrahospitalaria. **Resultados:** Se incluyeron 83 pacientes de los cuales 43 fueron mujeres (52%) y 40 fueron hombres (48%) con un promedio de edad de 47 años (rango de 19

a 87 años). No hubo diferencia en la distribución de pacientes con relación a la edad o género en ambos grupos. Las causas de sepsis fueron principalmente "mixto" (50.6%), Neumonías (14.4%), Abdominal (14.4%) y otros. En nuestra cohorte 18 pacientes fallecieron, obteniendo una mortalidad global de 21.6%. El diagnóstico principal de los pacientes que fallecieron fue Neumonía (50%) seguido de Sepsis de Origen Abdominal (38.9%), obteniendo ésta proporción una diferencia estadística relevante ($p=0.002$). De igual forma se evaluó en todos los pacientes los scores clínicos APACHE-II y SOFA. En los pacientes supervivientes ambos scores fueron menores en comparación con los pacientes que fallecieron. Al mismo tiempo, pudimos observar que los pacientes no supervivientes, obtuvieron niveles de lactato más elevado al ingreso de su estancia en urgencia; lo mismo sucedió con la relación L/P, donde se obtuvo una media de 81.79 en los pacientes no supervivientes, en comparación con la media de 21.93 de los pacientes vivos a 30 días. Por otro lado, si bien es cierto que el lactato sérico y el piruvato sérico independientemente mostraron medias diferentes en ambos grupos, podemos ver que al determinar el cociente por medio de la relación L/P, la diferencia estadística se hace más evidente conforme se vigila al paciente cada 4hrs después

de su ingreso a urgencias. De hecho, es notorio que todos los pacientes que desarrollaron una relación L/P > 25 a lo largo de 4 hrs o más, fallecieron. Igualmente, es preciso señalar que hubo 2 pacientes que al ingreso mostraron una relación L/P < 25 y que al cabo de 4 hrs aumentó a > 25, perteneciendo estos al grupo de no supervivientes. También es interesante señalar que al contraste de mortalidad por medio de curvas de supervivencia (log-rank) la mejora de al menos un 30% en la relación L/P en las próximas 4 hrs a su llegada a urgencias, confiere un efecto protector a corto plazo en los pacientes con sepsis grave, siendo estadísticamente significativo. **Conclusiones:** En nuestro estudio existe una tendencia de mayor mortalidad en los pacientes con sepsis que desarrollan un aumento en el gradiente de la relación L/P (+ 3.8, + 1.7, + 1.3) en las primeras 8 hrs, sin embargo es necesario más estudios para corroborar estos hallazgos.

Palabras clave: sepsis, lactato, piruvato.

Folio: 0743

Tema: Oncología

Síndrome de Horner como manifestación clínica de tumor mediastinal: reporte de un caso

Carmona Jorge Alberto, Paulino Guillermo, Espinosa Ramón, Viveros Eloina, Oropeza Lizbeth Eliza

Instituto Mexicano del Seguro Social



Introducción: El síndrome de Horner, resulta de una interrupción de la vía oculosimpática, caracterizada por ptosis palpebral y miosis ipsilateral a la vía nerviosa afectada; menos común, se presenta con anhidrosis frontal. Esta condición generalmente no causa problemas de visión u otros síntomas significativos, sin embargo es importante el estudio de su etiología para descartar procesos serios e incluso potencialmente mortales. Se presenta el caso de paciente con síndrome de Horner secundario a tumoración mediastinal. **Caso:** Femenino de 49 años de edad con antecedente de colecistectomía y resto de antecedentes negados. Inicia 4 meses previos a solicitar atención con la presencia de tos no productiva ocasional y que evoluciona con esputo hemoptoico en 1 o 2 ocasiones al día, a los 2 meses se agrega pérdida de peso de 4 kg asociado a disfagia, disfonía e induración supraclavicular izquierda. Acude a valoración evidenciando aumento de volumen en cuello anterior a expensas de lóbulo tiroideo derecho e induración lobulada cervical y supraclavicular izquierda de consistencia pétreo, fija a planos profundos, no dolorosa, con dimensiones de 1 a 2 cm, ptosis palpebral y miosis derechas asociadas a xerostomía, tórax con hipoventilación y matidez subescapular externa derecha. Se inicia estudio con endoscopia alta con reporte de esofagitis gado A

de los Ángeles, hernia hiatal tipo 1, gastropatía petequial de fondo y cuerpo de origen probablemente biliar sin evidenciar tumoración o compresión extrínseca. Se realiza TAC simple y contrastada cérvico torácica la cual reporta tumor mediastinal, conglomerados ganglionares cervicales y mediastinales, atelectasia lobar superior derecha, derrame pericárdico, nódulos tiroideos difusos y trombosis yugular izquierda y de vena ácigos. Se inicia enoxaparina a 1 mg/Kg/día, warfarina 2.5 y 5 mg en días alternos y omeprazol a dosis doble. Se solicita citología de esputo con reporte negativo a malignidad y se realiza biopsia guiada por USG con reporte de carcinoma moderadamente diferenciado con permeación vascular linfática extensa con requerimiento de inmunohistoquímica para certeza diagnóstica aún pendiente reporte. **Conclusión:** El síndrome de Horner es la manifestación de la interrupción de la vía oculosimpática sin cursar, generalmente, con alteraciones de la visión. Aproximadamente 65% de los pacientes presentan una causa identificable; de los cuales 13% tienen lesión central, 44% preganglionar y 43% posganglionar. Dentro del segundo grupo, aproximadamente el 25% presentan resultado de malignidad, se encuentran los pacientes que cursan con lesiones intratorácicas, de las cuales destacan linfomas, tumor de Pancoast,

cáncer de mama, aneurismas, accesos venosos centrales y tumoraciones mediastinales como en el caso de la paciente. Resulta evidente que el síndrome de Horner siempre debe ser estudiado y que dada la variedad de causas que pueden producirlo la evolución dependerá de la resolución de la patología desencadenante.

Palabras clave: Horner, ptosis, miosis, oculosimpática, mediastinal.

Folio: 0744

Tema: Oncología

Carcinoma neuroendocrino de células grandes de pulmón. Reporte de caso clínico

Islas Marcela¹, Espinosa Eduardo², Acosta David Neri², Santiago Ricardo², Barrera Ramón²

¹ Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle, Ciudad de México; ² Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Las células neuroendocrinas derivan de células primitivas pluripotenciales y se caracterizan por la producción de neurotransmisores y carecer de axones o sinapsis. Los tumores neuroendocrinos pulmonares (TNP) representan aproximadamente el 25-30% de los cánceres primitivos de pulmón. De todos ellos, el 80% son carcinomas anaplásicos de células pequeñas o microcíticos, el 12% carcinomas neuroendocrinos de células grandes y el 8%

restante, tumores carcinoides, típicos y atípicos. El carcinoma neuroendocrino de células grandes (CNCG) cuenta con las siguientes características y representa 2-3% de los tumores pulmonares primitivos, grado de diferenciación alto, necrosis extensa, 60-80% de metástasis linfáticas y 40% de metástasis a distancia en el diagnóstico. No siempre muestra todos los rasgos que caracterizan a su estirpe, hay un variado espectro posible de diferenciación neuroendocrina. Presentamos la experiencia de un caso de cáncer de pulmón, que tomó una conducta biológica agresiva con extensión metastásica y que produjo un síndrome de vena cava superior y compresión del bronquio principal derecho. El objetivo fue establecer certeza diagnóstica tras un síndrome consuntivo y la detección de una imagen anómala en la radiografía de tórax. Describir las características clínicas y anatómicas del tumor, hallazgos por biopsia transtorácica, estadificación, terapéutica, desenlace y pronóstico del paciente en el Hospital Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE. El paciente, hombre de la octava década de la vida, con antecedente de tabaquismo de riesgo intenso con índice de 40. Inicia cuadro clínico de dos meses de evolución por pérdida ponderal no intencionada progresiva de 10 kg, astenia, adinamia y plenitud posprandial. Acude a servicio de urgencias por disnea

mMRC 4, tos productiva con esputo hemoptoico y malestar general. Se realiza estudio de imagen con Rx de Tórax con radiopacidad parahiliar derecha con reforzamiento de cisura inferior y ensanchamiento mediastínico. TC de Tórax en fase simple y contrastada con reporte de conglomerado ganglionar necrótico mediastinal con compromiso perivascular del cayado aórtico, ramas principales y troncos braquiocéfálicos venosos que sugiere síndrome de vena cava superior y compresión de bronquio principal derecho. Derrame pleural simple bilateral con predominio derecho. TC de cráneo sin evidencia de lesiones metastásicas. Después de realizarse estudios de extensión, se obtiene por biopsia transtorácica de conglomerado ganglionar de mediastino, reporte de carcinoma neuroendocrino poco diferenciado de células grandes de pulmón con elevado índice mitótico y abundante necrosis. Inmunohistoquímica con cromogranina A, CD56 y Sinaptofisina positivos. Se realiza valoración por parte de Oncología médica, quien establece estadio IV avanzado de la enfermedad con diseminación metastásica y capacidad funcional limitada con ECOG 4 y Karnofsky 20 no siendo candidato a terapia multimodal o adyuvante con quimioterapia y radioterapia. Se indican medidas paliativas. La conclusión, el CNCG se trata de un tumor

neuroendocrino pulmonar, que comparte algunos rasgos morfológicos con otras estirpes y a menudo es difícil de identificar, especialmente cuando solo se dispone de muestras pequeñas de biopsia. Dado que el CNCG se presenta la mayoría de veces en estadios avanzados, la QT es la única opción terapéutica. Debido a las dificultades diagnósticas de tipificación y a la confusión derivada de su lugar en la clasificación histológica de los cánceres pulmonares. En cuanto al pronóstico hay pocos estudios que analicen factores pronósticos, aunque el estadio TNM parece tener valor a este respecto. Si bien la supervivencia entre los pacientes operados varía ampliamente en función del estadio, parece que, a igualdad de estadio, los pacientes con CNCG tienen menos expectativas que los portadores de CPNM. La supervivencia en meses para un estadio IV es de 9.2 a 12.6%.

Palabras clave: tumores neuroendocrinos pulmonares (TNP), carcinoma neuroendocrino de células grandes (CNCG), síndrome de vena cava superior, cromogranina A, sinaptofisina, CD56.

Folio: 0745

Tema: Cardiología

Enfermedad multivalvular en paciente con hipercolesterolemia familiar homocigota

Arango Ariadna, Rivera Miguel Ángel, Pérez Guillermo Karey, Ponce Luis Alberto, Vásquez



Fortunato, Hernández José Fabián, Guerra Mariano Miguel
Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Introducción: La hipercolesterolemia familiar (HF) es la enfermedad metabólica autosómica dominante más común, causada por mutaciones en los genes para el catabolismo del colesterol. Se caracteriza por elevación sérica de LDL y enfermedad cardiovascular aterosclerótica temprana. **Objetivo:** Reportar un caso de paciente con HF y complicaciones cardiovasculares. **Caso:** Hombre de 29 años de edad con antecedente de HF homocigota desde los 8. Desarrolló insuficiencia cardíaca secundaria a estenosis aórtica. A los 22 años se realizó recambio valvular aórtico. Abandonó el tratamiento con estatinas, ACO y de falla cardíaca desde hace 4 años. Ingresó al HRAEO por descompensación de su clase funcional NYHA, xantomas en codos, manos y miembros inferiores, xantelasmas y arco corneal, LDL de 381 mg/dl, BNB 3190 pg/mL. ECOTT: dilatación de las 4 cavidades, FEVI 15%, TAPSE 7 mm, insuficiencia mitral severa y válvula mecánica aórtica funcional. Recibió tratamiento con levosimendán, atorvastatina a dosis altas y ezetimibe. Hubo mejoría clínica pero los niveles de LDL no descendieron. Se propuso tratamiento con inhibidor

PCSK9, pero no pudo pagarlo.

Discusión: La presentación más común de HF es la forma heterocigota, caracterizada por concentraciones de colesterol entre 300-500 mg/dl, xantomas tendinosos y cardiopatía isquémica. Los pacientes homocigotos son raros, tienen una prevalencia de 1:400,000 y generalmente manifiestan enfermedad desde la infancia. El estado homocigoto se expresa por concentraciones de colesterol > 500 mg/dl, xantomas tuberosos o tendinosos, anormalidades de las válvulas aorta o mitral y eventos cardiovasculares antes de los 30 años. Aunque la HF es el trastorno genético del metabolismo más común, solo el 25% de pacientes se diagnostica, y un número menor recibe el tratamiento adecuado. **Conclusión:** El tratamiento de primera línea para HF no tiene siempre éxito y la terapia inmunológica no está al alcance de todos por lo que se desarrollan complicaciones cardiovasculares.

Palabras clave: hipercolesterolemia, homocigota, enfermedad, multivalvular.

Folio: 0746

Tema: Endocrinología

Enfermedad de Addison secundaria a infiltración por tuberculosis de las glándulas suprarrenales

Castro Daniela, Villaseñor Jorge, Valencia Laura, Silva Gabriela Escolastica

Hospital Juárez de México

Introducción: La enfermedad de Addison es la insuficiencia suprarrenal de origen primario, manifestada por una falla en la producción hormonal de esta glándula. La prevalencia global es 10 a 15 casos por 100.000 personas. El 70 a 80% de los casos son de origen autoinmune y el 7 a 10% son por infiltración tuberculosa. Paciente de 33 años sin crónico degenerativos, índice tabáquico 4,5 paquetes/año y consumo de 127 gr de alcohol/semana. Combe positivo. Ingresó por síntomas de 3 meses de astenia, adinamia, debilidad generalizada, hiporexia, pérdida de 7 kilogramos e hiperpigmentación generalizada. Una semana previa presenta episodios de hipotensión ortostática, asociado a náuseas y emesis, con incremento de la debilidad de predominio en miembros inferiores hasta la postración. No tos, no hemoptisis, no fiebre. En urgencias se documenta hipotensión en 70/40 mmHg, deshidratación grado II, hipoglucemia 51 mg/dl y desnutrición severa con IMC:16.8 kg/m². Se corrobora hiperpigmentación generalizada de predominio en zonas extensoras de extremidades, áreas de exposición a luz, pliegues, genitales y mucosa oral. Laboratorios de ingreso: Sodio 119 meq Potasio 4,4 meq Creatinina:1.22 mg/dl, sin documentación de foco infeccioso. Dada sospecha clínica de enfermedad de Addison se inicia suplencia hormonal con

Hidroclorona 200 mg intravenoso en infusión para 24 horas. No se contaba con laboratorio especializado para toma de niveles hormonales al ingreso y se toman posterior a inicio de tratamiento con Cortisol 11.4 TSH 3.24 T4libre 1.04 Albumina: 3.2. Se realiza prueba de tuberculina con respuesta hiperérgica de 28x28 mm, con baciloscopias de esputo negativas. Se inicia tratamiento antifímico con Isonicida/Etambutol/Pirazinamida/Rifampicina en fase intensiva autorizada por el comité de epidemiología dados hallazgos tomográficos. Se realiza traslape a suplencia hormonal oral con Fludrocortisona 0.1 mg cada 24 horas, con normalización de la presión y sodio sérico.

Palabras clave: enfermedad de Addison, tuberculosis, granulomas, calcificación de glándulas suprarrenales.

Folio: 0747

Tema: Gastroenterología

Uso de pentoxifilina para el tratamiento de hepatitis alcohólica grave en el contexto de neumonía adquirida en la comunidad. A propósito de un caso

Gándara César Adrián, Valencia Nicolás, Morales Erick, Rojas Jahzeel Samir

Hospital Regional de Alta Especialidad Gustavo A Roviroso Pérez

Masculino de 42 años, des-
empleado, con antecedentes

familiares de diabetes mellitus e hipertensión arterial, tabaquismo positivo índice tabáquico 2.4 paquetes/año, alcoholismo positivo consumo intenso desde los 18 años, con hepatopatía crónica avanzada de 2 años de evolución sin tratamiento. Inició su padecimiento posterior a cese de consumo profuso de alcohol, 10 días previos a su ingreso con tos productiva esputo verdoso, cianozante y disneizante, fiebre de 39 °C, alteración del ciclo sueño-vigilia, somnolencia diurna y agitación psicomotriz nocturna y finalmente evacuaciones melénicas. A la exploración física somnoliento, Glasgow de 12 puntos, hipotrofia temporal, hipertrofia parotídea, escleras ictéricas, mucosa oral deshidratada con hedor hepático, tórax con telangiectasias diseminadas, campos pulmonares con crépitos basales bilaterales de predominio derecho, con hipoventilación y mate ipsilateral, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, con timpanismo en mesogastrio y matidez en zonas declives, vello genital de implantación ginecoide, extremidades hipotróficas con asterixis, escasas petequias. Estudios de laboratorio: Hb 12.5 g/dL, Hto 36.1%, VCM 104.45, HCM 34.2, plaquetas 68,000, leucocitos 18,400, neutrófilos 17,100, TP 25.2s, TTP 37s, INR 2.28, Na 129 mmol/L, K 3.3 mmol/L, glucosa 126 mg/dL, creatinina 0.63, urea 84.4, albúmina 2.2 g/dL, BT 7.8 mg/dL,

BD 3.5 mg/dL, BI 4.3 mg/dL, FA 117, AST 163, ALT 74 (relación AST/ALT 2.2), DHL 1090. pO2 75 mmHG, PCO2 30 mmHG, HCO3- 28.9. Radiografía de tórax con consolidación basal derecha Se calculó un CURB 65 de 2 puntos, PORT clase IV, índice de Maddrey de 56.6, la endoscopia reportó várices esofágicas grandes (Baveno IV) y gastropatía portal leve, se dio tratamiento con cefepime, lactulosa, espironolactona, propranolol, pentoxifilina 400mg 3 veces al día, a los 7 días de tratamiento el puntaje Lille fue de 0.091, se normalizó la cuenta leucocitaria y las transaminasas, mejoró el TP y las bilirrubinas, se remitió la encefalopatía, por lo cual se egresó para continuar su seguimiento ambulatorio.

Palabras clave: pentoxifilina, hepatitis alcohólica, neumonía, Lille.

Folio: 0748

Tema: Neurología

Encefalitis por anticuerpos antireceptor N-metil-D-aspartato. Reporte de un caso

Cimé Erik Antonio¹, Rodríguez Sonia Yvette¹, Rojas Eduardo¹, Cruz Nydia Karen¹, Marroquin Manuel Alejandro², Rodríguez Emmanuel¹

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social; ² Secretaría de Salud

Introducción: Las encefalitis son patologías subagudas con incidencia de 5-8/100000 habitantes, el abordaje inicial se realiza sospechando etiología



viral dada su mayor frecuencia, sin embargo un tercio pueden ser autoinmunes (AIE). Entre las AIE, una forma recientemente definida es la encefalitis anti-receptor N-metil-D-aspartato (NMDAR) que se encuentra mediada por IgG en líquido cefalorraquídeo (LCR) contra la subunidad GluN1 del NMDAR, afectando predominantemente a individuos < 45 años y del sexo femenino 4:1, presentándose como síndrome paraneoplásico, parainfeccioso o criptogénico. El diagnóstico consiste en ≥ 1 de síntomas con instauración en < 3 meses (comportamiento psiquiátrico anormal o disfunción cognitiva, disfunción del habla, convulsiones, trastornos del movimiento o discinesias o rigidez, disminución del nivel de conciencia, disfunción autonómica o hipoventilación central) e IgG anti-GluN1 después de exclusión de otros trastornos.

Objetivo: Describir un caso de encefalitis NMDAR, tratado en Neurología de la UMAE Hospital de Especialidades CMN La Raza IMSS, que consiste en un desafío diagnóstico. Exposición del caso. Paciente femenina de 28 años, con antecedente de tabaquismo. Inició un mes previo al ingreso con cefalea, fiebre por cinco días, posteriormente con indiferencia al medio y desorientación súbitos de 2 minutos de duración por lo que acudió a su HGZ en donde presentó crisis convulsiva tónico-clónica generalizada

(CCTCG) de 1 minuto, desconexión al medio y somnolencia, por lo que se ingresa. Se mantuvo hospitalizada por un mes, presentando estatus epiléptico, iniciando apoyo mecánico ventilatorio, con neumonía, requiriendo traqueostomía. Durante su estancia con tratamiento anticomicial, persistiendo con CCTCG, alteraciones de la memoria episódica y espasmos hemifaciales izquierdos; es referida a nuestro servicio. En laboratorios iniciales con anemia moderada, panel viral no reactivo, inmunológicos negativos, LCR con Glucosa 60 mg/dl, microproteínas 30 mg/dl, DHL < 30, no células, Tinción de Gram y Tinta China negativas, cultivo de bacterias sin desarrollo. RMN de encéfalo en secuencias T2 y FLAIR con hiperintensidad hipocampal y parahipocampal bilateral de predominio en hemisferio derecho, así como lesiones hiperintensas parchadas corticales a nivel temporal derecha. Ante sospecha de AIE NMDAR se determinó anti-NMDAR en LCR, contando con títulos positivos, administrando inmunoglobulina humana. Se complementó con marcadores tumorales y estudio tomográfico toracoabdominal sin evidencia de neoplasia. Se concluyó caso como encefalitis NMDAR. Al egreso con mejoría en memoria de trabajo y episódica, pero con persistencia de CCTCG por lo que inició Rituximab semestral, con mejoría sintomática.

Conclusiones: La encefalitis MNDAR comprende un reto diagnóstico dada su rareza. La importancia del diagnóstico temprano radica en el inicio de tratamiento específico y búsqueda intencionada de actividad tumoral.

Palabras clave: encefalitis autoinmune, antireceptor N-metil-D-aspartato, GluN1, RMN, LCR, inmunoglobulina.

Folio: 0749

Tema: Reumatología

Forma temprana de esclerosis sistémica manifestada como edema de falanges de manos

Cruz Natali, Trejo Irving, Ontiveros Juan Luis, Arteaga Ulises
Guadalupe
PEMEX

Introducción: La esclerodermia es una enfermedad multisistémica que es desencadenada por factores genéticos, ambientales e infecciosos, caracterizada por fibrosis, inflamación y vasculopatía. Afecta a 3 de cada 10,000 habitantes, más frecuente en mujeres entre tercera y quinta década de la vida. Se clasifica en forma localizada (morfea) o forma sistémica (ES): limitada y difusa. En esta forma clínica (difusa) el fenómeno de Raynaud es concomitante o aparece hasta un año después de hacerse notable la esclerosis. La esclerosis bajo un aspecto edematoso, puede aparecer distalmente (manos) o extenderse en forma centrífuga desde el abdomen, al mismo tiempo

que el fenómeno vasomotor, o hasta un año antes. **Objetivo:** Nosotros presentamos este caso, por ser una presentación habitual y poco conocida de esta enfermedad, que nos ha permitido revisar la literatura en cuanto a criterios de diagnóstico y manejo. **Exposición de caso clínico:** Femenina de 39 años, originario y residente de Tampico, Tamaulipas. Ocupación hogar. Inicio padecimiento dos años previos a su revisión con edema de ambas manos, astenia, pérdida ponderal de 7 kg en 7 meses sin causa aparente, agregándose año y medio después palidez en primer y segundo dedo de ambas manos asociado con la exposición al frío, niega sequedad de boca, xeroftalmia, caída de cabello o lesiones cutáneas. Al momento de su revisión: Tensión arterial 110/60 mmHg, Frecuencia cardiaca 72 lpm, Frecuencia respiratoria 14, Saturación 94% al aire ambiente. Examen físico: Presencia de zona de engrosamiento cutáneo en región medial de segundo y tercer dedo de ambas manos. Par-clínicos: Biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de función tiroidea y examen general de orina sin alteraciones. Marcadores tumorales negativos. Proteína C reactiva 0.36 mg/dl, Velocidad de sedimentación glomerular 16 mm/dl, factor reumatoide 8.04 UI/ml, AAN positivos, Anti SCL70 negativo, Anticuerpos anticentrómero

200. Radiografía de manos sin alteraciones. **Conclusión:** La ES debe sospecharse en pacientes con engrosamiento de la piel, edema de dedos, rigidez en manos y úlceras distales dolorosas en los dedos. El tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible en el curso de la enfermedad para disminuir la progresión de la enfermedad antes de que ocurra un daño adicional. Recibió tratamiento con ácido micofenólico e hidroxicloroquina permaneciendo la paciente hasta la fecha asintomática.

Palabras clave: esclerosis, sistémica, Raynaud, edema, reumatología, anticuerpos.

Folio: 0750

Tema: Reumatología

Abordaje de las manifestaciones multisistémicas de la intoxicación crónica con metrotexato oral a baja dosis

Martinez Alberto, Esquivel Miguel Angel, Olloqui Oveed, Nández Homero, Del Cueto Angel Noe

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

A nuestro servicio de urgencias se presenta un masculino de 68 años de edad con antecedente de uso crónico de metrotexato 2.5 mg al día, betametasona 0.75 mg, idomentacina 25 mg, metocarbamol 215 mg de forma diaria desde hace 2 años de manera ininterrumpida. El paciente acude por presenta un cuadro de 1 mes de evolución de aste-

nia, adinamia, ataque al estado general y disnea de medianos esfuerzos, acompañado de lesiones cutáneas en extremidades superiores, en los dorsos de los dedos y dorso del antebrazo, bilateral, no simétrica, las lesiones inician como manchas eritematosas, acompañadas de prurito y evolucionan a lesiones descamativas y posteriormente a lesiones ulceradas con secreción purulentas en el transcurso de 3 semanas. Una semana previa a su ingreso al cuadro se agrega disfagia de primera fase a sólidos con presencia de úlceras en paladar duro y lengua. En su laboratorios de ingreso presenta una pancitopenia con hemoglobina de 9.0, leucocitos 561 y neutrófilos de 88 totales, plaquetas de 13,200. Una lesión renal aguda prerrenal con creatinina de 1,7, BUN de 80 y FENa de 0.08%. Nos encontramos con un paciente con manifestaciones severas de una intoxicación por el uso metrotexato a baja dosis de manera crónica con manifestaciones a nivel dermatológico, gastrointestinal, hematológico y renal. Dentro de las manifestaciones del uso de metrotexato la pancitopenia es muy común pero en pocas llega a ser tan severa como en nuestro paciente, en el se logran identificar como factor para esto que la dosis eran diaria en lugar de 1 día a la semana como es lo recomendado en el tratamiento de AR y que no tenía suplemento con ácido fólico en su tratamien-



to. Como parte de su manejo se inicio tratamiento para las manifestaciones hematológicas con ácido fólico, ácido folínico y filgastrim, el paciente presento mejoría, con plaquetas de 100,000 y neutrofilos de 2,500 al 5 día de tratamiento, la anemia persistió con hemoglobina de 9 a su egreso.

Palabras clave: metrotexato, pancitopenia, neutropenia, intoxicacion, dermatologia, lesion renal aguda.

Folio: 0751

Tema: Oncología

Osteosarcoma osteoblástico de fémur como segunda neoplasia maligna primaria en paciente con cáncer cervicouterino. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Cimé Erik Antonio¹, Acevedo Francisco², López Reyes Alberto³, Cruz Roxana Azalea⁴, Cimé Benito Jesús⁵

¹ Servicio de Medicina Interna, UMAE Hospital de Especialidades La Raza, IMSS; ² Cirujano Oncólogo, UMAE Mérida IMSS Ignacio García Téllez; ³ Oncólogo Médico, UMAE Mérida IMSS Ignacio García Téllez; ⁴ Servicio de Geriátrica, UMAE Dr. Victorio de la Fuente Narváez, IMSS; ⁵ Médico familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El cáncer cervicouterino (CaCu) es el cuarto cáncer más frecuente en mujeres, el GLOBOCAN 2012 documentó incidencia de

7.92% y mortalidad de 7.49%; en México es la segunda más común, con incidencia de 8/100000. El osteosarcoma es una neoplasia agresiva con incidencia de 1/100000 individuos. Un 3.6-5.6% de pacientes con CaCu, durante seguimiento, presentan un nuevo cáncer primario (HR 1.56). De acuerdo a la nomenclatura IARC, un segundo cáncer primario es una neoplasia invasiva que se presenta en tejido diferente del primero > 6 meses después del diagnóstico de éste, descartando extensión, recurrencia o metástasis. La mayoría de los reportes de osteosarcoma como segundo cáncer primario son atribuidos a radioterapia (RT) previa en el sitio de tratamiento. Es baja la incidencia de sarcomas en pacientes con CaCu fuera del sitio de RT. **Objetivo.** Describir un caso de extrema rareza y alta agresividad de osteosarcoma osteoblástico (OOB) como segundo cáncer primario en paciente con CaCu, tratada en la UMAE-Mérida-IMSS. **Exposición del caso:** Paciente femenina de 46 años, obesa e hipertensa. Inició en Enero 2011 con pérdida de peso y sangrado transvaginal, con lesión exofítica por colposcopia y biopsia de endocervix con reporte histopatológico (RHP) de carcinoma epidermoide invasor mal diferenciado con permeación vascular, en TAC abdominopélvica útero con lesión en región caudal heterogénea con áreas hipo-

densas irregulares de 6 x 5.5 x 6.5cm, estadiada como IB2 Bulky. Se inició RT 50 GYS en 25 fracciones concomitante con quimioterapia (QT) con cisplatino y 3 aplicaciones de braquiterapia (BQT) 15 GYS, finalizando en abril 2012, con biopsia negativa a malignidad, se consideró respuesta clínica completa y se mantuvo en vigilancia. En septiembre 2017 inició con dolor progresivo en muslo derecho, presentando cuatro meses después fractura patológica de fémur ipsilateral con radiografía con lesión lítica en diáfisis, se trató con RT paliativa. Gammagrafía ósea con hipercaptación en tercio distal de dicho fémur. Fue valorado por Cirugía Oncológica, y por persistencia del dolor e importante volumen tumoral, se sospechó de sarcoma, se realizó en Junio 2018 desarticulación coxofemoral derecha, con RHP de OOB con patrones focales pleomórfico y hemangiopericitoides originado en la metafisis y diáfisis distal del fémur con infiltración a tejidos blandos; se concluyó segundo cáncer primario y candidata a QT. El comportamiento del OOB fue agresivo, evolucionó con metástasis pulmonares y disnea, falleciendo la paciente un mes después, antes de recibir primer ciclo de QT. **Conclusiones:** Se reporta caso de paciente con diagnóstico inicial de CaCu que durante seguimiento desarrolló segundo cáncer primario tipo OOB, con evolución fatal a cor-

to plazo. El CACU IB2, presenta supervivencia a 5 años del 80%, mientras que la del OOB metastásico es de 15-30%. Su pronto diagnóstico y tratamiento son necesarios para impactar en el pronóstico.

Palabras clave: cáncer cervicouterino, osteosarcoma osteoblástico, segundo cáncer primario, cirugía oncológica, metástasis pulmonares, supervivencia a 5 años.

Folio: 0752

Tema: Infectología

Prevalencia y factores de riesgo asociados a mortalidad por colitis pseudomembranosa

Vera Olga Lidia, Jimenez Victor Manuel

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza. IMSS

Antecedentes: La colitis pseudomembranosa (CP) es una infección gastrointestinal grave causada por *Clostridium difficile*, siendo la causa principal de diarrea infecciosa hospitalaria asociada al uso generalizado de antibióticos y es una causa importante de morbilidad y mortalidad. **Objetivo:** Determinar prevalencia y factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con diarrea por CP en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles durante un periodo de 5 años. Los casos fueron los pacientes

muerdos (< 30 días) y los controles los que sobrevivieron (> 30 días) con prueba de toxinas A y B, reacción de polimerasa en cadena o rectosigmoidoscopias y/o colonoscopias positivas para *C. difficile*. Los factores de riesgo estudiados fueron: uso de antibióticos, enfermedades crónicas (diabetes mellitus, enfermedad renal crónica) enfermedades autoinmunes, cáncer, edad mayor 65 años, enfermedad inflamatoria intestinal, cirugía, inmunosupresión, antibióticos, inhibidores de bomba de protones, obesidad mórbida, estancia en unidad de cuidados intensivos, neumonía, choque séptico, coinfección con otros microorganismos. Se realizó estadística descriptiva, para riesgos: razón de momios y para los factores de riesgo: análisis multivariado. **Resultados:** De una población de 500 pacientes con diarrea, 99 (20%) fueron por CP, 55 mujeres y 44 hombres, la edad promedio de los casos fue 47.69 ± 19.67 y los controles 48.94 ± 20.27 . Las principales manifestaciones clínicas fueron: diarrea 100%, dolor abdominal 49%, fiebre 48%, distensión abdominal 26%, náusea vómitos 18%, megacolon tóxico 9%. La mortalidad fue del 17% debida a infección por *C. difficile*. Los factores de riesgo significativos para mortalidad fueron: cáncer hematológico: OR 3.13 (IC 1.05-9.30, $p = 0.034$), megacolon tóxico: OR 5.23 (IC 1.15-23.62, $p = 0.040$)

y uso de aminoglucósidos Exp (B): OR 27.00 (IC 2.0-364.6, $p = 0.013$). **Conclusiones:** Se encontró una prevalencia del 20% de diarrea por CP con una mortalidad del 17% y los factores de riesgo significativos para muerte fueron cáncer hematológico, megacolon tóxico y uso de aminoglucósidos.

Palabras clave: diarrea, gastroenteritis nosocomial, *Clostridium difficile*, colitis pseudomembranosa, mortalidad, factores de riesgo.

Folio: 0753

Tema: Infectología

Aspergilosis pulmonar en paciente con fiebre neutropenia, a propósito de un caso

Chávez María de los Ángeles, Velasco Mariana, Hernández Daniel

Hospital Ángeles Clínica Londres

La detección de aspergilosis pulmonar invasiva representa un desafío diagnóstico y, en ausencia de un estándar de oro, su diagnóstico se basa en una combinación de datos clínicos y microbiología e histopatología cuando es factible. El factor de riesgo clásico para es la neutropenia y la probabilidad de desarrollar ésta se relaciona con la profundidad de la misma. Las plaquetas pueden estar también involucradas en la defensa contra aspergilosis y la trombocitopenia tiende a ser paralela a la neutropenia. La angioinvasión está invo-



lucrada en la patogénesis en huéspedes neutropénicos y es responsable de la mayor frecuencia de difusión a otros órganos como piel, cerebro o los ojos. Se trata de un caso de un masculino de 41 años de edad con diagnóstico Leucemia mieloide aguda M4 refractaria, en tratamiento quimioterápico con venetoclax, citarabina y etopósido; en neutropenia severa por los siguientes valores de laboratorio: hb 8.7, plt 48, leu 872 (neutrófilos 35% 305 totales) bandas 3%, monocitos 3%; quien presentó fiebre cuantificada hasta 40°C en múltiples ocasiones sin foco infeccioso claro, se inició esquema antimicrobiano empírico con meropenem, caspofungina, aciclovir, persistiendo síndrome febril; en cuyo abordaje se solicitaron hemocultivos, urocultivo, exudado faríngeo, cultivo de expectoración resultando todos sin desarrollo de microorganismos, así mismo se encontró ECOTT sin evidencia de vegetaciones. Posteriormente se evidencia neumonía lobar superior derecha por clínica y radiografía; se solicitó galactomanano sérico (resultando éste negativo) y continuo esquema antimicrobiano con aciclovir, amikacina, meropenem y caspofungina; persistiendo con síndrome febril; por lo que se solicitó tomografía de alta resolución y broncoscopia obteniéndose: TACAR: Neumonía lobar derecha probablemente de origen bacteriano con

ganglios mediastinales inflamatorios y derrame pleural paraneumónico ipsilateral. Lobulo superior derecho patrón de ocupación alveolar con broncograma aéreo con franca consolidación con áreas de vidrio despulido hacia zonas periféricas y distales con engrosamiento intersticial periférico Broncoscopia: árbol bronquial derecho con tapón mucoso que ocluye 100% de la luz, se aspiraron secreciones y obtuvieron muestras en trampa estéril, se realizó lavado bronco alveolar de segmentos apicales derechos. Se procesó en secreciones: PCR para *Mycobacterium* (no detectado) BAAR no ácido alcohol resistentes (no detectado) y cultivo (sin desarrollo) resultando positivo galactomanano para aspergillus en las mismas; por lo que el paciente recibió tratamiento con anfotericina B y posteriormente Voriconazol con adecuada respuesta clínica.

Palabras clave: aspergilosis, pulmonar, fiebre, neutropenia, inmunocompromiso, leucemia.

Folio: 0754

Tema: Neurología

Ictus en paciente joven secundario a disección de arteria cerebral derecha

Alarcon Pamela, Martínez Daniella Itzel, García Dioselina
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El evento vascular cerebral en pacientes

jóvenes (EVCJ), en menores de 45 años es raro, frecuencia entre 4 a 5%, incidencia de 10 en 100,000 habitantes y mortalidad del 2.5%. La disección cervical es una causa importante de (EVCJ), 2% de ictus isquémico, y de 8% a 25% en pacientes menores de 45 años de edad, la disección de arteria vertebral con incidencia de 1 a 1.5%. **Caso clínico:** Femenino de 43 años de edad, antecedente de espondilitis anquilosante y apnea del sueño. Inició con cefalea punzante hem craneal derecha intensidad 9/10, de varios días e irradiación a cuello y oído ipsilateral, pérdida de fuerza muscular en hemicuerpo derecho, dislalia, vértigo, dificultad para mantenerse de pie, ingresa al hospital. Exploración neurológica: fascies vestibular, hemianopsia temporal derecha, disartria a fonemas faríngeos, fricativos y dentolinguales, disartria escandida, ptosis palpebral derecha, miosis y anhidrosis, hipopalestesia derecha e hipoalgesia izquierda, paresia del velo paladar derecho, disimetría y lateropulsión derecha, disminución de la fuerza en hemicuerpo derecho (4/5), sensibilidad conservada, hemicuerpo izquierdo sensibilidad disminuida y fuerza conservada. Integrándose Síndrome de Horner y Síndrome de Wallenberg. Se realizaron: TAC de cráneo simple, ecocardiograma, electromiografía, reportándose normales. Persistiendo sintomatología se realiza

Angioresonancia magnética cerebral: disección arterial de la vertebral derecha NIHSS 6/ Rankin 4. Iniciando tratamiento con gabapentina, flunarizina y ácido acetilsalicílico; mejoría clínica y egreso a domicilio. En consultas de seguimiento con remisión de sintomatología y recuperación total de funciones cerebrales. **Discusión:** El (EVCJ) por causa de disección de la arteria vertebral tiene baja incidencia, se sospecha en pacientes con antecedente de horas o semanas de trauma mínimo en cabeza o cuello, manifestaciones

Palabras clave: ictus, arteria cerebral, joven, disección cervical, síndrome de Horner, síndrome de Wallenberg.

Folio: 0755

Tema: Misceláneos

Actividad lupica asociada a infección: a propósito de un caso
Velasco Mariana, Cortés Dapne, Chávez María de los Ángeles, Hernández Daniel Ramón
Hospital Ángeles Clínica Londres

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune caracterizada por remisiones y brotes que van desde actividad mínima o nula, hasta la actividad grave que compromete la vida del paciente, dentro de las complicaciones asociadas al lupus sobresalen las infecciones como un fenómeno frecuente, complejo y con graves consecuencias para el

paciente, en el desarrollo de éstas intervienen factores de riesgo propios de la enfermedad (intrínsecos) como derivadas de su tratamiento; una de las escalas más utilizadas para medir actividad lúpica es SLEDAI, con la cual se ha establecido una relación de puntuación > 14 que predispone a infecciones. La identificación de actividad lúpica, infección como desencadenante o consecuencia del lupus eritematoso sistémico y datos clínicos sugerentes de síndrome de activación macrofágica (MAS) es muy importante, debido a que el MAS; aunque poco frecuente, a menudo es una enfermedad mortal. Se presenta un caso clínico de una mujer con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, quien a su ingreso presentaba activa lúpica en diferentes sistemas con una puntuación SLEDA de 37, además, cursaba con infección importante de tejidos blandos por antecedente de cirugía de estética.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, actividad, índice de actividad, infección, síndrome de activación macrofágica.

Folio: 0757

Tema: Nefrología

Enfermedad de cambios mínimos (ecm) primaria del adulto: reporte de caso

Morales Daniel Alejandro, Barcena Cesar, Ibañez Laura Silvia
Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez ISSSTE

Antecedentes: La ECM es la principal causa de síndrome nefrótico (SN) idiopático. En adultos, representa aproximadamente 10-15% de los pacientes con SN idiopático. El sello patológico de la enfermedad es la ausencia de alteraciones visibles por microscopia de luz (ML) y borramiento de los procesos podocitarios por microscopia electrónica (ME). Puede ser de etiología primaria o secundaria. Hallazgos clínicos y evolución Masculino de 54 años, con carga genética para hipertensión arterial sistémica (HAS), diabetes mellitus (DM), hipotiroidismo, cáncer gástrico. Refiere convivencia con perros y gatos, exposición a tolueno y xilol. Niega DM e HAS. TCE a los 11 años con crisis convulsivas secundarias tratado con fenobarbital, carbamacepina y difenilhidantoína. Niega antecedentes de litiasis, ITU de repetición. Inicia 5 meses previos, con astenia, adinamia, edema de miembros inferiores, con disnea de medianos esfuerzos, persisten los síntomas por 2 meses, se integra el diagnóstico de SN, enviado para biopsia renal. Tratamiento: pravastatina, espironolactona, furosemida, captopril, ácido acetilsalicílico. Exploración física: TA 120/70mmHg, T 36.5°C. Alerta, orientado, adecuada hidratación, cardiorrespiratorio sin alteraciones, abdomen sin alteraciones, extremidades con edema ++/++++. Estudios:



Leucocitos 7, hb 15, plaquetas 297, glucosa 91, creatinina 0.76, BUN 11, ácido úrico 4.9, colesterol total 256, triglicéridos 419, bilirrubina total 0.4, albumina 2.7, DHL 191, fosfatasa alcalina 85, Na 142, K 4.12, Cl 107, Ca 8.2, P 4.1, Mg 1.8, hbA1C 5.2%; EGO: pH 6, densidad 1.020, glucosa negativo, proteínas 500 mg/dL, cilindros negativos, eritrocitos. 1/c, leucocitos 1/c; Urocultivo negativo; Orina de 24 hr: depuración de creatinina 80.1 ml/min, proteínas 7.8 g, proteína de Bence Jones negativo; Antígeno prostático específico 0.75 ng/dl, panel viral anti-VIH anti-VHC anti-VHBSAG no reactivos, TORCH (IgG e IgM) negativo, TSH, T4L normal, anti-SM anti-DS DNA ANAs negativos, complemento C3 142, C4 18; anti-ANCA C, anti-ANCA P negativos, IgG IgM IgA normales, B2 microglobulina 0.3, electroforesis de proteínas sérica sin alteración; USG renal: riñones morfológica y estructuralmente normales. Biopsia renal. ML: Sin alteraciones histológicas relevantes. IF: IgA IgG IgM C1Q fibrinógeno negativos, C3 con depósitos granulares finos en paredes de capilares glomerulares. **Conclusión:** sin alteraciones histológicas relevantes, sugere de ECM del adulto. Se realizó diagnóstico diferencial con glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS), nefropatía membranosa. Se agrega prednisona 1 mg/kg/día, 1 mes

después con remisión completa del SN: resolución del edema, albumina 3.9 g/dL, proteinuria 0.07 g/d; se continua misma dosis por 4 meses y posteriormente reducción por 6 meses hasta suspender. Discusión y conclusiones La ECM del adulto es más frecuente en mujeres, pueden presentarse con LRA e hipertensión. Son más frecuentes las formas secundarias, y tras excluir estas, la mayoría de los casos se ve en pacientes sanos. El SN no tratado se asocia con comorbilidad significativa debido a dislipidemia, infecciones y eventos tromboembólicos. La terapia principal es prednisona, formas sensibles a esteroide frecuentemente presentan recaídas (56-76%) y esto lleva a un porcentaje de pacientes que requieren inmunosupresores de segunda línea. Tras descartar formas secundarias y dar seguimiento por 4 años, se concluyó etiología primaria.

Palabras clave: enfermedad de cambios mínimos del adulto, síndrome nefrotico, biopsia renal, remisión completa.

Folio: 0758

Tema: Cardiología

Una entidad poco diagnosticada: fenocopia de Brugada

Sánchez Carmen Alicia¹, Prado Pamela M¹, Cortes Fernando¹, Juárez Karim Yarek², Ezquerro Alejandro¹, Villalon Jorge¹, Ungson Mariana¹

¹ Hospital Angeles Mocol; ² Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital La Raza

Introducción: La fenocopia de Brugada (FSB) se presenta como un patrón electrocardiográfico similar al síndrome de Brugada (SB), sin embargo, difieren en etiología, siendo que se encontrará en asociación con cualquier condición identificable y cuando se resuelve dicha condición el electrocardiograma no presenta el patrón característico. Desde el reconocimiento de la FSB se han registrado 122 casos a nivel mundial, existen reportes por cardiopatía isquémica, desequilibrio hidroelectrolítico, tromboembolia pulmonar, electrocución y filtros electrocardiográficos inapropiados, considerando múltiples entidades nosológicas con una manifestación electrocardiográfica común que tiene diferente pronóstico al SB, por lo que el reconocimiento de la FSB obliga al estudio diagnóstico a fin de establecer tratamiento específico oportunamente. **Objetivo:** Exponer un caso clínico en donde se presenta el abordaje de FSB en un paciente sin antecedentes heredofamiliares o factores de riesgo aparentes, en quien se presentó FSB secundario a desequilibrio hidroelectrolítico. **Descripción del caso.** Masculino 22 años que padece distrofia muscular de Duchenne, sin antecedentes familiares de muerte súbita cardíaca o SB, ingresa a unidad coronaria por palpitaciones, síndrome diarreico agudo y desequilibrio hidroelectrolítico.

tico, electrocardiograma con bloqueo aurículoventricular de 1° grado, un día después del ingreso presentó morfología de QRS con patrón sugestivo de (SB) tipo I, ecocardiograma sin cardiopatía estructural. Se corrigió alteración hidroelectrolítica, presentando remisión del patrón electrocardiográfico.

Conclusión: El diagnóstico diferencial se basa principalmente en que la FBS se debe a: etiología secundaria, la cual, una vez resuelta, normalizará el patrón electrocardiográfico, test de reto negativo con bloqueadores de canales de sodio y pretest bajo para SB congénito, contrario a pacientes con SB que no presentan estas características.

Palabras clave: fenocopia, Brugada, síndrome, Brugada.

Folio: 0759

Tema: Hematología

Histiocitosis de células de Langerhans, infiltración rectal, hepatoesplénica, cutánea y médula ósea

Contreras Zully Esmeralda, González Andrés, Cruz Arnulfo
HGR 200 Tecamac IMSS

Introducción: La histiocitosis de células de Langerhans es una entidad descrita por primera vez en el siglo XIX por el Dr. Thomas Smith, en 1865. Esta entidad ha recibido múltiples nomenclaturas que engloban el nombre de sus primeros descriptores, el origen celular y, últimamente, la estirpe de la misma. Las histiocitosis son enfermedades del

sistema histiofagocítico, donde el histiocito que es una célula del sistema inmune, incluye, entre otros, a los macrófagos y a las células dendríticas o dendrocitos. Una de las células dendríticas más importante es la célula de Langerhans (HCL) que tiene su origen en la médula ósea y reside, en condiciones normales, en la piel, mucosas malpighianas y pulmón. La histiocitosis tiene un espectro clínico muy amplio, que va desde una lesión osteolítica que cura espontáneamente hasta una enfermedad letal semejante a la leucemia. Su evolución es extremadamente variable; indolente durante mucho tiempo o rápidamente progresiva y fatal. En la histiocitosis de células de Langerhans, estas células pueden infiltrar órganos como: hígado, bazo, tracto digestivo, pulmón, sistema nervioso central y hueso, como lo muestra el caso que se presenta a continuación. **Objetivo:** presentación y abordaje de caso clínico de Histiocitosis de células de Langerhans, con infiltración multiorgánica. **Presentación de caso:** Masculino de 79 años de edad originario de Ecatepec, Estado de México. Antecedentes personales patológicos de importancia, Diabetes Mellitus tipo 2 de 20 años de diagnóstico en tratamiento con insulina, complicaciones microvasculares por retinopatía diabética; insuficiencia hepática alcohólica CHILD PUGH C y antecedente de

tabaquismo durante 50 años, IT 7.5, suspendido recientemente, alcoholismo intenso, cada tercer día hasta llegar a la embriaguez a base de fermentados. Acude a consulta externa de hematología en enero del 2018, presentando 8 meses de evolución con anemia asociada a síntomas constitucionales, leucopenia, trombocitopenia y esplenomegalia moderada, se realiza biopsia de médula ósea, con reporte histopatológico sugestivo de mielofibrosis y síndrome mielodisplásico asociado, inicia tratamiento con hidroxycarbamida. En el mes de Abril, presenta dolor perianal y exacerbación de lesiones dérmicas en cabeza y extremidades, con corticoesteroides por tratamiento esteroideo tópico prolongado. Acude a proctología, encuentra úlceras en margen anal, de 1 cm de eje mayor y 5 mm de eje menor. Secreción escasa no fétida. Biopsia de piel perianal con reporte histopatológico e inmunohistoquímico de Histiocitosis de células de Langerhans, sin descartar infiltración multiorgánica (células de Langerhans con expresión de CD1a, Langerina, CD68 e índice de proliferación del 40%). Por pancitopenia persistente, se realiza Biopsia de médula ósea que reporta ligera hiperplasia eritroide moderada, granulopoyesis y megacariopoyesis adecuadas. Negativo a procesos neoplásicos. Mielofibrosis grado 1. Se decide



iniciar quimioterapia citotóxica con CHOP (ciclofosfamida, clorhidrato de doxorubicina (hidroxidaunorubicina), sulfato de vincristina (Oncovin) y prednisona. **Conclusión:** La histiocitosis de células de Langerhans representa un espectro amplio de trastornos neoplásicos del sistema inmune; en este caso la presencia de esplenomegalia e infiltración a piel, tejido rectal y médula ósea permiten inferir una afectación multisistémica. A pesar de presentar comorbilidades tales como la falla Hepática, la persistencia de Pancitopenia obligan a descartar otros condicionantes de la misma; el protocolo de estudio permitió diagnosticar una enfermedad infiltrativa multisistémica asociada, por lo tanto el tratamiento en estos casos debe ser agresivo, empleando quimioterapia citotóxica para mejorar el pronóstico y riesgo de reactivaciones subsecuentes. **Palabras clave:** histiocitosis, células de Langerhans, infiltración, multiorgánica, infiltración rectal.

Folio: 0760

Tema: Endocrinología

Hipercortisolismo, ¿dónde?

Revisión de protocolo de diagnóstico a propósito de un caso

Ramírez Norma Alicia, Avila Anabel

Hospital General de México

Introducción: El síndrome de Cushing resulta de la exposición crónica a exceso de

cortisol. Se estima una incidencia de 0.2-5 casos/mill. El exceso de cortisol se debe evaluar por medio de pruebas como la determinación de cortisol libre urinario en 24h y la prueba de supresión con dosis bajas de dexametasona. Además la prueba de supresión con dosis de 8mg de dexametasona ayuda a establecer el diagnóstico de enfermedad de Cushing. La RM de cráneo con gadolinio puede identificar el 50% de los tumores hipofisarios. La tomografía y resonancia magnética de tórax y abdomen ayudan a localizar 70-90% de los casos con ACTH ectópica, el PET ofrece una sensibilidad de 25-80%. **Objetivo:** Ilustrar un caso de hipercortisolismo asociado a hiperplasia suprarrenal bilateral. **Caso:** Mujer de 24 años de edad sin antecedentes de importancia, quien desde hace 8 meses presenta aumento de peso de aproximadamente 8 kg, sangrado transvaginal. Desde hace 7 meses se agrega hirsutismo generalizado y estrías en abdomen y en región interna de muslos, debilidad proximal generalizada, progresiva de predominio en extremidades inferiores que condicionó inmovilidad, además de alteraciones en el estado de ánimo caracterizadas por distimia y anhedonia. A su ingreso con alopecia androgénica, hirsutismo severo, acné en cara y tórax, acantosis nigricans, estrías violáceas en cuadrantes inferiores de 0.5 a 2.5 cm de ancho,

hematomas en extremidades, atrofia muscular generalizada, debilidad de predominio proximal. Bioquímicamente se reportó hipokalemia (1.23mg/dl), hiponatremia (132.6mg/dl), hiperglucemia (232mg/dl), hipertrigliceridemia (327mg/dl), anemia macrocítica con hemoglobina 9.7g/dl, VCM 112.1 HCM 36.6 y leucocitosis (18500cel/ul) con neutrofilia 16840 cel/uL. Cortisol en orina de 24 horas 63.0 ug/24 horas, cortisol posterior a 1 mg de dexametasona 40ug/dl, cortisol basal 21.3 ug/dL, cortisol posterior a 8 mg de dexametasona 77.3 ug/dL y ACTH 84.5. Resonancia magnética sin evidencia de lesiones o tumoraciones y tomografía de abdomen simple y contrastada donde se observan glándulas suprarrenales de 5 mm. Se realiza cateterismo de senos petrosos con ACTH de 7pg/ml y prolactina en 7.86ng/ml. Por último se realiza PET-CT en el cual se reporta aumento en la captación de glándulas suprarrenales bilateral, sugestivo de hiperplasia bilateral. Actualmente se encuentra en tratamiento con ketoconazol mostrando control de los síntomas y en espera de adrenalectomía. **Conclusiones:** Los pacientes con síndrome de Cushing necesitan de complejas investigaciones y seguimiento a largo plazo, así como experiencia de un grupo multidisciplinario que permita identificar y corregir las causas de este síndrome, monitorizar

las recurrencias, dar un adecuado remplazo hormonal, y tratar las consecuencias multiorrganicas debidas a exceso de esteroides.

Palabras clave: Cushing, hipercortisolismo, resonancia magnetica, tomografia, PET, prueba de supresion.

Folio: 0761

Tema: Endocrinología

Enfermedad de Addison en una mujer con uso crónico de ketoconazol

Sánchez Azalea, Ruiz Jesus

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casusus

Femenino de 41 años, con antecedentes de rinitis alérgica manejada con esteroides nasales de manera ocasional, uso ketoconazol oral y en crema por onicomicosis durante 5 meses suspendido 2 meses previos a su padecimiento actual. inicia padecimiento actual 10 meses previos a nuestra consulta al notar hiperpigmentación en labios y cavidad oral, con posterior generalización a toda la economía corporal, con mayor acentuamiento en manos y uñas, permaneciendo así 3 meses cuando se agrega perdida involuntaria de 3kg, hipodinamia, debilidad generalizada, mialgias, cefalea, y dolor abdominal acompañado de náuseas sin llegar al vomito, acudiendo a múltiples facultativos quienes manejan como cuadro infecciosos gastrointes-

tinales otorgando manejo con diversos antimicrobianos sin tener mejoría clínica, y agregándose 1 mes previo a nuestra consulta cifras tensionales bajas, por lo que nuevamente es valorada por particular quien ante la coloración sospecha de patología hepática y envía a la consulta de medicina interna. durante la primera valoración recibe a paciente con TA 80/50, refiriéndose asintomática con franca hiperpigmentación marrón de piel, mucosa oral y lechos ungueales, con resto de exploración física sin datos de relevancia, ante la sospecha clínica de insuficiencia suprarrenal primaria se solicitan paraclínicos NA 139 k 3.9 clo 100 Cortisol matutino 3, urinario de 24h 2.7, ACTH 1250, resto de paraclínicos, y perfil inmunológico dentro de la normalidad, TAC de abdomen documentándose atrofia de suprarrenal derecha, y área de calcificación cortical en glándula izquierda, por lo cual solicitamos PPD Y BAAR resultado negativos; debido a los antecedentes concluyéndose que es secundaria a los meses de uso de ketoconazol, y se inicia manejo con prednisona 2 veces por día teniendo durante la primera semana recuperación de TA a cifras normales, y durante este mes de tratamiento sin aumento de hiperpigmentación, se vera en unos días con controles bioquímicos.

Palabras clave: enfermedad de Addison, ketoconazol, calcifi-

cación suprarrenal izquierda, atrofia suprarrenal derecha.

Folio: 0762

Tema: Cardiología

Miocardopatía no compactada puerperal, presentación de caso y revisión de literatura

Castillo-Velázquez Mario-Alberto, Becerril-Mendoza Lizbeth-Teresa, Gasca-Aldama José-Carlos, Rendon-Hernandez Ana-Patricia

Hospital Juárez de México

Introducción: La miocardopatía no compacta es una cardiopatía congénita; las mujeres embarazadas que la padecen son más susceptibles a complicaciones, como insuficiencia cardíaca, arritmias y eventos embólicos; el mecanismo patogénico es una adaptación fisiológica al aumento de precarga. El diagnóstico se realiza con los criterios de Petersen con una relación de miocardio no compacto y compacto más de 2.3 al final de la diástole. **Caso clínico:** Mujer de 17 años, con antecedente de evento obstétrico 60 días previos a su internamiento con parto eutócico de 39 SDG sin complicaciones aparentes. Inició su padecimiento con presencia disnea de esfuerzo que se presentó de manera súbita, progresó a disnea en reposo, y con tos productiva con expectoración hemoptoica. progresó. Acudió al servicio de urgencias con dificultad respiratoria, presencia de estertores traqueales



audibles y aumento de mecánica ventilatoria. Ingresó a la unidad de cuidados intensivos por de choque cardiogénico y edema agudo pulmonar; además con síndrome cardiorenal tipo I. Se realizó RMN cardíaca: con ventrículo izquierdo dilatado e imagen de doble capa (miocardio compacto y no compacto) IP 7.38 predominando en la pared lateral, con volumen telediastólico 195 ml/m², volumen telesistólico 150 ml/m, fracción de acortamiento 14% y fracción de eyección 18%. Contractilidad con hipocinesia generalizada. Ventrículo derecho con morfología y dimensiones normales, con hipocinesia generalizada. **Discusión:** La American Heart Association incluye a la (MCNC) entre las miocardiopatías de origen genético; la Sociedad Europea de Cardiología la considera como una miocardiopatía no clasificada. Puede presentarse tanto de forma esporádica como familiar, aislada o asociada con otras cardiopatías, afectar solo al ventrículo izquierdo o a ambos.

Palabras clave: miocardiopatía, miocardio no compacto, cardiopatía periparto, insuficiencia cardíaca.

Folio: 0763

Tema: Infectología

Tétanos generalizado sin vía de entrada y estenosis renal en un paciente con VIH: reporte de un caso

López Karla Elizabeth, Flores Oscar, Sierra Sarai

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús

Varón de 26 años, comunicólogo, diagnóstico reciente de VIH con 3,780,000 copias y 18 células CD4, cursó una semana previa con síndrome mononucleósico. Sin adicciones y sin historial de lesiones en piel en al menos 12 meses previos. Inició su padecimiento 5 días previos a su internamiento presentaba contracciones musculares involuntarias dolorosas en miembros torácicos, dolor abdominal y posteriormente opistótonos, acompañados de taquicardia y diaforesis. No hubo risa sardónica. Se diagnosticó tétanos generalizado y se confirmó con títulos positivos altos para *C tetani*, recibió terapia adecuada intramuscular e intratecal, no se documentaron sitios de entrada, piel íntegra, cavidad oral sin caries. Se brindó intubación y traqueostomía temprana en la Unidad de Cuidados Intensivos, vigilamos por lapso de un mes, mostró como secuela neuropatía de peroneos bilaterales por inmovilidad prolongada y dimos tratamiento. Tuvo durante el internamiento descontrol hipertensivo, como hallazgo se encontró estenosis de la arteria renal derecha en doppler renal. Se realizó angiotac, la renina plasmática fue de 3.65 ng/ml/h. La evolución clínica del tétanos fue a la

mejoría con rehabilitación, las cifras tensionales elevadas a pesar del betabloqueo obligaron a sospechar otro origen y no a la disautonomía del tétanos.

Palabras clave: tétanos, HIV, estenosis, renal.

Folio: 0764

Tema: Infectología

Endocarditis por a *Burkholderia cepacia* asociada a catéter tunelizado en dos pacientes en hemodiálisis

Gudiño Pedro, Borjas Jaime Antonio, García Mauricio, Salazar Carlos Daniel, Herbert Zaira Nereida, Patlan Hazel Ali, Avilés Lesly del Rocío

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Antecedentes: La endocarditis bacteriana es una complicación grave en los pacientes en hemodiálisis, el microorganismo más frecuentemente asociado es *S. pneumoniae* mientras que la válvula más afectada es la mitral. *Burkholderia cepacia* es un bacilo gram negativo, importante patógeno nosocomial, su presentación habitual es en brotes, rara vez se asocia a bacteremia y endocarditis bacteriana, pero debe sospecharse en pacientes con accesos vasculares como los pacientes en hemodiálisis.

Casos clínicos: paciente 1: Hombre de 51 años, diabetes mellitus tipo 2 de 14 años de diagnóstico, hipertensión arterial sistémica de 5 años de diagnóstico, enfermedad renal crónica, secundaria a nefropatía

diabética, fistula arteriovenosa disfuncional, 2 accesos vasculares tipo catéter tunelizado previos, el último colocado 20 meses antes de su ingreso, en terapia de remplazo renal durante 10 años. Acude por cuadro de 10 días de evolución con fiebre durante hemodiálisis. A su ingreso hemodinámicamente estable, afebril, en el precordio soplo holosistólico grado II en foco mitral irradiado a la axila. Sin otros signos sugerentes de endocarditis. Laboratorios: leucocitosis de $14.9 \times 10^3/uL$, anemia normocítica normocrómica 9.0 g/dL, PCR 28mg/L, creatinina 8.0 mg/dl, Ecocardiograma transesofágico con FEVI 73%, presión de la arteria pulmonar de 34 mmHg, observándose en la cara auricular de la valva anterior de la válvula mitral una vegetación de 16 a 17 mm de diámetro, la valva se observa íntegra, perforación de la valva tricúspide anterior con varias vegetaciones la mayor de 1.2 cm de longitud, con regurgitación mitral severa. Hemocultivo central y periférico positivo para *B. cepacia*, susceptible solo a carbapenémicos. Recibió tratamiento inicial con meropenem y vancomicina. Se propuso procedimiento quirúrgico, al cual no accedió y solicitó alta voluntaria. El paciente muere siete días después. Paciente 2: Hombre de 24 años, enfermedad renal crónica de 5 años de diagnóstico, de etiología no determinada y de hipertensión arterial sisté-

mica, 3 accesos vasculares, de tipo catéter tunelizado, los 2 primeros retirados por disfunción, el último colocado 18 meses previo a su ingreso. Acude por cuadro de 1 mes de evolución con síndrome febril, de presentación dentro y fuera de sesiones de hemodiálisis, a su ingreso hemodinámicamente estable, estuporoso, sin datos evidentes de focalización, requirió intubación por el deterioro neurológico, presenta soplo sistólico mitral y tricúspideo grado IV irradiado a axila, presencia de petequias en manos y pies, lesiones de Janeway. Se aisló *B. cepacia* en hemocultivo central y periférico (2) y escasas colonias de *S. aureus* en cultivo de punta de catéter. En laboratorios destaca leucocitosis de $25 \times 10^3/uL$ a expensas de neutrofilia, anemia normocítica normocrómica 7.5 g/dL, PCR 30mg/L, Creatinina 5.9 mg/dl, Esquema antibiótico inicial con meropenem, vancomicina y gentamicina. Presenta deterioro hemodinámico súbito sin respuesta a vasopresores. Defunción 48 horas posteriores a su ingreso. Se realizó autopsia encontrando vegetaciones de 1.5 en válvula tricúspide con aislamiento de *B. cepacia* y *S. aureus*. Tromboembolia pulmonar submasiva. **Discusión:** *B. cepacia* rara vez infecta las válvulas cardiacas, en endocarditis asociada a infección de catéter vascular es mucho menos frecuente la infección de la válvula tricúspide. La mortalidad

reportada en bacteremias de *B. cepacia* es del 40%. Existen muy pocos reportes de endocarditis por esta bacteria en válvula nativa, solo uno previo asociado a válvula tricúspide. Ambos pacientes tuvieron un desenlace fatal, se hemodializaban en la misma unidad (a la cual se notifico). Existen reportes previos de brotes de bacteremias por *B. cepacia* en unidades de hemodiálisis, donde el estudio epidemiológico molecular encontró como fuente de infección la solución de clorhexidina. Cabe destacar que ninguno de los pacientes en estas cohortes presentó endocarditis o fenómenos metastásicos.

Palabras clave: *Burkholderia cepacia*, endocarditis, hemodialisis, catéter tunelizado, mortalidad, nefrología.

Folio: 0765

Tema: Gastroenterología

Infección múltiple por citomegalovirus en paciente con trasplante hepático D+/R-: reporte de caso

Castañeda Zaira Miriam, Sánchez María Teresa, Bosques Francisco Javier
Tecnológico de Monterrey

Introducción: Las complicaciones infecciosas se presentan en más del 50% de los pacientes con trasplante de hígado. El agente etiológico guarda relación directa con el inicio de inmunosupresión, siendo los primeros seis meses los más



susceptibles a infecciones por reactivación y oportunistas. En el caso de citomegalovirus (CMV), el estatus serológico donador/ receptor (D/R) es fundamental ya que confiere un riesgo adicional para complicaciones infecciosas, pérdida de trasplante e incremento de mortalidad. **Objetivo:** Reforzar la importancia de la evaluación pre trasplante, uso de estrategias de profilaxis y tratamiento anticipado, así como seguimiento cuantitativo por PCR de acuerdo al estatus D/R para CMV en el paciente con trasplante hepático. **Exposición del caso:** Paciente femenino de 56 años, con antecedente de síndrome de sobreposición por hepatitis autoinmune y cirrosis biliar primaria con complicaciones (ascitis, sangrado variceal y encefalopatía hepática). Se realizó trasplante hepático cuatro meses previos a ingreso y se inició tratamiento inmunosupresor con tacrolimus y ácido micofenólico. El estatus serológico de CMV era D+/R-. Acudió por presentar evacuaciones diarreicas de tres días de evolución y un episodio febril. A la exploración física se encontraron petequias en extremidades, resto de valoración normal. En paraclínicos presentaba pancitopenia, creatinina elevada correspondiente a lesión renal aguda KDGO I y leve aumento de transaminasas. Se solicitó coprológico, coprocultivo, toxinas A/B y PCR para *C. difficile*, todo negati-

vo; de igual manera se pidió estudio serológico y PCR para CMV con resultado positivo. Se revisaron niveles de tacrolimus y se ajustó tratamiento inmunosupresor. Se inició tratamiento con ganciclovir; un día después presentó taquipnea, a la exploración hipoaireación y síndrome de derrame pleural. En la radiografía de tórax se encontraron infiltrados mixtos bilaterales y derrame pleural, diagnóstico temporal: neumonía atípica. Se realizó broncoscopia y coloscopia con toma de biopsias donde se corroboró por microscopia e inmunohistoquímica CMV en mucosa colónica y tejido broncopulmonar. Se continuó ganciclovir y se dio soporte a la vía aérea con ventilación mecánica no invasiva durante un total de 8 días. Se dio seguimiento a carga viral, la cual disminuyó paralelamente a la mejoría clínica. La paciente egresó con continuidad de tratamiento antiviral con valganciclovir y seguimiento ambulatorio. **Conclusiones:** El paciente post-trasplantado es complejo con un factor de inmunosupresión asociado que no debe ser menospreciado. Implementar profilaxis y tratamiento temprano es fundamental para evitar la reactivación en casos de estatus CMV D+/R-.

Palabras clave: citomegalovirus, trasplante, hígado, infección, inmunosupresión, profilaxis.

Folio: 0766

Tema: Cardiología

Manifestaciones autoinmunes de endocarditis infecciosa subaguda. Reporte de un caso

Rojas Eduardo, Ramírez Jonathan René, Cimé Erik Antonio, Guerrero Zeltzin Olivia, Flores Andrea Miranda, Peralta Ana Lilia

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una infección de la superficie endocárdica, localizada en 1 o más válvulas cardiacas, que puede ser favorecida por factores de riesgo como las cardiopatías congénitas; la duración mayor de 6 semanas otorga la denominación de subaguda que permite la formación de complejos Ag-Ac que confieren afectación sistémica. **Caso clínico:** Masculino, 23 años de edad, portador de hipertensión arterial sistémica de 6 meses de diagnóstico sin tratamiento, inició padecimiento en julio de 2017 con mialgias, artralgias, astenia, fiebre de predominio nocturno, lumbalgia, se añade en octubre disnea de medianos a pequeños esfuerzos; posteriormente disnea paroxística nocturna y palidez de tegumentos, a nuestro hospital ingresó con tensión arterial 160/60 en brazo derecho, pie derecho 80/40, FC 105, temperatura 36.5, signo de Musset, corrigan, Landolfi, Quincke, positivos,

sin reflujo hepatoyugular, soplo diastólico aórtico y pulmonar IV/VI, sin adenopatías o hepatoesplenomegalia, extremidades inferiores sin edema, pulso celer positivo. Se solicitaron paraclínicos encontrando anticuerpos antinucleares, anti DNA de doble cadena, ANA, ANCA, panel viral, anticuerpos anticardiolipina IgG e IgM, anticoagulante lúpico negativo, C3 45 mg/dl, C4 < 2, PCR 144, anemia normocítica normocrómica moderada, creatinina sérica 2.11, sin leucocitosis, examen general de orina con proteínas 100 mg/dl, leucoeritrocituria, depuración de creatinina de 24 horas 520 ml/24 horas, proteínas urinarias 174 mg/dl, ecocardiograma transtorácico (ECOTT) que documenta válvula aórtica bivalva con masa móvil de 6x4 mm de diámetro adosada e insuficiencia severa, PSAP 60 mm Hg, FEVI 68%, ventrículo derecho dilatado, TAPSE 17 mm Hg, estrechamiento de luz aórtica distal a subclavia y flujo turbulento por doppler color y continuo con gradiente máximo transcoartación de 73 mm Hg, hemocultivo con desarrollo de *Streptococcus sanguis* sensible a ceftriaxona. Cursó con evolución tórpida, desarrolló neumonía nosocomial e insuficiencia cardiaca descompensada, se inició meropenem y se solicitó cambio de servicio al departamento de cardiología de nuestra unidad donde fue aceptado.

Discusión: Ante un cuadro de

síndrome nefrítico, tras descartar etiología autoinmune como primera posibilidad, se continuó concomitantemente ante la sospecha clínica de coartación aórtica con ECOTT documentando coartación aórtica, aorta bivalva y vegetación aórtica, las cuales explican la EI a la edad del paciente y por el tiempo de evolución como manifestación extracardiaca explica la glomerulonefritis rápidamente progresiva, disminución del complemento, lumbalgia, anemia normocítica normocrómica. **Conclusión:** Se trata de un caso de EI en paciente joven con cardiopatías congénitas (coartación aórtica y aorta bivalva) como factores predisponentes, con evolución subaguda que permitió el desarrollo de complejos Ag-Ac explicando a su vez las manifestaciones extracardiacas de la misma.

Palabras clave: endocarditis, infecciosa, subaguda, autoinmunidad, coartación, aórtica.

Folio: 0767

Tema: Neurología

Síndrome de la arteria de Percherón (infarto talámico bilateral): reporte de un caso

Arriola Emmanuel, Leal Roberto, Barrera Aarón Alejandro
Hospital Regional Núm. 1 Lic. Ignacio García Tellez, Mérida, Yucatán

El infarto talámico bilateral o síndrome de oclusión de la arteria de Percherón (SOAP)

fue descrito desde 1973. Es una afección de la arteria tálamo perforante dominante que nace del segmento P1 de la arteria cerebral posterior. Se presenta un caso poco frecuente ocurrido en hospital de segundo nivel en Mérida, Yucatán. Mujer de 65 años con diabetes tipo 2 de 8 años de diagnóstico en manejo con metformina, neuropatía diabética tratada con neuromoduladores, hipertensión arterial sistémica de 8 años de diagnóstico tratada con losartan 50mg al día, con mal apego. Ingresó por deterioro súbito del estado de consciencia, en la valoración inicial NIHSS de 33 puntos, estado de coma y necesidad de protección de la vía aérea, se realizó tomografía simple de cráneo encontrándose zonas hipodensas bilaterales a nivel talámico compatibles con evento vascular cerebral isquémico. Se complicó con neumonía asociada a la ventilación, posteriormente fallo a la extubación en 2 ocasiones, choque séptico y paro cardiorrespiratorio, que finalmente ameritó traqueostomía y gastrostomía, fue egresada después de 40 días categorizada como Rankin V. El SOAP tiene prevalencia de 0.27% de los infartos cerebrales. Las principales causas son microangiopatía y cardioembolismo. Los principales factores de riesgo son la hipertensión arterial, diabetes y fibrilación auricular. Los diagnósticos diferenciales incluyen enfermedad inflama-



toria, infecciones y neoplasias. El retraso del diagnóstico, la ventana terapéutica estrecha, la variedad de los síntomas neurológicos, los signos tomográficos tempranos, la baja prevalencia y el desconocimiento sobre la patología empobrecen el pronóstico. En este caso, además de la gravedad de la patología, se presentaron múltiples complicaciones intrahospitalarias propias de la atención médica, mismas que modificaron el pronóstico y la calidad de vida. La difusión de estos casos es la clave para conocer esta entidad e impactar en el pronóstico y la sobrevida.

Palabras clave: infarto, talámico, bilateral, síndrome, Percherón.

Folio: 0768

Tema: Cardiología

Síndrome de Wolff Parkinson White: reporte de un caso

Salazar Gerardo, De la Torre Jesus Edgar, Irizar Sergio Saul, Dehesa Edgar, Meza Cynthia Margarita, González Abigail
Hospital Civil de Culiacán

Introducción: El síndrome de Wolff Parkinson White es un padecimiento congénito que da lugar a un fascículo muscular de conexión anormal que genera una comunicación directa entre la aurícula y los ventrículos, evitando el retraso fisiológico en la propagación del impulso en el nodo AV. Esto ocasiona la formación de circuitos de reentrada que se

relacionan con la formación de taquicardias supraventriculares. La prevalencia oscila entre el 0.1% y el 0.3% de la población, siendo el más frecuente e importante de los síndromes de pre excitación. **Objetivo:** Presentación de un caso de síndrome de Wolff Parkinson White y revisión de la literatura. Presentación del caso. Paciente femenino de 34 años, con antecedente de arritmia supraventricular en tratamiento con propafenona, mismo que fue suspendido 6 meses previos a su ingreso. Inició su padecimiento actual con palpitations de inicio súbito, sin síntomas acompañantes. A su ingreso en el servicio de urgencias se documentó frecuencia cardiaca de 180 latidos por minuto, auscultación pulmonar con campos bien ventilados y estable hemodinámicamente. Se realizó electrocardiograma que reveló taquicardia irregular con complejos QRS anchos con fibrilación auricular con preexcitación o fibrilación auricular con aberrancia como posibilidades diagnósticas. Se inició tratamiento con bolo/impregnación con amiodarona IV y se interconsultó al servicio de cardiología. Se solicitaron estudios de laboratorio que se reportaron dentro de parámetros normales. La taquicardia supraventricular revirtió 4 horas después del inicio del tratamiento. Como parte del abordaje diagnóstico se solicitó monitoreo Holter de 24 horas que reportó datos de

preexcitación intermitente con ondas delta, QRS ensanchado y PR corto, compatible de síndrome de Wolf-Parkinson-White sin taquiarritmias. Se realizó ecocardiograma transtorácico el cual reportó FEVI de 65% sin alteraciones estructurales. Se mantuvo en vigilancia por un periodo de 24 horas y se egresó con tratamiento a base de propafenona y seguimiento a la consulta de cardiología, con el objetivo de planear ablación por catéter. **Discusión:** El patrón electrocardiográfico clásico de WPW es un intervalo PR corto y un intervalo QRS amplio debido a la presencia de ondas delta. La interesante de nuestro caso clínico es la coexistencia de fibrilación auricular y Wolff Parkinson White en un paciente con taquicardia irregular con complejos QRS anchos. Se aplicaron las recomendaciones terapéuticas sugeridas por la American Heart Association, logrando una evolución adecuada de la paciente; actualmente se encuentra en seguimiento con el objetivo de realizar ablación por catéter de las vías accesorias. **Conclusiones:** Considerando las complicaciones letales que se pueden presentar en estos pacientes, es de suma importancia identificar esta arritmia, realizar su abordaje diagnóstico correctamente para poder brindar un tratamiento oportuno.

Palabras clave: ablación, supraventricular, cortocircuito, Holter, preexcitación, fibrilación.

Folio: 0770

Tema: Infectología

Morbilidad y mortalidad de pacientes con infección por VIH ingresados en el servicio de medicina interna en el periodo de tiempo septiembre 2017- febrero 2018

Jiménez Maribel¹, López Gabriel Alejandro², Morales Faustino²

¹ Centro Médico Nacional Manuel Avila Camacho Instituto Mexicano del Seguro Social; ² Hospital General de Zona 46, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se extendió a lo largo de la década de 1900. Se estima que hasta 33.2 millones de personas presentan infección por VIH tipo 1 en el mundo. Actualmente en México de acuerdo a CENSIDA se diagnosticaron para 2017 13,883 casos nuevos, para el primer trimestre 2018 un total 2.22. Tabasco se encuentra en el cuarto lugar de estados con mayor tasa de casos nuevos d en 2018 VIH con una tasa de 3.1 por cada 100,00 habitantes. **Objetivo:** Determinar la morbilidad y mortalidad de pacientes con infección por VIH ingresados en el servicio de medicina interna. **Material y métodos:** Estudio descriptivo prospectivo, en el que se incluyeron pacientes consecutivos ingresados el servicio de medicina interna en el periodo de tiempo com-

prendido de septiembre 2017 a mayo 2018. Se les aplicó hoja de recolección de datos con características sociodemográficas, manifestaciones clínicas y evolución intrahospitalaria. Se identificó la prevalencia de VIH. Se empleó estadística descriptiva. **Resultados:** Se incluyeron 50 pacientes edad promedio 38.28 años, 8 (16%) mujeres, 42 hombres (84%). Se encontró tabaquismo positivo en 17 hombres (40%), 25 mujeres (59%). Alcoholismo en 29 (69%) de hombres, 5 mujeres (62%). La principal causa de hospitalización fue neuroinfección con 26%. Se encontraban recibiendo tratamiento 44 pacientes representando 88%, el esquema más comúnmente utilizado en esta población fue ritonavir/ atazanavir/ emtricitabina/tenofovir; Del total de pacientes estudiados se reportaron 4 defunciones durante su hospitalización, 2 por procesos infecciosos, 1 por oclusión intestinal, 1 por proceso neoplásico. **Conclusiones:** La infección por VIH tiene una alta prevalencia en Tabasco, coincidiendo características demográficas y factores de riesgo con lo descrito en la literatura. El ingreso hospitalario de esta población se ve mayormente condicionado por causas infecciosas, esto sobretodo el rezago económico.

Palabras clave: VIH, morbilidad, mortalidad, tabasco, tuberculosis, infección.

Folio: 0771

Tema: Oncología

Glioblastoma multiforme como doble primario en cáncer de mama triple positivo

Pecero Emily Itzel, Martínez Daniella Itzel, López Gerardo Emilio, Barrios Saúl, Santana Álvaro, Esquivel Alejandro

Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General Regional 251 Metepec

Introducción: El glioblastoma multiforme es el más común y maligno de los tumores primarios del sistema nervioso central. La asociación con cáncer de mama se ha reportado en pocos casos y se han asociado ciertos factores de riesgo tales como diagnóstico después de los 45 años, expresión de receptor de estrógenos positivo y no encontrarse bajo hormonoterapia.

Caso clínico: Mujer de 49 años, diabética e hipertensa con cuatro años de evolución al inicio del padecimiento oncológico, menarca 12 años, eumenorreica, gesta 4 para 2 abortos 1. Inició padecimiento oncológico con autodetección de tumor de mama izquierda, por mastografía y ultrasonido mamario con categoría BIRADS 5, se realiza mastectomía radical modificada y biopsia con reporte histopatológico de carcinoma ductal infiltrante con puntaje SBR de 7, inmunohistoquímica positivo para receptor de estrógenos, de progesterona y HER2/neu. Se estadifica como IIB. Recibe quimioterapia adyuvante



con tetraciclinas, secuencial con taxanos y hormonoterapia con antiestrogénico. Presentó hipertransaminasemia que ameritó cambio de fármaco antiestrogénico descartándose previamente por imagen actividad tumoral hepática, continuó con elevación de pruebas de funcionamiento hepático y se suspendió el antiestrogénico. Durante su seguimiento de dos años sin actividad tumoral. Al tercer año, presenta cefalea de moderada intensidad sin mejoría con analgésicos, se sospecha de actividad tumoral metastásica a SNC la cual se confirma por tomografía de cráneo que revela lesión tumoral única de localización temporoinsular derecha, en relación a oligometástasis. Se realizó tumorectomía para biopsia, con reporte histopatológico de glioblastoma multiforme, confirmándose diagnóstico de segundo primario por lo que se da tratamiento con radioterapia, con lo cual presentó disminución del edema perilesional y con ello resolución de cefalea referida durante el seguimiento. El cáncer de mama continúa sin reactivación, en vigilancia trimestral por el servicio de Oncología Médica. **Discusión:** La presentación de tumores en sistema nervioso central metastásicos de cáncer de mama tiene una incidencia del 5.1% independientemente del estadio clínico al diagnóstico, siendo que las pacientes con tumores triple negativos son quienes

cuentan con mayor riesgo, la manifestación habitual es con múltiples lesiones metastásicas; en esta paciente la presentación fue oligolesional lo que llevo a realización de tumorectomía y el diagnóstico de glioblastoma multiforme como segundo primario. No se ha encontrado evidencia de que la quimioterapia y radioterapia incrementen el riesgo de una segunda neoplasia. **Conclusiones:** El riesgo de presentar cáncer de segundo primario asociado a cáncer de mama es de 0.5 a 1% al año. La asociación entre estos dos tipos de cáncer tiene una posible explicación genética por mutaciones en oncogenes presentes en ambos, así como origen endocrinológico por expresión de receptores hormonales. Si bien son pocos, existen casos reportados de asociación entre glioblastoma multiforme y cáncer de mama triple negativo, no así para los casos triple positivo como el que se reporta.

Palabras clave: glioblastoma multiforme, segundo primario, cáncer de mama.

Folio: 0772

Tema: Reumatología

Síndrome de macrófago activado como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico: abordaje terapéutico con inmunoglobulina

Velazquez Yuridia, Mendoza Sergio A, Galindo Roberto, Sánchez Daniela, Cimé Erik Antonio, Balderas Maricela Berenice

Servicio de Medicina Interna, Hospital de Especialidades CMN La Raza, IMSS

Introducción: El síndrome de macrófago activado (SMA) es una entidad caracterizada por activación de macrófagos e histiocitos con hemofagocitosis. Su incidencia global 1/800000 individuos. Existen dos formas de SMA, la primaria (trastorno genético subyacente) y la secundaria como complicación de desórdenes infecciosos, autoinmunes o malignos. Los criterios diagnósticos definidos por la Sociedad Histiocito (2004) consisten en la presencia de mutaciones moleculares correspondientes o cinco de los siguientes: fiebre $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$, esplenomegalia, citopenias (afección \geq dos linajes celulares, hemoglobina < 9.0 g/L, plaquetas $< 100000/\text{L}$, neutrófilos $< 100/\text{L}$), hipertrigliceridemia y/o hipofibrinogenemia (> 265 mg/dL, < 1.5 g/L, respectivamente), hemofagocitosis (en médula ósea, bazo, ganglios linfáticos o hígado), actividad de célula NK baja o ausente, ferritina > 500 u/L, CD25 soluble ≥ 2400 U/mL. **Objetivo.** Describir un caso de SMA secundario a Lupus Eritematoso Sistémico (LES), que debido a su rareza y heterogeneidad clínica consiste en un desafío diagnóstico que de realizarse tempranamente implica tratamiento oportuno y mejoría en el pronóstico. **Exposición del caso:** Femenino de 35 años, con antecedente de

dos abortos. Inició tres semanas previas al ingreso con faringitis, artralgias, fiebre, dolor pleurítico y disnea, acudió a Hospital de 3er nivel en donde se documentó anemia, neutropenia severa, disnea, derrame pleural bilateral, estertores crepitantes infraescapulares, sinovitis aguda en articulaciones interfalángicas proximales, metatarsofalángicas y carpo bilateral, así como esplenomegalia. Laboratorios con Hb 8.3 g/dL, VCM 92 fL, HCM 28.8, leucocitos 800/uL, linfopenia de 400/uL, neutrófilos 300/uL, plaquetas 88000/uL. Tomografía de tórax simple con derrame pleural bilateral y ocupación alveolar en ambas bases pulmonares, iniciando Piperacilina/Tazobactam. Laboratorios reumatológicos con ANA 1:320 homogéneo, Anti-DNA 309.4 U/L, C3 68 g/L, C4 8 g/L, TTP 42.4 seg, AL 1.2-1.5, PCR 358 mg/dL, DHL 473 U/L, ALT 54 U/L, AST 95 U/L, BT 0.41 mg/dL, albúmina 2.2 g/dL, PT 5.4 g/dL, Procalcitonina 4 ng/mL. Se diagnosticó LES, con afección articular, hematológica y serosa con actividad severa (SLEDAI 14). Ante la presencia de fiebre persistente, esplenomegalia y neutropenia, se sospechó de SMA por lo que se complementó con ferritina (449.6 µ/L) y triglicéridos (314 mg/dL), solicitando aspirado de médula ósea reportando histiocitosis y fagocitosis activa. Se concluyó SMA en el contexto de paciente con LES con actividad severa.

Se inició tratamiento a base de Inmunoglobulina intravenoso por 5 días, progresando con remisión de la neutropenia y mejoría de los sintomática.

Conclusión: El SMA como complicación y presentación inicial de LES es inusual y potencialmente fatal, con una mortalidad del 40% que aumenta cuando se presenta con infecciones agregadas por lo cual se propone el tratamiento oportuno con inmunoglobulina para mejorar el pronóstico en estos pacientes.

Palabras clave: síndrome de macrófago activado, incidencia, tratamiento, inmunoglobulina, lupus eritematoso sistémico, neutropenia.

Folio: 0773

Tema: Reumatología

Debilidad muscular y pérdida de peso significativa como manifestaciones iniciales de miopatía inflamatoria idiopática

Mora Julio César, Mendoza Sergio Alberto, Millán Jesús, Sánchez Magdalena

UMAE Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: Miopatías inflamatorias son entidades de naturaleza autoinmune caracterizadas por debilidad muscular; gran número presentan afección sistémica e histológicamente presentan infiltrado inflamatorio muscular. Consideradas enfermedades raras con in-

cidencia de 4/100000 hab y predominio en mujeres (2:1). Se conocen 4 principales: dermatomiositis, polimiositis, miositis con cuerpos de inclusión y miopatía necrosante inmunomediada. **Objetivo:** Presento caso de paciente con debilidad muscular y pérdida de peso, que posterior a hallazgos de laboratorio, electromiográficos e histológicos es catalogado con PM. **Caso:** Varón de 62 años, con clínica de 3 meses con pérdida de 23 kg, debilidad muscular proximal, simétrica y bilateral, impidiéndole realizar actividades básicas y dificultad para incorporarse así como disfagia y Raynaud mínimo 3 meses previos al resto. Solicitamos enzimas musculares, autoAc, EMG y biopsia muscular; se realizó cribado para neoplasia prostática y pulmonar. Finalmente, con resultados y aplicando los criterios de Bohan y Peter se clasificó como PM definitiva. Se inició MPD, prednisona y FARME con adecuada respuesta. Lab: CKTotal 10 070, mb 810, ALT 479, AST 323, DHL 2412. EGO y Ptiroides normales. ANA's y Ac anti Jo (-) Mtumorales, APE y APEL (-). Rx tórax: normal. US Prostático: crecimiento. PanTAC: sin hallazgos. Biopsia prostática: proliferación acinar y metaplasia transicional. Biopsia deltoides: Infiltrado linfocítico, predominio endomisial, focos de necrosis e importante regeneración de fibras musculares. EMG: actividad de inserción



incrementada, potenciales de fibrilación y ondas agudas positivas, PUM's polifásicos de corta duración y baja amplitud así como actividad de esfuerzo con reclutamiento completo. **Conclusiones:** Las MI's son clínica, histológica y patogénicamente distintas por lo que el patrón de afección muscular, afección sistémica, presencia de autoAc y hallazgos en biopsia son útiles para el diagnóstico preciso.

Palabras clave: mioopatía, miositis, debilidad, infiltrado, biopsia, electromiografía.

Folio: 0774

Tema: Oncología

Identificación de tumor primario en paciente con enfermedad metastásica craneal, manifestándose como infección de tejidos blandos

González Jocelyn Raquel, Rivera Cesar, Rojas Michelle Encarnacion, Corona Freddy, Domínguez Carlos
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

Paciente femenino de 58 años. **Antecedentes:** Diabética de 10 años, en tratamiento con metformina, resto negados. PA: Lo Inicia 3 días previos, con dolor punzante 4/10 en región frontoparietal izquierda que se irradiaba a ojo izquierdo. Se agregó aumento de la temperatura, del volumen de dicha zona, y eritema. Comenta pérdida de 10 kg en 2 meses, astenia, adinamia y evacuaciones me-

lénicas. A la exploración física neurológicamente íntegra, hemodinamicamente estable. En región frontal izquierda, con eritema, calor, rubor y edema de párpado ipsilateral, no crepitante a la palpación. Cardiopulmonar sin alteraciones. Extremidades sin edema. Laboratorios: L:10.93, Nt: 9.3, Hb: 8.5, Hto: 25.8, VCM: 90.8, HCM: 29.9, Plt: 183, G:210, BUN:8.5, Crea: 0.86. Se decide inicio de antibiótico, manejo hídrico y protocolo de estudio, se realiza TC simple de cráneo evidenciando: lesión metastásica craneal frontoparietal izquierda sin afección a parénquima cerebral con edema de tejidos blandos externos circundantes. Ca19.9 >575 U/ml. TC toracoabdominal: engrosamiento de la pared gástrica, adenopatías paraaórticas. Endoscopia: Ulcera de 15mm Forrest III en curvatura menor del estomago a nivel de la incisura, con presencia de edema y engrosamiento de la mucosa en la periferia de la ulcera así como Áreas de metaplasia intestinal gástrica en región prepilórica. Estudio histopatológico compatible con adenocarcinoma primario moderadamente diferenciado. Presenta adecuada respuesta a manejo antimicrobiano, se decide su egreso y referencia a centro de atención oncológico. El adenocarcinoma gástrico se presenta de manera insidiosa y asintomático hasta fases tardías, por lo que su detección

precoz es difícil. Se presenta más en hombres, a una edad media de 65 años. Con elevada frecuencia produce metástasis a hígado pulmón y cerebro (30%), sin embargo, las metástasis óseas apenas representan el 10%, siendo los huesos más afectados las vértebras, costillas y cráneo.

Palabras clave: tumor, primario, metastasis, creaneo, celulitis, gastrico.

Folio: 0775

Tema: Oncología

Tumor tipo GIST avanzado en tratamiento con regorafenib: exposicion de un caso

Azuara Nestor David, García Lourdes Yadira, Alba Dulce Leonor, Paz Alan, García Mario Ramón, Gómez Sandra Aidee, Alavez Enrique
Hospital Central Norte de Pemex

Introducción: El tumor gastrointestinal del estroma (GIST) es el tumor mesenquimatoso mas frecuente del tracto gastrointestinal, es más frecuente que se encuentre en el estomago, seguido del intestino delgado. El sitio más común de metástasis es el hígado; usualmente muestran una mutación activadora de KIT, gen que codifican el receptor de la proteína tirosina quinasa. El imatinib se ha convertido como el tratamiento de primera línea para el GIST metastásico, sin embargo, algunos pacientes han mostrado una resistencia

innata al imatinib, quedando como tratamiento de segunda y tercera línea el sunitinib y regorafenib, respectivamente.

Objetivo: Exponer las características clínicas y bioquímicas que muestran los tumores del estroma gastrointestinal, así como también la respuesta al tratamiento, dándole la importancia a las tres primeras líneas terapéuticas. Exposición de caso Femenino de 21 años de edad, la cual acude al servicio de urgencias refiriendo iniciar 2 semanas previas con la presencia de astenia, adinamia y mialgias, posteriormente agregándose disnea de pequeños esfuerzos; sin antecedentes de interés para el padecimiento actual. A la exploración física se encontró pálida, y el resto sin alteración. Exámenes de laboratorio: hemoglobina 5,8, hematocrito 21.4, plaquetas 393,000, glucosa 82, urea 16, creatinina 0.40. Ultrasonido abdominal: múltiples nódulos hepáticos hipoecoicos avasculares de distribución difusa y esplenomegalia. Endoscopia con reporte de tumor probable submucoso, ulcerado, de cuerpo gástrico de 4x5cm de diámetro mayor, del cual se toman biopsias. Resultado de patología: tumor gástrico del estroma de bajo grado invasor a la submucosa y mucosa. Inmunohistoquímica: CD117, CD34, P-5-100, Desmina, cromogranina todos positivos. Oncología médica inicia tratamiento a base de imatinib,

posteriormente sunitinib ambos con progresión tumoral y sin mejoría clínica, por lo que se comenta con paciente y familiares el uso de tercera línea del tratamiento a base de regorafenib, actualmente en tratamiento con dicho fármaco con presencia de mejoría clínica pero con progresión tumoral, en seguimiento por oncología médica por consulta externa.

Conclusiones: Los tumores del estroma gastrointestinal son un subtipo de neoplasias con una baja incidencia, en los cuales la supervivencia se incrementa si el diagnóstico y tratamiento se establecen de manera temprana. En el caso de éste tipo de tumor, sin criterios quirúrgicos, los tratamientos de primera línea son imatinib, sunitinib y regorafenib. El regorafenib esta recomendado en caso de tumores que fallan al tratamiento con imatinib y sunitinib, asociándose con control tumoral clínico en pacientes con GIST avanzado. Futuros estudios ayudaran a entender completamente la actividad de dicho fármaco en los subtipos de mutaciones del GIST.

Palabras clave: regorafenib, estroma, gastrointestinal, imatinib, sunitinib, GIST.

Folio: 0776

Tema: Otros

Prevalencia de eosinofilia en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el Hospital Universitario de Puebla

Montiel José Sabino, Valdín Tania Isabel, Arbeu Marlene, Treviño Francisco, López Lidia, Romero Cuauhtemoc, Herrera José Carlos

Hospital Universitario de Puebla

Introducción: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad común prevenible y tratable, que es caracterizada por la limitación persistente flujo de aire que suele ser progresiva, y asociada con una mayor respuesta inflamatoria crónica, en las vías respiratorias y el pulmón, secundario a partículas o gases nocivos. La eosinofilia es uno de los marcadores no estudiados en respuesta al tratamiento del EPOC manteniéndose con una prevalencia del 37 pacientes en estudios internacionales, debido a que se ha observado que tiene mejor respuesta a uso de glucocorticoides, que incluso pueden modificar el pronóstico de los pacientes con esta enfermedad. Justificación, El aumento de tabaquismo y niveles de contaminación a los que se encuentra sometido la mayoría de la población, han propiciado el aumento de la frecuencia de EPOC. La eosinofilia se sabe puede asociarse a una mejor respuesta con tratamiento con glucocorticoide, Por consiguiente, conocer el porcentaje de pacientes que presentan eosinofilia, permitirá ajustar el tratamiento de modo oportuno y prevenir así, las



complicaciones asociadas. **Material y método:** Se incluyeron in total de 46 pacientes en la consulta externa de Neumología del hospital Universitario de Puebla, los cuales cumplían con criterios de diagnóstico de EPOC de acuerdo a GOLD/ATS/BTS 2017, excluyéndose pacientes con diagnóstico de Fenotipo ASMA-EPOC. **Resultados.** Se incluyeron un total de 46 pacientes con EPOC con edad promedio entre 45 años y 67 años de edad, con un total de 13 (28%) hombres y 33 (72%) mujeres con diagnóstico de EPOC. Encontrando mayor prevalencia de exposición a humo de Biomasa en mujeres (52%) y en hombres tabaquismo. Se registraron 21 (46%) pacientes con diagnóstico de EPOC estadio II. Se observó una eosinofilia del 39% (18 pacientes) de los cuales el 66.6% (12 pacientes) se encontraban en estadio II de GOLD. **Discusión:** Hasta nuestro conocimiento este es uno de los primeros trabajos desarrollados en nuestro medio para conocer el porcentaje de eosinofilia en pacientes con EPOC. En acuerdo a lo reportado por Vestbo y cols., presenta una prevalencia eosinofilia de 37.4% a comparación de nuestra población mostrando prevalencia de eosinofilia de 39.1% siendo la diferencia no significativa. **Conclusión:** Los hallazgos muestran que nuestro grupo comparten características con otros grupos, en cuanto a la presencia de eosinofilia.

La presencia de eosinofilia en pacientes con EPOC se ha asociado a mejor tratamiento con glucocorticoides en estudios previos, por lo que sería interesante analizar la evolución de los pacientes con dicho tratamiento, así como la progresión de la enfermedad.

Palabras clave: EPOC, eosinofilia, GOLD.

Folio: 0777

Tema: Neurología

Encefalomielitis paraneoplásica asociada a seminoma testicular. Reporte de un caso

Rojas Eduardo, Montiel Liliana, Cimé Erik Antonio

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: El término Encefalomielitis paraneoplásica engloba varios síndromes caracterizados por pérdida neuronal, proliferación microglial, infiltrados inflamatorios en el SNC y la coexistencia de anticuerpos anti-Hu. Algunos pacientes pueden tener afectación clínica monofocal, 75% presentan un trastorno multifocal. **Caso clínico:** Masculino de 27 años, síndrome de Ramsay Hunt a los 12 años de edad con secuela de parálisis facial izquierda, tabaquismo y etilismo desde los 20 años de edad. Inicia padecimiento en marzo refiriendo diplopía horizontal asociada a desorientación e indiferencia al medio. En abril presenta contractura en gemelo

derecho, espasmos dolorosos en extremidades inferiores, dolor en región lumbosacra e incontinencia de esfínter anal. Exploración neurológica con deterioro en la función visuoespacial/ejecutiva y memoria episódica, limitación para la supravisión ocular, ausencia del reflejo de convergencia, movimientos sacádicos hipométricos, asimetría facial estática y con la gesticulación en hemicara izquierda, paraparesia espástica asociada a hipotrofia acentuada en región crural y sural sin presencia de fasciculaciones, respuesta plantar indiferente, nivel sensitivo medular exteroceptivo en T10. Líquido cerebroespinal con hiperproteorraquia, complemento bajo, perfil inmunológico e infeccioso normal, Ca 125 18.9 U/ml, Ca 19.9 82.7 U/ml. Resonancia Magnética con hiperintensidades en parahipocampo, giro recto, tálamo medial y tegmento mesencefálico, en columna torácica una mielitis desde T10 hasta cono medular. A la exploración general se identifica tumoración en testículo derecho, confirmando por biopsia seminoma clásico. Se administran 28 frascos de Inmunoglobulina humana con mejoría parcial. **Discusión:** En la Encefalomielitis paraneoplásica asociada a seminoma el principal antígeno involucrado es Ma2. El tratamiento precoz del tumor y la inmunoterapia pueden estabilizar el cuadro, pero raramente lo mejoran, sin

embargo las asociadas a anti-Ma2 son las más susceptibles de mejorar clínicamente.

Palabras clave: encefalomielitosis, paraneoplásica, seminoma, testicular.

Folio: 0778

Tema: Nefrología

Nefritis tubulointersticial y pseudogranuloma como presentación inicial de vasculitis ANCA positivo asociada a cocaína

Gomez Damayanty¹, García Valeria², Mendoza Hector Augusto², Solis Damayanty², Soto Virgilia³

¹ Hospital General Tacuba ISSSTE/Hospital Angeles Roma; ² Hospital General Tacuba ISSSTE; ³ Hospital General de México/Instituto Nacional de Cardiología. Departamento de Anatomía Patológica

La adulteración de la cocaína a nivel mundial (70%) con levamisol, ha ocasionado vasculitis asociadas a ANCA. Se han reportado 30 casos, la mayoría p-ANCA, y algunos c-ANCA; 72% manifiestan síntomas sistémicos, NTI, artralgias, lesiones cutáneas, con granulomas o pseudogranulomas menor porcentaje. **Resumen:** Hombre de 35 años, taxista. Alcohol y tabaco (+) por 20 años, consumo de cocaína 2 años, hasta 1 semana previa, inhalada y volátil. Tatuajes en ambos brazos. Inicia 4 semanas previas a ingreso con fiebre, náuseas, vómito, HAS, edema de miembros pélvicos y

disnea progresiva, ingesta de AINES a dosis bajas 1 día; acude a 1er Hospital privado, con creat 18.5, BUN 125, y recibió 1º sesión de hemodiálisis. En nuestro hospital acude afebril, palidez +, y edema de miembros pélvicos, oliguria. Labs: Creat 14.2, gluc 80, BUN 111.4, CI 97, K 4.5, Na 132, leucos 13.21, neut 88.7%, linf 5.1%, Hb 12.7, Hto 34.7, VCM 89.1, HCM 32.5, plaq 204,000, acidosis metabólica descompensada Anion gap elevado. Urianálisis: claro, den < 1.005, pH 6, proteínas+, eritro 25-30xc, leuc/c escasos. Sedimento: eritrocitos eumórficos. V. Hepatitis B, C, HIV, cultivos, TORCH, VDRL neg; C3, C4, normales. USG renal: riñones de características normales. c-ANCA 1:180, resto negativos. Se realiza Biopsia renal: Nefritis túbulo intersticial en resolución, microcalcificaciones intratubulares, arteriopatía moderada, macrófagos de aspecto epitelioide, cariorrexis y necrosis fibrinoide focal, paredes tubulares y capilares linfáticos adyacentes, Ziehl Neelsen y Grocott negativo, IF depósitos C3c en paredes vasculares. Requirió 4 sesiones de hemodiálisis, esteroide IV y oral. Después de 3 semanas: creat de 1.0, BUN 16. **Conclusiones:** El antecedente de cocaína y dosis bajas de AINE, se relacionan con NTI, el consumo intenso de cocaína alterada, asociada a vasculitis ANCA positivo, y la formación inusual de pseu-

dogranuloma, descartándose etiología infecciosa, mejorando al suspender la droga.

Palabras clave: nefritis tubulointersticial, pseudogranuloma, vasculitis, ANCA.

Folio: 0779

Tema: Misceláneos

Linfadenopatía cervical y fiebre de origen desconocido como manifestaciones iniciales de enfermedad de Still de inicio en el adulto

Mora Julio César, Pineda Luis Francisco, Ramos Patricia
UMAE Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: Enfermedad de Still (ESA) es una enfermedad inflamatoria sistémica de etiología desconocida, caracterizada por fiebre, exantema y afección articular. Es considerada entre los cuadros autoinflamatorios y autoinmunes. Afecta a ambos géneros con distribución bimodal (15-25/35-46 años) y predominio en mujeres. Es característica la leucocitosis con neutrofilia y elevación ferritina. El diagnóstico certero es de exclusión y los criterios más utilizados son los de Yamaguchi et al. **Objetivo:** Presento caso de paciente con fiebre y adenomegalia cervical; con diagnóstico inicial de FOD, que posterior a exclusión de múltiples etiologías es catalogada con ESA. **Caso:** Mujer de 34 años, con clínica de 1 mes caracterizada por fiebre de 39°C, vesper-



tina, intermitente, asociada a exantema maculopapular asalmonado evanescente en tronco y extremidades superiores, artralgias con patrón poliarticular y simétrico en manos así como adenomegalia cervical. Al ingreso se corroboran los síntomas, es catalogada con FOD y se inicia abordaje. En su estancia presentó leucocitosis con neutrofilia, anemia, trombocitosis, elevación de enzimas hepáticas y de reactantes de fase aguda. Finalmente, al excluir etiología infecciosa, inflamatoria, autoinmune, neoplásica y cumplir con 4 criterios mayores y 3 menores de Yamaguchi, es catalogada con ESA. Se inició AINE, corticoide y FARME con adecuada respuesta. Lab: Leu 14.6 (N86%), Hb 8.5, VCM 86, HCM 26, AST 143, ALT 97, DHL 1329, Pla_q 515, VSG 58 y PCR 49. Ptorideo, Rfebriles, FR, procalcitonina, P_viral y TORCH (-). Cultivos (-). Ig's, C3 y C4 normales. ANA's, anti DNA, anti CCP y Mtumorales (-). Ferritina 163. Rx tórax: normal. Rx manos: sin erosiones. TAC Abd_pélvica: imagen ovoidea en anexo izquierdo, pb. teratoma. Transoperatorio: teratoma quístico maduro. Biopsia ganglio: hiperplasia folicular reactiva.

Conclusiones: El diferencial de la ESA es amplio y obliga a realizar multitud de pruebas para llegar al diagnóstico definitivo.

Palabras clave: Still, fiebre, rash, artralgias, exclusión, Yamaguchi.

Folio: 0780

Tema: Hematología

Linfohistiocitosis hemofagocítica en el adulto: una patología potencialmente fatal

Leal María Graciela¹, Gayón Erika¹, Hernández Andrea Priscila¹, Boulón Christianne¹, De la Peña Ildelfonso Roberto²

¹ Fundación Clínica Médica Sur; ² Chrisboulon@Hotmail.Com

Introducción: La linfohistiocitosis hemofagocítica es un síndrome de activación inmune excesiva, resultado de la disfunción de linfocitos T citotóxicos y/o NK con subsecuente incremento en la actividad macrofágica y producción de citocinas. Puede presentarse de forma primaria (asociada a mutaciones genéticas) o secundaria. Los desencadenantes más frecuentes son infecciones, neoplasias y/o enfermedades autoinmunes. La asociación a transfusiones sanguíneas se ha descrito de forma aislada. Es indispensable identificar e iniciar manejo de soporte de forma temprana, ya que es lo único que impacta en su mortalidad. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 54 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y tromboembolia pulmonar de etiología idiopática. Dos semanas previas a su ingreso presentó sangrado de tubo digestivo bajo por poliposis intestinal, documentada por colonoscopia. Ingres

a urgencias por presencia de evacuaciones melénicas y síndrome anémico, por lo que se transfunden dos paquetes globulares. Posteriormente inicia con fiebre persistente sin ser posible identificar foco infeccioso. Evoluciona los siguientes días con pancitopenia severa progresiva hasta Hb 6 g/dl, Pl_q 35 mil U/mcL, Leu 800 U/mcL, Neu abs 500 U/mcL, alteración de pruebas de funcionamiento hepático patrón mixto (ALT 649 U/L, AST 1405 U/L, FA 268 U/L), elevación de DHL (3012 U/L), ferritina (3204 ng/ml) y triglicéridos (165 mg/dL), con disminución de fibrinógeno (123 mg/dl). Por sospecha de linfohistiocitosis hemofagocítica se realizó biopsia y aspirado de médula ósea documentándose hemofagocitosis extensa. Hemocultivos, urocultivo, cultivo de secreción bronquial, serología para VIH, EBV y hepatitis A, B y C, panel viral respiratorio y gastrointestinal, perfil de hemólisis, perfil inmunológico (Coombs, ANAs, AntiDNA, antiSM, antiSSA, antiSSB), BAAR en biopsia hepática y de médula ósea, todos negativos. Biopsia hepática sin datos de infiltración neoplásica o infección, PET-CT negativo. Se inició manejo con dexametasona bolos 40 mg por 4 dosis con lo cual presentó mejora de estado general y negativización de los parámetros de hemofagocitosis. Sin embargo, debido a la inmunosupresión se agregó neumonía intrahospitalaria

de etiología fúngica (*Candida albicans*) que progresó a insuficiencia respiratoria y posterior candidemia con desenlace fatal. **Discusión y Conclusiones:** Se presenta un caso de linfohistiocitosis hemofagocítica en el paciente adulto con un amplio abordaje para determinar etiología, en el cual únicamente pudo documentarse el evento transfusional como potencial desencadenante. Esto ha sido descrito de manera aislada. Se ejemplifica que es importante tener un alto índice de sospecha para el diagnóstico de esta afección, y que el tratamiento no debe reservarse hasta haber identificado la causa. El tratamiento de soporte durante y posterior es indispensable para evitar complicaciones potencialmente fatales.

Palabras clave: hemofagocitosis, linfohistiocitosis, transfusión, hemofagocítico, hiperferritinemia, activación macrofágica.

Folio: 0781

Tema: Gastroenterología

Correlación entre los valores de hemoglobina y el resultado de FibroTest en pacientes con fibrosis hepática en el Hospital Central Norte de Pemex

Paz Alan, García Mario, Alavez Enrique, Gomez Sandra Aidee, Azuara Néstor, Alba Dulce Leonor, Enriquez Kevin Giuseppe
Hospital Central Norte Pemex

La fibrosis hepática se define como la acumulación excesiva

de proteínas cicatrizantes en la matriz extracelular. Tanto la biopsia hepática como la evaluación histológica del tejido, se han considerado el estándar de oro para el diagnóstico clínico de la fibrosis hepática. Se ha documentado que los pacientes que cursan con cirrosis hepática, cerca del 50% desarrollaran un grado de hipertensión portal, lo que dará lugar a citopenias periféricas. Dentro de estos linajes que se afectan están la anemia y trombocitopenia. El objetivo principal es demostrar que los biomarcadores no invasivos validados como el FibroTest en correlación con los niveles de hemoglobina pueden utilizarse como una alternativa a la biopsia hepática para la evaluación de la progresión y complicaciones de la fibrosis. Análisis estadístico: Todos los datos fueron recolectados en una base de datos Microsoft Excel (Microsoft, Redmond, WA). Los análisis se realizaron con el programa GraphPad Prism (GraphPad Software Inc. Versión 6, La Jolla, CA, USA). A menos que se especifique lo contrario, los valores numéricos se expresan como media (y desviación estándar). Para determinar las correlaciones se utilizó la prueba de Pearson o Spearman, y la prueba exacta de Fisher para variables categóricas. Todas las comparaciones fueron de dos colas. El nivel de significancia se determinó con un intervalo de confianza del 95% ($p < 0.05$).

Resultado: Se incluyeron 42 pa-

cientes, de los cuales 28 (67%) de ellos pertenecen al género femenino, y 14 al masculino (33%). De estos pacientes 13 (%) tuvieron un peso normal, 23 (%) de ellos con sobrepeso, 6 (%) con obesidad. En cuanto a la edad, el grupo presentó una mediana de 59 años (rango 32-80 años). A los pacientes se les categorizó según su resultado en el Fibrotest, F0: 8 pacientes (19%), F1 no hubo pacientes, F2: 11 pacientes (26%), F3: 9 pacientes (22%), F4: 14 pacientes (33%). Obteniendo los siguientes resultados: • Los niveles de hemoglobina sérica correlacionan de manera positiva con los resultados del Fibrotest en pacientes mayores de 60 años, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.023$ $r = 0.50$). • Los niveles de hemoglobina sérica correlacionan de manera positiva con los resultados del Fibrotest en pacientes que presentan un índice de masa corporal por arriba de 30 ($p = 0.049$, $r = 0.771$). **Conclusiones:** Un gran porcentaje de pacientes con fibrosis hepática presentan algún tipo de citopenia como parte de las complicaciones, de las cuales la anemia es una de las más comunes en esta población, en nuestro estudio encontramos que los niveles de hemoglobina sérica se correlacionan de manera positiva con los resultados del Fibrotest en personas mayores de 60 años y/o con un índice de masa corporal por arriba de 30.



Palabras clave: FibroTest, hemoglobina, fibrosis, hepática, correlación, biopsia.

Folio: 0782

Tema: Reumatología

Disfagia como manifestación inicial de dermatomiositis. Reporte de un caso

Castro Zully¹, Saavedra Miguel Ángel¹, Montes de Oca Hugo¹, Medina Gabriela², González Francisco Rafael³

¹ Servicio de Reumatología, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret Centro Médico Nacional La Raza IMSS;

² Unidad de Investigación, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza IMSS;

³ Universidad Veracruzana

Introducción: Dermatomiositis: trastorno inflamatorio sistémico que afecta diversos órganos, incluido el músculo esquelético. La disfagia es una complicación conocida durante el curso de la enfermedad y se ha notificado en 18 a 20% de los pacientes. Informe de caso: Mujer de 49 años de edad, antecedentes de asma bronquial. Inició hace 4 meses con reflujo gastroesofágico, dificultad para pasar líquidos, posteriormente debilidad en extremidades superiores con MMT8 36/150, lesiones en piel cabelluda y frente de tipo eritemato-descamativas, alopecia difusa, manos con signo de Gottron, hiperqueratosis en bordes externos de falanges, metacarpofalángicas

e interfalángicas proximales, pérdida de peso de 6 kg asociada a disfagia progresiva, tanto a sólidos como a líquidos. Analítica: Leucocitos 7.9 K/ μ L, linfocitos 7.3%, AST 136.7 U/L, ALT 102.9 U/L, CPK 551.7 U/L, IgG, IgA, IgM normales. Debido a la asociación dermatomiositis-cáncer se realizó citología vaginal, USG abdominal y pélvico y TACAR, sin alteraciones. SEG: defectos en la mecánica de deglución que condiciona paso del medio de contraste hacia la tráquea y bronquios principales, manometría: disminución de la movilidad con alteración en la deglución a nivel faríngeo, panendoscopia con esofagitis grado A de los Ángeles, hiato laxo Hill II, pangastropatía hemorrágica.

Diagnóstico: dermatomiositis por lo que se inicia terapia con esteroides e inmunoglobulina, además de colocación de sonda de gastrostomía por medio endoscópico percutánea, y reinicio de la alimentación parenteral. **Discusión:** Después de la exclusión de cáncer, el diagnóstico fue disfagia aguda severa debido a la exacerbación de la dermatomiositis. Existen pocos reportes de disfagia como aparición inicial, sin embargo, se ha descrito que tiene un mal pronóstico para el curso de la enfermedad primaria. **Conclusiones:** La disfagia en pacientes con dermatomiositis generalmente progresa gradualmente durante varios días o meses, la severidad de la presentación

inicial es poco común y retrasa el diagnóstico y el tratamiento.

Palabras clave: disfagia orofaríngea, dermatomiositis.

Folio: 0783

Tema: Hematología

Síndrome hemolítico urémico atípico en un paciente adulto, un reto diagnóstico. Reporte de un caso

Ortiz Daniela, Gomez Eliezer Tomas

¹ Centro Médico Nacional del Noreste, Unidad de Alta Especialidad 25

Introducción: El síndrome hemolítico urémico atípico forma parte del espectro de enfermedades caracterizadas por Trombocitopenia, anemia caracterizada por hemólisis intravascular y falla renal aguda. Representa aproximadamente el 5% de los casos de síndrome hemolítico urémico típicos, asociados a toxina shiga, su incidencia en EUA es de 1 a 2 casos por cada 1000000 de habitantes; En México no está reportada en la literatura y existe poca información a nivel mundial de la incidencia de la patología en adultos ya que el inicio de la enfermedad es más frecuentes en menores de 18 años hasta en el 60% de los casos. A diferencia del síndrome hemolítico urémico típico mediado por toxina, el SHUa es una enfermedad crónica asociadas a alteraciones congénitas y /o adquiridas de la vía alterna del complemento

desencadenado de manera característica por la activación descontrolada y excesiva de la vía alterna del complemento que ocasiona daño a nivel endotelial con consecuente activación plaquetaria y leucocitaria y finalmente trombosis en la microcirculación. **Caso clínico:** Masculino 28 años de edad sin antecedentes médicos de importancia. Inicia 4 semanas previas a su ingreso con astenia, adinamia e hiporexia agregándose dolor abdominal generalizado de intensidad progresiva de tipo cólico acompañado de náusea y vómito de contenido gástrico y evacuaciones diarreicas de características no mencionadas. Manejado como gastroenteritis en múltiples ocasiones, con persistencia de cuadro con tratamiento no especificado, posteriormente agregándose edema de miembros pélvicos progresivo hasta anasarca y alteración del estado de alerta con desorientación en tiempo, motivo por el cual acude a urgencias documentándose hiperazoemia, descontrol hipertensivo y bicitopenia con anemia normocítica severa y trombocitopenia severa con datos de anemia hemolítica microangiopática, criterios de hemodiálisis aguda recibiendo así como transfusión de paquetes globulares sin mejoría, decidiéndose envió a tercer nivel. Cursando con evolución tórpida, tendencia a la hipertensión, oligúrico, somnoliento con edema predomio

acral, distensión abdominal y doloroso a palpación de manera generalizada afebril. Paraclínicos: Anemia normocítica normocromica coombs directo negativo reticulocitosis trombocitopenia severa elevación de azoados hiponatremia hiperkalemia hiperfosfatemia DHL elevada prolongación de TC acidemia metabólica severa US renal normal, FSP abundantes esquistocitos. Se sospecha Microangiopatía trombótica PLASMIC 2 se inicia recambio plasmático terapéutico y hemodiálisis, Panel viral negativo, inmunológicos negativo, perfil tiroideo normal, tac normal, cultivos negativos, inmunoglobulinas normales, amilasa normal ADAMTS 13 actividad 74% AC IgG ADAMTS 13 positivo confirmando diagnóstico de síndrome hemolítico urémico atípico. **Conclusiones:** Existe poca información en nuestro país sobre la incidencia y pronóstico de la enfermedad en población adulta en nuestro país, la mayoría de las series publicadas, reporte de casos son en población infantil < 16 años. Debido a la complejidad del diagnóstico y el equipo no disponible y fuera de alcance en nuestro sistema de salud y seguridad social es probable que se este subdiagnosticando aunado a ser la microangiopatía con peor pronóstico y más alta tasa de mortalidad. **Palabras clave:** microangiopatía trombótica, PTT, SHU, falla renal.

Folio: 0784

Tema: Endocrinología

Sangrado uterino disfuncional con choque hipovolémico como manifestación de hipotiroidismo severo

Pérez Huerta Evelyn Samantha
UNAM

Antecedentes: La prevalencia de sangrado uterino disfuncional es de aproximadamente 15-20%, generando un impacto negativo en la calidad de vida. Ocasionado por trastornos del eje hipotalámico-hipófisis-ovárico, donde los trastornos endocrinológicos forman un subgrupo pequeño, pero significativo. **Objetivo:** Describir sangrado uterino disfuncional con choque hipovolémico, como manifestación de hipotiroidismo severo. **Exposición del caso:** Femenina de 27 años de edad, con menarca a los 13 años, ciclos irregulares de 20-90 x 7-14 días, Inicio de vida sexual: 20 años, parejas sexuales: 1, método de planificación: parche anticonceptivo norelgestromina 6 mg/etinilestradiol 0.6 mg. Gesta: 0, Papanicolaou nunca realizado. Antecedentes personales patológicos de hipotiroidismo primario diagnosticado hace 8 meses, con mal apego a tratamiento. Inicia padecimiento actual con presencia de sangrado trasvaginal abundante que aumenta hasta usar 6 pañales al día, posteriormente acude al servicio de urgencias con sangrado trasvaginal, hipotensión, llenado capilar alargado, deci-



diendo su ingreso en donde se inicia reanimación hídrica y hemotransfusión de 3 concentrados eritrocitarios, se realiza USG vaginal en donde no se encuentran alteraciones estructurales con endometrio de 5.4 mm. Y biopsia endometrial con glándulas rectas y tubulares endometriales y estroma denso con aéreas psudodeciduales con patrón de maduración irregular concluyendo: endometrio proliferativo. Solicitan valoración por nuestro servicio en donde se encuentra con estabilidad hemodinámica, y el siguiente perfil tiroideo: TSH de 102.12 UI/ml, T3L 1.4 pg/ml, T4L 0.19 ng/dl, T4T 0.09 g/dl, y T3T 0.01 pg/ml. Decidiéndose su traslado encontrándose paciente Glasgow 15, palidez generalizada, edema periorbitario, piel seca, áspera y fría, cuello con acantosis nigricans, tiroides no palpable, con precordio normodinámicos, frecuencia de 64 por minuto, ruidos cardiacos rítmicos, disminuidos en intensidad, sin agregados, adecuada mecánica ventilatoria, hipoareación basal bilateral, abdomen globoso sin alteraciones en superficie sin visceromegalía, tacto vaginal con focos de saco libres, no se palpa masas y guante con contenido hemático. Extremidades fuerza 4+/5, reflejos ++. Descartándose por Choing de 4 puntos y Popoveniuc de 50 puntos, coma Mixedematoso. Se inicia carga de levotiroxina de 400 mcg por 3 días e

infusión de hidrocortisona, continuando con levotiroxina de 100 mcg cada 24 horas, y liotironina de 6.25 mcg cada 24 horas, con mejoría del sangrado, durante su hospitalización presenta requerimiento de oxígeno suplementario por hipoxemia y deterioro del patrón respiratorio, ameritando manejo avanzado de la vía aérea por lo que se traslada a la unidad de cuidados intensivos, detectando por ecocardiograma derrame pericárdico global 1841 cc con compromiso hemodinámico realizándose ventana subxifoidea con pericardioscopia y drenaje, se progresa y se traslada a nuestro servicio, en donde se egresa por mejoría. **Conclusiones:** El hipotiroidismo se debe considerar como un factor etiológico importante para el sangrado uterino disfuncional, producido por desórdenes en la coagulación y ovulación. Presentando menorragia en 32% de las pacientes y prevalencia mayor en hipotiroidismo severo de 34.8% contra 10.2% del leve a moderado.

Palabras clave: hipotiroidismo severo, sangrado uterino anormal.

Folio: 0785

Tema: Reumatología

Cuando la polimiositis es refractaria a esteroides

Valadez José Guadalupe

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional No 251, Metepec

Introducción: La polimiositis es una enfermedad inflamatoria miopática, progresiva e idiopática; se caracteriza por debilidad e inflamación de los músculos proximales. La inmunidad innata y adaptativa juegan un papel importante en la patogénesis de la enfermedad, algunos pacientes muestran ciertos anticuerpos que ayudan a complementar el diagnóstico y que se relacionan con el pronóstico. Los esteroides solos o en conjunto con inmunosupresores continúan siendo el tratamiento de primera línea, existen casos refractarios a estos tratamientos, en los cuales otras terapias deben de ser consideradas. **Caso clínico:** Mujer de 19 años, sin antecedentes médicos de importancia. Inicia padecimiento con debilidad muscular progresiva y mialgias. Evoluciona con incapacidad para levantar la cabeza, subir escaleras y realizar movimientos finos con las manos, disfagia y disartria motivo por el cual acude al médico. Durante su evolución intrahospitalaria se inicia el abordaje como una miopatía inflamatoria, por elevación de enzimas musculares 10 veces su valor basal, se descartó patología tiroidea, neurológica y trastornos hidroelectrolíticos. Se realizó electromiografía con datos de miopatía y biopsia muscular con presencia de denso infiltrado inflamatorio linfocitario de predominio endomisial y fibras musculares con atrofia e inflamación. De acuerdo con

los criterios de Bohan y Peter se consideró miopatía inflamatoria del tipo polimiositis, se realizaron anticuerpos anti-DNA, anti Jo1, Anti-Ro, Anti-La y Anti-SM los cuales fueron negativos y anticuerpos ANA con resultado positivo 1 en 320 con un patrón homogéneo. Se administró tratamiento con pulsos de metilprednisolona durante 3 días y posteriormente micofenolato, sin respuesta al tratamiento y una evolución tórpida y ante el incremento de la debilidad en los músculos de la deglución se administra tratamiento de segunda línea con Inmunoglobulina intravenosa, persistiendo sin respuesta clínica alguna; Ante un cuadro de polimiositis refractaria con progresión de la debilidad se administró Rituximab; la evolución posterior fue satisfactoria, con incremento gradual de la fuerza muscular hasta la normalidad. Actualmente se encuentra reincorporada a sus actividades habituales. **Discusión:** A pesar de haber iniciado un tratamiento oportuno con esteroides que son la terapia de primera línea en esta patología no se obtuvo mejoría clínica, presentando datos de deterioro lo cual fue indicación para administración de tratamientos de segunda línea; Inmunoglobulina y tercera línea: Rituximab. Los esteroides siguen siendo el tratamiento de elección en las miopatías inflamatorias con tasas de respuesta del 80%, pero específicamente tratándose de Polimiositis el

50% de los casos puede ser refractaria a esteroides, ante la sospecha de resistencia se deben buscar diagnósticos tratamientos alternativos. Se han asociado la presencia de ciertos anticuerpos como factores de mal pronóstico tal como el Anti-Jo que se asocia con enfermedad pulmonar intersticial y el Anti SRP este último presente en el 4% de los refractarios a tratamiento.

Conclusiones: En un futuro las pruebas de anticuerpos específicos desempeñaran cada vez más un papel importante en la elección del tratamiento adecuado y evaluación del pronóstico. La importancia del reconocimiento de factores de mal pronóstico, así como la falta de respuesta al tratamiento y progresión de la enfermedad nos obligó en primera instancia a descartar diagnósticos diferenciales y posteriormente instaurar tratamientos alternativos de forma oportuna que mejoraron la calidad de vida y el pronóstico de la paciente.

Palabras clave: polimiositis, refractaria, esteroides.

Folio: 0786

Tema: Dermatología

Mastitis lúpica como diagnóstico diferencial de tumor en mama: reporte de caso

Tetlalmatzi Ricardo Antonio, Hernández Alejandro, Oropeza Elisa Lizbeth, Espinosa Ramón, López Jorge, Carmona Jorge Alberto, Armenta María Fernanda

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Se presenta caso de paciente femenino con tumores en mamas de 1 mes de evolución, muy dolorosos, asociados a pérdida de peso, fiebre y malestar general; con diagnóstico final de LES. **Resumen:** Mujer de 46 años con antecedentes de fiebre reumática a los 5 años, hipertensión arterial sistémica de inicio a los 33 años sin aparente abordaje diagnóstico de causas secundarias en tratamiento actualmente con losartán y amlodipino, diabetes mellitus tipo 2 de 2 meses de evolución en tratamiento con glibenclamida y metformina, fenómeno de Raynaud de 2 meses de evolución tratado como neuropatía diabética con pregabalina y complejo B. Inicia el padecimiento con dolor de tipo punzante en surco submamario izquierdo, con intensidad 4/10 en EVA y en aumento, sin irradiaciones, con sensación de aumento de la temperatura corporal, tornándose posteriormente ardoroso, concomitantemente se refiere disnea de pequeños esfuerzos por lo que acude con facultativo quien diagnostica absceso mamario indicando antibiótico no especificado. Posteriormente acude con otro facultativo quien diagnostica lipomatosis cutánea dolorosa prescribiendo naproxeno. Sin presentar mejoría del dolor, acude a urgencias de UMF 10 por aumento del do-



lor tipo ardoroso que refiere con escala 10/10 sin mejoría clínica por lo que se refiere a HGZ 1 A y desde urgencias se ingresa al servicio de ginecología de urgencias ese mismo día y se inicia manejo con metamizol, diclofenaco y paracetamol, así como ketorolaco sin mejoría, se realizan mastografía, placa de abdomen en pie y decúbito y radiografía de tórax AP, análisis de sangre y se inicia infusión continua de buprenorfina para manejo de dolor continuando con 6/10 en EVA, se interconsulta al servicio de medicina interna que sospecha probable paniculitis, indicando necesidad de biopsia de tejido adiposo para complementación diagnóstica, se sugiere cambio de servicio por lo que ingresa a medicina interna para abordaje diagnóstico. Se estimó pérdida de peso de 13 kg en aproximadamente 3 meses con un peso basal de 90kg y peso a su ingreso de 77kg, historia de fiebre intermitente de predominio nocturno y diaforesis. A su ingreso al servicio de medicina interna se encontró a femenino con nudosidades en ambas mamas y abdomen superior, pérdida de peso y fiebre, asociado a fenómeno de Raynaud; inicialmente se abordó con miras a descartar enfermedad sistémica solicitando serología de CMV, VIH, LES, procesos neoplásicos y tuberculosis; se realizó ultrasonido de pared abdominal encontrando espacio graso subdérmico endurecido,

con espesor de 16 mm de causa a determinar, se complemento abordaje diagnóstico con tomografía de tórax y abdomen simple y contrastada visualizándose edema de tejidos blandos, con aumento de la densidad a nivel abdominal, bula pulmonar basal izquierda e imágenes sugerentes de neumopatía intersticial, la serología resultó negativa para VIH, VHC y HBsAg. Se solicitó biopsia de nódulo subcutáneo con reporte de patología: dermatitis crónica linfocítica perivascular, con datos de paniculitis lobulillar; la positividad de anticuerpos ANA, ANCA, anti-sDNA, anti-Sm y la hipocomplementemia: C3: 13, C4 :17 permitieron el diagnóstico de LES. **Conclusiones:** En este caso encontramos a paciente que acude al HGZ 1A por mastalgia, fiebre y la presencia de nódulos subcutáneos en mamas, siendo hospitalizada en un inicio a cargo del servicio de ginecología con los diagnósticos de mastalgia y probables lipomas, encontrando un reto diagnóstico a cargo del servicio de medicina interna ante la presencia de manifestaciones sistémicas asociadas como la pérdida ponderal del 14.4%, fiebre, enfermedad de Raynaud y afectación intersticial pulmonar, en su abordaje diagnóstico la positividad de anticuerpos previamente comentados dieron el diagnóstico de LEG con mastitis lúpica, encontrándose hasta en el 3% de los pacientes, la histología permitió la exclu-

sión de un carcinoma ductal y de eritema nudoso.

Palabras clave: mastitis lúpica, paniculitis, tumor en mama, manifestaciones cutáneas de LES, lupus eritematoso profundo.

Folio: 0787

Tema: Neurología

Asociación entre elevación sérica de gamma-glutamyl transpeptidasa y riesgo aumentado de evento vascular cerebral isquémico en población mexicana

Villanueva Jonathan¹, Ramírez María Leslye¹, Huerta Saul¹, Huerta Dalila¹, Lozada Carlos Alberto²

¹ Hospital General de Ticoman;

² Hospital General Xoco

Antecedentes: Los niveles elevados de gamma-glutamyl transpeptidasa (GGT) se han asociado con el riesgo de presentar enfermedad coronaria isquémica, diabetes mellitus tipo 2 y evento vascular cerebral, ya que esta enzima contribuye a la actividad prooxidante y se ha comprobado que su actividad está aumentada en las placas ateromatosas. Sin embargo, no se le ha dado su importancia como biomarcador de daño oxidativo, en especial hablando de predictor de eventos cardiovasculares. **Material y métodos:** Se realizará un estudio tipo casos y controles, con medición de GGT sérica en 37 pacientes con enfermedades crónico-degenerativas

en control y a 37 pacientes crónicos con un evento cardiovascular adverso, en este caso, un evento vascular cerebral de tipo isquémico (EVC). Para determinar mediante métodos estadísticos estandarizados, que la elevación sérica de GGT es un predictor temprano de EVC en la población mexicana.

Resultados: Se analizaron 34 pacientes masculinos (55.26%) y 42 femeninos (44.74%), con una media de edad de 67.5 años (± 10.8 años), con un peso promedio de 71.8 Kg (± 11.7 kg), una talla promedio de 158.3 cm (± 9.2 cm). Y con mediciones bioquímicas: Colesterol sérico con una mediana de 184 mg/dL, colesterol de alta densidad (HDL) con promedio de 34 mg/dL (± 10.5 mg/dL), triglicéridos con una mediana de 152 mg/dL. Se compararon los niveles de gamma-glutamil transpeptidasa en ambos grupos, que una vez graficado arrojó una distribución no normal, por lo que se utilizó U de Manwitney para el análisis estadístico, arrojando que los pacientes con EVC (casos) presentan en promedio 17.81 U/L de GGT más que los controles ajustado por la edad, con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.038$, IC: 95% 1.04-34.57). De acuerdo a nuestro análisis, los pacientes controles presentaron una concentración mayor de triglicéridos séricos en comparación con los pacientes con evento vascular cerebral tipo isquémico, con

una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.04$). **Conclusiones:** De acuerdo a nuestro estudio los niveles de GGT se correlacionan de manera directamente proporcional con el riesgo cardiovascular, lo cual tiene una gran importancia, debido a que se ha demostrado que sus niveles séricos pueden disminuirse con medidas como dieta y ejercicio, por lo que se abre un amplio panorama para posteriores estudios que puedan reafirmar la validez de este estudio y hacer otros con un enfoque preventivo. **Discusión:** La GGT es un biomarcador que se encuentra disponible en la gran mayoría de centros hospitalarios, es rentable, accesible. Así mismo en la literatura se han descrito cifras de GGT con capacidad de predecir mortalidad cardiovascular asociada a síndrome metabólico, por lo que se propone validar esta correlación para la consideración diagnóstica de tal síndrome y hacemos énfasis en darle la importancia adecuada a la GGT sérica como predictor y marcador indirecto de daño endotelial, más allá de su importancia en patologías hepáticas y de las vías biliares como ya es bien conocido.

Palabras clave: EVC, evento cardiovascular, aterosclerosis, factor de riesgo, infarto cerebral.

Folio: 0789

Tema: Hematología

Trombocitopenia inmune refractaria asociada a linfoma gastrico tipo MALT

Velazquez Bruno Alexander, Zamora Elia, Goudet Enoc
Servicios de Salud Petróleos Mexicanos

Paciente femenino de 74 años, sin antecedentes heredofamiliares relevantes, portadora de diabetes mellitus e hipertensión arterial de larga evolución, acude al nosocomio por episodio de hematemesis de aproximadamente 250ml, al interrogatorio dirigido refiere melena desde hace 3 meses, así como astenia, adinamia e hiporexia. A la exploración física signos vitales estables, sin alteración en el estado de alerta, destaca palidez de tegumentos +++, masa abdominal de aproximadamente 3x3cm, localizada en epigastrio de consistencia irregular, no dolorosa, adherida a planos profundos y petequias en miembros inferiores. En laboratorio inicial hemoglobina de 4.9 g, hematocrito 16.3, VCM 79, CHCM 25, plaquetas 30.000, reticulocitos 5.5 %, electrolitos, urea, creatinina, pruebas de función hepática, deshidrogenasa láctica y amilasa dentro de parámetros normales. Como parte del abordaje se realiza endoscopia que reporta estomago con formación ulcerada grande de bordes elevados, que abarca desde la curvatura menor hasta la cara anterior del cuerpo, sin llegar al antro (7-8 cm de longitud) con elevaciones polipoides tomando biopsias de la lesión. En tomografía se encontró tu-



moración gástrica excéntrica de 4x4 cm, sin hepato o esplenomegalia, sin adenopatías periféricas. Como parte del abordaje por trombocitopenia se llevó a cabo aspirado de medula ósea encontrando datos compatibles con destrucción plaquetaria periférica, Así mismo se solicita serología para VIH, VHB, VHC, CMV, Epstein-barr y anticuerpos anti-nucleares resultando negativo. Se inició tratamiento con bolos de metilprednisolona posteriormente inmunoglobulina por no haber respuesta adecuada y al persistir se inició rituximab permaneciendo refractaria por lo que fue necesario llevar a esplenectomía, aun después del procedimiento quirúrgico sin respuesta adecuada requiriendo administrar Eltrombopag presentando aumento esperado en conteos plaquetarios con esta intervención. En estudio histopatológico del bazo se encontró: hallazgos compatibles con púrpura trombocitopénica, negativo para infiltración neoplásica. inmunohistoquímica: CD3 y CD79a positivo en linfocitos reactivos, CD20 negativo. Durante hospitalización recibimos reporte de estudio histopatológico con informe de linfoma de tejido linfoide asociado a mucosa gástrica de bajo grado con daño linfoepitelial focal, sin evidencia de *Helicobacter pylori*. inmunohistoquímica; CD20 y Bcl-2 positivo. Se decide quimioterapia con rituxibam, ciclofosfami-

da, vincristina y prednisona, presentando remisión de trombocitopenia posterior al tercer ciclo y remisión completa de linfoma gástrico con el sexto ciclo, documentado por nueva endoscopia con toma de biopsia y reporte histopatológico negativo para infiltración neoplásica.

Palabras clave: linfoma, trombocitopenia, refractaria, malt, inmune, gastrico.

Folio: 0790

Tema: Dermatología

Síndrome de DRESS asociado a consumo de alopurinol, reporte de caso

López Bianca Eunice, Alcocer Daniela, Quintana Lucero Itsaí, Rodríguez Marco Antonio, Rodríguez Federico Leopoldo
Hospital Ángeles del Pedregal

Introducción: Las manifestaciones cutáneas son la presentación más común en eventos adversos farmacológicos, su incidencia alcanza hasta el 10% en las salas de emergencias. El síndrome de DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) por sus siglas en inglés se presenta con exantema, eosinofilia y procesos inflamatorios sistémicos. El exantema inicial puede ser morbiliforme y posteriormente tornarse purpúrico. Histológicamente se observa infiltrado linfocítico superficial y peri vascular. Los fármacos desencadenantes más comunes son: anticonvulsivantes, alopurinol

y antibióticos. El gen HLA-B 5801 se encuentra fuertemente relacionado a pacientes que presentan DRESS secundario al consumo de Alopurinol. Se recomienda la terapia con corticoesteroides de manera inicial, es poco común que las lesiones reaparezcan posterior a la terapéutica; en formas severas de presentación puede existir daño orgánico de manera crónica.

Reporte de caso: Masculino de 72 años, con hiperuricemia a quién se le prescribe Alopurinol, cuatro días después acude a urgencias febril (39°C) con presencia de dermatosis generalizada en el 85% de superficie corporal caracterizada por papulas eritematovioláceas en extremidades abdomen y frente
Laboratorios de reelevancia: hemoglobina 10g/dl, plaquetas 153mil, eosinofilia 630 más granulación tóxica. Se inicia tratamiento con hidrocortisona más cloropiramina, 48 horas después presenta disnea súbita más saturación de 82% se solicita radiografía de tórax la cuál muestra infiltrado intersticios difuso, adicionalmente tomografía con bronquiectasias y derrame pericardio escaso, se agregan micronebulizaciones con Budesonide e Ipratropio presentando mejoría clínica. Al quinto día de estancia las lesiones presentan descamación fina y se encuentran confluyentes en tórax y abdomen. Se egresa al octavo día con adecuada remisión de lesiones, laboratorios de egreso reelevantes: Hemog-

lobina 11.4 g/dl, Plaquetas 242 Leucocitos 6700, Eosinofilos 1. **Palabras clave:** farmacodermias, alopurinol, efectos adversos, eosinofilia, neumonitis, costicoesteroides.

Folio: 0791

Tema: Infectología

Enfermedad de Weil por leptospirosis: reporte de un caso

Santana Jessica¹, Íñiguez Hector¹, González Alejandra¹, Urdiales Néstor Adair¹, Eguía Omar², Ramírez Clotilde¹, Medina Eloy¹

¹ Hospital Angeles del Carmen;

² Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La leptospirosis es una enfermedad emergente, hay más de 500 mil casos/año con una mortalidad que supera el 10%. El primer reporte en México fue en Mérida, Yucatán, en 1920. En el 2012, la SSA confirmó 481 casos positivos, siendo Tabasco el más afectado. La combinación de ictericia e insuficiencia renal, conocida como enfermedad de Weil, es una de las formas más reconocibles de leptospirosis.

Objetivo: Presentar un caso clínico de paciente infectado por leptospirosis, manifestado como enfermedad de Weil, que por su baja frecuencia en nuestro medio, se enmascara como un cuadro de colangitis.

Presentación del caso: Paciente masculino de 67 años, inició su padecimiento 8 días previos con dolor en hipocondrio

derecho y epigastrio irradiado a espalda en forma de cinturón y escápula del mismo lado. Fiebre de 39°C de forma intermitente y tinte icterico generalizado. En la exploración solo destaca escleras y piel con tinte icterico; abdomen con dolor a la palpación de hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo. Labs. AST:173 U/L, ALT:127 U/L, GGT:1157 U/L, FA:343 U/L, DHL:291 U/L, BT:13.4 mg/dl, BI:3.11 mg/dl, BD:10.29 mg/dl, Plaq: 107,000. USG de hígado y vías biliares con ausencia de dilatación de la vía biliar. Se confirma este hallazgo con colangiografía. Se inicia ciprofloxacino y metronidazol dosis optimas, por cuadro sospechoso a colangitis. No hay mejoría clínica ni de laboratorio, continua con aumento progresivo de bilirrubinas a expensas de indirecta disminución de plaquetas (81,000) y desarrollo de daño renal agudo KDIGO 2. Serología para VHC, VHB, ANA, AMA, ASMA y perfil TORCH: todo negativo. Anticuerpos IgM e IgG para leptospirosis: positivos, se confirma diagnóstico con PCR. Se realiza cambio de antibiótico a ceftriaxona y terapia de sostén. **Conclusiones:** La infección de leptospirosis es poco frecuente en nuestro medio, por lo que no se sospechó inicialmente en éste paciente, disfrazando el cuadro a una probable colangitis.

Palabras clave: leptospirosis, enfermedad emergente,

patrón colestásico, ictericia, enfermedad de Weil, hiperbilirrubinemia.

Folio: 0793

Tema: Cardiología

Pericarditis recurrente con derrame pericárdico como presentación inicial de carcinoma de células de Merkel

Morales-Molina Pedro, Ruiz-Matta Juan Manuel, Rodríguez-Sánchez Alejandro, García-Salazar Claudia, Becerril-Mendoza Lizbeth Teresa
Hospital Juárez de México

La pericarditis es un síndrome pericárdico inflamatorio que se puede acompañar o no de derrame pericárdico, se clasifica de acuerdo a su etiología en infecciosa o no infecciosa y al tiempo de evolución en aguda, incesante, recurrente y crónica. La pericarditis causa el 0.1% de todos los ingresos hospitalarios y un 5% de los ingresos en urgencias por dolor torácico. Las neoplasias representan del 5 a 9%, de las causas, tanto primarias como el mesotelioma pericárdico y secundarias, principalmente el cáncer de pulmón, de mama y linfoma. En el contexto de pericarditis recurrente, la cual se presenta de un 15 a 30% después de la remisión al tratamiento médico, la principal sospecha son enfermedades autoinmunes. El objetivo es exponer un caso de pericarditis recurrente con derrame pericardico, asociado a carcinoma de células de



Merkel; como manifestación inicial de dicha neoplasia. **Caso clínico:** Masculino de 52 años de edad originario y residente de la ciudad de México, combe negativo, con tabaquismo positivo con IT: 8.7, hipertensión arterial de 20 años de evolución en manejo con propranolol, inicia su padecimiento actual dos meses antes con la presencia de disnea de grandes esfuerzos, no remitente, progresando a pequeños esfuerzos, exacerbándose al colocarse en decúbito supino, acompañado de dolor precordial de tipo opresivo con una EVA de 4/10, el cual es de forma intermitente, sin exacerbantes, disminuye al sentarse e inclinar hacia adelante el tórax, sin irradiaciones, no se acompañaba de síntomas de descarga adrenérgica. Se agregó edema de extremidades inferiores el cual fue progresivo hasta muslo. Acude al servicio de urgencias por aumento de dolor precordial 7/10 de las mismas características. Se integró diagnóstico de pericarditis, con datos de falla cardíaca, se realizó ecocardiograma que evidenció derrame pericárdico severo, que ameritó drenaje percutáneo, y posteriormente se realizó resonancia magnética en la cual se corroboró el diagnóstico de pericarditis. Durante su estancia hospitalaria se protocolizó dicho derrame descartando causas infecciosas (tuberculosos, virales etc.), autoinmunes, citopatológico sin células neoplásicas, se egresó

por mejoría al tratamiento con colchicina e indometacina, con diagnóstico de pericarditis idiopática. Dos meses posteriores, presenta misma sintomatología pero se agrega la presencia de ganglios palpables en cuello en región posterior indurados, móviles no dolorosos a la palpación, además de lesión nodular exofítica en piel cabelluda de región occipital, con presencia de telangiectasias, color violáceo, elevada de 2x2 cm de diámetro. Se tomó biopsia, de dicha lesión y ganglio cervical con reporte histopatológico de carcinoma de células de Merkel con invasión linfovascular, con reporte de inmunohistoquímica Ki 67, CK20, CD56, CD34, cromógarfina, EMA (Positivos) y TTF-1, S100 y HMB 45 (negativos), se realiza tomografía simple y contrastada de cuello, tórax y abdominopélvica donde evidencia actividad ganglionar cervical y mediastinal, derrame pericárdico y pleural bilateral, catalogado un estadio IV, El paciente se refiere al servicio de oncología, con pérdida de consultas posteriores y sin seguimiento. **Conclusión:** El carcinoma de células de Merkel es un tumor neuroendocrino que aparece en la unión dermoepidérmica, es muy agresivo con un alto potencial metastásico. La historia natural de esta enfermedad es similar al cáncer de pulmón de células pequeñas. Se sabe que el carcinoma de células de Merkel produce metástasis difusamente; lo más

comúnmente implica el pulmón, el cerebro y el hígado. No hay informes de enfermedad metastásica en el pericardio. En el abordaje de pericarditis con derrame pericárdico se debe tomar en consideración la etiología neoplásica sobre todo en población adulta y con factores de riesgo. Para un diagnóstico oportuno y tratamiento dentro de los estadios primarios, ya que repercute en el pronóstico de los pacientes.

Palabras clave: pericarditis, células de Merkel, carcinoma, derrame pericardico.

Folio: 0795

Tema: Neurología

Enfermedad muscular ondulante en paciente con distrofia de cinturas

Contreras Sarahí, Guzmán Christian Paul, Armenta Edel, Dehesa Edgar, Quintero Anielita, Gaxiola Ana Victoria, Ibarra David Ricardo

Hospital Civil de Culiacán

Introducción: Las distrofias musculares de cinturas se identifican con las siglas LGMD (del inglés Limb Girdle Muscular Dystrophy). Su origen genético es heterogéneo, existiendo formas dominantes y recesivas. Cuatro fenotipos diferentes se asocian a mutaciones en el gen que codifica para la proteína caveolina (CAV3), incluyendo la LGMD1C, HiperCKemia, Miopatía distal y la enfermedad muscular ondulante. **Objetivo:** Dar a conocer esta entidad

poco frecuente, incluida en un grupo heterogéneo de patologías de origen genético caracterizadas por debilidad y atrofia muscular. **Caso clínico:** Femenino de 15 años, con antecedente de miopatía a los 7 años de edad, caracterizada por debilidad muscular de miembros pélvicos, dificultad la bipedestación y pérdida del equilibrio, con posterior remisión espontánea. Inició su padecimiento actual con fasciculaciones en miembro inferior izquierdo, de características ondulantes, que progresaban a contracturas musculares dolorosas, en región de cuádriceps, con duración de 10- 20s, con una periodicidad de 3h entre los eventos, incapacitantes por la intensidad del dolor; además de contar con las características clínicas de arreflexia generalizada sin alteración de sensibilidad. Se descartó origen metabólico o central mediante exámenes de laboratorio e IRM de cráneo y columna las cuales fueron normales. Se realizó Electromiografía que reportó una polineuropatía motora de tipo axonal, con afección grave de los nervios tibial posterior y peroneo profundo de ambas extremidades inferiores, con denervación activa y reinervación, correspondiendo clínicamente con los hallazgos de arreflexia generalizada. El servicio de Neurología integró el diagnóstico clínico de enfermedad muscular ondulante, enviándose estudios genéticos

confirmatorios como la mutación en el gen 3p25 para CAV3, en espera actual de resultados; por lo que se inició tratamiento médico con opioide potente y bloqueo neuromuscular femoral izquierdo y sostén con carbamazepina, Baclofeno y Amitriptilina, con lo cuál se observó mejoría clínica a las 72h. **Discusión:** Durante la historia natural de este tipo de miopatías, se ha asociado un cuadro clínico insidioso, con evolución benigna, agudizaciones con progresión de la hipotrofia, así como de las alteraciones electromiográficas. Presentan importante dificultad para establecer el diagnóstico por tratarse de entidades poco frecuentes, que pueden presentar sobreposición clínica entre ellas; estableciéndose el diagnóstico con la determinación genética de la mutación, no cuentan con tratamiento específico. **Conclusiones:** Las distrofias musculares de cinturas se manifiestan por una pérdida progresiva de la fuerza de los músculos de la pelvis (cintura pelviana) y hombros (cintura escapular). Se trata de enfermedades cuyo modo de expresión clínica y su evolución son muy variables. Los primeros signos consisten en debilidad muscular y presentación de caídas frecuentes, con hipertrofia compensatoria de otros grupos musculares.

Palabras clave: enfermedad, muscular, ondulante, distrofia, cinturas, caveolina.

Folio: 0796

Tema: Infectología

Reporte de caso tuberculosis meníngea

García María Fernanda¹, Panama Mariana¹, Guaman John Oswaldo², Minor Nataly¹, Contreras Karina Yutzil¹, Domínguez Carlos³

¹ Hospital General de México Eduardo Liceaga; ² Hospital San Angel Inn; ³ Hospital Dde Especialidades Belisario Domínguez

Paciente de 32 años proveniente de la ciudad de México sin antecedentes de importancia El padecimiento actual inicia en marzo 2018 con tos en accesos sin, disneizante, progresiva, sin mejoría pese a múltiples tratamientos farmacológicos, en el mes de junio al cuadro se suma síndrome febril de predominio nocturno cuantificado hasta 40°C pérdida de peso no cuantificada pérdida de cabello y artralgias . por lo que acude a médico quien inicia tratamiento antimicrobiano inespecífico y persiste con síntomas descritos, el 23 de junio presenta cefalea intensa 10/10 somnolencia y lateralización de la marcha, evoluciona tórpidamente cursando con agitación psicomotriz, acude al servicio de urgencias donde ante el cuadro clínico se sospecha de neuroinfección probable meningitis de etiología a determinar, se inicia protocolo diagnóstico realizándose Rx de Tórax donde se evidencia patrón de infiltrado micronodular bilateral difuso,



se realiza TAC de cráneo sin reportarse alteraciones parenquimatosas o daño vascular, se realiza punción lumbar se obtiene líquido turbio con citológico que reporta eritrocitos 5120 cel. Neutrófilos 100% glucosa 34mg/Cloro 116 microproteínas 283 DHL 56UL/ con lo que se corrobora sospecha diagnóstica de meningitis por tuberculosis, se realiza lavado bronquial por fibrobroncoscopia encontrándose atrofia de lóbulo superior derecho, secreción hialina abundante de lóbulo medio. Durante su hospitalización se realiza perfil viral con reporte negativo, se realiza Resonancia magnética reportándose nueve imágenes de aspecto Anular en secuencia T1, T2 y FLAIR la mayoría con realce de su periferia, se localizan en puente, hemisferios cerebelosos lóbulos temporales y frontales así como en lóbulo parietal izquierdo y en esplenio del cuerpo calloso, altamente sugerentes de tuberculosis en SNC. Se obtiene resultado de GeneXpert de lavado bronquial con reporte positivo. La paciente presenta evolución favorable desde el inicio de tratamiento con mejoría neurológica con recuperación de funciones mentales superiores, sin presentar datos de respuesta inflamatoria, se decide su egreso con tratamiento antituberculoso y dosis reducción de corticoide.

Palabras clave: tuberculosis meníngea, *Mycobacterium tuberculosis*, neuroinfección.

Folio: 0797

Tema: Otros

Síndrome de HELLP con infarto cerebral vs síndrome antifosfolípidos, reporte de un caso

Ramírez Erik, Rivas Rommel Jesus

HGR #1 IMSS Lic. Ignacio García Téllez

El infarto cerebral es una de las principales causas de muerte en mujeres postmenopáusicas, sin embargo la presentación del mismo es sumamente rara durante el embarazo. Su incidencia es de aproximadamente 10-34 casos por cada 100,000 estando relacionado principalmente con la preeclampsia/eclampsia. Este síndrome es el que se presenta hipertensión y proteinuria puede acompañarse de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y descenso de plaquetas; denominándose así síndrome de HELLP. Se comenta el caso de mujer de 33 años originaria de Mérida Yucatán con antecedentes gesta 3, parto 1, aborto 1 (12 semanas de gestación) y en seguimiento por trombocitopenia. 4 Días previos a su ingreso hospitalario presenta parestesias en miembros superiores y monoparesia de miembro pélvico izquierdo. El día del ingreso hospitalario presenta cefalea holocraneana de intensidad 8/10 acompañada de disminución de la fuerza muscular en hemicuerpo izquierdo 1/5 e hiporreflexia. A su ingreso cursa con elevación de cifras tensionales (TA 170/100

y deterioro del estado de alerta (Glasgow 12 pts). Laboratorios de ingreso HB 5g/dl, plaquetas 11,000 mm³, BT 2.1, DHL 1479 ui, AST 115 ui, ALT 70 ui, CR 1.06 mg/dl por lo que se decide realizar cesárea urgente misma que se lleva sin complicaciones. Durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos obstétricos se observa evento vascular cerebral isquémico fronto-parietal izquierdo además de persistencia de anemia, trombopenia y enzimas hepáticas elevadas. Cursa con deterioro hemodinámico progresivo mismo que progresa a choque refractario (sin germen aislado en cultivos) requiriendo 3 sesiones de plasmaféresis así como soporte con vasopresores y esteroides. Se solicita determinación de anticardiolipina IgG e IgM (negativo), anticoagulante lúpico (positivo), Anticuerpos antiDNA (negativo), anticuerpos antinucleares (positivos sobre la percentila 99 de la población general). Posteriormente con mejoría progresiva posterior a las sesiones de plasmaféresis, heparina de bajo peso molecular y esteroides sistémicos. Lográndose retirar los vasopresores así como la ventilación mecánica; mejoría parcial de la función motora. La preeclampsia comparte varios aspectos en común con los eventos vasculares cerebrales, tales como la disfunción endotelial, hipertensión, procoagulabilidad y respuesta vasomotora cerebral alterada.

Las series de casos al momento reportan que de las pacientes con evento vascular cerebral en el embarazo/periparto aproximadamente la mitad fueron isquémicos; sin embargo los eventos vasculares mayormente relacionados con los trastornos hipertensivos del embarazo fueron hemorrágicos. Por otra parte, el síndrome antifosfolípidos (SAF) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la presencia de anticuerpos antifosfolípidos tales como anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipinas y anticuerpos anti-beta2-glicoproteína. Generalmente se acompaña de otras enfermedades como Lupus Eritematoso Sistémico (40%), síndrome lupus like (4%), siendo catalogado como primario si se han descartado otras condiciones autoinmunes. El SAF puede tener manifestaciones clínicas variadas tales como trombosis venosas, arteriales, microvasculares así como complicaciones obstétricas en el 7% de los casos siendo una de las primeras causas de abortos de repetición y/o nacimientos pretérmino. Durcan y Petri en el 2016 estimaron una incidencia de SAF de alrededor de 5 casos por cada 100,000 habitantes y prevalencia de entre 40-50 casos por cada 100,000 personas. Este síndrome puede afectar múltiples órganos, pero los sitios mayormente afectados son los riñones, pulmón, sistema nervioso central, piel, hígado y tracto gastrointestinal.

En este caso en particular se puede mencionar la presencia de evento vascular cerebral en paciente joven con antecedente de aborto y producto pretérmino con complicaciones del embarazo secundarias a un trastorno autoinmune así como su respuesta al tratamiento.

Palabras clave: embarazo, Infarto cerebral, síndrome de Hellp, preeclampsia, trombosis, síndrome antifosfolípidos.

Folio: 0798

Tema: Misceláneos

Demencia rápidamente progresiva secundaria a neurosarcoidosis, un desafío diagnóstico

Tamayo María Luisa, Guizar Luis Alberto, Anda Juan Carlos, Noyola Maura Estela, Flores Miguel Guillermo, García Edgar Jesús, Hernández Isaac

Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI

Introducción: La neurosarcoidosis es una causa muy rara de demencia rápidamente progresiva (DRP), con frecuencia de 1.5%; y solo un caso reportado en México. **Resumen:** Mujer de 47 años, inicio 6 meses previos a su ingreso con: postración en cama, alteración en la memoria a corto plazo y funciones ejecutivas, afectación progresiva de actividades básicas y marcha, bradicinesia, pérdida de control de esfínteres, alteración en estado de conciencia con Glasgow de 10 pts y pérdida de peso de 8 kg. En

RM se documentó una lesión de aspecto infiltrativo en región quiasmática-hipotalámica, comportamiento hiperintenso en T2-FLAIR y dimensiones 23x15x32 mm. Los diagnósticos diferenciales abordados fueron: 1) metástasis de primario no conocido, 2) Histocitosis de células de Langerhans, 3) TB de SNC, 4) Linfoma primario de SNC. De los estudios practicados sobresalieron: VSG 42 mm/hr, Marcadores tumorales: negativos. ANAs Negativos, PPD anergico, LCR normal, ADA negativo y PCR para M. tuberculosis negativo, rastreo corporal con Galio sin alteraciones y ECA en LCR de 4.2 U/L. Se realizó biopsia de SNC guiada por estereotaxia con reporte histopatológico de Gliosis. En L1 se documentó mediante TC lesión lítica, se realizó biopsia con reporte de: inflamación crónica granulomatosa, no necrosante, con Inmunohistoquímica: CD20: Positivo en linfocitos B reactivos, CD3: Positivo en linfocitos T reactivos, CD30: Positivo en histiocitos reactivos, Tinción Ziehl Neelsen y Corocott: Negativas y CD1A: Negativa. Se integró el diagnóstico de NS, con la prueba terapéutica la paciente mejoró, recobrando sus funciones mentales superiores, Glasgow de 15 pts y manteniendo como secuelas sólo alteraciones en la memoria de corto plazo, la RM de control la lesión supraselar disminuyó a 6x13x19 mm. **Conclusión:** Este



es el primer caso en México, del que se tiene conocimiento, de NS asociada a DRP, ya que es una patología extremadamente infrecuente que requiere alta sospecha diagnóstica.

Palabras clave: neurosarcoïdosis, demencia rápidamente progresiva.

Folio: 0799

Tema: Neurología

Degeneración subaguda combinada secundaria a gastritis crónica autoinmune e infección por *Helicobacter pylori*: reporte de un caso

Luiz María de Jesús, Guizar Luis Alberto, Anda Juan Carlos, Pérez Bernardo, Luna Pamela Jazmín, Mora Pablo

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

La degeneración combinada subaguda medular es causada por deficiencia de vitamina B 12, misma que se asocia con enfermedad neurológica hasta 40% de los casos; la causa más frecuente es la malabsorción como ocurre en la gastritis autoinmune que progresa en décadas a anemia perniciosa. La infección por *H.pylori* es un precipitante para la formación de auto-anticuerpos contra células parietales y la subunidad α/β de la bomba de protones en personas susceptibles. Las manifestaciones clínicas más comunes son sensoriales como parestesias periféricas y ataxia de la marcha, concomitantemente puede presentarse

encefalopatía con síntomas depresivos, déficit de atención, variaciones del estado de ánimo e infrecuentemente síndrome confusional. El principal hallazgo patológico es la desmielinización focal que afecta la médula espinal, los nervios periféricos, nervio óptico y encéfalo. Se reporta el caso de hombre de 48 años, con padecimiento de más de seis meses de evolución, curso insidioso, con exacerbación en los últimos dos meses, caracterizado por debilidad generalizada, parestesias de progresión ascendente, simétricas, "predominio en guante y calcetín", sensación intermitente de "descarga eléctrica" a partir de región cervical, irradiado hasta la región plantar de ambos pies, con dificultad para la marcha, entorpecimiento y caídas frecuentes. Se agregó despersonalización, irritabilidad con tendencia a la agresión verbal, insomnio, hiperpigmentación de predominio facial y extremidades. Recibió tratamiento sintomático con carbamazepina, paracetamol/tramadol durante una semana sin mejoría. Además, malestar epigástrico, plenitud posprandial, estreñimiento y pérdida de peso no intencionado de 10 kg en un lapso de dos meses. A la exploración física, funciones mentales superiores conservados, anisocoria a expensas de pupila miótica derecha, espasticidad muscular predominio en extremidades inferiores, hiperreflexia, signo de Romberg

positivo y marcha atáxica. Se integró síndrome de cordones posteriores y piramidal. Laboratorios con anemia macrocítica leve, niveles séricos de vitamina B 12 en 150 pg/mL (200-900), frotis de sangre periférico se observó neutrófilos hipersegmentados, anticuerpos contra células parietales positivo. Se realizó endoscopia, hallazgos de gastritis crónica folicular moderada, atrofia leve y metaplasia intestinal incompleta en cuerpo y antro; fondo gástrico con atrofia leve, y datos de infección por *H. pylori* ++/+++ . La resonancia magnética de encéfalo y columna cervical no demostró lesiones desmielinizantes. Se inició tratamiento parenteral con vitamina B12, tras un mes de manejo presentó mejoría de las parestesias, fuerza muscular y marcha. Ante manifestaciones clínicas de parestesias, alteración de la propiocepción y marcha atáxica, la degeneración subaguda combinada debe considerarse como diagnóstico diferencial ya que la detección y tratamiento oportuno, puede reducir las secuelas neurológicas

Palabras clave: deficiencia, vitamina B12, autoinmune, gastritis, perniciosa, ataxia.

Folio: 0800

Tema: Neurología

Síndrome de encefalopatía posterior reversible en abstinencia alcohólica

López Jorge Alberto¹, Hernández David Enrique¹, Martínez

Manuel², Pérez Minerva Del Carmen¹, Tetlalmatzi Ricardo Antonio¹, Oropeza Lizbeth Elisa¹, Cerda Megan Carolina²

¹ Hospital General de Zona 1A Venados IMSS; ² Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) se caracteriza principalmente por lesiones corticales posteriores secundarias a edema vasogénico debido a un mecanismo aún no comprendido, aunque asociado a disfunción endotelial. En pocas ocasiones se acompaña de hemorragia secundaria, sin embargo dicha presentación es mas rara aún. **Objetivo:** Reportar el caso de un paciente con hipertensión maligna por abstinencia alcohólica y PRES con hemorragia parenquimatosa. Caso. Hombre de 75 años con etilismo crónico de 40 gr/día de alcohol por 10 años, quien ingresa a urgencias debido a un cuadro convulsivo generalizado de tipo motor asociado a un síndrome de supresión etilica, con TA de ingreso de 180/90 mmHg. Neurologicamente con ceguera cortical. El estudio de neuroimagen reveló una lesión hiperdensa bilateral en ambos lóbulos occipitales, compatible con hemorragia intraparenquimatosa cortical posterior. Metabólicamente sin evidencia de alteraciones francas, con tiempos de coagulación dentro de rangos. El manejo

inicial fue el control tensional, así como el uso de antiepilépticos con respuesta favorable, aunque con evolución a la pobre recuperación funcional a su egreso con Rankin modificado 5. **Discusión:** Dado el abordaje del caso y la nula posibilidad de causas infecciosas, metabólicas, vasculares, drogas ilícitas y otros, se considero un PRES condicionado por síndrome de supresión alcohólica. Dentro de los predictores de mortalidad de PRES (PCR elevada, anomalías en la coagulación, hemorragia parenquimatosa/subaracnoidea y alteraciones en el estado mental) nuestro paciente presentó dos factores importantes que condicionaron su evolución desfavorable del paciente. **Conclusión:** Hasta ahora existen algunos casos reportados de PRES precipitados por la supresión etilica, lo cual sustenta el mecanismo de la autoregulación/ hiperperusión cerebral que condiciona la hipertensión, situación que es disparada por un síndrome de abstinencia al alcohol y que culmina con un incremento de los niveles de especies reactivas de oxígeno y ON las cuales condicionan la disrupción de la barrera hematoencefálica y finalmente da lugar a un edema vasogénico. Es posible que un segundo mecanismo asociado por la vasoconstricción/hipoperfusión pueda favorecer el fenómeno hemorrágico consecutivo.

Palabras clave: síndrome de encefalopatía posterior reversible, Hemorragia occipital, Ceguera cortical, Crisis convulsivas, Síndrome de supresión alcohólica, PRES.

Folio: 0803

Tema: Infectología

Lesiones hemorrágicas en SNC asociadas a infección por *Toxoplasma gondii* en paciente con VIH/SIDA

Avilés Lesly Rocío de Jesús, Chapa Osvaldo, Alvarado José Alfredo, García Nalleli, Abonce Karen Selene, Hernández Manuel Antonio

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Masculino de 56 años con diagnóstico de VIH desde 2006 sin tratamiento, acude por cuadro de 1 mes de evolución con marcha atáxica, cefalea bilateral, pulsátil, 10/10 y en los últimos 5 días somnolencia, habla incoherente, postración, pérdida del control de esfínteres y fiebre de 39°. A su ingreso se observa estuporoso, Glasgow 7pts. Funciones mentales superiores no valorables, Kernig y Binda positivos, pupilas isocóricas, reflejos fotomotor y consensual conservados, exploración de fondo de ojo normal. Retirada al dolor, ROTs normales, reflejo plantar con respuesta flexora. Resto de la exploración física normal. En laboratorios generales destaca: BH con leu 7.75, neu de 2.8, Hb 12.7mg/dL, plt de 57mil.



Función renal conservada, PCR en 5. En RMN de cráneo se observan múltiples imágenes de intensidad heterogénea dispersas en ambos hemisferios cerebrales, supratentoriales; la mayor de ellas de 34 mm en región parietal izquierda, tratándose en su totalidad de zonas de sangrado en diferentes estadios por la presencia de hemoglobina y deoxihemoglobina así como discreto edema perilesional. Análisis de LCR: xantocromico, con pleocitosis 82 cel/mm³, 100 MN, hiperproteíorraquia de 268mg/dL, Glucosa normal 86mg/dL, tinta china negativa, sin formas bacterianas en tinción Gram. VDRL en LCR, PCR para TB y cultivo para hongos y micobacterias negativos. Anticuerpos IgG para toxoplasma positivos, títulos 1:125, serología para VHB, VHC y VDRL en suero negativo. Toma de cultivos bacteriológicos y para hongos en sangre periférica que se reportaron sin desarrollo. Ante sospecha diagnóstica de infección por toxoplasma se inicia tratamiento con TMP/SMX, y ante lesiones hemorrágicas inusuales se propone biopsia cerebral para diagnóstico confirmatorio. El reporte histopatológico confirma microorganismos compatibles con toxoplasma gondii en su forma tisular, observados en tinción PAS y Giemsa. Tinciones ZN y Grocott negativas para microorganismos.

Palabras clave: VIH, toxoplasmosis, neuroinfección, lesiones hemorrágicas, encefalitis, SNC.

Folio: 0804

Tema: Otros

Osteomalacia oncogénica secundaria a tumor mesenquimatoso e hiperparatiroidismo primario. Reporte de caso

Guerrero Zeltzin Olivia, González Fabiola, Rojas Eduardo

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La osteomalacia oncogénica es un trastorno hipofosfatémico secundario a la pérdida renal de fosfatos inducida por la secreción tumoral del factor de crecimiento fibroblástico 23. Sus principales manifestaciones bioquímicas son la hipofosfatemia, la reabsorción tubular de fosfatos normal o baja, los niveles bajos de calcitriol, la fosfatasa alcalina elevada. Los tumores asociados a la esta suelen ser pequeños, benignos, de lento crecimiento, de difícil localización y con predominio en las partes blandas de los miembros. La histología más frecuente son los tumores mesenquimales fosfatúricos tipo tejido conectivo mixto, siendo rara su asociación con adenoma de glándulas paratiroides. **Objetivo:** Describir el caso clínico de una osteomalacia oncogénica que cursó con hiperparatiroidismo primario. **Exposición de caso:** Masculino de 29 años, el cual negaba enfermedades crónico-degenerativas, antecedente de múltiples fracturas patológicas espontáneas: fractura de cadera derecha espontánea, fracturas

costales espontáneas, fractura de antebrazo izquierdo. Ingresó por padecimiento de 2 años de evolución, caracterizado por disminución de fuerza muscular de manera progresiva, generalizada, asociado a astenia, con fractura espontánea en antebrazo izquierdo y fémur derecho que condicionaron limitación funcional para la deambulacion, uso de muletas y limitación para realización de sus actividades básicas de la vida diaria. Se encontró con disminución de fuerza muscular de miembros pélvicos. En laboratorios con fósforo de 1 mg/dl, fosfatasa alcalina de 287 U/L. Se realizó protocolo de estudio. Recibió tratamiento con calcitriol y carbonato de calcio, presentando hipercalcemia que fue manejada con Hidroclorotiazida. Durante su evolución se observó un crecimiento óseo a nivel de tarso de crecimiento lento, por lo que se realizó biopsia de lesión, con reporte histopatológico de tumor mesenquimatoso productor de FGF 23. Doce años después presentando hipercalcemia, sospechando intoxicación por vitamina D, se suspendió tratamiento, con PTH 146 ng/ml, con nuevo gammagrama paratiroideo con evidencia de lesión a este nivel, realizando resección de lesión, biopsia con resultado adenoma de glándula paratiroides. Durante toda su evolución se realizaron marcadores tumorales en busca de tumor primario, encontrándose

estos normales. **Conclusión:** El diagnóstico realizado mediante estudio bioquímico fue el de osteomalacia hipofosfatémica de origen oncogénico, entidad adquirida que puede ser idiopática o bien secundaria a alguna tumoración de aparición tardía, en este caso encontrado 4 años posterior a inicio de protocolo, continuando durante seguimiento con hiperparatiroidismo primario realizándose gammagrama y resección de lesión mostrando adenoma de paratiroides, reportando en la literatura aparición de tumores tan tardíamente al diagnóstico de osteomalacia de 20 años, y raramente asociados a hiperparatiroidismo primario.

Palabras clave: osteomalacia, oncogénica, hiperparatiroidismo, primario, tumor, mesenquimatoso.

Folio: 0805

Tema: Oncología

Tumor del estroma gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumor, GIST): reporte de caso

Calzada Santiago, Rodríguez Irving Christian, Bosques Francisco Javier, Sánchez María Teresa

Tecnológico de Monterrey

Introducción: El GIST se produce por una mutación del gen KIT en las células intersticiales de Cajal. El 50% se localizan en el estómago (NCCN 2007). Del 15 al 30% se diagnostican de manera incidental. Cuando son sintomáticos los dos

signos principales son dolor abdominal (50%) y melena (30%) (Akahoshi, K.et.al. 2018).

Objetivo: Reconocer a las tumoraciones gástricas dentro del diagnóstico diferencial de un sangrado de tubo digestivo, así como reportar el caso de una de las tumoraciones gástricas de menor incidencia a nivel mundial. **Exposición del caso:** Masculino de 73 años que acudió a consulta por presíncope, sin antecedentes relevantes. Inició 5 días previos a su ingreso con 3 episodios diarios de melena, además de astenia, adinamia y palidez de tegumentos. El día de su ingreso presentó un presíncope por lo que acudió a urgencias. Presentó los siguientes signos vitales: FC de 96, FR 22 y TA de 130/80, sin fiebre, sin desaturación de oxígeno. En la exploración física presentó dolor epigástrico a la palpación profunda, con peristalsis presente y sin datos de irritación peritoneal. En los estudios paraclínicos se detectó una anemia normocítica normocrómica con hemoglobina de 9.6 g/dL. La radiografía PA de tórax se encontró normal, sin datos de aire libre en cavidad abdominal. El paciente presentó un puntaje de 9 en la escala de Glasgow-Blatchford; se le realizó una endoscopía en donde se encontró el estómago con presencia de una tumoración ulcerada y con evidencia de sangrado reciente, localizada en el la cara anterior del cuerpo gástrico de aproximadamente

2 cm. La mucosa adyacente y el resto del estómago, esófago y duodeno hasta su 2ª porción fueron normales. En la TAC con contraste IV se identificó una imagen ovoidea dependiente de la pared de la curvatura mayor del estómago, de 3 x 2.7 x 2.7 cm., hiperdensa, homogénea, con densidad promedio de 28 UH; de bordes bien definidos, con componente exofítico e intraluminal. Tras la administración del contraste, mostró realce de hasta 61 UH en la fase venosa. Se dictaminó como una tumoración gástrica dependiente de la curvatura mayor, siendo un GIST la primera posibilidad a considerar. Se realizó gastrectomía subtotal laparoscópica, con el diagnóstico preoperatorio de tumoración gástrica, probable GIST. Se encontró una tumoración en la cara anterior del cuerpo gástrico aproximadamente en el tercio medio del cuerpo, sin datos de enfermedad metastásica. Se obtuvo un tumor de 3 cm, unifocal, con márgenes quirúrgicos de 2 cm, con invasión a vasos linfáticos. El tipo histológico fue de células estromales fusiformes o epitelioides sin dañar la mucosa, con un índice de mitosis de 3 x 10 CAP, sin necrosis isquémica y de grado histológico bajo. **Discusión:** Los marcadores inmunohistoquímicos fueron positivos CKIT, CD 34. Ki67 bajo, del 5%. AME y S-100 negativos. El CKIT dio el diagnóstico definitivo de tumor del estroma gastrointestinal



(GIST). Por TNM se clasificó como una lesión T2 N0 M0 de índice histológico bajo, con lo que se integra una etapa clínica 1B, por lo que no estaba indicado aplicar ninguna terapia médica, solamente dar seguimiento cada 3-6 meses por 5 años y luego anualmente (NCCN 2007). El paciente evolucionó favorablemente y sin complicaciones posquirúrgicas y fue dado de alta al 4º día posoperatorio. **Conclusiones:** Las mutaciones características del GIST fueron descubiertas apenas en 1998, a partir este momento el diagnóstico y tratamiento han evolucionado velozmente (Roland, C. et.al.). Sigue siendo un tumor infrecuente, con una incidencia anual de 10-22 casos por millón de habitantes (Nishida, T.et.al.). **Palabras clave:** oncología, gastroenterología, tumor, GIST, hemorragia, CKIT.

Folio: 0806

Tema: Cardiología

Dolor precordial como manifestación inicial de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Barrios Karla Veronica, García Daniel, Marín Miguel, Flores Ana Gabriela, Montoya Olivia de Jesus, Arias Jaime
Hospital General de Occidente

Caso clínico: masculino de 21 años usuario de marihuana-cocaina y 2 tatuajes. Ingresado por dolor torácico y diaforesis. Signos vitales TA 139/96 FC 89 FR

15 temp 37.8 con exploración normal. Paraclínicos: Hb 16.9, plaquetas 249, leucocitos 10.6, Dímero D 100 ng/ml, troponina I 12, CK 1741, CKMB 164, AST 233, DHL 662, cannabinoides positivo. EKG: elevación concava del ST DII, DIII, AVF, V4, V5, V6. ECG con Ventrículo izquierdo: FEVI 47, hipocinecia moderada postero-infero-lateral. Ventrículo derecho: disfunción sistólica leve. Pericardio posterior engrosado e hiperrefringente. Biomarcador miocárdico con pico máximo 20 ng/dl, rectificación del segmento ST e inversión de la onda T en DII, DIII, AVF, V5 y V6 en las primeras 12 hrs. Por datos de bajo gasto, se estratifica bajo grado cardiovascular, se realiza angiografía coronaria CAD-RADS 0. Panel viral con positividad a VIH. La miopericarditis en pacientes con infección por VIH es frecuente (6-52%), de etiología incierta, sin embargo la infección por se causa el 83% de las etiologías virales. Cursan con sintomatología discreta y presentación variable (desde precordialia hasta muerte súbita). Puede mimetizar un síndrome coronario agudo; por EKG puede existir elevación del segmento ST con sensibilidad (S) y especificidad (E) del 50 % y 92%, respectivamente, con VPN 96%. La elevación de troponina I cuenta con S:92%% y E:71% con un VPN 72%. Los hallazgos ecocardiográficos característicos son disfunción

diastólica izquierda. El diagnóstico de miocarditis en pacientes con infección por VIH es un reto debido a la ausencia de pruebas no invasivas con alta especificidad y sensibilidad.

Palabras clave: miocarditis, pericarditis, dolor torácico, VIH, miocardiopatías inflamatorias.

Folio: 0807

Tema: Neurología

Herpes virus simple tipo 2 como agente etiológico inusual de mielorradiculitis aguda en paciente inmunocompetente, a propósito de un caso

Arbeu Marlene, Rodríguez Enrique Iván, Hernández Jesica Mariana, Montiel Sabino, Treviño Francisco, Valdín Tania Isabel
Hospital Universitario de Puebla

Hombre de 19 años de edad, nivel socioeconómico bajo, ocupación albañil, etilismo positivo, llegando a la embriaguez de forma ocasional y con conducta sexual de alto riesgo (múltiples parejas sexuales, niega uso de preservativo). Sin otros antecedentes de importancia. Inicia tres días previos a su ingreso con parestesias en ambas piernas, progresando a disminución de la fuerza 24 horas después, con pujo y tenesmo vesical, e imposibilidad para la bipedestación, presentando fiebre cuantificada en 39.5 grados por lo que acude a valoración. A su ingreso con funciones mentales íntegras, nervios craneales sin alteracio-

nes, con fuerza muscular 3/5 en ambas piernas, con reflejos miotáticos disminuidos simétricos ++/++++, sensibilidad termoalérgica y propiocepción disminuida nivel sensitivo T10, sin disimetría ni disdiadocinesia. Se observan lesiones pápulo-vesiculares de base eritematosa en la base del pene, sin adenopatías, sin condilomas u otras lesiones dérmicas agregadas. Paraclínicos normales, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. LCR claro, con normogluorraquia y normoproteinorraquia, tinciones de Gram y de Ziehl Nielsen y tinta china negativas, perfil TORCH, VDRL, serología para VIH, VHB y VHC negativos. US vesical con residuo postmiccional elevado, asociado a hipcontractilidad del detrusor (vejiga neurogènica). En espera de resultado de PCR para HSV, se inicia empíricamente aciclovir 10 mg/kg/dosis vía intravenosa en esquema de 10 días y metilprednisona 1 gr/día por 5 días, afebril a las 72 horas de inicio de tratamiento, recuperando fuerza en ambos miembros inferiores de forma gradual, tolerando la bipedestación al séptimo día de tratamiento, siendo capaz de deambular con apoyo al día 10 de tratamiento con desaparición de las lesiones genitales. Se obtiene reporte definitivo de PCR positivo para HSV-2. Actualmente solo con parestesias en plantas de ambos pies, sin otra secuela neurológica. **Conclusiones:** La

infección por virus del herpes simple es en ocasiones ligada a cuadros de disfunción radiculomedular en pacientes con inmunocompromiso presentando cuadros relacionados con HSV-1, citomegalovirus o VIH; sin embargo, en contadas ocasiones, puede asociarse al HSV-2 como en éste paciente, sano previamente y de forma aún menos frecuente, presentar de forma simultánea las lesiones dérmicas características, mostrando remisión completa de la sintomatología al término del tratamiento y con identificación del agente causal, motivo por el cual se reporta éste caso. **Palabras clave:** mielitis, herpes, radiculitis, HSV, neuroinfección, inmunocompetente.

Folio: 0808

Tema: Endocrinología

Síndrome poliglandular autoinmune tipo 2 asociado a diabetes mellitus tipo 1 de inicio tardío

Nares Itzel¹, Vargas Edith Alicia¹, Cortés Alicia, Rivera Dante¹, Orduña Alfredo²

¹ Centro Médico ISSEMyM Ecatepec; ³ ISSEMyM Izcali

El síndrome poliglandular autoinmune tipo 2 (SPA2), el cual se trata de una condición caracterizada por la asociación de dos o más endocrinopatías, la presentación de 2 endocrinopatías se da en 88.4%, mientras que SPA2 completo en tan solo 11.6%, por lo que presentamos el siguiente caso:

Se trata de paciente femenino de 46 años de edad. Antecedentes heredofamiliares: Diabetes Mellitus tipo 2 en familiares de segunda línea. Diagnóstico de Hipotiroidismo de 6 años de evolución en tratamiento con Levotiroxina 50mcg cada 24 horas. Inicia su padecimiento el 25.12.17, al presentar ataque al estado general, astenia, adinamia, odinofagia, rinorrea y tos expectorante, presentando alza térmica no cuantificada, ante persistencia de sintomatología, acude a valoración por servicio de Urgencias. A su ingreso con tendencia a la somnolencia, taquicardia (130 lpm), PAM 44mmHg. Se inicia reanimación hídrica a 30ml/kg, con mejoría parcial, tras sospecha de coma mixedematoso. Solicitan valoración por servicio de Medicina interna, identificando desequilibrio hidroelectrolítico a expensas de hiponatremia hipoosmolar isovolemica con cifra de 123mEq e hiperkalemia de 5.6mEq, glucosa central entre 200-300mg/dl, HbA1c 9.4%. E.F con hiperpigmentación de pliegues, manos y mucosas. Integrando sospecha clínica de insuficiencia suprarrenal y Diabetes mellitus. Solicitamos paraclínicos obteniendo los siguientes resultados: cortisol (08:00am) 0 mcg/dL, ACTH 28 pg/ml, Ac. Anti 21 hidroxilasa 41.8. Ac. Anti tiroglobulina 44, Ac. Anti TPO 62, Péptido C 3.64, Anti GAD65 15U/ml, con lo que se integra el diagnóstico



de Diabetes mellitus tipo 1 e insuficiencia suprarrenal primaria. Estudio de imagen (TAC 05.01.18), con foco en glándula suprarrenal, demostró atrofia global bilateral de las mismas. Se deja manejo de sustitución de corticotropo, tirotrópico a dosis de estrés de forma inicial, por cuadro infeccioso a nivel urinario identificado durante su hospitalización, el cual se catalogó como precipitante de la sintomatología. Egresándose por mejoría, y agregando manejo mineralocorticoide, por persistencia de ortostatismo. El SPA2, es una entidad poco frecuente, el presente caso integro la triada característica, aunque la presentación de Diabetes mellitus tipo 1, de forma habitual se desencadena durante la segunda y tercera década de la vida, y el debut es con insuficiencia suprarrenal, en nuestro caso la disfunción autoinmune de 3 glándulas con evidencia de anticuerpos positivos nos ayuda a establecer el diagnóstico, no descartamos la posibilidad que en esta paciente, siga generando procesos de destrucción glandular a otro nivel.

Palabras clave: poliglandular, diabetes mellitus tipo 1, insuficiencia suprarrenal, hipotiroidismo, síndrome poliglandular.

Folio: 0809

Tema: Dermatología

Psoriasis y su influencia en el desarrollo del síndrome metabólico en el Hospital General

Regional Carlos Macgregor Sánchez Navarro

Rodríguez Anabel
IMSS/UNAM

La psoriasis es una patología eritematoescamosas con curso, distribución, morfología y gravedad variables que se logran identificar. Las lesiones que la caracterizan son placas bien definidas de borde nítido y distribución simétrica, con escamas blancas no adherentes, sobre una base eritematosa, que producen prurito y sensación de quemadura y en las que se encuentran el signo de Auspitz (cuando se desprenden las escamas hiperqueratósicas aparecen pequeñas gotas de sangre sobre la superficie de la lesión) y el fenómeno de Köebner (formación de lesiones en sitios de microtrauma repetitivo). La calidad de vida del paciente con psoriasis se ve directamente afectada por la gravedad del cuadro cutáneo, su extensión y la presencia de comorbilidades. Su presentación es bimodal, (psoriasis tipo 1) entre los 16-22 años y entre los 57-60 años (psoriasis tipo 2). La edad media generalmente es a los 33 años. En la población general, siendo mayor la incidencia en familiares de primer y segundo grado. El 30% de los pacientes con psoriasis mencionan tener al menos un familiar afectado. Dentro de los factores ambientales que favorecen la aparición o exacerbación

de la psoriasis. Dentro de los factores exacerbantes tenemos el estrés, las infecciones bacterianas y víricas, consumo de tabaco y alcohol, fármacos como litio, AINES y antihipertensivos. Existen diferentes formas clínicas, la más común es la Psoriasis vulgar o en placas que representa el 90% de los casos, en esta destacan las lesiones bien definidas y simétrica, siendo o no pruriginosas, encontrándose afectadas de forma más frecuentemente la piel cabelluda, codos, sacro y rodillas. En cuanto a la fisiopatología se han identificado 17 diferentes citocinas que participan en su proceso patológico, por lo que se le considera una enfermedad muy compleja. Se encuentran involucrados factores genéticos, ambientales, inmunológicos y emocionales que determinan formas de presentación, exacerbaciones y respuesta a la amplia gama de tratamientos. Genéticamente se define como una enfermedad de origen poligenético, en la cual interactúan diversos factores que cambian la expresión de la enfermedad. Dentro de estos factores se encuentran los llamados loci de sensibilidad para psoriasis, de los cuales se han identificado nueve diferentes (PSORS1-9) y uno adicional para la artritis psoriásica (PSORAS1). El PSORS1 es al que se le ha encontrado mayor relación con la expresión del fenotipo de la psoriasis. Por otro lado, dentro

de los factores inmunológicos se considera que las células T adyuvantes contribuyen a la formación y mantenimiento de las lesiones cutáneas de esta enfermedad. (4) Otras variedades son la psoriasis en gota, la cual es menos frecuente y se caracteriza por lesiones de 90% del organismo. La psoriasis pustulosa cursa con la presencia de pústulas sobre las placas eritematoescamosas. La psoriasis invertida se caracteriza por la presencia de lesiones en sitios no comunes de presentación de esta patología. Por último la artritis psoriásica cursa como una artritis o como espondiloartritis que puede producir discapacidad importante. Dentro de la evaluación clínica de la psoriasis tenemos la evaluación objetiva de lesión cutánea, por lo cual existe diferentes clasificaciones para normar dicha observación, Psoriasis Area Severity Index (PASI) se base en la exploración clínica de la lesión, tomando en cuenta la intensidad del eritema, de las escamas, del grosor y del porcentaje de la superficie corporal afectada. Se evaluará la determinación de la influencia de la severidad de la psoriasis y su relación con el desarrollo de síndrome metabólico en pacientes del HGR# y su relación con la psoriasis

Palabras clave: psoriasis, síndrome metabólico, HAS, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemia.

Folio: 0810

Tema: Oncología

Manifestaciones adversas inusuales del tratamiento con doble bloqueo hormonal en cáncer de mama, estadios tempranos: reporte de un caso

Fuentes Yésica Lizet, Romo Carolina, López Gilberto

Instituto Mexicano del Seguro Social

En mujeres premenopáusicas con CA de mama en estadios tempranos y receptores hormonales positivos; el tratamiento con un inhibidor de la aromatasas y supresión ovárica (goserelina) se asocia a una reducción significativa de recurrencia, mayor porcentaje de pacientes libres de enfermedad y menor mortalidad en comparación con el uso de tamoxifeno. Los efectos adversos con inhibidores de la aromatasas son principalmente; sofocos (91.7%), artralgias (88.7%), fatiga (61.3%), insomnio (58.2%), depresión (50.3%), reducción de la lívida (45%) y osteoporosis con fracturas (38.6%); se reportan casos EVC isquémico de 2% en el estudio ATAC, 0.2% en los estudios TEXT y SOFT (EVC hemorrágico 0.6%), 1.4% en el estudio BIG 1-98. Otros efectos secundarios neurológicos reportados son alteraciones en el procesamiento de tareas de velocidad, de la memoria verbal inmediata y reducción progresiva de la capacidad cognitiva. Exemestano se asocia a mareo, vértigo y alteraciones visuales.

Hay elevación de los niveles de creatinina reportados en 7.1% de las pacientes en grados 1/2 y 1.6% en 3/4. La goserelina se asocia principalmente a sofocos (70%), "brote de tumor" (23%), náusea (11%), edema (5%), fatiga (5%), y en la vigilancia post-marketing se reportaron raros casos de apoplejía pituitaria.

Caso clínico: Se describe el caso de una paciente de 39 años, que se presenta en enero del 2016 con cáncer de mama en estadio clínico IIB (T2N1M0), receptores hormonales positivos y Her-2 NEU negativo. Manejada inicialmente con quimioterapia con doxorubicina/ciclofosfámidas, seguido de paclitaxel una vez a la semana, previo a iniciar quimioterapia para preservación de la fertilidad. Se realiza cirugía preservadora de la mama con reporte de respuesta patológica completa en el seno y la axila, seguido de radioterapia. En septiembre de 2016 se inicia doble bloqueo hormonal con goserelina 10.8 mg cada 3 meses y exemestano 25 mg oral cada 24 horas. En enero del 2017 presenta síntomas incipientes de apoplejía pituitaria como alteraciones en el habla, movilidad de la lengua, visión borrosa, dolor en cuello acompañado de un "click" a la movilización, elevación de la creatinina hasta 1.8 mg/dL, sofocos, insomnio, alteraciones en la memoria y depresión. Resonancia magnética sin alteraciones sugerentes de evento isquémico, pero en base a la



sospecha clínica se suspende el doble bloqueo hormonal en mayo del 2017, con recuperación neurológica del 100% y normalización de la creatinina hasta 0.7 mg/dL. Posteriormente se inicia tamoxifeno, acabando 10 meses de manejo con adecuada tolerancia. **Discusión:** Presentamos el caso de una paciente que presenta efectos adversos comunes con el uso de doble bloqueo hormonal (sofofo, depresión, alteraciones en memoria, insomnio asociados a otros extremadamente inusuales como elevación de creatinina, reportada en la literatura internacional en, reportada en la literatura internacional en < 10% de las pacientes; y manifestaciones neurológicas con signos de apoplejía pituitaria en < 3%. Es importante tener presentes los efectos adversos menos comunes en el manejo para cáncer de mama en pacientes jóvenes, ya que la sospecha clínica siempre será superior a cualquier prueba complementaria. Esto nos permite determinar pacientes no candidatas a un tratamiento específico, a pesar de que los perfiles de seguridad sean mejores en estudios comparativos. **Palabras clave:** efectos, adversos, inusuales, tratamiento, cancer, mama.

Folio: 0811

Tema: Gastroenterología
Neumatosis quística intestinal
Gutierrez Jennifer, Revuelta Luis Alberto

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Mujer de 65 años, antecedente de 3 cesáreas y colecistectomía, previamente sana, quien cursa con dolor abdominal de predominio en epigastrio de dos meses de evolución, tipo cólico, distensión abdominal importante acompañado de vómitos de contenido gastrobiliar de forma intermitente, además de pérdida de peso de hasta 8 kg en el lapso de un año, negó fiebre o sintomatología extraintestinal, a la exploración física solo destacó distensión abdominal sin ningún otro dato relevante. Se realizó panendoscopia con toma de biopsias, se documentó infección por *H. pylori* y se dió tratamiento erradicador, se indicó tratamiento para SII y se restringió de alimentos fermentables, sin embargo por persistencia de la sintomatología se realizó TC de abdomen contrastada que evidenció neumatosis quística intestinal, sin causa aparente. Se realizaron laboratorios con biometría hemática, química sanguínea con pruebas de funcionamiento hepático, proteína C reactiva, lipasa y gasometría dentro de parámetros normales, se solicitaron coprocultivos y coproparasitoscópicos sin aislamientos. Se descartó causa isquémica, no presentó clínica de enfermedad autoinmune, sin aislamientos en heces o clínica de infección sistémica (pen-

diente resultado de VIH) y con base a la estabilidad y evolución del cuadro, se optó por terapia empírica con metronidazol y actualmente se encuentra en espera de revaloración, ya que dicha entidad puede tratarse de forma conservadora con el fin de evitar intervenciones innecesarias.

Palabras clave: neumatosis, quística, intestinal.

Folio: 0813

Tema: Reumatología

Correlación entre la escala de predicción de riesgo cardiovascular para artritis reumatoide y hallazgos videocapilaroscópicos

Luna Tania Adriana, Martínez Georgina, Aguilera-Barragán Georgina, Pedro Ángel Javier, Acevedo Eduardo Saúl, López Homero, Martínez Marco Ulises
 Hospital Central Ignacio Morones Prieto, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Introducción: La enfermedad cardiovascular (CVD) es la causa más común de mortalidad en pacientes con AR. La videocapilaroscopia (VCP) es herramienta importante para predecir enfermedad y gravedad en enfermedades reumáticas. **Objetivo:** Evaluar la correlación entre la escala de predicción de riesgo CV expandido (ESR-RA) y hallazgos en VCP. **Método:** Estudio transversal unicéntrico; inclusión de pacientes con AR de acuerdo con criterios ACR/EULAR

2010. Se realizó VCP acorde a método estándar. Analizamos 1) Características demográficas, 2) Evaluación cuantitativa de densidad capilar y semi-cuantitativa de arquitectura, capilares dilatados, gigantes, tortuosos, ectásicos, meandros y ramificados, 3) Puntuación de riesgo de CVD a 10 años de acuerdo de la escala ESR-RA. Correlación entre parámetros VCP con puntuación ESR-RA y AR se realizó con prueba de correlación de Spearman. **Resultados:** Incluimos análisis de 118 pacientes; 85.6% eran mujeres, edad 50.6 ± 12.42 años y media de duración de enfermedad $8.3 \pm 7.9a$; tenían fenómeno de Raynaud 14.4%. La media de puntuación ESR-RA de 8.48% (IQR 0.6-54 la mayor puntuación ESR-RA correlacionó significativamente con mayor puntuación mHAQ (Rho 0.2021; $p=0.012$), presencia de meandros (Rho 0.2804; $p=0.0021$), desorganización de arquitectura vascular (Rho 0.3026; $p=0.004$) y capilares tortuosos (Rho 0.2124; $p=0.02$). A mayor duración de la enfermedad observamos mayor presencia de meandros (Rho 0.2844; $p=0.0018$), desorganización de la arquitectura (Rho 0.3696; $p < 0.0001$) y capilares tortuosos (Rho 0.226; $p=0.0139$). Presencia de diabetes e hipertensión se asociaron con capilares tortuosos ($p=0.01$) **Conclusión:** Hay correlación entre puntuación de escala ESR-RA, mayor duración de

la enfermedad y hallazgos capilaroscópicos anormales en pacientes con AR. Nuestros hallazgos sugieren que la VCP puede ser considerada parte de la evaluación de los pacientes con AR, con anomalías potencialmente asociadas a mayor riesgo cardiovascular **Palabras clave:** artritis reumatoide, riesgo cardiovascular, capilaroscopia.

Folio: 0814

Tema: Otros

Neumomediastino posterior a toma de biopsia por broncoscopia

Escobedo Nicolás, García Gisela
Servicio de Medicina Interna,
Hospital Universitario UANL

Introducción y/Antecedentes:

El neumomediastino es la extravasación de aire pulmonar o del aire ambiente hacia el mediastino causado por la ruptura alveolar o lesión por continuidad a este espacio. El neumomediastino secundario a broncoscopia tiene una incidencia menor al 0.5% y solo se han hecho pocos reportes de estos casos en la literatura.

Objetivo: Considerar una complicación atípica pero mortal de una biopsia transbronquial mediante broncoscopia. **Exposición del caso:** Masculino de 41 años con pérdida de peso de 15kg durante 3 meses y diagnóstico de VIH de 2 meses de evolución sin toma de antirretrovirales acude a urgencias por cuadro de disnea de 2 semanas

de evolución. A su ingreso se corrobora estado seropositivo con ELISA de 4ta generación, a su placa de tórax se encuentra un infiltrado intersticial bilateral, vidrio despulido a la TC de alta resolución, se le realiza broncoscopia diagnóstica con toma de biopsia por sospecha de neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, se toma radiografía de control posterior a la broncoscopia sin alteraciones. Al día siguiente paciente presenta disnea súbita acompañado de dolor torácico con saturación de oxígeno al 92% a 15L de oxígeno por mascarilla de reservorio. Se toma nuevamente radiografía y TC en la cual se observa neumomediastino con extravasación de aire en pericardio y grandes vasos, así como enfisema subcutáneo. El paciente es intubado, se coloca catéter venoso central y 2 sondas torácicas al vacío y sube a terapia intensiva para manejo posterior de soporte. Paciente después de 15 días en unidad de cuidados intensivos cae en paro por choque séptico, secundario a neumonía asociada a ventilador. **Conclusiones:** El neumomediastino es una complicación latente al realizar biopsia transbronquial mediante broncoscopia y debe considerarse aún más en estados donde ya existe una lesión pulmonar primaria y en este caso donde se encuentra un paciente con inmunosupresión e infiltrado pulmonar intersticial generalizado.



Palabras clave: neumomediastino, broncoscopía, *Pneumocystis jirovecii*.

Folio: 0815

Tema: Dermatología

Eritema polimorfo de difícil remisión relacionado a herpes virus 1 y 2, reporte de caso

López Bianca Eunice, Del Río Viridiana, Quintana Lucero Itsaí, Rodríguez Marco Antonio, Díaz Enrique Juan

Hospital Ángeles del Pedregal

Introducción: El eritema polimorfo es un síndrome cutáneo multifactorial, mayormente asociado al virus herpes simple (50%), uso de antibióticos y recientemente a previa infección por *M. pneumoniae*. Se presenta mayormente en mujeres con incidencia entre la segunda y cuarta década de la vida. Se caracteriza por placas eritematosas con pápulas de forma y tamaño variables, la lesión clásica se describe en Diana o tiro al blanco. Histológicamente podemos encontrar infiltrado inflamatorio inespecífico en la fase tardía y en la fase inicial acumulación de linfocitos en la capa Dermoepidérmica. La terapéutica se basa en uso de antivirales, antibióticos, corticoesteroides intravenosos y en casos reportados inmunoglobulina humana e inmunosupresores. **Reporte de caso:** Femenino de 63 años con antecedente de vasculitis leucocitoclastica en 1998 e Infección por Herpes virus con ultimo brote reportado un mes previo

a hospitalización. Inicia padecimiento con lesiones dérmicas en zona axilar, miembros torácicos, cuello y frente, se inicia tratamiento a base de hidrocortisona tópica y clorfenamina sin mejoría clínica, por lo que acude al servicio de urgencias. Paciente con dermatosis generalizada (75% de superficie corporal) caracterizada por lesiones maculo papulares características en diana en miembros torácicos abdomen, tórax y labios vaginales. Se inicia tratamiento a base de pulsos de metilprednisolona por tres días con remisión parcial de lesiones; 24 horas después presenta exacerbación por lo que se inicia con Prednisona más Valanciclovir, se mantiene 72 horas con discreta mejoría, sin remisión total de síntomas y manifestaciones cutáneas por lo que se decide iniciar Inmunoglobulina Humana la cuál se administra por 5 días con remisión total de lesiones. Se solicitan anticuerpos para virus Herpes 1 y 2 con IgG positivo, biopsia de lesión con resultado de proceso inflamatorio crónico. Se egresa al décimo día con remisión completa.

Palabras clave: farmacodermias, virus herpes simple, inmunoglobulina, antivirales, corticoesteroides, exantema.

Folio: 0816

Tema: Oncología

Síndrome de pseudo meigs como causa de derrame pericárdico. Reporte de un caso

Robles Yovani, Ortiz María del Mar, Rosales Víctor Hugo
Hospital General de México

Introducción: El síndrome de Meigs se define como la presencia de un tumor benigno de ovario (fibroma) con derrame pleural y ascitis que resuelven después de la extirpación del tumor. La patogénesis continúa siendo desconocida. El derrame pericárdico es raramente observado en el síndrome de Meigs. Se denomina Pseudo Meigs cuando el paciente presenta ascitis y derrame pleural secundario a un tumor de ovario diferente al fibroma.

Presentación de caso: Mujer de 38 años de edad que desde 3 meses previos a su ingreso presentó edema de extremidades pélvicas y ascitis. Dos semanas previas presenta tos seca, dolor pleurítico y disnea progresiva hasta ser de pequeños esfuerzos por lo que acude a valoración. A su ingreso se encontró con datos de dificultad respiratoria, taquipneica de 24x', con uso de músculos accesorios de la respiración, con síndrome de derrame pleural bilateral de 30%, los ruidos cardiacos disminuidos de intensidad, taquicárdica de 115x', sin presencia de pulso paradójico ni signo de Kussmaul, con ascitis grado 2, al tacto vaginal sin alteraciones, edema de extremidades pélvicas bilateral con fóvea ++. Su radiografía de tórax documentó la presencia de derrame pleural bilateral y

derrame pericárdico; se realizó tomografía simple y contrastada evidenciando además tumor de ovario izquierdo de 20 cm de diámetro mayor. El electrocardiograma dentro de parámetros normales. El examen general de orina se encontró sin proteinuria, se realizó perfil tiroideo documentándose síndrome del eutiroides enfermo, el ecocardiograma reportó fracción de eyección conservada con escaso líquido pericárdico, sin compromiso del ventrículo derecho. El CA-125 se encontraba en 1200 U/mL (normal < 35 U/ml). La citometría hemática así como la química sanguínea y pruebas de función del hígado en parámetros normales, excepto por hipoalbuminemia de 2.3 g/dL. Los anticuerpos antinucleares fueron negativos. Se realizó toracocentesis obteniendo líquido citrino, el análisis fue compatible con exudado de acuerdo a los criterios de Light a expensas de DHL en líquido pleural de 300 U/L (380 U/L en suero), proteínas en líquido pleural 1.8 g/dl (6 g/dl en suero), el ADA de 8 UI/L, la tinción de Gram sin documentar bacterias y los cultivos sin desarrollo. La paracentesis reportó albúmina de 1.7 g/dL, dando un gradiente albúmina sérica-albúmina ascitis de 0.6 g/dL, no se documentaron células neoplásicas, el ADA fue de 12 U/dl, el cultivo sin desarrollo. Se realizó ooforectomía y el reporte histopatológico fue compatible con cistoadenoma

mucinoso. 5 meses después del procedimiento la paciente se encuentra asintomática, ya no tiene derrame pericárdico ni pleural, tiene escasa cantidad de ascitis y edema de extremidades pélvicas, el CA-125 en 120 U/ml. **Conclusiones:** Es importante considerar la posibilidad de síndrome de Meigs o Pseudo Meigs dentro del diagnóstico diferencial en mujeres con derrame pericárdico no explicado por otras causas y un tumor de ovario. En nuestro medio también debemos considerar dentro de los diferenciales la tuberculosis. El síndrome de Meigs o Pseudo Meigs son curables con la resección del tumor y deben diferenciarse del cáncer.

Palabras clave: pseudo Meigs, Meigs, derrame pericárdico, cistoadenoma, ovario.

Folio: 0817

Tema: Nefrología

Glomerulonefritis pauciinmune anca negativo

Bollo Juan Carlos¹, Ortega Nayely Yair¹, Bollo Miguel Ángel²

¹ Hospital General Regional N° 1 Dr. Carlos Macgregor Sánchez Navarro IMSS; ² Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso SSO

Introducción: Las vasculitis sistémicas son un grupo de enfermedades de difícil diagnóstico con pronóstico incierto. De acuerdo a su etiopatogenia pueden ser debido a presencia de anticuerpos antimembrana basal glomerular, depósito

de inmunocomplejos circulantes (nefropatía IgA, GMN membranosa, postinfecciosa, lúpica, crioglobulinemia mixta esencial, pauciinmune asociada a ANCA, anti MBG y ANCA e idiopática. La vasculitis pauciinmune renal con necrosis glomerular focal y formación de semilunas suele asociarse con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). Sin embargo los ANCA están ausentes hasta en el 10% de los casos, lo que constituye una variante raramente estudiada de vasculitis renal. **Objetivo:** Conocer una variante poco frecuente de vasculitis pauciinmune relacionada con glomerulonefritis rápidamente progresiva así como el diagnóstico diferencial y abordaje inicial de la misma. Caso clínico Mujer de 46 años sin enfermedades no transmisibles o transmisibles de importancia, ingresa por padecimiento actual de dos semanas de evolución caracterizado por edema de miembros pélvicos, astenia y adinamia. A su ingreso a urgencias SV: FC 106, FR 22, T 36.6°C, TA 140/77 mmHg, fascies compuesta, deshidratada, funciones mentales conservadas, cuello sin adenopatías, sin IY, exploración torácica sin alteración, abdomen sin megalias, Giordano derecho dudoso, edema de miembros pélvicos y torácicos (++) , laboratorios al ingreso: Hb 12.3, HTO 37%, VCM 92, HCM 28, plaquetas 355000, leucocitos 14300, neutrófilos



9600, linfocitos 4200, glucosa 96, urea 288, creatinina 7.2, Na 133, K 5.8, Cl 104, TP 14 s. TTP 28 s. Examen general de orina: leucocitos 40 – 50 / campo, eritrocitos 120/campo, bacterias (++) , cilindros granulados, iniciando tratamiento con quinolona ingresando posteriormente a medicina interna. A su ingreso se suspende tratamiento antimicrobiano, solicitándose urocultivo, radiografía PA de tórax sin alteración, se realiza USG renal reportando RD 120 mm x 88 mm x 42 mm, RI 114 mm x 84 mm x 46 mm, relación proteína/creatinina con 2.2, sedimento urinario con eritrocitos dismórficos, VDRL negativo, panel viral negativo, PCR 14 mg/dl, VSG 62 mm/h, se solicita ANA, anti DNAs, anti Ro/La, p ANCA, c ANCA, complemento C3/C4, Ac's anti MBG, se otorgan 3 pulsos de metilprednisolona (1gr), continuando prednisona 1mg/kg/día, se solicita valoración por nefrología para hemodiafiltración y posteriormente biopsia renal guiada por USG concluyendo glomerulonefritis proliferativa extracapilar activa focal de tipo pauciinmune, lesión tubular aguda difusa con cambios regenerativos del epitelio y arteriopatía leve. La evolución clínica fue favorable, el seguimiento a los 24 días con creatinina 1.77 mg/dl y a los 52 días 1.12 mg/dl. **Conclusiones:** En el presente caso clínico la paciente se encuentra con GMN rápidamente progresi-

va, sin presentar compromiso sistémico, los resultados inmunológicos fueron negativos, el panel viral negativo, sin historia reciente de uso de fármacos, excluyéndose así desencadenantes o patología asociada al deterioro de la función renal. En este tipo de afectación los ANCA están ausentes en el 10% de los casos, una variante rara de vasculitis renal, de mecanismos fisiopatológicos aun no documentados, sin embargo con pronóstico comparable con los de la enfermedad ANCA positivo, el tratamiento con inmunosupresores aún continúa a discusión, en el presente caso presentó aparente respuesta a pulsos de metilprednisolona con posterior dosis reducción siendo suspendido al tercer mes, sin embargo existen casos documentados con mala respuesta, requiriendo ciclofosfamida, micofenolato de mofetilo, rituximab o plasmaféresis con respuesta discutible al tratamiento y no avalados por ensayos clínicos.

Palabras clave: glomerulonefritis, vasculitis, ANCA.

Folio: 0819

Tema: Gastroenterología

Reporte de caso de linfoma no Hodgkin de bajo grado asociado a mucosa en masculino de 72 años en hospital del noreste del país

Martinez Javier Alejandro, Esquivel Miguel Angel, Nañez Homero, Rodríguez Yuridia Evangelina

Hospital Universitario José Eleuterio González Gonzalitos Universidad Autónoma de Nuevo Leon

El linfoma de la zona marginal extraganglionar (EMZL) del tejido linfoide asociado a la mucosa (también llamado linfoma MALT) es un linfoma no Hodgkin clínicamente indolente de células B que surge en varios tejidos epiteliales. Si bien tiene una tendencia a permanecer localizado en el tejido de origen durante largos períodos de tiempo, con frecuencia se repite localmente y tiene potencial para la propagación sistemática y la transformación a un linfoma de células B agresivo. Con fines de tratamiento, EMZL se separa en aquellos que se desarrollan en el estómago (EMZL gástrico) y aquellos que se desarrollan en localizaciones extranodales no gástricas. Acude a urgencias por sangrado de tubo digestivo alto, masculino de 72 años de edad, originario y residente de Tamaulipas, viudo, católico, desempleado. Con antecedentes heredofamiliares de 1 hermano finado por cáncer desconocido. Antecedentes personales no patológicos de alcoholismo crónico intenso inactivo desde hace 4 años, tabaquismo de 40 paquetes años inactivo hace 4 años, resto negados. Antecedentes personal patológico de HAS de 20 años de evolución en tratamiento con nifedipino y enalapril. Inicia 3 días previos

a su ingreso al presentar 3 episodios de hematemesis, así como evacuaciones melánicas y alteración del estado de conciencia, razón por la que acude a Hospital General en donde se comienza a reanimar recuperando estado de conciencia y es referido a nuestra institución para valoración por gastroenterología. Durante su abordaje en urgencias se realizan laboratorios paraclínicos en donde se reporta elevación de azoados, así como leucocitosis neutrofílica y se decide su ingreso por parte de medicina interna. Se comienza abordaje por parte de gastroenterología quienes realizan una endoscopia superior en donde se reporta con ulcera Forrest IIa en incisura y úlcera Forrest III en duodeno y se hace biopsia con estudio histopatológico. Durante su estadío se realiza abordaje de elevación de azoados en donde se reporta en US renal disminución de ambos riñones y al no tener mejoría con la hidratación y manejo óptimo se decide por parte de nefrología colocación de catéter tenkhoff con lo que el paciente comienza con mejoría clínica. Se recaban los estudios por patología en donde se reporta linfoma No Hodgkin de bajo grado asociado a mucosas CD20+ CD79+, KI67% + en el 2% catalogando por estudio de imagen como un Lugano I y se reporta *Helicobacter pylori* comenzando con tratamiento erradicador. Se interconsulta servicio de hematología quie-

nes deciden continuar manejo de erradicación de *H. pylori* y seguimiento por consulta externa. El paciente se encuentra actualmente ya en seguimiento por consulta externa tanto por nefrología como por hematología, ya con mejoría clínica. Como conclusión es muy importante la biopsia tumoral debe analizarse para detectar *H. pylori*. Si *H. pylori* es negativo por histopatología, evalúe con pruebas no invasivas (prueba de antígeno de heces o prueba de aliento de urea). Además, se debe realizar una prueba de hibridación fluorescente in situ (FISH) o reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para t (11; 18) para identificar la translocación de MALT1, que identifica tumores poco probables para responder a la terapia de erradicación de *H. pylori*. Como fue el caso con nuestro paciente.

Palabras clave: linfoma no Hodgkin asociado a mucosa, sangrado tubo digestivo, gastroenterología.

Folio: 0821

Tema: Reumatología

Síndromes antifosfolípidos catastrófico: reporte de caso y revisión de la literatura

Aguilar-Alvarez Jorge Luis, Becerril-Mendoza Lizbeth Teresa, González-Villagrán Fausto Miguel, Barbosa-Cobos Lucía, Maya-Piña Lucía Verónica, Arteaga-Moreno Mayra, Pérez Elizabeth

Hospital Juárez de México

Caso clínico: Masculino de 31 años de con los siguientes antecedentes de importancia: Tabaquismo positivo con IT 1.8 paquetes/año. Consumo de cannabis, cocaína y éxtasis desde los 18 hasta los 30 años. Inició su padecimiento actual en diciembre 2017 con presencia de dolor de tipo pleurítico; se agregó dolor abdominal en epigastrio de tipo cólico irradiado a colon trasverso; edema doloroso en miembros pélvicos con coloración violácea y aumento de la temperatura, con predominio en miembro pélvico izquierdo; acudió con facultativo quien refiere al hospital por documentar trombosis venosa profunda. EF: Destaca el edema con signo de godete en miembro pélvico izquierdo y aumento del perímetro del mismo; de red venosa colateral en tórax y abdomen. Estudios paraclínicos. 1.-Flebotac: con presencia de trombosis desde aurícula derecha la cual se extiende a la cava en todo su trayecto, venas renales, iliaca común izquierda y suprahepática derecha. 2.- AngioTAC de tórax: Presencia de trombosis de ambas pulmonares, con mayor impacto oclusivo derecho; derrame pleural derecho de 10 %. 3.- Ecocardiograma: presencia de trombo intracavitario aurícula derecha. Se inició tratamiento con enoxaparina dosis terapéuticas, ingresó al servicio de reumatología, e iniciaron tratamiento pulsos de metilprednisolona y rituximab.



Ante la presencia de más de 2 sitios de trombosis en paciente masculino con edad menor a 45 años se solicitaron anticuerpos antifosfolípidos, con positividad para anticardiolipina IgG e IgM y anti-. **Discusión:** El diagnóstico de SAFC requiere que se cumplan 4 criterios: afección de 3 o más órganos, manifestaciones simultáneas en 1 semana, evidencia histológica de trombosis vascular, confirmación de la presencia de anticuerpos antifosfolípidos. El tratamiento incluye anticoagulación intensiva, inmunosupresión y tratamiento de factores precipitantes como infecciones. La mortalidad en estos pacientes es de hasta el 50%.

Palabras clave: reumatología, síndrome antifosfolípidos, SAF catastrófico.

Folio: 0822

Tema: Reumatología

Manifestaciones oculares en una paciente con reactivación de poliangeitis con granulomatosis

Escobedo Nicolás¹, Cerda Christopher¹, Uriarte Rodolfo Allan²

¹ Servicio de Medicina Interna;

² Servicio de Reumatología Hospital Universitario UANL

Femenino de 40 años con antecedente de granulomatosis con poliangeitis diagnosticado en 2004 con un debut de presentación de síndrome pulmón-riñón al presentar episodio de hemoptisis, hematuria,

así como características de involucro cutáneo, poliarticular y vías respiratorias superiores. Se mantiene en remisión con azatioprina y prednisona y con seguimiento hasta el 2009, año en el que abandona seguimiento por la consulta de Reumatología. Inicia su padecimiento en mayo de 2017 al presentar edema periorbitario eritematoso con proptosis y disminución de la agudeza visual por el cual acude a la consulta de Oftalmología por lo cual se indica una TAC de órbita contrastada y subsecuentes citas semanales. Abandona clínica de oftalmología sin realizarse TAC hasta 2018 año de su nuevo internamiento, refiere durante este lapso un curso fluctuante de proptosis que disminuye o desarrolla de manera espontánea. En 2018 acude nuevamente a consulta de Reumatología de donde se refiere al servicio de emergencias pensando en exacerbación de enfermedad reumática. Durante su abordaje se realiza una RMN y TAC de cabeza contrastado donde se muestra un proceso linfoproliferativo vs granulomatoso intra y extraconal de órbita izquierda, sin afectación de hueso o cartílago, sin signos de sinusitis crónica. Se valora por oftalmología y reumatología como interconsultantes decidiendo en conjunto tratamiento con prednisona 1mg/kg por día por 2 semanas y programación de biopsia posterior a ciclo de esteroides para confirmación

de pseudotumor ocular. **Conclusión:** La afectación ocular ocurre en el 27% hasta el 70% de los pacientes con Granulomatosis con poliangeitis a lo largo de su vida según la serie de casos presentándose como debut en un 8-16%, por lo cual siempre debemos mantenernos alerta a esta manifestación de la enfermedad.

Palabras clave: poliangeitis con granulomatosis, granulomatosis de Wegener, pseudotumor ocular

Folio: 0823

Tema: Neurología

Síndrome de encefalopatía reversible posterior. A propósito de un caso

Rojas Eduardo, Monreal Claudia

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: el PRES es una entidad descrita por Hinchey en 1996, que tiene manifestaciones neurológicas en grado variable asociados a edema cerebral posterior hemisférico transitorio, visible en las imágenes neurológicas. **Descripción del caso:** Se trata de paciente femenino de 46 años de edad, portadora de Leucemia Mielóide Aguda M4. Que inicia padecimiento al continuar con protocolo de trasplante de médula ósea con presencia de un cuadro de neumonía adquirida a la comunidad y datos de sepsis por neutropenia, con

presencia de estudios de imagen con datos de consolidación basal y aumento de red venosa, así como derrame pericárdico mínimo, por lo que se inicia esquema ARC y etoposido sin embargo con presencia de colecistitis edematosa aguda decidiéndose colecistectomía, sin desarrollo en hemocultivo, urocultivo y liquido biliar, con evolución favorable continuando con protocolo se decide radioterapia corporal total y realizándose trasplante de medula ósea haploidentico, se maneja además con factores estimulantes de colonias de tipo filgastrim y tacrolimus, sin embargo con presencia de alteración del estado de alerta así como aumento de cifras tensionales, presentando además cuadro de crisis convulsiva de tipo tónico-clónicas generalizadas que no remiten con benzodiacepinas por lo que se decide manejo avanzado de la vía área, estudio de imagen con zona de hipodensidad a nivel occipital izquierdo así como RMN con datos de edema posterior bilateral así como micro hemorragias parietales de menos de 5 mm. Lográndose extubacion satisfactoria previo protocolo de destete de ventilación mecánica. **Discusión y Comentario:** Dentro del contexto de esta paciente como observamos la presencia de un síndrome de PRES dentro de las múltiples agentes causales pueden ocasionarlo es el trasplante de medula ósea, inmunosupreso-

res (tacrolimus, micofenolato), quimioterapia a dosis altas. La asociación a un trastorno hematológico de base realmente es rara teniendo solamente como frecuencia en la literatura de menos de 3%, como vemos nuestra paciente reúne varios datos que favorecen la presencia de dicha situación, en este caso los medicamentos inmunosupresores, manejándose cifras tensionales, edema y convulsiones, y lo más importante suspender fármacos que consideramos como agentes causales obteniendo respuesta inmediata ante dicha suspensión así como reversibilidad, aunque depende del tiempo de establecimiento y accionar ya que las reversibilidad a veces no es total y teniendo complicaciones con una tasa de recurrencia mínima, consideramos una patología poco frecuente y muchas veces ignorada siendo de interés para el médico internista ya que su sospecha y manejo precoz mejoran notablemente su pronóstico.

Palabras clave: encefalopatía, reversible, posterior.

Folio: 0824

Tema: Hematología

Vasculitis cutánea linfocítica como presentación inicial de linfoma de Hodgkin en paciente de la tercera edad: reporte de caso

Grajeda Jesús Adrián, Rivera Jesús José, Pacheco Cesar Francisco, Vargas Eleazar, González Carlos Mauricio

Christus Muguerza Hospital del Parque

Introducción: Las vasculitis se caracterizan por tener múltiples etiologías, entre las que se encuentran infecciones, medicamentos, reacciones alérgicas y fenómenos inmunológicos asociados a enfermedades autoinmunes o reumáticas. En ciertos casos, esta patología puede preceder al diagnóstico de neoplasias malignas, principalmente de origen hematológico, con un curso principalmente benigno e indolente si se manifiesta al principio o con un comportamiento fulminante en etapas avanzadas de la neoplasia. A continuación se describe el caso de una paciente femenina de 82 años en la que su cuadro inicialmente se manifestó como una vasculitis cutánea y que posteriormente el abordaje diagnóstico demostró un linfoma de Hodgking Etapa IVBS. Caso clínico. Femenina de 82 años con antecedentes de HAS y DM2 de 30 años de evolución en adecuado control. Inicia su padecimiento 3 meses previos a su ingreso con astenia, adinamia, ataque al edo. general, fiebre nocturna no cuantificada y diaforesis. En ese lapso, aparece dermatosis en miembros pélvicos caracterizada por la presencia de maculas eritematosas de aspecto purpúrico las cuales no desaparecen a la digitopresión. Los síntomas aumentan de manera progresiva los cuales son motivo de ingreso a cargo del servicio de



Medicina Interna. A su ingreso llama la atención linfopenia de 0.9 y trombocitopenia de 87, con unas globulinas de 4.4, así como adenomegalias palpables en cadena cervical anterior, axilar anterior e inguinal superficial bilateral los cuales son de consistencia pétreo, adheridos a planos profundos y no dolorosos. Se solicita la valoración por el servicio de Reumatología y Hematología, quiénes solicitan una TAC toracoabdominal contrastada y biopsia de piel de las lesiones. En los paraclínicos, se reporta infiltrado intersticial interlobulillar en lóbulo superior derecho asociado a nódulos pulmonares bilaterales compatibles con carcinomatosis linfangítica, así como múltiples ganglios axilares, mediastinales, mesentéricos y cadenas ilíacas sugestivos de actividad infiltrativa y esplenomegalia; la biopsia de piel reporta endovasculitis con infiltrado predominantemente linfocítico. Se decide realizar una biopsia de ganglio linfático de cadena axilar anterior izquierda la cual reporta un resultado histopatológico compatible con linfoma de Hodgkin variedad depleción linfocítica. Por cuestión de recursos económicos, la paciente decide su traslado a otra institución. Discusión. Las vasculitis asociadas a malignidad son un fenómeno relativamente raro, asociándose principalmente a neoplasias hematológicas, aunque con una relación causa-efecto no

bien dilucidada, pudiéndose tratar de un hallazgo fortuito o un síndrome paraneoplásico. En el anterior caso, las manifestaciones clínicas que orientaron a pensar en una causa secundaria de la vasculitis, fueron la avanzada edad de presentación, la púrpura progresiva sin antecedentes de afección sistémica asociado a vasculitis primarias, así como las anomalías presentes en la serie roja y la globulina alta en una paciente con albumina baja (3.0). Dentro de las causas mejor estudiadas de vasculitis, se encuentran los trastornos reumatológicos o autoinmunes, además de los medicamentos; nuestra paciente no contaba con ninguno de los antecedentes anteriormente mencionados, por lo que resultaba obligatorio descartar algún proceso neoplásico, considerando que incluso dentro de las vasculitis como granulomatosis con poliangeitis o arteritis de células gigantes, la edad de presentación sobrepasa los picos máximos de incidencia de las vasculitis anteriormente mencionadas, siendo las más frecuentes en los pacientes de la tercera edad. **Conclusión:** Es imprescindible descartar una etiología neoplásica en una vasculitis cutánea asociada a síntomas sistémicos de presentación en la tercera edad, con un pronóstico ligado a la malignidad asociada y al tipo de vasculitis manifiesta.

Palabras clave: vasculitis, linfoma, paraneoplásico, reumatología, hematología.

Folio: 0825

Tema: Nefrología

Lesión renal aguda AKI III secundario a mordedura por serpiente de la especie Bothrops

Jiménez Diego Francisco, González Israel Abraham

Hospital General de México

Paciente de 54 años, trabajador de labores del campo, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Una semana previo a su ingreso es mordido por serpiente del género *Bothrops* en segundo dedo de su mano derecha, es hospitalizado en su estado natal durante 6 días recibiendo suero antiviperino y posteriormente egresado. Acude a urgencias en donde se observa equimosis en dedo índice de falange distal y edema miembros inferiores, en sus resultados de laboratorio iniciales al ingreso se reporta elevación de azoados con urea de 280 mg/dl y creatinina 13.1 mg/dl, gasometría arterial con acidosis metabólica de anion gap normal descompensada con acidosis respiratoria, resto de resultados de laboratorio con glucosa de 97 mg/dl, ácido úrico 9.8 mg/dl, Sodio 124 mEq/l, Potasio 4.6 mEq/L, Cloro 88 mEq/L, calcio 8.6, fósforo 5.1, magnesio 2.1, se toma examen general de orina con reporte de células epiteliales escasas, leucocitos por campo: 1, eritrocitos por campo: 2, proteínas 20 mg/dl, gravedad específica: 1.008. Durante su

estancia también se observa disminución de los volúmenes urinarios hasta $< 0.3 \text{ mg/kg/hr}$, con los datos clínicos se identifica lesión renal aguda AKI III se inicia reanimación hídrica para manejo, sin embargo, el paciente desarrolla retención hídrica manifestado por aumento del edema de miembros inferiores y congestión pulmonar, sus controles de laboratorio reportan elevación de azoados, con urea de 306 y creatinina de 14. Se decide inicio de terapia sustitutiva de la función renal con hemodialisis a la que pasa el día siguiente a los controles reportados con ultrafiltrado de 800 ml, posterior a la misma mejora su estado clínico con disminución del edema y de su la ventilación, se realiza ajuste de soluciones a 2000 ml por día (tanto de soluciones intravenosas como por vía oral), en su primer día se calcula uresis total de 1.89 mg/kg/hr , se realiza ultrasonido renal con riñones de 95 mm por 50 mm, dilatación de las pirámides y relación corteza-médula conservada. Últimos controles de laboratorio con urea de 178 y creatinina de 9, se decide retiro de catéter y egreso para control por consulta externa. De los factores de riesgo para lesión renal aguda por mordedura de serpiente esta el tiempo transcurrido hasta llegada al hospital, albuminuria, disminución de la hemoglobina y elevación de bilirrubinas, en este caso se identifica por disminución del volumen urinario,

elevación de azoados y ausencia de otros factores de riesgo (comorbilidades como diabetes o hipertensión).

Palabras clave: Bothrops, lesión renal, hemodialisis.

Folio: 0826

Tema: Hematología

Mutación C677T del gen MT-FHR como causa de infarto cerebral; reporte de caso

Guerrero Lorena¹, Castañeda Luis Manuel², Ruiz Ana Luisa³, Mares Adán Rafael⁴, Rivera Dante Jesús⁵

¹ Universidad Nacional Autónoma de México; ² Universidad La Salle; ³ Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey; ⁴ Universidad Autónoma de Morelia; ⁵ Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es la tercera causa de muerte y principal de incapacidad en el mundo, es así tanto en países desarrollados como en desarrollo. En su forma fenotípica isquémica constituye 80% aproximadamente de todos los eventos cerebrovasculares. La isquemia cerebral es un desorden multifactorial, en el que contribuyen componentes genéticos y ambientales. Los factores genéticos se conjugan con los factores de riesgo convencionales, como hipertensión arterial, diabetes y niveles de homocisteína, que a su vez interactúan con el ambiente en el desarrollo de aterosclerosis.

Sin embargo, los factores genéticos son poco estudiados. Por lo cual presentamos el siguiente caso. Paciente femenino de 53 años, con antecedente de trastorno bipolar; sin otro antecedente de importancia. Sin historia heredofamiliar de eventos isquémicos. Ingresó con cuadro súbito con hemiplejía fasciocorporal derecha y afasia transcortical motora, discalculia, disgrafía y dislexia, con una puntuación a su ingreso al Servicio de Emergencias, de 8 puntos en la escala NIHSS. Se ingresa para protocolo diagnóstico. El estudio tomográfico demostró una zona hipodensa en brazo anterior de cápsula interna izquierda, redondeada de bordes regulares de dimensiones de $5.1 \times 4.5 \text{ mm}$ en sus ejes mayores. Estudios iniciales de laboratorio indicaron niveles de colesterol total 101 mg/dl , colesterol HDL 29 MG/DL , colesterol LDL 35.8 mg/dl , colesterol VLDL 36.2 mg/dl , triglicéridos 181 mg/dl , leucocitos $5230/\text{uL}$, leucocitos $5230/\text{uL}$, hemoglobina 13.3 g/dl hematocrito 39.45% , plaquetas 215 mil . Se continúa con protocolo diagnóstico y se descartan principales causas, a nivel cardíaco, relacionado con arritmias, alteración a nivel de placa aterosclerótica. Al descartarse principales causas durante el seguimiento se solicitan niveles de homocisteína en 1.89 mmol/L ($5\text{-}12 \text{ mmol/L}$), proteína C, S, antitrombina III, anticardiolipina, anti-Beta 2



Glicoproteína, anticoagulante lúpico y anticuerpos antinucleares (anti-DNA y Hep-2) negativos. Nivel de TSH en 3.43 mUI/L. Se realiza estudio genético para mutación factor V de Leiden y mutación G20210A del factor II resultaron negativos. Finalmente se confirmó la presencia de la mutación C677T del gen tetrahidrofolato reductasa (MTHFR) en estado homocigota por técnica de reacción en cadena de la polimerasa. **Conclusiones:** Se han estudiado genes de la hemostasia, que controlan el metabolismo de la homocisteína, de la enzima convertidora de la angiotensina, de la sintetasa del óxido nítrico así como otros más. La homocisteína por sí sola, ha sido considerada un factor aterogénico en enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. Se ha demostrado que el genotipo RMTHF C677T causa cambios en el A222V con un efecto sobre la enzima que produce un incremento de los valores de la homocisteína. La 5,10-MTHFR es una enzima que interviene en el metabolismo de la homocisteína, aminoácido sulfurado producto intermedio del metabolismo de la metionina, que a su vez procede de las proteínas de la dieta. La homocisteína se metaboliza por dos vías posibles: remetilación o transulfuración. Desde hace más de 40 años se sabe que la hiperhomocisteinemia grave se asocia a arterioesclerosis y

trombosis arterial prematura, pero no ha sido hasta hace unos años cuando la hiperhomocisteinemia leve-moderada se describe como factor de riesgo independiente de aterosclerosis y trombosis. Por tanto, la variante termolábil de la MTHFR (mutación C677T) ocasiona una hiperhomocisteinemia leve-moderada, que a su vez ha sido relacionada con la enfermedad cerebrovascular.

Palabras clave: hiperhomocisteinemia, C677T, gen MTHFR, infarto, cerebral, caso.

Folio: 0827

Tema: Infectología

Reporte de caso: mucormicosis rinocerebral

Cruz Pedro Enrique, Barragán Gabriel, Madrigal Jorge Luis, Mayoral Miguel Angel, Domínguez Eloy, Mendoza Onasis Abdiel

Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso

Masculino 36 años de edad, chofer. Antecedentes de alcoholismo positivo durante 5 años, ingesta diaria durante el último año, diabetes mellitus tipo 2 de 2 años de diagnóstico sin tratamiento. Inicia su padecimiento con astenia, adinamia, fatiga, descontrol glucémico (glucosa 460 mg/dl), acude a hospitalización detecta cifras de presión arterial 80/40 mmHg, frecuencia cardíaca 130 x min., cetonuria, acidosis metabólica, se diagnostica cetoacidosis diabética,

respondiendo al tratamiento con insulina/hidratación, y 2 días después inicia con lesión necrótica a nivel de fosas nasales y paladar blando, se inicia tratamiento con Imipenem y vancomicina sin respuesta al tratamiento, y presentado después crisis convulsivas, y estupor, realiza TAC de cráneo donde se diagnostica hipodensidad a nivel frontal bilateral, y requiriendo apoyo ventilatorio, se realiza biopsia reportándose hifas compatible con mucormicosis, se inicia tratamiento con anfotericina a dosis de 0.7 mg/kg/peso, con mala evolución, falleciendo el paciente 1 semana después del tratamiento. **Palabras clave:** diabetes, cetoacidosis, mucormicosis.

Folio: 0829

Tema: Infectología

Síndrome inflamatorio de reconstitución inmune paradójico por *Mycobacterium colombiense* en un paciente con infección por VIH

Iniestra Oscar Francisco, Lezama Jezer Ivan, Juárez Abigail
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (SIRI) es una complicación clínica de pacientes con VIH que inician terapia antiretroviral. El espectro clínico fluctúa entre presentación de una nueva infección (desenmascaramiento) al empeoramiento de una infección previamente identificada

(paradójico). *Mycobacterium colombiense* es un miembro recientemente reconocido como miembro del Complejo *Mycobacterium avium* complex. La expresión clínica de la enfermedad causada por este patógeno varía desde las infecciones respiratorias bajas hasta la diseminación sanguínea en pacientes inmunocomprometidos. **Objetivo:** Reportar un caso de SIRI paradójico secundario a *M. colombiense*. **Presentación del caso:** Hombre de 38 años con Infección por VIH en mayo del 2018. CD4+ nadir de 22 cel/mm³ y CV basal de 111886 copias/ml. Herpes Zoster hace 1 año en distribución de L2. Neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (08/06/2018) por cuadro de fiebre, diaforesis y tos en accesos no productiva con disnea. En tomografía se observó patrón reticulonodular y adenopatías mediastinales, retroperitoneales de aspecto infiltrativo, así como lesiones de espacio hepáticas múltiples nodulares hipodensas difusas con leve hepatomegalia. Síndrome de desgaste (pérdida de 10 kg en 2 meses, diarrea y fiebre de 1 mes de evolución). Dentro del abordaje intrahospitalario se determinó: VDRL neg, coproparasitoscópicos y coprocultivos negativos. Anti HCV (-), Ag HBs (-), perfil TORCH con memoria para herpes, CMV. BAAR en expectoración negativos. hemocultivos para piógenos negativos. Bicitopenia (anemia n-n, trombocitopenia. Se inició

tratamiento con TMP/SMX y esteroides. Por persistencia de fiebre (>1 semana) a pesar de tratamiento antibiótico se inicia doxibal + claritromicina + flucanazol (15/06/2018) en espera de reporte de cultivos. Mielocultivos para hongos y piógenos negativos. Mielocultivos para micobacterias: crecimiento de *Mycobacterium colombiense* (31/07/2018). Se inició tratamiento antirretroviral con TDF/FTC + EFV el 11/07/18. Se ajustó tratamiento con rifampicina 400 mg/d + etambutol 600 mg /d + claritromicina 500 mg 1x2. Reingresa el 20/08/18 con dolor abdominal, náuseas llegando al vómito, fiebre y diarrea con moco sin sangre. En tomografía de control se observa hepatoesplenomegalia y engrosamiento de la pared del colon sigmoide, ciego y parte del ileon con niveles hidroaéreos y reforzamiento a la administración de contraste sin adenopatías regionales. Se tomaron hemocultivos, coproparasitoscópicos, coprocultivos y BAAR en heces con resultados negativos. Se continuó manejo para micobacterias, tratamiento antirretroviral y se agregó esteroide a dosis de 1.5 mg/kg/d con lo cual mejoro clínicamente, actualmente sin fiebre. **Discusión:** Este síndrome provoca una respuesta inflamatoria desproporcionada durante la reconstitución inmune en respuesta a antígenos circulantes que ocasiona daño tisular severo llegando a ser fatal durante los primeros 3-6 meses

después del inicio de la TAR; de ahí la importancia de identificar el empeoramiento o la recurrencia de signos y síntomas en pacientes que inician terapia antirretroviral en fases avanzadas (CD4 ≤ 50 cels/mm³) con oportunistas en tratamiento. Se debe descartar toxicidad relacionada a medicamentos u otras coinfecciones agregadas. De esta forma la presencia de manifestaciones inflamatorias en piel o ganglios documentada durante la exploración física, empeoramiento radiológico con base a estudios de imagen o endoscópico, así como datos histopatológicos de inflamación, granulomas o necrosis pueden integrar el diagnóstico de un SIRI paradójico cuando se tiene identificado un agente antimicrobiano causal. El tratamiento se basa en la administración de antiinflamatorios no esteroideos, esteroides sistémicos así como continuar terapia ARV y manejo específico para la infección oportunista identificada.

Palabras clave: *Mycobacterium colombiense*, SIRI, micobacteriosis, VIH, paradójico, reconstitución inmune.

Folio: 0830

Tema: Nefrología

Evaluación costo-beneficio de la colocación del catéter para diálisis peritoneal vía percutánea modificada vs colocación quirúrgica en pacientes del programa de diálisis peritoneal
Gomez Luis Carlos¹, Méndez Socorro², Rivera Hector¹



¹ Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutierrez ISSSTE; ² Hospital General General José María Morelos y Pavón ISSSTE

Introducción: La insuficiencia renal crónica es un problema de salud mundial y México no está exento de esta problemática. Sólo el 15 % de la población mundial se encuentra en programa de diálisis peritoneal. En México hay 38,000 pacientes en diálisis, el 80% con la modalidad peritoneal. **Antecedentes:** El reto desde el inicio del tratamiento de sustitución por diálisis peritoneal ha sido prolongar la supervivencia. El manejo de la insuficiencia renal terminal tiene una opción terapéutica, de fácil aplicación, más barata y es la aplicación de dispositivos a través de la pared abdominal. La opción quirúrgica para la instalación de los catéteres blandos son motivo de consideraciones sobre su comportamiento postoperatorio y los porcentajes de disfunción y los altos costos que estas fallas provocan a los recursos de los hospitales donde son tratados este tipo de pacientes. La instalación por vía percutánea es una técnica novedosa que ofrece ventajas con una disminución de la estancia hospitalaria, disminución en complicaciones postoperatorias así como menor presencia de infecciones nosocomiales. **Objetivo:** Comparar el beneficio clínico y económico de la colocación del catéter tenckhoff

por vía percutánea modificada y técnica quirúrgica en los pacientes con enfermedad renal crónica 5 KDIGO en el periodo enero 2016 a junio 2018. **Metodología:** Tipo de estudio: observacional analítico transversal Se revisaron 100 expedientes de los pacientes que se encuentran en programa de diálisis peritoneal que ingresaron del mes de Enero del 2016 hasta 30 de junio 2018. De los cuales 44 recibieron intervención percutánea modificada y 47 recibieron intervención quirúrgica para la instalación de catéter de diálisis. Todos los pacientes contaban con valoración preoperatoria previa a la intervención y fueron clasificados con un riesgo quirúrgico de ASA II y contaban con un IMC de 25 a 35 Kg/m². Criterios de Inclusión: Pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5 KDIGO inscritos al programa de diálisis peritoneal con instalación de catéter tipo tenckhoff en modalidad percutánea modificada. Pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5 KDIGO inscritos al programa de diálisis peritoneal con instalación de catéter tipo tenckhoff con abordaje quirúrgico. Criterios de Exclusión: Pacientes con enfermedad renal crónica estadio V KDIGO inscritos al programa de diálisis peritoneal de quienes no se tenga conocimiento del tipo de instalación del catéter tipo tenckhoff. Criterios de Eliminación: Pacientes con enfermedad

renal crónica estadio 5 KDIGO inscritos inicialmente al programa de diálisis peritoneal con instalación del catéter tenckhoff en modalidad percutánea modificada o quirúrgica que abandonaron el programa. Pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5 KDIGO inscritos al programa de diálisis peritoneal que requirieron retiro y recolocación de catéter tenckhoff por cualquier motivo. **Resultados:** Las complicaciones con catéter de diálisis en modalidad percutánea modificada vs quirúrgica fueron menos ($p < 0.05$), de estos la peritonitis fue la complicación más frecuente. Del mismo modo los días de estancia hospitalaria registrados al realizar la comparación fueron menores ($p < 0.05$) en la modalidad percutánea. Los costos fueron menor en el grupo de técnica percutánea modificada. **Discusión:** En este estudio se obtuvieron resultados concordantes con lo expuesto por Moncrieft JW, quien observó una reducción en la incidencia de peritonitis en la modalidad de diálisis peritoneal continua ambulatoria instalados en modalidad percutánea. Como lo reflejado por D.A. Méndez, el incremento del número de implantación del acceso peritoneal percutáneo ha permitido reducir los tiempos de espera en servicios de hospitalización y urgencias. **Conclusión:** Se demuestra la importancia del abordaje percutáneo en la disminución de complicaciones

asociadas a la instalación de cateter para diálisis peritoneal.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, diálisis peritoneal, técnica quirúrgica, técnica percutánea, cateter tenckhoff, costo-beneficio.

Folio: 0831

Tema: Infectología

Enfermedad poliquística del adulto y sepsis urinaria por *Acinetobacter baumannii* reporte de un caso

Seriñá Luis Gabriel, Reyes Oblesther, Moreno Stephanie, Cabrera Diana Sofía, González César, Cruz Antonio
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad poliquística se debe a mutaciones en los genes PKD1/PKD2, muchos de los casos son de herencia autosómica recesiva, sin embargo existe hasta un 25% de individuos sin antecedentes familiares, siendo una enfermedad que cursa con falla renal en un alto porcentaje, las infecciones quísticas en estos pacientes están descritas en la literatura, siendo difíciles de tratar debido a la poca penetración de los antibióticos a los quistes, requiriendo incluso de drenajes percutáneos o tratamiento quirúrgico.

Exposición del caso: hombre de 56 años, sin HF de enfermedad poliquística, diabetes mellitus tipo 2 de 8 años de diagnóstico, enfermedad renal crónica en hemodiálisis de 3

meses de diagnóstico, acude a Urgencias síndrome urémico de manifestaciones gastrointestinales y neurológicas, hematuria, fiebre, lumbalgia y dolor abdominal en flanco derecho a la palpación tumoración en esa región, no irritación peritoneal. Se inicia abordaje de estudio de probable cáncer renal, urocultivos con *A.baumannii*, se inicia tratamiento con colestimetato/meropenem. Se realiza tomografía en la cual se reportan quistes renales complicados, múltiples quistes hepáticos. **Conclusiones:** Ante la ausencia de historia familiar la sospecha se debe de hacer con la presencia de quistes bilaterales, > 10 en cada riñón, en ausencia de otra patología renal, en este caso nuestro paciente tenía riñones aumentados de tamaño incluso se llegaban a palpar en la exploración. Aparte de presentar quistes hepáticos múltiples lo que es altamente sugestivo de enfermedad poliquística.

Palabras clave: PKD, *Acinetobacter*, sepsis, urinaria, enfermedad poliquística.

Folio: 0832

Tema: Endocrinología

Feocromocitoma: reto diagnóstico de hipertensión secundaria en paciente joven

Blancas Luis Angel, Sánchez Eduardo, Gonzaga Teresa Ivonne, Angeles Abish, López Gerardo

Hospital Central Norte de México

Introducción: Es una neoplasia neuroendócrina de células cromafin que biosintetizan, almacenan, metabolizan y secretan concentraciones elevadas de catecolaminas y sus metabolitos. La incidencia es de 2 a 8 casos por millón, es frecuente en la 4a y 5a décadas de la vida. La prevalencia en la población hipertensa es de 0.2 a 0.4%. La frecuencia del feocromocitoma esporádico es 75% intraadrenal, 9-23% se desarrollan de tejido cromafin extraadrenal y se denominan paragangliomas. En el estudio de hipertensión arterial secundaria es probable detectar masas suprarrenales, de las cuales más de 90% son benignas y menos de 15% son funcionales. Los tumores suprarrenales asociados con hipertensión arterial secundaria son el feocromocitoma, el adenoma suprarrenal productor de aldosterona y los tumores productores de glucocorticoides. **Objetivo:** Conocer y sospechar de feocromocitoma como diagnóstico diferencial de hipertensión arterial refractaria a tratamiento en el paciente joven. **Presentación del caso:** Masculino de 35 años, con diagnóstico reciente de hipertensión arterial en manejo con losartán 50 mg cada 24 horas. Inicia desde hace 1 año y medio con taquicardia, diaforesis profusa, cefalea, presenta descontrol hipertensivo por lo que se agrega amlodipino 5 miligramos cada 12 horas, prazosina 1 miligramo cada 8 horas y



propranolol 20 miligramos cada 8 horas. Persiste con cuadro clínico a pesar de tratamiento médico establecido por lo que acude a urgencias, donde se ingresa por crisis hipertensiva con 250/180 mmHg de presión arterial, se toman laboratorios de control sin alteraciones en la biometría hemática, con ligera elevación de los azoados, electrocardiograma de 12 derivaciones con datos de hipertrofia ventricular izquierda. Se realiza ultrasonido renal que reporta una tumoración redondeada, de componente mixto, ecogénica, dependiente de glándula suprarrenal derecha; se solicitan niveles de metanefrinas debido a la sospecha diagnóstica, con elevación tanto en plasma como en orina. Se realiza adrenalectomía laparoscópica derecha con tratamiento médico previo a base de prazosina y nifedipino; se envía pieza quirúrgica para estudio histológico, corroborándose el diagnóstico de feocromocitoma. **Conclusiones:** El diagnóstico de feocromocitoma es poco frecuente, ya que incluso en el estudio de la hipertensión arterial secundaria en paciente joven representa menos del 1%, sin embargo es de suma importancia conocer y sospechar de esta patología en pacientes jóvenes con hipertensión refractaria y con estudios de imagen donde se identifique tumoración adrenal, como en el caso de nuestro paciente. Se debe dar un diagnóstico rápido

para iniciar un tratamiento con bloqueo alfa o beta bloqueo previo al manejo quirúrgico el cual es el tratamiento de elección.

Palabras clave: feocromocitoma, hipertensión arterial, metanefrinas, endocrinología.

Folio: 0833

Tema: Oncología

Patología linfoproliferativa como diagnóstico diferencial de tumor de células germinales testicular en un paciente con síndrome doloroso abdominal persistente

Cruz Carlos, Amscheridam Schajrit Esther, Muñoz Omar, Sánchez Hiralda, Cervantes Erika, Reyes Daniel
Hospital General de México

El cáncer de testículo es el tumor sólido más frecuente entre los 20 y 34 años de edad. Los tumores de células germinales corresponden al 90-95 % de casos, de los cuales un 10% se pueden localizar en mediastino, sistema nervioso central y retroperitoneo. Presenta diseminación linfática a los ganglios retroperitoneales, adyacentes a la aorta y vena cava inferior. La tasa de curación se aproxima al 90 %. Este es el caso de un hombre de la tercera década de la vida, con cuadro clínico de linfadenopatía cervical y dolor abdominal persistente. Se sospecha de síndrome linfoproliferativo, solicitando biopsia excisional y estudio tomográfico de extensión para

estadificar y determinar tratamiento. Hombre de 26 años de edad, ayudante de construcción, con antecedentes de etilismo positivo durante 11 años de manera ocasional, consumo de marihuana durante 6 años sin especificar cantidad de consumo. COMBE negativo. Niega antecedentes de enfermedades de transmisión sexual. Inicia padecimiento actual 6 meses previos al ingreso con linfadenopatía supraclavicular izquierda de 1 cm de diámetro, no dolorosa, posteriormente se agrega dolor en epigastrio tipo cólico, intensidad 7/10, sin mejoría con el consumo de analgésicos, además de fiebre no cuantificada de predominio nocturno acompañada de diaforesis. Persiste con aumento del dolor abdominal y crecimiento de linfadenopatía. Ingres a servicio de urgencias valorado como abdomen agudo sin requerir manejo quirúrgico, por lo que pasa a cargo de nuestro servicio. A la exploración física se encuentra con cuello asimétrico, a expensas de linfadenopatía única supraclavicular izquierda pétérea de 8 cm fija a planos profundos, no dolorosa, sin otras adenomegalias. Abdomen con hiperestesia, con resistencia muscular aumentada, con dolor a la descompresión, hepatomegalia a 6 cm debajo del borde costal y esplenomegalia. Genitales sin alteraciones. Se realiza radiografía de tórax con presencia múltiples radio opacidades

de 1-2 cm en región parahiliar derecha de bordes regulares. Se reportan los siguientes exámenes: leucocitos $8.4 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos $7 \times 10^3/\mu\text{L}$, linfocitos $6 \times 10^3/\mu\text{L}$, hemoglobina 12.9 g/dl, hematocrito 38 %, plaquetas $328 \times 10^3/\mu\text{L}$, urea 28.8 mg/dl, creatinina 1.0 mg/dl, ácido úrico 7.6 mg/dl, albúmina 3.27 g/dl, bilirrubina total 0.76 mg/dl, AST 21 U/L, ALT 12 U/L, DHL 1178 U/L, fosfatasa alcalina 103 U/L, electrolitos sin alteraciones, pruebas de coagulación sin alteraciones. Se sospecha de síndrome linfoproliferativo solicitando beta 2 microglobulina de 0.24 mg/L, velocidad de sedimentación globular 88 mm/hr. No se realiza biopsia por no contar con un ganglio con características adecuadas. Durante su estancia persiste con dolor abdominal generalizado sin mejoría con analgesia, asociando a crecimientos ganglionares. Se solicitan marcadores tumorales con alfafetoproteína 471.14 ng/ml, antígeno carcinoembrionario 2.27 ng/ml, fracción de hormona gonadotropina coriónica mayor a 1390 mUI/ml. Se procede a realizar ultrasonido testicular sin contar con alteraciones clínicas documentándose patrón de calcificaciones con microlitiasis en ambos testículos con aumento de la vascularidad. Se realiza tomografía de extensión donde se observan conglomerado que encasilla estructuras arteriales y venosas

a nivel de mediastino supra y subaórtico, con conglomerados a nivel de arterias pulmonares de bronquios primarios, nódulos intrapulmonares con uno dominante del segmento 9, con colapso pulmonar de segmentos basales, hepatomegalia a expensas de lóbulo derecho, conglomerado ganglionar de la raíz del mesenterio y del retroperitoneo. Se realiza valoración por oncología teniendo un estadio III, indicando de manera inicial manejo con cisplatino, vimblastina, bleomicina observando disminución del dolor abdominal, así como mejoría del cuadro clínico, continuando seguimiento en dicho servicio. La tasa de curación documentada es del 70 %, con tasa de supervivencia a dos años del 77%.

Palabras clave: tumor de células germinales, síndrome doloroso abdominal, síndrome linfoproliferativo, conglomerados ganglionares, marcadores tumorales, microlitiasis.

Folio: 0834

Tema: Infectología

Histoplasmosis en paciente con VIH en hospital de tercer nivel al noreste de República Mexicana: reporte de caso

Martinez Javier Alejandro, De Leon Ana Laura, Nañez Homero, Sánchez Hector Mauricio, Nuzzolo Laura, Sánchez Karen
Hospital Universitario José Eleuterio González Gonzalitos Universidad Autónoma de Nuevo León

La histoplasmosis es una enfermedad infecciosa importante entre los pacientes con SIDA avanzado y continúa causando morbilidad y mortalidad severas en áreas endémicas, particularmente en entornos de recursos limitados, siendo la histoplasmosis una enfermedad que define SIDA en más del 50 por ciento de los pacientes afectados en algunas regiones. Acude a servicio de urgencias paciente femenina de 43 años de edad originaria y residente de Monterrey Nuevo León, escolaridad primaria, casada, ama de casa con antecedentes heredofamiliares negado. Antecedentes personales no patológicos de tabaquismo 3 paquetes año inactivo, resto negados. IVSA 18 FUM 39 años NCS 2 y G3P3A0C0. Antecedentes personales patológicos de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina 850 mg cada 12 horas, de VIH diagnosticado en febrero de 2017 con mal apego a tratamiento Inicia con astenia, adinamia, hiporexia de 1 mes de evolución, al cual se agrega 2 semanas previas a su ingreso fiebre no cuantificada de predominio nocturno acompañada de tos no productiva por lo que deciden acudir a urgencias de nuestra institución. Ingresa a urgencias con TA 100/90 FR 14 FC 88 T° 37.7 se solicitan estudios de laboratorio donde se consigna pancitopenia y se solicita ingreso por medicina interna. A la exploración física



la paciente se encontraba caquética con mucosas secas, orientada en tiempo espacio y persona. Sin lesiones en piel o mucosas. Torax con adecuada entrada y salida de aire, ruidos cardiacos rítmicos y simétricos con adecuado tono e intensidad, abdomen plano con peristalsis presente sin dolor a la palpación ni visceromegalias. Extremidades eutróficas y simétricas con adecuado tono y pulsos. Fuerza muscular 5 de 5 en todas las extremidades así como sensibilidad preservada. ROTS 2 cruces y simétricos. Durante su abordaje, los estudios paraclínicos se observa una hb 4.40 hto 13.7 wbc 1.55 lym .357 neu 1.13 plt 34.5, se solicitan retis 1 por lo que se interconsulta a hematología. Tele de torax adecuada, por lo que se decide realizar un aspirado de medula ósea pro parte de hematología e infectología en donde se observa infiltrada por micelio intracelular, se realiza buffy coat positivo para histoplasmosis. Se inicia tratamiento para histoplasmosis con anfotericina IV por 24 días teniendo recuperación sintomática al 8 día de tratamiento. Su día de egreso la paciente se encontraba con hb 9.77 hto 29.1 wbc 1.18 lym .103 neu .821 plt 80. Se siguió por la consulta externa por parte de infectología en donde la paciente ya esta teniendo un apego adecuado a antirretrovirales y antifímicos con mejoría clínica Diversos estudios reportan que en países primer

mundistas, la enfermedad diseminada por histoplasmosis por lo general ocurre en pacientes que no están tomando terapia antirretroviral en el momento del diagnóstico (3). Dado la gran cantidad de pacientes que se encuentran con diagnóstico de VIH y mal apego al tratamiento se encuentra la gran importancia de promover la relación médico paciente para así conseguir un apego óptimo al tratamiento.

Palabras clave: VIH, histoplasmosis, fungias, SIDA.

Folio: 0835

Tema: Hematología

Una extraña leucemia; leucemia bifenotípica riesgo alto CD20 +

Trejo Irving, Cruz Natali, Zamora Elia
Pemex

Introducción: La leucemia aguda, que se origina a partir de células madre linfoides o mieloides, se clasifica como leucemia linfoblástica aguda (LLA) o leucemia mieloide aguda (LMA) según las características morfológicas, citoquímicas e inmunofenotípicas. La leucemia aguda de linaje ambiguo, comprende menos del 4% de todas las leucemias, más común en hombres, entre la tercera y quinta década de la vida, y se define como la leucemia aguda indiferenciada que no tiene un único antígeno específico del linaje y expresa antígenos que pertenecen a múltiples linajes

diferentes en diversos grados no pertenece a un solo linaje según la clasificación de la WHO 2008, y se puede clasificar en 4 tipos posibles, mieloide/B, mieloide/T, B/T, y en ocasiones un linaje triple, mieloide/B/T.

Objetivo: Se presenta este caso, por ser una presentación poco habitual y conocida de esta enfermedad, lo cual nos ha permitido revisar la literatura en cuanto a criterios de diagnóstico y manejo. **Exposición de caso clínico:** Masculino de 47 años, originario y residente de Cd. Madero, Tamaulipas. Ocupación pailero. Inicio padecimiento tres semanas previas a su ingreso, con la presencia de fiebre no cuantificada, de predominio diario, a su revisión presencia de ganglios en cadena cervical bilateral de medio cm de diámetro, astenia, adinamia, así mismo se refiere pérdida ponderal de 13 kg en 2 meses sin causa aparente. Al momento de su revisión: Tensión arterial 110/80 mmHg, Frecuencia cardiaca 98 lpm, Frecuencia respiratoria 18, Saturación 93% al aire ambiente. Examen físico: Presencia de cadena ganglionar cervical bilateral de al menos medio centímetro de diámetro. Paraclínicos: Biometría hemática, con presencia de leucocitosis, acompañado de anemia y trombocitopenia, reticulocitos elevados, ferritina elevada, proteína c reactiva elevada, frotis de sangre periférica con presencia de blastos linfoides y

mieloides, química sanguínea con presencia de descontrol glicémico, electrolitos séricos; se aprecia una hiponatremia hipovolémica, pruebas de funcionamiento hepático con una elevación de deshidrogenasa láctica, gasometría arterial con presencia de alcalosis respiratoria, examen general de orina normal, citometría de flujo con presencia de marcadores positivos (CD 10, CD 19, CD 20, CD 33, CD 13, cd 79, mieloperoxidasa intracitoplasmática), cariotipo 46xy, PCR PARA BCR/ABL positivo.

Conclusión: La leucemia aguda bifenotípica / o de fenotipo mixto, es una forma muy rara de malignidad hematológica, con pocos casos reportados, la cual representa un dilema diagnóstico y terapéutico. En este caso se revisaron los nuevos criterios who 2008, los cuales son útiles para las decisiones del diagnóstico y tratamiento. El principal problema que se presenta en esta entidad es el comportamiento agresivo y la elección del régimen terapéutico. En este paciente se dio quimioterapia de rescate con esquema R- HCVAD.

Palabras clave: leucemia, bifenotípica, linaje mixto, cd20+, inmunofenotipo, riesgo alto.

Folio: 0836

Tema: Dermatología

Micetoma abdominal. Caso clínico

Infante Ana Teresa¹, Paredes Orlando¹, Rivera Ofelia²

¹ Hospital General Regional No. 1 Ignacio García Tellez Instituto Mexicano del Seguro Social Merida Yucatan; ² CMN Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social

Hombre de 56 años originario de Tizimín, Yucatán. Campesino. Inicia hace 9 meses con dermatosis de 1 año de evolución con nódulo en región infraumbilical desconoce mecanismo de lesión, en dos meses incrementa volumen y nuevas lesiones nodulares, plimorfias con fístulas de drenaje purulento. Se agrega fiebre no cuantificada de tres semanas de inicio. Exámenes con leucocitosis neutrofílica, anemia grado I normocítica normocrómica, función hepática y renal conservadas. El cultivo de secreción por aspiración con aguja fina encontrando *Nocardia brasiliensis*. En tomografía simple y contrastada abdominopélvica sin mayor afectación a órganos internos. El tratamiento con imipenem en combinación con amikacina, es efectivo y bien tolerado y debe considerarse en pacientes con riesgo o afección visceral. Sus ventajas con respecto a la combinación de amikacina con sulfonamidas incluyen menor riesgo de efectos adversos y reducción de días de hospitalización imipenem a dosis de 500 mg por vía intravenosa cada 6 h en combinación con amikacina a dosis de 15 mg/kg por vía intramuscular

cada 12 h durante 21 días, al egreso función hepática, renal normales. El micetoma es una enfermedad crónica y progresivamente destructiva que afecta piel, tejido celular subcutáneo, músculo, hueso en los peores casos, la prevalencia por regiones predomina en ambiente tropical y subtropical, en 2013 la OMS reportó 8,763 casos de los que se encuentra actinomicetomas 97.2%, el género *Nocardia* es el más frecuente 86.5% y hongos eumicetomas 2.8%. Las lesiones suelen ser en zonas expuestas al trauma como miembros pélvicos sin embargo en este caso hablamos de una localización menor frecuente reportada en menos del 5% de los casos. El diagnóstico El diagnóstico en la mayoría de los casos suele ser clínico, encontrando la triada de masa subcutánea indolora, fístulas con secreción y granos.

Palabras clave: micetoma, abdominal, tratamiento.

Folio: 0837

Tema: Gastroenterología

Desenlaces de los pacientes sometidos a cortocircuito portosistémico intrahepático transyugular y factores asociados a mortalidad en una institución mexicana

Ruiz Jesús Alejandro, Olivas Antonio, Zavala Gerardo, Carrillo Eduardo, Muñoz Sergio Gabriel, Torre Aldo

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán



Introducción: La realización de cortocircuitos portosistémicos intrahepáticos transyugulares (TIPS) como tratamiento de hipertensión portal se describió desde 1982; sin embargo, la evaluación de sus desenlaces en población latinoamericana no ha sido descrita. **Objetivo:** Conocer los desenlaces de los pacientes sometidos a TIPS en una institución de referencia mexicana. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de pacientes sometidos a TIPS de enero de 2000 a agosto de 2017 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se recabaron variables demográficas y clínicas al momento del procedimiento y en el seguimiento. **Resultados:** Se encontraron 67 pacientes, la mayoría mujeres (59.7%), y con medianas de edad de 51 años (17-68) y de seguimiento de 11 meses. El 83.6% tenían diagnóstico de cirrosis, de los cuales la mayoría tenían etiología criptogénica (41.1%). Al momento del procedimiento, 16.1% tenían estadio Child A, 50% Child B y 33.9% Child C, con un MELD-Na promedio de 15.9 +/- 6.31. Las complicaciones más frecuentes fueron encefalopatía hepática en 43.3% y disfunción en 40.3%, siendo estenosis la causa más frecuente de disfunción (51.9%). La mortalidad global fue de 31.3%. En el análisis multivariado se encontró tener un MELD-Na > 15 como un factor asociado a mortalidad

con RRa 4.81, IC 95% (1.37, 16.88), y presentar hemorragia gastrointestinal pre-TIPS como factor asociado a encefalopatía post-TIPS con RRa 3.15, IC 95% (1.28-7.74). **Conclusiones:** Los desenlaces en cuanto a complicaciones y mortalidad de los pacientes sometidos a TIPS en una institución mexicana, son similares a lo reportado por la literatura mundial. En pacientes con hemorragia gastrointestinal pre-TIPS es importante reforzar medidas antiemión posteriores al procedimiento.

Palabras clave: portosistémico, cirrosis, derivación, tips.

Folio: 0838

Tema: Cardiología

Síndrome de Reel, complicación poco frecuente tras la implantación de marcapasos.

Reporte de caso

Prado Pamela Michelle¹, Juárez Karim Yarek², Sánchez Carmen Alicia¹, Ezquerro Alejandro¹, Villalón Jorge¹, Hermosillo Brenda Alejandra¹, Gay Paulina Mariel¹

¹ Hospital Ángeles Mocol;

² Centro Médico Nacional La Raza

Antecedentes: El síndrome de Reel es una complicación temprana poco frecuente tras el implante de marcapasos. Dentro de los factores de riesgo propuestos se encuentran el sexo femenino, bolsillos amplios, mala fijación del generador de pulso, tejido subcutáneo redundante y manipulación externa. Sin embargo,

aún no hay evidencia suficiente en la literatura que sustente dichas asociaciones. **Descripción del caso:** Masculino de 72 años con antecedente de colocación de marcapasos unicameral por fibrilación auricular seis semanas previas a su ingreso. Acude a valoración por presentar mioclonías y singulto de tres días de evolución. A la exploración física sin hallazgos relevantes. Radiografía de tórax con migración de electrodo hacia vena cava superior, y enrollamiento de cable en el generador. Electrocardiograma con falla de sensado y captura. Posteriormente se recolocó el marcapasos, el paciente presentó remisión de la sintomatología y se mantuvo sin complicaciones durante seguimiento. **Métodos** Se realizó una revisión de la literatura de 2011 a 2018 en las bases de datos Pubmed, Clinical Key y SciELO, utilizando los términos "Síndrome de Reel", "Migración de marcapasos" y "Síndrome de Twiddler" se seleccionaron siete reportes de caso y un artículo de revisión publicados en revistas indexadas. **Resultados** Este síndrome se caracteriza por la rotación del generador eléctrico sobre su eje transversal y el enrollamiento subsecuente de los electrodos alrededor de este, usualmente se presenta dentro de las primeras seis semanas post colocación. Las consecuencias de su desplazamiento pueden ser estimulación frénica, pérdida del sensado y/o captura e

incluso la muerte. **Conclusiones:** El síndrome de Reel es una entidad poco reconocida con graves consecuencias, por lo que debe considerarse durante el seguimiento temprano tras la implantación de un marcapasos.

Palabras clave: Reel, marcapasos, complicaciones, twiddler, electrofisiología, cardiología.

Folio: 0839

Tema: Cardiología

Síndrome de Stoke Adams como presentación clínica de un paciente con miocardiopatía no compactada

Gómez Luis Carlos, Alcantar Mayra Miroslava, Ceballos Martha Esmeralda, Rivera Hector
Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutierrez ISSSTE

Introducción: La miocardiopatía no compactada (MCNC) es una enfermedad rara, que probablemente surge en el periodo embrionario que determina trabeculaciones miocárdicas prominentes con recesos intertrabeculares profundos y espesamiento del miocardio en dos capas distintas. La prevalencia varía de 0.014% a 1.26%. Las manifestaciones clínicas son altamente variables. La ecocardiografía es el procedimiento diagnóstico más utilizado, sin embargo, el poco conocimiento de la enfermedad posterga el diagnóstico.

Justificación: La MCNC es una entidad subdiagnosticada, con una amplia variedad de pre-

sentaciones clínicas. Un mejor conocimiento de esta patología permitiría un adecuado abordaje y tratamiento, la importancia de la ecocardiografía es indiscutible. A nuestra paciente se le implanto un marcapaso temporal urgente y posteriormente uno definitivo con un egreso hospitalario satisfactorio a los 7 días. **Caso clínico:** Presentamos una paciente femenina de 65 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial sistémica en tratamiento con amlodipino en adecuado control, es hospitalizada por episodios convulsivos tónicos clónicos generalizados con alteración del estado de alerta, sin relajación de esfínteres, de 2 minutos de duración, sin presencia de traumas, niega náuseas, cefalea, alteraciones visuales u otra sintomatología. Afebril. Examen físico: mucosas rosadas hidratación normal, murmullo vesicular conservado no estertores FR 16 por minuto. Ruidos cardiacos bradicardicos 36 por minuto buen tono no soplos no S3 no S4. Abdomen. blando depresible no doloroso a la palpación no irritación peritoneal, sin visceromegalias. Sistema nervioso central: pupilas isocóricas normoreactivas. fuerza muscular conservada 5/5, sensibilidad conservada, Reflejos osteotendinosos normales. No signos meníngeos. Sin déficit neurológico posterior al evento. Exámenes complementarios: Biometría hemática Leucocitos 7.6 Neu 6.1 Hb

14 gr/L plaquetas 165000, electrolitos séricos Sodio: 136 mEq/L Potasio: 4 mEq/L Cloro 105 mEq/L, tomografía cráneo: no se evidencia atrofia, sin imágenes hipo o hiperdensas, no hematomas, sistema ventricular sin compresiones, sin desplazamiento de línea media. Electrocardiograma con bloqueo auriculoventricular tercer grado con disociación auriculoventricular. Ecocardiograma: Múltiples trabéculas prominentes con espacios intertrabeculares en el segmento apical del ventrículo izquierdo, doppler color con evidencia de flujo entre los espacios intertrabeculares, relación capa no compactada/compactada > 2. Evolución: Se solicitó valoración por Cardiología requiriendo colocación de marcapasos definitivos con egreso hospitalario satisfactorio. **Conclusiones:** La MCNC se debe tener en cuenta en pacientes con insuficiencia cardiaca, arritmias o eventos tromboembólicos de etiología no clara. Su diagnóstico temprano mejora el pronóstico de los pacientes. Existen diversos diagnósticos diferenciales como cardiopatía hipertrófica, amiloidosis, tumores etc, deben tenerse en cuenta incluso requiriéndose realización de resonancia magnética nuclear para un adecuado diagnóstico. Se debe realizar screening a los familiares para descartar MCNC familiar, en este caso se considero forma aislada de presentación.



Palabras clave: miocardiopatía, bloqueo auriculoventricular, convulsiones, marcapasos, embriogénesis.

Folio: 0840

Tema: Oncología

Tumor neuroectodérmico primitivo pulmonar primario en el adulto, patología torácica poco frecuente. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Chávez Oswaldo Alan¹, Rumbo Uriel², Recinos Elio German², Duarte Alejandra², González Jorge Alfredo³, López Marco Antonio¹

¹ Hospital General de Ecatepec Dr. José María Rodríguez;

² Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas; ³ Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Antecedentes: Los tumores neuroectodérmicos primitivos (TNEP) son neoplasias de células redondas pequeñas con origen en la cresta neural fuera del sistema nervioso central. Los tumores de células pequeñas y redondas (TCRP) con este origen incluye: el tumor de Askin, el sarcoma de Ewing, el neuroblastoma y el rabdomiosarcoma y los TNEP. En la región toracopulmonar, los TNEP afectan principalmente a la pared torácica y rara vez se presentan como una neoplasia pulmonar primaria sin embargo suelen ser agresivos.

Objetivo: Exponer el caso de un tumor neuroectodérmico

pulmonar primario y revisión de la literatura. **Caso clínico:** Masculino de 27 años, originario y residente de Morelos, estudiante. Niega antecedentes relevancia para el padecimiento incluyendo tabaquismo. Inició su padecimiento en noviembre 2017 con hiperestesia en región anterior del brazo y antebrazo izquierdo y parestesias en dedo medio, anular y meñique. Acude a valoración médica en primer nivel, encontrando tumoración supraclavicular izquierda y en radiografía de tórax derrame pleural bilateral. Se hace envío a INER donde se realiza toracocentesis reportando exudado linfocítico con ADA bajo, sin células malignas. En tomografía de tórax se observa una masa en segmento antero-medial del pulmón izquierdo y engrosamiento pleural. Se realizó toma de biopsia pleural mediante toracosopia, observando pleura engrosada de 4 mm con lesiones nodulares nacaradas dispersas en toda la cavidad pleural, pulmón y diafragma. Se tomaron múltiples biopsias de pleura con hallazgo de células neoplásicas redondas y ovoides con citoplasma eosinófilo de núcleos redondos con marcadores positivos para CD99, sinaptofisina, enolasa neuronal específica, ACE y vimentina. El reporte final dicta un tumor neuroectodérmico primitivo. Valorado por oncología como etapa clínica IV y por comportamiento agresivo inició quimioterapia

con Ifosfamida, cisplatino y epirrubicina. Actualmente en tratamiento con progresión de la enfermedad. **Discusión:** Los TNEP pulmonares aún son de histogénesis incierta. La edad promedio de presentación es 32.3 años y predominio por sexo masculino. Los sitios más comunes de origen son huesos largos. Otros sitios reportados son hígado, riñones y suprarrenales y poco frecuente en pulmón. Los síntomas más comunes de TNEP pulmonares son tos, disnea, hemoptisis y dolor torácico, pero no tiene signos específicos. El diagnóstico lo define la presencia de células redondas pequeñas con marcadores positivos para CD99 en complemento con otros marcadores que descarten la presencia de otras neoplasias malignas. El tratamiento generalmente ocupa resección quirúrgica cuando es posible. La recomendación actual para quimioterapia son vincristina, doxorubicina y ciclofosfamida que se alternan con ifosfamida y etopósido. La radioterapia es preferida lesiones pulmonares limitadas, Tiene un mal pronóstico con sobrevida de 8 meses. **Conclusión:** Los TNEP son neoplasias poco frecuentes, de comportamiento agresivo y con pobre pronóstico. Por lo tanto, pese a la baja incidencia reportada solo en series de casos, la identificación temprana puede brindar una mejor opción terapéutica e incrementar la sobrevida.

Palabras clave: tumor, neuroectodermico, primitivo, pulmonar, primario, adulto.

Folio: 0841

Tema: Hematología

Fibrosis quística coexistente con linfoma B difuso de células grandes en paciente ingresado en el Hospital General de México. Reporte de caso

Mora Ana María, Ayala Ivonne Alexandra, Moreno Stephanie Zenaida, Arias Karina Ivonne, Galicia Viridiana, Sánchez Virginia Hipólita, Rosales Victor Hugo

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

La fibrosis quística es una enfermedad autosómica recesiva, afecta principalmente personas de raza blanca; se estima una prevalencia de 1 caso por 10,000 habitantes, con una sobrevivencia de 35-40 años, siendo las infecciones pulmonares la principal causa de mortalidad. Patología ocasionada por la mutación del gen que codifica la proteína CFTR (ubicado en el cromosoma 7), responsable del transporte de cloro en las células. Se caracteriza por presencia de quistes en el parénquima pulmonar, insuficiencia pancreática exocrina, elevación del cloro en el sudor, obstrucción intestinal debido a estreñimiento crónico, poliposis nasal, patología hepática y diabetes. **Descripción de caso:** Hombre de 32 años, quien cuenta con los siguientes an-

tecedentes: madre finada por complicaciones de fibrosis quística; diagnóstico de fibrosis quística a los 4 años, recibiendo múltiples tratamientos farmacológicos no especificados y fisioterapia pulmonar, ingreso previo por ectima gangrenoso. Inicia su padecimiento actual 7 días previos a su ingreso con dolor abdominal generalizado, tipo cólico, distensión abdominal, meteorismo y diaforesis profusa con disnea de pequeños esfuerzos. A la exploración física paciente caquético, postrado, lesiones papulares con centro necrótico en rostro, cuello con adenopatías cervicales anteriores, supra e infraclaviculares bilaterales, no dolorosas, de 1-3 cm de diámetro, fijas, tórax con estertores en velcro, abdomen distendido, doloroso a la palpación, no megalias, adenopatías axilares e inguinales de mismas características, extremidades hipotróficas, con dedos en palillo de tambor y deformidad cubital de ambas manos. Ingresó con función renal conservada, dentro de la biometría hemática anemia leve, trombocitopenia. Se realiza abordaje descartándose patología quirúrgica abdominal, considerándose además existencia de estreñimiento crónico por patología de base. Debido a la presencia de diaforesis profusa, alteraciones en biometría hemática y adenopatías múltiples, se realiza protocolo de estudio con sospecha de linfoma, el cual se

corroboró con elevación de beta 2 microglobulina 3.85 y se realizó biopsia de adenopatía cervical reportando linfoma B difuso de células grandes. Se solicita inmunohistoquímica y cariotipo para inicio de quimioterapia. **Conclusiones:** Las principales neoplasias asociadas con fibrosis quística son las que involucran el tracto digestivo, sin embargo, a consecuencia de la afección sobre el cromosoma 7, también se ha observado su mutación en casos de linfoma, leucemia, cáncer de vejiga, malformaciones en rostro, manos y sordera. La dificultad de este caso radica en el inicio temprano de quimioterapia, sin embargo, se debe valorar el incremento de riesgo de infecciones pulmonares derivado de la afección pulmonar que los predispone aunado con la inmunosupresión ocasionada por los fármacos y algunos de ellos generan mayor fibrosis a nivel pulmonar.

Palabras clave: fibrosis quística, linfoma B difuso, cromosoma 7.

Folio: 0842

Tema: Neurología

Síndrome de sagging una demencia frontotemporal asociada a hipotensión intracraneana espontánea: reporte de caso

Del Río Viridiana¹, Lopez Bianca Eunice¹, Rodríguez Marco Antonio¹, Guajardo Jaime Alberto², Diaz Enrique Juan³, Rodríguez Leopoldo Federico

¹ Universidad La Salle Facultad Mexicana de Medicina/



Hospital Ángeles del Pedregal;
² Tecnológico de Monterrey/
Hospital Ángeles del Pedregal;
³ Facultad Mexicana de la Uni-
versidad La Salle

Introducción: El síndrome de sagging corresponde a pacientes que por neuroimagen presentan datos de hundimiento o herniación de estructuras intracraneales, dichas alteraciones estructurales se acompañan de una demencia frontotemporal variante comportamiento que se define como alteración estructural y metabólica de ambos lóbulos. La presentación clínica de esta patología se caracteriza por una evolución crónica de meses a años, con una alta complejidad para el diagnóstico. **Objetivo:** Exponer el presente caso en su abordaje diagnóstico, mediante la descripción de las alteraciones en neuroimagen características, asociadas a la demencia frontotemporal del paciente, dado el reto diagnóstico que representa esta patología. **Reporte de caso:** Masculino de 56 años de edad, con antecedente de instrumentación de columna lumbar y torácica a los 40 años de edad se presenta a consulta con antecedente de cursar hace 2 años con cuadro clínico caracterizado por cefalea intensa EVA 10/10, la cual refiere como “sensación de agua en cabeza”, que se exacerba con movimientos y actividad física, no cede a la administración de analgésicos, se acompaña de

debilidad generalizada y periodos no mayores a 5 minutos de confusión, somnolencia, desvanecimiento y pérdida del estado de alerta de forma súbita, con recuperación ad integrum, estos episodios se presentaban más de 20 veces por día, por lo que acude con facultativo quien diagnostica por clínica al paciente con meningo-encefalitis de etiología bacteriana/viral e inicia tratamiento, con antimicrobianos y antiinflamatorios esteroideos con lo cual remite dicha sintomatología, sin embargo durante los siguientes 2 años de forma progresiva y fluctuante continua con cefalea de las mismas características, se agrega cervicalgia, fatiga, alteraciones de memoria de corto y largo plazo, deterioro cognitivo poco perceptible, se agregan apneas centrales durante sueño fisiológico, somnolencia diurna, verborrea, desinhibición, incapacidad para concentrarse, ausencia del “insight”, pérdida de la empatía, comportamientos impulsivos, conducta sexual inapropiada, aumento en actividades de riesgo y consumo de alcohol, una semana previa a acudir a consulta inicia con alteraciones para la deglución, aumento de apneas centrales siendo mayores a 30 segundos, alteraciones en la marcha (lateralización izquierda), hipoacusia e incapacidad para realizar actividades de la vida diaria, acude a consulta donde se corrobora dicha sintomatología y se identifica temblor de

acción disdococinesia alterada, Roomberg positivo, índice nariz patológico, sin afección en nervios craneales o signos meníngeos. Se inicia abordaje diagnóstico y se descartan procesos infecciosos o toxicológicos, se realiza punción lumbar con presión de apertura francamente disminuida de 0 mmH₂O, líquido cefalorraquídeo con citológico y citoquímico de características normales, cultivos del mismo negativo, PCR viral y bacteriano negativo. Se realiza resonancia magnética y se identificó herniación transcerebelosa, de las estructuras mediales de ambos lóbulos temporales y del cuerpo calloso así como alargamiento de estructuras intracraneales y paquimeningeas, por lo que se realiza mielografía por tomografía donde se identifica fístula a vena de líquido cefalorraquídeo a nivel de T7, causante del sagging o alargamiento de las estructuras intracraneales y del cuadro clínico del paciente. Se sometió a tratamiento quirúrgico para corrección de fístula, con lo cual presento mejoría parcial de sintomatología. **Discusión:** Se describe el caso clínico de un paciente con hallazgos clínicos y de imagen que asemejan un síndrome frontotemporal, acompañado de hipotensión intracraneana espontánea que ocasiono el alargamiento de las estructuras intracraneales, secundario a la presencia de una fístula de líquido cefalorraquídeo,

todo esto concordando con los componentes del síndrome de Sagging, descritos en los escasos casos publicados de esta patología.

Palabras clave: síndrome de sagging, hipotensión intracraneana, demencia frontotemporal, fistula de líquido cefalorraquídeo, cefalea ortostática

Folio: 0844

Tema: Cardiología

Evolucumab y la disminución de riesgo cardiovascular en pacientes de alto riesgo: serie de casos

Faustino Gladis, Ruiz Ana Luisa, Ceja Ana Isabel, Calzada Jade, Castañeda Luis Manuel
Centro Médico ISSEMyM Ecatpec

Los inhibidores de PCSK9 son medicamentos novedosos para el tratamiento de dislipidemia y disminución de niveles de LDL. Evolucumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe la proteína convertasa subtilina-kexina tipo 9 (PCSK9) y disminuye las lipoproteínas de baja densidad en aproximadamente 60% siendo su administración cada 2 semanas de manera subcutánea. **Objetivo:** Describir las características clínicas y bioquímicas de un grupo de pacientes tratados con Evolucumab así como el perfil de seguridad del tratamiento y cálculo de riesgo cardiovascular a 10 años. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, tipo de serie

de casos. Se definió caso al paciente con dislipidemia y alto riesgo cardiovascular el cual había sido tratado previamente con dosis máxima de estatinas y ezetimiba, que a pesar de tratamiento persistía con cifras elevadas de LDL.

Conclusiones: Los pacientes con dislipidemia tratados a los cuales se les indicó tratamiento con Evolucumab tuvieron mejor perfil aterogénico y mejor pronóstico cardiovascular que aquellos pacientes tratados con esquema tradicional, el perfil de seguridad del tratamiento fue bueno, presentándose pocos efectos adversos.

Palabras clave: dislipidemia, riesgo cardiovascular, evolucumab, estudio clínico.

Folio: 0845

Tema: Endocrinología

Reporte de caso: feocromocitoma-paraganglioma

Mendoza Onasis Abdel, Domínguez Eloy, Barragán Gabriel, Méndez Rosalina, Cruz Pedro Enrique

Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso

Paciente femenino de 24 años de edad, de San Antonio de la Cal. **Antecedentes:** Hipertensión arterial desde los 15 años de edad, en tratamiento con metoprolol 100mg cada 12 Hrs, Prazosin 1 mg cada 12 hrs, diagnóstico de feocromocitoma a los 17 años tratado con suprarrenalectomía derecha. Inicia su padecimiento en

marzo del 2018 con cuadros de mareo, náuseas, cefalea, tinnitus, cifras de presión arterial de 210/120, crisis convulsivas, sin mejoría con tratamiento antihipertensivo a base de captopril, metoprolol, Prazosin, se realizó determinación de metanefrinas con 379 mcg (25-312 mcg), ecocardiograma FEVI 65%, ultrasonido renal con imágenes sugestivas de paraganglioma lateral al riñón izquierdo y lateral a la arteria renal ipsilateral, gammagrafía con se sugiere correlacionar con el estudio de extensión, gammagrafía con hipercaptación a nivel adrenal izquierda, se inicia tratamiento con dosis altas de antihipertensivos y se realiza tratamiento quirúrgico. Actualmente la paciente asintomática.

Palabras clave: crisis hipertensiva, feocromocitoma, paraganglioma, metanefrinas.

Folio: 0846

Tema: Nefrología

Nefritis tubulointersticial y rabdomiólisis secundaria al uso de relajante muscular

Velazco Irali María¹, Zapata Alejandra Deyanira¹, González Abigail¹, Contreras Sarahi¹, Dehesa Edgar², Irizar Sergio Saúl², Meza Cynthia Margarita³

¹ Hospital Civil de Culiacán, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud; ² Departamento de Medicina Interna/Nefrología; ³ Departamento de Medicina Interna Hospital Civil de Culiacán, Centro de Investigación y Do-



cencia en Ciencias de la Salud

Introducción: La nefritis tubulointersticial (NTI) es una causa infrecuente de daño renal agudo (DRA) y constituye el diagnóstico histopatológico en el 2-3% de todas las biopsias renales. Sin embargo, esta puede observarse en el 10 al 25% de los pacientes sometidos a biopsia renal por un episodio de DRA inexplicable o secundario a fármacos. **Objetivo:** Reportar la coexistencia de NTI y rabdomiólisis para resaltar la importancia de la sospecha diagnóstica del DRA secundario a fármacos y de realizar la biopsia renal en estos casos para comprobar el diagnóstico. **Reporte de caso:** Femenino de 23 años, quien hace 4 meses presentó lumbalgia posterior a accidente automovilístico que cedió con la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y esteroides. Una semana previa a su ingreso, presentó nuevamente lumbalgia con intensidad 6/10 que requirió la administración de AINES por vía oral e intravenosa sin remisión de los síntomas por lo que fueron suspendidos y se inició tratamiento con tramadol y relajante muscular (ciclobenzaprina) durante 3 días. Persiste la lumbalgia y se agregó dolor abdominal en epigastrio, náuseas, mialgias y debilidad generalizada por lo que acude a urgencias. En los exámenes de ingreso con CrS de 8.5, BUN 136.91, Na 120, K 7.3, Cl 87, Hb 13, leucocitos 13260, plaquetas 207 000,

EGO con proteinuria, 95-100 leucos x campo con abundantes bacterias y pirocitos moderados, CPK 6400, gasometría arterial con acidosis metabólica, pH 7.32 pCO₂ 32 pO₂ 107 HCO₃ 16 Lac 0.6 y anuria refractaria a diuréticos IV. Se colocó catéter mahurkar y recibió su primera sesión de hemodiálisis sin complicaciones. Se inició tratamiento con 3 bolos de metilprednisolona y posteriormente con deflazacort por vía oral. En el abordaje diagnóstico se solicitaron estudios inmunológicos (ANA's, Anti DNA, C3, C4, ANCA's, FR) los cuales fueron negativos. Se realizó biopsia renal percutánea que reportó nefritis túbulo-intersticial activa con eosinófilos, cambios regenerativos acentuados del epitelio tubular, con restos celulares intratubulares que obligan a descartar rabdomiólisis y lesiones medicamentosas/tóxicas sobreagregadas. La paciente recibió en total 5 sesiones de hemodiálisis; en la consulta externa de nefrología se documentó la recuperación de la función renal 1 semana después del alta hospitalaria, completó el esquema de tratamiento con esteroide por vía oral durante 1 mes y actualmente asintomática con función renal normal. **Discusión:** La NTI es una enfermedad renal aguda inducida por una reacción inmunológica a un antígeno, caracterizada por un infiltrado inflamatorio en el intersticio renal. El 75 al 90% de los casos se deben a

fármacos, principalmente antibióticos, inhibidores de bomba de protones y AINES. En nuestro caso, los fármacos que pudieron haber condicionado la NTI son los AINES y la ciclobenzaprina que había consumido. Por otro lado, existen casos reportados por otros autores de rabdomiólisis por ciclobenzaprina. Solo un tercio de los casos de NTI requieren de terapia de sustitución renal; la gravedad del cuadro en nuestro caso podría estar relacionado al efecto nefrotóxico combinado del proceso inflamatorio, la rabdomiólisis y la nefrotoxicidad por AINES. **Conclusiones:** Solo el 10-20% de los pacientes con NTI presenta la triada clínica clásica de daño renal agudo, rash cutáneo y eosinofilia. Por lo tanto, en el contexto clínico de DRA sin causa aparente, la NTI secundaria a fármacos deberá ser una posibilidad diagnóstica, ya que el retiro precoz del agente causal y el tratamiento médico oportuno en la mayoría de los casos reestablece la función renal.

Palabras clave: nefritis tubulointersticial, ciclobenzaprina, aines, biopsia.

Folio: 0847

Tema: Infectología

Absceso hepático amebiano con formación de fístula hepatopulmonar

Juárez Hilda, Rodríguez Alejandro

Centenario Hospital Miguel Hidalgo

Masculino de 58 años de edad con el antecedente de tabaquismo activo y consumo de alcohol. Inició hace 2 meses con tos seca que progresó a tos productiva con expectoración abundante, hemoptóica, asociada a disnea de inicio insidioso, progresiva hasta manifestarse al reposo, astenia y adinamia. El cuadro fue progresando y al mes de evolución presentó fiebre no cuantificada acompañada de dolor en fosa renal derecha. Acudió con un facultativo se le indicó tratamiento antibiótico para pielonefritis, con remisión de la fiebre y el dolor. Al persistir la tos y evidenciar una pérdida de peso de 6 kg acudió al servicio de urgencias de nuestra institución. A su ingreso se recibió con frecuencia cardiaca de 78lpm, respiratoria 20rpm, afebril, mucosas deshidratadas, expectoración hemoptóica con campos pulmonares con murmullo vesicular, ausente en base derecha, con estertores crepitantes ipsilaterales, vibraciones vocales disminuidas, saturando al 95% al aire ambiente. Se solicitó una radiografía en la que se apreció radioopacidad basal derecha. Dado la edad del paciente y los antecedentes de pérdida de peso y tabaquismo importante, se sospechó un carcinoma broncogénico. Como diagnósticos diferenciales consideramos una neumonía atípica, a descartar una tuberculosis pulmonar. Se solicitaron tinciones gram y

BAAR de expectoración, todas negativas, y una tomografía de tórax en la que se evidenció una lesión quística única en lóbulo hepático derecho de 9.0x7.8x7.8cm, 547cc, con elevación del diafragma ipsilateral y datos sugerente de ruptura a bronquio, atelectasia asociada y derrame pleural mínimo, datos sugerentes de un absceso hepático de origen amebiano. Se solicitaron pruebas serológicas y drenaje guiado por ultrasonido, procedimientos que el paciente no pudo costear. Ante la alta sospecha clínica se inició manejo con metronidazol, evidenciando una rápida mejoría del cuadro y remisión de los síntomas. El paciente fue valorado a las tres semanas, con remisión total del cuadro.

Palabras clave: absceso, amebiasis, fístula, hemoptisis, hepatobronquial, metronidazol.

Folio: 0848

Tema: Cardiología

Tamponade cardiaco como presentación de metástasis pura de variante carcinoma papilar vesical. Reporte de caso

Seniscal Daniel Alejandro, Martínez Ivonne, Guajardo Jaime Alberto, Ortega María José, Díaz Enrique Juan, Rodríguez Federico Leopoldo

Hospital Ángeles Pedregal

Un paciente femenino de 58 años se presenta con disnea progresiva y dolor torácico. Había sido diagnosticada previamente con carcinoma

urotelial invasivo de la vejiga y llevó tratamiento neoadyuvante, aparentemente con remisión patológica. Se evaluó encontrando un derrame pericárdico de aproximadamente 1000cc y se llevó a ventana pericárdica con biopsia pericárdica encontrando metástasis de carcinoma urotelial, se realizó una revisión literaria en la cual se encontraron 6 casos reportados. Detalle Femenino de 58 años, con antecedente de cáncer vesical de tipo urotelioma, tratado con resección en enero 2016 y quimioterapia no especificada a su ingreso. En mayo de 2018 a base de nivolumab, iniciada en mayo de 2018, al momento de ingreso en su tercer de 480mg semanal. Inicia su padecimiento actual 1 semana previa a su ingreso, al presentar edema localizado a miembros pélvicos, de aumento progresivo, sin presentar mejoría. Cuatro días previos a su ingreso, se agrega disnea de esfuerzo, tos sin expectoración, fatiga importante, dolor torácico intermitente, de localización retroesternal, sin irradiaciones, sin descarga adrenérgica, de intensidad 6/10 en EVA. El día 25/07 (ingreso) presenta disnea importante, súbita, con disminución de clase funcional, por lo que acude al servicio de urgencias para abordaje diagnóstico y tratamiento. Como abordaje diagnóstico se le solicitó un Ecocardiograma transtorácico con datos compatibles con tamponade cardiaco secundario a un derrame peri-



cárdico de aproximadamente 868cc Posteriormente se le realiza una pericardiocentesis con citoquímico de líquido pericárdico y biopsia de líquido pericárdico encontrando líquido hemático, turbio, coagulase negativo Se diagnostica un derrame pericárdico de origen infiltrativo neoplásico urotelial de desarrollo subagudo secundario a urotelioma metastásico con actividad en serosa, posteriormente se lleva a ventana pericárdica.

Palabras clave: tamponade cardiaco, urotelioma, tamponade hipotensivo, metástasis pericárdica, derrame pericárdico.

Folio: 0849

Tema: Otros

Inmunodeficiencia primaria, como patología de baja incidencia reporte de un caso

Huerta Alma Diana, Briceño Fernando

Hospital Especialidades CMN La Raza

Femenino de 45 años de edad, protocolizada por el servicio de Medicina Interna por trastorno de la fagocitosis, clínicamente con probable Enfermedad granulomatosa crónica; antecedente de cuadros repetitivos de infecciones de vías respiratorias altas durante la infancia, rinitis alérgica diagnosticada hace 28 años, cuadro de neumonía a los 6 meses de edad, diarrea crónica, trastorno de ansiedad, enfermedad hepática grasa no alcohólica, hernia

hiatal y neumopatía restrictiva, fibromialgia, hipotiroidismo; quirúrgicos: amigdalectomía, colecistectomía, drenaje de abscesos submandibulares. Linfadenectomía en región cervical derecha en enero 2015. Esplenectomía y toma de biopsias en octubre del 2015 por esplenitis infecciosa. Desde 2014, múltiples internamientos por protocolo de estudio por presencia de fiebre sin predominio de horario, pérdida de peso 15 kg y adenomegalias y absceso a nivel cervical derecho. Durante su evolución la paciente curso con cuadros repetitivos de infección a nivel de cuello con abscesos que ameritaron drenaje así como un cuadro de esplenitis infecciosa que amerito esplenectomía. E inicio previo de tratamiento antifímico por infectología por 6 meses, por un PPD mayor 16 mm, resto de estudios negativos. Paciente que cuenta con los siguientes resultados: 15/08/17 AMO: celularidad global aproximada del 50%, con maduración normocítica de las tres líneas hematopoyéticas, sin fibrosis reticulínica. 25/04/2017 IgG 1250, IgA 323, IgM 130. 19/04/2017 TSH 00.36, T4 libre 01.59. T3 libre 3.53. 22/03/2017 NBT 30%, control 57% 15/07/15 ANCA negativo 14/04/15 Anti HVC no reactivo, Anti HBc tota no reactivo, HIV no reactivo, Ag HBs no reactivo. 28/01/15 Cultivo de mycobacterium por broncoscopia negativo. BAAR:

No se observa BAAR. Cultivo de biopsia de ganglio cervical negativo. 15/01/15 Herpes IgM menor 0.5, Herpes IgG 14, CMV IgM 0.17, CMV IgG 11.2, rubeola IgG 103, Rubeola IgM 0.5, Toxoplasma IgG 0.1, Toxoplasma IgM 0.1 B2-micro 1283. 21/09/15 Gammagrama con galio corporal sin evidencia para patología infiltrativa 24/04/2015: biopsia de antro, fondo gástrico: gastritis crónica superficial y profunda de antro y fondo, asociada a infección por *Helicobacter pylori* (+/++++), sin atrofia, ni metaplasia, negativo para neoplasia. 16-07-15: Biopsia ganglio cervical linfadenitis dermatopática, sin datos histológicos de tuberculosis, piel y tejido celular subcutáneo con inflamación cónica granulomatosa con áreas abscedadas y otras fibrosis, sin datos histológicos de tuberculosis. 10/02/15 PPD resultado 17 mm Biopsia rectal 28/01/15: Mucosa colónica con tejido de granulación, con atrofia moderada a intensa. Paciente femenino de la sexta década de la vida, quien ante el cuadro clínico presentado y las pruebas de patología, NBT con un resultado de 30%, se concluye diagnóstico de inmunodeficiencia primaria se solicita valoración por servicio de Alergología y se envía a protocolo de trasplante de médula ósea siendo aceptada para el procedimiento.

Palabras clave: inmunodeficiencia primaria, caso clínico.

Folio: 0850

Tema: Gastroenterología

Insuficiencia hepática y sangrado gastrointestinal en un paciente con síndrome de telangiectasia hemorrágica hereditaria

Montes Zyanya Lorely, Domínguez Andres, López Viridiana, Angel Diego, Reyna Ricardo Orson

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM)

Introducción: El síndrome de Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria Ó Síndrome de Osler Rendu-Weber es una enfermedad con patrón autosómico dominante que afecta la vasculatura de numerosos órganos, entre ellos hígado, cerebro, pulmón, tracto gastrointestinal y afección mucocutánea. La prevalencia es de de 1.5 a 2 personas por cada 10,000 personas. **Reporte de caso:** Se presenta caso de Masculino de 51 años de edad, con antecedente de madre con episodios recurrentes de epistaxis. Refiere epistaxis de manera eventual, con consumo aproximado de 184 gr de alcohol diario por 23 años. Padecimiento actual presencia de sangrado de tubo digestivo alto, con evacuaciones melénicas. A la exploración física se encuentra con Glasgow de 15, hipertrofia parotídea, con dermatosis diseminada que afecta cara, labios y mucosa oral, cuello sin alteraciones, Abdomen blando depresible sin

ascitis. Extremidades integras sin alteraciones con presencia de eritema palmar e hipotrofia tenar. Se recaban paraclínicos: BH leucocitos 6.50 PMN 73.6% LINF 18% Hemoglobina : 4.70 Hematocrito 17%. sin afección de perfil de coagulación ni perfil hepático, con USG de hígado con bordes regulares parénquima heterogéneo Porta de 15.4 mm. Esplenomegalia .Panel Viral No reactivo para Hepatitis B, C, VIH. Se realiza endoscopia donde se reportan presencia angiectasias de predominio en laringe, mucosa oral y antro y fondo gástrico. **Discusión y conclusiones:** Masculino con consumo etílico crónico, con signos clínicos y ultrasonográficos de hipertensión portal. Se ha identificado que el consumo de alcohol es un factor de riesgo de sangrado en pacientes con hipertensión portal y cirrosis, sin embargo paciente con 3 criterios de Curacao (epistaxis espontánea recurrente, presencia de telangiectasias, e historia familiar (madre). Ante esto con diagnóstico definitivo de síndrome de telangiectasia hemorrágica hereditaria, con involucro gastrointestinal, causa del sangrado actual.

Palabras clave: síndrome telangiectasia hemorrágica hereditaria, sangrado de tubo digestivo alto, cirrosis hepática, hepatopatía alcohólica, hipertensión portal.

Folio: 0851

Tema: Neurología

Cefalea atípica secundaria a trombosis del seno lateral derecho por trombofilias primarias: factor V Leiden homocigoto y metileno-tetrahidrofolato reductasa

Guajardo Jaime Alberto, Solís Emmanuel, Díaz Enrique Juan, Rodríguez Federico Leopoldo
Hospital Ángeles del Pedregal

La trombosis venosa cerebral (TVC) representa alrededor del 0.5% de los casos de enfermedad vascular cerebral a nivel mundial. La cefalea, así como los déficits focales y las crisis convulsivas constituyen las principales manifestaciones, con el 89, 50 y 35% de frecuencia respectivamente, y su etiología varía dependiendo de la región estudiada, en la actualidad se reporta que la TVC se relaciona considerablemente a trombofilia genética o adquirida en el 34,1%, secundaria al uso de anticonceptivos orales en el 58,6% y a infecciones locales o sistémicas en el 12,3% de los pacientes. Se expone el caso de una paciente femenina de 47 años quien ingresa al Hospital Ángeles Pedregal en la Ciudad de México por un cuadro de cefalea frontal y retroocular de intensidad moderada/grave acompañado de ligera y discreta desviación de la comisura labial hacia la izquierda, con movimientos oculares conservados, nistagmo espontáneo (-), nistagmo provocado (+) a la mirada hacia la izquierda



no fatigable, sensación de inestabilidad con Romberg negativo, Romberg sensibilizado positivo a la izquierda, Tándem inestable sin caídas, Fukuda negativo, Babinsky Weill lateralizó a la izquierda. Se realizó venorresonancia en donde se identificó trombosis del seno lateral; durante el abordaje de trombofilias, solicitándose estudio genético donde se identificó doble mutación Factor V Leiden homocigoto y Mutación de la Metileno Tetra Hidrofolato Reductasa (C677T) por lo que se inició manejo con anticoagulante a base de heparina de bajo peso molecular a dosis terapéutica. La venorresonancia se considera como una de las técnicas más específicas para el diagnóstico de trombosis de seno venoso, así como la presencia de defectos genéticos y alteraciones en la coagulabilidad. El motivo de la revisión del presente caso es valorar la prevalencia de Trombosis venosa cerebral y trombofilias reportadas en la población mexicana.

Palabras clave: factor V de Leiden, trombosis venosa cerebral, genética, cefalea.

Folio: 0852

Tema: Infectología

Tuberculosis el gran simulador neoplásico

Lerma Valery Fabiola, Basurto Daniel Alberto, Piñeiro Claudia Monserrat

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La tuberculosis pélvica es un reto diagnóstico, representa ~2% de las causas extrapulmonares, simulando procesos neoplásicos. En la actualidad el CA-125 representa un marcador eficaz de sospecha y seguimiento a la respuesta de tratamiento antituberculosis.

Objetivo: Presentación de caso con diagnóstico de tuberculosis pélvica, y elevación CA-125 como potencial marcador diagnóstico y de seguimiento.

Material y métodos: Femenino de 27 años de edad, combe positivo, resección parcial de ovario derecho un año previo descartando proceso maligno. Tos crónica productiva con expectoración blanquecina, disneizante, úlceras en cavidad oral, pérdida de peso de 4 kg en un año, negando fiebre o diaforesis. Protocolizada en primer nivel de atención como probable tuberculosis sin estudios concluyentes, por lo que solo recibió tratamiento sintomático. Acude a facultativo por dolor pélvico, determinando nuevamente patología ovárica siendo referida a ginecología, en donde se realiza ultrasonido endovaginal que reporta: quiste simple en ovario izquierdo, lesión hipoecoica en ovario derecho, líquido libre en cavidad pélvica a descartar lesión neoplásica, se solicitan marcadores tumorales reportando CA-125 elevado (130 U/ml). Valorada por el servicio de oncología solicitando revisión de laminillas del procedimiento

quirúrgico previo reportando; tejido adiposo y ovárico con inflamación crónica granulomatosa con células gigantes tipo Langhans y necrosis caseosa compatible con infección por tuberculosis. Con dicho resultado es enviada al servicio de Infectología, en donde se realiza PPD con resultado de 15mm, BAAR en secreción bronquial seriado negativo, se extiende estudio con tomografía toraco-abdominal, reportando infiltrado pulmonar con árbol en gemación, nódulos pulmonares bilaterales con afectación en ápices y bases de predominio derecho, líquido libre en cavidad pélvica, engrosamiento nodular del ligamento redondo derecho. Ante la alta sospecha por antecedentes, clínica, hallazgos histopatológicos y marcadores bioquímicos se decide iniciar tratamiento para tuberculosis diseminada, proponiendo un esquema inicial de 6 meses de tratamiento. Durante el seguimiento del primer mes de tratamiento cursa con disminución importante de tos, recuperación de 2 kg en 1 mes y disminución de CA-125 a 60 U/ml. **Discusión:** La tuberculosis mimetiza una gran cantidad de padecimientos y en su variante peritoneal puede comportarse clínicamente como cualquier otra enfermedad abdominal. La afectación pélvica es rara con prevalencia del 1.8%. En las mujeres, se presenta con alteraciones del ciclo menstrual, amenorrea, esterilidad o

metrorragia posmenopáusica. Los hallazgos radiográficos no suelen ser específicos reportando líquido libre. Sin embargo, puede simular neoplasia, como en el caso presentado con elevación de CA-125 secretado por el epitelio celómico, complicando aún más el diagnóstico. Ronay et al. han informado la localización inmunohistoquímica de CA-125 alrededor del granuloma tuberculoso. El cultivo positivo de líquido de ascitis puede variar de un 20 a un 80%, con muy baja sensibilidad. El diagnóstico preciso se obtiene por medio de estudio histopatológico observando lesiones granulomatosas tuberculoideas. Los niveles de CA-125 disminuyen conforme mejoran la imágenes radiológicas de torax, la conversión de esputo ácido-rápido. Sus niveles descienden al final de los dos meses de tratamiento, volviendo a la normalidad al cuarto mes de tratamiento.

Palabras clave: tuberculosis, peritoneal, simulador, neoplásico.

Folio: 0853

Tema: Reumatología

Expresión de ACPA en artritis reumatoide y enfermedad periodontal en hospital de segundo nivel

Carlos Blanca Nohely, Olán Francisco, Hernández Éufrates, Hernández Guadalupe, Hernández Alejandra

Hospital de Alta Especialidad Gustavo A Roviroso Pérez

Introducción: La prevalencia de enfermedad periodontal es mayor en pacientes con AR, la correlación clínica entre ambos se caracteriza por inflamación crónica, erosión ósea, daño del tejido blando perióstico, respuestas inmunitarias celulares y humorales similares y una predisposición inmunogenética común. En 1970, se detectaron anticuerpos dirigidos contra la queratina en suero de pacientes con AR, el antígeno principal fueron los filamentos proteicos que se unen a los epítomos que contienen citrulina, se observó que la presencia de estos, tiene impacto como factor pronóstico en pacientes con AR, estos son más específicos (90%) para AR que el FR; 76% de sensibilidad, 99% de especificidad se ha encontrado para Porfirinoma gingivalis. En los últimos años, se ha publicado evidencia internacional creciente que sugiere la correlación entre la periodontitis (PO) y la artritis reumatoide (AR), numerosos estudios muestran que los pacientes con AR es más probable que tengan PO de moderada a grave en comparación con la población sana. Algunos autores incluso han encontrado una incidencia 4 veces mayor de AR en pacientes con PO. P. gingivalis es el único microorganismo documentado para expresar peptidilarginin deaminasa, que permite a las personas con periodontitis estar expuestas a antígenos citrulinados, pre-disponiéndolas al desarrollo

de ACPA. Los niveles de anticuerpos IgG e IgA contra P. gingivalis, junto con otros organismos periodontopáticos, tales como P. intermedia, P. nigrescens y T. forsythia, fueron más altos en suero y líquido sinovial de AR. **Objetivo:** Evaluar la expresión de ACPA en pacientes con AR y PO en Hospital de Segundo Nivel. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Población: 100 pacientes, con diagnóstico de Artritis Reumatoide, a los que se les cuantificó el nivel de anti CCP y se realizó evaluación dental; de los cuales 50 cumplieron con los criterios de inclusión. Las variables utilizadas fueron: género, edad, años de evolución de la enfermedad, terapia con anticuerpos monoclonales, valores de ACPA, historia familiar de AR, tabaquismo. **Resultados:** la prevalencia de AR asociada a PO fue del 30% (15 el total de pacientes 6% eran hombres y 94% mujeres. La edad promedio de los pacientes fue de 48.4 años con un rango de 22 a 69 años. Los pacientes bajo tratamiento con agentes biológicos tenían bajos títulos de ACPA. La expresión de Anti CCP y la presentación clínica de ambas enfermedades fue mayor, predominando en las mujeres; en más de la mitad con una evolución de la enfermedad de 5 a 10 años y altos niveles de ACPA. Los pacientes con títulos elevados de ACPA, que todavía no tenían PO, presentaron datos sobre gingivitis, pulpitis y caries



de dentina. De los pacientes que presentaron ambas enfermedades, 20% eran fumadores. Historial familiar de AR en 20%. Encontramos inmunogenicidad en 2 líneas familiares. **Conclusión:** en pacientes con AR, PO fue más prevalente; ACPA se ha detectado con gran especificidad en el suero y la membrana sinovial de pacientes con AR. Las intervenciones sinérgicas tempranas que modulan la respuesta del huésped pueden mejorar significativamente la calidad de vida, así como los enfoques de tratamiento contra la etiología bacteriana.

Palabras clave: artritis reumatoide, periodontitis, porfirromona gingivalis, citrulinización, anticuerpos antipéptido citrulinado.

Folio: 0854

Tema: Hematología

Un caso inusual de ascitis: enfermedad de Castleman multicéntrica variante de POEMS

Muñoz Brenda Daniela, Martínez Daniella Itzel, Gomez Carlos, Morales Teresa Catalina, Careaga Daniel, Lopez Adriana, Espinosa Laura

Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General Regional 251, Metepec

Introducción: El síndrome de POEMS conocido también como síndrome de Takatsuki y enfermedad de Crow-Fukase es un raro trastorno paraneoplásico con afectación multisistémica, resultado de alteración a nivel de las células plasmáticas.

Existen criterios obligados: polineuropatía y desorden monoclonal de células plasmáticas los cuales están presentes en el 100% de los casos. Los criterios mayores enfermedad de Castleman, lesiones escleróticas y elevación del factor de crecimiento endotelial vascular. Entre los criterios menores se encuentran: Hepatoesplenomegalia, linfadenopatías, sobrecarga extravascular de volumen, endocrinopatía, lesiones cutáneas, trombocitosis o policitemia. El diagnóstico se basa en la integración de características clínicas y paraclínicas; debiendo estar presentes los dos criterios obligados, un criterio mayor y uno menor. Aproximadamente 15% de los pacientes con Síndrome de POEMS tienen enfermedad de Castleman asociada. **Caso clínico:** Femenino 34 años, sin antecedente de enfermedades crónicas. Inicio padecimiento con edema en extremidades y ascitis secundaria a hipertensión portal; recibió tratamiento inicial con diuréticos con respuesta parcial, evolucionando con parestesias y ascitis a tensión, en diversas ocasiones requirió paracentesis evacuadora, motivo por el que ingresa a hospitalización. A su ingreso se evidencia engrosamiento e hiperpigmentación cutánea generalizada, ascitis a tensión, edema facial y en cuello, derrame pleural bilateral, debilidad muscular, parestesias, hepatoesplenomegalia adenopatías axilares e inguinales. Se

realizó biopsia de adenopatía reportando: Enfermedad de Castleman de tipo mixto. Ante la sospecha de Síndrome de POEMS se realizó electroforesis de proteínas séricas la cual reporto gamapatía monoclonal, electromiografía con polineuropatía sensitivo motora desmielinizante con daño axonal distal. TAC con múltiples adenopatías a nivel axilar, en cadena mamaria interna y en cadena iliaca interna, lesión esclerótica en tercer arco costal, Ecocardiograma con derrame pericárdico e hipertensión pulmonar. En biometría hemática trombocitosis y anemia. Perfil Hormonal con hipotiroidismo primario e hiperprolactinemia. Ante este cuadro clínico y apoyados de estudios de gabinete y laboratorio se concluye Enfermedad de Castleman Multicéntrica variante de POEMS. La paciente inicio tratamiento con levotiroxina, se realizó paracentesis evacuadora y se administró su primer ciclo de quimioterapia. **Discusión:** Esta entidad constituye todo un reto para el diagnóstico debido a la poca frecuencia del síndrome y al conjunto de manifestaciones multisistémicas con las que se presenta. En este caso se cumplieron los dos criterios obligados, 2 criterios mayores y 5 criterios menores. No todas las características son necesarias para el diagnóstico y la presencia de todas las entidades del acrónimo no siempre son diagnósticas para el POEMS.

El curso de la enfermedad de POEMS es crónico, con una tasa de supervivencia tres veces mayor que los pacientes con mieloma. En algunas series la supervivencia fue de 13.7 años, los pacientes que tienen edema e incremento del volumen extravascular tienen una supervivencia de 6.6 años.

Conclusiones: Ante la falla a los tratamientos convencionales: ascitis refractaria a diuréticos fue importante sospechar en patologías que si bien no son frecuentes pueden estar asociadas, una vez descartadas otras entidades que pudieran condicionar ascitis, la cual está presente en el 29% de los casos de Síndrome de POEMS.

Palabras clave: POEMS, Castleman, polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, monoclonal.

Folio: 0855

Tema: Neurología

Neurosarcoidosis. Reporte de un caso en Aguascalientes

Lira Luz Gabriela, Suarez Belen, Velazquez Salvador David, Hernandez Diana, Diaz Lily Michel, García Marybel, Diaz Alberto Javier

Hospital General de Zona Numero 1, Aguascalientes, Aguascalientes

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de causa desconocida caracterizada por granulomas no caseificantes diseminados. El involucro del

SNC es del 5-10% y la afección exclusiva al SNC es de 1%. **Objetivo:** Describir el perfil clínico de un paciente con diagnóstico confirmado de sarcoidosis con afección exclusiva en SNC.

Métodos: Femenino 24 años, sin antecedentes de relevancia. Presentación inicial de monoparesia en MPD progresiva hasta cuadriparesia, con déficit visual bilateral, vértigo, inestabilidad y finalmente crisis convulsiva. Agudeza visual OD 20/400 y OI 20/100, defecto campimétrico heterónimo, fenómeno de Marcus-Gunn bilateral, nistagmo multidireccional, rastreo atáxico de la mirada, afección de NC V1 y VII derechos, síndrome cerebeloso hemisférico derecho. Cuadriparesia y síndrome piramidal bilateral de predominio derecho. Síndrome medular incompleto en T10. **Resultados:** RM de Encéfalo secuencias T1-Gd, FLAIR y Espectroscopia (f1). EMG sin evidencia de neuropatía periférica ni miopatía. PPD: sin induración. PCR negativo para M. tuberculosis en LCR y muestra histológica. Biopsia inscricional: Meningocerebelitis crónica granulomatosa compatible con sarcoidosis. Resto de estudios para otras etiologías o afección sistémica, todos sin alteración. **Discusión:** Hay pocos reportes a nivel mundial de Neurosarcoidosis; en México solo 2 reportes de sarcoidosis sistémica con afectación a SNC, siendo este a nuestro conocimiento el primero con

afección exclusiva de SNC. Ante sospecha de enfermedad granulomatosa en nuestro medio es prioritario el descarte de tuberculosis y al no ser característicos los hallazgos por neuroimagen y ser lesiones tumorales en base de cráneo debe tenerse en cuenta este diagnóstico para evitar cirugías innecesarias y no retrasar el tratamiento. **Conclusión:** En el diagnóstico de Neurosarcoidosis es importante una metodología diagnóstica con alto índice de sospecha para su identificación oportuna y tratamiento.

Palabras clave: neurosarcoidosis, sarcoidosis, leptomeningitis, granulomatosis, hemianopsia.

Folio: 0856

Tema: Oncología

Ultrasonido contrastado con microburbujas para el diagnóstico no invasivo de hepatocarcinoma en pacientes con lesión renal para evitar nefropatía por contraste

Cordova Victor Hugo, Guajardo Jaime Alberto, Vega César, Ramírez Alfredo, Valdivia Mónica, Quiróz Oscar

Hospital Ángeles del Pedregal

El ultrasonido con medio de contraste (USMC) fue aprobado en Estados Unidos para tipificación de lesiones hepáticas. Actualmente existen reportes que colocan al USMC a la par de la tomografía (TC) y la resonancia magnética (RM) en el diagnóstico de lesiones he-



páticas Se presenta el caso de un masculino de 62 años quien ingresa al Hospital Ángeles del Pedregal en la CDMX tras presentar cuadro de sangrado de tubo digestivo alto (melena a la exploración física con presencia de ascitis, red venosa colateral y várices esofágicas por endoscopia). En los estudios paraclínicos destaca lesión renal aguda AKI I, además de masa palpable en hipocondrio derecho. Se utilizó USMC como método no invasivo para su tipificación. El USMC consiste en inyectar por vía IV microburbujas con hexafluoruro de azufre [3] para visualizar en tiempo real con un protocolo ultrasonográfico que tenga un índice mecánico bajo (0.05-0.30). Al cruzar las microburbujas con el haz de ultrasonido producen una alta reflectividad y su naturaleza intravascular permite visualizar vasos muy pequeños, por lo que es el método ideal para la detección dinámica de la microvascularización capilar. El USMC, a diferencia de la TC y la RM, realiza una valoración completa y en tiempo real de todas las fases hepáticas. Existe una clasificación para estratificar el riesgo de presentar lesiones malignas del ACR llamado LI-RADS la cual incorpora desde el 2016 el USMC como herramienta eficaz para tipificar lesiones hepáticas malignas (HCC). El paciente actual presentó un reforzamiento en la fase arterial de la masa hepática con un lavado tardío, que clasi-

fica a la lesión como un CEUS LI-RADS 4 (Probablemente HCC). El USMC es un método económico, portátil y rápido que implica menos riesgo que los contrastes utilizados en TC y RM. Proponemos el USMC sea una opción válida en el diagnóstico de masas hepáticas en pacientes con función renal disminuida o lesiones de difícil caracterización que requieran seguimiento.

Palabras clave: microburbujas, ultrasonido, hepatocarcinoma, contraste, nefropatía.

Folio: 0857

Tema: Reumatología

Dermatomiositis como presentación clínica de un síndrome paraneoplásico

Ortega Nayely Yair¹, Bollo Juan Carlos¹, Bollo Miguén Angel²

¹ IMSS HGR No.1 Dr. Carlos Macgregor Sánchez Navarro UNAM; ² Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso SSO

Las enfermedades musculares son un grupo heterogéneo de trastornos autoinmunes sistémicos que se caracterizan por debilidad muscular crónica, fatiga muscular e infiltración de células mononucleares. En general se dividen en cuatro espectros: polimiositis, dermatomiositis, Miositis por cuerpos de inclusión y miositis asociadas a neoplasias. Esta última la que se describe en el siguiente caso. Las miositis asociadas a neoplasias, se salen de la presentación atípica de cualquier

dermatomiositis, por ejemplo, la edad de presentación, tienen mala respuesta a tratamiento inmunosupresor, e inclusive pueden ocurrir 10 años antes de presentarse la neoplasia. Dos autoanticuerpos están asociados el anti TIF1gamma y anti NXP2. De los cánceres más asociados son cáncer de pulmón, ovario, mama y colon. **Objetivo:** Conocer la evolución, protocolo diagnóstico de la dermatomiositis, y conocer datos clave de una presentación asociada a cáncer. Mujer de 59 años de edad, con antecedentes personales de importancia: Cáncer de ovario en 2015 con Ooforectomía bilateral más omentomía, Tratamiento con Quimioterapia neoadyuvante. Restos interrogados y negados. Padecimiento Actual Inicia hace un año con aparición de lesiones eritematosas en cara lateral de brazos y piernas, no pruriginosas ni dolorosas, sin asociarse a otros síntomas, algunas semanas después nota desarrollo de nuevas lesiones cutáneas localizadas en la región de V del escote y tercio superior de la espalda que empeoraban con la exposición solar y que de forma intermitente presentaban mejoría sin llegar a desaparecer por completo, meses después se agregan pápulas eritematosas sobre las articulaciones interfalángicas distales. Hace tres semanas comenzó con debilidad progresiva de los músculos de la cintura esca-

pular y pélvica, lo que le limitó llevar a cabo sus actividades cotidianas por imposibilidad para arreglarse el cabello y subir o bajar escaleras así como ponerse de pie luego de estar sentada en una silla. En los últimos diez días se agregó disfagia alta a sólidos y líquidos la cual ha sido progresiva sin llegar a presentar regurgitación o reflujo. La semana pasada acudió a cita se seguimiento en Gineco-Oncología quienes consideran que por el momento no se encuentra con actividad tumoral por lo cual es enviada a nuestro servicio para su estudio. A la exploración Física de importancia, con múltiples lesiones eritematosas en región lateral de ambos brazos, con pápulas de Gottron sobre las IFD y un área de equimosis en brazo derecho de aproximadamente 4x5cm, tiene ligera hipotrofia en extremidades superiores e inferiores con disminución de la fuerza en los músculos de la cintura escapular de 3/5 y pélvica 3/5. Laboratorios: Glu 94, U 28, Cr 0.5, AU 6.6, Col 75, BT 0.4, PT 7.5, Alb 2.5, ALT 26, AST 90, FA 83, GG 9, DHL 670, CPK 357, CPK-mb 28 Na 136, K 3.8, Cl 106, Ca 8.4, P 4, Mg 1.7. Dado las alteraciones en la fuerza muscular y enzimas musculares, se inicia abordaje diagnóstico para descartar dermatomiositis, se solicita EMG la cual con: irritabilidad eléctrica anormal, disminución de la duración de los potenciales

se realiza biopsia de musculo reportando perdida de capilares, atrofia perifascicular, con infiltrados de linfocitos T CD4 perivasculares. Por lo anterior se inicia Prednisona a 1mg/kg con mejoría y recuperación de la fuerza muscular. Dado la edad y sintomatología de la paciente se endoscopia con toma de biopsia, la cual reporta adenocarcinoma gástrico, se envía a servicio correspondiente. La dermatomiositis en el caso fue la presentación clínica de un síndrome paraneoplásico asociado a adenocarcinoma gástrico, una presentación atípica, dado la edad de la paciente y que ante el reconocimiento del mismo, se indago y se pudo diagnosticar en cáncer asociado a la paciente.

Palabras clave: miositis inflamatorias, paraneoplásico, dermatomiositis, adenocarcinoma gástrico, anti-TIF gamma.

Folio: 0860

Tema: Toxicología

Loxoscelismo sistémico de presentación cutánea atípica

Lastra Juanita Hortensia, Galván Karla Lizette, Cruz Gabriela Rocío

Hospital General Dr. Gaudencio González Garza CMN La Raza

Hombre de 47 años, sin crónico degenerativos, obrero, toxicomanías negadas. Inicia cuadro clínico al tropezar en escaleras, con dolor intenso en región de gastrocnemios, posteriormen-

te, dolor en miembro pélvico derecho al apoyar y aumento de volumen. Acude a atención médica, recibiendo tratamiento sintomático con diclofenaco, prednisona y fluocinolona tópica, sin mejoría; se agrega fiebre, cefalea, mayor incremento de volumen de miembro pélvico, vómito y evacuaciones diarreas en numero de 10 al día. A su ingreso a Medicina Interna, se inicia tratamiento con soluciones parenterales y antibiótico de amplio espectro y se descarta por radiografía fractura, exploración física se encontró aumento de volumen en pierna derecha desde fosa poplíteas hasta tobillo, coloración eritematosa y presencia de 2 flictenas posteriores y otra en maléolo lateral, secreción serosa y coluria. Paraclínicos: Leucocitosis 15.290, neutrofilia 12.680, LDH 572, creatinina 3.8, Urea 220, PFH AST 97 ALT 86, BT 21, BD 20, TP 16, TPT 35, fibrinógeno 1096, Amilasa 179, Lipasa 100, Ca ionizado 0.47. Tomografía de miembros pélvicos: reportan fascitis en miembro pélvico derecho. Se consideró loxoscelismo sistémico de presentación cutánea atípica sin cuadro clínico clásico de mordedura de araña con falla sistémica no explicable por otra entidad, valorado por Toxicología, corroborando diagnóstico, pero debido al tiempo de evolución, no candidato a foboterapia.

Palabras clave: loxoscelismo, atípico, toxicología.



Folio: 0861

Tema: Cardiología

Derrame pericárdico masivo sin presencia de tamponade cardíaco como complicación de insuficiencia cardíaca en paciente hospitalizado en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Mora Ana María, Ayala Ivonne Alexandra, Vazquez Guadalupe Karina, Moreno Stephanie Zenaida, Rosales Victor Hugo, Cruz Antonio

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

El derrame pericárdico es la acumulación de líquido pericárdico mayor a 5-20 ml. Su mayor importancia es la acumulación de líquido en forma súbita produciendo taponamiento cardíaco; dependiendo del paciente, cantidades pequeñas de líquido (20 ml), acumulado en minutos u horas puede causar taponamiento, mientras que derrames subagudos y crónicos (1 a 2 litros) pueden ser tolerados. Su etiología se debe a una amplia variedad de situaciones clínicas: infecciones virales, bacterianas, fúngicas, o resultado de procesos inflamatorios, autoinmunes, neoplásicos, dentro de la evolución postoperatoria de la cirugía cardíaca o como manifestación de insuficiencia cardíaca. Manifestaciones clínicas principales: dolor precordial y disnea progresiva conforme se incrementa el volumen del derrame. **Presentación de caso:** Hombre de 61 años, hipertenso

de 30 años, evento vascular cerebral hemorrágico hace 20 años, fibrilación auricular hace 5 años. Inicia padecimiento 2 semanas previas a su ingreso con astenia, adinamia, disnea de medianos esfuerzos y 5 días posteriores se agrega mareo, palidez y diaforesis. A su ingreso se observa paciente diaforético, hipotenso, con ingurgitación yugular, tórax con ruidos cardíacos incrementados en frecuencia, disminuidos en intensidad, abdomen sin datos patológicos. En radiografía de tórax imagen en garrafa, por lo que se realiza ecocardiograma transtorácico: derrame pericárdico, 3000 cc; valorado por Cardiología, quienes reportan derrame pericárdico severo global con fracción de expulsión de 53%, disfunción diastólica leve, por lo que Radiología intervencionista realiza derivación de líquido pericárdico, drenándose 500 cc de líquido al día, tras lo cual el paciente presenta mejoría de los síntomas, sin desarrollar inestabilidad hemodinámica. El líquido analizado, cumple características para exudado, aspecto turbio, parcialmente coagulable, glucosa 105, microproteínas 6536.16 mg/dL, LDH 73 ul /dL, por lo que se realiza Gene Xpert, PCR multiplex, ADA, cultivo bacteriológico y de hongos del líquido pericárdico todos resultando negativos; se investiga presencia de neoplasias que pudiera condicionar derrame paraneoplásico tipo

exudado descartándose las mismas; continuando protocolo de estudio se buscan causas inmunológicas, con resultados negativos, por lo que se considera patología cardíaca como condicionante del derrame. El paciente se egresa asintomático, y se mantiene en vigilancia. **Conclusiones:** se desconoce la prevalencia del derrame pericárdico en México, sin embargo, derivado de sus múltiples etiologías, y el riesgo que conlleva de desarrollar tamponade cardíaco, condición que pone en peligro la vida, aquellos pacientes que lo presentan deben ser sometidos a un protocolo exhaustivo de estudio que descarte la existencia de patologías cuya única o principal manifestación sea el derrame, además de seguimiento posterior al drenaje del mismo, ya que puede generarse nuevamente ocasionando complicaciones cardíacas.

Palabras clave: derrame pericardico, derrame masivo, tamponade.

Folio: 0863

Tema: Oncología

Trombosis venosa profunda como una de las principales manifestaciones de tumoración incidental a nivel renal

Castillo Cruz, Amscheridam Schajrit Esther, Cervantes Erika, Sánchez Hiralda, Muñoz Omar
Hospital General de México

El carcinoma de células renales es la lesión sólida más frecuen-

te en el riñón y representa el 90 % de los tumores renales malignos. Es más frecuente en hombres. Sólo el 6-10 % de casos de cáncer renal debutan con la triada clásica de hematuria, masa y dolor en flanco. El diagnóstico incidental se aproxima en un 50%. El tipo histológico más frecuente es el de células claras. Mujer de la sexta década de la vida quien ingresa por presentar dolor abdominal en fosa ilíaca derecha y trombosis venosa profunda sin contar con factores de riesgo. Se documenta de manera incidental tumoración a nivel renal, procediendo solicitar estudio tomográfico de extensión. Mujer de 51 años de edad, quien niega antecedentes relevantes. Inicia padecimiento actual 2 semanas previas a su ingreso con dolor a nivel de fosa ilíaca derecha tipo cólico, intensidad 9/10, exacerbado con el decúbito lateral izquierdo, con irradiación a región lumbar ipsilateral, atenuado de manera parcial con el consumo de analgésicos y el reposo. Una semana posterior se agrega edema a nivel de miembro pélvico derecho con aumento de la temperatura local generando dolor tipo opresivo intensidad 10/10, limitando la deambulación por lo que acude al servicio de urgencias donde se decide su ingreso, sospechando de infección de vía urinarias por lo que se realiza ultrasonido renal en el que destaca riñón izquierdo con imagen lobulada

dependiente de polo inferior con un volumen aproximado de 955 cc, por lo que se decide su traslado a la unidad de medicina interna. A la exploración física se encuentra facies álgica, ruidos cardíacos aumentados de tono e intensidad, ruido respiratorio sin alteraciones, abdomen con aumento de volumen con hiperbaralgia a nivel de fosa ilíaca e hipocondrio derecho, sin visceromegalias, sin dolor a la descompresión, presenta dolor a la puño percusión a nivel de región lumbar derecha. Extremidades inferiores asimétricas a expensas de la derecha, con limitación de los arcos de movimiento, edema generalizado, eritema, con dolor a la dorsiflexión del pie y a la compresión de músculo gastrocnemio. Se procede a solicitar dímero D con nivel de 4321 $\mu\text{g/L}$, por lo que se realiza ultrasonido doppler donde se observa sistema venoso profundo con calibre aumentado y pérdida de su compresibilidad, afectando flujos a nivel femoral, poplíteo y tibio-peroneo. Se indica manejo con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas. Se solicitan exámenes de laboratorio en los que destaca: urea 38.7 mg/dl, creatinina 1 mg/dl, ácido úrico 3.8 mg/dl, bilirrubina total 1.40 mg/dl, bilirrubina indirecta 1.2 mg/dl, albúmina 2.72 g/dl, ALT 12 U/L, AST 30 U/L, fosfatasa alcalina 70 U/L, DHL 1568 U/L, calcio corregido 9.4 mg/dl, potasio 4.5 mmol/L,

sodio 133 mmol/L, tiempos de coagulación sin alteraciones. Leucocitos $6.8 \times 10^3/\text{L}$, neutrófilos $5.4 \times 10^3/\text{L}$, linfocitos $0.9 \times 10^3/\text{L}$, hemoglobina 9.6 g/dl, plaquetas $266 \times 10^3/\text{L}$. VSG 151 mm/hr. Examen general de orina color rojo, esterasa leucocitaria 25, nitritos negativo, proteínas 100, hemoglobina 0.1 mg/dl, leucocitos 1-2 por campo, bacterias +, eritrocitos 0-1 por campo. Marcadores tumorales negativos. Se realiza tomografía en la que se documenta hígado con lesión hipodensa en segmento IV B de aspecto quístico de 4 x 3.7 cm, riñón derecho con imagen quística en polo superior de 3.1 x 3.6 cm, riñón izquierdo con pérdida de la morfología, con lesión de aspecto tumoral con centro hipodenso y realce periférico, que infiltra grasa perirrenal y fascias, observando extensión tumoral a venas renal y cava inferior, con adenomegalias intercavaoárticas y paraoárticas, además de documentar miomatosis uterina de grandes elementos. Se establece clasificación III C, solicitando valoración por los servicios de oncología y urología, quienes valoran la determinación de realizar nefrectomía radical. El pronóstico se asocia a niveles séricos de hemoglobina, deshidrogenasa láctica, calcio, tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Palabras clave: tumoración incidental, trombosis venosa profunda, carcinoma de células



renales, trombosis de la vena renal, nefrectomía radical, grupo pronóstico.

Folio: 0864

Tema: Gastroenterología

Síndrome de sobreposición de hepatitis autoinmune con colangitis biliar primaria en hombre de la tercera década de la vida. Reporte de un caso

García Carlos Alberto, Osorio Jorge Rafael

Hospital General Regional No.1
Dr. Carlos Macgregor Sánchez Navarro

Presentamos el caso de un hombre de 27 años de edad sin antecedentes patológicos que presenta desde hace tres meses prurito generalizado, acompañado de astenia y adinamia. Posteriormente, comienza con ictericia. A la exploración física, existen escoraciones en miembros y tórax, compatibles con huellas de rascado, e hiperpigmentación cutánea. Adicionalmente presenta ictericia en mucosas y en escleras. Se encuentra con hepatomegalia de 6 cm debajo de reborde costal derecho. No se palpa esplenomegalia. Se solicitan pruebas de función hepática mostrando FA de 290 UI/ml, gama GGT de 160 UI/L, ALT 460 UI/L, AST 382 UI/L, BT 15.2 mg/dl, con BD de 8.8 mg/dl y BI de 6.4 mg/dl. En el USG se corrobora hepatomegalia, sin esplenomegalia. No se evidencia obstrucción extrínseca de la vía biliar, ni dilataciones.

Se solicitan estudios serológicos los cuales evidencian inmunoglobulinas con aumento aislado de IgG, anticuerpos antinucleares, antimitocondriales, anti-músculo liso positivos. Se realiza biopsia de hígado la cual muestra infiltración mononuclear periportal con necrosis linfocítica (hepatitis de interfase), destrucción de conductos interlobulares con presencia de colangitis no supurativa. Se hace el diagnóstico de hepatitis autoinmune con sobreposición de colangitis biliar primaria. Se inicia tratamiento con prednisona y ácido ursodesoxiólico. A los 6 meses de seguimiento presentó reducción de los valores de las pruebas de función hepática, con mejoría de sintomatología por lo que se redujo gradualmente dosis de esteroide y se inició tratamiento con azatioprina. Los criterios de Paris son los más comunmente utilizados por su alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico del síndrome de sobreposición de hepatitis autoinmune con colangitis biliar primaria. Estos se consideran diagnósticos al cumplirse 2 de 3 para cada entidad por separado. Éstos son: Para CBP: 1. FA > 2 veces el límite normal superior o GGT > 5 veces el límite normal superior 2. AMA > 1:40 3. Lesión florida de conductos biliares en biopsia Para HAI: 1. ALT > 5 veces el límite normal superior 2. Niveles de IgG > 2 veces el límite normal superior o ASMA positivo 3.

Necrosis linfocítica perispetal o periportal en biopsia (hepatitis de interfase) La presentación clínica del síndrome de sobreposición es variable. Los signos y síntomas más frecuentes en CBP son inespecíficos y comprenden fatiga, prurito, ictericia, hiperpigmentación cutánea, hepatoesplenomegalia, y en enfermedad avanzada, datos de insuficiencia hepática e hipertensión portal. En cuanto a la hepatitis autoinmune el estado asintomático es el más frecuente y sólo evidenciarse ésta al realizar pruebas bioquímicas para otro propósito. Datos frecuentes e inespecíficos son fatiga, anorexia, dolor abdominal difuso y prurito. Se ha reportado la presencia de artralgias y erupción maculopapular inespecífica predominante en cara y tronco. Para el tratamiento una vez cumplidos los criterios de Paris, no hay un consenso establecido. Los estudios actuales sugieren que los pacientes que cumplen estos criterios, pueden resultar beneficiados del uso de tratamiento inmunosupresor. La mayoría de los pacientes son tratados con prednisona o prednisolona con una adecuada respuesta al tratamiento. La terapia combinada con azatioprina como ahorrador de esteroide ha demostrado también ser efectiva con menor tasa de efectos adversos por esteroides. También se añade ácido ursodesoxicólico de 13-15 mG/kg/día. En relación con el pronóstico, existen datos

contradictorios, sin embargo, la mayoría de la evidencia señala que el pronóstico es mejor respecto al desarrollo de cirrosis y sobrevida. Aún se carecen de estudios prospectivos aleatorizados que demuestren la realmente la efectividad a largo plazo del tratamiento combinado con AUDC e inmunosupresor; así como el nivel de actividad inflamatoria hepática que se beneficiará de éste. No obstante, la terapia combinada sigue siendo el manejo recomendado en la actualidad.

Palabras clave: sobreposición, hepatitis, colangitis, autoinmune, biliar, primaria.

Folio: 0865

Tema: Infectología

Bacteriemia secundaria a gastroenteritis con metástasis sépticas pulmonares y renales por *Salmonella typhi* como manifestación extraintestinal en paciente inmunocomprometido

Ayala Ivonne Alexandra, Mora Ana María, Moreno Stephanie Zenaida, Esteban Araceli, Rosales Victor Hugo, Cruz Antonio
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción y Objetivos:

Salmonella es una bacteria gramnegativa y móvil. Estadísticas recientes refieren un incremento de más del 50% de casos ocasionados por este germen en los últimos 10 años, siendo los alimentos contaminados el principal vehículo de

transmisión. Entre los factores de riesgo dependientes del huésped que pueden favorecer la infección se encuentran las edades extremas, la aclorhidria, disfunción en la inmunidad celular, alteraciones en la integridad de la mucosa digestiva o flora bacteriana intestinal, facilitando su diseminación más allá del tracto gastrointestinal y originando bacteremia. La invasión sanguínea es característica de *salmonella typhi*, siendo la deficiencia inmunitaria celular un factor predisponente para el desarrollo de la misma, reportándose una mortalidad de hasta el 21%. Un grupo de riesgo importante para padecer salmonelosis lo constituyen los pacientes diabéticos y la reducción de la motilidad intestinal por neuropatía del intestino delgado. En el curso de gastroenteritis se produce bacteremia solo en el 1-4% de los casos. **Resumen del caso:** Masculino de 36 años, antecedente de coledocolitiasis crónica, diabetes mellitus tipo 1 refiere mal apego a tratamiento última HbA1c: 10.9%, desde hace 6 meses con diagnóstico de enfermedad renal crónica estadio G4 KDIGO y desnutrición. Ingresó al servicio de urgencias por choque hipovolémico secundario a pérdidas gastrointestinales, refiere evacuaciones diarreas abundantes de 1 mes de evolución, durante su estancia se reporta fiebre en múltiples ocasiones. Paraclínicos con desequilibrio

hidroelectrolítico Hiperkalemia severa con traducción electrocardiográfica que ameritan inicio de hemodiálisis. Examen general de orina con esterase leucocitaria positiva, bacterias y leucocitos abundantes. USG renal con datos de pielonefritis derecha, ectasia calicinal, colección subcapsular renal izquierda. Se solicita toma de cultivos. 72 horas posteriores a su internamiento inicia con tos y expectoración purulenta, síndrome de consolidación infraescapular izquierdo, radiografía de tórax con imagen de vidrio despulido en región basal izquierdo. Se reporta Hemocultivos centrales y periféricos, urocultivo y cultivo de expectoración con aislamiento de *salmonella typhi* 100,000 UFC, antibiograma se reporta sensible a cefalosporina de tercera generación. Fueron instaurados tratamientos antimicrobianos basados en los hallazgos microbiológicos y la evolución clínica del paciente fue favorable. **Conclusiones:** En el caso de bacteriemia por *salmonella* tiene la capacidad de metastatizar, en particular si existen condiciones de inmunosupresión como lo es la diabetes, desórdenes autoinmunes y alteraciones en la microbiota intestinal. La salmonelosis extraintestinal es un cuadro clínico poco frecuente, y que presenta una elevada mortalidad, se reporta una incidencia de recurrencia del 26.3% y tasa de mortalidad



de hasta 30% a pesar de tratamiento antibiótico adecuado. Su hallazgo determina la necesidad de investigar la condición de base que predispone a su presentación. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son de vital importancia para el pronóstico a corto y largo plazo de estos pacientes. **Palabras clave:** diabetes, *Salmonella thypi*, salmonelosis, bacteriemia por salmonela, inmunocompromiso.

Folio: 0867

Tema: Gastroenterología

La esteatosis hepática se relaciona más estrechamente con la adiposidad troncal que con la grasa corporal total en el paciente diabético

Vargas Germán, Meneses Iván, Guerrero Carolina, Rubio Alberto Francisco, Maceda Alberto Hospital General de Ticomán

En la actualidad la esteatosis hepática no alcohólica (EHNA), representa la hepatopatía crónica más frecuente, tanto en niños como adultos, se asocia a la epidemia mundial de obesidad y síndrome metabólico. Siendo causa creciente de enfermedad hepática avanzada. Además del valor predictivo en el síndrome metabólico La EHNA se relaciona fuertemente con la obesidad abdominal, diabetes mellitus y síndrome metabólico, además del estilo de vida, en su fisiopatología participa la resistencia a la insulina. Su prevalencia va del 17 al 33%. Se considera

como una enfermedad maligna, pues el 32% progresa a fibrosis y 20% a cirrosis y un porcentaje nada despreciable hacia hepatocarcinoma. Para determinar la EHNA utilizamos índice de esteatosis hepática, el cual está validado, ultrasonido, elastografía (fibroscan) y resonancia magnética. **Objetivo:** establecer si la EHNA se relaciona con la grasa troncal y con la grasa corporal total en pacientes que cursan con diabetes mellitus 2. **Material y Métodos:** Incluimos 110 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 según la Asociación Americana de Diabetes, a quienes se les determino el grado de obesidad troncal y grasa corporal total mediante el método de impedancia bioeléctrica con la Báscula de dos canales InBody 120 (20 kHz y 100kHz). Para determina el Índice de esteatosis hepática se emplearon los parámetros; índice de masa corporal, circunferencia de la cintura, triglicéridos y gama glutamil transpeptidasa. El método estadístico empleado fue el coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** Encontramos una correlación positiva y significativa entre la masa grasa corporal y el índice de esteatosis hepática ($r = 0.66755533$ y una $P = < 0.00001$), también encontramos una correlación positiva entre masa grasa troncal y el índice de esteatosis hepática ($r = 0.72904263$, $p < 0.00001$). **Conclusiones:** Nuestros resultados muestran

una correlación tanto de la grasa troncal como de la grasa corporal total con el índice de esteatosis hepática. Se observa una correlación más fuerte entre la grasa troncal y el índice de esteatosis hepática, por lo que concluimos lo siguiente: 1.- la determinación de esteatosis hepática no alcohólica en población de riesgo, sobre todo en el paciente diabético, debe ser incorporada en las rutinas de estudio de estos pacientes, tomando en cuenta que la mayoría de los estudios son no invasivos 2.- la bioimpedancia eléctrica se incorpora al arsenal diagnóstico y nos ayuda ampliando el conocimiento de la composición corporal del paciente, siendo un estudio sencillo no invasivo y de bajo costo. 3.- encontrar estos dos parámetros (esteatosis hepática no alcohólica y adiposidad troncal) en el paciente diabético es indicativo de un severo trastorno metabólico que nos debe de obligar a reforzar los esquemas terapéuticos, con la única finalidad de mejorar su expectativa y calidad de vida.

Palabras clave: obesidad, esteatosis hepática no alcohólica, grasa troncal, grasa corporal total, síndrome metabólico.

Folio: 0868

Tema: Otros

Inmunoterapia en el solapamiento asma y EPOC

Hernández Javier¹, Pliego Jesús Alfonso^{1,2}, Hernández Mayra²

¹ Hospital General de Pachuca;

² Hospital General de México
Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El solapamiento del asma y la EPOC (ACO por sus siglas en inglés), tiene prevalencia en la población general oscila entre el 1,6 y el 4,5%, en los pacientes con EPOC entre el 12.1 y el 55.2%, y en pacientes con asma entre el 13,3 y el 61%. Se define como la existencia de una limitación crónica al flujo aéreo persistente, en un paciente fumador o ex fumador, que presenta características de asma, esta engloba la necesaria coincidencia de tres aspectos básicos: 1) limitación al flujo aéreo persistente en el tiempo, esencial para confirmar la existencia de una obstrucción fija que no se modifica de forma espontánea o tras el tratamiento; 2) historia acumulada de tabaquismo (actual o pasado) como principal factor de riesgo, y 3) características propias del asma, entre las que se incluyen manifestaciones clínicas, biológicas o funcionales. La inmunoterapia constituye en la actualidad el único tratamiento etiológico de la alergia respiratoria. **Presentación de caso:** 6 Pacientes con diagnóstico de ACO tienen un perfil alérgico positivo en sus estudios de laboratorio, con IgE elevada, citología de moco nasal con eosinofilia, y pruebas cutáneas positivas, todos poli sensibilizados a diferentes alérgenos, el seguimiento espirométrico durante más de 6 meses evi-

dencio patrones obstructivos leves a moderadamente grave que persiste en las maniobras post broncodilatación y con reversibilidad positiva hasta muy positiva. Los pacientes mejoraron clínicamente así como en las calificaciones de los cuestionarios ACT ACQ y CAT con la administración de inmunoterapia específica, solo requirieron de doble terapia con glucocorticoides inhalados (GCI) y beta agonista de larga acción. Al paso de 6 meses se les pudo disminuir de dosis media a dosis baja de los GCI.

Discusión: La inmunoterapia es un tratamiento de gran eficacia en el asma y en los pacientes con ACO con perfil alérgico positivo responden satisfactoria a la doble terapia y nos permite disminuir las dosis de los GCI.

Palabras clave: asma, EPOC, inmunoterapia, inmunología, ACO, alergia.

Folio: 0869

Tema: Reumatología

Granulomatosis con poliangeítis localizada y ANCA negativo

Nogales Miguel Angel, Peralta Ana Lilia, Rodríguez Brenda Grisel, Solano Irlanda
IMSS

Introducción: La granulomatosis con poliangeítis es una enfermedad con inflamación granulomatosa sistémica que afecta el tracto respiratorio superior e inferior y provoca glomerulonefritis necrosante de manera frecuente. Se presenta

un caso de granulomatosis con poliangeítis limitada, que afecta cavidad oral y senos maxilares y esfenoidal, con anticuerpos ANCA negativos.

Presentación del caso: Masculino de 49 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2. Tabaquismo y consumo de drogas negado. Se presenta con un cuadro de un mes de evolución con úlcera en paladar duro dolorosa, con secreción blanquecina y halitosis, además de fiebre asociada a obstrucción nasal, rinorrea y cefalea retrocular y temporal derecha. Inicialmente ante la sospecha inicial de etiología infecciosa se realizó toma de muestras para cultivo de bacterias y hongos, sin desarrollo. Se realizó posteriormente biopsia de la lesión ante la sospecha de etiología neoplásica, con presencia de granulomas necrosantes no caseificantes compatibles con granulomatosis con poliangeítis. Laboratorio y gabinete PCR 137mg/L, VSG 28mm/h, Examen general de orina: Leucocitos 0-1 PC, Eritrocitos 0-1 PC, Proteínas negativo, Sedimento no activo, ANAs Negativo. PR3-ANCA negativo. MPO-ANCA negativo. Biopsia de mucosa del paladar: Vasculitis necrosante en vasos de pequeño y mediano calibre con granulomas necrosantes. TAC de macizo facial: Sinusitis maxilar y esfenoidal, rinosinusitis. **Discusión:** Los granulomatosis con poliangeítis localizada sue-



le afectar el tracto respiratorio superior hasta en 88% de los casos, y principalmente afecta la mucosa nasal y provoca sinusitis, presentando anticuerpos ANCA negativos con mayor frecuencia que aquellos casos con afección generalizada. Éste caso se presenta con afección oral con necrosis palatina, y sinusitis, con una biopsia compatible, cumpliendo los criterios de clasificación de la ACR con sensibilidad de 88% y especificidad 92%.

Palabras clave: granulomatosis, poliangeitis, vasculitis, ANCA-negativo.

Folio: 0870

Tema: Otros

Fenotipos de sobreposición asma y EPOC; una propuesta de clasificación

Hernández Javier^{1,2}, Hernández Mayra¹, Pliego Jesús Alfonso²

¹ Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga; ² Hospital General de Pachuca

Introducción: El asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son enfermedades respiratorias crónicas distintas, pero ambas con una elevada prevalencia. Esto ocasiona que algunos pacientes las padezcan de forma concomitante. Este solapamiento, desde su identificación, ha concitado no pocos debates, aún hoy inconclusos, en particular en relación al concepto y a su diagnóstico. Se define como la existencia de una limitación crónica al

flujo aéreo persistente, en un paciente fumador o ex fumador, que presenta características de asma, esta engloba la necesaria coincidencia de tres aspectos básicos: 1) limitación al flujo aéreo persistente en el tiempo, esencial para confirmar la existencia de una obstrucción fija que no se modifica de forma espontánea o tras el tratamiento; 2) historia acumulada de tabaquismo (actual o pasado) como principal factor de riesgo, y 3) características propias del asma, entre las que se incluyen manifestaciones clínicas, biológicas o funcionales. **Metodo:** 9 pacientes con diagnóstico de solapamiento Asma y EPOC, de los cuales 3 en sus estudios de laboratorio se establece la ausencia de perfil alérgico demostrando la negatividad de pruebas cutáneas. **Resultados:** El 30% de los pacientes con diagnóstico de solapamiento Asma y EPOC tienen perfil alérgico negativo con la determinación de IgE, citología de moco nasal, dos pacientes con eosinofilia en sangre periférica, pruebas cutáneas negativas, dos son de género masculino y uno femenino con índice tabáquico entre 8.8 a 20 paquetes/año, la espirometría demostró obstrucción leve a moderadamente grave que persiste en las maniobras post broncodilatación y con reversibilidad positiva hasta muy positiva. Los pacientes mejoraron clínicamente así como en las calificaciones de los cuestionarios ACT ACQ y

CAT con triple terapia. **Conclusiones:** El asma y la EPOC son enfermedades de presentación heterogénea se demuestró que en su solapamiento, solo dos terceras partes de los pacientes presentan un perfil alérgico positivo y en el resto no, por lo que proponemos para su clasificación la existencia de un fenotipo alérgico y uno no alérgico.

Palabras clave: asma, EPOC, ACO, fenotipo, alergia, neumología.

Folio: 0872

Tema: Otros

Esplenomegalia y anemia como manifestaciones iniciales de enfermedad de Gaucher tipo 1

García Rivas Daniel, Pineda Luis Francisco, Hurtado Jorge, Espinoza María Lucero
Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La enfermedad de Gaucher (EG) es una enfermedad de depósito lisosomal con herencia autosómica recesiva. Producida por la deficiencia enzimática de beta glucosidasa ácida, ocasionando acumulación de glucoesfingolípidos en macrófagos del sistema reticuloendotelial del hígado, bazo y médula ósea. Su incidencia es de 1 en 60.000 en la población. Se describen tres variedades y el tipo 1 predominan los síntomas derivados de la organomegalia, la osteopatía y las citopenias. El diagnóstico se

confirma con la actividad baja de la betaglucosidasa ácida en leucocitos periféricos. El tratamiento consiste en reemplazo enzimático y terapia de reducción de sustrato. **Objetivo:** Presentar las manifestaciones hematológicas de la EG Tipo1-. **Reporte de un caso:** Mujer de 21 años. Con historia de epis-taxis y equimosis de repetición desde los 12 años, cursando con dolor óseo en extremidades pélvicas de 3 años de evolución. Hace un año con astenia, adinamia, esplenomegalia, anemia y trombocitopenia con diagnóstico de mononucleosis infecciosa. Evoluciono con anemia, trombocitopenia y esplenomegalia masiva persistente. La TAC abdominal mostró hepatoesplenomegalia, USG Hígado hiperecoico con porta 12mm, bazo de 183 x 96 mm con esplénica de 15mm, Gammagrama Ga-Ci222 con hiperesplenismo. El ECOTT normal, serie ósea metastásica con fémur en matraz de Erlenmeyer y DOM con osteopenia, el AMO y biopsia hepática mostro células de Gaucher, por el cual se solicitó actividad enzimática de beta glucosidasa ácida con nivel disminuido de 0.87 nmol/ml/hr y una mutación heterocigota con 2 variantes: Integrándose el diagnóstico de enfermedad de Gaucher tipo 1 y se inició terapia de reemplazo enzimático con taliglucerasa. **Discusión:** El amplio espectro de consideraciones etiológicas y la falta de familiaridad con las

características clínicas iniciales hacen de esta enfermedad un verdadero reto diagnóstico. En este caso la correcta diferenciación entre las diversas causas de hepatoesplenomegalia nos llevó a descartar causas infecciosas, de congestión vascular, obstrucción biliar e infiltración, para finalmente considerar las alteraciones por depósito. El dolor óseo y las citopenias motivaron la realización de AMO y biopsia hepática; el hallazgo de células de Gaucher terminó por orientar de forma definitiva nuestro abordaje y diagnóstico. El inicio temprano de la terapia enzimática estuvo ligado a una evolución clínica satisfactoria. **Palabras clave:** esplenomegalia, anemia, Gaucher, tipo 1, glucosfingolipido, taliglucerasa.

Folio: 0874

Tema: Gastroenterología

Hígado graso agudo del embarazo con cistitis aguda concomitante: presentación clínica atípica de una enfermedad poco común

Cárdenas Luis Carlos, Cortez Carlos, Salas Arnoldo, González Arturo, Estrada Mario Alberto, Sánchez Ekaterina, Ruiz Teresita de Jesús

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: Se presenta un caso de hígado graso agudo del embarazo (HGAE), una patología infrecuente y grave cuyo diagnostico diferencial

es amplio. **Caso clínico:** Femenino de 32 años primigesta con embarazo de 32.1 semanas que presenta cuadro de astenia, debilidad, cefalea y fiebre, en la exploración IMC 26, normotensa, rash eritematoso facial intermitente e ictericia conjuntival. Se detecta elevación de transaminasas y bilirrubinas, trombocitopenia, aumento de DHL, lesión renal aguda, aumento de tiempos de coagulación, sin datos de hemólisis intravascular, uroanálisis con proteinuria, hematuria, nitritos positivos. Se interrumpe el embarazo vía cesárea abdominal posterior a lo cual hubo deterioro con aumento de transaminasas y bilirrubinas, hipoglucemia, encefalopatía hepática y ascitis. Tomografía abdominal con hepatomegalia y datos de infiltración grasa hepática. Punción de ascitis aséptica, GASA 1.2. Se solicita perfil de inmunoglobulinas anti CMV, herpes, dengue, perfil de hepatitis viral y perfil inmunológico que incluye anticuerpos antinucleares, LKM-1, anti musculo liso y microsomales, resultando negativos. Se realiza biopsia hepática transyugular con imagen de infiltración grasa microvesicular. Urocultivo positivo. Mejoría a partir del 5to día posterior al término del embarazo. **Discusión:** Se deben considerar causas que estén o no, relacionadas al embarazo. Diferenciar entre un síndrome de HELLP y el HGAE puede llegar a ser sumamente difícil.



Para ambas patologías la terminación del embarazo es la terapia indicada, posterior a lo que suele haber mejoría, pero en este caso hubo deterioro clínico y bioquímico. Además, la presencia de fiebre no es una característica típica de estas entidades, lo que amplía las posibilidades diagnósticas. **Conclusión:** Se resalta la complejidad del diagnóstico diferencial de una enfermedad poco común, en este caso con un proceso infeccioso agregado que genera una presentación atípica y que tuvo una evolución tórpida.

Palabras clave: hígado, grasa, esteatosis, embarazo, cistitis, hipertransaminasemia.

Folio: 0875

Tema: Reumatología

Muerte súbita en un paciente con amiloidosis cardíaca

García Rivas Daniel, Briceño Fernando, Espinoza María Lucero, Hurtado Jorge

Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La amiloidosis es una enfermedad de depósito, consecuencia del acúmulo extracelular de fibras que proceden de proteínas con una estructura inestable que se pliegan, agregan y terminan depositándose. Se conocen más de 120 mutaciones que pueden causar amiloidosis por transtiretina. Es difícil establecer su prevalencia; pero

se considera una enfermedad rara. La afección predominantemente es neurológica; polineuropatía simétrica, sensitivomotora, ascendente. Puede asociar disautonomía con hipotensión ortostática, diarrea-estreñimiento, disfunción eréctil, incontinencia urinaria y síntomas gastrointestinales. Hasta el 43% de los portadores presentan una afección cardíaca que es causa frecuente de mortalidad. **Reporte de un caso:** Masculino de 66 años, inicio hace dos años, con pérdida de peso no intencionada de 28 kg y diarrea crónica de 8 meses de evolución, caracterizada por evacuaciones amarillentas, semilíquidas, acompañada de dolor abdominal tipo cólico postprandial, agregándose esteatorrea, 3 a 5 evacuaciones al día, acompañado de astenia, adinamia, hiporexia y cibofobia, hospitalizado tres meses previos, diagnosticando diarrea crónica por insuficiencia pancreática exocrina. Reingresa por astenia, adinamia, fatiga, parestesias e hipotensión arterial de 70/54 mmHg así como deshidratación severa, se estabiliza e inicia protocolo de estudio; encontrando proteinuria en rango no nefrótico, lesión renal aguda con creatinina 2.06 mg/dl, electromiografía: polirradiculopatía sensorial y motora con daño axonal severo de predominio sensorial. Doce días presentó de forma

súbita paro cardiorrespiratorio, respondió a maniobras de reanimación avanzadas, curso con taquicardia ventricular no sostenida y posteriormente fibrilación ventricular; controles electrocardiográficos seriados 2 horas después con fibrilación auricular, y finalmente con complejos QRS pequeños, bloqueo AV de segundo grado y patrón de pseudoinfarto. En este contexto el paciente cursó con persistencia de trastornos del ritmo a pesar del uso de antiarrítmicos. Se le realiza ecocardiograma documentando zonas sugestivas de infiltración en septum, pared libre de ventrículo derecho e infiltración en válvula aórtica. Presento choque refractario a manejo y fallece por lo que se realizó autopsia, cuyo reporte concluye amiloidosis cardíaca.

Discusión: El paciente presentó antecedente de diarrea crónica, posteriormente agregándose parestesias, ortostatismo y proteinuria, electromiografía con polineuropatía sensorial y motora, ecocardiograma con infiltración miocárdica, y presentando paro cardíaco súbito, por lo cual se realizó autopsia confirmando el diagnóstico de amiloidosis cardíaca, considerando de importancia este caso, con la sospecha diagnóstica así pueda pasar de ser una enfermedad mortal a ser una enfermedad tratable.

Palabras clave: muerte, súbita, amiloidosis, cardíaca, diarrea, polineuropatía.

Folio: 0877

Tema: Neurología

Infartos de la pica: síndrome de Wallenberg: a propósito de un caso

Cardona Melisa, Mijangos Alejandra Madeleine, Carmona Gabriel, Tiempo Fabiola Guadalupe, Cortez Brenda, Aguilar María Fernanda, Ibarra Jesús Alejandro

Hospital 1° de Octubre ISSSTE

El síndrome de Wallenberg o síndrome lateral bulbar se caracteriza por la oclusión de la arteria vertebral y consecuentemente de la arteria cerebral inferior, la tríada representativa consiste en: síndrome de Claude-Bernard Horner, ataxia ipsilateral y alteraciones sensitivas. En el presente caso se describe a un varón de 57 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial sistémica, tabaquismo y etilismo leve. Inicia padecimiento con debilidad de miembros pélvicos y ataxia. Posteriormente presenta disartria, diplopía, ptosis palpebral derecha y hemiplejía izquierda. A la exploración física: ECG 13 puntos, tórax y abdomen sin alteraciones. Neurológicamente con hipoestesia de hemicuerpo derecho, enoftalmos y reflejo corneal disminuido en ojo izquierdo, ausencia del reflejo nauseoso de lado izquierdo, hipoestesia en hemicara izquierda y hemicuerpo derecho, disimetría y disidiadococinesia de hemicuerpo izquierdo. Trofismo normal,

fuerza 4/5 generalizado y tono disminuido de hemicuerpo izquierdo, datos compatibles con lesión postero lateral. RMN contrastada de cráneo donde se observan lesiones hiperintensas en región de bulbo en T1 Y T2. USG carotídeo y vertebral con aumento en resistencia vascular en amabas carótidas internas y disminución del calibre en segmento distal, disminución de flujo en espectro de vertebral derecha, con estenosis proximal. Con lo anterior se integra síndrome de Wallenberg. Actualmente paciente evoluciona adecuadamente con tratamiento anti isquémico y control de las complicaciones, persiste con disfagia y disartria. El 20% de los eventos isquémicos involucran la circulación vertebrobasilar, la etiología más común es por oclusión de las ramas de la AV y de la PICA, predomina en sexo masculino 3:1, con promedio de 60 años. El objetivo del tratamiento es reperfundir el tejido hipóxico, tiene una mortalidad de 3.6% a 30 días. Tiene pronóstico bueno y las secuelas más desagradables para los pacientes son: vértigo/sensación de desequilibrio y disfagia.

Palabras clave: síndrome, Wallenberg, infarto, PICA.

Folio: 0880

Tema: Reumatología

Síndrome overlap hepatitis autoinmune-colangitis biliar primaria: reporte de 1 caso

Mendoza Marino, Ibarra Alejandro, Torres Belem
ISSSTE

Introducción: El síndrome overlap hepatitis autoinmune-colangitis biliar primaria es una entidad caracterizada por manifestaciones clínicas, analíticas, inmunológicas e histológicas de ambas entidades. Presentamos el caso de una mujer de 45 años con una hepatitis aguda grave que cumple los criterios diagnósticos del síndrome de superposición y que respondió de forma satisfactoria al tratamiento con corticoides orales. **Presentación de caso clínico:** Femenino 45 años, sin antecedentes de transfusiones, cuenta con diagnóstico previo de DM2, Inicio su padecimiento actual hace 3 meses refiere encontrarse en consulta de medicina familiar médico nota la presencia de tinte icterico en escleras, por lo cual es enviado e ingresada a el servicio de medicina interna Durante su estancia en el servicio de medicina interna muestra astenia y adinamia dolor punzante en hipocondrio derecho, intensidad 7/10, el cual no muestra irradiaciones sin factores que lo aumenten ni disminuyan, también presento coluria y acolia, además de náuseas y vomito en número de 2 ocasiones durante el día de contenido gastroalimentario. pérdida de peso de 4 kg en 1 mes a la exploración física se encuentra con tinte icterico generalizado, abdo-



men blando depresible con ligero dolor a la palpación en hipocondrio derecho Murphy negativo, borde hepático a 4 cm de reborde costal, signo de la ola negativo, se documento hepatitis aguda grave: AST 771 U/l, ALT:665 GGT 547 U/L, fosfatasa alcalinas 308 UI/l bilirrubina total 16.5 mg/dl bilirrubina directa 15.4 mg/dl, albúmina 3,5 g/dL. En el estudio de la coagulación presentaba un tiempo de protrombina de 34 segundos proteínas totales de 6,1 g/dl con gammaglobulina de 1,7 g/dl, niveles normales de IgG y elevación de IgM 442 mg/dl. Las determinaciones serológicas de IgM anti-VHA, anti-VHC, HBsAg, IgM e IgG, anticuerpos anti-VIH fueron todas ellas negativas, mientras que las de VHS, CMV y VEB mostraron un patrón compatible con infección pasada. estudio inmunológico positivo para los anticuerpos antimitocondriales (AMA) con un títulos elevados, positivo para anticuerpos antinucleares (ANA), anti_LKM1, y anticuerpos anti-músculo liso (ASMA), En los estudios de imagen presentaba una hepatomegalia homogénea únicamente, sin datos de hipertensión portal ni datos indirectos de cirrosis, El estudio histológico fue informado lesiones necroinflamatorias a nivel periportal y lobulillar con formación de rosetas e infiltración portal por células plasmáticas, compatible con hepatitis aguda autoinmune. Se inició trata-

miento con prednisona a dosis de 1 mg/kg/día, y ácido ursodesoxicólico 13 mg/kg/día con resolución completa del cuadro clínico y normalización de los parámetros analíticos a los dos meses posterior al tratamiento.

Conclusiones: La hepatitis autoinmune es una entidad definida por unos criterios diagnósticos bien establecidos, sin embargo el diagnóstico diferencial con otras enfermedades hepáticas de base inmunológica, en ocasiones, es difícil. De hecho, en aproximadamente el 30% de los casos existen datos que se superponen con otras hepatopatías autoinmunes. Así determinados hallazgos típicos de HAI, particularmente la elevación sérica de IgG, la positividad de ciertos autoanticuerpos y la hepatitis de interfase pueden presentarse en otras enfermedades hepáticas, lo que se conoce como síndrome superposición. El diagnóstico de HAI es especialmente complejo en los casos que presentan manifestaciones de cirrosis biliar primaria (CBP), Concretamente el 8% de los casos de hepatitis autoinmune presentan características clínicas, bioquímicas, inmunológicas o histológicas compatibles con CBP y hasta el 9% de los pacientes con CBP presentan manifestaciones de HAI, lo que se denomina síndrome overlap CBP-HAI. La identificación de estos casos es importante ya que su diagnóstico conlleva diferencias

pronósticas y tiene importantes implicaciones respecto a la estrategia terapéutica.

Palabras clave: overloap, hepatitis, colangitis, autoinmune.

Folio: 0881

Tema: Infectología

Enterococo hiraе, un patógeno infeccioso inusual en humanos, causante de absceso hepático en un paciente diabético con síndrome consuntivo e hipoglicemia como únicas manifestaciones

Salazar Claudia Nai, Cruz Antonio, Garcilazo Alexandra, Lajud Francisco, Arteaga Daniela, Aguilar Sandra

Hospital General de México

Los abscesos piógenos son altamente prevalentes en nuestro país. Estos tienden a ser de características polimicrobianas y presentan un cuadro clínico evidente. El cuadro clínico consiste en fiebre, hepatalgia, náusea y vómito. El enterococo hiraе pertenece a un subgrupo de enterococos fecales. Su aislamiento en aves y mamíferos es común sin embargo en humanos es extremadamente raro. En PubMed solo se han reportado 8 publicaciones de infecciones secundarias a este agente. Presentamos el primer caso reportado de un absceso hepático por Enterococo Hiraе con presencia de hipoglicemia y síndrome consuntivo como únicas manifestaciones clínicas. Hombre de 45 años con antecedente de

DM2 de 10 años de diagnóstico tratado con biguanidas. Cursa con pérdida de peso de aproximadamente 6 kilos en 1 mes el cual lo atribuye a baja ingesta de alimentos, además de hipoglicemias de repetición documentadas por glucometría capilar. A la exploración física destaca la presencia de hepatomegalia sin hepatalgia. Se realizan estudios bioquímicos sin presencia de leucocitosis. Durante su estancia hospitalaria se documentan hipoglicemias de 60mg/dl. Se inicia protocolo de síndrome consuntivo. La tomografía presenta colecciones a nivel de lóbulo derecho compatibles con absceso hepático. Se realiza drenaje del mismo mediante radiointervención. En el cultivo de líquido se aisló enterococo *hirae* multisensible completándose esquema antibiótico dirigido. **Conclusión:** Enterococo *Hirae* es una zoonosis poco frecuente en el humano. Hasta la fecha no se ha reportado un caso de enterococo *hirae* como agente causal de absceso hepático en nuestro país. El cuadro clínico que presenta nuestro paciente es atípico, posiblemente secundario a el estado de inmunosupresión que condiciona la diabetes aunado a la patogenia del microorganismo. Con este reporte de caso se pretende documentar un proceso infeccioso de etiología inusual en el ser humano, con el objetivo de contribuir al conocimiento del mismo.

Palabras clave: *Enterococo hirae*, absceso hepático, diabetes, hipoglicemia, primer caso, síndrome consuntivo.

Folio: 0882

Tema: Oncología

Flegmasia cerúlea dolens en paciente con adenocarcinoma de la unión esofagogástrica, enfermedad metastásica y sepsis

Avilés Lesly Rocío de Jesús, Chapa Osvaldo, Alvarado José Alfredo, Martínez Hugo Alberto
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Masculino de 41 años con antecedente de tabaquismo crónico, obesidad G2, diabetes mellitus e hipertensión arterial de 10 años de diagnóstico con mal apego al tratamiento. Presenta padecimiento de 1 mes de evolución con ataque al estado general, dolor epigástrico e ictericia. Sufre caída de su propia altura con fractura supracondílea izquierda requiriendo colocación de férula. 3 días después presenta edema de miembros inferiores, coloración marmórea distal bilateral, dolor intenso, y reducción de la temperatura. 12 horas más tarde cambios de coloración en miembro superior izquierdo edema y dolor intenso. A la exploración destaca ictericia generalizada, abdomen con matidez cambiante, hepatomegalia dolorosa. Brazo izquierdo, 1°- 4° dedos isquémicos, fríos, dolor intenso. Miembros inferiores

con edema bilateral, simétrico, indurado, Homans y Ollow positivos, flictenas en tobillos y disminución de la temperatura. Pulsos palpables, llenado capilar 6 seg. En sus laboratorios destaca: BH: Leu 24, Neu 21, Hb 8.7, Plt 157, Creatinina 2, Urea 1661, EGO Leucocituria 10-12, nitritos positivos, bacterias 3+. PCR 20, Dímero D 9, TP 5.6, TTP 35, FA 106, Bilirrubina total 8.4, BD 6.7, DHL 636. Serología para VIH, VHB y VHC negativas. Se confirma por US Doppler: trombosis venosa superficial y profunda desde las venas popliteas hasta femorales comunes, así como en bifurcación de la vena cefálica en brazo izquierdo. TAC abdomen: Lesiones hipodensas bien circunscritas en parénquima hepático sugerentes de metástasis. Se solicita ACE: 13,000, Ca19-9 2000, APE 0.2. Urocultivo con desarrollo más de 100mil UFC *Enterobacter cloacae* MDR. 48 hrs después el paciente muere por deterioro ventilatorio y hemodinámico. Necropsia identifica adenocarcinoma de la unión esófagogástrica invasor, con metástasis a ganglios mediastinales, pleura e hígado. Émbolos sépticos pulmonares por bgn, Trombosis venosa en miembros inferiores y tromboembolia pulmonar.

Palabras clave: trombosis, adenocarcinoma, sepsis, tromboembolia pulmonar, enfermedad metastásica, cáncer gástrico.



Folio: 0883

Tema: Oncología

Insuficiencia hepática aguda por hepatocarcinoma durante los cuidados postoperatorios inmediatos de cirugía cardiaca

Mora Mauricio de Jesús, Mendoza Viridiana, Mendez Rene
Hospital General. Centro Médico Nacional La Raza. Medicina Interna

Introducción: En el contexto de un paciente postoperado de cirugía mayor, la aparición insuficiencia hepática aguda implica diversos diagnósticos diferenciales como Fármacos/toxinas, Infección vírica, Hepatitis hipóxica entre otras. Presentamos un caso secundario a Hepatocarcinoma. **Objetivo:** Reportar un caso de Hepatocarcinoma en una paciente sin factores de riesgo, previamente asintomática y asignológica, que se presentó en postoperatorio inmediato de cirugía mayor.

Caso: Femenino de 52 años, con Cardiopatía congénita Comunicación interauricular (CIA) ostium secundum. Ingresó a Terapia intensiva postquirúrgica postoperada de Cierre de CIA. Durante el postquirúrgico inmediato con Choque cardiogénico requiriendo aminas vasoactivas. Ecocardiograma transesofágico: adecuada contractilidad, cavidades de morfología normal. Presentó elevación de enzimas hepáticas, progresiva en las primeras 48 horas del postquirúrgico (transaminasas en rango de hepatitis), se descartó

origen viral y efecto tóxico/farmacológico, con posterior descenso (5 días posteriores), con ascenso de BD, FA Y GGT (patrón colestásico), Tp 25, TTP 80. Marcadores tumorales: AFP 408IU/ml, ACE:115mg/ml. Exploración física: afebril, con ictericia generalizada severa, sin hepatoesplenomegalia, Murphy negativo. USG de hígado y vías bilares: sin obstrucción biliar. TC de abdomen: datos de atrofia hepática. Evolucionó con falla orgánica múltiple: Lesión renal aguda KDIGO III, Choque séptico pulmonar, Sangrado de tubo digestivo alto y síndrome vasopléjico. Sin respuesta clínica favorable. Falleciendo a los 18 días de su ingreso. Biopsia hepática con reporte de hepatocarcinoma.

Conclusión: El hepatocarcinoma representa la tercera causa de muerte por cáncer en México. Sólo 10% se presenta en pacientes sin factores de riesgo. Su presentación como insuficiencia hepática aguda en un paciente previamente asintomático es infrecuente, por lo que requiere un alto índice de sospecha.

Palabras clave: hepatocarcinoma, insuficiencia hepática aguda, hepatitis autoinmune, síndrome colestásico, cáncer de hígado, cirugía cardiaca.

Folio: 0884

Tema: Infectología

Quiste mesentérico en paciente con virus de inmunodeficiencia humana

Ramón Isabel Cristina, Flores Óscar Israel, Chávez Samantha Daphne Georgina

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús

Varón de 28 años con diagnóstico de VIH en abandono del mismo. Se le diagnosticó Tuberculosis al momento del VIH y recibió TAES convencional por 6 meses. En el año 2012 tuvo nuevas baciloscopias en esputo y se dio retratamiento primario el cual abandonó. Cursó aparentemente sin síntomas respiratorios hasta el año 2016 que presenta BK positivo y decidieron otorgar DOTBAL abandonándolo en la fase de sostén. En el año 2017 acudió con nosotros por dolor abdominal y aumento de volumen progresivo, era incapacitante y contribuía a su disnea mmrc3. Se encontraba caquéctico, tenía taqui-polipnea con uso de músculos intercostales, e integramos síndrome de sustitución basal derecha, tenía adenopatía dolorosa en la región axilar izquierda de 3 cm de diámetro, tenía el abdomen prominente, con piel lisa y brillante, la peristalsis estaba disminuida, sólo audible en cuadrante superior izquierdo, mostraba submate a la percusión y dolor a la palpación generalizada; también tenía hepatomegalia así como extremidades con edema +. Se observó dedos en palillo de tambor, y uñas en vidrio de reloj. El protocolo mostró TAC

abdominal contrastada con un quiste hepático y un quiste mesentérico gigante. Se drenaron de manera percutánea y se obtuvieron 6 litros de líquido amarillo purulento; el diferencial mostró leucocitos 160 000 cels./mL, PMN 90%, eritrocitos 460 000 cels./mL, glucosa 5 mg/dL, proteínas 7180 mg/dL, DHL 11 383 UI/L, albumina 1500 mg/dL. Bioquímicamente mostró anemia normocítica normocrómica grado III OMS, hiponatremia moderada e hipalbuminemia. Las muestras se enviaron a cultivo líquido y sólido, se le realizó PCR Gene Xpert Mtb-Rif detectado resistente. Se considero micobacteriosis. Una semana después se recibió reporte de cultivo de líquido con crecimiento de micobacteria, recibió manejo, con lo que presentó mejoría y se egresó. Dos semanas después es nuevamente hospitalizado por choque hipovolémico secundario a cuadro enteral, falleciendo a las pocas horas.

Palabras clave: VIH, quiste mesentérico, tuberculosis MDR, micobacteriosis.

Folio: 0885

Tema: Dermatología

Necrolisis epidérmica tóxica

Morales Enrique Fleuvier, Domínguez Eloy, Sánchez Luis Manuel, Barragán Gabriel, Cruz Pedro Enrique, Madrigal Jorge Luis

Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso

Femenino de 32 años, originaria de Oaxaca de Juárez, Oaxaca. Antecedentes de epilepsia desde la infancia con tratamiento inicial con ácido valproico, sin tratamiento actual. Inicia su padecimiento en febrero del 2018 con infección de vías respiratorias superiores (odinofagia, fiebre no cuantificada), recibiendo tratamiento antibiótico a base de quinolona (ciprofloxacino), a las 48 horas inicia con la presencia de eritema, en tronco anterior y posterior, agregándose lesiones en mucosas (conjuntivas, oral, y vaginal), posteriormente presenta crisis convulsiones tónico-clónicas generalizadas. Exploración física con úlceras en conjuntiva, epifora, úlceras en cavidad oral, dermatosis diseminada, en cara, cuello, tronco anterosuperior, espalda, y palmas, manchas eritematosas confluentes en parches en tronco anterosuperior, signo de Nikolsky positivo, afectación del 37% de la superficie corporal total, imagen en escarapela en palmas y en brazos, lesiones en tiro al blanco; laboratorio con leucocitosis a expensas de neutrofilia. Se diagnóstica Necrosis Epidérmica Tóxica, se inicia tratamiento con dosis altas de dexametasona, seguido de prednisona a dosis de 1 mg/kg día, a dosis de reducción. Con respuesta completa.

Palabras clave: necrosis epidérmica tóxica, Nikolsky, dermatosis diseminada.

Folio: 0886

Tema: Cardiología

Cardiomiopatía de takotsubo asociada a crisis suprarrenal aguda en paciente con enfermedad de Addison: reporte de caso y revisión de la literatura

Villanueva Ricardo Alejandro, Uribe Jefe Felipe, Palafox Diego, Martínez Laura Patricia, Arizaga Manuel, Diaz Jennifer Samara, Anaya Israel
Hospital Civil de Guadalajara, Fray Antonio Alcalde

Intrducción: La miocardiopatía de Takotsubo (CMT) se caracteriza por una alteración transitoria del movimiento de la pared apical del ventrículo izquierdo (VI) con cambios electrocardiográficos y una liberación enzimática miocárdica mínima que imita el infarto agudo de miocardio, pero sin una enfermedad arterial coronaria significativa. Se considera una enfermedad rara representando aproximadamente el 2% de todos los pacientes con síndrome coronario agudo siendo poco clara su etiología. El hipocortisolismo por cualquier causa se ha relacionado infrecuente con el desarrollo de CMT más sin embargo la insuficiencia adrenal primaria o enfermedad de Addison (EA) representa una asociación aún más rara encontrándose apenas 3 casos reportados previamente en la literatura. **Reporte de caso:** Reportamos un masculino de 24 años que acudió por disuria y fiebre de 3 días de



evolución. En el historial médico no se recató antecedente de importancia. A la exploración física es encontrado febril, taquicárdico e hipotenso con hiperpigmentación de cavidad oral, extremidades y lechos ungueales, signo de Giordano negativo. Estudios de laboratorio, general de orina con esterasa >500, procalcitonina de 42 ng/mL, potasio 3.4 mEq/L, sodio 127 mEq/L, glucosa de 56 mg/dl. En su día tres de evolución presenta dolor precordial con electrocardiograma inversión de T en D1 y AvL, troponinas I 3.45, ecocardiograma con hipocinesia generalizada, hipercontractilidad de segmentos basales y dilatación de ápex con fracción de eyección de 25%, índice cardiaco de 1.6. Ante los hallazgos de la exploración física y la alteración electrolítica se determinó un cortisol sérico 3.2 mcg/dL, ACTH 1024 pg/ml, TSH >100 mU/ml, anticuerpos antiperoxidasa 395 UI/ml. Se estableció diagnósticos de Sepsis con foco Urinario, Cardiomiopatía de Takotsubo, crisis suprarrenal aguda, enfermedad de Addison y Tiroiditis de Hashimoto. Se inició tratamiento hormonal y antibiótico empírico con mejoría en el estado hemodinámico y los parámetros del ecocardiograma en un rastreo 7 días posteriores al inicio del tratamiento se reportan en normalidad. Actualmente continúa con suplementación con esteroide y hormona tiroidea

permaneciendo asintomático y con parámetros bioquímicos en normalidad. **Conclusiones:** La mayoría de los casos reportados previamente de CMT asociado a hipocortisolismo son en deficiencias de ACTH donde en la mayoría de éstos la sepsis representa un factor disparador para la disfunción apical de VI. Este caso representa en cuarto en la literatura donde el hipocortisolismo primario, en el escenario de crisis adrenal, es asociado con las características definitorias de la CMT donde el mecanismo fisiopatológico no está descrito. A pesar de que en el primer caso descrito no existió normalización de los hallazgos ecocardiográficos explicado por el uso crónico de esteroides, lo publicado posteriormente incluyendo este reporte sugiere que el tratamiento hormonal es, al menos, no deletéreo para la recuperación de la función cardiaca. Es necesario modelos explicativos para establecer que el hipocortisolismo, de cualquier etiología, representa un riesgo real para la disfunción apical del VI.

Palabras clave: takotsubo, Addison, sepsis, cardiomiopatía, Hashimoto.

Folio: 0887

Tema: Reumatología
Neumomediastino secundario en un paciente con reciente diagnóstico de granulomatosis con poliangeítis

Escamilla José Angel, Aranda Mercedes, González Verónica,

Bautista Abigail, Pérez Guillermo Karey, García Sergio
 Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Introducción: La granulomatosis con poliangetis (GPA) es una vasculitis necrotizante sistémica asociada a ANCA que afecta vasos de pequeño y mediano calibre. Las manifestaciones pulmonares son diversas, desde nódulos o infiltrados pulmonares asintomáticos hasta hemorragia pulmonar; la inflamación y cicatrización de la vía aérea produce estenosis y/o condromalacia. Otras manifestaciones poco frecuentes son la afectación intersticial, embolismo e hipertensión pulmonar. **Caso clínico:** Hombre de 25 años, previamente sano, con diagnóstico reciente (abril 2018) de GPA por nódulos pulmonares cavitados, estenosis traqueal, epiglotitis, engrosamiento de las cuerdas vocales, nasal, perforación septal, epiescleritis difusa bilateral, vasculitis cutánea, neuropatía periférica y c-ANCA positivo, con altos puntajes de BVAS y VDI (29 y 9 puntos, respectivamente). Tuvo mejoría con pulsos de metilprednisolona, ciclofosfamida mensual y dosis altas de prednisona. Tres meses después acudió a urgencias por disnea súbita, tos y síncope; tenía enfisema subcutáneo en cuello y hemitórax izquierdo, además de sibilancias inspiratorias. La TAC demostró enfisema

subcutáneo, micronódulos apicales y neumomediastino. Se mantuvo en observación con cuidados generales, oxígeno suplementario, tratamiento de base; la evolución fue satisfactoria y egresó por mejoría clínica. **Discusión:** El neumotórax y neumomediastino son complicaciones raras y graves de la GPA. En una serie de 49 casos con afección pulmonar, Cormand et al, reportaron un paciente con neumotórax y otro con neumomediastino secundarios a fibrosis pulmonar progresiva, ambos fallecieron por insuficiencia respiratoria. Shi et al. estudiaron 25 casos de neumotórax y describen nódulos pulmonares y cavitaciones como un hallazgo común, además de infección sobreagregada como posible desencadenante. Aunque la evolución de nuestro paciente fue satisfactoria, la presencia de nodulos y cavitaciones puede favorecer el desarrollo de complicaciones graves.

Palabras clave: granulomatosis, poliangeitis, neumomediastino, Wegener, vasculitis, necrotizante.

Folio: 0888

Tema: Nefrología

Retomando la diálisis peritoneal en pacientes críticamente enfermos

Miranda Luis Johari, Loza Gustavo, Alvarez Alfredo, López Giovana Lucia

Hospital Regional Pemex Salamanca

Introducción: Desde el año de 1996 a la fecha, se ha incrementado el uso de terapia de sustitución renal con hemodiálisis y hemodiafiltración venovenosa lenta en pacientes críticamente enfermos, dejando de lado a la diálisis peritoneal como una buena opción de tratamiento, siendo esta menos costosa, y con resultados equiparables, además, se encontró menor mortalidad a 28 días, menor índice de infecciones, y mayor grado de recuperación de la función renal. Mediante el presente caso se planea ejemplificar que la diálisis peritoneal continua siendo una opción formidable de tratamiento de sustitución renal en pacientes críticamente enfermos. **Caso clínico:** femenina de 56 años **antecedentes:** Diabetes mellitus de 20 años de diagnóstico en tratamiento con insulina, insuficiencia cardíaca de 3 años diagnóstico clase funcional NYHA C. Enfermedad renal crónica con depuración de 19ml/min/m² en orina de 24 horas. Ingresó a la unidad de cuidados intensivos por cuadro de sepsis secundaria a pielonefritis, presenta agudización de falla renal. Inicia diálisis peritoneal, por acidosis refractaria a tratamiento y por sobrecarga de líquidos (balance de líquidos: + 15 litros) con oliguria sin respuesta a diurético. Se tenía apoyo con norepinefrina. Laboratorios de inicio de diálisis: con Leucocitos: 19.3, Neu 15.9, Hb 9.1, Pla 325mil,

Glu 73mg/dl, Bun 68.2, Urea 145.9, Crea 7.33mg/dl. Se inicia diálisis peritoneal, en agudo con bolsas al 1.5% y 4.25% con 2000cc y media hora de estancia en cavidad. De acuerdo a evolución de azoados y retención hídrica se decide el tipo de bolsa y el número de recambios, con la siguiente evolución durante los días: Día 1: Bun 100.5 mg, urea 215 mg, crea 5.72 mg UF 7520 ml. Día 2: Bun 92.8 mg, Urea 198.6 mg, Crea 5.16 mg UF 11220 ml. Día 3: Bun 81.3mg, Urea 175 mg, Crea 4.97mg UF 15320 ml, Día 4: Bun 77mg, Urea 162 mg, Crea 4.37mg, UF 17890 ml. Día 5: Bun 75mg, Urea 159mg, Crea 4.19mg, UF 19820 ml. La paciente se estabiliza hemodinámicamente Posterior a ello la paciente se retiran aminas vasopresoras, la acidosis metabólica se revirtió los datos de sobrecarga hídrica con balance negativo de 19820ml a las 5 días de inicio de la diálisis. **Discusión:** Reportamos el caso de paciente críticamente enfermo, con diagnóstico de sepsis, en quien se muestra la terapia dialítica revirtió los problemas asociados a la lesión renal como fue sobrecarga de líquidos, acidosis metabólica, así como la hiperazoemia, comprobando que se equipara a las otras dos terapias, en cuanto a eliminación de toxinas y cantidad de ultra filtrado, además de ser una técnica más económica, disponible en la gran mayoría



de los hospitales, y con menos necesidad de capacitación al personal de salud para su uso. **Palabras clave:** diálisis, crítico, azoados, peritoneal, hemodiafiltración, hemodialisis.

Folio: 0889

Tema: Endocrinología

Hipoglucemia de repetición secundaria a tumor neuroendocrino metastásico de alto grado funcional. Reporte de un caso
Ortiz María del Mar¹, Munguía Ana Lilia², Echeverría Blanca Nury³, Robles Yovani¹, Hernández Marisol², Hernández Jorge Ezequiel¹

¹ Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga; ² Hospital General de Cuernavaca Dr. José G Parres; ³ Hospital de Alta Especialidad Cuernavaca ISSSTE

Introducción: Los tumores neuroendócrinos se originan de las células del sistema endócrino difuso. Su incidencia se estima en 5.25 casos por 100 000 habitantes y la mayor parte son esporádicos, si bien pueden estar asociados a neoplasia endócrina múltiple tipo 1 y 2. Los insulinomas son más frecuentes entre los 40 a 69 años de edad; el 99% son de comportamiento benigno, con lesiones únicas y de fácil tratamiento una vez localizado el tumor mientras que el 1% son de comportamiento maligno con metástasis a otros órganos o ganglios linfáticos y representan un reto diagnóstico y terapéutico. **Presentación de caso:** Paciente masculino de

42 años de edad con antecedente de cáncer de páncreas en el 2007, sin hipoglucemias asociadas, tratado mediante procedimiento quirúrgico no especificado en 2011 (aparentemente cirugía de Whipple) con reporte de patología de carcinoma neuroendócrino en ganglio retroperitoneal. Meses previos a su ingreso hospitalario se inició protocolo de estudio por múltiples tumoraciones hepáticas evidenciadas en tomografía y resonancia magnética de abdomen, con sospecha de metástasis de primario previamente comentado. El paciente ingresó a urgencias por historia de hipoglucemia de repetición con síntomas adrenérgicos de 1 mes de evolución, en último episodio con deterioro en el estado de alerta hasta llegar a estupor. Se corroboró glucosa sérica de 17 mg/dL con recuperación del estado de alerta después de la administración de solución dextrosa por lo que se confirmó triada de Whipple. Clínicamente con múltiples adenomegalias cervicales, axilares e inguinales; además de hepatomegalia. Se realizó prueba de ayuno presentando evento de hipoglucemia a la hora de inicio de la prueba con glucosa sérica de 31 mg/dL, insulina 12.3 µU/mL, péptido C 1.34 ng/mL, cortisol 15.6 mcg/dL y perfil tiroideo dentro de parámetros normales. Se integró diagnóstico de hiperinsulinismo endógeno y se realizó biopsia de ganglio cervical, el

cual reportó carcinoma poco diferenciado; el estudio de inmunohistoquímica fue positivo a citoqueratina 8/18, cromogranina, CD 56, enolasa e insulina; compatible con tumor neuroendocrino productor de insulina y con índice de replicación Ki67 de 30%. Se estableció diagnóstico de tumor neuroendocrino de alto grado productor de insulina y se inició tratamiento con octreótide subcutáneo con respuesta parcial, sin poderse retirar aporte de glucosa intravenosa a altas concentraciones. A las 3 semanas de estancia el paciente presenta deterioro irreversible a tratamiento médico y finalmente defunción. **Conclusiones:** Los insulinomas son los tumores neuroendócrinos pancreáticos más frecuentes, con una supervivencia estimada del 30% en el caso de insulinoma maligno. La expresión clínica es hipoglucemia secundaria a la sobreproducción de insulina. De inicio, los tumores neuroendócrinos de páncreas deben ser tratados mediante resección con intención curativa, sin embargo la mayoría de los tumores neuroendócrinos pancreáticos de alto grado son irresecables por lo que el tratamiento incluye agentes biológicos, quimioterapia citotóxica, tratamiento con octreótide y en algunos casos, terapia citoreductiva, embolización selectiva o terapia ablativa de acuerdo a la localización. **Palabras clave:** hipoglucemia, tumor, neuroendócrino, insulinoma, maligno.

Folio: 0890

Tema: Infectología

Mucormicosis en una paciente portadora de lupus eritematoso sistémico con actividad hematológica. Reporte de un caso

Sánchez Ana Laura, Espinosa Meztli Artemisa, Mejía Yadhira, Alonso Abdías

IMSS Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25, Centro Médico Nacional del Noreste, Monterrey, Nuevo León

Introducción: La mucormicosis se presenta en pacientes con inmunocompromiso, principalmente diabéticos descontrolados con cetoacidosis o malignidades hematológicas. La mortalidad es muy alta si no se detecta e instaura tratamiento de manera inmediata; el cual consiste en desbridamiento quirúrgico de los tejidos involucrados y terapia antifúngica, además como parte esencial del manejo esta el corregir el estado patológico de base del paciente. El periodo de tiempo en el tratamiento para mucormicosis aún no está establecido, siendo la evolución clínica el parámetro determinante. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con mucormicosis y diagnóstico reciente de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con importante actividad hematológica siendo el tratamiento quirúrgico diferido, mejorando sólo con antifúngico. **Exposición del caso:** Femenino de 33 años con antecedente de hipertiroidismo diagnosticado a

los 22 años, apoyo transfusional en múltiples ocasiones. Inició 18 meses antes de su estancia hospitalaria con presencia de múltiples abscesos en distintas partes del cuerpo que remitían al tratamiento antibiótico; el último apareció 1 mes previo acompañado de fiebre y aumento de volumen en región retroauricular izquierda con extensión a cuello, posteriormente otorrea con drenaje espontáneo y salida de material purulento. A los 3 días de internamiento presenta edema facial con aparición de lesión necrótica en paladar duro, epistaxis y gingivorragia se establece diagnóstico de anemia hemolítica, trombocitopenia severa y mucormicosis tras realizar biopsia que reporta zigomicetos con angioinvasión y necrosis iniciando anfotericina B liposomal. Se completa protocolo con RMN que muestra absceso en lóbulo temporal derecho con edema perilesional vasogénico, lesiones hiperintensas en sustancia blanca sugestivas de microangiopatía, lesión de tejidos blandos en región temporal y malar derecha, adyacente al borde nasal con invasión a músculo y hueso. Recibimos resto de inmunológicos concretando diagnóstico de LES se inicia aplicación de gammaglobulina; por actividad hematológica se comenta no es candidata a tratamiento neuroquirúrgico ni de ORL. Durante estancia curso con pancreatitis aguda por TAC Balthazar B, coagulación vascu-

lar diseminada, desequilibrio hidroelectrolítico con hipokalemia severa; tras 3 semanas de internamiento presento drenaje espontáneo de absceso malar derecho, al día 25 de estancia con evento de crisis convulsivas tónico-clónicas, se continuó anfotericina B hasta el día 28 con mejoría de parámetros hematológicos, disminución de edema facial, caída de costra necrótica de paladar por neuroimagen con TAC se visualiza absceso cerebral con importante disminución de tamaño. Se decide egreso al lograr tolerancia de vía oral. **Conclusiones:** En casos de mucormicosis con contraindicación para intervención quirúrgica debe considerarse el uso prolongado de anfotericina B con vigilancia de sus efectos adversos hasta observar mejoría clínica.

Palabras clave: mucormicosis, lupus, trombocitopenia, tratamiento, anfotericina B.

Folio: 0891

Tema: Neurología

Diagnóstico tardío de esclerosis lateral amiotrófica un hospital de tercer nivel

Salazar Claudia Nai, Cruz Antonio, Garcilazo Alexandra, Lajud Francisco, Arteaga Daniela
Hospital General de México

Introducción: La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por cursar con un deterioro clínico rápido. Su incidencia en la población



mexicana se estima que se de 5,000 a 7,000 pacientes en una serie de casos reportada en el año 2011. La investigación básica y clínica de nuestro país en general y específicamente encaminada a esclerosis lateral amiotrófica es alarmante por su escases. A pesar de su mal pronóstico a largo plazo es importante puntualizar que los pacientes que se ven afectados en nuestra población son adultos en edad productiva incluso de menor edad a los reportados en Europa o Norteamérica. De igual manera la relación entre esclerosis lateral amiotrófica y la exposición a plomo es alta, situándolo como un factor asociado al desarrollo de la enfermedad. Por lo que es de suma importancia reportar los casos de esclerosis lateral amiotrófica en nuestro país, considerando que, junto con Nigeria y Tanzania, México ocupa el primer lugar en el porcentaje de plomo encontrado en pinturas comerciales (mayor de 90 partículas por millón). **Objetivo:** Con esta revisión de caso se pretende exponer la importancia de realizar una sospecha diagnóstica oportuna en un paciente con síntomas típicos de esclerosis lateral amiotrófica con la finalidad de crear conciencia de la existencia de este padecimiento en nuestro país y así contribuir a el sistema de investigación y epidemiología. **Caso clínico:** Mujer de 71 años de edad. Antecedente DM2 y HAS de

larga evolución con mal apego al tratamiento. Inicia su padecimiento 1 año previo a su ingreso al presentar astenia, adinamia así como labilidad emocional caracterizado por apatía y llanto fácil. Cursa con debilidad motora en extremidades inferiores que inicialmente se presenta en grupo de músculos proximales y progresa hacia la región distal durante un periodo de 8 meses. Cuatro meses después presenta el mismo cuadro en extremidades superiores. Posteriormente se agrega cuadriplejía acompañada de manifestaciones bulbares tales como la alteración en la deglución, respiración y sostén cefálico. A la exploración física destaca la presencia de debilidad motora de instauración progresiva, así como hiporeflexia, y fasciculaciones sin alteraciones en el patrón ventilatorio. En el estudio de neuroconducción reporta nervio ulnar y tibial bilateral sin respuesta en el potencial muscular, sensorial y respuesta F. El estudio de electrodo de aguja demuestra potenciales de fasciculación, inestabilidad de membrana, patrón de reclutamiento ausente y muy disminuido con frecuencia de disparo incrementado en músculos inervados por diferente nervio y raíz incluyendo al musculo bulbar. Durante su estancia hospitalaria se agregan manifestaciones respiratorias que incluyen tos débil e hipofonía. Se descartan diagnósticos

diferenciales con apoyo de estudios complementarios. Se realiza el diagnóstico de ELA definitiva por los criterios de El escorial aunado a los criterios de Awaii Shima. Se inicia tratamiento con apoyo de terapia por parte de foniatría y rehabilitación, así como cuidados paliativos. **Conclusión:** Este caso tiene como finalidad reportar una enfermedad neurológica degenerativa devastadora, de baja prevalencia en México. Con la finalidad de concientizar a la comunidad médica de la importancia del diagnóstico oportuno para iniciar tratamiento paliativo que mejore la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: esclerosis lateral amiotrófica, geriatría, plomo, denegerativa, incapacitante, desmielinizante.

Folio: 0892

Tema: Hematología

Quilotórax como manifestación inusual de linfoma nodal de la zona marginal

Ramírez Guillermo Eduardo, Ortiz Irving Elliot, Pérez Eliseo, Flores Candido, Valencia Rafael Ubaldo

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca

Introducción: El quilotórax se define como la acumulación de líquido quiloso en el espacio pleural, siendo una condición rara y su asociación con neoplasia maligna relativamente frecuente, siendo raro como

manifestación inicial. La presentación bilateral es rara y en ausencia de trauma debe ser considerada la etiología neoplásica, con mayor asociación con linfoma y el carcinoma broncogénico. **Objetivo:** dar a conocer caso clínico de paciente con quilotórax como manifestación inusual de linfoma nodal. **Descripción del caso:** Hombre de 57 años sin antecedentes de importancia. Inicia su cuadro clínico un año previo a su ingreso al presentar aumento del perímetro abdominal y edema genital, por lo cual se inició tratamiento diurético sin lograr remisión de la sintomatología. Durante el abordaje diagnóstico se documentó por TAC con derrame pleural, derrame pericárdico, ascitis e imagen compatible con adenocarcinoma de colon con conglomerados ganglionares mediastinales y retroperitoneales, con colonoscopia insatisfactoria. En paracentesis diagnóstica, con reporte de proceso inflamatorio agudo, fibrinopurulento. Posteriormente se agrega disnea respiratoria mMRC 2, asociando ortopnea, ameritando dormir sentado y con persistencia de edema genital y de miembros pélvicos. Ingres a hospitalización con derrame pleural bilateral, se realiza toracocentesis, obteniendo 830 cc de líquido pleural de apariencia quilosa y con determinación de triglicéridos en líquido de 300 mg/dl, compatible con quilotórax; se inicia tratamien-

to conservador de quilotórax, con posterior colocación de sonda endopleural bilateral y se encuentra con presencia de adenomegalias cervicales y axilares, con toma de biopsia excisional de ganglio axilar de 3x3 cm, compatible con linfoma nodal de la zona marginal e inició tratamiento de inducción a la remisión con rituximab-bendamustina. **Discusión:** El quilotórax es una rara condición que se caracteriza por una concentración de triglicéridos > 110 mg/dl y puede tener múltiples etiologías (traumáticas vs no traumáticas representando el linfoma hasta el 70% de las no traumáticas, sin embargo, es raro como manifestación inicial. El linfoma primario nodal de la zona marginal de estirpe B es una enfermedad rara que representa cerca del 2% de las neoplasias linfoides y su diagnóstico requiere localización de adenopatías en ausencia de involucro previo o concurrente del tejido asociado a mucosas o bazo; en la literatura existen pocos datos de la presentación clínica, pronóstico y desenlaces, siendo considerado entre los linfomas de bajo grado, por lo anterior hay pocos reportes de presentación con derrame pleural y sólo hay un caso reportado con diagnóstico mediante análisis de líquido pleural (afectación por emperipolesis), sin asociación previa con quilotórax. **Conclusión:** La asociación de quilotórax no traumático con linfoma es

frecuente, sin embargo, en la literatura no hay reportes de asociación con linfoma nodal de la zona marginal.

Palabras clave: linfoma, quilotorax.

Folio: 0893

Tema: Reumatología

Granulomatosis con poliangiitis. Reporte de caso y revisión de bibliografía

De la Cruz Juan Carlos¹, Pérez Francisco Arturo², Mendez Priscila³

¹ Hospital General de Huixtla;

² Instituto Mexicano del Seguro Social; ³ Hospital Juárez de México

Introducción: La granulomatosis con poliangiitis es una vasculitis de pequeños vasos altamente asociada con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos. Comparte características en especial en la histología renal con poliangiitis microscópica, granulomatosis con poliangiitis eosinofílica y vasculitis limitada al riñón. Sin antecedentes, ingresa por presentar dificultad respiratoria, disnea MMRC 4, tos con hemoptoicos de 1 mes de evolución, pérdida ponderal de 5 kg en 1 mes, astenia, adinamia. Al interrogatorio por aparatos y sistemas refirió otitis media de repetición, rinitis con secreción hemática, orina espumosa, cuadros de oligoartritis en extremidades inferiores, lesiones purpúricas en extremidades inferiores.



Multitratada con antibióticos y glucocorticoides sin mejoría. Ingresa con FC 105 T 37.8°C FR 55 TA 120/80. A la exploración física se encontraron los siguientes datos relevantes a nivel ocular con ojo rojo bilateral sin alteraciones visuales, disminución de murmullo vesicular extremidades integras con lesiones purpúricas palpables simétricas en ambas extremidades inferiores con tamaño de cabeza de un alfiler. Ingresa con sospecha inicial de tuberculosis pulmonar. BH con Hb 7.5 (anemia normo-normo), leucocitos 11700, plaquetas 568000, glucosa 86, creatinina 0.9, urea 22, EGO con proteinuria, hemoglobinuria, eritrocitos incontables. Lectura de morfología eritrocitos incontables y dismórficos. Factor reumatoide 1:40, proteína C reactiva positiva, Panel viral para VIH, VHB, VHC no reactivo, TSH 2.6, Herpes IgM 14, BAAR en expectoración 3 muestras negativo. Depuración de creatinina en 24 horas 35.9 mg/dL con proteínas totales en orina de 2806.02 mg/24 horas. US renal con proceso inflamatorio bilateral con cambios por nefropatía aguda bilateral. RX tele de tórax en parénquima sugestiva con lesiones cavitadas parahiliares, ángulos respetados, silueta cardiaca normal. TAC de tórax con estenosis subglótica a nivel de C5, lesiones nodulares en ápice pulmonar predominio en lóbulo medio, inferiores bilaterales, simétricos, áreas de paquipleuritis,

patrón de vidrio esmerilado en ambas bases, no cavernas, con impresión diagnóstica de tuberculosis pulmonar. **Discusión:** Cuando se encuentra un paciente con presencia de tos con hemoptoicos de larga evolución, pérdida ponderal en una zona endémica de tuberculosis, generalmente el tratamiento inicial se enfoca a dicha patología sin demora. En este caso la radiografía inicial dio la pauta para el manejo antituberculoso, a pesar del BAAR negativo. Pero en este caso contamos con manifestaciones extrapulmonares, como estenosis subglótica, lesiones vasculares en extremidades, deterioro de la función renal progresiva con eritrocitos dismórficos e incontables, rinorrea con secreción hemática. Posteriormente nuestra impresión diagnóstica fue fortalecida al encontrar ANCA +. Es importante realizar un diagnóstico diferencial al encontrar manifestaciones "atípicas" en una zona endémica de tuberculosis.

Palabras clave: vasculitis cutánea, artritis, proteinuria, eritrocitos, falla respiratoria, estenosis subglótica.

Folio: 0894

Tema: Gastroenterología

Penfigoide bulloso como primera manifestación de cáncer esofágico: reporte de caso

Torrecilla Wilmer Daniel, García Estefanía, García Alejandro, Campos Julio César, Urzúa María Dolores

Hospital General Regional 46, IMSS

Masculino de 69 años de edad, sin antecedentes importancia, acude por 6 meses de evolución con lesiones dérmicas ampollas, pruriginosas, en cuello, tórax, abdomen y extremidades, pérdida de peso de 12 kilogramos, disfagia intermitente y progresiva, así como dolor en hemiabdomen superior, asociado a saciedad temprana. A la EF encuentra con una dermatosis generalizada, múltiples lesiones urticariformes y ampollas tensas, de base eritematosa, localizadas en cuello, espalda, tórax, abdomen y en extremidades, Nikolsky negativo; costras meliséricas en algunas lesiones. En paraclínicos presenta anemia moderada, leucocitosis con neutrofilia, elevación de DHL, hipoalbuminemia, hipercalcemia leve. Por sospecha de neoplasia esofágica se solicita endoscopia encontrando en tercio medio de esófago se aprecia mucosa infiltrativa, edematosa, eritematosa, ulcerada, con zonas de necrosis, friable al contacto con endoscopio, con estenosis con una luz de 3mm que impide el paso del endoscopio. Se hace el diagnóstico endoscópico de estenosis esofágica secundaria a tumor esofágico a nivel de tercio medio, se toman biopsias. Así mismo, se toman biopsias de lesiones dérmicas. Se solicita TAC toracoabdominal en la cual se observa lesión

ocupativa de espacio a nivel de tercio medio de esofago hasta unión gastroesofágica, bordes irregulares, ganglios mediastinales y retroperitoneales de tipo metastásico. El paciente se encontraba en protocolo prequirúrgico de gastrostomía, se complica con sepsis por NIH, falleciendo al día 12 de estancia hospitalaria. Se recaban ambas biopsias: biopsia de piel se encuentra con formación de ampulas subepidérmicas con infiltrado perivascular superficial con predominio de eosinófilos; biopsia de tumoración esofágica concluye carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. El penfigoide bulloso (PB) es una enfermedad autoinmune, presentada con mayor frecuencia en adultos mayores. Los hallazgos clínicos clásicos son la presencia de ampollas tensas de 1 a 3 cm de diámetro sobre una base eritematosa, que cuando se rompen, dejan erosiones húmedas y costras que se resuelven sin dejar cicatriz, hallazgos presentes en el caso. Se requieren pruebas adicionales que confirman el diagnóstico como la biopsia del borde de una ampolla intacta para tinción con hematoxilina-eosina y biopsia de tejido perilesional para inmunofluorescencia directa (estándar de oro). La biopsia realizada en el caso presentado, mostró presencia de ampollas subepidérmicas e infiltrado inflamatorio de predominio eosinofílico. El

PB paraneoplásico se asocia con mayor frecuencia a los trastornos linfoproliferativos de células B, aunque hay reportes de casos en otros sitios. La remisión de los síntomas después de la resección del tumor y la reaparición de los mismos con la recurrencia del cáncer sugiere un vínculo neoplásico. El tratamiento del PB paraneoplásico consiste en terapia dirigida contra el cáncer más el tratamiento estándar de su contraparte no paraneoplásica. **Palabras clave:** penfigoide, bulloso, carcinoma, cáncer esofágico.

Folio: 0895

Tema: Neurología

Síndrome de parinaud, localización milimétrica a 135 años de su descripción

Escobedo Nicolás¹, Cantú Diego Alberto², Castillo Sergio Andrés²

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Servicio de Neurología Hospital Universitario UANL

Exposición de caso: Masculino de 18 años con antecedente de asma de inicio en la infancia actualmente controlada. Inició su padecimiento hace 3 semanas manifestando cefalea diaria la cual progresó insidiosamente hasta volverse de intensidad moderada a severa, de calidad opresiva, holocraneana, a la que se le añade diplopía binocular horizontal y más pronunciada a la mirada cercana, Hipoacusia bilateral y parálisis

a la supravversión, siendo lo último el motivo de consulta. A la exploración física: agudeza visual 20/30 en ambos ojos, con adecuada percepción de colores, fondo de ojo con presencia de disco óptico de color rosáceo con bordes bien definidos. Parálisis a la supravversión de la mirada de manera bilateral con adecuada excursión de los movimientos necesarios para la mirada conjugada en las demás direcciones. Al resto de la exploración no se encontró afección en funciones mentales superiores, fuerza, tono, reflejos osteotendinosos, vestibulocerebeloso, sensitivo, marcha, así como ausencia de reflejos patológicos. Se realiza resonancia de cerebro contrastada. Se visualizó en el estudio a nivel de Fosa posterior la presencia de tumoración intraaxial, heterogénea con captación homogénea de medio de contraste que se extiende desde el Acueducto de Silvio de manera caudal y rostral cuarto ventrículo así como tercer ventrículo y ventrículos laterales, que deforma anatomía Mesencefálica condicionando edema perilesional así como obstrucción a dicho nivel, produciendo hidrocefalia activa no comunicante. **Discusión:** Etiológicamente las causas más frecuentes son Neoplasias, donde alrededor de un 30% es representado por tumores de la glándula oínea, seguidos en frecuencia por infartos mesencefálicos entre ambas causas cubriendo el 65%



de los casos, otras causas posibles son la esclerosis múltiple, hemorragias mesencefálicas o neuroinfección. En el caso expuesto la causa de la sintomatología fue ocasionada por un proceso neoplásico.

Palabras clave: síndrome Parinaud, tumor intracraneal.

Folio: 0896

Tema: Neurología

Demencia rápidamente progresiva: enfermedad de Creutzfeldt-Jakob como reto diagnóstico

Ramírez Guillermo Eduardo, Cabrera Juan Pablo, Pérez Eliseo, Gil Israel Nayensei, García Rafael, Flores Cándido

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca

Introducción: las enfermedades por priones son trastornos degenerativos del sistema nervioso central causados por partículas transmisibles que contienen una isoforma patogénica de la proteína prion, siendo la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) la más común y la forma esporádica representa alrededor del 85% de los casos, con incidencia estable entre 0.5 y 1.5 casos por millón, con mortalidad estimada en 90% dentro del primer año. **Objetivo:** Dar a conocer caso clínico de paciente con enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica como reto diagnóstico en el contexto de demencia rápidamente progresiva. **Descripción del caso:** Mujer de 72 años sin

antecedentes de importancia. Inicia su cuadro clínico 2 meses previos a su ingreso al presentar agresividad, cuadro confusional agudo, inversión del ciclo sueño/vigilia, alucinaciones visuales y delirio de persecución, así como alteración en equilibrio que condiciona postración; un mes previo con rigidez generalizada, mioclonías en extremidades torácicas, pérdida de control de esfínteres y deterioro progresivo de las funciones mentales hasta impedir la secuencia de alimentación y de actividades de autocuidado, con inicio de tratamiento con rasaglitina, memantina y citicolina, sin mejoría de la sintomatología. Acude nuevamente a valoración médica donde se solicita IRM de cráneo simple y contrastada, donde se reporta hiperintensidades periventriculares y escasas en corona radiada, en secuencias FLAIR y T2, con pocos cambios degenerativos, así como electroencefalograma con reporte anormal por presentar ondas trifásicas y alteración grave del ritmo de base, por lo cual acude a valoración en nuestro hospital. Durante su estancia se continuo abordaje diagnóstico con toma de TAC de cráneo en el cual se descarta la presencia de colecciones hemáticas intra y extraaxiales y condicionantes metabólicas. Continua con deterioro clínico rápidamente progresivo, por lo cual fallece y se realiza necropsia por solicitud de familiares, obteniéndose

reporte histopatológico compatible con encefalopatía por priones. **Discusión:** La ECJ es rara y a menudo es un reto diagnóstico ante el paciente con demencia rápidamente progresiva, con amplias posibilidades como diagnóstico diferencial como enfermedades neurodegenerativas, autoinmunes, neoplásicas, infecciosas y condiciones tóxicas y metabólicas; el diagnóstico definitivo se realiza por biopsia cerebral, sin embargo, a menudo es no concluyente dado que no todas las áreas cerebrales se encuentran con los cambios histológicos clásicos. La forma esporádica es la más común, con inicio de la sintomatología en la 7^o década de la vida; se desconoce su patogenia, aunque se especula que es resultado de una mutación somática en el gen de la proteína PrP, un cambio estructural en la proteína PrP, o transmisión por el neuroepitelio olfatorio. **Conclusión:** La ECJ es un reto diagnóstico que debe ser considerado en el contexto de demencia rápidamente progresiva con asociación con mioclonías.

Palabras clave: prion, demencia, mioclonias.

Folio: 0898

Tema: Gastroenterología

Dolor crónico de cadera como presentación inicial de osteodistrofia hepática en un paciente cirrótico con hipogonadismo hipogonadotrópico congénito. Reporte de un caso

Robles Yovani¹, Hernández Marisol², Ortiz María del Mar¹

¹ Hospital General de México;

² Hospital General de Cuernavaca Dr. José G Parres

Introducción: La osteodistrofia hepática (OH) es una definición genérica para la enfermedad del metabolismo óseo que ocurre en pacientes con cirrosis hepática. La OH es una complicación importante, pero frecuentemente no investigada en los pacientes con enfermedad hepática crónica, lo cual puede impactar en su calidad de vida al aumentar el riesgo de fractura por osteoporosis. **Presentación de caso:** Mujer de 54 años de edad con tabaquismo y etilismo negativo. Núbil, con amenorrea primaria. Acudió a consulta por dolor crónico de cadera (1 año) así como edema de extremidades pélvicas, ascitis y disnea progresiva. A su ingreso se encontró desorientada en tiempo y espacio, con Tanner 1, ascitis grado 2, red venosa superficial, edema de extremidades pélvicas con fóvea ++++. Se inició manejo para encefalopatía hepática con lactulosa para lograr la meta de número de evacuaciones en 24 h, realizó paracentesis diagnóstica donde se documentó gradiente albúmina sérica (2.1 g/dl)–albúmina de ascitis (0.1 g/dl) de 2, compatible con hipertensión portal, el examen de orina sin proteinuria, el ecocardiograma mostró disfunción diastólica leve (miocardiopatía

cirrótica), se solicitó endoscopia alta encontrando várices esofágicas grado 1 de Sohendra, los anticuerpos antinucleares fueron negativos, el nivel de ferritina fue normal. Se reportó estradiol en 48 pg/ml, progesterona de 0.25 ng/ml, prolactina 16.3, FSH 9.99, LH 5.28, calcio 8.1 mEq/l, Fósforo 2.6 mEq/l, vitamina D 13 ng/ml. El ultrasonido con daño hepático difuso, compatible con cirrosis hepática, sin tumoraciones en ovario ni anexos. La densitometría ósea reportó T score de -5.5, con FRAX de 46 para fractura de cadera por lo que se administró ácido zoledrónico 4 mg intravenoso con lo cual desapareció el dolor de cadera. Fue egresada por mejoría clínica con tratamiento a base de calcio y vitamina D. Ante datos compatibles con hipogonadismo hipogonadotrópico se solicitó la realización de resonancia magnética de cráneo, la cual hasta el momento no se ha podido realizar debido a falta de recursos económicos. **Conclusiones:** Se debe investigar la presencia de enfermedad ósea en los pacientes con cirrosis hepática o enfermedad hepática avanzada debido a que ese una complicación en la que podemos intervenir para mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados. La gravedad de osteoporosis presentada por nuestra paciente es de origen multifactorial ya que intervinieron tanto la osteodistrofia hepática como la falta de

hormonas esteroideas sexuales femeninas desde el nacimiento.

Palabras clave: osteodistrofia hepática, hipogonadismo hipogonadotrópico, ácido zoledrónico, osteoporosis, T score.

Folio: 0899

Tema: Endocrinología

Serie de casos de complicaciones graves en pacientes que desarrollaron Cushing exógeno por uso crónico de esteroides orales, inyectables y tópicos, sin protocolo diagnóstico de enfermedad de base

Salazar Claudia Nai, Cruz Antonio, Estrada Karla Patricia, Garcilazo Alejandra, Lajud Francisco, Arteaga Daniela
Hospital General de México

El síndrome de Cushing exógeno, es consecuencia de la gran accesibilidad a los esteroides orales, tópicos e inyectables así como a la prescripción indiscriminada. Documentar las complicaciones y deterioro funcional del paciente expuesto al uso iatrogénico de esteroides y presentar un caso poco común de eritrodermia psoriasica por uso tópico de esteroides. Hombre de 41 años presenta poliartritis simétrica bilateral en articulaciones mayores y menores con rigidez matutina de 3 meses de evolución. Tratado con AINES y dexametazona intramuscular por 10 años. Presenta absceso bilateral de psoas, glúteo y artritis séptica. Se aislo E. Coli Blee, recibiendo tratamiento con



Amikacina y aseos quirúrgicos. Durante su estancia presento EVC isquémico y neumonía intrahospitalaria. Cumplió 50 días de estancia y se egresa con secuelas neurológicas. Mujer de 63 años portadora de DM2 y obesidad Grado II. Antecedente de lumbalgia mecánica crónica y consumo de dexametazona oral por 2 años. Ingresa por choque séptico secundaria a pielonefritis aislándose *E. coli* Blee ameritando tratamiento con Ertapenem. En la radiografía de columna dorsal presenta trazos de fractura con compresión vertebral. Se prescribe uso de chaleco ortopédico y tratamiento a base de opioides y AINES por clínica del dolor. Después 43 días de estancia intrahospitalaria se egresa con limitación funcional. Mujer de 49 años portadora de DM2. Presenta placas eritematosas pruriginosas. Tratada con esteroide tópico (betametasona) por 3 años. Acude por exacerbación de prurito.. Se realiza biopsia de piel con diagnóstico de psoriasis y se inicia tratamiento tópico. Sin embargo por el uso crónico de esteroides progresa a eritrodermia. Las complicaciones devastadoras que presentaron nuestros pacientes fueron secundarios a una prescripción de esteroide precoz, sin brindar educación adecuada al paciente en ausencia de un diagnóstico etiológico.

Palabras clave: Cushing exogeno, esteroides orales, esteroides

tópicos, complicaciones graves, esteroides inyectables, infecciones.

Folio: 0900

Tema: Infectología

Endocarditis infecciosa por *Staphylococcus aureus* en un paciente con trilogía de Fallot. Reporte de caso Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Rodríguez Ricardo, Jiménez Luis Antonio, Camacho Raúl, González Karen Victoria, Aguilar Georgina, Flores Argelia
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. La endocarditis infecciosa es una enfermedad compleja y potencialmente letal la cual es causada por múltiples agentes, siendo la infección por *Staphylococcus aureus* de las etiologías más frecuentes de acuerdo a lo reportado en la literatura; la cual se caracteriza por los datos de bacteriemia o fungemia, valvulopatía cardiaca, así como, fenómenos embólicos e inmunológicos, debido a esto, se ha convertido en un reto diagnóstico y terapéutico, ya que no una gran parte de pacientes no cuenta con una presentación clínica tan florida como se describe en la literatura, razón por la cual se cuenta con los criterios de Duke que define a la enfermedad como definitiva, posible o descartada.

Presentación del caso. Masculino de 34 años con antecedente de cardiopatía congénita des-

conocida con seguimiento por especialista hasta los 25 años sin recibir tratamiento que inicia el padecimiento 1 mes previo a su hospitalización, con alzas térmicas no cuantificadas, dolor epigástrico tipo cólico intensidad 10/10, cefalea holocraneana que aumentaba con cambios de posición, malestar general, escalofríos, dolor en hemiabdomen derecho de tipo punzante con irradiación a hemitórax ipsilateral que aumenta a la inspiración profunda, por lo cual recibe múltiples tratamientos antimicrobianos sin mejoría. A su ingreso debido al síndrome febril de etiología desconocida se considera el diagnóstico de endocarditis infecciosa debido a que a la exploración se encuentra con presencia de soplo holosistólico intensidad IV/VI multifocal con irradiación a los vasos del cuello, sin alteraciones vasculares periféricas, por lo cual se realizan cultivos con aislamiento de *Staphylococcus aureus* meticilino sensible, en ecocardiograma se reporta comunicación interventricular membranosa con presencia de aneurisma en dicha región, obstrucción de la válvula pulmonar severa e infundibular (FEVI 62%), engrosamiento de la válvula pulmonar con gradiente máximo de 105 mmHg con insuficiencia ligera, TAP hipoplásico de 15 mm, con persistencia del conducto arterioso, clasificándolo como Trilogía de Fallot, confirmando el diagnóstico de endocarditis infecciosa

cumpliendo 2 criterios mayores y 3 criterios menores de Duke. Se inicia tratamiento antimicrobiano a base de dicloxacilina 2000 mg cada 6 horas y posterior a 10 días se cambia esquema a cefalotina, cumpliendo 3 semanas de tratamiento de manera intrahospitalaria, después del inicio del tratamiento se cuenta con el reporte de 6 sets de hemocultivos sin desarrollo con 48 horas de diferencia entre cada set, a pesar de esto el paciente presenta embolismos a nivel pulmonar pero por contar con esquema antimicrobiano por el mismo agente se continúa tratamiento, y debido a su buena respuesta clínica y laboratorial se decide su egreso para continuar tratamiento con cefalexina por vía oral para completar 6 semanas de tratamiento.

Palabras clave: endocarditis infecciosa, cardiopatía congénita, *Staphylococcus aureus*, trilogía de Fallot, embolismo séptico.

Folio: 0901

Tema: Hematología

Leucemia cutis reporte de caso

Alonso María Teresa, Elizondo Ochoa Alvaro, Inclán Sergio, Neme Yvette
Centró Médico ABC

Introducción: La leucemia cutis es una manifestación extramedular de la leucemia aguda, se define como un infiltrado cutáneo por leucocitos neoplásicos en la piel. La leucemia cutis se observa únicamente en el

3% de los pacientes con leucemia mieloide aguda (LMA).

Objetivo: La leucemia cutis es una lesión específica. Existen manifestaciones cutáneas no específicas, siendo manifestaciones de la falla medular, se presentan como petequias, púrpura, equimosis o infecciones. Es importante conocer los diferenciales que pueden existir, ya que los pacientes con lesiones específicas (LC) tienen una presentación más agresiva.

Resumen caso: Paciente con dermatosis compuesta por pápulas localizadas en extremidades superiores y tronco, de 2 meses de evolución. Un año antes se diagnosticó Leucemia mieloide aguda de predominio mielomonocítica. Recibió terapia de inducción con remisión completa. A los cinco meses presenta recaída. Comienza nuevo ciclo de inducción logrando remisión completa. Tres meses después de la recaída en la fase de consolidación, aparece dermatosis localizada en tronco y extremidades superiores, compuesta por alrededor de 20 pápulas violáceas, de diferentes tamaños, las más grandes de 5mm de diámetro, redondas, circunscritas y sólidas, bordes bien definidos, que remiten completamente posterior a la administración de quimioterapia. Se decide tomar biopsia de piel que muestra Leucemia Cutis. Biopsia: Capa espinosa con acantosis irregular. En dermis superficial y media se observa

infiltrado de células mononucleares dispuestas perivascular e intersticialmente. Las células son grandes, pleomórficas, con núcleos hiper cromáticos, irregulares y escaso citoplasma. CD 68 positivo, MPO positivo, CD 34 positivo en estroma y células endoteliales. **Conclusión:** La presencia de leucemia cutis en pacientes con LMA tiene un desarrollo más agresivo y acortará la supervivencia. Es importante hacer el diagnóstico para ofrecer un abordaje íntegro y tratamiento adecuado.

Palabras clave: leucemia, cutis, mieloide, aguda, agresivo, infiltración.

Folio: 0903

Tema: Reumatología

Colitis ulcerativa y artritis reumatoide: una rara asociación

Ramírez Guillermo Eduardo¹, Castro Daniela², Zamarripa Felipe², Huacuja Óscar Yamil¹, Flores Cándido¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapalapa;

² Hospital Juárez de México

Introducción: la colitis ulcerativa crónica (CU) es una enfermedad sistémica de etiología desconocida, pero de naturaleza esencialmente autoinmune, la cual puede cursar con artritis como manifestación extraintestinal, siendo usualmente seronegativa, aunque títulos bajo de factor reumatoide (FR) pueden encontrarse. La asociación con artritis reumatoide (AR) ha sido raramente



documentada. **Objetivo:** dar a conocer reporte de caso de paciente con coexistencia de CU con AR. Descripción del caso: Hombre de 24 años sin antecedentes de importancia. Inicia su cuadro clínico en 2016 con la presentación de artritis mecánica de hombro derecho y posteriormente de hombro izquierdo. Es diagnosticado en reumatología del HJM con AR con seropositividad para anticuerpos antiCCP a 216 UI/ml, reactantes de fase aguda elevados y artritis de grandes y pequeñas articulaciones; inicia tratamiento con metrotexato e hidroxiclороquina y posteriormente sulfasalizina, los cuales suspende de forma autónoma por eventos adversos gastrointestinales. En 2018 inicia con edema bilateral de miembros pélvicos hasta tercio proximal y palidez generalizada, con respuesta parcial a prednisona, así como presentación de evacuaciones sanguinolentas, acompañadas de prurito anal y dolor tipo cólico difuso, así como anemia microcítica hipocrómica grado IV y trombocitosis. Se realiza abordaje diagnóstico con colonoscopia con mucosa de aspecto hiperémico, edematoso, con pérdida del patrón vascular; sigmoides con múltiples lesiones excavadas cubiertas por fibrina de distribución heterogénea, compatible con probable enfermedad inflamatoria intestinal, por lo cual se realiza toma de biopsias, en las

cuales se reporta con pancolitis crónica intensa con áreas de ulceración y atrofia compatible con colitis ulcerativa crónica idiopática, sin identificarse displasia. **Discusión:** La asociación de AR con otras enfermedades autoinmunes es común, siendo su mayor asociación con síndrome de Sjögren (30% de casos) y muy raramente con enfermedad inflamatoria intestinal (incidencia 0.4-0.8%). Los anticuerpos antiCCP raramente se presentan en otras enfermedades autoinmunes diferentes de RA, como psoriasis y se relacionan directamente con el tabaquismo, el cual amplifica el proceso de citrulinización de autoantígenos. Hasta 1% de la población sana tiene positividad para antiCCP, con títulos < 39 UI/ml y las altas concentraciones son casi exclusivas de AR. La relación entre AR y CU no ha sido claramente definida, sin identificarse factores genéticos de riesgo. Se ha sugerido que HLA-DR4 es un factor protector contra CU, sin embargo, juega un papel fundamental en la patogénesis de AR; por otra parte, la infección gastrointestinal puede jugar un papel relevante tanto en AR como en CU. **Conclusión:** Aunque la CU puede cursar con manifestaciones extraintestinales a nivel articular con títulos bajos de FR, de forma rara se ha descrito la coexistencia con AR.

Palabras clave: artritis reumatoide, colitis ulcerativa, autoinmunidad.

Folio: 0904

Tema: Dermatología

Vasculitis por hipersensibilidad, presentación de un caso

Luna Rocío, Reyes Ivonne Leticia, Torres Irving, García Claudia
Hospital Juárez de México

Las vasculitis leucocitoclásticas, también denominadas vasculitis por hipersensibilidad, son vasculitis de vasos de pequeño calibre. La biopsia demuestra inflamación de pequeños vasos sanguíneos, más prominente en las vénulas postcapilares, aunque también afecta arteriolas y capilares. Se presenta caso de paciente masculino de 46 años con el antecedente de psoriasis, diagnosticada hace tres años sin tratamiento especificado. el cual inicia padecimiento actual dos semanas previas a su ingreso posterior a ingesta de alimentos en vía pública, tras presentar de manera súbita prurito generalizado, con evidencia de lesiones dérmicas, por lo que se da tratamiento con antihistamínicos y corticosteroides (hidroxicina, clorfenamina y dexametasona) dos días posteriores se agregan habones, eritema de miembros pélvicos y posteriormente torácicos, se agrega edema y dolor leve. Tres días previos a su ingreso presenta descamación de las lesiones eritematosas, posteriormente se añade calor de ambos miembros pélvicos y alzas térmicas cuantificadas hasta 39 grados, motivo por el cual ingresa al servicio de medicina interna para proto-

colo de estudio y tratamiento. Con tratamiento con ceftriaxona, metronidazol, sucralfato, enterogermina y furosemide. Durante el internamiento cursa con evacuaciones diarreas abundantes sin moco ni sangre en cantidad de 20 y picos febriles de repetición. Se toman laboratorios con lesión renal aguda AKIN 2 y aumento de la TGP en 120, IGE 488 IGG 993 C3 57 C4 9.8 Se toma biometría hemática con leucocitos 28790 HB 13.2 Plaquetas 187 000 neutrofilos 23 460 linfocitos 1 190 eosinofilos 3 180. Se interconsulta a dermatología con probable Síndrome de Dress vs vasculitis. Se toma biopsia de piel, se inicia tratamiento con prednisona a 1mg/kg, con mejoría de los síntomas, con desaparición de las lesiones, mejoría en la lesión renal y disminución de las transaminasas, por lo que se decide egreso. Visto en consulta externa de dermatología.

Palabras clave: vasculitis por hipersensibilidad, vasculitis leucocitoclastica.

Folio: 0905

Tema: Oncología

Derrame pleural derecho masivo recidivante secundario a osteosarcoma osteogénico de tibia

Cruz Carlos, Cervantes Erika, Sánchez Hiralda, Amscheridam Schajrit Esther

Hospital General de México

El osteosarcoma es la neoplasia maligna primaria más común,

caracterizada por la formación de tejido óseo inmaduro y tejido osteoide. El pico de incidencia es de los 15 a 19 años. El 80 a 90 % de los casos se presentan en huesos largos. Hombre de la quinta década de la vida quien presenta tumora-ción en rodilla izquierda, con toma de biopsia compatible con angioma cavernoso. Ingres-a con disnea de pequeños esfuerzos, documentando derrame pleural derecho masivo, colocando sonda endopleural con obtención de líquido hemorrá-gico. Se analizan laminillas por nuestra unidad con la finalidad de documentar osteosarcoma. Hombre de 49 años de edad, quien cuenta con los antece-dentes de diabetes mellitus tipo 2 de recién diagnóstico sin manejo. Tabaquismo y etilismo positivos durante 7 años. Inicia padecimiento 6 meses previos a su ingreso al presentar au-mento de volumen a nivel de rodilla izquierda, con dolor tipo opresivo intensidad 10/10, sin irradiaciones, exacerbado con el movimiento, limitando la deambulaci3n. Acude a Hospital p3blico donde se do-cumenta por radiografía lesi3n lítica a nivel de tibia izquierda, realizando toma de biopsia ce-rrada con reporte de angioma cavernoso. Se realiza manejo con analgesia y seguimiento en dicha instituci3n. Una se-mana previa a su ingreso refiere disnea de medianos esfuerzos, con progresi3n a pequeños esfuerzos, motivo por el cual

acude a esta unidad, donde se encuentra con taquicardia, saturaci3n de oxígeno de 60 % y cianosis peribucal. A la explo-raci3n física se encuentra con ruidos cardíacos aumentados de tono e intensidad, integran-do derrame pleural derecho del 100 %, corroborado con radiografía de t3rax. Extremida-des asimétricas e expensas de rodilla izquierda, con aumento de volumen a nivel de tibia, sin cambios de coloraci3n, con limitaci3n de los arcos de movimiento. Se realiza manejo inicial con colocaci3n mascari-lla facial y analgesia. Se realiza toma de líquido pleural con las siguientes características; color rojo, aspecto hemorrá-gico, leucocitos 0, glucosa 88 mg/dl, microproteínas 2900 mg/dl, LDH 1552 UI/L, pH 7, eritrocitos 135,360 mm³, en relaci3n a exudado, por lo que se decide colocar sonda endopleural, obteniendo mejoría del cuadro clínico. Se recaba tinci3n gram sin bacterias y cultivo de líquido sin desarrollo. Pasa a cargo de nuestra unidad, donde continúa mismo manejo, con derrame pleural recidivante. Se solicitan exámenes de laboratorio en los que se encuentra: urea 29 mg/dl, creatinina 1.1 mg/dl, ácido úrico 8.5 mg/dl, bilirrubina total 0.92 mg/dl, proteínas to-tales 5.2 g/dl, albúmina 2.25 g/dl, fosfatasa alcalina 178 U/L, deshidrogenasa láctica 192 U/L, electrólitos y tiempos de coagulaci3n sin alteraciones, leucocitos 14.3 x10^{e3}/L, neu-



trófilos $12.2 \times 10^3/L$, linfocitos $0.8 \times 10^3/L$, plaquetas $406 \times 10^3/L$, hemoglobina 15.1 g/dl , hematocrito 45.5% . Se realiza citopatológico donde se observan polimorfonucleares e histiocitos además de células neoplásicas de mediano tamaño eosinófilas con citoplasma vacuolado y núcleo irregular e hiperromático. Se realiza tomografía en la que se describe a nivel pulmonar engrosamientos pleurales de predominio basal, con múltiples imágenes nodulares, la de mayor tamaño ubicada en segmento basal posterior. A nivel de epífisis y metáfisis de tibia izquierda se observa lesión ósea expansiva, con reacción perióstica interrumpida por destrucción de la cortical. Se solicitan laminillas de biopsia a unidad tratante para realizar nueva revisión por el servicio de patología documentándose hueso recién formado rodeado por tejido fusocelular en relación a sarcoma osteogénico estadio III. Se realiza valoración por cirugía oncológica indicando tratamiento inicial a base de cisplatino, adriamicina y metrotrexate. con adecuada respuesta, programando manejo quirúrgico. Sin quimioterapia, menos del 20% de pacientes con osteosarcoma tendrían supervivencia libre de enfermedad.

Palabras clave: osteosarcoma, derrame pleural paraneoplásico, angioma cavernoso, reacción perióstica, tejido óseo inmaduro.

Folio: 0906

Tema: Reumatología

Fenotipo de miopatía inflamatoria con positividad anti-Jo1/anti-Ro52: reporte de caso

Aguilar-Álvarez Jorge-Luis¹, González Alan¹, Becerril-Mendoza Lizbeth-Teresa¹, Martínez Velia¹, Barbosa-Cobos Rosa-Elda¹, Reyes-Cetina Ivonne-Leticia¹, Sacoto-Flores Goethe-Salomón²

¹ Hospital Juárez de México;

² INER

Introducción: Los anticuerpos anti-ARN-sintetasa de transferencia de aminoacil (anti-ARS) son un grupo de autoanticuerpos específicos de miopatías, presentes en pacientes con polimiositis y dermatomiositis (PM/DM). **Caso clínico:** Mujer años con padecimiento de 6 semanas caracterizado por presencia de fiebre cuantificada de 38.5°C , sin predominio de horario acompañado de escalofríos coloración violácea y edema palpebral bilateral, fotosensibilidad; disfagia alta a sólidos; disnea de grandes esfuerzos que evoluciona progresivamente a disnea en reposo; edema que inicia en extremidades inferiores, que se generaliza hasta presentar anasarca. Recibió tratamiento con dexametasona 4mg cada 24h por 4 días sin mejoría. Acude a servicio de urgencias con datos de choque séptico de origen pulmonar. EF: Lesiones hiperpigmentadas en región periorbitaria, debilidad muscular predominio proximal

$2/5$ en extremidades superiores, $1/5$ extremidades inferiores, (escala Daniels). Paraclínicos: Elevación de enzimas musculares $\text{CK} > 13,000 \text{ mg/Dl}$; $\text{AST } 650\text{U/L}$, $\text{ALT } 450 \text{ U/L}$, capilaroscopia sin alteraciones. Perfil anticuerpos miopatía. TCAR con neumonía organizada no criptogénica; estudios de extensión para neoplasias negativos. Paciente con 14.5 puntos clasificación ACR/EULAR 2017 de miopatías inflamatorias idiopáticas (probabilidad diagnóstica 100%). Recibió tratamiento con pulsos de metilprednisolona e inmunosupresión. **Discusión:** Existen estudios que reportan coexistencia de anticuerpos anti-Ro52 con mayor asociación de riesgo para afección pulmonar y cáncer; sugieren que los pacientes anti-Jo1-positivos deben someterse rutinariamente a la búsqueda de anti-Ro52, ya que este autoanticuerpo puede afectar el pronóstico de los pacientes.

Palabras clave: miopatías inflamatorias, anti-ARS, polimiositis, dermatomiositis, neumopatía intersticial.

Folio: 0907

Tema: Infectología

Caso atípico de un paciente que desarrolla falla hepática aguda secundaria a infección por *Rickettsia rickettsii*

Salazar Claudia, Cruz Antonio, Garcilazo Alexandra, Arteaga Daniela, Lajud Francisco, Villacaña Diana

Hospital General de México

La fiebre de las montañas rocosas es una zoonosis con baja prevalencia en México. Las manifestaciones clínicas características de esta enfermedad incluyen fiebre, exantema maculopapular y antecedente de picadura de garrapata. Las dificultades para el diagnóstico radican en la presentación de un cuadro clínico ambiguo aunado a la baja sospecha diagnóstica por ser una entidad de baja prevalencia en nuestro país. **Objetivo:** El objetivo de nuestro trabajo es exponer las dificultades del diagnóstico inicial de la fiebre de las montañas rocallosas, así como contribuir a la notificación oportuna de los casos, que son sumamente necesarios para determinar la epidemiología en nuestro país. Hombre de 39 años de edad sin antecedentes de importancia. Presenta alza térmica cuantificada en 41 grados centígrados así como picos febriles espontáneos sin predominio de horario que ceden con la administración de antipiréticos. Veinticuatro horas posteriores se añade un cuadro de dolor articular de tipo inflamatorio en rodillas, columna, codos, región inguinal de manera bilateral. Posteriormente cursa con cuadro de vías respiratorias inferiores caracterizado por tos productiva con expectoración verdosa. Continúa con alza térmica de 40 grados, cambiando analgésico de ibuprofeno 800mg a metamizol sódico y naproxeno + paracetamol

por médico facultativo. Inicia tratamiento antimicrobiano por indicación médica con ceftriaxona y doxiciclina por antecedente de quiste pilonidal y probable neumonía atípica. Siete días posteriores al inicio del cuadro y 24 horas posteriores al inicio de tratamiento antimicrobiano presenta rash cuero cabelludo que se generaliza de manera descendente acompañado de prurito intenso por lo que se suspenden antibióticos por probable reacción alérgica secundaria. Acude al servicio de urgencias 2 semanas después del inicio de sus síntomas, por continuar con cuadro febril, lesiones dérmicas, prurito intenso y ataque al estado general donde es ingresado para iniciar protocolo de estudio. Durante su hospitalización se protocoliza para síndrome consuntivo descartando etiologías oncológicas y autoinmunes tal como síndrome de Dress. En cuanto a cuadro infeccioso se hace serología viral reportando negativa. Cuatro días posteriores a su ingreso inicia con hepatalgia e ictericia conjuntival y encefalopatía. Se realizan estudios complementarios con presencia de prolongación de tiempos de coagulación, elevación de azoados e hipoglucemias intermitentes a pesar de la ingesta de alimento, apoyando el diagnóstico de falla hepática aguda. Se realiza serología en el departamento de zoonosis para enfermedades transmitidas

por vector. Decidimos iniciar tratamiento antibiótico empírico con doxiciclina así como manejo por alergología cuadro de prurito que presentaba el paciente. Cuarenta y ocho horas después del tratamiento antibiótico el paciente cursa con mejoría clínica y bioquímica. Se confirma el diagnóstico de *R. Rickettsii* mediante PCR. El caso analizado previamente recalca las dificultades en el diagnóstico inicial de la fiebre de las montañas rocallosas. En un inicio se atribuyó el rash al uso de tratamiento antibiótico, el cual se justificó por un quiste pilonidal infectado y aparente cuadro de vías respiratorias inferiores. Además, este caso confirma el desconocimiento de la enfermedad aún en presencia del exantema maculopapular y muestran que las desviaciones en la interpretación del patrón epidemiológico y de los signos clínicos de esta entidad, pueden tener graves consecuencias como la falla hepática aguda que presentó nuestro paciente.

Palabras clave: fiebre de las montañas rocosas, zoonosis, exantema maculopapular, *R. rickettsii*, falla hepática aguda, enfermedad transmitida por vector.

Folio: 0908

Tema: Neurología

Polineuropatía periférica como manifestación inicial de cáncer papilar de tiroides: reporte de un caso



Gutiérrez Isabel, Bolio Ana Beatriz, Cadena Arturo, Uribe Paul David, Joya Joaquín Gerardo, De la Garza César Alberto
Centro Neurológico Centro Médico ABC

Introducción: Las polineuropatías tienen una amplia gama de posibles etiologías, siendo las más frecuentes metabólicas, tóxicas, medicamentosas y paraproteinemias. La neuropatía axonal sensoriomotora no es infrecuente en pacientes con cáncer, sin embargo es difícil de identificar ya que la mayoría de los pacientes tienen anticuerpos paraneoplásicos negativos. Las malignidades más relacionadas con esta manifestación son las hematológicas, especialmente linfomas y mieloma múltiple, aunque también se ve frecuentemente en carcinoma pulmonar de células pequeñas. **Caso clínico:** Paciente femenino de 46 años de edad quien se presenta con cuadro de cuatro semanas de evolución caracterizado por debilidad distal y parestesias de miembros pélvicos y torácicos, la cual evolucionó hasta condicionar incapacidad para deambular. Como antecedentes de relevancia refiere fenómeno de Raynaud y fibromialgia manejado con gabapentina de forma intermitente. Al examen físico neurológico presenta fuerza proximal en brazos 4/5 y antebrazos 3/5 bilateral, miembro pélvico derecho con fuerza proximal 3/5 e izquier-

do 4/5, distal 4/5 bilateral. Presenta también arreflexia generalizada bicipital, tricipital, estolorradiar, patelar y aquilea. e hipoestesia en las cuatro extremidades en patrón topográfico de guante y calcetín largo simétrico. Se integró clínicamente el diagnóstico de polineuropatía. Inicialmente se buscaron etiologías toxicológicas o metabólicas, encontrando deficiencia de vitamina B12 sin anemia o macrocitosis, con niveles de B12 reportados en 0. Sin embargo, no se consideró que fuera la causa debido a que la sintomatología persistió a pesar de la reposición adecuada de dicha vitamina y normalización de los niveles a las 24 horas. De igual forma se abordó la deficiencia de vitamina B12, descartando datos de anemia perniciosa por endoscopia y por presencia de anticuerpos negativos. Como parte del abordaje se realizó una tomografía de tórax con hallazgo de un nódulo tiroideo izquierdo, caracterizado por ultrasonido como un nódulo hipoecoico, con vascularidad periférica y un diámetro mayor de 13mm. Se realizó biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), la cual reporta carcinoma papilar clásico Bethesda 4, por lo que se decide manejo con tiroidectomía total. En los hallazgos transquirúrgicos se reportaron bordes positivos e invasión ganglionar, por lo que se manejará con yodo radiactivo 8 semanas después de la cirugía.

En el postquirúrgico la paciente evolucionó con hipocalcemia sintomática por hipoparatiroidismo transitorio refractario a tratamiento con calcio intravenoso, por lo que se administró PTH recombinante, con mejoría de la sintomatología y los niveles de calcio dos semanas después. En una revisión a las 4 semanas de la cirugía, la paciente se encuentra ya sin déficit neurológico. **Conclusión:** El cáncer papilar de tiroides es el tumor de tiroides más frecuente, tratándose del 80 al 85% de los casos. La mayoría son asintomáticos, y suele ser diagnosticado de forma incidental o como una masa palpable en el cuello. Generalmente son indolentes, intratiroides y pequeños con un pronóstico excelente independientemente del manejo. Los síndromes paraneoplásicos neurológicos son causados por una respuesta autoinmune hacia antígenos onconeurales, los cuales son compartidos por el tumor y el sistema nervioso. Sin embargo, no se han asociado auto-anticuerpos específicos con el cáncer papilar de tiroides. Gratwicke et al describieron un caso de ganglionopatía sensorial y síndrome cerebeloso en un paciente con cáncer papilar de tiroides que debutó con polineuropatía y ataxia. En este paciente los síntomas resolvieron cuatro semanas después de haber sometido al paciente a una tiroidectomía total. Kroiss et al. describieron un caso con este mismo tumor

que debutó con un síndrome cerebeloso. Este caso representa un síndrome neurológico diferente a los descritos asociados a cáncer papilar, lo que lo hace interesante.

Palabras clave: polineuropatía periférica, neuropatía paraneoplásica, cáncer papilar de tiroideos.

Folio: 0909

Tema: Reumatología

Fiebre, sinusitis crónica e hipoacusia progresiva: un caso de vasculitis de pequeño vaso

Lara Angel Admin, Arias María Fernanda, Aguilar Sandra Elizabeth, García Roxana Stephanie, García Edgar

Centro Médico ISSEMyM Toluca

Las vasculitis son un grupo de enfermedades que se caracterizan por un infiltrado inflamatorio en la pared de los vasos sanguíneos provocando daño estructural y hemorragia, isquemia o necrosis. Los síntomas dependen del tamaño, tipo y localización del vaso afectado. De acuerdo al Consenso de Chapell Hill 2012 se clasifican en vasculitis de vasos pequeños, medianos y grandes. Dentro de las vasculitis de pequeño vaso, se encuentran las asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) que cursan con alteración en vías aéreas superiores, pulmón y riñón. A continuación se presenta el caso de una paciente con un cuadro compatible con vascu-

litis de pequeño vaso. Paciente femenino, 67 años, sin antecedentes de importancia, que inició su padecimiento hace 3 meses con cefalea frontotemporal con mejoría parcial al uso de analgésicos. Posteriormente con hipoacusia bilateral progresiva y obstrucción nasal con salida de costras sanguinolentas. Recibió tratamiento antibiótico por sospecha de sinusitis sin presentar mejoría. Un mes previo a su ingreso con fiebre intermitente y pérdida de peso de aproximadamente 5 kg desde el inicio de su sintomatología. Se realizó hospitalización en otro hospital donde se identifica evidencia de ocupación de senos paranasales por estudios de imagen. Recibió tratamiento antibiótico de amplio espectro y se realizó antrostomía maxilar con mejoría parcial. Durante la hospitalización se identifica también derrame pleural izquierdo de aproximadamente 30% requiriendo colocación de sonda endopleural con líquido reportado con características de exudado y cultivos negativos. Se egresó a domicilio con mejoría de los síntomas 2 semanas antes de su ingreso a nuestro hospital. Posterior a su egreso refiere continuar con fiebre intermitente, hipoacusia, obstrucción nasal, debilidad generalizada y edema de miembros inferiores por lo que acudió a valoración a nuestro hospital. Se identificó anemia severa, leucocitosis, trombocitosis, elevación de proteína C reactiva

y velocidad de sedimentación globular así como proteinuria en rango subnefrótico con microhematuria sin deterioro de la función renal, con derrame pleural izquierdo mínimo, sinusitis crónica e hipoacusia bilateral. Por la historia clínica y la afectación multiorgánica se sospechó de proceso autoinmune del tipo vasculitis, con resultado negativos para anticuerpos antinucleares, anticuerpos antiDNA, factor reumatoide, complemento normal, con resultado de ANCA-c, ANCA-p, antiMPO y antiPR-3 pendientes. Biopsia de seno maxilar y septum nasal con vasculitis leucocitoclástica y áreas de necrosis. Ante la sospecha de vasculitis de pequeños vaso se inició tratamiento inmunosupresor con metilprednisolona y ciclofosfamida presentando mejoría clínica y realizando egreso a domicilio en situación estable y asintomática. Las vasculitis de pequeño vaso que afectan vías aéreas superiores y oído son la granulomatosis con poliangeítis y la poliangeítis microscópica. Su incidencia varía de 2-12 casos por millón de habitantes. Es una enfermedad poco frecuente con una presentación clínica heterogénea por lo que representa un reto diagnóstico y requiere un alto índice de sospecha. La afectación a múltiples niveles y la progresión rápida del daño a nivel pulmonar y/o renal requiere establecer el diagnóstico para iniciar tratamiento inmunosupresor y



detener el daño orgánico. El diagnóstico se debe basar en la presentación clínica, la presencia de anticuerpos y el resultado de biopsia compatible con vasculitis leucocitoclástica y/o inflamación granulomatosa. En pacientes con sinusitis crónica que no responde a antibióticos, con alteración pulmonar y renal como el caso de nuestra paciente se debe sospechar de un proceso autoinmune del tipo vasculitis. El tratamiento inmunosupresor temprano con esteroide sistémico y ciclofosfamida o rituximab está indicado en casos de vasculitis asociada a ANCA y es necesario para detener el daño orgánico y disminuir la mortalidad.

Palabras clave: vasculitis, ANCA, sinusitis crónica, granulomatosis con poliangetis, poliangeitis microscópica, hipocausia.

Folio: 0912

Tema: Infectología

A propósito de una tuberculosis intestinal multifarmacorresistente en paciente inmunocompetente

Cortés Migue Ángel¹, Higueta Eliana², Pérez Sofia¹, Alzate Diego¹, Arroyave Alex¹, Fuentes Gustavo¹, Arroyave Diego¹

¹ Universidad Cooperativa de Colombia Sede Medellín; ² Clínica Vida

Introducción: La TB es una enfermedad causada por bacterias del género *Mycobacterium*, esta puede tener alcance sistémico.

Se transmite de persona a persona a través del aire. Según la OMS en el 2016 10,4 millones de personas enfermaron de TB y 1,7 millones murieron de esta. Un factor importante que dificulta la resolución de la TB es la farmacoresistencia. En Colombia se han reportado más de 18 casos de TB- XDR, siendo Antioquia uno de los departamentos con mayor incidencia de acuerdo al Instituto Nacional de Salud (INS). Se estima que el 20% de los casos de TB a nivel mundial son resistentes a antibióticos. femenina de 24 años de edad, diagnóstico hace 2 meses de tuberculosis pleural, llevada a decorticación pleural. Posterior al alta, la paciente regresa con dolor en cuadrante inferior del abdomen, clasificado como 10/10 en escala análoga del dolor, diarrea con 20 deposiciones al día, melenas, emesis de contenido alimentario, disminución de 4 kg de peso, insomnio, astenia y adinamia. Al examen físico, se evidencia paciente en malas condiciones, con una presión arterial de 110/70mmHg, frecuencia cardíaca 86lat/min, frecuencia respiratoria 15rpm, temperatura axilar 36,4°C y mucosas deshidratadas. Dolor a la palpación profunda en marco cólico sin irritación peritoneal. La colonoscopia, evidencian lesiones inflamatorias diseminadas tipo úlcera, algunas con base limpia, otras con material de aspecto purulento y otras de borde eritematoso, de las cua-

les se toma biopsia. hacemos diagnóstico de tuberculosis intestinal farmacorresistente que probablemente migró del compromiso pleural, iniciamos tratamiento con: Pirazinamida, Etambutol, Etionamida, Moxifloxacino. TB-MDR grave problema de salud pública, r multifactorial, bien sea por un mal uso de antibióticos o por alteración genética que predisponga a la resistencia como lo es la alteración en el gen KatG para la resistencia a la Isoniacida., aumentando riesgo de muerte y trasmisibilidad de las cepas.

Palabras clave: TB-MDR, TB-XDR, tuberculosis pleural, tuberculosis intestinal, colonoscopia, decorticación.

Folio: 0914

Tema: Nefrología

Caracterización del volumen plaquetario medio en pacientes con y sin enfermedad renal crónica

Lugo Flavio Arturo, Zapata Rogelio, Inclan José Ivan

Hospital General de México Eduardo Liceaga

Planteamiento del problema:

El volumen plaquetario medio ha sido usado como marcador pronóstico en múltiples padecimientos, sin embargo, los procesos inflamatorios, como la enfermedad renal crónica, pueden alterar su sensibilidad. Por lo tanto, se pretende observar los cambios de los valores de volumen plaqueta-

rio medio en los pacientes con enfermedad renal crónica del Hospital General de México. Justificación: Se sugiere que, por tratarse de un marcador de inflamación, el volumen plaquetario medio, puede estar aumentado en los sujetos con enfermedad renal crónica. Sin embargo, no contamos con información que apoye esta hipótesis, por lo que el presente trabajo pretende observar si sus valores son diferentes entre sujetos con y sin enfermedad renal crónica y si difieren entre el estadio de enfermedad renal crónica. **Objetivo general:** Determinar la relación de los valores de volumen plaquetario medio con la presencia de enfermedad renal crónica, sus estadios y marcadores de inflamación. Hipótesis Sugerimos que los valores de volumen plaquetario medio aumentan conforme progresa la enfermedad renal crónica y que sus valores están relacionados con marcadores inflamatorios. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, analítico, prospectivo, comparativo. Se reclutaron 4 grupos de sujetos: grupo A sujetos con IRC con anemia; grupo B sujetos con ERC con anemia; Grupo C sujetos con anemia crónica sin ERC y Grupo D sujetos sin anemia y sin ERC. Se realizó estadística descriptiva para analizar las variables cualitativas y determinar frecuencias absolutas y relativas. Las variables cualitativas se resumieron en proporciones

y las cuantitativas en medias con desviación estándar. Para la comparación de medias entre los grupos se empleó T de student y análisis de varianzas. Se consideró significancia estadística a un valor de $p < 0.05$. **Resultados:** Se estudiaron 85 sujetos con o sin enfermedad renal crónica en diferentes estadios según categorías de KDIGO. Se observó que los valores de volumen plaquetario medio de pacientes de estadio 1 son menores a los de estadio 2 ($p=0.022$ se observó que el estadio 2 presenta valores superiores en comparación con los otros 4 grupos y se observa a un aumento gradual conforme empeora la función renal. Así mismo, la cuenta de plaquetas totales, fue mayor en el grupo 4 a comparación del grupo 1 2 y 3 ($p=0.004$). **Conclusiones:** Los niveles de volumen plaquetario medio son menores conforme aumenta el estadio de enfermedad renal crónica. El volumen plaquetario medio es mayor en pacientes en estadio 2 a comparación de los demás estadios y pacientes sanos. El volumen plaquetario medio, es mayor en pacientes con anemia y estadio KDIGO 1 y 2 a comparación del resto de pacientes. No se encontró correlación entre volumen plaquetario medio y conteo plaquetario y niveles de glucosa. **Palabras clave:** volumen plaquetario medio, enfermedad renal crónica, inflamación, plaquetas, proteína C reactiva.

Folio: 0915

Tema: Infectología

Ascariasis como una causa inusual de pancreatitis aguda

Ortega Nayely Yair¹, Bollo Juan Carlos¹, Bollo Miguén Angel²

¹ IMSS HGR No.1 Dr. Carlos Macgregor Sánchez Navarro UNAM; ² Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso SSO

Ascaris lumbricoides es un parásito perteneciente al grupo de los nematelmintos. La morbimortalidad de las formas severas de la enfermedad se debe, sobre todo, a la obstrucción intestinal y a la migración de los nematodos a conductos biliar y pancreático. La hembra adulta, mide en promedio 30 cm de longitud y 5 mm de diámetro, el macho mide unos 15 - 20 cm, y presenta un extremo posterior enroscado, en el que se encuentran el reproductor con cloaca. El hábitat se encuentra en el yeyuno. Los huevos son eliminados con las heces fecales. En los huevos fértiles se desarrollan los estadios larvarios 1 y 2, forma infectante, en un período de tiempo entre 14 días y varias semanas, de acuerdo a las condiciones del ambiente, idealmente suelos arcillosos, con humedad alta y temperaturas templadas los huevos embrionados pueden sobrevivir durante meses o años. Los huevos son ingeridos, las larvas eclosionan en yeyuno; penetran la pared intestinal, migran por vénulas hepáticas, corazón derecho, circulación



pulmonar, atraviesan a los espacios alveolares generalmente, 1-2 semanas después de la ingestión, donde mudan en 2 ocasiones, ascienden hasta faringe y son deglutidos. México, en especial en el estado de Chiapas es una de las zonas con mayor incidencia de infecciones y complicaciones asociadas a este parásito. **Objetivo:** Conocer otras presentaciones, de ascariasis, discutir acerca de la toma de decisiones. Mujer 29 años de edad, sin antecedentes previos de importancia, Gesta 2 FUP: 10.07.18. Quien inicia con fiebre de 38.5°C de predominio vespertino 2 semanas previo a su ingreso, se agrega evacuaciones diarreicas bristol 6 de 4 ocasiones al día, con posterior intolerancia a la vía oral y dolor abdominal, persistiendo con la fiebre, acuden al servicio de urgencias, hipotensa 70/50 PAM 56.6, con tendencia a la somnolencia, mucosas subhidratadas, taquicardica, taquipneica, peristalsis presente se obtiene gasometría pH: 7.35 pO₂: 95 pCO₂: 13 HCO₃: 9 EB: -16.2, lactato 0.53, Laboratorios: ALT: 30 AST:29, GGT: 135, BD: 1.44 BT: 1.78, Lipasa: 1536, Amilasa: 567, Cr: 2.76, Urea: 135, K: 2.8 Na: 130. Se cataloga como una Pancreatitis Aguda Severa por Atlanta Severa Marshall 4pnts inicia tratamiento con cristaloides mejorando cifras tensionales, sin embargo, persiste con taquicardia de 120, fiebre de origen vespertino, laboratorios a las 24 hrs: Cr:

1.37 Urea: 75, BT: 5.44 BD: 5.20, GGT: 535 gasometria: pH: 7.44 pCO₂: 15 pO₂: 69 HCO₃: 11 EB: -8.8 lact: 1.40 Índice de oxigenación de 290 calculando Marshall 5pnts, peristalsis presente. dado el aumento de bilirrubinas se solicita USG el cual reporta colédoco de 7mm con presencia de organismo probable parásito en vía biliar se realiza CPRE obteniéndose 2 ascaris lumbricoides se realizan estudios de laboratorio, con disminución de las BD: 0.63 BT: 0.96 GGT: 100, K: 3.55, Na: 140, pH: 7.44, pCO₂: 26, pO₂: 75 HCO₃: 16 EB: -6 Cr: 0.88 Urea: 54, se inicia tratamiento con Albendazol, con posterior mejoría clínica. Discusión. Es un caso interesante, ya que no nos presenta la paciente un cuadro típico de pancreatitis, iniciando incluso como un cuadro de fiebre de 4 semanas vespertina, con posterior inicio de evacuaciones disminuidos de consistencia, se hubiese pensado en un primer momento que la deshidratación se debiera a las evacuaciones, sin embargo nunca fueron tan importantes y siendo una paciente joven y dado la perdida tan importante de agua y el contexto de los laboratorios en este caso la gasometría y los datos de choque, se pensó en un choque de origen distributivo, siendo una de las etiologías principales de este la pancreatitis aguda por lo cual se solicita lipasa, y otras pruebas de funcionamiento hepático como Bilirrubinas

GGT ante la escasa mejoría de cuadro y la falta de etiología de la misma se solicitó la USG a falta de recurso de tomografía evidenciándose los parásitos se solicita CPRE terapeutica, con posterior inicio de albendazol y mejoría clínica.

Palabras clave: pancreatitis aguda, ascaris lumbricoides, choque distributivo, cpre, fiebre., albendazol.

Folio: 0916

Tema: Neurología

Encefalomielitis aguda diseminada en adultos, reporte de un caso

Jaimes Kathia María, Belmonte Freddy, Treviño Eduardo, Suarez Azalia, Arias María Fernanda
Centro Médico ISSEMYM

Femenino de 27 años originaria y residente de Oxolotepec, Estado de México, ocupación enfermera, padre finado a los 58 años por cáncer de estómago; con tabaquismo positivo durante un año, niega alcoholismo o demás toxicomanías. Sin cronicodegenerativos o alérgicos. diagnostico de EM en sep 2017 con criterios no especificados; con 4 hospitalizaciones previas, última del 13 al 23 de marzo de 2018 con diagnóstico de encefalomielitis diseminada aguda, requirió tratamiento con recambios plasmáticos (3), bolos de metilprednisolona y anti-cd20 rituximab intravenoso, con muy discreta mejoría. En historial de laboratorio con anticuerpos negativos para LES,

SAAF, Acuaporina 4 y bandas oligoclonales negativas. En esta ocasión reingresa el 06 de abril 2018 por alteración de estado neurológico, fiebre, exantema en extremidades; en un inicio con sospecha de neuroinfección por lo que se manejó con esquema para meningitis bacteriana, descartado posteriormente por características de LCR y ausencia de signos meníngeos, se continuo esquema con aciclovir, se ha iniciado terapia de nuevo con bolos de metilprednisolona; como parte del abordaje se realizó RMN de cráneo con gadolinio donde se evidencian múltiples lesiones hiperintensias en T2 en sustancia blanca, periventriculares, cerebelosas, en frontales, temporales, parietales con involucro en cortex. La paciente ha presentado una evolución tórpida a pesar de tratamiento ya empleado, un comportamiento no usual en caso de tratarse de patología desmielinizante. Se sospecha EMDA, se realiza protocolo para diagnósticos de exclusión, biopsia de encéfalo descarta linfoma y astrocitoma, sin datos que sugieran patología infecciosa o vasculitis secundaria, diagnostico mas probable de EMDA en adultos, TORCH positivo para exposición a virus de herpes I, rubeola y CMV como factores de riesgo, se solicitan nuevos anticuerpos como anti-Hu, anti-Yo, anti-Ri y anti-MOG los cuales cuentan en la institución.

Palabras clave: encefalomiелitis, aguda, diseminada, autoinmune, adultos, esclerosis.

Folio: 0917

Tema: Infectología

Hiperamilasemia crónica y dolor abdominal como manifestación inicial de tuberculosis diseminada, no asociada a condición de inmunocompromiso.

Reporte de caso

Maldonado Uriel¹, González Jessica²

¹ Hospital General de Atizapán de Zaragoza Dr. Salvador González Herrejón; ² Hospital General Regional 1 Carlos MacGregor Sánchez Navarro

Objetivo: Identificar manifestaciones clínicas y parámetros bioquímicos extrapulmonares de tuberculosis de manera oportuna. Femenina de 53 años, sin antecedentes. Inicia con dolor abdominal epigástrico e hiperamilasemia aislada, se diagnóstico pancreatitis etiología biliar, se realizó colecistectomía 6 meses previos a ingreso. Persiste con dolor abdominal epigástrico, agregandose disnea de medianos esfuerzos; 1 semana previa a ingreso, presentó aumento de intensidad de dolor abdominal, tos seca, astenia, adinamia y disnea en reposo. A su ingreso con broncoespasmo bilateral, SpO2 70%, frote pericárdico, hemodinámicamente estable, se inicia tratamiento de soporte con mejoría. Amilasa 1067.74 U/L, Lipasa 11 UI/l.

Radiografía de tórax con patrón retículo nodular bilateral. Tomografía toraco-abdominal con líquido en espacio pericárdico, parénquima pulmonar con patrón reticular, imágenes nodulares e hipodensas en ápice y base de pulmón derecho y en base de pulmón izquierdo, hepatomegalia, páncreas sin alteraciones, adenopatías cervicales, paraórticas y parahiliares. Ecocardiograma con derrame pericárdico de 610 cc. Se realiza pericardiocentesis diagnóstica, ADA en líquido pericárdico 59.4 IU/L. Se induce esputo para realizar BAAR, positivo en 2 muestras. PPD positivo con 18 mm; se establece diagnóstico de Tuberculosis diseminada, se descarta VIH u otras condiciones de inmunocompromiso, se inicia tratamiento INH, RIF, PZA, EMB. Cursa mala evolución con hipotensión arterial, taquicardia, pulso paradójico, ante taponamiento cardiaco amerita pericardiocentesis urgente, manteniendo drenaje pericárdico durante 1 semana.

Conclusión: La hiperamilasemia crónica en condiciones no pancreáticas esta asociada de manera frecuente a tumores, la clara relación entre tuberculosis e hiperamilasemia crónica aún no esta establecida, existen reportes de casos de esta. Se documenta en este caso relación de hiperamilasemia crónica con tuberculosis diseminada, descartando afección pancreática.



Palabras clave: tuberculosis diseminada, hiperamilasemia, tuberculosis pericardica.

Folio: 0918

Tema: Cardiología

Medición automatizada de la presión arterial no supervisada en consultorio, comparada con la auto-medición a préstamo de la presión arterial, en sujetos hipertensos

Ramírez José Rafael¹, Calvo César Gonzálo²

¹ Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca; ² Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

Objetivos: Se ha propuesto a la Medición Automatizada de la Presión Arterial No Supervisada en el Consultorio (MAPANSC), como un modelo que reduce el efecto de la bata blanca. En este estudio se compara esta técnica, con la Automedición a Préstamo de la Presión Arterial en casa (AMP), técnica que tiene una buena correlación con el Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial Diurno (MAPAD). **Metodología:** Se realizó un estudio transversal en 67 sujetos hipertensos que estuvieran bajo tratamiento antihipertensivo al menos 12 semanas previas y que presentaran cifras en el rango de Hipertensión Arterial (HTA) en el consultorio ($\geq 140/90$ mmHg, medida de acuerdo a la técnica convencional la AHA). En otra visita se realizó la MAPANSC con un aparato

oscilométrico (BP-Tru100), que realizó las mediciones con el paciente sólo en la habitación, tras 5 minutos de reposo, se le tomaron 5 lecturas automáticas con intervalos de 2 minutos y se obtuvo el promedio. En otra visita se realizaron el modelo de AMP, que consiste en prestar un número de esfigmomanómetros, propiedad de la clínica, a pacientes por periodo de 3 días (Omron HEM 7320), haciendo 27 lecturas en este periodo de tiempo y obteniendo su promedio. Por último, se realizó la MAPAD con el equipo (Space lab 90207) con mediciones en horario de 6:00 a las 22:00 horas. **Resultados:** Se estudiaron 67 pacientes, con una edad promedio de 62 ± 9 años, de los cuales el 64% eran mujeres (43/67). Los niveles de PA sistólica tomados con MAPANSC fueron 136.51 ± 16 mmHg. La PA diastólica más baja entre los métodos fue de 80.22 ± 11 mmHg medida con AMP ($P = 0.02$). El sesgo no fue estadísticamente significativo para la PA sistólica ni para la PA diastólica en la comparación MAPANSC vs MAPAD y AMP vs MAPAD. Todas las correlaciones de Pearson entre los métodos fueron estadísticamente significativas para la PA sistólica y diastólica. La diferencia de PA sistólica entre la MAPAD vs AMP fue de BIAS $1,75$ w = 1094, ($p = 0,72$) y MAPAD vs MAPANSC fue BIAS $-5,13$ mmHg w = 570,5 ($p = 0,0017$). La proporción de sujetos con diferencias absolutas

≥ 10 mmHg entre la MAPANSC vs MAPAD fue del 40,3% y entre MAPAD y la AMP fueron del 44,7%. **Conclusiones:** El presente análisis demuestra que la medición de la PA por método MAPANSC tomada usando el dispositivo BpTRU subestima notablemente la PA sistólica en comparación con la PA del MAPAD. Casi el 90 por ciento de los sujetos exhibieron diferencias de PA sistólica de al menos 5 mmHg. Además, la variabilidad de la PA entre los dos métodos fue muy alta, con una desviación estándar de la diferencia de 13.5 mmHg, mucho mayor que el umbral de variabilidad superior a los 8 mmHg lo que es considerado como aceptable por comités internacionales, en cuanto a estándares de validación de medidas de PA para comparación entre diferentes métodos.

Palabras clave: hipertensión arterial, automedición a préstamo, medición automatizada de presión arterial en consultorio, presión arterial, monitoreo automatizado de presión arterial, sistólica.

Folio: 0919

Tema: Otros

Índice neutrófilos-linfocitos como marcador pronóstico de mortalidad en pacientes con choque séptico ingresados a la unidad de cuidados intensivos

Rojas Julia Jael, Esparza Rafael, Salas Arnoldo

¹ Hospital Regional Monterrey ISSSTE

La sepsis es una enfermedad mortal que comúnmente se encuentra distribuida a través de todo el mundo llegando a tener hasta un 30-35% de mortalidad en pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos (UCI). A través del tiempo se ha buscado un marcador pronóstico de fácil acceso que pueda reflejar la respuesta inflamatoria ante eventos críticos. El índice neutrofilos-linfocitos (INL) se ha utilizado para estratificar el riesgo de mortalidad en eventos sistémicos mayores. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue determinar la mortalidad en pacientes que presentaron choque séptico correlacionando rangos del INL. **Métodos:** Se realizó un estudio de casos y controles, se incluyeron 33 casos de pacientes ingresados a la UCI con diagnóstico de choque séptico pareándose por edad y sexo, hospitalizados en el periodo de marzo 2017 a agosto 2018. Se realizó la revisión de historias clínicas de expedientes; verificando biometría hemática al ingreso así como a los 7 días de estancia intrahospitalaria. En caso de defunción antes del séptimo día, se tomaba en cuenta la biometría hemática correspondiente a ese día, se tomaron en cuenta el valor total de neutrófilos y linfocitos y se sacó el INL tanto de ingreso como a los 7 días y se dividió en dos grupos: los pacientes que sobrevivieron a los 7 días y los que fallecieron antes de los 7 días. Posteriormente se realizó

una comparación de estos grupos usándose la t de Student. Se aceptó un nivel de significancia de 0.05 con respectivos intervalos de confianza. Para analizar el riesgo se realizó regresión logística bivariada con paquete estadístico SPSS v15. **Resultados:** En total se analizaron 14 expedientes de pacientes fallecidos por choque séptico y 19 de pacientes que sobrevivieron a los 7 días del diagnóstico, obteniéndose una media de INL en los pacientes vivos de 42.6 al ingreso y 11.3 a los 7 días. En los pacientes que fallecieron antes de los 7 días se obtuvo una media de INL de 22.4 al ingreso y 30.4 al momento de defunción. Se obtuvo una p de 0.38. **Discusión:** El INL es una herramienta fácil de integrar en la práctica clínica y costo efectiva que podría ser un factor pronóstico de mortalidad en los pacientes sépticos. Inicialmente este índice había sido propuesto como un indicador de la respuesta del paciente ante un evento inflamatorio sugiriendo que el incremento de la cuenta de neutrofilos implicaba que la infección no había sido erradicada y esto inducía una supresión linfocítica. En diferentes estudios se ha observado aumento considerable del INL en pacientes en choque séptico correlacionado con escalas de gravedad al evaluar la mortalidad a 28 días. En este estudio se observa que evidentemente se presenta un aumento de INL en los pacientes que fallecieron

a los 7 días, sin embargo no se encontró asociación estadísticamente significativa. Dentro de las limitantes que existen en este estudio es el tiempo de observación ya que solo se observó la mortalidad a los 7 días a diferencia de estudios previos en los que se ha hecho seguimiento a 30 y 60 días, además de no correlacionarse con escala de gravedad. **Conclusión:** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al INL al ingreso a la UCI en los pacientes con choque séptico que sobrevivían a 7 días versus los que fallecieron antes de ese periodo. Se encontró que evidentemente aumenta el INL en pacientes que fallecieron antes de 7 días, mas no asociación estadísticamente significativa mediante la técnica de regresión logística. **Palabras clave:** índice neutrofilo-linfocitos, choque séptico, sepsis.

Folio: 0920

Tema: Oncología

Cefalea, desorientación y crisis convulsivas: síndrome de encefalopatía posterior reversible asociado al uso de pazopanib

Lara Angel Admin, Alcantara Melchor, Salinas Octavio Antonio, Aguilar Sandra Elizabeth, Graziano Pablo Augusto
Centro Médico ISSEMyM Toluca

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES, en inglés) en un síndrome clíni-



co-radiográfico descrito por primera vez en 1996 caracterizado por la aparición de síntomas neurológicos agudos como cefalea, alteraciones visuales, encefalopatía y crisis convulsivas así como la presencia de edema cerebral vasogénico usualmente reversible en región parietooccipital. La etiología es variada (hipertensión, tratamiento inmunosupresor, sepsis, enfermedades autoinmunes y quimioterapia) pero comparten algunos mecanismos fisiopatológicos comunes como la activación y lesión del endotelio, activación del sistema inmune y liberación de citocinas. Los inhibidores del factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) se utilizan en el tratamiento de cáncer renal y sarcomas avanzados y se han asociado a efectos adversos como hipertensión y en casos raros al desarrollo de PRES. A continuación presentamos un reporte de caso de un paciente con PRES asociado al uso de pazopanib. Se trata de paciente masculino de 65 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica, cáncer renal de células claras y nefrectomía izquierda en 2015 con posterior vigilancia, sobrevivió libre de enfermedad de 31 meses hasta presentar recurrencia a nivel pulmonar en noviembre del 2017 por lo que consideró candidato para tratamiento con inhibidores de tirosina cinasa, iniciando tratamiento con pazopanib en diciembre del

2017 a dosis de 800mg/día. En los siguientes meses con incremento de presión arterial requiriendo mayor dosis de antihipertensivos. El 27/03/2018 inicia con cefalea intensa, agresividad, desorientación y crisis convulsivas tónico-clónicas por lo que fue trasladado a unidad médica. Con requerimiento de ventilación mecánica invasiva por deterioro neurológico. Se realizó resonancia magnética de cráneo con evidencia de lesiones hiperintensas a nivel parietooccipital y cerebelo bilateral en secuencia T2 y FLAIR sugestivas de edema vasogénico. Sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, con punción lumbar normal. Se realizó diagnóstico de síndrome de encefalopatía posterior reversible secundario a uso de pazopanib y se inició tratamiento con antihipertensivos, anticonvulsivantes y manejo de soporte. El paciente presentó evolución clínica hacia la mejoría logrando liberación de la ventilación mecánica en el día 16 de su hospitalización y posteriormente egreso a domicilio al cumplir 20 días de hospitalización en condición estable. En el seguimiento a los 2 meses, con adecuado control de presión arterial, sin alteraciones neurológicas, con tomografía de cráneo normal. Existen pocos casos reportados en la literatura sobre PRES asociado a pazopanib; entre los factores que pueden haber ocasionado la aparición de

PRES en este paciente se encuentra la hipertensión severa, que provoca falla de los mecanismos de autoregulación del flujo sanguíneo cerebral, que causan colapso de la barrera hematoencefálica e hiperperusión y la aparición de edema vasogénico. Además, la disfunción endotelial provoca aumento en la permeabilidad vascular causando extravasación y formación de edema. Ambos procesos pueden ser secundarios al mecanismo de acción del pazopanib y explicarían el desarrollo de PRES en este paciente. El tratamiento consiste en medidas de soporte y un control estricto de la presión arterial así como la suspensión del fármaco asociado. El paciente presentó mejoría clínica y se ha mantenido sin nuevas alteraciones neurológicas, con resolución tomográfica de las lesiones observadas previamente. En los pacientes que utilizan pazopanib u otros inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular y que presentan descontrol hipertensivo se debe buscar un control estricto de la presión arterial. Ante el desarrollo de alteraciones neurológicas se debe sospechar de manera temprana en la presencia de PRES tras el hallazgo de imágenes sugestivas en la resonancia magnética y el descarte de otras patologías que expliquen los síntomas.

Palabras clave: pazopanib, síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible, PRES,

inhibidores de tirosinasa, cáncer renal.

Folio: 0921

Tema: Dermatología

Discromías conjuntas. Eritema discrómico persans y molusco contagioso con reacción de Sutton. Reporte de caso

Estrada Lourdes², Arenívar Carlos¹, Sanabria José Antonio², Serrano Fray Elaev²

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social; ² Secretaría de Salud

El eritema discrómico persans (EDP) es una melanosis, benigna, cursa con manchas hiperocrómicas de coloración azul-grisáceo cenizo, de causa desconocida. La reacción de Sutton consiste en la aparición de un halo hipocrómico alrededor de un nevo melanocítico y raramente aparece en lesiones no melanocíticas. Presentamos el caso de un paciente con dermatosis en cara, tronco, extremidades superiores, constituida por manchas hiperocrómicas de coloración café-cenizo, con la coexistencia de una segunda dermatosis constituida por 5 neoformaciones correspondientes a molusco contagioso con halo hipocrómico. **Introducción:** El EDP es una discromía hipermelanótica, idiopática, adquirida, de aparición súbita, evolución lenta. Caracterizada por manchas azul-grisáceas. Ocurre con mayor frecuencia en sudamérica y asia, con afectación a cara, brazos, cuello y tórax, con

distribución simétrica, individuos con fototipo Fitzpatrick IV-V y mujeres, generalmente en la segunda década de la vida. Se ha considerado como una variante del liquen plano pigmentado y se han asociado diversos factores predisponentes como toxinas (cobalto y medio de contraste o parasitosis intestinales). **Caso:** Hombre de 25 años, sin antecedentes de importancia. Inició su cuadro en diciembre de 2016 con dermatosis diseminada, bilateral con tendencia a la simetría, afecta cara, tórax anterior y extremidades superiores. Manchas hiperocrómicas de coloración café-gris cenizo, difusas, sin eritema periférico. Y una segunda dermatosis localizada, la cual afecta cuello. Constituida por 5 neoformaciones de aspecto papular cupuliformes color rosado en promedio de 1 mm, con umbilicación en su superficie con halo hipocrómico de aproximadamente 3 mm de diámetro. Se decidió realizar toma de biopsia, con el siguiente reporte: 1: Acantosis de la epidermis, lóbulos piriformes, células voluminosas, redondeadas con cuerpos de inclusión intracitoplasmáticos. 2: Ortoqueratosis laminar, acantosis moderada, irregular con abultamiento alargamiento y fusión de los procesos interpapilares, áreas de hiperpigmentación focal de la capa basal y daño de interfaz de tipo vacuolar. A nivel de dermis superficial, infiltrado perivas-

cular superficial constituido por abundantes melanófagos, histiocitos y linfocitos. **Discusión:** El interés de reportar este caso radica en su rareza. No se han descrito en la literatura la coexistencia de dos discromías conjuntas (molusco contagioso con reacción de Sutton y EDP), únicamente se ha descrito un caso en México y probablemente a nivel internacional sobre el fenómeno de Sutton asociado a molusco contagioso y ninguno en coexistencia con EDP. Esto es explicado porque a fototipo más oscuro existe mayor probabilidad de presentar esta discromía. Este fenómeno es más prevalente en el género femenino por causas no identificadas hasta el momento y se ha observado que el EDP es más prevalente en pacientes mexicanos con subtipo HLA-DR4 0407. Se desconoce la causa del fenómeno de Sutton secundario a una lesión no melanocítica, probablemente mediada por autoinmunidad o por infección por virus de molusco contagioso el cual produce hiperplasia e hipertrofia de la epidermis generando respuesta inflamatoria local. Este caso representa un hito en la investigación de las discromías (EDP) de etiología desconocida, es probable que tengan un trasfondo autoinmunitario. Se considera por nuestra parte que dicho fenómeno de coexistencia de discromías pudiera estar infradiagnosticado y se infiere que de llevar a cabo



un método efectivo de pesquisa incrementaría la prevalencia y se podrían correr los estudios correspondientes. **Conclusiones:** La coexistencia de dos discromías, en este caso EDP y reacción de Sutton secundaria a molusco contagioso, es muy rara, no existen reportes en la literatura sobre éstas ni sobre la coexistencia de otro tipo de discromías. Por lo que es necesario se realice la investigación sobre el proceso inmunitario que conlleva a la coexistencia de estas discromías.

Palabras clave: eritema discrómico perstans, dermatosis cenicienta, molusco contagioso, reacción de Sutton, discromías.

Folio: 0922

Tema: Neurología

Encefalomiелitis diseminada aguda como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico

Sáenz Mauricio¹, Delgadillo Elena Deyanira¹, Armenta Mariana²

¹ UMAE Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza IMSS; ² Hospital General de Zona 27 IMSS

Caso clínico: Paciente femenino de 24 años de edad Gesta 2, Aborto 1 (a las 6sdg), cursando con embarazo de 27 semanas de gestación. Antecedente de aplicación de vacuna contra influenza tipo A 4 meses antes del inicio del padecimiento. Inicia en Julio del 2017 con la aparición de movimiento tónico

clónico de mano izquierda, con extensión a miembro torácico ipsilateral, desviación de la comisura labial y pérdida del estado de alerta, con movimientos tónicos clónicos generalizados sin relajación de esfínteres. Se inicia tratamiento con lamotrigina. Un mes después presenta cefalea intensidad 9/10 de 3 días de evolución de predominio frontotemporal izquierdo, visión borrosa y fotofobia, posteriormente presentando nuevamente crisis convulsivas tonicoclónicas generalizadas. Motivo por el cual ingresa a nuestra unidad, donde se realiza tomografía de encéfalo con hallazgos de áreas hipodensas en región temporal izquierda, se complementa estudio de imagen con Resonancia Magnética de encéfalo con presencia de lesiones en sustancia blanca supra e infratentorial bilateral y asimétricas de comportamiento hiperintenso en secuencia T2 FLAIR e hipointensas en T1. Se complementa estudio con determinación de panel viral que se reporta negativo, así como determinación de anticuerpos antinucleares que se reportan positivos en una dilución 1:320, con un anti-Ro de 122. Se realiza diagnóstico de Lupus Neuropsiquiátrico con manifestación de tipo Encefalomiелitis diseminada aguda. Se administra manejo con 5 pulsos de Metilprednisolona y posteriormente Prednisona 40mg VO cada 24 horas, Azatioprina 125mg VO cada 24 horas y

Cloroquina 150mg VO cada 24 horas, Levetiracetam 500mg VO cada 12 horas con mejoría de la sintomatología y remisión de las alteraciones en la resonancia magnética. Actualmente en seguimiento, sin presentar alguna otra manifestación de actividad lúpica.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, encefalomiелitis diseminada aguda, lupus neuropsiquiátrico.

Folio: 0925

Tema: Dermatología

Síndrome de DRESS asociado a isoniazida en paciente con diabetes mellitus tipo 2. Reporte de caso

González Jessica¹, Maldonado Uriel², Navarro Miryam Nayeli¹, Camberos Carlos Arturo¹, Peña Mitzi Nayely¹

¹ Hospital General Regional 1 Carlos MacGregor Sánchez Navarro; ² Hospital General de Atizapán de Zaragoza Dr. Salvador González Herrejón

Objetivo: Identificar oportunamente reacciones de hipersensibilidad tardía a anti-tuberculosos. Masculino de 46 años con diagnóstico de diabetes mellitus, Tuberculosis pulmonar diagnosticada en Agosto 2017 tratado con Dotbal cumpliendo 31 dosis. Inicia 3 semanas posterior a inicio de Dotbal con astenia, adinamia, mialgias en región lumbar, se automedica con paracetamol sin mejoría, presentando 24 horas después, fiebre 40 °C, pápulas eritema-

tosas en extremidades pélvicas y torácicas, acude a facultativo quien continua paracetamol como tratamiento sintomático ante probable infección viral. Se agrega 1 semana posterior disnea de medianos esfuerzos. A su ingreso febril, lesiones dérmicas pápulo eritematosas pruriginosas en extremidades y tronco, AST 365 UI/L, ALT 398 UI/L, ultrasonido hepático con hepatomegalia, linfocitos 3,600 y eosinofilia 8,700, progresando 24 horas después lesiones dérmicas a eritrodermia, ameritando suspensión de Dotbal ante diagnóstico de Síndrome de DRESS, de acuerdo a los criterios de RegiSCAR, asociado a Dotbal; se suspende Dotbal por 15 días y se inicia Prednisona 1 mg/kg, presentó mejoría clínica y bioquímica, comenzando con proceso de descamación, se reinicia tratamiento antifímico con 3 tabletas de Dotbal, presentando 36 horas posteriores nuevamente eritrodermia, aumento de AST 4009 UI/L, ALT 3836 UI/L, eosinófilos 13,000, linfocitos 5,900, frotis de sangre periférica con linfocitos atípicos; se suspende Dotbal y se realizan pruebas de parche a componentes de Dotbal, positivo a Isoniazida, ameritó inicio de esquema antifímico de segunda línea con Rifampicina, Claritromicina y Amikacina. **Conclusión:** El síndrome de DRESS es una reacción grave de hipersensibilidad tardía, con una mortalidad de hasta 10%, su diagnóstico se basa en criterios

clínicos y bioquímicos, los fármacos más frecuente asociados son anticonvulsivos, por lo que es importante el reporte de casos en otros fármacos, en este caso isoniazida.

Palabras clave: síndrome de DRESS, isoniazida, hipersensibilidad tardía asociada a antituberculosos, diabetes mellitus tipo 2.

Folio: 0926

Tema: Infectología

Miocarditis por Ehrlichia

Moreno Francisco, Valente Benjamin, Shveid Daniela, Fonseca Alfredo, Fueyo Omar, Aguirre Daniel Andrés, Gómez Victor Hugo

Centro Médico ABC

Introducción: La ehrlichiosis monocítica humana (HME) es una enfermedad causada por *E. chaffeensis* transmitida por la garrapata *Amblyomma americanum*. Tiende a infectar monocitos de sangre periférica. La mayoría de los casos ocurren en el sur de EUA pero se han reportado escasos casos en México. El cuadro clínico es inespecífico, puede cursar con fiebre, cefalea, malestar general, citopenias y transaminasemia, así como síntomas respiratorios y gastrointestinales. En ciertos casos puede causar choque séptico, insuficiencia respiratoria, falla renal, meningitis y miocarditis, sin embargo la lesión miocárdica es poco común y hay pocos casos reportados. El diagnóstico es clínico y se confirma mediante la Reacción

en Cadena de Polimerasa (PCR), cultivo o tinción inmunohistoquímica del tejido afectado. El tratamiento de elección es doxiciclina. **Caso clínico:** Se presenta paciente masculino de 56 años con antecedente de estancia en regiones boscosas del país quien inició un mes previo a su ingreso con astenia, adinamia, disnea progresiva y edema de miembros inferiores, hallazgos compatibles con insuficiencia cardíaca, por lo que se realizó una resonancia magnética que documentó datos de miopericarditis y un ecocardiograma con derrame pericárdico (tamponade) el cual se drenó. Posterior a ello presentó inestabilidad hemodinámica y fue trasladado a un área de cuidados intensivos. Se obtuvo PCR positiva para *Ehrlichia* spp en líquido pericárdico y se inició tratamiento con azitromicina y manejo de falla multiorgánica con adecuada evolución. **Objetivo:** Describir una manifestación poco frecuente de la ehrlichiosis monocítica humana. **Conclusión:** La infección por *Ehrlichia* es sumamente poco frecuente, lo cual hace que sea todo un reto su diagnóstico. No es común que se presenten como involucro cardíaco. El diagnóstico confirmatorio se realiza mediante PCR y el tratamiento de elección es doxiciclina.

Palabras clave: miocarditis, *Ehrlichia*, rickettsia, mortalidad, ehrlichiosis monocítica humana, México.



Folio: 0927

Tema: Reumatología

Síndrome de pulmón encogido en paciente con lupus eritematoso sistémico: reporte de caso clínico

Sánchez Silvia Berenice, Damian Gustavo Netzahualcoyotl
Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Introducción: La afectación pulmonar en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) se presenta hasta en el 50 % de los pacientes. La disnea, dolor torácico, anormalidades en la espirometría con un patrón restrictivo y elevación diafragmática sin evidencia de enfermedad parenquimatosa integran el Síndrome de Pulmón Encogido (SPE).¹ Tiene una prevalencia del 0.5-1.1% puede ser una manifestación inicial de LES.² **Objetivo:** Presentación de un caso clínico. **Exposición del caso:** Femenino de 45 años con antecedente de LES de 5 años de diagnóstico de LES con serología ANA;1:320 patrón homogéneo, Ac anti DNA 1:320, C4:19, C3:91. Tratada con azatioprina 50 mg/día, cloroquina 150 mg/día, prednisona 5 mg/día. Ingreso a hospitalización por presentar disnea de pequeños esfuerzos, artralgias y fiebre de 5 días de evolución. A la exploración física con caída de cabello abundante, no sinovitis. No alteraciones en cinética respiratoria, estertores crepitantes basales bilaterales.

Rx de tórax con elevación de ambos hemidiafragmas. TACAR de tórax con atelectasias, no patrón de vidrio despulido ni panalización, elevación de ambos hemidiafragmas con disminución de volumen pulmonar. Espirometría con patrón de restricción severa con FVC=37.9%, FEV1=34.3% FEV1/FVC=73.42 y FEF25-75%=15.8%; Se integró el SPE Conclusión La primera línea de tratamiento son los esteroides con Prednisona 20 mg a 1 mg/kg/día.³ Cuando hay falla a tratamiento se utilizan inmunosupresores como azatioprina, ciclofosfamida o metotrexate.⁴ El uso de Teofilina y β -agonistas han sido recomendados en un intento de aumentar la fuerza muscular diafragmática.⁵ En la mayoría de los pacientes, cerca de un 77% la disnea y dolor torácico mejoran desde las primeras 48 hrs aunque solo en un 23% de los pacientes se demuestre mediante espirometría mejoría de la función pulmonar.⁶ La paciente presentó mejoría clínica posterior a aumento de dosis de esteroide con uso de β -agonistas en aerosol.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, síndrome de pulmón encogido.

Folio: 0928

Tema: Otros

Neumotórax espontáneo como manifestación inicial de enfermedad poliquística autosómica dominante. Reporte de un caso

Lima Jesús Daniel, Ortega Ana Gabriela

Centro Médico Nacional La Raza

Hombre de 41 años, antecedente de padre con enfermedad poliquística. IT 1.5 paq/año. Resto interrogados y negados. Inicia padecimiento enero 2018 con dolor opresivo en hemitórax derecho posterior a esfuerzo, acompañado de tos no productiva y disnea. En abril 2018 se realiza RX tórax donde evidencia neumotórax derecho. Colocan SEP el 30/04/2018, retirada por reexpansión pulmonar. El 13/06/2018 presenta nuevo neumotórax en RX; se coloca segunda SEP retirada por disfunción; se coloca 3era SEP el 21/06/2018, con signos de fístula; es enviado a nuestro hospital. Al ingreso paciente portador de SEP con fístula y drenaje de líquido cetrino, se palpa enfisema subcutáneo en periferia de SEP. En internamiento se moviliza SEP sin reexpansión en RX. Presentado a sesión médico quirúrgica; aceptado para liberación pulmonar y reparación de fístula broncopleurale. Se realiza TAC abdominopelvíca como protocolo identificando múltiples quistes renales bilaterales y hepáticos. Valorado por genética, con diagnóstico de enfermedad poliquística autosómica dominante. Valorado por nefrología con seguimiento. Egresada por mejoría. Examen físico: TA 110/70 FC 82 lpm FR 18 rpm

Temp 36°C SaTO2 94% FIO2 21. Paciente neurológicamente íntegro, tórax con asimetría de movimientos respiratorios a expensas de hemitórax derecho, vibraciones vocales sin alteraciones, ruidos respiratorios sin agregados, claro pulmonar a la percusión, ruidos cardíacos rítmicos. Abdomen sin visceromegalias. Laboratorios: Hb 8.7 Hto 27 leucos 10.3 Plaquetas 371 glucosa 93 creatinina 0.96 urea 332 na 133 k 4.3 cl 95.7 EGO: leucos 2-4 xc, cilindros -, bacterias+. Cultivos líquido pleural sin desarrollo bacteriano, negativo a micobacterias. Alfa 1 antitripsina: 224 mg/dl. USG renal: enfermedad renal poliquística bilateral. Paciente con neumotórax espontáneo primario y pulmón atrapado, se resuelve quirúrgicamente, estudios complementarios con quistes hepáticos y renales, se diagnostica enfermedad poliquística autosómica dominante. **Palabras clave:** poliquística, neumotorax.

Folio: 0929

Tema: Infectología

Pancolitis amebiana como causa de diarrea aguda en el paciente inmunocompetente

Rodríguez Yuridia Evangelina, Soto Blanca Angélica, Nández Homero

Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: Entamoeba histolytica infecta al 10% de la

población mundial, resultando en 50 millones de casos de amebiasis invasiva y 100,000 muertes anuales. La colitis amebiana es una rara presentación de E. histolytica, la cual se desarrolla de forma gradual en semanas con presencia de dolor abdominal y diarrea acuosa o sanguinolenta, fiebre, pérdida de peso y anorexia. **Caso clínico:** Masculino de 57 años con diagnóstico de DM2 en tratamiento con metformina 850mg y alcoholismo crónico. Inició su padecimiento 8 días previos con presencia de náuseas, vómito, diarrea acuosa > 10 ocasiones, acompañado de dolor abdominal tipo cólico que mejora con la evacuación. Dos días previos presenta fiebre no cuantificada, astenia, adinamia y > 15 evacuaciones con presencia de moco y sangre, incontinencia y urgencia fecal, por lo que acude a urgencias. A su ingreso, FC 138lpm, TA 90/40mmHg, Temperatura 36.3°C, glucometría 234mg/dl, mucosas mal hidratadas, abdomen doloroso a la palpación y timpánico. Laboratorios con leucocitosis neutrofílica (14/12.1 K/uL), LRA AKIN 2 e hiponatremia hipoosmolar hipovolémica. Se inició de forma empírica con metronidazol y ciprofloxacino. Se envió físicoquímico de heces y CPS siendo negativos. Se realizó rectosigmoidoscopia con presencia de pancolitis ulcerativa y seroameba mayor de 1:16,384, por lo que se diagnostica como

pancolitis amebiana. El paciente continúa con metronidazol 750mg BID durante 14 días con mejoría clínica y mejoría de la función renal. **Conclusión:** El diagnóstico de colitis amebiana puede ser difícil debido a los síntomas inespecíficos y simular otros procesos infecciosos como afectación por Shigella, E. coli enterohemorrágica, Campylobacter, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa o isquémica. Por lo tanto, siempre debemos tener en mente Entamoeba histolytica como causa de pancolitis y diarrea aguda con o sin presencia de sangre y sin importar el grado de inmunosupresión del paciente.

Palabras clave: pancolitis, amibiasis, diabetes, diarrea, disentería, seroameba.

Folio: 0930

Tema: Hematología

Mielofibrosis primaria idiopática: reporte de un caso

Díaz Néstor Benedicto, Bretón Mauricio, Guzmán Elías, Santillán Wendy Josefina, Vicuña Rosa María

Petróleos Mexicanos

Introducción: La mielofibrosis es una entidad poco frecuente con una incidencia de 1.5 casos por cada 100,000 habitantes, es considerado un diagnóstico de exclusión y se caracteriza por la expansión clonal de una célula madre pluripotente, que origina una proliferación de precursores megacariocíticos y granulocíticos en la médula



ósea, que liberan citocinas cuyos efectos provocan un depósito reactivo de tejido fibroblástico policlonal en la médula ósea, derivando en fibrosis, neoangiogénesis y osteosclerosis, que conducen a disminución progresiva en la producción del tejido hematopoyético normal. **Objetivo:** Presentación de un caso de mielofibrosis primaria en un paciente masculino de 69 años, acompañado de una revisión de la literatura con su clasificación y estudio, reconociéndola al día de hoy dentro de los síndromes mieloproliferativos de baja incidencia. **Resumen:** Paciente masculino de 69 años de edad, jubilado, católico, casado, originario de Veracruz y residente de Salamanca, Guanajuato; sin antecedentes heredofamiliares de importancia para el padecimiento actual, niega enfermedades cronicodegenerativas, niega toxicomanías, niega contacto con materiales tóxicos. Inicia su padecimiento en diciembre de 2017 con presencia de síntomas inespecíficos, caracterizados por astenia y adinamia la cual fue progresiva hasta presentar disnea MMRC 2-3, por lo que acudió inicialmente a valoración médica el 22 de febrero de 2018, se encontró con palidez de mucotegumentaria, faringe hiperémica sin hipertrofia adenóidea, presencia de púrpura en lengua sin evidencia de sangrado activo en cavidad oral, no visceromegalias ni adenomega-

lias, afebril; se realizó biometría hemática con pancitopenia (leucocitos 3.6, neutrófilos 1.3, hemoglobina 5.5, plaquetas 29,000) y posteriormente estudio de médula ósea, como parte del abordaje de síndrome de falla medular, encontrando en aspirado de medula ósea hipocelularidad y tejido graso, con inmunofenotipo que descartó leucemia aguda; la biopsia de hueso reporta una mielofibrosis grado IV con marcador celular JAK-2 negativo. **Conclusiones:** Se presenta el caso de un paciente masculino de la séptima década de la vida con proceso linfoproliferativo maligno de baja incidencia, mielofibrosis grado IV diagnosticada por biopsia de hueso sin presencia de marcador JAK-2.

Palabras clave: mielofibrosis, primaria, pancitopenia, linfoproliferativo, clonal.

Folio: 0931

Tema: Cardiología

Reporte de caso. Angina de esfuerzo por compresión extrínseca del tronco coronario izquierdo CE-TCI por dilatación de tronco de arteria pulmonar
Tahuahua Oscar¹, González Rodrigo², López Mauricio², Hernandez Axel Hiram³

¹ Hospital General Regional 46 IMSS; ² Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez; ³ Hospital General Regional IMSS 46

Introducción: El síndrome de CE-TCI secundaria a la dilata-

ción de la arteria pulmonar es poco frecuente. La fisiopatología de la angina de pecho es controvertida. Presentamos el caso de un hombre de 52 años con angina de pecho asociada a CE-TCI por tronco pulmonar dilatado secundaria a cardiopatía congénita. **Presentación del caso:** Masculino de 52 años, con antecedente de cardiopatía congénita tipo comunicación interventricular (CIV) perimembranosa y estenosis pulmonar, se le realizó cambio valvular por prótesis biológica y cierre de CIV con parche pericárdico en 1979. Asintomático hasta 2014. Inició su padecimiento con angor de 15 minutos, intensidad 6/10 al esfuerzo, cediendo al reposo. En 2016 clase funcional III de la Sociedad Cardiovascular Canadiense. Al examen físico en foco pulmonar soplo III/IV con acmé mesotelsistólico que aumenta con maniobra de Rivero Carvallo, escape pulmonar protomesodiastólico II/IV. En mesocardio soplo holosistólico III/IV. ECG Ritmo auricular bajo, BRDHH, HVD con sobrecarga sistólica y BAV de primer grado. Eco Reapertura de CIV de 17 mm con cortocircuito de izquierda a derecha, prótesis biológica disfuncional por doble lesión, gradiente medio 54 mmHg, Insuficiencia tricúspide ligera, PSAP 35 mmHg, FEVI 45%. Cateterismo: Estenosis pulmonar con gradiente 60mmHg. Dilatación de tronco de arteria pulmonar y ramas. CE-TCI

del 90%. Se realizó recambio valvular pulmonar por prótesis biológica, cierre de CIV y puente a arteria descendente anterior y circunfleja. **Conclusiones:** El diagnóstico diferencial de CE-TCI por tronco pulmonar dilatado debe considerarse en pacientes con hipertensión pulmonar subyacente y angina de esfuerzo, el estándar de oro para el diagnóstico se basa en la angiografía coronaria con IVUS. La modalidad terapéutica deberá individualizarse.

Palabras clave: dilatación de la arteria pulmonar, arterias coronarias, angina, cardiopatía congénita, compresión extrínseca.

Folio: 0932

Tema: Otros

Programa de mejora y seguridad hospitalaria en el adulto mayor como modelo emergente de atención en salud

García Juan Carlos¹, Rivera Luz del Carmen², Ramírez Cresencia²

¹ Unidad de Atención Geriátrica Hospitalaria. División de Calidad. UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI. IMSS; ² IMSS

El envejecimiento impacta en demanda y costos hospitalarios. El paradigma vigente enfatiza la atención curativa y no identifica condiciones geriátricas que aumentan los eventos adversos.

Objetivo: Determinar si un programa de mejora y seguridad hospitalaria en el adulto

mayor dirigido a condiciones geriátricas de alta prevalencia disminuye el riesgo de presentarlas. **Tipo de estudio:** Cohorte retrospectiva. Población: Ingresos de ≥ 70 años con evaluación geriátrica integral. Como grupo de comparación el estudio piloto de 2012 realizado por la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del IMSS. Los paquetes de intervención multidisciplinaria previamente desarrolladas para cada una de las condiciones geriátricas fueron otorgadas durante la estancia por la Unidad de Atención Geriátrica Hospitalaria. Desenlace: Presencia de condiciones geriátricas.

Resultados: 4042 pacientes (897 en 2012, 726 en 2013, 896 en 2014, 949 en 2015 y 574 en 2016). La proporción de abatimiento funcional, caídas, delirium, fragilidad, inmovilidad, malnutrición, polifarmacia y úlceras por presión fue significativamente menor ($p < 0.05$) desde la implementación del programa. Existió reducción de riesgo absoluto (RRA) en todas las condiciones geriátricas. El riesgo relativo (RR) de todos los desenlaces estudiados fue < 1 con el programa de mejora y seguridad hospitalaria mostrando su potencial efecto preventivo. El número necesario a tratar (NNT) va de 3 pacientes para la condición de inmovilidad hasta un NNT de 25 pacientes para la prevención de caídas. El valor del programa evaluado para prevención de úlceras por

presión y caídas es sustancial.

Conclusión: El programa propuesto de mejora y seguridad hospitalaria en el adulto mayor tiene efecto potencial preventivo sobre los riesgos de presentar abatimiento funcional, caídas, delirium, inmovilidad, malnutrición, polifarmacia y úlceras por presión; además, favorece un ahorro en la prestación de servicios.

Palabras clave: atención geriátrica, seguridad hospitalaria, sistemas de salud, condiciones geriátricas.

Folio: 0933

Tema: Otros

Obesidad en el adulto mayor ¿es factor asociado a fragilidad? Un estudio con impedancia bioeléctrica

Huerta Saúl¹, Castro David¹, Vargas Germán¹, Elizalde Cesar Ivan¹, Rubio Alberto Francisco¹
Hospital General Ticoman

Introducción: La fragilidad es un síndrome geriátrico que indica un estado de vulnerabilidad, debilidad, comorbilidad y discapacidad en el adulto mayor. Por otro lado, la obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, que se define por la presencia de un exceso de grasa corporal y cuya prevalencia va en aumento en población geriátrica. Estudios recientes han establecido la posible relación entre la fragilidad y la obesidad utilizando métodos clínicos poco exactos como el índice de masa corporal o el períme-



tro abdominal para establecer la presencia de obesidad. El objetivo de este estudio es establecer la posible asociación entre la fragilidad y la obesidad en el adulto mayor, utilizando la impedancia bioeléctrica, que es un método más preciso para analizar la composición corporal. **Material y métodos:** Estudio transversal analítico en 48 adultos mayores que acudieron a servicios ambulatorios del Hospital General Ticomán en la CdMx. Se incluyó a sujetos mayores de 65 años que fueron aptos para el interrogatorio y las mediciones. Se realizó la medición antropométrica y la composición corporal en la báscula de impedancia bioeléctrica (InBody 120). Se estableció el diagnóstico de fragilidad cuando cumplieron los criterios del fenotipo de Fried. Se realizó una comparación de las diferentes medidas de composición corporal entre dos grupos: sujetos robustos (sin fragilidad) y frágiles. **Resultados:** El % de grasa corporal total fue significativamente menor en los sujetos frágiles. La frecuencia de obesidad definida por el exceso de grasa corporal (impedancia) es mayor en los sujetos sin fragilidad. OR de 0.14 (IC 0.03-0.60). **Conclusión:** No se encontró que la obesidad sea más prevalente en el síndrome de fragilidad, por el contrario, el exceso de grasa corporal determinado por impedancia bioeléctrica se asoció fuertemente como protector

de fragilidad. La fuerza y la masa muscular por impedancia bioeléctrica no se encontraron asociados a la fragilidad en esta muestra.

Palabras clave: fragilidad, obesidad, adulto mayor, impedancia, grasa corporal, bioeléctrica.

Folio: 0934

Tema: Gastroenterología

Aplicación de las escalas pronósticas y experiencia en pancreatitis aguda en un hospital privado de tercer nivel

Aguirre Gloria Mayela, Guerra Manuel Nicolás, Sánchez Oswaldo Enrique, Gamboa Carmen Magdalena, Casillas Alberto

Universidad de Monterrey

Objetivo: Evaluar la capacidad de predicción de severidad de las escalas utilizadas en pancreatitis aguda para mortalidad global, falla orgánica persistente (≥ 48 horas), y estancia intrahospitalaria prolongada (≥ 10 días) en pacientes adultos ingresados a un hospital privado de tercer nivel. **Métodos:** análisis retrospectivo, observacional, descriptivo. Se incluyeron pacientes con edad ≥ 18 años, hospitalizados con diagnóstico de pancreatitis aguda en el periodo de enero 2015-agosto 2018. Se utilizó chi cuadrada para variables categóricas y t de student para variables continuas; área bajo la curva (ABC) para sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor

predictivo negativo (VPN) de las escalas BISAP, Harmless (HAPS), Glasgow, Marshall, qSOFA, Ranson y SIRS. **Resultados:** Se incluyeron 137 pacientes, 83 fueron hombres (60.6%), la media de edad fue 47.8 años (18-89) y la media de IMC 28.1 (14-38). La especialidad médica con más ingresos fue gastroenterología (66.4%), seguido de cirugía (14.6%) y medicina interna (12.4%). La etiología que predominó fue biliar en 84 casos (61.3%), seguido de hipertrigliceridemia en 26 (19.0%) y alcohólica en 2 (1.5%). El 12.4% (17/137) se admitió a cuidados intensivos/intermedios y el 2.9% (4/137) falleció; 18.2% (25/137) presentó falla respiratoria, 26.3% (36/137) falla cardiovascular y 41.6% (57/137) falla renal. La media de días totales de estancia intrahospitalaria fue 7.2 (0-120) y en cuidados intensivos/intermedios fue 9.5 (0-115). De acuerdo a la clasificación de gravedad de Atlanta, 47.4% (65/137) de los sujetos cumplieron criterios para pancreatitis leve, 35.6% (50/137) moderadamente severa y 16.1% (22/137) severa. De las escalas de severidad evaluadas al ingreso, 8.8% (12/137) de los pacientes tuvieron BISAP ≥ 3 , 67.2% (92/137) HAPS ≥ 1 , 18.2% (25/137) Ranson ≥ 3 , 32.8% (45/137) Glasgow ≥ 3 , 8.8% (12/137) qSOFA ≥ 2 , 48.9% (67/137) SIRS ≥ 2 , y 57.5% (79/137) Marshall ≥ 2 . Para mortalidad global, BISAP

demonstró mayor ABC de 97.0% (IC 95%, 94.0%-100.0%, S= 100.0%, E= 93.9%, VPP= 33.3%, VPN= 100.0%), seguida de Glasgow con ABC de 84.6% (IC95%, 74.5%-94.7%, S= 100.0%, E= 69.1%, VPP= 8.8%, VPN= 100.0%) con $p < 0.05$. Respecto a falla orgánica persistente Marshall tuvo mayor ABC con 89.2% (IC 95%, 83.4% - 95.0%, S= 100.0%, E= 78.3%, VPP= 79.7%, VPN= 100.0% y para días de estancia intrahospitalaria ≥ 10 , Glasgow, Marshall y BISAP tuvieron mayor ABC con 65.6% (IC95%, 52.7%-78.6%, S= 59.0%, E= 72.1%, VPP= 28.8%, VPN= 90.2%), 64.4% (IC95%, 52.7%-76.1%, S= 81.2%, E= 46.9%, VPP= 22.7%, VPN= 93.1%) y 63.7% (IC95%, 49.5%-78.0%, S= 31.8%, E= 95.6%, VPP= 58.3%, VPN= 88.0%) respectivamente, con $p < 0.05$.

Conclusión: Conforme a la literatura actual, la etiología biliar fue la más frecuente y la falla renal predominó en los pacientes que presentaron falla orgánica en el presente estudio. Las escalas BISAP, Glasgow y Marshall tuvieron mejor desempeño para predicción de severidad en esta población.

Palabras clave: pancreatitis, escalas, severidad, falla orgánica.

Folio: 0935

Tema: Cardiología

Síndrome de Wolff Parkinson White con conducción anti-drómica y fibrilación auricular con ablación de múltiples vías accesorias

Carlos Blanca Nohely

Hospital de Alta Especialidad
Gustavo A Rovirosa Pérez

Introducción: La preexcitación se define como una "activación prematura del miocardio ventricular por un impulso que viaja por un camino anómalo y evita el retraso fisiológico en el unión AV". Herencia AR, generalmente corazón estructuralmente sano. Hay 3 criterios de ECG para diagnosticar WPW síndrome; un intervalo PR corto (33 años, manejo con Procainamida, 2 hospitalizaciones previas hace 20 y 15 años por dolor precordial. Presenta dolor retroesternal opresivo irradiado a brazo izquierdo y cuello, con palpitaciones, náuseas y 1 vómito de contenido alimentario, posterior a ello presenta síncope, se documenta TSV y es manejada con Amiodarona, a las 4 horas aprox., presenta hipotensión y un electrocardiograma en el que se evidencia FA conduciendo con preexcitación, frecuencias superiores de 300 lat/min, la cual es revertida farmacológicamente (150 mg de amiodarona IV, revirtiendo a ritmo sinusal). ECG: al Ritmo sinusal presenta onda delta y bloqueo bifascicular (HFAI+ BIRDHH) Ecocardiograma: Alteración de la movilidad septal por bloqueo de rama. FEVI 50%, Función de VD normal. Ligeramente IM e IT, PSAP de 26 mmHg. Es manejada

con Propanolol y Amiodarona y se envía para ablación por radiofrecuencia. El estudio electrofisiológico puso de manifiesto 3 vías accesorias abiertas (posteroseptal derecha, medioseptal derecha y posterolateral derecha), que fueron tratadas mediante ablación con éxito. **Objetivo:** Describir 1 caso de WPW con Ablación de múltiples vías accesorias. **Discusión:** Se ha descrito que la presencia de vías accesorias múltiples representa un riesgo aumentado de que los pacientes presenten fibrilación ventricular y muerte súbita. Pajaron y colaboradores observaron 235 casos de preexcitación ventricular en 70 000 expedientes, en el INCICH, El ECG resultante es irregular, Taquicardia compleja QRS con onda delta y latido a latido variación en la morfología del complejo QRS. Durante la taquicardia el QRS es ancho y muestra preexcitación máxima. Todo lo cual es de mal pronóstico y amerita ablación. **Conclusión:** El presente caso clínico demuestra la complejidad del síndrome de Wolff-Parkinson-White y la seguridad y eficacia de la ablación por radiofrecuencia en pacientes portadores de vías accesorias múltiples.

Palabras clave: síndrome de Wolff Parkinson White, fibrilación auricular, preexcitación, múltiples vías accesorias, ablación por radiofrecuencia.



Folio: 0938

Tema: Neurología

Neurolyme: una causa inusual de paresia del sexto nervio del cráneo aislada

Mora Mauricio, Haro Juan Pablo, Guizar Luis Alberto

Instituto Mexicano del Seguro Social

Hoy en día, la incidencia de infección por espiroquetas de *Borrelia burgdorferi* es de aproximadamente 260,000 en los Estados Unidos durante un período de 10 años y 206 casos en 100,000 en Europa el año pasado. A pesar de que la Ciudad de México es considerada una zona no endémica, el impacto es casi el 3,9% de las enfermedades infecciosas notificadas y ha ido en aumento en los últimos años. Sin embargo, las manifestaciones clínicas variadas son poco específicas, y solo una pequeña proporción de pacientes presenta los signos "distintivos" de la infección. La piel, las articulaciones, el corazón y el sistema nervioso central son los órganos más afectados. En esta línea, la neuroborreliosis se presenta en el 15% de los pacientes en un rango de 30 días. Las neuropatías craneales y la radiculoneuritis motora o sensorial tienen su mayor incidencia en niños y adolescentes, pero el pronóstico sigue siendo oscuro, en este sentido; este caso podría ser elucidativo. En la actualidad, la incidencia de infección por espiroquetas unidas a garrapatas de *Borrelia burgdorferi* aumenta en los últimos años de ensayos clínicos. Las manifestaciones clínicas son diversas y principalmente involucran la piel, las articulaciones, el corazón y el sistema nervioso central. En este contexto, las manifestaciones neurológicas podrían variar en una amplia gama de signos y síntomas no especificados y el pronóstico, y aún permanecer oscuro. En este reporte, presentamos el caso de una mujer de 19 años sin historial médico relevante. Ella comenzó hace dos años (2016) con una visión borrosa y diplopía horizontal como una manifestación inicial y única, inicialmente atribuida a un defecto de refracción ocular. Niega la progresión de la diplopía y no afecta la precisión visual. Primero fue evaluada por un oftalmólogo y el diagnóstico de la parálisis del sexto nervio craneal se realizó en octubre de 2017. Más tarde, el neurólogo descartó cualquier afección estructural o vascular mediante una tomografía computarizada y una resonancia magnética. Por lo tanto, la enviaron a nuestro servicio para su evaluación y diagnóstico en mayo de 2018, por persistencia de la paresia. En el examen físico revela una paresia del sexto par del ojo derecho. Con restricción para la leve y dextrorrotación y abducción en este ojo, sin ningún otro hallazgo relevante. Se realizó una punción lumbar que informó pleocitosis

de 26 células y predominio de células mononucleares. No hay otros datos relevantes en LCR. Realizamos pruebas de PCR en LCR para tuberculosis, la cual resulta negativa. Por imagenología no hay datos sugestivos de evento vascular ni de enfermedad desmielinizante. Por lo que sospechamos una infección transmitida por garrapatas en el contexto de que ella visitó en muchas ocasiones un jardín botánico antes de la parálisis ocular, a pesar de que niega cualquier picadura de insecto ni la manifestación temprana de la enfermedad. La prueba de ELISA se realizó en fluido cerebrospinal y la prueba de inmunotransferencia Western confirmó positiva con 5 cepas de *B. burgdorferi*. Con este hallazgo comenzamos el tratamiento con cefalosporina de 3ª generación durante 28 días. Esto indica que existen formas indolentes de paresias en nervios del craneo como única manifestación de esta enfermedad infecciosa con involucro neurológico. Desafortunadamente, la mayoría de los pacientes adultos no recuerdan la picadura de garrapata porque las garrapatas *Ixodes* ninfales dominantes son muy pequeñas y, a menudo, no se reconocen cuando se unen a la piel o pueden desprenderse después alimentándose. Por lo que ante hallazgos no indicativos de enfermedades frecuentes, neurolyme puede ser otra opción diagnóstica.

de 26 células y predominio de células mononucleares. No hay otros datos relevantes en LCR. Realizamos pruebas de PCR en LCR para tuberculosis, la cual resulta negativa. Por imagenología no hay datos sugestivos de evento vascular ni de enfermedad desmielinizante. Por lo que sospechamos una infección transmitida por garrapatas en el contexto de que ella visitó en muchas ocasiones un jardín botánico antes de la parálisis ocular, a pesar de que niega cualquier picadura de insecto ni la manifestación temprana de la enfermedad. La prueba de ELISA se realizó en fluido cerebrospinal y la prueba de inmunotransferencia Western confirmó positiva con 5 cepas de *B. burgdorferi*. Con este hallazgo comenzamos el tratamiento con cefalosporina de 3ª generación durante 28 días. Esto indica que existen formas indolentes de paresias en nervios del craneo como única manifestación de esta enfermedad infecciosa con involucro neurológico. Desafortunadamente, la mayoría de los pacientes adultos no recuerdan la picadura de garrapata porque las garrapatas *Ixodes* ninfales dominantes son muy pequeñas y, a menudo, no se reconocen cuando se unen a la piel o pueden desprenderse después alimentándose. Por lo que ante hallazgos no indicativos de enfermedades frecuentes, neurolyme puede ser otra opción diagnóstica.

Palabras clave: neurolyme, paresia, sexto, nervio.

Folio: 0940

Tema: Infectología

Artritis seronegativa por enfermedad de Lyme

Cadena Arturo, Valente Benjamín, Espinosa Luís, Saavedra Rafael, Fernández Eduardo
Centro Médico ABC

Introducción: La enfermedad de Lyme, es una infección por vector transmitida por la garrapata *Ixodes scapularis* y producida por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*, principalmente. Su manifestación clásica en etapa temprana es el "eritema migrans". Hasta el 30% puede presentar artritis, de los cuales, el 10% puede quedar con secuelas. Es rara la manifestación por artritis seronegativa. El análisis de líquido sinovial mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por siglas en inglés) es el estudio de elección en estos casos. Es de vital importancia el diagnóstico ya que puede tener complicaciones como artritis crónica, complicaciones cardíacas y complicaciones a nivel de sistema nervioso central. **Caso clínico:** Se presenta masculino de 37 años de edad, previamente sano, que como antecedente refirió un viaje a los suburbios de Houston, Texas. Presenta 10 días posteriores a su regreso aumento de volumen, eritema y posterior dolor punzante en porción late-

ral del tercio superior de pierna izquierda, además de fiebre y gonalgia bilateral. Durante su hospitalización, presenta artritis de rodilla derecha con desaparición de eritema anterior de pierna izquierda y de las molestias en dicha rodilla de manera espontánea. Se realiza artrocentesis de la rodilla derecha con resultado de líquido inflamatorio no séptico. Cultivo de líquido sinovial negativo. Se solicitan NAATS negativa para chlamydia y gonococo. IgM e IgG para Lyme negativos y Western blot sérico con resultado indefinido. Se deja doxiciclina y ceftriaxona empírico. Posteriormente, se solicita PCR de líquido sinovial, la cual resulta positivo para *Borrelia burgdorferi*. **Objetivo:** Describir una manifestación poco frecuente de Enfermedad de Lyme en un caso no endémico. **Conclusión:** La PCR es el mejor estudio para Lyme en líquido sinovial. La artritis seronegativa por enfermedad de Lyme es un cuadro raro con pocos reportes de dicha manifestación.

Palabras clave: artritis, seronegativa, Lyme.

Folio: 0941

Tema: Infectología

Infección osteoarticular micobacteriana en paciente inmunocomprometido

Orozco Dayana Estefanía, Rubio Luis Roberto, Serrano Andrea, Rodríguez Axel Abel, Zamora David, Ochoa Guadalupe Montserrat, Macías Diego Jarek

Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

Las infecciones musculoesqueléticas micobacterianas han contribuido a una morbilidad significativa, desde la antigüedad. A pesar de los avances en la medicina, estas infecciones siguen siendo difíciles de diagnosticar. Resistencia a antibióticos, toxicidad de medicamentos, penetración limitada de éstos a hueso y las complejas consideraciones quirúrgicas pueden complicar su manejo. Mujer de 29 años, clínica de un mes de evolución caracterizada por dolor leve en tórax posterior y disnea progresiva agudizada previo a su ingreso, polipneica e hipoxémica, requiriendo ventilación mecánica invasiva. **Antecedentes:** LES, nefritis lúpica y SAF en tratamiento inmunomodulador. Hospitalizaciones: tuberculosis pulmonar requiriendo ingreso a UCI, artritis séptica de rodilla izquierda por salmonella. A la exploración física campos pulmonares con broncoespasmo generalizado y ausencia de murmullo vesicular lóbulo inferior izquierdo. Área cardíaca hiperdinámica, desdoblamiento fijo del segundo ruido en válvula pulmonar. Laboratoriales con anemia normocítica hipocrómica, leucocitosis a expensas de neutrofilia y linfopenia. Daño renal agudo y alteración de la función hepática. Gasometría arterial con hipoxemia. Radiografía de tórax con infiltrado



intersticial generalizado. Set de hemocultivos seriados negativos, BAAR de expectoración, cultivo de secreción y galactomananos negativos. TC de tórax con absceso en séptima vertebra torácica infiltrando canal medular, biopsia del sitio con BAAR (+). Presenta evolución tórpida desarrollando falla orgánica múltiple, a pesar de terapia dirigida. De 250,000 pacientes informados en Estados Unidos con tuberculosis, 19% presentan enfermedad extrapulmonar, 11.3% involucro osteoarticular. En huésped susceptible, las infecciones musculoesqueléticas ocurren principalmente vía hematógena, por reactivación de bacilos latentes. La columna vertebral es la más comúnmente afectada representando hasta 50% de los casos.

Palabras clave: tuberculosis, osteoarticular, vertebral, inmunocomprometido, diagnóstico, tratamiento.

Folio: 0942

Tema: Oncología

Carcinoma insular tiroideo: incidentaloma secundario a hemorragia en extubación

Cedillo Martín Rodrigo², Matorros Adriana Paula¹, Ramírez Leticia¹, Hernández Ulises¹, Hernández Roberto², Marín Aldo Hernán², Henández Daniel²

¹ Hospital Regional Poza Rica;

² Hospital Central Norte PEMEX

Introducción: El carcinoma insular se agrupa dentro de los

carcinomas pobremente diferenciados. Es poco frecuente y representa del 4 al 8% de las neoplasias tiroideas. Deriva del epitelio folicular y presenta un comportamiento morfológico y clínico intermedio entre los bien diferenciados papilar/folicular y el anaplásico. Se presenta el caso de un paciente masculino con diagnóstico de carcinoma insular de forma incidental por hemorragia a la extubación. **Descripción de caso:** Masculino de 46 años de edad con antecedente de alcoholismo, tabaquismo, obesidad, dislipidemia mixta, enfermedad por reflujo gastroesofágico, hemitiroidectomía derecha por bocio multinodular 3 años previos al padecimiento y disfonía crónica secundaria a laringitis. Acudió a urgencias con choque anafiláctico secundario a ingesta de amoxicilina por infección de vías respiratorias altas. A su ingreso se encontró taquicárdico, saturando al 53%, somnoliento, con cianosis peribucal, acrocianosis, dermatosis del tipo roncha localizada en cara, tórax y miembros inferiores, por lo que se decide intubación acoplándose a ventilación mecánica e ingresa a terapia intensiva. Posterior a dos días se decide extubación presentando sangrado activo importante al retiro del tubo endotraqueal, por lo que se reintuba para protección de la vía aérea. Se hace tomografía computarizada de cuello con hallazgo de masa tumoral de

conformación heterogénea que comprime porción superior de la tráquea, así mismo con actividad tumoral tiroidea infiltrante a cartílago tiroideos. Se realiza traqueostomía, durante el procedimiento se observa infiltración a cartílago tiroideos, cricoides y primeros 2 anillos traqueales y se toma biopsia del tumor. El reporte histopatológico reporta carcinoma pobremente diferenciado subtipo carcinoma insular-invasor con extensa infiltración a tejidos blandos. Durante la estancia hospitalaria evoluciona favorablemente, es clasificado como carcinoma insular estadio IV por actividad pulmonar. Finalmente, fue valorado por el servicio de Oncología para protocolo de quimioterapia. Es egresado con tratamiento paliativo y seguimiento por la consulta externa. **Conclusión:** El carcinoma insular es una entidad poco frecuente dentro de las neoplasias tiroideas. Se caracteriza histológicamente por islotes de células foliculares, ausencia de características nucleares de carcinoma papilar, actividad mitótica y focos de necrosis. Se ha descrito al bocio multinodular como antecedente y las localizaciones más frecuentes de metástasis son en hueso y en pulmón, como en este caso. La quimioterapia es controversial, siendo necesarios más estudios. Es de importancia para el médico internista conocer esta entidad ya que se ha descrito mayor recurrencia y

peor pronóstico con una mortalidad a 10 años de hasta 61%, y tomarla como posibilidad en caso de una extubación complicada con hemorragia.

Palabras clave: carcinoma, insular, tiroides, incidental, hemorragia, extubación.

Folio: 0943

Tema: Otros

Aspectos sociales asociados con depresión en el adulto mayor

Paniagua Angélica¹, Ledesma Andrés², Torres Yadira Edith¹, Garrido Ricardo², Rodríguez Leticia², Huerta Saúl²

¹ Hospital General de Zona 58, IMSS; ² Hospital General Ticomán, SEDESA

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años. Es un problema de Salud Pública con graves implicaciones en la calidad de vida. Los factores que se han asociado son: comorbilidades, alteraciones cognitivas, alteraciones funcionales relacionadas con la salud, menos relaciones sociales. Hay múltiples escalas para depresión, la más utilizada es Yesavage. El objetivo de la investigación es identificar aspectos sociales que se asocian a depresión en adultos mayores. **Material y métodos:** Estudio transversal analítico, se realizó en 138 adultos mayores que acudían a la consulta externa de Hospital de segundo nivel. Se incluyeron en el estudio toda aquella

persona que aceptara participar y que firmara consentimiento informado. Se realizó una valoración geriátrica integral con ficha de identificación, antropometría, espirometría, estado nutricional, Índice de Katz, evaluación del estado mental con el Examen de Folstein, escala Moral de Filadelfia y valoración socio familiar. Para depresión se utilizó la Escala de Yesavage, de 15 ítems. **Resultados:** Se realizó un análisis de correlación simple entre el puntaje de la escala de depresión Yesavage y las diversas variables numéricas evaluadas en la esfera social. Se observó los principales aspectos sociales que correlacionaron con el puntaje del cuestionario de depresión. La edad, dependencia funcional, alteración en las relaciones sociales, mala calidad de vida y problemas sociales son factores que se relacionan con la presencia de depresión. En el análisis comparativo entre grupos se observó una media de edad más alta, mayor dependencia en el grupo con depresión. En los pacientes con depresión se encontró un mayor porcentaje (14% vs 2%) de sujetos en estado civil separada así como vivienda rentada. **Discusión:** Se encontró que existe asociación entre aspectos sociales y depresión. Llama la atención que el estado civil separado y vivienda rentada predomina en deprimidos.

Palabras clave: depresión, asociación, factores, sociales, adulto mayor.

Folio: 0944

Tema: Infectología

Coinfección aguda de dengue y leptospirosis en zona endémica de Veracruz

Medina Julieta, Enríquez Kevin Giuseppe, García Mario Ramón, Servín Daniel, García Laura Anahí, Blancas Luis Ángel
Hospital Central Norte de Pemex

Introducción: La leptospirosis es una enfermedad infecciosa emergente, causada por distintos serotipos de la bacteria del género *Leptospira*, transmitida a través de la orina de animales infectados, su incidencia es baja y subdiagnosticada por la semejanza clínica con el dengue. La presencia de coinfección de estas dos enfermedades es extremadamente rara. **Objetivo:** Presentar un caso de coinfección de leptospirosis y dengue y justificar su importancia en la salud pública de México. **Métodos:** Masculino de 52 años, laboratorista clínico de hospital en Poza Rica, Veracruz. **Antecedentes:** Acceso a agua potable y drenaje; refiere vivir cerca de un río de agua fluente, alimentación fuera de casa, cohabita con un perro. Niega toxicomanías. Sin otros antecedentes de importancia para el caso. Cuadro clínico: Comienza con malestar general súbito, artralgias, mialgias, fiebre de 38.4° sostenida durante una semana, cefalea holocraneana progresiva y dolor retroocular. Exploración física: mostró pe-



tequias en piernas como única alteración. Signos vitales: TA: 120/80, FC: 80, FR: 20; temperatura: 39°C. Laboratorios: leucocitos: 3.6 neutrófilos: 2.6 linfocitos: 0.6 hemoglobina 16.0 hematocrito: 48.4 plaquetas: 66,000. GTP: 75, GTP: 47, Fosfatasa alcalina: 61, DHL: 599. Es hospitalizado con diagnóstico probable de fiebre por dengue, recibiendo tratamiento sintomático con resolución parcial del cuadro en 4 días y normalización de estudios de laboratorio en 7 días por lo que se egresa a domicilio, sin embargo persiste el malestar general y febrícula durante 4 semanas más. En el seguimiento posterior de paciente, se encontró estudio serológico de IgM Dengue e IgM Leptospiriosis positivo, congruente con coinfección aguda. El paciente se sometió a tratamiento a base de penicilina G benzatínica con recuperación clínica completa.

Conclusiones: Por extrema semejanza clínica entre ambos cuadros, se debe considerar a la leptospiriosis como primer diagnóstico diferencial del dengue, sobre todo en zonas endémicas para ambas enfermedades, a pesar de que su incidencia es menor en todo el territorio nacional. Sin embargo en este caso se presentó coinfección aguda de ambas entidades, la cual se reporta de forma muy aislada en la literatura. Con este caso se busca impulsar la detección de leptospiriosis en pacientes con cuadro clínico

compatible, para establecer una incidencia real de la patología, así como la notificación estricta de enfermedades de vigilancia epidemiológica, con el fin de crear estadísticas reales y útiles en beneficio de la salud pública.

Palabras clave: coinfección, dengue, leptospiriosis, epidemiología, México, enfermedades febriles.

Folio: 0945

Tema: Neurología

Enfermedad de Huntington (variante Westphal) expresada por una vía muy inusual: linaje materno

Cerda Christopher, Estrada Ingrid Eloisa, Sotelo Jazmín, Chávez Beatriz Eugenia, Nañez Homero, Castillo Sergio Andrés
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La enfermedad de Huntington (EH) es una entidad neurodegenerativa progresiva caracterizada por movimientos hiperquinéticos y alteraciones cognitivas cuyo sustrato fisiopatológico yace en la expansión de tripletes CAG del gen Huntingtina ubicado en el locus 4p16.3. Un 10% de los casos presentan la variante Westphal: fenómeno peculiar en el que los trastornos de conducta y aprendizaje destacan con más frecuencia; con una transmisión autosómica dominante, se manifiesta en su gran mayoría por herencia paterna. **Objetivo:** Describir la

heterogeneidad clínica de la variante Westphal enfatizando el fenómeno de anticipación y la vía de transmisión materna. **Material y métodos:** Reportamos el caso de una familia con EH; las últimas dos de las cuatro generaciones fueron clasificadas como variante Westphal. Para el diagnóstico se complementaron con estudios de gabinete y se confirmaron por análisis genético. **Resultados:** Del caso 1, debido a su deceso, no se pudieron obtener más datos. **Conclusiones:** Nuestros hallazgos confirman el fenómeno de anticipación en la variante Westphal y sugieren que los trastornos de conducta y aprendizaje anteceden a los movimientos anormales. Por ello, dentro del abordaje diagnóstico de pacientes jóvenes con antecedentes de EH, recomendamos solicitar pruebas neuropsicológicas. Por último, aunque se ha reportado con mayor frecuencia la herencia paterna, este estudio sugiere sospechar de esta entidad en una madre que presenta síntomas a edad temprana.

Palabras clave: Huntington, Westphal, herencia, materna, huntingtina, hiperquinesia.

Folio: 0946

Tema: Infectología

Prevalencia de tuberculosis latente en el personal de enfermería de medicina interna y urgencias de un hospital universitario

Flores Rómulo Omar¹, Sánchez María José¹, Soto Berencice², Lozano Brenda Nohemi², Rendón Luis Adrián², Hernández Marco Antonio³, Nañez Homero¹

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Centro de Investigaciones, Prevención y Tratamiento de Infecciones Respiratorias; ³ Departamento de Urgencias Shock-Trauma

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José E González,, Monterrey, Nuevo León, México

Introducción: La tuberculosis (TB) en una de las principales enfermedades infecciosas a nivel mundial. El personal de salud tiene mayor riesgo de contraer la infección por TB que la población general. La detección de TBL en el personal de salud es de gran importancia para evitar la progresión a la forma activa, así como para la planeación de estrategias de control y prevención. **Metodología:** En el periodo de octubre 2017 a agosto del 2018, se reclutaron sujetos del personal de enfermería del área de medicina interna y urgencias del Hospital Universitario Dr. José E González. Se tomaron como criterios de inclusión: Ser personal de enfermería de medicina interna o de urgencias, sin sospecha de TB activa, sin diagnóstico previo o actual de TB activa o TBL, firma de consentimiento informado y posibilidad de seguimiento de

al menos 12 meses. Criterios de exclusión: Diagnóstico y/o tratamiento previo o actual de TB activa o TBL, padecer cualquier estado de inmunosupresión (embarazo, diabetes mellitus, enfermedades reumatólogicas, oncológicas o la toma de cualquier inmunosupresor). Se aplicó en la cara anterior del antebrazo 0.1ml del derivado proteico purificado de la tuberculina (PPD) y se tomó una muestra sanguínea venosa de 4ml para QuantiFERON-TB Gold Plus (QFT-P). Se tomó lectura del PPD a las 72 horas de la aplicación y se clasificó como positivo una pápula mayor o igual a 10mm. El resultado de QFT-P se tomó como positivo según las especificaciones del fabricante. A los sujetos positivos para cualquiera de las pruebas se les refirió a una consulta individual para mayor abordaje. **Resultados:** Se reclutaron 22 sujetos, de los cuales se reportaron 17 (77%) sujetos positivos para PPD y/o QFT-P, 6(27%) fueron positivos solo para PPD y negativos para QFT-P, 2(9%) sujetos solo fueron positivos para QFT-GP y negativos para PPD. De los 17 sujetos positivos, 9(52%) sujetos fueron concordantes para PPD y QFT-GP. El índice de Kappa fue de 0.18 (concordancia insignificante). El 100% contaba con BCG. **Conclusiones:** Se reportó una elevada prevalencia de TBL en los enfermeros de las áreas de medicina interna y urgencias nuestro

hospital. Se ha reportado que a mayor prevalencia de BCG en la población, mayor será la discordancia de estas pruebas. Todos los sujetos estudiados contaban con BCG. Es prioridad conocer la prevalencia de TBL en nuestro personal de salud para una oportuna intervención y evitar la progresión hacia la enfermedad activa, previniendo de esta forma el contagio entre el personal y hacia los pacientes. El conocimiento de la prevalencia de la TBL ayudara a fortalecer las medidas de prevención y control de la TB.

Palabras clave: tuberculosis, tuberculosis latente, personal de salud, enfermería, PPD, QuantiFERON.

Folio: 0947

Tema: Dermatología

Un caso poco usual de la enfermedad de Rosai Dorfman

Espinoza María Lucero, Hurtado Jorge, García Rivas Daniel, Guevara Rosa María, Briceño Fernando

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La enfermedad de Rosai-Dorfman es una alteración proliferativa histiocítica, de curso benigno, con baja incidencia, que se presenta en la primera y segunda década de la vida, etiología desconocida, que se atribuye a infección por Virus Epstein Barr, Parvovirus B19, asociada a alteraciones del sistema inmune, linfomas y leucemias, lupus eritematoso sistémico,



artritis reumatoide. Clínicamente se presenta linfadenopatía masiva bilateral indolora y síntomas sistémicos como fiebre, diaforesis nocturna y pérdida de peso. Entre un 25-40% presentan compromiso extranodal, siendo la piel uno de los órganos más frecuentemente afectados hasta en el 10% de los casos, otros sitios son senos paranasales, tejidos blandos, hueso, cavidad oral y sistema nervioso central. Sin embargo, el compromiso exclusivamente cutáneo es muy raro. El diagnóstico se confirmó con el estudio histopatológico de la lesión cutánea y ganglionar, en el que se evidencia abundantes células histiocíticas en cuyo citoplasma se observan linfocitos intactos fagocitados, este fenómeno se conoce como emperipolesis, además de los estudios de inmunohistoquímica.

Reporte de un caso: Masculino de 24 años, sin antecedentes de importancia con dermatosis de un año de evolución, la cual inicio con máculas y pápulas eritemato-violáceas en tórax anterior, sin síntomas constitucionales, agregándose nuevas lesiones por lo que acude a este hospital donde a la exploración física se evidencia la presencia de neoformaciones nodulares violáceas, induradas, de bordes irregulares, superficie lisa, de 1-2 cm en tórax anterior, posterior y abdomen y en lengua, sin adenopatías palpables ni otra alteración, bioquímicamente normal, serología viral negativo, tomografía toracoabdominal sin

alteraciones, biopsia de lesión dermatológica en la que se reporta histiocitosis sinusal cutánea con inmunohistoquímica CD68 positivo, S100 positivo compatible con Enfermedad de Rosai-Dorfman, por lo cual se mantuvo en vigilancia y tratamiento con corticoesteroide oral.

Discusión: El caso de nuestro paciente presentó la enfermedad localizada en piel, debutando con lesiones cutáneas que puede presentarse en otras enfermedades dermatológicas comunes, sin otra manifestación clínica, lo que dificulta el diagnóstico, sin embargo, ante la realización de estudios complementarios no se constata afección en los ganglios linfáticos, ni otros órganos, confirmándose el diagnóstico por biopsia e inmunohistoquímica. La importancia de este caso es por la presentación poco habitual de la enfermedad de Rosai-Dorfman, que puede llegar a presentar recaídas o resolución espontánea y en algunos casos puede existir diseminación extraganglionar la cual es progresiva y fatal.

Palabras clave: enfermedad, de Rosai-Dorfman, histiocitosis, sinusal, emperipolesis.

Folio: 0948

Tema: Toxicología

Intoxicación por metanol, supervivencia a concentraciones letales. Reporte de caso

Soto Oscar, Cruz Carlos, Madañaga Brian, Prestegui David Eduardo

Hospital General de Ticoman

El metanol es un agente químico que se encuentra en numerosos productos. La intoxicación por metanol es causa de intoxicaciones fatales en México. La dosis letal del metanol está estimada 20-150 gramos o 0.3-1 g/kg. El reconocimiento rápido y el tratamiento temprano, incluida la inhibición del alcohol deshidrogenasa, son cruciales para disminuir las secuelas neurológicas y la mortalidad. Masculino de 34 años, con antecedente de etilismo de alcohol desde los 11 años, con patrón semanal, hasta 2000cc de destilados, llegando al estado de embriaguez en la mayoría de las ocasiones, con periodos intermitentes de suspensión de hasta 3 meses. Último consumo previo a iniciar su padecimiento. Inicia su padecimiento previamente asintomático, con la ingesta de alcohol (bebidas destiladas) a razón de 1000 a 2000cc por día durante 5 días continuos, llegando al estado de embriaguez. Refiriendo que en el quinto día de ingesta alcohólica decide consumir alcohol industrial por carecer de otra bebida etílica, consumiendo un aproximado de 1 litro. Siendo encontrado por sus familiares 30 minutos después en estado de estupor con pobre respuesta ante estímulo físico. Solicitando apoyo paramédico quien traslada al paciente a nuestra Unidad Hospitalaria, ingresando con un Glasgow de 7 puntos, TA 60/30 mmHg, FC 120 lpm, FR 30 rpm, Temp 35°C, Glucemia capilar

de 336 mg/dl. Al identificar criterios de estado de choque, una acidosis metabólica severa con pH 6.8, HCO₃ 3.8 y un Lactato de 8.4 eEq/l, deficit de base 22 mEq/l, con un anion GAP 16, y datos clínicos de deshidratación grave se decide reanimación hídrica IV, así como la administración de carbón activado. Ingresando al servicio de Medicina Interna, persistiendo con deterioro neurológico severo y con hipotensión arterial se decide el manejo avanzado de la vía aérea y apoyo aminérgico con norepinefrina. Sospechando que el deterioro neurológico fuera secundario a la intoxicación por metanol se inició manejo terapéutico con etanol a una concentración de 40%. Logrando estabilidad hemodinámica y retiro de apoyo aminérgico a las 48 hrs y retiro de apoyo mecánico ventilatorio a las 72 hrs. Se realiza Tomografía de cráneo simple el cual reporto hipodensidades a nivel de ganglios basales de manera bilateral en relación con un probable evento cerebro vascular agudo compatible con intoxicación por metanol. Se recaba reporte de alcoholemia con un valor de 0.70 gr/dl, concentración reportada en literatura internacional como fatal. Durante estancia intrahospitalaria cursa con cuadro neumónico nosocomial logrando resolución a los 10 días de iniciado el evento. Se logra egreso con mejoría clínica.

Palabras clave: intoxicación, metanol, letal, etanol.

Folio: 0949

Tema: Endocrinología

Asociación de macroadenoma hipofisiario mixto productor de prolactina/hormona de crecimiento y cáncer papilar de tiroides en paciente joven: reporte de un caso

González Francisco Jesús, Hernández Enrique, García Erica, Valadez Maritza Jacqueline, Olvera Oscar

Instituto Mexicano del Seguro Social, UMAE HE T1 CMN del Bajío

Introducción: La hipersecreción de la hormona del crecimiento (GH) durante la adolescencia causa crecimiento lineal excesivo y gigantismo. Los tumores pituitarios, especialmente los macroadenomas con características invasivas, que causan gigantismo, son poco frecuentes en los adolescentes. **Objetivo:** Identificar la asociación que existe entre un macroadenoma hipofisiario y el desarrollo de cáncer tiroideo, así como documentar la existencia de nuestro caso.

Exposición del caso: Paciente masculino de 21 años, carga familiar para diabetes mellitus tipo 2, sin antecedentes familiares oncológicos ni tiroideos. Niega exposición a radiación. Diagnosticado de Gigantismo secundario a macroadenoma productor de prolactina y somatostatina en 2016, por presentar galactorrea de un año de evolución, hiperhidrosis, crecimiento de manera acelerada con incre-

mento de talla de 1.70 m a 1.93 m en 3 años, así como calzado de 8 a 13. A la exploración física escala de Tanner II con talla elevada para la edad, sin presentar datos de bocio recabándose perfil hormonal con FSH 0.9 mUI/ml, LH 1.1 mUI/ml, Prolactina 3475 ng/ml, Testosterona 0.431 ng/ml, Cortisol 15.16µg/d, TSH 0.669 µUI/ml, T4L 1.01 ng/dl, Hormona de crecimiento basal > 50 ng; se realiza resonancia magnética de cráneo identificando en T2 una lesión lobulada, con reforzamiento tras contraste de 42x29x42 mm produciendo desplazamiento de tallo hipofisiario y extensión a clivus, seno esfenoidal y rodea el seno cavernoso bilateralmente; se protocoliza y es intervenido de resección transesfenoidal 11 de octubre de 2016 con diagnóstico histopatológico de adenoma hipofisiario Ki67 (+++) 5%/Cromogranina (++) 100%; en seguimiento sin criterios de remisión por lo que en Julio de 2017 se continua con tratamiento de Ocreotide LAR 40mg cada 4 semanas y cabergolina 2mg cada semana. Posteriormente se detecta nódulo tiroideo en istmo, el cual se corrobora con ultrasonido de cuello, encontrando nódulo tiroideo lobulado, heterogéneo, sólido sin calcificaciones con medidas de 16.4 x 20.2 x 12.8 mm con TIRADS de 4a con sospecha moderada de malignidad, por lo que el día 19/09/2017 se realiza BAAF



con resultado de Bethesda V con sospecha de malignidad. El paciente es enviado para recibir radioterapia el 13 de febrero de 2018 concluyendo 27 sesiones (54 Gy en total), presentando crisis hiperglucémica con posterior desarrollo de diabetes mellitus actualmente en tratamiento con insulina glargina 85UI cada 24 horas y lispro 30UI preprandiales. Posteriormente es programado para tiroidectomía parcial con resección del istmo el 26/06/18 reportando en histopatológico carcinoma papilar de tiroides tipo convencional de 2x2x1.7 cm, actualmente se encuentra en espera de realización de tiroidectomía total como tratamiento definitivo. **Conclusiones:** El gigantismo hipofisario se refiere al exceso de GH que ocurre durante la infancia y adolescencia cuando las placas de crecimiento epifisario abiertas permiten un crecimiento lineal excesivo, mientras que la acromegalia es el resultado de la hipersecreción de GH después de la fusión epifisaria, en nuestro paciente por los niveles de prolactina, provocó un hipogonadismo hipogonadotrófico, con disminución de hormonas sexuales propiciando un cierre tardío de los centros de crecimiento, dando las manifestaciones comentadas. Con pocas excepciones, el gigantismo casi siempre es causado por un adenoma pituitario que secreta GH. En algunos pacientes, las anomalías endocrinas se

limitan a la hipersecreción de GH, mientras que en otros, el gigantismo se asocia con hiperprolactinemia. La incidencia de asociación con hipersecreción de GH y PRL es del 20-40% en adultos; sin embargo, es más frecuente en el grupo de edad pediátrica. Estudios previos muestran la prevalencia de la enfermedad tiroidea nodular en 40-70% y una prevalencia de cáncer de tiroides de 5-7% en estos pacientes, que es más alta en comparación con la población general, por lo que es importante estudiar estos casos. **Palabras clave:** gigantismo, macroadenoma, cáncer de tiroides, prolactina, hormona de crecimiento, hipogonadismo hipogonadotrófico.

Folio: 0950

Tema: Reumatología

Pancreatitis aguda como debut de lupus eritematoso sistémico complicado con necrólisis epidérmica tóxica: a propósito de un caso

Chong Christian Alexis, Villarreal Diego Alonso, García Grecia Jazmin, Sánchez Jesus Rene, Roman Cristina Guadalupe, Casasola Emy, Pulido Grecia Elvira
Servicio de Medicina Interna
IMSS HGZ-MF 1 Tapachula, Chiapas

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad inflamatoria crónica la cual se caracteriza por activación de anticuerpos contra diversos órganos y sistemas

del cuerpo, se clasifica con base en la actividad de la enfermedad con el índice de actividad SLEDAI, el cual abarca criterios hematológicos, mucocutáneos, musculoesqueléticos, neurológicos, renales, inmunológicos y cardiorrespiratorios. El tratamiento se basa en esteroides, inmunomoduladores y anti-maláricos. La incidencia de pacientes que debutan con pancreatitis en lupus es baja; apenas se reportan 70 casos en la literatura, a pesar de que los principales mecanismos causantes de la pancreatitis son obstrucciones mecánicas de la vía biliar, por ingesta de alcohol y ciertos fármacos, existen causas idiopáticas dentro de las cuales se ha visto la asociación con LES. Aunque aún no se conocen los mecanismos que detonan la pancreatitis, en pacientes con LES se ha observado una asociación entre los complejos autoinmunes que producen microtrombos, vasculitis y adelgazamiento de la íntima. La NET es un padecimiento dermatológico considerado de gravedad, asociado principalmente al uso de medicamentos, siendo los más frecuentes, anticonvulsivantes como fenobarbital, carbamazepina; con menor frecuencia fenitoína (15%), AINES y algunos antibióticos; sin embargo esta descrita su asociación con LES en una presentación llamada NET-like y la presentación de lesiones similares al eritema multiforme con LES denominada

da Síndrome de Rowell entidad que se diagnostica con elevación de anticuerpos anti-RO, anti-La y Factor Reumatoide. Se describe el caso de una paciente de 16 años con pancreatitis aguda como debut de LES con posterior complicación de NET.

Palabras clave: pancreatitis, atípico, lupus, adolescente, NET.

Folio: 0951

Tema: Oncología

Asociación de adenocarcinoma esofágico en paciente con poliquistosis renal. Reporte de un caso

Xavier Daniela, Rosales Minerva, Reyes Luis Andres, Castillo David Julián, Hernández David Enrique
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) es una enfermedad monogénica multisistémica existen 2 genes identificados: PKD1 (en el cromosoma 16p13.3; 85% de los casos) y PKD2 (en el cromosoma 4q21-23; 15% de los casos), se caracteriza por quistes renales bilaterales, y manifestaciones extrarrenales (quistes en otros órganos, anomalías vasculares, cardíacas, digestivas y musculoesqueléticas). Se ha reportado asociación con ciertos tipos de cáncer: renal y colangiocarcinoma. La poliquistina-1 y 2 son las proteínas codificadas asociadas a la membrana. constituyendo una

subfamilia de canales receptores transitorios de potencial. Su disminución da un cambio fenotípico que se caracteriza por la incapacidad de mantener la polaridad celular, un aumento en la tasa de proliferación y apoptosis, por alteración en la homeostasis del calcio intracelular, la activación del adenosín monofosfato cíclico (AMPc), receptores tirosín-quinasa, mammalian target of rapamycin (mTOR), etc. **Objetivo:** Reportar la asociación de adenocarcinoma esofágico en una paciente con enfermedad poliquística renal autosómica dominante. **Metodología:** Revisión de expediente. **Resultados:** Femenino de 57 años de edad, con diagnóstico de poliquistosis renal autosómica dominante diagnosticada a los 23 años de edad, actualmente en diálisis peritoneal (DP), aneurisma cerebral bilateral diagnosticado a los 45 años, con clipaje bilateral. Acude por presentar epigastralgia, 8/10, tipo cólico, desencadenada por ingesta de alimentos, acompañada de náuseas y vómitos posterior a ingesta de alimentos, ingresada para descartar peritonitis bacteriana asociada a DP, sin embargo con citológico y citotóxico no patológico, sin leucocitosis ni fiebre. Se realiza endoscopia alta sospechando de enfermedad úlcero-péptica, sin embargo se encuentra tumoración dependiente de esófago, friable, obstruyendo más de 70% de la luz en ter-

cio medio, se toman biopsias, con reporte histopatológico de adenocarcinoma de esófago, se realiza una tomografía toracoabdominal, sin evidencia de ganglios, ni infiltración esofágica, con evidencia de quistes renales. **Conclusión:** La enfermedad poliquística renal es una enfermedad autosómica dominante y recesiva que implica mutaciones en genes que codifican para proteínas transmembrana cuyas mutaciones implican cambios fenotípicos celulares con aumento de tasa de proliferación y apoptosis, a través de vías celulares mediante receptores tirosin cinasa y vía mTOR, los cuales se han visto relacionados con varios tipos de neoplasias, si bien en la literatura se ha visto relación con la PQRAD y carcinoma renal y colangiocarcinoma, hay pocos reportes de otras neoplasias, ahí la importancia de reportar casos de neoplasias en pacientes con poliquistosis renal.

Palabras clave: asociación, adenocarcinoma, esofágico, enfermedad, poliquística, renal.

Folio: 0952

Tema: Infectología

Parálisis facial bilateral secundaria a infección por virus de inmunodeficiencia humana. Reporte de un caso

López Marco Antonio, Chávez Oswaldo Alan, Guevara Karen Jocelyn
Hospital General Dr. José María Rodríguez



Introducción: La parálisis facial bilateral es una neuropatía poco común. Se asocia a varias etiologías, incluida la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). (2) Sin embargo, esta asociación rara vez es reportada; solo el 0.9% de los pacientes con parálisis facial bilateral revelan infección por VIH (2). Se presenta el caso de un paciente que ingresa por parálisis facial bilateral y al realizar protocolo de estudio, se evidencia infección por VIH como etiología de la misma.

Caso clínico: Masculino, 55 años, con antecedente de hipertensión arterial sistémica en control. Acude por presentar mareo, cefalalgia y paresia facial bilateral. Se decide ingreso por sospecha de ictus. A la exploración presenta diplejía facial, pupilas de 3mm, reflejos fotomotor, consensual y de acomodación normales, sin signos meníngeos. Se realizó punción lumbar reportando aspecto en aguda de roca, con 125 células/campo, 85% de mononucleares, y 15 de polimorfonucleares, glucosa de 65 mg/dL, proteínas de 42 mg/dL, cloro de 115 mmol/L. RT-PCR ARN del VIH-1 de 135200 copias/mL, recuento de linfocitos TCD4+ de 110 células/mL. Se realizó RT-PCR en líquido cefalorraquídeo para HV1, HV2 VZV, influenza y parainfluenza, enterovirus y virus JC negativos. IRMN con discreta atrofia cortico subcortical de frontal. Velocidades de neuro-

conducción y electromiografía normales. Se inició tratamiento antirretroviral con dolutegravir/abacavir/Lamivudina presentando mejoría gradual de la parálisis facial. **Discusión:** La parálisis facial bilateral tiene incidencia de 1 en 5 millones de habitantes por año. Las etiologías son diversas, tales como virus de herpes simple 1, sarcoidosis y VIH. 70% de la población infectada por VIH desarrollará complicaciones neurológicas. Los trastornos del sistema nervioso central son las más comunes, mientras que las neuropatías son menos comunes. Lamentablemente, estas manifestaciones asociadas con seropositividad al VIH aumentan las tasas de morbimortalidad de estos pacientes (1). **Conclusiones:** Se deben considerar las causas infrecuentes de parálisis facial antes de atribuir las a las causas principales e incluso idiopáticas, ya que esto retrasaría el diagnóstico y tratamiento adecuado de patologías de tal importancia como la presentada en este caso clínico. El virus del VIH puede afectar el sistema nervioso en cualquier nivel produciendo una gran variedad de presentaciones. Es importante sospechar esta asociación para poder tratar la infección subyacente de manera oportuna.

Palabras clave: parálisis facial bilateral, virus de inmunodeficiencia humana, parálisis facial, SIDA.

Folio: 0954

Tema: Nefrología

ERC-5 con hipercalcemia al inicio de la terapia de reemplazo renal

Herbert Zaira Nereida, Patlan Hazel Ali, Ramírez Luis Manuel Hospital Central Ignacio Morones Prieto, UASLP

Antecedentes: Existen casos abigarrados de ERC-5 con historia natural diferente en cuanto a evolución y presentación; que siempre debe de llamar la atención para el esclarecimiento de su etiología y manejo. **Objetivo:** Presentamos un caso con evolución asintomática y de rápido deterioro de la TFG asociado a hipercalcemia. Caso: Femenino de 54 años, con Hipertensión Arterial Sistémica de 16 años, diagnóstico de ERC KDIGO 5 de 3 meses, tratada con EPO, He y carbonato de Ca 500 mg c/8 hrs. Ingresó por náusea y vómito en 5 ocasiones, fiebre, calofríos, disuria, tenesmo, dolor lumbar y supra-púbico, y edema de miembro inferiores, con TA 100/50, FR 18 rpm, FC 147 lpm, SO₂ 92% PPN, T°: 36.5 con mucosas secas, palidez de tegumentos ++, hepatalgia, hepatomegalia, edema 2+DE ms ls, con oligo-anuria. Laboratorios de ingreso; leucocitos de 12 mil, Hb 7/mm³, plaquetas 66 103 / ml, PCR 4 mg/dl, QS: (mg/dl): Glucosa 148, BUN 90, Cr 15.4, ES Na (mmol/L) 133, K 4.3, Cl 96, Ca 12.9, P 7.2 A su ingreso hipercalcemia de 12.9 mmol/L

con niveles normales de PTH; 35.9 pg/ml, ácido úrico de 20 mmol/L, monocitos 8/mm³, linfocitos 20/mm³, células inmaduras 9.0%. EGO: pH 6.0, leucos incontables, proteínas >300 mgs, eritrocitos incontables, bacterias 3+, nitritos negativos. Proteínas totales 7.1 gr/dl, albúmina 4.1 gr/dl, PFHs nls, DHL 155 U/L, TP 13.3, INR 1.23, TTP 23.2. US renal: con hidronefrosis izquierda grado I. Laboratorios previos, (4 meses) con QS: (mg/dl): glucosa 100, BUN 32.2, Urea 68.9, Cr de 2.7, ácido úrico de 7.4, EGO: pH 5.0, leucos 16-18/c, proteínas 100, eritrocitos negativo, bacterias 4+, nitritos negativo. RAC de 0.011 g/g. El análisis de frotis de BH mostró células plasmáticas. la hipercalcemia y falla renal, se realizó aspirado de médula ósea la que se informa como normal, se realiza serie ósea, mostrando lesiones en saca bocado en cráneo. Se realizó biopsia renal la cual mostró depósito cadenas ligeras (kappa MC) y riñón de mieloma.

Palabras clave: ERC, hipercalcemia, mieloma multiple, proteinuria.

Folio: 0955

Tema: Infectología

Meningoencefalitis viral de probable etiología herpética en masculino de la sexta década de la vida sin factores de riesgo.

Reporte de caso

Rodríguez Ricardo, Serriñá Luis Gabriel, Jiménez Luis Antonio,

Camacho Raúl, Amaro Néstor, González Karen Victoria, Aguilar Georgina

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Masculino de 52 años de edad, sin antecedentes de importancia, que inicia su padecimiento 1 mes previo a su internamiento con enrojecimiento ocular derecho, ardor y escozor por lo que recibe tratamiento tópico no especiado con mejoría parcial de la sintomatología y una semana posterior a esto presenta parálisis facial derecha periférica caracterizada por lagofthalmos derecho y desviación de la comisura labial ipsilateral, recibiendo tratamiento con esteroide sistémico y pregabalina, 3 semanas después se agrega debilidad generalizada a las cuatro extremidades, desorientación, agitación psicomotriz y alucinaciones tanto visuales como auditivas, recibiendo tratamiento intravenoso no especificado con mejoría parcial de la sintomatología pero dos días después presenta nuevo episodio de agitación psicomotriz por lo cual acuden a Instituto Nacional de Neurología donde se le realiza estudio tomográfico el cual se encuentra sin alteraciones y punción lumbar no concluyente con proceso séptico a nivel meníngeo (glucosa 54, proteínas 31, células 74, presión de apertura de 20 cmH₂O) y es contraferido a nuestra institución por no tener espacio físico. A su in-

greso se encuentra consciente, desorientado en tiempo y lugar, con tendencia a la somnolencia, cooperador, con disartria y dislalia, con temblor en ambas extremidades superiores, con espasticidad en miembro superior derecho, fuerza 4/5 en extremidad superior izquierda y 3/5 en extremidad superior derecha de acuerdo a escala de Daniels, sensibilidad conservada, extremidades inferiores integra, con fuerza 3/5 en ambas extremidades de acuerdo a la escala de Daniels, respuesta plantar extensora positiva en ambas extremidades inferiores, con sucedáneos de Babinski positivos (Chaddock, Gordon, Oppenheimer, Schaffer), con rigidez de nuca y signos meníngeos de Binda, Kernig y Brudzinski negativos, afebril y estable hemodinámicamente. Se realiza nueva punción lumbar con presión de apertura normal, citológico y citoquímico de LCR con aspecto transparente, sedimento nulo, eritros 50, Linfos 80%, Neutros 20%, Glucosa 46, Micro proteínas 31, DHL 124, tinción de Gram sin bacterias y cultivo sin desarrollo, por lo cual se protocoliza por probable infección fímica con ADA y GenExpert negativos, por lo cual se descarta la infección, y en nuevo reporte de citológico y citoquímico se reporta incoloro, transparente, coagulo nulo, sobrenadante transparente, leucos 100, eritros 430, crenocitos 60, Linfos 20%, Neutros 80%,



Glucosa 44, Micro proteínas 120, DHL 24, Cloro 129. Visión directa y cultivo de hongos negativos, presenta deterioro neurológico y por lo cual se decide iniciar tratamiento empírico con vancomicina, ampicilina, ceftriaxona y aciclovir. Por protocolo de estudio se descartó infección por VIH, Hepatitis B y C, TORCH, y se solicitó PCR en líquido cefalorraquídeo para herpes virus tipo 1 y 2 siendo negativos, pero por alteraciones de resonancia magnética la cual reporta datos de meningoencefalitis de predominio derecho, a considerar por zona de hemorragia origen viral probablemente herpética, aracnoidocele silar, sinusitis maxiloetmoidal y electroencefalograma el cual se reporta anormal por moderada disfunción generalizada y leve actividad epiléptica focal frontal bilateral y temporal derecha se sospecha en dicha etiología, se da esquema antimicrobiano por 8 días y se continua aciclovir por 21 días junto con esteroides intravenosos por 5 días, como tratamiento de meningoencefalitis herpética, teniendo último resultado de punción lumbar con citológico y citoquímico de LCR con sedimento nulo, coagulo nulo, sobrenadante transparente, 0 leucos, 0 crenocitos 5 eritros, cloro 133, glucosa 82, micro proteínas 41.3, DHL 23. Durante su internamiento presenta evolución fluctuante del estado neurológico, pero por mejoría

clínica y cumplimiento de esquema antiviral se decide su egreso y seguimiento por alteraciones inespecíficas del habla, por parte del servicio de neurolingüística.

Palabras clave: meningoencefalitis viral, herpesvirus, neuroinfección, meningitis.

Folio: 0956

Tema: Infectología

Prevalencia de tuberculosis latente en residentes de nuevo ingreso al área de medicina interna de un hospital universitario

Flores Rómulo Omar¹, Soto Berencice², Lozano Brenda Nohemi², Sánchez María José¹, Rendón Luis Adrián², Hernández Marco Antonio³, Nañez Homero¹

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Centro de Investigación, Prevención y Tratamiento de Infecciones Respiratorias; ³ Departamento de Urgencias Shock-Trauma

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José E González, Monterrey, Nuevo León, México

Introducción: La tuberculosis (TB) en una de las principales causas de muerte a nivel mundial. El riesgo de ser infectado por TB es mayor en el personal de salud, en el cual se reporta una incidencia anual de 3.8-8.4% de tuberculosis latente (TBL). La detección de TBL en el personal de salud es de

gran importancia para evitar la progresión a la forma activa, así como para planeación de estrategias de control y prevención.

Metodología: En el periodo de Enero a Diciembre del 2017, se reclutaron residentes de nuevo ingreso al programa de especialidad y subespecialidades de medicina interna del Hospital Universitario Dr. José E González. Se tomaron como criterios de inclusión: ser residente de medicina interna o de las subespecialidades de nuevo ingreso, sin sospecha de TB activa, sin diagnóstico previo o actual de TB activa o TBL, firma de consentimiento informado y posibilidad de seguimiento de al menos 12 meses. Criterios de exclusión: diagnóstico y/o tratamiento previo o actual de TB activa o TBL, padecer cualquier estado de inmunosupresión (embarazo, diabetes mellitus, enfermedades reumatológicas, oncológicas o la toma de cualquier inmunosupresor). Se aplicó en la cara anterior del antebrazo 0.1ml el derivado proteico purificado de la tuberculina (PPD) y se tomó una muestra sanguínea venosa de 4ml para QuantiFERON-TB Gold Plus (QFT-P). Se tomó lectura del PPD a las 72 horas de la aplicación y se clasificó como positivo una pápula mayor o igual a 10mm. El resultado de QFT-P se tomó como positivo según las especificaciones del fabricante. A los sujetos positivos para cualquiera de las pruebas se les refirió a una

consulta individual para mayor abordaje. Resultados Se incluyeron 27 residentes, de los cuales se reportaron 18(66%) sujetos positivos para PPD y/o QFT-P, 7(25%) sujetos fueron positivos solo para PPD y negativos para QFT-P, 3(11%) sujetos fueron positivos solo para QFT-GP y negativos para PPD. De los 18 sujetos positivos, 8(44%) sujetos fueron concordantes para PPD y QFT-GP. El índice de Kappa fue de 0.14 (concordancia insignificante). 23(85%) de los sujetos contaban con la vacuna BCG. Conclusiones Se reportó una alta prevalencia de TBL en los residentes de nuevo ingreso al área de medicina interna. Es importante destacar que los residentes evaluados estuvieron expuestos a enfermos con TB activa durante los años de estudio de la carrera de médico general. Se ha reportado que a mayor prevalencia de BCG en la población, mayor será la discordancia de estas pruebas. La mayoría de los sujetos estudiados contaban con BCG, lo cual los predispone a positividad para PPD, lo que no ocurre con el QFT-P. Es de gran importancia conocer la prevalencia de TBL en nuestros residentes de nuevo ingreso para dar un seguimiento estrecho, ofrecerles tratamiento y evitar el riesgo de progresión a TB activa. Conocer la prevalencia de la TBL es necesario para fortalecer las estrategias de control y prevención de la TB. **Palabras clave:** tuberculosis, tuberculosis latente, residentes de

medicina interna, prevalencia, PPD, QuantiFERON.

Folio: 0957

Tema: Infectología

Linfadenopatía en paciente con inmunosupresión adquirida

Aguilar Elvira Elizabeth, Batún José Antonio de Jesús

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Las adenopatías son frecuentes en los pacientes con infección por el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Es importante realizar un diagnóstico diferencial entre etiologías infecciosas, cambios reactivos o neoplasias. Siendo el diagnóstico mediante estudio de histopatología de la lesión. Con el advenimiento del VIH, la aparición de enfermedades oportunistas se han convertido en un problema de salud importante. **Presentación de caso:** Masculino de 31 años. IVSA a los 17 años, 70 parejas sexuales, uso de método de barrera ocasional. Inició su padecimiento dos semanas previas a su hospitalización al presentar pérdida de peso aproximadamente 15 kg, aumento de volumen a nivel cervical de predominio derecho, fiebre y diaforesis nocturna. Se solicitó ELISA para VIH resultando positivo, confirmándose con segunda prueba. Carga viral de 393,243 cp/ml, CD4 8 cel/ul. Tomografía de cuello reportó adenopatías heterogéneas cervicales superficiales y profundas

con centro hipodenso sin descartar proceso linfoproliferativo o inflamatorio agudo. Se realizó punción de adenopatía cervical obteniéndose secreción muco-purulenta con cultivo sin desarrollo en 48 horas, tinción de Ziehl-Neelsen en la cual se observó bacilos ácido alcohol resistentes compatible con Mycobacterium tuberculosis. La histopatología reportó linfadenitis crónica granulomatosa que descarta proceso linfoproliferativo. TORCH negativo, hepatitis B y C no reactivos, baciloscopias de esputo negativas. Se inició tratamiento con antirretrovirales y fase intensiva de antifímicos. Durante su estancia el paciente presentó choque séptico, con desenlace fatal. **Conclusión:** La presencia de adenopatías con inmunosupresión adquirida, obliga a descartar causas neoplásicas o infecciosas. La tuberculosis es una enfermedad frecuente en pacientes VIH positivos, siendo de suma importancia el diagnóstico oportuno para su manejo temprano, debido a que la coexistencia de estas dos patologías incrementa la mortalidad.

Palabras clave: VIH, adenopatías cervicales, tuberculosis, extrapulmonar.

Folio: 0958

Tema: Reumatología

Síndrome de caídas secundario a miopatía inflamatoria seronegativa: reto diagnóstico en el adulto mayor



López Gerardo, Gonzaga Teresa Ivonne, Sánchez Eduardo, Angeles Abish, Blancas Luis Ángel, Gómez Ana Laura
Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas tienen como principal característica la debilidad muscular y la identificación de una inflamación subyacente en la biopsia muscular. En este grupo se incluyen la dermatomiositis, polimiositis y la miositis con cuerpos de inclusión. La incidencia actual es incierta, se ha reportado en cada 10 por millón de individuos con una prevalencia que oscila en mayores de 50 a 60 años para la polimiositis y dos picos de incidencia de los 5 a 15 siendo el primero y de los 45 a 65 años siendo el segundo para la dermatomiositis. Son más afectadas las mujeres que los hombres >2:1. El diagnóstico se sospecha ante la presencia de clínica característica, elevación de enzimas musculares y patrón miopático en la electromiografía. **Descripción de caso:** Masculino de 65 años de edad con diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia mixta e insuficiencia venosa crónica periférica; tratado con biguanida, venotónicos y fibratos, acude a urgencias por presentar caída de su plano de sustentación, siendo la cuarta en el lapso de un mes. Al interrogatorio dirigido pérdida de la fuerza muscular de un mes de evo-

lución resultando en múltiples caídas, alteraciones en la articulación de palabras, así como disfagia a alimentos sólidos lo que ha condicionado poca tolerancia a la vía oral; familiares refieren cambio en su comportamiento tornándose con poca tolerabilidad a la frustración. A la exploración física presenta labilidad emocional, no mantiene la atención, orientado, nervios craneales y funciones vestibulares-cerebelosas conservadas, disminución de la fuerza muscular proximal de predominio en cintura escapular y pélvica 3/5 en escala de Daniels, hiporreflexia generalizada +, dificultad para mantenerse en bipedestación e iniciar la marcha, sensibilidad conservada. Se obtuvieron los siguientes resultados de exámenes de laboratorio: CPK total 2930, CKMB 27, DHL 460, TGO 104, TGP 52; electromiografía con datos de neuropatía desmielinizante con daño axonal; TAC simple de cráneo y de 3 regiones: sin evidencia de lesiones neoplásicas o afectación neurológica. Anticuerpos antisintetasa negativos. Biopsia de músculo vasto externo compatible con miopatía inflamatoria con necrosis perifascicular compatible con polimiositis. **Conclusión:** La dermatomiositis y polimiositis son miopatías inflamatorias autoinmunes caracterizadas por debilidad, inflamación muscular; así como manifestaciones extramusculares, siendo el cur-

so de la enfermedad subagudo o crónico. Se presentan grados variables de debilidad muscular simétrica proximal pudiendo involucrar músculos respiratorios, faringe, laringe, tercia proximal de esófago e inducir disfonía y disfagia. La polimiositis se presenta habitualmente después de la segunda década de la vida. En pacientes con DM/PM mayores a 45 años y sexo masculino, son factores predictores independientes de neoplasia; debiéndose realizar una búsqueda intencionada de estas últimas.

Palabras clave: caídas, debilidad muscular, miopatía, caídas, seronegativo, adulto mayor.

Folio: 0960

Tema: Neurología

Abscesos cerebrales como complicación de la endocarditis infecciosa. A propósito de un caso

Prado Gala, Mendo Iliana E, Cerón José A

Hospital General de Puebla
Eduardo Vázquez Navarro

Antecedentes: Las complicaciones neurológicas de la endocarditis infecciosa (EI) aparecen del 20 al 40% de los pacientes, sin embargo, los abscesos cerebrales se presentan del 2 al 13% de los casos reportados implicando gran morbimortalidad. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de complicación neurológica infrecuente de EI. Masculino de 19 años, con antecedente

de uso de metanfetaminas, hospitalizado por cuadro de una semana de evolución caracterizado por astenia, adinamia, cefalea, fiebre y pérdida progresiva del estado de alerta. A la exploración física neurológicamente estuporoso, parálisis facial central derecha, sin otro dato de focalización, sin datos de irritación meníngea. A la auscultación cardiaca se encuentra soplo sistólico mitral, resto de exploración sin alteraciones. Se realiza TC simple y contrastada de cráneo en la cual se observan lesiones hipodensas en región parietal izquierda con edema perilesional que realzan al contraste en forma anular sugerentes de abscesos cerebrales. Ecocardiograma transtorácico reporta vegetación en válvula mitral de 11 x 12 mm que condiciona insuficiencia mitral leve. Se inició tratamiento empírico con vancomicina y gentamicina. Cultivos seriados positivos para *S. aureus*. Presentó curso desfavorable por lo que se somete a recambio valvular mitral. El control ecocardiográfico pos-operatorio mostró válvula protésica normofuncionante sin vegetaciones y presentó mejoría clínica, cardiaca, hematológica y neurológica. En los siguientes controles tomográficos cerebrales se observó disminución del edema perilesional y de las lesiones. Se egresó tras la satisfactoria resolución de la El

y el control de las complicaciones asociadas. **Conclusión:** La presencia de compromiso neurológico aumenta la morbimortalidad, prolonga el tiempo de internamiento, así como el requerimiento de cirugía cardiaca. La naturaleza sistémica de la enfermedad requiere de un enfoque multidisciplinario para el manejo y prevención de complicaciones.

Palabras clave: endocarditis infecciosa, abscesos cerebrales, *S. aureus*, complicación neurológica, cirugía cardiaca.

Folio: 0961

Tema: Cardiología

Miopericarditis aguda como diagnóstico diferencial de infarto

Moreno Víctor Hugo¹, Villalobos Montserrat²

¹ Centenario Hospital Miguel Hidalgo; ² Hospital Central Sur de Alta Especialidad

Masculino de 22 años, obeso y sedentario, con asma controlada desde 2008. Su padre falleció a los 49 años por IAM. Curso con cuadro gripal auto limitado tres semanas previas al inicio de padecimiento. El día 4 de enero 2017 comenzó de forma súbita con dolor precordial opresivo, en reposo, que cedió a los 20 minutos. Al día siguiente presentó nuevamente dolor torácico de una hora de duración acudiendo a valoración médica donde le diagnosticaron cuadro de

ansiedad. Seis horas después presentó incremento en la intensidad del dolor agregándose náusea y diaforesis por lo que acudió a urgencias. Los observadores iniciales consideraron un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST de la cara inferior y posterior, razón por la cual decidieron dar tratamiento anti isquémico y anti trombotico siendo trombolizado con tenecteplase, presentando criterios clínicos y eléctricos de reperfusión. Los paraclínicos mostraron CK total 643 ng/ml y CK MB 78 ng/ml, troponina I 18 ng/ml, segunda troponina I 16 ng/ml y tercera troponina I 14 ng/ml. Los paraclínicos adicionales mostraron NT-proBNP 775 pg/dl, TGO 80 UI/l, TGP 91 UI/l, DHL 312, HS-PCR 36.7 mg/dl, Hb 15 g/dl, leucocitos 8400. 12 horas después, nuevamente presento dolor de las mismas características siendo referido a la unidad de cuidados coronarios donde se mantuvo hemodinámicamente estable y sin signos de disfunción ventricular. En base a los antecedentes aunados a los cambios electrocardiográficos sugestivos y la elevación de biomarcadores de daño miocárdico se consideró diagnóstico de miopericarditis solicitándose estudio de Resonancia Magnética (corazón-perfusión) donde se confirmó el diagnóstico.

Palabras clave: miopericarditis aguda, infarto agudo del miocardio.



Folio: 0962

Tema: Otros

Hemotórax catamenial, un reto diagnóstico: reporte de caso y revisión de la literatura

Cervantes Rosa Elena¹, Uribe Jefe Felipe¹, Uribe Josafat François², Anaya Israel¹

¹ Antiguo Hospital Civil, Fray Antonio Alcalde; ² Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Introducción: El síndrome de endometriosis torácica (SET) fue descrito por Hart en 1912 y desde entonces se ha documentado endometriosis en pleura, pulmón y diafragma como espectro de este síndrome. El Hemotórax Catamenial (HC) una forma de presentación sumamente rara representando apenas el 14% de todos los casos de SET y reportándose poco más de 30 casos en la literatura. Presentamos un caso de Hemotórax Catamenial como causa rara y de difícil diagnóstico en una paciente con derrame pleural recidivante. **Caso clínico:** Paciente femenina de 28 años la cual acudió a nuestro centro por disnea y dolor torácico asociado al inicio de su menstruación integrándose síndrome de derrame pleural derecho. Su historial médico destacó menarca a los 12 años con ciclos irregulares acompañados de dismenorrea y disnea. Antecedente de diagnóstico de derrame pleural derecho 2 años previos sin abordaje diagnóstico y tratada con anticonceptivos orales por

alteraciones menstruales. A la exploración física se observa desaturación con mejoría a O₂ suplementario, derrame pleural derecho del 50% y sangrado transvaginal y dolor a palpación bimanual. Exámenes de laboratorio con citometría hemática, función renal y hepática sin alteraciones, gasometría arterial con hipoxemia. Líquido pleural con glucosa 54mg/dL, proteínas 604.23mg/dL, aspecto hemático, 1,540 leucocitos (Polimorfonucleares 54%, Mononucleares 46%). Cultivo, gram y adenosin deaminasa negativos. Toracoscopia con toma de biopsia pleural encontrando como hallazgos transquirúrgicos siembras endometriales de superficie lisa y color rojo oscuro a nivel diafragmático correspondientes con tejido endometrial por estudio histopatológico. **Discusión:** El SET una enfermedad rara que afecta principalmente a mujeres jóvenes. Análisis retrospectivos han informado que del 50 al 84% de los pacientes con endometriosis torácica tienen enfermedad pélvica y su presentación mas frecuente es de neumotórax, resultando este caso un reto diagnóstico.

Palabras clave: endometriosis, hemotorax, catamenial, diafragma, disnea, dismenorrea.

Folio: 0963

Tema: Reumatología

Poliarteritis nodosa como causa de fiebre de origen desconocido clásica de larga evolución

Ramírez Ruben, Noyola Maura Esthela, Davila Andrea, Malagon José, Anda Juan Carlos
Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS

Introducción: Las vasculitis son un grupo heterogéneo de desórdenes que afecta los vasos sanguíneos causando inflamación, necrosis e isquemia de la pared vascular. La Poliarteritis Nodosa presenta espectro de manifestaciones clínicas que varía desde enfermedad limitada hasta falla polivisceral fulminante se ha descrito que la fiebre puede tomar un curso crónico. La Fiebre de Origen Desconocido Clásica 'de larga evolución recurrente o episódica representa alrededor del 18-42% de los casos de Fiebre de Origen Desconocido y solo un 49% obtiene diagnóstico final. **Presentación del caso:** Mujer de 53 años, cuadro clínico de cinco años de evolución con fiebre intermitente de forma mensual, con duración de 2 a 3 días que cedía tras administración de antipirético, manteniéndose este patrón durante 1 año aproximadamente, aumentando la periodicidad paulatinamente hasta hacerse permanente, con predominio vespertino, acompañada de cefalea, pérdida de peso significativa, astenia, adinamia y artralgias generalizadas. Desde esa fecha se inició protocolo de estudio de FOD clásica, se descartaron enfermedades autoinmunes con panel inmu-

nológico con HLA B27, factor reumatoide, ANCA negativos, los anticuerpos para *Borrelia burgdorferi*, PCR para tuberculosis y la serología para *Brucella* fueron negativos, VSG 3, PCR 1.2, Ferritina 74.29, Serología para Virus de Hepatitis negativa. Se realizó laparotomía exploradora sin hallazgos patológicos en tejidos biopsiados. Por lo que se mantuvo en seguimiento. A los cinco años de inicio de su cuadro aparecieron nódulos eritemato-violáceos en extremidades inferiores de aproximadamente un centímetro de diámetro, dolorosos, móviles, que desaparecían de manera espontánea dejando macula hipercrómica, intermitentes con diferente localización, además de parestesias en extremidades inferiores, la electromiografía revela patrón desmielinizante. La biopsia de nódulo reportó vasculitis de pequeño y mediano vaso, con presencia de diferentes fases, sugestivo de Poliarteritis Nodosa, la biopsia de nervio sural mostró neuropatía crónica desmielinizante inespecífica. Se inició tratamiento inmunosupresor con remisión de la fiebre y mejoría de las manifestaciones cutáneas y articulares. **Conclusión:** Se presenta caso clínico de Fiebre de Origen Desconocido clásica de larga evolución que requirió múltiples métodos diagnósticos incluso Laparotomía Exploradora, sin lograr determinar causa de la misma, el rendimiento de este método invasivo se ha

reportado entre 60-70% de sensibilidad. Este caso es particularmente interesante por la dificultad diagnóstica debido al curso indolente crónico de la fiebre y a que presentó de forma tardía nódulos subcutáneos en los cuales se encontró vasculitis de pequeño y mediano vaso, acompañada de neuropatía desmielinizante por lo que cumplió 4 criterios de 10 para poliarteritis nodosa con sensibilidad del 82%.

Palabras clave: vasculitis de mediano y pequeño calibre, fiebre de origen desconocido de larga evolución, fiebre recurrente, poliarteritis nodosa.

Folio: 0964

Tema: Neurología

Tuberculosis diseminada en paciente inmunocompetente con presentación neurológica

Morales Eliu Jefe, Nanez Homero

Hospital Universitario UANL

Se presenta el caso de una femenina de 20 años de edad sin antecedentes de importancia; acude a consulta por presentar hemiparesia corporal derecha de 12 horas de evolución acompañada de disartria y alteración al estado de conciencia. Cuenta con una historia de 2 meses de cefalea holocraneal pulsátil de intensidad progresiva acompañada de náusea, vómito, fotofobia, fiebre de predominio nocturno, y pérdida de peso. A la exploración física con una escala de four en 7 puntos

(E0,M3,B2,R2), desorientada, con sonidos incomprensibles, pupilas midriáticas arreactivas, con datos de papiledema bilateral; se decide intubación endotraqueal y exámenes paraclínicos con los siguientes resultados Hb15.7g/dl, leu 6.29Kul, neu 4.87K/ul, lym 0.637k/ul, plt 272k/ul, vsg 2mm/hora, química sanguínea y pruebas de función hepática normales, electrolitos séricos solo con alteración en sodio 127meq/L, Inmunología ELISA VIH(-), HBsAg(-), anti-HBc (-), VDRL(-), cultivo de aspirado traqueal con presencia de tinción BAAR (+), hemocultivos (-), resonancia magnética cerebral simple en la cual se evidencia lesión hipointensa a nivel de ganglios basales izquierdos con edema perilesional con efecto de masa acompañado de áreas de hemorragia, dilatación ventricular, hidrocefalia no comunicante con presencia de edema cerebral, radiografía de tórax con presencia de patrón micronodular bilateral y difuso. Posteriormente desarrolla hipertensión intracraneal sin respuesta a tratamiento médico con posterior paro cardiorrespiratorio; resultado de autopsia como causa de muerte encefalitis aguda secundaria a tuberculosis diseminada; laringitis crónica granulomatosa asociada, neumonía granulomatosa, encefalitis aguda y necrosis a nivel de ganglios basales con edema e hipoxia neuronal,



necrosis hepática submasiva de la zona 3 asociada a proceso crónico granulomatoso, necrosis tubular aguda con microangiopatía trombotica, pleuritis crónica granulomatosa, apendicitis granulomatosa, linfangitis granulomatosa.

Palabras clave: tuberculosis, diseminada, encefalitis, hemiparesia, inmunocompetente.

Folio: 0965

Tema: Reumatología

Kikuchi Fujimoto como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico

Hintze Juan Carlos, González Nallely, Martínez Georgina, Medina Julieta, Hernández Adrian, Teran Oscar

Hospital Central Norte de México

Introducción: La linfadenitis necrotizante histiocítica o enfermedad de Kikuchi (Kikuchi-Fujimoto) es una enfermedad poco frecuente, de causa desconocida y de alivio espontáneo, cuyas principales características son linfadenitis dolorosa localizada (casi siempre cervical), fiebre y síntomas inespecíficos, por lo que puede confundirse fácilmente con otros padecimientos, retrasando el diagnóstico de enfermedades malignas y conducir a tratamientos inadecuados, por lo que consideramos de gran importancia para el médico internista y de cualquier especialidad el conocimiento de la enfermedad, su diagnóstico y

tratamiento. **Reporte de caso:** Paciente femenino de 32 años de edad la cual cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: antecedente de cáncer por terna materna, niega crónico degenerativos. Inicia su padecimiento actual con una gastroenteritis probablemente infecciosa con dolor abdominal eva 7/10 y una linfadenopatía bilateral dolorosa a nivel cervical asociada a trombocitopenia se realizan estudios de imagen encontrándose parotiditis, aumento de la glándula submandibular y linfadenopatía bilateral de tipo inflamatorio, posteriormente presenta mialgias artralgiás. Remite espontáneamente la sintomatología incluyendo adenopatías y es agregada posteriormente reingresa 6 meses después con mismo cuadro encontrándose además sinovitis eritema malar y fotosensibilidad así como plaquetopenia nuevamente así como ana 1:160 mg por lo que se establece diagnóstico de lupus y se da manejo mejorando las adenopatías cervicales análisis: el kikuchi fujimoto es una enfermedad la cual es poco conocida se trata de una linfadenopatía reactiva generalmente a diversos estímulos como pueden ser infecciosos, o autoinmunitarios. Incluso el mismo Kikuchi podrían simular un proceso autoinmunitario ya que condiciona sinovitis y eritema sin embargo nunca se puede descartar el overlap con un patología.

Palabras clave: Kikuchi Fujimoto, lupus, linfadenitis.

Folio: 0966

Tema: Infectología

Neurolisteriosis en paciente inmunocomprometido: reporte de caso

Martínez Guadalupe, Sotelo Thalia, Medina Zaira

Centro Médico Adolfo López Mateos, Toluca, Estado de México

Caso clínico: Femenino de 40 años con antecedentes de alteración de la glucosa en ayuno de recién diagnóstico, esteatosis hepática e hiperuricemia; presenta 2 meses previos astenia, adinamia y cuadro diarreico y posteriormente 2 días previos a su ingreso cefalea, confusión, somnolencia y fiebre. A la exploración física: síndrome meníngeo, sin datos de focalidad neurológica. Leucocitos 15,900, neutrófilos 14.600, plaquetas 167,000, linfocitos 600. PCR 80, VSG 58. TAC de cráneo sin alteraciones. Punción lumbar: glucosa 72 mg/dl, proteínas 396 mg/dl, leucocitos 420 cel/mm³, PMN 40%. Se inicia tratamiento empírico. Posteriormente aislamiento de LCR de *Listeria Monocytogenes*, se inicia tratamiento con ampicilina y gentamicina; 4to día con Glasgow de 12 puntos. RM de encéfalo contrastada con hidrocefalia asimétrica y realce leptomeníngeo. Se decide colocación de derivación ventricular externa precoronaral derecha, dos

días subsecuentes con disfunción de la misma, septicemia, por lo que amerito de nueva intervención, ventilación mecánica, con evolución desfavorable, y muerte a su 10mo día. Discusión. *Listeria monocytogenes* tiene tropismo por colonizar el SNC, causando meningitis, y con menos frecuencia romboencefalitis, abscesos, cerebritis y mielitis. Las características neurorradiológicas presentes son realce meníngeo, abscesos, hemorragias, edema cerebral. La afectación ventricular en el 10%. El estudio MONALISA, cohorte prospectiva incluyo mas de 800 pacientes con listeriosis: 427 con bacteriemia, 252 con neurolisteriosis. Determino que factores asociados con la mortalidad son cáncer, falla multiorgánica, comorbilidad descompensada, monocitopenia. **Conclusión:** La neurolisteriosis debe sospecharse en los siguientes escenarios clínicos: meningitis en pacientes con inmunidad deteriorada; pacientes con presentación subagudo de meningitis; recién nacidos; adultos mayores de 50 años; esto en el contexto de una meningitis aguda de etiología incierta.

Palabras clave: *Listeria monocytogenes*, leptomeningitis, neurolisteriosis.

Folio: 0967

Tema: Cardiología

Taquiarritmia relacionada a uso de norepinefrina a dosis bajas en choque séptico

Faustino Gladis, Roque Carlos Javier

Centro Médico ISSEMyM Ecatepec

La norepinefrina es una catecolamina utilizada normalmente como parte del tratamiento de choque que es resistente a líquidos, sin embargo su uso también se ha asociado a una incidencia de arritmias de reciente presentación e isquemia cardiaca, los pacientes que han presentado arritmias sin retorno a ritmo sinusal tienen mayor índice de mortalidad. El uso de vasopresina se ha asociado a disminución de presentación de arritmias. Hombre 70 años, fumador, diabético, ingresa por choque séptico ameritando tratamiento con norepinefrina, la cual se mantiene a dosis baja (0.04), cinco días después presenta evento de taquicardia supraventricular con 250lpm con escape nodal y datos de inestabilidad hemodinámica ameritando cardioversión eléctrica con 360J, se asocia taquiarritmia a uso persistente de norepinefrina por lo que se asocia vasopresina mejorando estado hemodinámico y sin presentación de nuevos eventos arrítmicos relacionados a catecolaminas. Se evidencio que la presencia de arritmias está más asociada al uso de dopamina, sin embargo en pacientes con riesgo pro arrítmico el uso de vasopresina inicial se relaciona a menor presentación de arritmia asociada a catecolaminas.

Casos como éste destacan que la sospecha de efectos adversos por el uso de estas drogas facilita un diagnóstico oportuno, lo cual cambia el pronóstico y mortalidad en este tipo de pacientes. La taquicardia secundaria al uso de vasopresores es un efecto adverso frecuente sobre todo en el uso de catecolaminas, las arritmias más frecuentemente asociadas a uso de norepinefrina incluyen fibrilación auricular, taquicardia ventricular y fibrilación ventricular, en la mayor parte de ocasiones responden a tratamiento farmacológico y a cardioversión en casos necesarios. Existen estudios en los cuales la asociación de vasopresina reduce la presentación de estos efectos.

Palabras clave: arritmias, electrocardiograma.

Folio: 0968

Tema: Neurología

Foramen oval como causa de ictus criptogénico en paciente joven, una entidad

Prestegui David Eduardo¹, Mardariaga Brian¹, Soto Oscar¹, Frias Jacqueline Lorena², Cruz Carlos¹, Prestegui José Ángel de Jesús³

¹ Hospital General de Ticomán;

² Universidad Autónoma de México-Facultad de Medicina;

³ Instituto Politécnico Nacional-Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía

Femenino 32 años con Hipotiroidismo secundario a



tiroidectomía por bocio en tratamiento con levotiroxina, tabaquismo, etilismo, negado. Presenta déficit neurológico súbito con indiferencia al medio, desviación de la comisura labial a la izquierda, paresia de hemicuerpo derecho, Glasgow de 10 puntos, TA 100/70 mmHg, FC 70 lpm, EF: hipoestesia y paresia hemicorporal derecha, cardiopulmonar sin compromiso, TAC de cráneo simple con hiperdensidad de la arteria cerebral media izquierda, hipodensidad corticosubcortical izquierda. se realiza trombolisis con Alteplase 0.9 mg/kg sin complicaciones, la tomografía a las 72 horas con lesión isquémica temporoparietal izquierda y núcleos de base; caudado y lenticular. Se realiza protocolo diagnóstico etiológico del ictus, los siguientes estudios no mostraron alteraciones, BH, QS, ES, TSH, T4I, VDRL no reactivo, VSG 17 mm/h. Anticuerpos antinucleares, anti-DNA, antifosfatidilserina negativos, actividad de proteína C 138, actividad de proteína S 131, ECG normal, ECO-Doppler de miembros inferiores sin trombosis venosa profunda. el ECO-Doppler de troncos supraaorticos normales. Ecocardiograma con paso masivo de microburbujas al realizar Valsalva: compatible con patrón de cortina en la aurícula izquierda por un foramen oval permeable defecto de 16 mm, FEVI 65%. Se diagnosticó ictus isquémico criptogénico, debido a embolia paradójica por un

FOP. La evolución clínica de la paciente fue favorable, angiorensonancia con recanalización de la arteria cerebral media izquierda. El foramen oval es un remanente frecuente de la circulación fetal. Afecta al 25% de la población adulta. Su reconocimiento, la evaluación y el tratamiento han atraído un interés creciente a medida que la importancia y la frecuencia de su implicación en varios procesos patológicos, incluido el accidente cerebrovascular isquémico secundario a embolia paradójica; émbolos de origen venoso que entran en la circulación sistémica por un cortocircuito de derecha a izquierda.

Palabras clave: foramen oval permeable, EVC isquemico trombolizado, EVC en paciente joven, ictus criptogenico, ictus por foramen oval permeable, foramen oval en paciente adulto.

Folio: 0969

Tema: Infectología

Tuberculosis pericárdica: reporte de caso y revisión de literatura

Hernandez Axel Hiram, Tahuahua Oscar, Urzua María Dolores

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional Número 46 Lázaro Cárdenas

Introducción: La pericarditis es una forma de presentación poco frecuente de tuberculosis asociada con alta mortalidad,

de hasta el 20-40% en países en desarrollo. Representa el 4% de las pericarditis agudas, el 7% de taponamiento cardiaco y el 6% de pericarditis constrictiva. **Objetivo.** Presentar un paciente con derrame pericárdico refractario, del cual se realiza protocolo diagnóstico y se concluye una pericarditis tuberculosa. **Caso clínico:** Masculino de 80 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial sistémica, y diabetes mellitus tipo 2. Inicia 3 semanas previo a ingreso con disnea de pequeños esfuerzos y ortopnea, y posteriormente en reposo. A su ingreso se realiza ecocardiograma transtorácico con remodelado concéntrico y derrame pericárdico grave pero sin criterios de taponamiento cardiaco. Se indica manejo conservador y se egresa. Se realiza control ecocardiográfico al mes, con mismos hallazgos, se realiza pericardiocentesis, y análisis del líquido, observándose tipo exudativo (glucosa 10 mg/dl, leucocitos 477/mm³ (polimorfonucleares 88%), proteínas 4.9 g/dl, eritrocitos moderados). Se realizan cultivos resultando negativos. Se somete a ventana pericárdica y se recaban resultados de biopsia, concluyendo una pericarditis granulomatosa, sin evidencia de malignidad, tinción de Ziehl-Neelsen positiva para bacilos ácido-alcohol resistente, tinciones de Gram, ácido periódico de Schiff y Grocott negativos para mi-

croorganismos. Se diagnostica tuberculosis pericárdica, y se inicia tratamiento antifímico para enfermedad pericárdica.

Conclusiones: La pericarditis tuberculosa es una entidad poco frecuente, con mortalidad alta. Presentamos un paciente con datos de falla cardiaca, secundario a derrame pericárdico. Ante la alta incidencia de infección por micobacterias en México, debe sospecharse siempre en todo paciente con derrame pericárdico. Además de enfatizar en la importancia de la toma de biopsia, ante la baja sensibilidad de los cultivos.

Palabras clave: pericarditis, tuberculosis, derrame, micobacterias, pericardiocentesis, Ziehl-Neelsen.

Folio: 0970

Tema: Cardiología

Ictus isquémico en paciente joven secundario a foramen oval

Prestegui David Eduardo¹, Frias Jacqueline Lorena²

¹ Hospital General de Ticoman;

² Universidad Autónoma de México-Facultad de Medicina

Femenino 32 años con Hipotiroidismo secundario a tiroidectomía por bocio en tratamiento con levotiroxina, tabaquismo, etilismo, negado. Presenta déficit neurológico súbito con indiferencia al medio, desviación de la comisura labial a la izquierda, paresia de hemi-cuerpo derecho, Glasgow de 10 puntos, TA 100/70 mmHg,

FC 70 lpm, EF: hipoestesia y paresia hemicorporal derecha, cardiopulmonar sin compromiso, TAC de cráneo simple con hiperdensidad de la arteria cerebral media izquierda, hipodensidad corticosubcortical izquierda. se realiza trombolisis con Alteplase 0.9 mg/kg sin complicaciones, la tomografía a las 72 horas con lesión isquémica temporoparietal izquierda y núcleos de base; caudado y lenticular. Se realiza protocolo diagnóstico etiológico del ictus, los siguientes estudios no mostraron alteraciones, BH, QS, ES, TSH, T4I, VDRL no reactivo, VSG 17 mm/h. Anticuerpos antinucleares, anti-DNA, antifosfatidilserina negativos, actividad de proteína C 138, actividad de proteína S 131, ECG normal, ECO-Doppler de miembros inferiores sin trombosis venosa profunda. el ECO-Doppler de troncos supraaórticos normales. Ecocardiograma con paso masivo de microburbujas al realizar Valsalva: compatible con patrón de cortina en la aurícula izquierda por un foramen oval permeable defecto de 16 mm, FEVI 65%. Se diagnosticó ictus isquémico criptogénico, debido a embolia paradójica por un FOP. La evolución clínica de la paciente fue favorable, angi resonancia con recanalización de la arteria cerebral media izquierda. El foramen oval es un remanente frecuente de la circulación fetal. Afecta al 25% de la población adulta. Su reconocimiento, la evaluación

y el tratamiento han atraído un interés creciente a medida que la importancia y la frecuencia de su implicación en varios procesos patológicos, incluido el accidente cerebrovascular isquémico secundario a embolia paradójica; émbolos de origen venoso que entran en la circulación sistémica por un cortocircuito de derecha a izquierda.

Palabras clave: foramen oval permeable, Ictus isquemico trombolizado, ictus en paciente joven, foramen oval en adulto.

Folio: 0971

Tema: Nefrología

Enfermedad de Kyrle en un paciente con insuficiencia renal terminal en diálisis peritoneal y diabetes mellitus tipo 2 descontrolada

Almaguer Daniel Alejandro¹, Guendulain Irving Hugo¹, Juárez Andrea¹, Rojas Gerardo², Escobar Oscar

¹ Hospital General La Perla Nezahualcóyotl ISEM; ² Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca

Introducción: La enfermedad de Kyrle (EK) Pertenece a las dermatosis perforantes que se caracterizan por eliminación transepidérmica, cuya incidencia en paciente con enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento con diálisis o hemodiálisis oscila entre 1:10,000 pacientes, tiene predisposición autosómica dominante y predomina en mujeres; clínicamente



se caracteriza por la presencia de lesiones nódulo-queratósicas violáceas de predominio en miembros inferiores. **Presentación del caso:** Mujer de 58 años de edad, con carga genética para diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y para cáncer de mama. Padece poliomielitis a los 2 años de edad con secuelas en miembro pélvico derecho; tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas negado; diagnósticos de DM2 de 18 años de evolución en tratamiento irregular con insulina NPH 26 UI por la mañana y 13 UI por la noche, padece hipertensión arterial sistémica de 16 años de evolución tratada con amlodipino 5mg cada 12h, ERC en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal intermitente y minerales vía oral. Inicia su padecimiento hace 1 año con la presencia de prurito generalizado intenso, con la posterior formación de lesiones papulosas de forma y tamaño variable de aspecto crateriforme en las 4 extremidades de predominio en miembros pélvicos, con sangrado posterior al rascado, niega síntomas B. Exploración física: TA 130/90mmhg, F: 90 lpm, temperatura 36.5°C Bien hidratada, palidez mucocutánea moderada, Cavidad oral sin lesiones, cuello: no se palpa la glándula tiroides, ruidos cardiacos con soplo sistólico en distintos focos auscultatorios, murmullo vesicular presente en ambos hemitórax, abdomen con catéter Tenckhoff en

hemiabdomen izquierdo, peristaltismo normoactivo y sin organomegalias, destaca la presencia de lesiones ulceradas crateriformes de distintas formas y tamaño variable con centro ulcerado y eritematovioláceas así como centro queratósico distribuidas de forma irregular en cara, plantas de pies y palmas de manos, de predominio en las extremidades inferiores, no confluentes y con huellas de rascado, respecta mucosas. Paraclínicos: glucosa 229mg/dL, HbA1c: 10.6%, nitrógeno ureico 80mg/dL, urea 171.2 mg/dL, creatinina 6.6mg/dL, sodio 133 mEq/L, potasio 4.1 mEq/L, cloro 97 mEq/L, calcio 6.4mg/dL, fósforo 7.1 mg/dL, magnesio 2.6 mg/dL. Perfil hepático en rangos normales, biometría hemática con leucocitos 5600, hemoglobina 7.3 g/dL, volumen globular medio: 65 fl, hemoglobina corpuscular media: 21.3 pg, plaquetas 202,000, diferencial únicamente con eosinófilos 19.1%. Tele de tórax: con cardiomegalia grado II a expensas del ventrículo izquierdo, sin infiltrados o lesiones en parénquima pulmonar. Biopsia de lesión en pie izquierdo: Mostro epidermis atrófica invaginada con queratosis folicular y tapón paraqueratósico focal con basófilos en su interior, importante destrucción y penetración de epidermis con ruptura de la membrana basal, reacción granulomatosa y presencia de células grandes multinucleadas. **Comentario:** La EK es una

dermatosis perforante adquirida caracterizada por la presencia de afección en todas las capas de la piel, debido a migración de componentes presentes en matriz extracelular dérmica posterior a un proceso inflamatorio o degenerativo, existe un proceso de queratinización hacia la dermis, con la consecuente aparición de lesiones papulosas eritematovioláceas y prurito intenso generalizado como manifestación clínica, el diagnóstico se basa en la biopsia de las lesiones en pacientes diabetes cuyo factor predisponente es la enfermedad renal crónica, el tratamiento se basa en medidas de soporte, bloqueador solar y queratolíticos tópicos, incluso ácido retinoico, esteroides y fototerapia, las respuestas es parcial.

Palabras clave: enfermedad de kryle, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus, dermatosis perforante

Folio: 0972

Tema: Neurología

Síndrome del vértice orbitario secundario a pansinusitis; reporte de caso

Armenta María Fernanda, López David Julián, Reyes Luis Andrés, Hernández David Enrique, Xavier Daniela, Bautista Pedro Axel

Instituto Mexicano del Seguro Social/Hospital General de Zona 1-A

Introducción: Los síndromes orbitarios se diferencian de

acuerdo con las estructuras afectadas. Encontramos el síndrome de la fisura orbitaria superior (NCIII,IV, V1,VI), el Síndrome del vértice orbitario (NCII, III, IV,V1, VI), el Síndrome de Tolosa-Hunt (V1,V2, debido a inflamación idiopática del ápice orbitario) y el Síndrome del Seno Cavernoso (NCII,III, IV,V1,V2, VI y vía oculosimpática). La etología es similar, habiendo causas inflamatorias, granulomatosas, neoplásicas, vasculares, traumáticas e infecciosas. Se presenta el caso de un paciente con Síndrome del Ápex orbitario, secundario a infección. **Caso clínico:** Masculino de 71 años de edad, diabético en tratamiento con hipoglucemiantes orales, sin antecedente de hospitalización, tabaquismo positivo, índice tabáquico 42 paquetes/año, abandonado desde hace 6 años. Quien ingresa por exacerbación de su enfermedad pulmonar crónica de base para la que se brinda tratamiento con esteroide sistémico y nebulizado; beta-agonista de acción corta, anticolinérgico y quinolona de cuarta generación. Al cuarto día de su internamiento presenta blefarodema de párpado superior e inferior e inyección conjuntival de ojo derecho, se trata con cloranfenicol oftálmico durante 2 días, el cuadro progresa. A la exploración física signos vitales normales, afebril, ojo derecho con ptosis total, hiperemia difusa en conjuntiva bulbar, endotropía e

hipotropía en la mirada central, oftalmoplejía; reflejo fotomotor y consensual ausentes, hipoalgesia de región frontal y maxilar; amaurosis; en fondo de ojo cámara anterior con quemosis. Ojo izquierdo agudeza visual 20/40 sin limitación de movimientos ni alteración en anexos, reflejo fotomotor conservado, consensual ausente; fosas nasales con abundante secreción purulenta, cavidad oral con ulcera en paladar duro, sin descarga retranasal. Laboratorio con leucocitosis a expensas de polimorfonucleares, glucosa central 160 mg/dl, resto sin alteraciones. Se solicita tomografía de cráneo y órbita simple en la cual se identifica ocupación líquida en seno frontal, etmoidal, maxilar y esfenoidal de comportamiento heterogéneo y áreas de mayor densidad que condiciona adelgazamiento de las paredes óseas, órbita, músculos extraoculares y globo ocular sin alteraciones. Se inicia triple esquema de antibiótico con el fin de cubrir bacterias GRAM (+), GRAM (-) y hongos (pensando en *Rhizopus* sp), se envía a tercer nivel. El paciente fue intervenido quirúrgicamente de forma inmediata, sin embargo falleció a las 72 horas del procedimiento. **Conclusión:** De acuerdo a la clínica observada en nuestro paciente: oftalmoplejía (NC III, IV, VI), disminución de la agudeza visual (NC II) y defecto pupilar aferente, ptosis palpebral, hipofunción del nervio lagrimal e

hipoalgesia de la región frontal, párpado superior, ala nasal y córnea, integramos diagnóstico de síndrome de vértice orbitario, definido como el daño al agujero óptico. En este caso secundario a infección. El desenlace fue fatal.

Palabras clave: oftalmoplejía posinfecciosa, amaurosis, pansinusitis, inmunosupresión.

Folio: 0974

Tema: Infectología

Brucelosis en paciente receptor de trasplante renal

Juárez Hilda, Mendoza Emmanuel Antonio, Bazán Karla Guadalupe, Armas Miguel Angel, Dueñas Samuel, González Mario

Centenario Hospital Miguel Hidalgo

Introducción: La brucelosis, como la tuberculosis, es una infección crónica granulomatosa, causada por una bacteria intracelular. La transmisión del patógeno al humano ocurre por consumo de productos lácteos infectados, no pasteurizados o por contacto directo con fluidos contaminados del animal a través de la piel dañada, mucosas o al inhalarse en forma de aerosol. 4 especies de *brucella* pueden causare enfermedad en el humano: *melitensis*, *abortus*, *suis* y *canis*, siendo la primera la más común. Puede afectar cualquier órgano o sistema y simular una gran variedad de enfermedades, por lo que su diagnóstico siempre repre-



senta un reto para el clínico. Lo sistemas mas comúnmente afectados son: osteoarticular, hematológico, hepatobiliar, gastrointestinal, genitourinario, cardiovascular y SNC. En el contexto de los pacientes receptores de trasplante renal, su incidencia es muy baja, por lo que la brucelosis es una afección muy poco común existiendo muy poca información en la literatura. Actualmente sólo se han reportado 6 casos [2][3][4], todos con una gran variedad de presentaciones clínicas. **Caso clínico:** Masculino de 55 años de edad dedicado a la crianza de animales de granja, específicamente caballos y vacas. En 2005 se diagnosticó con enfermedad renal crónica de etiología desconocida, fue trasplantado en dos ocasiones. El primero fue en agosto de 2007, tuvo pérdida del injerto en 2015 por rechazo humoral. El segundo fue de donador cadavérico en diciembre 2017, recibió inducción con timoglobulina y presentó función retardada del injerto con creatinina basal de 1.2mg/dl. Como terapia de inmunosupresión recibió micofenolato de mofetilo, tacrolimus y prednisona. Desarrolló diabetes mellitus secundaria a fármacos controlada con metformina. A los tres meses postrasplante se le retiró el catéter JJ lo que causó elevación la creatinina a 2.1mg/dl. Se solicitó un ultrasonido del injerto con datos de uropatía obstructiva, por lo

que se recolocó el catéter JJ y, al persistir los datos, una sonda Foley. A la semana presentó disuria, poliuria, nicturia y orina turbia, con cambio en el olor, examen general de orina con leucocituria, nitritos positivos, y bacterias abundantes. Se le inició manejo con quinolona sin mejoría. Al cuadro se agregó fiebre de 38.5°C de predominio vespertino, malestar general, mialgias, artralgias, astenia y adinamia por lo que acudió al servicio de urgencias donde se recibió con presión arterial de 127/85mmHg, frecuencia cardiaca de 122lpm, frecuencia respiratoria 26rpm y temperatura de 39.5°C, saturando al 92%. A la exploración destacó la presencia de orina concentrada, turbia y con mal olor, examen general de orina con aspecto turbio, nitritos y leucocituria por lo que se prescribió imipenem, remitiendo la fiebre pero persistiendo con taquicardia y taquipnea. En urocultivo se aisló *Stenotrophomonas maltophilia*, por lo que se retiraron la sonda Foley y el catéter doble JJ. Posterior al procedimiento presentó fiebre de 39°C, ondulante, de predominio vespertino asociada a escalofríos, temblores, diaforesis nocturna, mialgias y artralgias, examen general de orina normal, resto de laboratorios con anemia y bandas, carga viral para citomegalovirus y adenovirus negativas, hemocultivos y urocultivo sin desarrollo. Se solicitó una tomografía donde se reportó esplenomegalia,

sin otras anormalidades. Se realizó una prueba de aglutinación para *Brucella* spp. (prueba de Huddleson), con reporte positivo a título 1:640, tinción rosa de bengala positiva. Se tomó mielocultivo y se inició tratamiento con rifampicina y doxiciclina con lo que tuvo una excelente respuesta, remitiendo los síntomas en las primeras 24 horas, sin recurrencia de la fiebre y disminución de la creatinina hasta 1.05mg/dl. Como complicaciones ha presentado niveles bajos de tacrolimus e hiperpigmentación, ambos asociados al tratamiento anti-biótico. La mejoría clínica ha persistido en sus citas de control. El mielocultivo se cerró sin desarrollo.

Palabras clave: brucelosis, postrasplante, renal, fiebre, zoonosis.

Folio: 0975

Tema: Dermatología

Zigomatosi en autoinmunidad

Pliego Jesús Alfonso, Olvera Ana Silvia, Romero Tzirari Yaneli, Rodríguez Ricardo Omar, Ramírez Adriana Lorena, Jiménez Diana Jael

Hospital General de Pachuca

La mucormicosis es una infección provocada por organismos presentes en el medio ambiente, orofarínge y nasofarínge. Para presentar datos clínicos infecciosos, requieren de una supresión de la respuesta inmunológica. En ambos agentes sus esporas, son inhaladas y se

dirigen al sistema respiratorio, donde producen angioinvasión, trombosis y necrosis de los tejidos. Pudiéndose presentar con afectación clínica multior-gánica: rinocerebral, pulmonar, gastrointestinal, cutánea, diseminada o miscelánea. Siendo la más temida la afectación rino-orbita-cerebral por su gran capacidad destructiva y mal pronóstico al afectar a SNC. Con la aparición de nuevos tratamientos inmunosupresores se ha dado paso a una mejoría significativa en el tratamiento y calidad de vida de pacientes con patologías inmunológicas, sin embargo también ha provocado un aumento de enfermedades oportunistas, como *Aspergillus* y Mucormicosis (Zigomatosis). Recordando que el uso prolongado de corticosteroides sintéticos se ha reportado como un factor predisponente, y de mayor mortalidad en los pacientes de alto riesgo. Por lo que el objetivo de esta publicación es describir un caso de una paciente en autoinmunidad, con dichas infecciones, quien presentó un tratamiento oportuno, con remisión de la enfermedad. Femenino de 50 años con antecedente de Dermatomiositis idiopática en tratamiento con Metotrexate, Azatioprina y Prednisona 5 mg. Inició 1 semana previa a su valoración, con malestar general, lesiones ulceradas con costra melicérica en surco nasogeniano, eritema y edema en región cigomática izquier-

da, con presencia en paladar de ulcera de bordes sucios e irregulares, necrótica, secreción fétida, purulenta, se acompaña de rinorrea purulenta y fiebre de 38.5°C, se realiza TAC de cráneo simple donde se observa edema y cambios de densidad en senos paranasales; con respeto de estructuras óseas y sin infiltración a SNC. Se realiza toma de biopsia de paladar, donde se reporta presencia de Hifas septadas, anguladas, identificadas como *Aspergillus* así como hifas gruesas no septadas, no anguladas, dicotómicas, identificadas como Mucormicosis. Se da tratamiento con Anfotericina B-desoxicolato durante 11 días e Itraconazol, con mejoría clínica. Esta infección fúngica se presenta con ligero predominio en el sexo masculino 6:4, en cualquier etapa de la vida y con una incidencia relativamente baja con cálculos aproximados de 500 casos al año. Los factores de riesgo principales son diabetes mellitus, enfermedades hematológicas, desnutrición, infección por VIH, el uso prolongado de corticosteroides y de manera excepcional se presenta en pacientes sin factores de riesgo o inmunocompetentes. Tiene una evolución aguda de 2 a 15 días. El diagnóstico de la Zigomatosis se realiza a partir del examen directo de exudado o secreciones al aclarar con KOH2 al 10 o 20%, observándose numerosas hifas no tabicadas, hialinas dicotómicas de 5 µm

de ancho por 20-50 µm de largo; Si bien los cultivos no son necesarios se realiza en medio de Sabouraud, con una incubación es de 3 a 5 días a 25-28°C. Nos podemos apoyar de biopsias donde observamos reacción inflamatoria, con presencia de las hifas antes descritas e invasión a vasos sanguíneos. El tratamiento de elección es Anfotericina B y en base a mejoría clínica se puede desescalar a Posaconazol, aún así el pronóstico es malo, con índices de mortalidad que van desde 40 hasta 95%. El 26% de pacientes en una serie publicada por Adam y colaboradores tenía diabetes mellitus y 16% leucemia o neutropenia. Estudios realizados en India han encontrado que el 40% de los enfermos son inmunocompetentes y el 23% tiene una enfermedad hematológica tumoral. La detección temprana, sospecha diagnóstica e inicio de tratamiento oportuno brinda la oportunidad de una buena evolución hasta la remisión del proceso infeccioso, siempre vigilando las complicaciones que se pueden presentar por la administración de la anfotericina e identificando la causa de la inmunosupresión.

Palabras clave: zigomatosis, mucormicosis, hongos, necrosis, dermatomiositis, ulcera.

Folio: 0976

Tema: Otros

Linfangioleiomiomatosis esporádica. Reporte de un caso



Cimé Erik Antonio, Isidro Michel Vladimir, Márquez Carlos, Cruz Nydia Karen, Rojas Eduardo, Hurtado José Joel
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La linfangioleiomiomatosis (LAM) es una rara entidad multisistémica que afecta principalmente a mujeres jóvenes, fértiles, caracterizada por proliferación anormal de células musculares lisas inmaduras que crecen aberrantemente en la vía aérea, parénquima, linfáticos y vasos sanguíneos pulmonares con aparición de lesiones quísticas, destrucción del parénquima e insuficiencia respiratoria progresiva. Se presenta de dos formas: esporádica (incidencia 1/500000-1/125000 mujeres adultas) y asociada al complejo esclerosis tuberosa (ET) (incidencia 1-6.000 nacimientos). El diagnóstico definitivo (criterios Sociedad Europea Respiratoria 2010), se establece con 1) Hallazgos compatibles en TAC de tórax y biopsia o 2) Hallazgos compatibles en TAC de tórax y uno de los siguientes: angiomiolipoma (renal), quilotórax o ascitis quilosa, linfangioleiomioma, adenomegalias por LAM, ET probable o definitiva.

Objetivo. Describir un caso de extrema rareza de LAM esporádica, tratada en Neumología de la UMAE Hospital de General CMN La Raza IMSS.

Exposición del caso: Paciente femenina de 29 años, emplea-

da en fábrica textil. Inició a los 6 meses de embarazo, con padecimiento de 2 meses de evolución, por disnea mMRC1, que se incrementó 15 días previos al ingreso, súbitamente, hasta mMRC4 acompañado de dolor interescapulovertebral bilateral, acudió a HGZ, considerada como neumonía atípica, realizando cesárea y con hospitalización por una semana. Referida a la consulta de nuestro servicio, encontrándose con tos no productiva, nocturna, con síndrome de rarefacción infraescapular izquierdo, RX de tórax PA con áreas pulmonares con vidrio despulido, TAC simple tórax con hemitórax izquierdo con ausencia de parénquima pulmonar desde corte paraauricular, resto de parénquima pulmonar bilateral con múltiples imágenes compatibles con quistes, difusas y generalizadas; por lo que ante neumotórax izquierdo espontáneo la paciente se hospitalizó. Laboratorios iniciales con alcalosis respiratoria. Se colocó sonda endopleural (SEP) basal izquierda. Hospitalizada por 12 días, realizándose TACAR con reporte de múltiples lesiones quísticas 2-5mm de manera diseminada, con patrón en vidrio despulido; TAC cráneo y abdominal sin lesiones; biopsia pulmonar con reporte de vasos sanguíneos, linfáticos, bronquiolos terminales y sacos alveolares dilatados, con zonas de proliferación de fibras de músculo liso en sus paredes

que a la IHQ fueron HBM-45 (+), actina de músculo liso (+) y R-Progesterona (+). Al egreso, la paciente cursó con reexpansión pulmonar izquierda total, retirando SEP. Durante seguimiento con determinación de TSC 2 negativo, se concluyó caso de LAM esporádico. Actualmente en tratamiento con O2 domiciliario y Sirolimus con mejoría sintomática. **Conclusiones:** La LAM esporádica es una rara enfermedad que cursa con mortalidad a 10 años del 10-90%. Su diagnóstico oportuno proporcionó oportunidad de iniciar tratamiento con Sirolimus con respuesta favorable.

Palabras clave: linfangioleiomiomatosis, neumotórax, quistes, HBM-45, neumología.

Folio: 0977

Tema: Hematología

Lesión gingival como manifestación inicial de linfoma no Hodgkin

Bretón Mauricio, Santillan Wendy Josefina, Benedicto Néstor, Guzmán Elías, Argüello Jardiel, Ortega Horus Ramses
Hospital Regional Salamanca Pemex

Introducción: Los linfomas no Hodgkin (LNH) son proliferaciones tumorales de células procedentes de las series linfocíticas B, T o Natural Killer, siendo más frecuentes los primeros. La presentación extranodal del LNH ocurre en 20-30% de los casos, siendo el gastrointestinal el más frecuente (50%) seguido

de cabeza y cuello en 11-33%, sin embargo, como manifestación inicial en cavidad oral representa un porcentaje bajo (0.1-5%). **Objetivo:** Presentación de un paciente con Linfoma no Hodgkin extranodal con lesión oral como manifestación inicial. **Resumen:** Hombre de 37 años sin enfermedades crónico-degenerativas, con antecedente heredo-familiar de hermano finado por neoplasia no especificada. Hospitalizado inicialmente a cargo de odontología por probable osteomielitis por lesión en cavidad oral tras ser intervenido con odondecotomía de órganos dentales por sospecha de proceso infeccioso. Al interrogatorio dirigido negó síntomas B. Evolucionó de manera tórpida, con dolor persistente en sitio de lesión, sin respuesta a antimicrobiano de amplio espectro, con cultivos negativos. Se realizó biopsia de la lesión con reporte de linfoma difuso de células grandes B, inmunohistoquímica CD-20: positivo, BCL-2: positivo, CD-3: positivo en linfocitos reactivos, BCL-6: negativo, Ki-67: positivo en el 95%. **Conclusiones:** El caso corresponde un proceso maligno linfoproliferativo con manifestación inicial en cavidad oral. Los procesos malignos en cabeza y cuello, representa el segundo más frecuente (2.2%) y rara vez se presentan en cavidad oral (3% de todos los LNH), siendo el LNH difuso de células grandes B el más común en cabeza y

cuello (70-80%). El diagnóstico es difícil, el abordaje inicial de estas lesiones generalmente es como procesos benignos y/o infecciosos orales o dentales, lo que lleva a tratamientos y procedimientos erróneos que retrasan y empeoran el pronóstico, por lo que es crucial nuestro enfoque a diagnósticos diferenciales en base a evaluaciones detalladas.

Palabras clave: linfoma no Hodgkin, linfoma, lesión gingival.

Folio: 0978

Tema: Endocrinología

Parálisis periódica hipokalémica esporádica asociada a hipertiroidismo primario: reporte de un caso

Triana Salma, Escobar Oscar
Hospital General de Zona No. 29 Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La parálisis periódica hipokalémica tirotóxica (PPHT) es una entidad infrecuente, con una incidencia del 2% en los países orientales y del 0.1% al 0.2% en países americanos. Se debe incluir a esta identidad en el diagnóstico diferencial de pacientes jóvenes que ingresan a urgencias con parálisis flácida. **Presentación del caso:** Hombre de 27 años, originario de la ciudad de México, estudiante, soltero, católico. Con genética para enfermedades tiroideas por rama paterna. Índice tabáquico de 3, etilismo social y consumo intermitente

de marihuana, sin antecedentes andrológicos de importancia. Ingresó a hospitalización por caída desde su propio plano de sustentación por debilidad en extremidades inferiores de instauración súbita. Interrogatorio dirigido, refiere evacuaciones diarreicas intermitentes asociadas a pérdida de peso de 12 kilogramos desde hace 1 año, fiebre no cuantificada sin predominio de horario y dificultad intermitente y autolimitada para deambular y subir escaleras. Exploración física: Temblor distal fino, taquicardia sinusal de 118 lpm, fuerza proximal de extremidades inferiores, con Daniels 2/5 y 4/5 en extremidades superiores, reflejos de estiramiento disminuidos 1/4 en Seidel. tiodes aumentada de tamaño bilateral. Paraclínicos iniciales, con potasio de 2.5 mmol/L, déficit de 155 mEq. Potasio final de 4.4 mmol/L. El perfil tiroideo mostro: TSH de 0.010 μ UI/mL, tiroxina libre > 7.77 ng/dL, triiodotironina 5.7 ng/mL y tiroxina total 22 μ g/dL. antiperoxidasa negativos, Electromiografía disminución en amplitud de potencial de acción, VNCN: sin afección; Ac-anti acetilcolina negativos, biopsia muscular sin alteraciones, Tratamiento: Se inició reposición por vía central con mejoría clínica neuromuscular significativa, inicia tiamazol y betabloqueador, se egresa a endocrinología. **Conclusiones:** La PPHT es una forma de presentación poco común de ti-



rotoxicosis, existe asociación de hipokalemia y manifestaciones neuromusculares como dato indirecto de hipertiroidismo, que debe sugerir el diagnóstico. El 90% de los casos reportados de parálisis periódica hipokalémica se presenta en pacientes asiáticos, en nuestro medio la incidencia esta subdiagnosticada. **Comentario:** Se produce por una entrada rápida y masiva de potasio del espacio extracelular al intracelular, primordialmente en los miocitos, secundario a un aumento en la actividad de la bomba Na/K ATPasa; condicionada directamente por el aumento de hormonas tiroideas e indirectamente por la estimulación adrenérgica. La testosterona facilita la entrada de potasio a la célula, por ello la mayor prevalencia en hombres jóvenes. Existe susceptibilidad genética en ciertos individuos por mutaciones en el gen que codifica el canal de potasio Kir 2.6. La PPHT es recurrente y autolimitada, clinicamente se presenta parálisis proximal en extremidades inferiores, hiporreflexia progresiva ascendente sin afección de la sensibilidad; La electromiografía demuestra reducción en la amplitud del potencial de acción. El diagnóstico diferencial es con; polirradiculoneuropatías, síndrome de Guillain-Barré, mielitis transversa que a diferencia de la PPHT, esta última incluye compromiso de esfínteres y alteraciones estructurales en estudios de imagen. Otras

patologías que condicionan alteraciones hidroelectrolíticas por hipokalemia, son la parálisis periódica hipokalémica familiar e idiopática, tubulopatías como síndrome de Gitelman o Bartter, pérdidas gastrointestinales por síndromes diarreicos graves y la toxicidad de diversos fármacos, como teofilina o bario. El tratamiento posterior a la reposición de potasio, se dirige a evaluar tiroidectomía.

Palabras clave: parálisis periodica hipokalemica, hipertiroidismo.

Folio: 0979

Tema: Neurología

Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) demencia rápidamente progresiva con debut oftalmológico, variante Heidenhain: presentación de un caso

Diestel Jarumi Crystal, Serdio Luis Arturo, Diestel Ricardo
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza. Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La ECJ es una encefalopatía priónica transmisible poco frecuente y fatal, se presenta como una demencia rápidamente progresiva con hallazgos neurológicos dependientes de las áreas afectadas del SNC, principalmente entre los 57 y 62 años de edad. La variante de Heidenhain inicia con alteraciones visuales aisladas, que pueden persistir en ausencia de deterioro cognitivo

durante semanas. El diagnóstico se basa en la clínica combinada con resultados de al menos un paraclínico (EEG, análisis LCR, Anomalías en la RM). Definido como demencia rápidamente progresiva más a al menos dos de las siguientes: mioclono, alteración visual o disfunción cerebelosa, síntomas piramidales o extrapiramidales, y mutismo acinético). Los hallazgos de RM se caracterizan por una alta intensidad de señal en el núcleo caudado o putamen en imágenes DWI o FLAIR. **Objetivo:** Presentar la variante con debut oftalmológico de una demencia rápidamente progresiva, potencialmente fatal. **Presentación del caso clínico:** Masculino de 48 años que inicia 6 meses previos con alteraciones visoespaciales y 2 meses después con pérdida progresiva de la memoria episódica y semántica así como la fluencia del lenguaje, posteriormente con marcha de pasos cortos así como desinhibición. A su ingreso con desorientación en tiempo persona, espacio y circunstancia. Se realiza RM encontrándose hiperintensidad en los nucleos caudado y putamen y EEG con complejos de ondas agudas bi-trifásicas sincronizadas periódicas y se integra el diagnóstico de ECJ. **Conclusiones:** El diagnóstico de la demencia rápidamente progresiva es complejo, implica descartar causas vasculares, infecciosas, toxico-metabólicas y neoplásicas principalmente.

En pacientes jóvenes debe descartarse ECJ, la muerte generalmente sobreviene en el primer año del diagnóstico.

Palabras clave: enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, demencia rápidamente progresiva, variante Heidenhain.

Folio: 0980

Tema: Hematología

Linfohistiocitosis hemofagocítica, presentación de un caso y revisión de la literatura

Ocampo Karen Ivette, Guzman Erasmo, López Maribel, Betancourt-Villaruel Juan Carlos, Urrutia Bernardo

Hospital General de Zona Norte de Puebla Bicentenario de la Independencia

Introducción: La linfohistiocitosis hemofagocítica, síndrome que se caracteriza por activación inmune patológica que puede presentarse de forma primaria o relacionada a infecciones, neoplasias o enfermedades autoinmunes. **Antecedentes:** Existe actividad deficiente citotóxica de los linfocitos causado por alteraciones en los genes PRF1 y UNC13D que codifican las moléculas perforina y granzima, que impide la formación de poros y el acceso de moléculas citotóxicas a la célula diana, la maduración y exocitosis de granulos citotóxicos; llevan a la hiperactivación y expansión de células efectoras (histiocitos, macrófagos y células T CD8+) a una sobreexpresión de citocinas. Activación descontrolada e

ineficaz de la respuesta inmune, el daño celular y disfunción orgánica múltiple. Criterios diagnósticos: Clínica (fiebre, hepatoesplenomegalia), Citopenias (de dos líneas celulares), Hipertrigliceridemia >265mg/dl, Hipofibrinogenemia 500mg/L, Histología (hemofagocitosis en cualquier órgano), diagnóstico genético (mutaciones en PRF1, UNC13D, STXBP1). Tratamiento consiste en 8 semanas de inducción con etoposido, dexametasona, Metotrexate en caso de afectación a sistema nervioso central. **Objetivo:** Aumentar la prevalencia de linfohistiocitosis hemofagocítica. **Caso clínico:** Masculino de 23 años de edad originario y residente de Puebla, católico, herrero, soltero. Antecedentes de relevancia: Carga genética para diabetes mellitus y HAS. Tabaquismo (+) IT 6 paq/año. Inicia con cefalea frontal en escala de dolor 6/10 con fotofobia, acompañado de odinofagia, astenia adinamia, fiebre no cuantificada de predominio nocturno, pérdida de peso de 6 kg en 15 días, niega tos. Recibió antibiótico no especificado sin mejoría, acude a valoración a urgencias de nuestra unidad. A la exploración física TA 110/60 mmHg FC: 92 lpm FR:20x Temp: 39.5°C Adecuada coloración de tegumentos y mucosas, normocefalo, Cuello cilíndrico con adenopatías submandibulares de 2-3cm bilaterales dolorosas a la palpación, adenopatías

en huecos axilares de aprox 3cm de diámetro dolorosas a la palpación. Abdomen con hepatomegalia palpable a 2cm debajo de borde costal, no datos de irritación peritoneal. Extremidades íntegras. Durante su estancia Medicina Interna persiste con picos febriles, bicitopenias, y adenomegalias, se realizaron cultivos reportados negativos, radiografía de tórax sin alteraciones. Sin respuesta a AINES y cefal, se realizó biopsia de ganglio axilar con reporte histopatológico: Ganglio linfático que muestra importante modificación de su histoarquitectura patrón sustituido por células en donde el citoplasma es amplio que ha fagocitado neutrofilos fragmentados y eritrocitos. Se concluyó Linfohistiocitosis hemofagocítica **Conclusión:** Enfermedad generalmente infra diagnosticada se calcula que solo 30% se diagnostican antemortem, en México no hay reporte estadístico de la prevalencia. Revisión de casos de LH en Texas revela una incidencia de 1 en 100,000 niños. El diagnóstico fue integrado con los criterios propuestos en el algoritmo del estudio HLH-2004. Importante recordar los diagnósticos diferenciales tales como síndrome de activación de macrófagos, Sepsis, Falla hepática, Síndrome de disfunción orgánica múltiple, encefalitis, lo que puede complicar aún más el diagnóstico. Es trascendental realizar el diagnóstico oportuno



e iniciar tratamiento temprano por el mal pronóstico de esta patología.

Palabras clave: linfocitosis, hemofagocítica.

Folio: 0981

Tema: Reumatología

Miocardopatía inducida por estrés en una paciente con arteritis de Takayasu: reporte de caso

Astudillo Miguel Francisco, Vera Olga Lidia

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Presentación del caso: Una paciente femenina de 43 años de edad se presentó al servicio de Urgencias refiriendo dolor torácico opresivo irradiado a brazo izquierdo, intensidad 9 de 10 en escala EVA, asociado a diaforesis, náuseas y ansiedad. En las 5 horas previas la paciente había sido evacuada de su zona laboral en la Ciudad de México posterior al terremoto del 19 de septiembre del 2018. Entre sus antecedentes personales patológicos contaba con diagnóstico de Arteritis de Takayasu en tratamiento semanal con metotrexate 10mg vía oral, sin antecedentes de factores de riesgo cardiovascular. A su ingreso al servicio de urgencias con tensión arterial de 100/70, frecuencia cardiaca de 50, saturación por pulso oximetría, peso de 61kg. A la exploración física con presencia soplo a nivel de carótida derecha, no irradiado,

precordio sin fenómenos agregados, cardiacos de buen tono e intensidad, disminuidos en frecuencia, así como presencia de claudicación de miembros torácicos, disminución de los pulsos distales (radial y cubital) de miembros torácicos, así como de pulso pedio de manera bilateral. Se midieron niveles séricos de marcadores cardiacos los cuales resultaron negativos. Se realizó estudio de electrocardiograma en el cual se evidenció la presencia de bradiarritmia, sin cambios en el segmento ST o en la onda T. Al no cumplir con criterios diagnósticos de cardiopatía isquémica aguda, se decidió tratamiento conservador a base de analgesia vía oral y medidas de soporte y vigilancia, sin embargo la paciente persistió con presencia de bradiarritmia, asociado a la presencia de cefalea, presíncope y disminución en los volúmenes urinarios sostenidos, sin datos paraclínicos sugerentes de isquemia o necrosis del miocardio, motivo por el cual se decidió realizar intervención terapéutica con colocación de marcapaso bicameral sin complicaciones, con lo cual la paciente presentó remisión del mismo. En la vigilancia durante hospitalización la paciente se mantuvo asintomática, con estudios paraclínicos dentro de parámetros normales, sin datos de descompensación hemodinámica, por lo cual fue dada de alta del servicio por mejoría clínica. **Discusión:** La arteritis

de Takayasu, corresponde al grupo de las vasculitis de grande calibre, es una entidad poco frecuente, la cual tiene predilección por el género femenino en paciente jóvenes. Dentro de las manifestaciones clínicas lo más asociado guarda relación a la arteria principalmente afectada, siendo la arteria subclavia la más implicada lo cual condiciona como presentación clínica la presencia de claudicación de los miembros torácicos y fenómeno de Raynaud así como disminución de los pulsos distales, y en relación a las manifestaciones por afección de la vasculatura coronaria, se puede presentar como insuficiencia cardiaca congestiva o infarto agudo al miocardio en menos del 10% de los casos. El diagnóstico se basa en características clínicas, asociado a la presencia de perfil característico en estudio de arteriografía, que incluye irregularidades de las paredes vasculares, estenosis, dilatación postestenótica, siendo este caso la afección en la arteria subclavia de predominio izquierdo, sin afección evidente en arterias coronarias al momento del diagnóstico previo al evento agudo. La miocardopatía inducida por estrés, o miocardopatía de Takotsubo, se ha descrito principalmente a la presencia de síntomas desarrollados posterior a evento de estrés agudo, siendo en el caso descrito desencadenado por un terremoto; posterior a dicho evento se han reportado algu-

nos casos similares posterior a dicho evento en la Ciudad de México. Originalmente descrito en Japón, se han identificado cada vez con mayor frecuencia durante estudios de cateterismo cardiaco de urgencia y las hospitalizaciones en la unidad de cuidados intensivos por enfermedades no cardiacas. La forma de presentación incluye edema pulmonar, hipotensión y dolor torácico con o sin cambios electrocardiográficos similares a los de infarto agudo.

Palabras clave: miocardiopatía, takotsubo, arteritis, Takayasu.

Folio: 0982

Tema: Reumatología

Mieloma múltiple en un paciente con enfermedad humana por adyuvantes; causa o azar?

Arias Ivon, Vargas David Alejandro

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Mujer de 38^a antecedente de etilismo y tabaquismo además refiere aplicación de aceite mineral en región mamaria a los 20 años con fines estéticos manteniéndose asintomática sin embargo 6 meses posteriores desarrollo fiebre, presencia de nodulaciones induradas y eritema local presentando eventualmente dolor, permaneciendo con periodos de exacerbación y remisión del cuadro. Inicio su padecimiento tras presentar síndrome irritativo urinario alto causado por pielonefritis y síndrome obstructivo

urinario secundario a uropatía obstructiva por litiasis de carbonato de calcio, presentando deterioro progresivo de la función renal por lo que se deriva la vía urinaria, presentando pielonefritis de repetición, se realizó nefrectomía del riñón izquierdo evidencia de estadio terminal en gammagrafía. Progresivamente presento síndrome consuntivo y síndrome urémico por lo que se inicia terapia de remplazo renal con diálisis peritoneal, ingresando a hospitalización para sesión dialítica documentando hipercalemia por lo que se realiza PTH reportando supresión y niveles de 1-alpha,25-dihidroxicolecalciferol la cual se reporta en parámetros normales, por lo tanto se evaluó los niveles de β_2 microglobulina reportándose en niveles altos por lo que se realiza tomografía de extensión en la que se documentan lesiones erosivas en columna lumbar, esto invito a sospechar la presencia de un trastorno linfoproliferativo solicitamos niveles de inmunoglobulinas presentando pico monoclonal de IgG acompañado de títulos altos de cadenas ligeras isoforma Kappa por lo que se realizó aspirado de médula ósea documentando células plasmáticas en 7% y biopsia de hueso con 60% células neoplásicas por lo que se consideró como mieloma múltiple, por motivo del deterioro de la función renal se realizó revisión histológica de riñón excluido en la

cual resalta lesión del epitelio tubular, material proteináceo intratubular sugestivo de depósito de cadenas, rojo congo negativo. se considero que el trastorno inflamatorio crónico podría estar vinculado con el desarrollo de una gammapatía monoclonal y la insuficiencia renal como desencadenante de una neoplasia de células plasmáticas.

Palabras clave: enfermedad humana por adyuvantes, hipercalemia, enfermedad renal crónica, gammapatía monoclonal, mieloma múltiple, síndrome consuntivo.

Folio: 0983

Tema: Endocrinología

Adrenectomía bilateral como tratamiento definitivo en enfermedad de Cushing persistente. Reporte de caso

Quiles Betzabe, Valencia Laura, Villaseñor Jorge, Barriga Ariadna Yareli, Corona Kareem Joselyn
Hospital Juárez de México

Introducción: El síndrome de Cushing dependiente de ACTH tiene una incidencia de 1.2-2.4 casos/millón/año, estos tumores corticotropos son mayormente benignos y son usualmente microadenomas (10 mm de diámetro), ocurre mayormente en mujeres de 25-45 años, cuentan entre otros aspectos, con mayor propensión a infecciones, éstas representan el 21.6% de muertes en pacientes con enfermedad de Cushing. Se



presenta el caso de femenino de 31 años, diagnóstico de síndrome de Cushing de 4 años de evolución, secundario a microadenoma productor de ACTH, en tratamiento con Ketoconazol. Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial e Hipotiroidismo secundario, con antecedente de resección de adenoma hipofisario y sesiones de radioterapia en región sellar, con persistencia de niveles elevados de cortisol, 287.5 en orina de 24 horas. Inicia padecimiento actual con la presencia de dolor abdominal. EF: Cuello corto, tórax brevilíneo, con presencia de giba dorsal, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, con datos de irritación peritoneal, rebote positivo, extremidades con disminución de la fuerza 4/5 (Escala de Daniels), con reflejos osteotendinosos ++/++++, hipotróficos, candidata a LAPE por datos de abdomen agudo, con hallazgo de enfermedad pélvica inflamatoria grado III, con múltiples abscesos intraabdominales, ingresa para continuar manejo y control metabólico por foco infeccioso intraperitoneal, se maneja con antibióticos amplio espectro; se maneja dosis supresión de ketoconazol por hiper cortisolismo sin respuesta favorable, por lo que se cambia manejo con etomidato para suprimir eje corticoadrenal. Con evidencia de nueva colección purulenta en región peritoneal al ser multiseptada pasa a

tiempo quirúrgico, continua con formación de colecciones a pesar de antibioticoterapia de amplio espectro. En tratamiento con etomidato continua con reportes elevados de cortisol urinario de 2320, por lo que se incrementa dosis de medicamento, por mal control de enfermedad de base y persistencia de hiper cortisolismo que ensombrece pronóstico y evolución, multitrada y mayor propensión a infecciones se valora adrenalectomía bilateral como tratamiento definitivo. Posadrenalectomía se suspende etomidato y se inicia manejo esteroide con acción mineralocorticoide y glucocorticoide, posterior a ello adecuada evolución, normoglucémica, con signos vitales dentro de parámetros normales, con laboratoriales sin alteración hidroelectrolítica Potasio 4.1, Sodio 143, sin nuevas colecciones, sin datos de infección, se egresa con tratamiento sustitución. **Discusión:** El tratamiento de elección para pacientes con enfermedad de Cushing (Tumor hipofisario productor de corticotropina) es la cirugía transesfenoidal con resección de tumor hipofisario, Sin embargo, para pacientes con Enfermedad de Cushing persistente o recurrente, la adrenalectomía, en ocasiones es sugerida para la curación definitiva, cuando otros tratamientos (radioterapia, tratamiento médico) han fracasado.

Palabras clave: síndrome de Cushing, adenoma hipofisario, adrenalectomía, infecciones, cirugía transesfenoidal.

Folio: 0984

Tema: Cardiología

Comparación de la respuesta a diferentes grupos de terapia farmacológica específica en pacientes con hipertensión arterial pulmonar tratados en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Hernández Andrea Priscila¹, Leal María Graciela¹, Gayón Erika¹, Pulido Tomás René², Sandoval Julio²

¹ Fundación Clínica Médica Sur; ² Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) se define como presión media de la arteria pulmonar de ≥ 25 mmHg, PCP ≤ 15 mmHg y RVP ≥ 3 unidades Woods. Se han desarrollado 11 medicamentos cuyas dianas terapéuticas influyen en vías fisiopatológicas de esta entidad, a estos fármacos se les conoce como terapia específica para hipertensión pulmonar. De acuerdo a su mecanismo principal de acción se dividen en 3 grupos: las prostaciclina, los antagonistas de receptores de endotelina 1 (AREs), y los vasodilatadores que utilizan la vía del óxido nítrico (ON). En el presente trabajo se realizó un análisis comparativo de la respuesta clínica a los distintos tipos de fármacos específicos

en la población mexicana con HAP en un centro de referencia. **Metodología:** Es un estudio retrospectivo, longitudinal, comparativo y experimental que comparó la respuesta en dos variables de eficacia: la caminata de 6 minutos (C6M) y clase funcional (CF) de pacientes que participaron en protocolos de tratamiento de hipertensión pulmonar con las diferentes terapias específicas en el Instituto Nacional de Cardiología desde junio de 1999 hasta marzo de 2014. Se realizó inicialmente un análisis global (todos los medicamentos en conjunto) para determinar si existió diferencia en valores de C6M y CF iniciales con los finales (T pareadas) en el grupo aleatorizado a droga y en el grupo aleatorizado a placebo. Posteriormente se determinó el efecto de tratamiento mediante análisis de deltas (C6M inicial – C6M final y CF inicial – CF final) con la prueba de T de Student para muestras independientes. Además se realizó el mismo análisis separando a los sujetos en tres grupos de acuerdo al mecanismo de acción del fármaco recibido (análogos de prostaciclina, AREs y vasodilatadores de la vía del óxido nítrico). Finalmente, se determinó con análisis de varianza (ANOVA) si existió diferencia entre grupos de medicamentos para cada una de las dos variables. **Resultados:** Se analizaron datos de 146 pacientes, 85 aleatorizados a droga,

61 a placebo, el 84% fueron mujeres. La edad promedio, CF y metros caminados en la C6M basales de la población no fueron diferentes entre los grupos de droga y placebo. En el análisis global, se demostró mejora al final del tratamiento en ambas variables de eficacia de pacientes aleatorizados a la droga en estudio, sin diferencia en grupos que recibieron placebo. El análisis de deltas mostró una mejora significativa en C6M. En el análisis por grupos de medicamento, los prostanoideos y fármacos de la vía del ON mostraron un número significativamente mayor de metros en la C6M ($p < 0.001$ y $p = 0.035$ respectivamente). Los AREs, mejoraron la CF ($p = 0.013$) y se encontró un efecto de tratamiento estadísticamente significativo en la C6M ($p = 0.037$). En el análisis de varianza no se observó diferencia entre grupos. **Discusión:** los resultados obtenidos en la experiencia del INC son consistentes con la literatura para cada grupo de droga. El tamaño de la muestra y la predominancia de CF II fueron aspectos limitantes para demostrar mejora en este aspecto. **Conclusiones:** la población mexicana tratada en el Instituto Nacional de Cardiología se beneficia con la terapia específica para HAP de manera similar a otras poblaciones. **Palabras clave:** hipertensión pulmonar, HAP, prostanoideos, ERAs, terapia específica, óxido nítrico.

Folio: 0985

Tema: Hematología

Mielofibrosis severa secundaria a mieloma múltiple

Gómez Edgar, Añorve Erika, Trejo Jorge Enrique
Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos

Masculino de 67 años de edad, originario y residente CDMX, jubilado, con DM2 de 9 años sin tto, Insuficiencia venosa periférica tratada con safenectomía de MPD, ERGE 5 años en tto con omeprazol. toxicomanías negadas. Cuadro clínico de 6 meses de evolución previo a su ingreso; de astenia, adinamia, disnea progresiva, con intolerancia al esfuerzo, hace 3 meses con aumento del perímetro abdominal, distensión, niega plenitud postprandial o saciedad precoz, además de orina oscura persistente y desde hace una semana presencia de edema de miembros pélvicos simétrico. Examen físico: alerta, orientado, bradilálico y verborreico, con palidez mucocutánea, no ictericia. Tórax simétrico, sin estertores, murmullo vesicular disminuido en bases, ruidos cardiacos rítmicos, con soplo sistólico plurifocal de predominio mitral. Abdomen: plano, depresible, esplenomegalia a nivel de línea media. Miembros pélvicos edema simétrico ++ hasta tercio superior de piernas, blando, con hiper Cromías bilaterales no petequiales. Par-clínicos: 06/06/18 Hb 7.0, Hto



23, VCM 100.4 fL, HCM 30.6, leucocitos 20820, Neut 55.2%, Linf 23.7%, Mon 19.8%, Eos 1%, plaq 33000. TP 14.6, INR 1.16, TPT 22.4 seg 07/06/18 Hb 6.5, Hto 20, leuc15800, neut9.1%, linf 4.6%, mon 1.7%, plaq 31000, reti 5.2, IPR 1.1%, Normoblastos 29% en diferentes estadios madurativos. Serie granulocítico diferentes estados madurativos con neutrófilos hipogranulares, escasos esquistocitos y esferocitos. Plaquetas 3xC. Cr 1.5, BUN 26, Proteínas totales 5.4, Albumina 4.1. TGO 13 TGP 6 GGT 21 FA 92 DHL 1393, BI 0.44 BT 0.81, TP 14.6 TTPa 22.4 Ácido urico 7. Calcio 8.4 fosforo 4.2. Colesterol 61 EGO color paja, pH 6.0, densidad 1.010, proteínas 25mg/dL, escasas bacterias. COOMBS directo positivo C3d 1:1, autotestigo negativo, COOMBS indirecto negativo. transfusiones acumuladas en este internamiento: 1 CE 250 cc, aparentemente sin reacciones transfusionales inmediatas tardías tanto inmunológicas como no inmunológicas. IgA 26, IgG 158, IgM 18, IgE 9.7. PCR, VHB, VHC, VIH, parvovirus 19 negativas. Coombs: directo e indirecto positivo. Biopsia de medula ósea: hipocelular, con disminución de todas las series, plasmocitosis intensa compatible con plasmocitoma y mielofibrosis. Biopsia de hueso: fibrosis Bauermeister grado IV, lambda +, CD 138 +, kappa negativo, CD61 negativa

MPO negativa. 15/06/18: Mielo TAC de columna: Atelectasia Laminar Basal, Crecimiento prostático con volumen de 41cc, adenopatías ovoideas con características inflamatorias, Hidrocele izquierdo lesiones líticas. 15/06/18 Citometría de flujo en medula ósea: células patológicas 0.17% con estirpe linfoide B maduras. Positiva: CD45, CD19, CD200 debil, CD43 debil, CD95 débil Cd39 HLA-DR. Viabilidad 90% 20/06/18: FISH negativo para t(4:14), t(14;16), delección TP53. EFP con hipogamaglobulinemia, B2microglobulina 6.8, Inmunofijación en suero positiva para proteína lambda, Cadena ligera lambda 3595, kappa 0.01 Endoscopia: con hernia hiatal tipo 1, gastropatía crónica y probable metaplasia de antro gástrico. 19/06/18 biopsia gástrica: gastritis y duodenitis crónica, negativo a *H. pylory* 28/06/18: población neoplásica de células B maduras del 2.71%. Positiva CD45, CD19, CD200 débil, CD43 débil, CD39, HLA DR, CD27 Paciente con diagnóstico de Mieloma múltiple lambda positivo, CD 138 positivo, Kappa negativo y mielofibrosis severa Bauermeister grado IV secundaria, manejado con Bortezomib, talidomida y dexametasona por el potencial de reducción de mielofibrosis. Hasta el momento con buena evolución clínica 70 mil plaquetas, Hb 7.8 g, leucocitos 11.6 sin requerimiento transfusional.

Palabras clave: mieloma, mielofibrosis, gammapatia, monoclonal, bicitopenia, CD134.

Folio: 0986

Tema: Reumatología

Síndrome de Felty como manifestación inicial de artritis reumatoide en paciente masculino

Bollo Juan Carlos¹, Ortega Nayely Yair¹, Bollo Miguel Ángel²

¹ Hospital General Regional N° 1 Dr. Carlos Macgregor Sánchez Navarro IMSS; ² Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso SSOI

Introducción: La artritis reumatoide desarrolla su patología central en articulaciones diartrodiales, sin embargo muchos órganos no articulares se afectan, particularmente en pacientes con enfermedad articular severa. La implicación extraarticular ocurre en alrededor del 40% de los pacientes durante el transcurso de la enfermedad. El síndrome de Felty es un diagnóstico clínico de causa desconocida, que comprende un subconjunto de pacientes que desarrollan neutropenia y esplenomegalia, la cuál se presenta principalmente en pacientes con AR seropositiva de larga evolución. El riesgo de por vida de desarrollar el síndrome de Felty se ha estimado en 1%, siendo el género femenino quienes presentan la mayor incidencia, que va del 60 hasta el 80 por ciento. La artritis comúnmente precede a la neutropenia en al menos 10 años,

de modo infrecuente aparecen la neutropenia y esplenomegalia antes o simultáneamente con la aparición de la artritis. **Objetivo** Reportar el caso de un paciente masculino con síndrome de Felty simultáneo a la aparición de artritis con abordaje diagnóstico y terapéutico. **Caso clínico:** Masculino de 36 años, referido de su centro de salud por cuadro clínico de 20 días de evolución caracterizado por astenia, disnea de medianos esfuerzos, fiebre, disminución de peso no intencionada de 4 kg y artralgias. A su ingreso SV: FC 86, FR 18, TA 112/60, T 38.5 °C, disnea de medianos esfuerzos asociado a dolor pleurítico izquierdo, artritis simétrica en articulaciones MCF proximales, muñecas y hombros, con un total de 16 articulaciones dolorosas, 12 articulaciones inflamadas, sin articulaciones limitadas, abdomen dolor a la palpación profunda en flanco izquierdo, no se palpan megalias, resto de la exploración física sin alteración. Laboratorios a su ingreso: Hb 10.2, HTO 30, VCM 90, HCM 31, plaquetas 98 000, leucocitos 3200, neutrófilos 1450, linfocitos 1600, glucosa 91, urea 26, creatinina 0.88, Na 136, K 4.1, Cl 98. Se inicia protocolo de estudio por poliartritis simétrica aditiva y pancitopenia, documentándose reticulocitos corregidos 2.5%, FSP con disminución de las tres líneas celulares por apreciación, normocromía sin

observarse blastos, Coombs directo negativo, VHB, VHC y HIV negativos, FR 92 UI/ml, anti CCP 110 UI/ml, PCR 66 mg/dl, VSG 72 mm/h, ANA 1:320, radiografía de tórax con elevación del hemidiafragma izquierdo, radiografías manos y pies con disminución del espacio articular, osteopenia yuxtaarticular en metatarsofalángicas, sin erosiones, USG abdominal con hepatoesplenomegalia, por las anomalías encontradas y la temporalidad de las manifestaciones articulares, hematológico y esplénico se solicitan aCL negativo, anti DNA ds negativo, complemento C3 y C4, este último en 14 mg/dl. Se inicia tratamiento con metotrexate y terapia puente con glucocorticoide con mejoría de las manifestaciones articulares a la semana 8, requiriendo 20 mg/semanal de metotrexate con dosis reducción de prednisona hasta 10 mg/día sin recaída articular, en un periodo de 12 semanas el conteo máximo de neutrófilos fue de 1600/uL, continuó dosis reducción de prednisona hasta suspenderlo, posteriormente fue valorado por reumatología otorgando tratamiento con rituximab (3 dosis: 1, 15 días y 14 semanas), seguimiento en la semana 24 con recuento leucocitario de 3400/uL, neutrófilos 1900/uL, semana 36 leucocitos totales 4100 uL y neutrófilos 2450/uL. **Conclusión:** Se concluye así una variante de presentación inicial de artritis reumatoide en

un paciente masculino, que si bien respondió favorablemente al tratamiento con metotrexate y rituximab, estos pacientes deben tener un seguimiento a largo plazo de la serie granulocítica y valoración clínica a largo plazo por su asociación con lupus eritematoso sistémico y neoplasias principalmente. **Palabras clave:** Felty, artritis, rituximab, lupus, masculino.

Folio: 0987

Tema: Oncología

Síndrome de Trousseau asociado a síndrome de vena cava superior secundario a caso de germinoma no seminoma

Corona Karem Joselyn, Cuya Angélica Cristina, Arteaga Mayra, Ramírez Ana Lirio, Hernández César Alejandro
Hospital Juárez de México

Los tumores germinales extragonadales derivan de células primitivas que fallaron en la migración. El mediastino es la 2ª localización en frecuencia. Dentro de las variantes histológicas, el no seminomatoso es raro y 85% de estos pacientes son sintomáticos y con mal pronóstico. El síndrome de vena cava superior es la obstrucción del flujo a través de este conducto, se asocia a enfermedades malignas que causan invasión de la íntima o efecto de masa. Es una urgencia oncológica. El síndrome de Trousseau (trombosis asociada a cáncer) es la 2ª causa de muerte en pacientes con cáncer, la in-



vasión directa y la expresión de factor tisular, producen efecto protrombótico. Se presenta caso con asociación de estas tres entidades. Masculino, 21 años, sin antecedentes. Inició 3 meses previos a su ingreso con tos no productiva, paroxística, emetizante y con hemoptoicos, 2 meses después se agregó disnea progresiva, pérdida de peso de 8 kg y diaforesis. Ingresó con diagnóstico de derrame pleural derecho. Se documenta evidencia de masa dependiente de hemitorax derecho, se realizó toma de biopsia de dicha lesión. En la analítica de laboratorio destaca AFP 17370, GCH □ 1675.37, DHL 2068. Durante su estancia presentó edema de miembro torácico derecho con cambios de coloración y aumento de la temperatura, Dímero D de 9170, se corrobora diagnóstico de trombosis venosa profunda de vena braquial derecha por ultrasonido doppler. Se inició manejo anticoagulante. Cinco días después presentó aumento de volumen en miembro torácico contralateral de mismas características, se corrobora evento trombótico en vena braquial izquierda. Una semana después presentó edema facial, cefalea y compromiso respiratorio, ameritando manejo avanzado de vía aérea. Ante la sospecha de síndrome de vena cava superior y/o tromboembolia pulmonar se realiza nueva tomografía en donde se corrobora el primero de estos diagnósticos. Reporte

histopatológico de tumoración pulmonar: germinoma no seminoma grado III.

Palabras clave: síndrome de Trousseau, síndrome de vena cava superior, germinoma, no seminoma, urgencia oncológica, derrame pleural.

Folio: 0988

Tema: Infectología

Pancitopenia secundaria a una histoplasmosis diseminada en un paciente con VIH-SIDA

García Maximiliano¹, García César Jesús², Cano Juan Manuel³, Chavira Luis Raúl¹, Esquivias José Guadalupe³, Romero Edith¹, Nuñez Andrea¹

¹ Universidad de Guanajuato;

² Benemérita Universidad de Guadalajara; ³ Universidad de Guadalajara

Introducción: La histoplasmosis diseminada es una entidad poco común que está asociada a los pacientes con inmunosupresión grave y es importante considerar su tropismo a nivel cerebral, linfático, pulmonar y hematológico (médula ósea).

Objetivo: Presentar un caso clínico de histoplasmosis diseminada como presentación clínica con síndrome anémico y pancitopenia, con antecedente de infección por VIH y diarrea crónica, a su ingreso este nosocomio con astenia, adinamia, palpitations y fiebre intermitente de predominio vespertino así como pérdida de peso de más del 10% de la superficie corporal total de ma-

nera no intencional destacando nulo apego al tratamiento anti-retroviral y con sospecha de infección oportunista, se inicia abordaje médico; con aspirado de médula ósea, frotis de sangre periférica, envío de mielocultivos, Lowenstein-Jensen, agar Sabouraud y búsqueda intencionada de Hepatitis B, C, resultado positivo serológico.

Material y métodos: Signos vitales a su ingreso: Frecuencia cardíaca 100 lpm, respiratoria de 18 rpm, T.A. 10/80, T 38.5 °. Exploración física neurológicamente íntegro sin alteraciones de los pares craneales sin cambios pupilares o signos meníngeos presentes, cuello con adenopatía cervical en la zona 2 del cuello derecho de 2cm de diámetro adherido a planos profundos sin movilidad, indoloro, sin adenopatías supraclaviculares, cardiopulmonar con soplo pansistólico, respiratorio sin compromiso, sin masas o megalias a nivel abdominal, con presencia de fiebre terciaria que cede con antipiréticos, el ultrasonido reporta hepatoesplenomegalia, el mielocultivo de agar Sabouraud se reporta crecimiento de levaduras por H.c.; así mismo, biopsias de colon y biopsia de adenopatía cervical con levaduras tipo H. capsulatum. Ante el hallazgo se inicia tratamiento con anfotericina B durante 2 semanas, continuando manejo ambulatorio con itraconazol por 12 meses. **Conclusiones:** La histoplasmosis diseminada

es un caso poco común; pero curable.

Palabras clave: pancitopenia, VIH, SIDA, histoplasmosis, diseminada, anfotericina.

Folio: 0989

Tema: Infectología

Prevalencia del *Staphylococcus aureus* en las batas blancas de residentes de medicina interna de un hospital universitario

Flores Rómulo Omar¹, Absalon Erika Abigahyl¹, Salazar Karina¹, Wah Martín¹, Camacho Adrian², Garza Elvira³, Nañez Homero¹

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Departamento de Medicina Interna, Servicio de Infectología; ³ Departamento de Medicina Interna, Servicio de Gastroenterología

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José E González, Monterrey, Nuevo León, México

Introducción: A pesar de las mejores intenciones para prevenir la infecciones nosocomiales, el personal de salud está en riesgo de ser vector en la transmisión de patógenos entre los pacientes hospitalizados. Recientemente, se ha incrementado la evidencia de que las batas blancas son potenciales vectores de patógenos nosocomiales (enterococos, *Staphylococcus aureus*, bacterias gramnegativas). *Staphylococcus aureus*, es uno de los principales patógenos responsables de

infecciones nosocomiales, en estudios previos se ha identificado una prevalencia del 22% al 29% en las batas médicas. A la fecha, ningún estudio clínico controlado ha sido concluyente para ligar las batas blancas con la transmisión de infecciones nosocomiales. Conocer los microorganismos que habitan en nuestras batas médicas, ayudara para futuras investigaciones acerca de la transmisión de las infecciones intrahospitalarias. Metodología Durante el mes de Julio del 2018, se reclutaron residentes de la sala de medicina interna del Hospital Universitario Dr. José E González para toma de cultivos de la bata blanca que portaban en ese momento. Los cultivos se tomaron por medio de una placa esterilizada de acero inoxidable e impresión (presión directa de la tela por 30 segundos sobre la placa de agar) del área a cultivar en una placa de Petri con agar sangre. Los cultivos fueron tomados de las siguientes áreas: borde de parte externa de manga de mano dominante, borde de parte externa de bolsa inferior de mano dominante y del borde de la parte externa de la bolsa izquierda de tórax. Las placas de agar se incubaron durante 48 horas a 37 grados Celsius para posterior identificación de los patógenos por el método MALDI-TOF (Matrix-Assisted Laser Desorption/Ionization – Time Of Flight). **Resultados:** Se tomaron cultivos de las 3 zonas

mencionadas de 15 batas de los residentes del área de medicina interna y se encontró lo siguiente: los patógenos comensales de la piel fueron los más frecuentemente aislados, por frecuencia en el siguiente orden se encontró: *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus hominis* y *Staphylococcus capitis*. *Staphylococcus aureus* se encontró en el 6% de los cultivos de manga de mano dominante, 13% de los cultivos de la bolsa inferior de mano dominante y en el 20% de los cultivos de bolsa izquierda de tórax.

Conclusiones: *Staphylococcus aureus* se aisló hasta en un 20% de las batas cultivadas, lo cual es concordante con la literatura y demuestra que en nuestro hospital las batas pudieran contribuir a la transmisión de infecciones nosocomiales. En aras de prevenir y controlar las infecciones intrahospitalarias, se necesita más investigación acerca del rol de nuestro equipo médico en la transmisión de infecciones nosocomiales.

Palabras clave: *Staphylococcus aureus*, batas medicas, batas blancas, residentes de medicina interna, prevalencia, infecciones intrahospitalarias.

Folio: 0990

Tema: Endocrinología

Secreción de adiponectina por adipocitos primarios humanos en pacientes con diabetes tipo 2, con y sin recuperación de adiponectina plasmática post-cirugía bariátrica



Martínez José Enrique¹, Suárez Juan Antonio², Rivera Dante Jesús¹

¹ Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios; ² Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: La obesidad es un trastorno de la nutrición que se considera factor de riesgo para varias anomalías metabólicas, como la resistencia a la insulina y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz para la obesidad mórbida y para algunas de las comorbilidades asociadas con la obesidad, principalmente DM2. Varias publicaciones han demostrado que independientemente del peso perdido, la remisión de la DM2 es posible con este tipo de operaciones gastrointestinales. Además de la reducción de peso se acompaña de una mejoría en el perfil metabólico, existiendo un porcentaje considerable de pacientes que ya no requerirán una terapia anti-hipergluceante. Se ha sugerido que la secreción de adiponectina por los adipocitos participa en la remisión de DM2 postcirugía bariátrica; sin embargo, el mecanismo por el cual sucede la remisión no se ha establecido. **Objetivo:** Estudiar la secreción de adiponectina en adipocitos primarios humanos y su relación con la fase de recuperación

de adiponectina plasmática postcirugía bariátrica. **Material y métodos:** Estudio transversal, analítico, observacional, comparativo. Se calculó un tamaño de muestra de 15 pacientes obesos con DM2 candidatos a cirugía bariátrica. Se obtuvo muestra sanguínea en el periodo prequirúrgico y 6 meses posteriores a la cirugía bariátrica. Durante la realización de la cirugía bariátrica se realizó biopsia de tejido adiposo visceral. Se realizó cultivo de adipocitos primarios realizando ensayos de estimulación de adiponectina con niacina. Se determinó la concentración de adiponectina pre y post estimulación con niacina. **Resultados.** Se obtuvieron 15 pacientes programados para cirugía bariátrica de acuerdo con los protocolos del servicio de Cirugía del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE que cumplieron los criterios de selección. De los 15 pacientes incluidos en este estudio 8 lograron remisión de DM2 (53%). Los valores de glucosa en ayuno y hemoglobina A1C después de 6 meses postcirugía bariátrica mostraron diferencias entre los grupos de comparación, así como la concentración de adiponectina plasmática en aquellos pacientes que lograron remisión de DM2. También se observó una mayor concentración plasmática de colesterol HDL y menor concentración plasmática de triglicéridos en el

grupo con remisión de DM2 en comparación con el grupo sin remisión. Posterior a la estimulación de secreción de adiponectina en el cultivo de adipocitos con niacina se observó diferencia significativa en los grupos de estudio, siendo mayor la tasa de secreción de los adipocitos provenientes de aquellos pacientes que no lograron la remisión de DM2. **Discusión:** En nuestro estudio, el porcentaje de remisión de DM2 posterior a la cirugía bariátrica fue del 53%, en concordancia con lo reportado en la literatura (38-75%). Así mismo, después de clasificar a nuestra población de estudio bajo este criterio (remisión o no remisión) se observó mejoría en el perfil lipídico en el grupo con remisión de DM2. Esta mejoría observada en la disminución de triglicéridos y aumento del colesterol HDL ha sido reportada en estudios previos; sin embargo, el mecanismo por el cual sucede este fenómeno no está completamente comprendido. A nuestro conocimiento este es el primer estudio que evalúa la secreción de adiponectina en adipocitos primarios humanos en el periodo preoperatorio como predictor de remisión de DM2, observándose diferencias en la tasa de secreción en los adipocitos provenientes de aquellos pacientes que no lograron remisión de DM2. **Conclusión:** La magnitud de elevación de adiponectina plasmática post-

cirugía bariátrica se relacionó significativamente con la remisión de DM2 en pacientes con obesidad; mientras que una menor respuesta de secreción de adiponectina in vitro, por adipocitos primarios humanos estimulados farmacológicamente, mostró ser predictiva de la remisión posterior de DM2. **Palabras clave:** cirugía bariátrica, remisión de diabetes, adipocitos, secreción de adiponectina, diabetes tipo 2, cirugía metabólica.

Folio: 0991

Tema: Cardiología

Puente miocárdico como causa de síndrome coronario agudo

Aguilar Elvira Elizabeth, Batún José Antonio de Jesús

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Los puentes miocárdicos son un condicion congénita que consiste en un estrechamiento del lumen coronario en más del 50%, catalogándose como grave cuando es mayor del 75% durante la sístole. Presentando un efecto compresivo tardío durante la diástole que es el período en el cual la mayor parte del flujo sanguíneo llega a las arterias coronarias, ocasionando isquemia miocárdica y trastornos del ritmo que pueden ser corroborados química y electrocardiográficamente.

Presentación del caso: Paciente masculino de 35 años, con antecedente de tabaquismo 20

paq/año, angina con medianos esfuerzos desde los 17 años. Inicia su padecimiento 24 horas previas a su ingreso, al presentar dolor precordial EVA 9/10, sin irradiaciones, sin mejoría con el reposo, acompañado de diaforesis y disnea. Se realizó enzimas cardiacas a su ingreso las cuales reportaron: CK 55 U/L, CK-MB 13.5 U/L, DHL 163 U/L, con curva enzimática a las 2 horas en la cual se observó elevación de CK 250 U/L, CKMB 82.8 U/L y DHL 233 U/L. El electrocardiograma reportó lesión subepicárdica en cara anterior. Debido a que se trata de paciente joven con angina inestable se realizó angiografía coronaria transpercutánea con los siguientes hallazgos: coronaria derecha sin lesiones con flujo normal, tronco izquierdo muy corto con origen prácticamente independiente de DA y CX, descentente anterior con puente muscular en tercio medio que comprime la luz en sístole en un 80%. Se inició manejo con betabloqueante y antiisquémico, sin respuesta adecuada, por lo que se inició protocolo quirúrgico para escisión quirúrgica con miotomía. **Conclusión:** El puente miocárdico es una entidad subdiagnosticada en nuestro medio, la cual puede estar asociada a la presencia de muerte súbita en pacientes jóvenes. Por lo que es importante considerarlo dentro del diagnóstico diferencial en paciente que presenten angina sin algún otro factor, en especial

aquellos que se encuentran por debajo del rango de edad de riesgo cardiovascular.

Palabras clave: puente miocárdico, SICA.

Folio: 0992

Tema: Dermatología

Pénfigo foliáceo de presentación atípica: reporte de caso

Pulido Grecia Elvira, García Grecia Jazmin, George Fernando, Beltran Martha Leticia
Instituto Mexicano del Seguro Social

El pénfigo foliáceo (PF) es una enfermedad ampollosa rara autoinmune crónica que se presenta de forma esporádica, potencialmente mortal por el alto riesgo de complicaciones. Afecta principalmente a grupos de mediana edad entre la cuarta y sexta década de la vida, sin distinción entre raza y sexo. Su etiología se debe a anticuerpos contra los dominios extracelulares de la desmogleína 1, la cual es una glicoproteína encargada de mantener la integridad epidérmica del citoesqueleto de los queratinocitos. La presentación típica es la presencia de lesiones erosivas en áreas seboreicas (cuero cabelludo, región nasomalar, preesternal e interescapular). Se presenta el caso de una mujer de 49 años de edad con pénfigo foliáceo con afectación generalizada, de evolución tórpida y desenlace favorable.

Palabras clave: pénfigo foliáceo, desmogleína 1.



Folio: 0993

Tema: Infectología

Escabiasis noruega y múltiples abscesos cutáneos de origen a determinar

Escobedo Nicolás, Garza Humberto Ricardo, Reyna Roberto Adrián, Tijerina Bertha Patricia, Ramírez Edgar

Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario UANL

Masculino de 31 años con antecedente de aparente diabetes mellitus tipo 2 de 3 años de evolución con mal apego a tratamiento con 3 internamientos previos de cetoacidosis diabética y pérdida de peso de 10% de peso corporal en 2 meses. Inicia su padecimiento dos meses previo a su internamiento al presentar una dermatosis maculopapular generalizada al cual dermatología hace diagnóstico de escabiasis noruega, se le da ivermectina a la cual paciente refiere poco apego y reingresa nuevamente, esta vez por hiperglucemia no cetósica con presencia fiebre y abscesos cutáneos en parrilla costal izquierda, miembros superiores bilateral, hombro derecho, ambos miembros inferiores y adenopatías generalizadas por probable inmunosupresión así como una anemia microcítica hipocrómica de 6g de Hb. Se toma Panel viral con ELISA de IV generación con resultado negativo. Se cultivan abscesos donde se observa crecimiento de *Staphylococcus aureus* metilin

sensibles, así como se demuestra mismo crecimiento en hemocultivos periféricos, se inicia antibioticoterapia empírica con vancomicina y ceftriaxona ante sospecha de endocarditis infecciosa. Se realiza ultrasonido cardíaco transtorácico y transesofágico los cuales resultan negativos. Se toma biopsia de ganglio yugular derecho, donde se descarta tuberculosis o linfoma. Se piden gammaglobulinas ante sospecha de inmunodeficiencia primaria reportando IgA 439, IgG 492, IgM 88, IgE 291 (normales). Se decide realizar TAC toracoabdominal contrastado para elucidar foco séptico mostrándose psoas derecho con realce hiperintenso haciéndose diagnóstico de absceso en psoas con extensión hasta músculo cuadriceps femoral, los cuales son drenados de contenido espeso hemático de 250cc, dejando un drenaje en psoas por abordaje lumbar colocado por radiointervencionismo. Se realiza nuevo TAC de abdomen contrastado de control 72 horas después demostrando franca mejoría. Se egresa con TMP/SMX 160/800 cada 12 horas y seguimiento por consulta de infectología.

Palabras clave: fiebre a origen de determinar, absceso en psoas.

Folio: 0994

Tema: Cardiología

Edema pulmonar agudo secundario a lipoma auricular derecho: presentación de caso

Guajardo Jaime Alberto, Mella-do Raul

Hospital Ángeles del Pedregal

Las masas intracavitarias cardíacas son una entidad infrecuente que se presentan clínicamente con sintomatología que depende del lugar en el cual se localicen, las características, el tamaño y la movilidad que representen. A diferencia de otros órganos, el comportamiento maligno de dichas masas se debe a las consecuencias hemodinámicas secundario a obstrucción del flujo, embolismo o disfunción eléctrico-mecánica. La prevalencia de masas cardíacas primarias es 1:2000 en EUA y en nuestro país no se cuenta con datos que respalden dicha frecuencia. Se presenta el caso de un paciente femenino de 47 años de edad quien ingresa al servicio de Urgencias del Hospital Ángeles del Pedregal por cuadro caracterizado por as-tenia, adinamia con sensación de taquicardia y taquipnea y desaturación, la cual se acompaña de tos en accesos con estrías hemáticas y sensación de palpitaciones; se realiza estudio de imagen para descartar tromboembolia pulmonar, encontrándose masa intracavitaria cardíaca localizada en atrio derecho, así como datos congestivos a nivel pulmonar, por lo cual se complementó con estudio de ecocardiograma transesofágico para su caracterización en la cual denotaba

las consecuencias hemodinámicas de la función valvular y mecánica del corazón con una masa móvil, pediculada, que tenía movilidad transvalvular. Las características de la lesión mostraban un comportamiento primario benigno de la masa, por lo que se programa tiempo quirúrgico en donde se obtiene masa de características pediculada, colocación amarilla, sin bordes irregulares por lo que se envía a patología para su estudio, encontrándose como resultado lipoma auricular derecho. Durante el periodo post-quirúrgico la paciente con disminución de la disnea, sin alteraciones en el ritmo ni alteraciones hemodinámicas. Se realiza revisión de la prevalencia de los tumores intracavitarios y los efectos hemodinámicos y eléctricos que conlleva cada uno con las características previamente comentadas.

Palabras clave: lipoma, edema agudo de pulmón, masa intracardiaca.

Folio: 0995

Tema: Misceláneos

Esclerosis tuberosa, una enfermedad con múltiples manifestaciones sistémicas: presentación de un caso clínico

Gudiño Francisco Javier, Hori Kenji Diego, Romo Carolina
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La esclerosis tuberosa (ET) es un trastorno

raro neurocutáneo hereditario caracterizado por lesiones que involucran muchos sistemas orgánicos, incluidos el cerebro, ojos, corazón, pulmón, hígado, riñón y piel. El diagnóstico se realiza mediante datos clínicos o mediante pruebas genéticas. El mecanismo genético de transmisión es autosómico dominante, con una incidencia de 1 en 10,000 nacidos vivos. Es causada por la mutación en el gen TSC1 o TSC2, que codifican las proteínas hamartina y tuberina las cuales forman un complejo funcional encargado de inhibir el ciclo celular. Las mutaciones de novo representan aproximadamente el 80% de los casos de ET, lo que explica que existan pacientes afectados sin antecedentes familiares de ET, los cuales pueden heredar la enfermedad. Características clínicas. Dentro de las lesiones dermatológicas se encuentran máculas hipopigmentadas, angiofibromas, placas fibrosas marrones, parches de Shagreen y fibromas ungueales. Las lesiones encontradas en el sistema nervioso central son los tubérculos corticales, nódulos subependimarios, tumores subependimarios de células gigantes y lesiones en la sustancia blanca (displasia o desmielinización). Epilepsia, déficit cognitivo, autismo, hiperactividad e inatención también pueden presentarse en la ET. Los tumores que se desarrollan son benignos, pero existe riesgo elevado de malignidad,

ejemplos: rabdomiomas cardíacos, angiomiolipomas renales, quistes renales, hamartomas y parches acrómicos retinianos.

Presentación del caso clínico:

Paciente femenino de 31 años de edad portadora de esclerosis tuberosa (diagnosticada a los 2 años de edad). Hija padece esclerosis tuberosa. Acude por presentar tumoración abdominal en cuadrante inferior derecho de 5 meses de evolución, que ha aumentado de tamaño, en ocasiones se torna pulsátil, se acompaña de dolor con maniobra de Valsalva, aunado a distensión abdominal y saciedad temprana. En la exploración se objetivó la presencia de angiofibromas malares, máculas hipopigmentadas e hiperpigmentadas distribuidas en todo el cuerpo, parche de Shagreen en región lumbar lateral derecha y tumoración abdominal en cuadrante inferior derecho; de aproximadamente 8x5 cm, sólida, móvil, no dolorosa a la compresión, resto de exploración fue normal. Laboratoriales sin alteración. Se realizaron tomografías en las que se evidenció lo siguiente: Nódulos subependimarios y tumoración subependimaria sugestiva de tumor de células gigantes. Parénquima pulmonar con engrosamiento intersticial micronodular de distribución bilateral aleatoria y neumotórax pequeño izquierdo, sugestivo de hiperplasia micronodular neumocitaria. Hígado con hemangioma de 10 mm segmento



IV A. Tumorações de gran tamaño dependiente de ambos riñones: derecho de 21x12x15 cm e izquierdo de 23x13x11, con densidad heterogénea (componente sólido de partes blandas y componente graso), con múltiples dilataciones aneurismáticas saculares, compatible con angiomiolipomas renales gigantes. **Comentario:** Se describe caso de ET con múltiples sistemas afectados, documentándose lesiones con exploración física y tomografía computarizada, sin presentar complicaciones graves que pongan en riesgo la vida. Asociado probablemente a mutación de novo debido a que no existen antecedentes familiares, dándose transmisión de la ET a hija, cumpliendo así las características genéticas de la enfermedad.

Palabras clave: esclerosis tuberosa, caso clínico, manifestaciones sistémicas, hamartomas, tomografía, genética.

Folio: 0996

Tema: Infectología

Infarto cerebral como una presentación inusual de tuberculosis en el sistema nervioso central en paciente adulto con trisomía 21

Pitones María Guadalupe, Díaz Jennifer Samara, Macías Guillermo Arnulfo, Uribe Jefe Felipe, Escobedo Rodrigo, Gaytán Francisco Javier, Valle Adriana
Hospital Civil de Guadalajara, Fray Antonio Alcalde

Introducción: La tuberculosis en el sistema nervioso central (SNC) se presenta en aproximadamente 1% de los pacientes con tuberculosis activa. Dentro de las complicaciones de la tuberculosis del SNC, se encuentran las vasculares como el infarto cerebral, que ocurre en el 15 al 57% de los casos y generalmente secundario a vasculitis, vasoespasmo y/o estrechamiento arterial ocasionado por la respuesta inflamatoria. **Caso clínico:** Masculino de 20 años, con trisomía 21, inició con tos productiva blanquecina y fiebre no cuantificada de 1 semana de evolución, presentó episodio de crisis convulsiva tónica generalizada por lo que acude al hospital. Exploración física: febril, Glasgow 13, rigidez del cuello, Kerning, fuerza 5/5 e hiperreflexia generalizada. Exámenes sanguíneos: leucocitos 18 mil/ul, neutrófilos 14.4 mil/ul, linfocitos 0.57 mil/ul, monocitos 0.75 mil/ul, sodio 119 meq/dl, glucosa 89 mg/dl. TC craneo: hipodensidad en territorio de arteria comunicante posterior, respetando corteza, bien delimitada. TC tórax: con presencia de bandas fibroticas apicales y opacidades micronodulares con diseminación endobronquial bilaterales de predominio derecho. LCR: leucocitos 77 /ul, polimorfonucleares 62%, mononucleares 38%, glucosa 29 mg/dl, proteínas 174 mg/dl, PCR positivo para complejo

MTB. Resonancia magnética de cráneo: zonas puntiformes de isquemia reciente temporales izquierdas y granulomas tuberculosos. Tratamiento: dotbal 3 tabletas QD y dexametasona 8mg TID con mejoría clínica en el seguimiento. **Conclusión:** Los pacientes con trisomía 21 presentan mayor riesgo de eventos cerebrovasculares generalmente atribuidos a defectos auriculoventriculares, septales y anomalías valvulares. Tuberculosis como causa de eventos cerebrovasculares es una causa excepcional en este grupo de pacientes, en base a la literatura reportada se presenta el primer caso de infarto cerebral secundario a tuberculosis en el sistema nervioso central en paciente adulto con trisomía 21.

Palabras clave: meningitis tuberculosa, vasculitis cerebral, infarto cerebral, trisomía 21.

Folio: 0997

Tema: Cardiología

Pericarditis post-infarto, como causa inusual de dolor torácico y elevación persistente del segmento ST

Villaseñor Rosa, Vazquez Carlos Alfredo, Vazquez Oscar, Salas Sergio, Gomez Edgar
Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos

Masculino de 45 años de edad con antecedentes de obesidad de 30 años de evolución, diabetes mellitus tipo 2 de 18 años de evolución con complicaciones

micro-vasculares (retinopatía diabética, nefropatía diabética) y macro-vasculares (amputación metatarsiana de miembro pélvico izquierdo), enfermedad renal crónica en terapia sustitutiva de la función renal mediante diálisis peritoneal continua ambulatoria de 3 años de evolución, hipertensión arterial sistémica de 5 años de evolución, insuficiencia cardíaca con fracción de eyección (FEVI) conservada NYHA II de 1 año de evolución y enfermedad arterial periférica de 6 meses de evolución. Acude a servicio de urgencias por presentar dolor precordial opresivo de intensidad 10/10, irradiado a cuello, brazo izquierdo y mandíbula, asociado a diaforesis y náusea de 20 minutos de duración, a su ingreso se encuentra con tensión arterial de 200/100 mmHg, ECG con elevación del ST en cara antero-septal, CK Mb 6332 mg/dL, troponina T 115 mcg/L. Se inicia tratamiento anti-isquémico/antihipertensivo endovenoso y cateterismo con tiempo puerta balón de 50 minutos. Se encuentra lesión del 70% en segmento medio de la arteria descendente anterior, colocándose stent Synergy exitoso. Sin embargo al ingresar a piso de medicina interna persiste con dolor precordial opresivo de intensidad 10/10 en centro de tórax con irradiación a ambos hombros, que incrementaba a la inspiración sin ceder a nitratos, ni mejorar con posición en supino inclinado al frente, frote

pericárdico y persistencia de elevación del ST en cara antero-septal, sin incremento de CK Mb. Se realiza nuevo cateterismo sin encontrar evidencia de trombosis del stent /circunfleja y coronaria derecha sin lesiones angiográficas, por sospecha de pericarditis post-infarto se solicita ecocardiograma transtorácico en donde se observa engrosamiento e hiperrefringencia pericardica con separación epi-pericardio de 3.7 mm, sin colapso diastólico de su pared libre, válvulas sin alteraciones, FEVI 77%. Se inicia manejo con acetaminofen mejorando sintomatología y remitiendo frote pericardico y elevación del ST 1 semana después. La pericarditis post-infarto es una complicación pericárdica poco frecuente, presentándose en menos del 5% de los pacientes con infarto agudo al miocardio que reciben terapia de re-perfusión cardíaca. Es más frecuente en infartos extensos (asociados a elevación importante de enzimas cardíacas) e infartos anteriores. Suele ser auto limitado y su tratamiento difiere al de las pericarditis de otra etiología, tratándose solo con acetaminofén. Debe sospecharse en pacientes que persisten con dolor precordial y elevación del ST, buscando de forma intencionada frote pericárdico, e interrogando de forma precisa el dolor precordial ya que difiere sustancialmente del presentado en un infarto agudo al miocardio.

Palabras clave: pericarditis post-infarto, infarto anterior.

Folio: 0998

Tema: Otros

Reporte de caso: neumonitis eosinofílica aguda asociado a consumo de cocaína

Sagarnaga Eduardo, Delgado Francisco, Sánchez Diana, Mellado Raul, Rodríguez Federico Leopoldo, Diaz Enrique Juan Hospital Angeles del Pedregal

Paciente masculino 35 años de edad, niega antecedentes heredofamiliares, fractura de L4 en accidente automovilístico, requiriendo tratamiento quirúrgico (2015) como complicación cursa con osteomielitis vertebral recibió tratamiento antibiótico con resolución, sufre adicción a opioides secundario a manejo analgésico, uso de cocaína ocasional. Inicia padecimiento 3 días previos a su ingreso presentando malestar general, tos no productiva disneisante, fiebre de hasta 40°, cursando posteriormente con deterioro de función respiratoria requiriendo intubación y ventilación mecánica en menos de 72 horas posterior a su ingreso, se realiza abordaje diagnóstico; destacando; procalcitonina, hemocultivos, urocultivos negativos. Radiografía de tórax muestra infiltrados intersticiales bilaterales difusos. Se realiza broncoscopia cultivos negativos para hongos y micobacterias. Panel respiratorio por PCR múltiple negativo. Biopsia ex-



cisional, muestra en patología neumonitis eosinofílica negativa tinciones especiales y cultivos. La neumonitis eosinofílica aguda es una causa poco frecuente de insuficiencia respiratoria rápidamente progresiva. Se presenta como una enfermedad febril de reciente inicio (menos de 4 semanas) asociado a tos, disnea progresiva, mialgias, malestar general. Se asocia entre otras causas al tabaquismo o exposición a fármacos y drogas (especialmente cocaína, daptomicina, gemcitabina, infliximab, ranitidina, sulfasalazina y venlafaxina). Generalmente en radiografías se encuentran normales o con infiltrados mínimos reticulares cursando con rápida aparición de infiltrados pulmonares bilaterales en vidrio despuñado, reticulares. Además de esto se orienta hacia el diagnóstico eosinofilia mayor al 25% de celularidad en lavado bronquialveolar. La biopsia pulmonar no es necesaria para su diagnóstico en la mayoría de los pacientes solo en aquellos en que exista duda diagnóstica o falla al tratamiento. En cuanto al tratamiento consiste en apoyo ventilatorio, antibioterapia empírica hasta descartar etiología infecciosa, así como esteroides a dosis altas; siendo los regímenes de tratamiento a partir de metilprednisolona a dosis de 60 a 125 mg cada 6 horas en caso de falla respiratoria y en casos leves prednisona 40 a 60 miligramos cada 6

horas. La mejoría radiográfica y clínica es generalmente rápida posterior a la instauración de régimen esteroide.

Palabras clave: neumonitis, eosinofílica, aguda, cocaína, drogas, insuficiencia respiratoria rápidamente progresiva.

Folio: 0999

Tema: Neurología

Estatus epileptico post hidrocortisona/lidocaina intratecal

Cabrera Tania Stefania

Instituto Mexicano del Seguro Social

Paciente masculino de 36 años con diagnósticos de status epileptico remitido secundario, de origen iatrogenico insuficiencia renal aguda akin iii por rabiomiolisis, neumonía por broncoaspiración, desequilibrio hidroelectrolítico a base de hipernatremia hipovolemica normoosmolar, hiperkalemia moderada sin repercusión electrocardiografica, acidosis metabolica descompensada de edad con app:lumbalgia de 1 mes y medio de evolución, en tratamiento con diclofenaco 1000 mg cada 12 hrs, vitamina B12 1 ampulka cada 24 hrs por 6 dosis, paracetamol 500 mg cada 8 hrs, amigdalectomía bilateral hace 28 años por faringomigdalitis repetidas, sin complicaciones, alergico a gentamicina, tabaquismo a razón de 18 años, a razón de 10 cigarrillos diarios, etilismo de 16 años de evolución, a razón de 5 cervezas fines de

semana, sin llegar a la embriaguez, cocaína (piedra) de 2 años de evolución, suspendido hace 18 años, pa inicia hace 2 meses por presentar lumbalgia, valorado por servicio de traumatología y ortopedia quien da tratamiento con reposos y analgesicos, sin embargo continua con dolor, exacerbándose el día 20.05.18 donde acude con quiropractico el cual aplica mediante punción lumbar hidrocortisona con lidocaina en dosis no especificada, presentando disminución de la fuerza en miembros pélvicos acompañado de parestesias, nauseas, vómitos en proyectil y diaforesis, presentando posteriormente desorientación en tiempo, lugar y persona, razón por la cual deciden ingresar al servicio de urgencias, a su ingreso al hospitla de la villa presenta convulsión tonico clónico en 4 ocasiones, notas no refieren duración ni periodo poictal, aparentemente con status epileptico, razón por la cual se inicia manejo avanzado de la vía se realiza sedación con vcuronio y propofol en dosis no especificadas, junto con la admistración de diazepam para control de crisis convulsivas, se envía a hostpital general de zona para la realización de tac por el antecedente de punción hematica referida por familia.

Palabras clave: estatus epileptico, lumbalgia, hidrocortisona/lidocaina, rabiomiolisis, lesion renal aguda, acidosis metabolica.

Folio: 1000

Tema: Cardiología

Pericarditis tuberculosa en paciente inmunocompetente, un desafío clínico

Cobos Orestes de Jesús, Hernández Paulina, Márquez Mitzi Gabriela, Lagunas Teresa Monserrat, Ramírez Sandra María, Trejo Nancy, Lozano Flor Magdalena

Instituto Mexicano del Seguro Social

La tuberculosis extrapulmonar es un desafío clínico, sus manifestaciones inespecíficas como sutiles merecen un abordaje sistemático, la tuberculosis pericárdica es una causa de derrame pericárdico crónico a descartar en países en vías de desarrollo. **Presentación de caso:** Hombre de 29 años, sin enfermedades crónicas conocidas, inicia cuadro clínico en 6 meses con pérdida ponderal de 14 kg, fiebre intermitente, diaforesis y náuseas, se agregan mialgias, astenia, adinamia y episodio de síncope por lo cual se inicia valoración, presenta edema progresivo, simétrico, que en 3 semanas evolucionó a ascitis y francos datos de congestión. Es referido a hospital de segundo nivel donde se lleva a cabo paracentesis evacuadora de 3000cc y tratamiento diurético, en protocolo de estudio se documenta trombosis de venas supra hepáticas, síndrome de Budd Chiari, se realiza ECOTT que muestra FEVI 52%,

disfunción diastólica con patrón restrictivo, pericardio engrosado 5mm, aurícula derecha con imagen hiperecótica móvil, se envía a tercer nivel por manifestar pericarditis constrictiva, los exámenes de laboratorio hemoglobina 12.5 g/dL, hematocrito 41%, leucocitos 7500, diferencial normal, plaquetas 307,000, TP 21.3 s, INR 1.62, bilirrubina total 1.6 mg/dL, con bilirrubina directa 1.06 mg/dl, ALT 37.4U/L, fosfatasa alcalina 172.2 U/L, GGT 183 U/L y DHL 255 U/L, albúmina 2.4 g/dL, en estudios complementarios se descartan trombofilias, autoinmunidad, HIV o VHC, tomografía toraco-abdominal concluye derrame pleural bilateral, atelectasias mediales, adenopatías mediastinales; Se trata quirúrgicamente (sonda endopleural, pericardiectomía, pericardiotomía) y ecocardiograma de control reportó FEVI 43%, pericardio con derrame mínimo con ecogenicidad mayor a la sérica, ventrículo derecho con disfunción sistólica, gammagrama óseo sin datos de osteomielitis, finalmente reporte de biopsia de pericardio concluye inflamación crónica granulomatosa sin necrosis con células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño y Langhans es valorado por infectología inicia tratamiento antifímico. La pericarditis tuberculosa causada por *Mycobacterium tuberculosis* se encuentra en 1% a 2% de

las personas con tuberculosis pulmonar en áreas endémicas, el manejo quirúrgico incluye pericardiocentesis, ventana pericárdica y pericardiectomía. En inmunocompetentes generalmente se localiza en el espacio pericárdico. Se presenta típicamente como 1 de 4 síndromes clínicos: pericarditis aguda, pericarditis efusiva, miopericarditis y pericarditis constrictiva. Las micobacterias acceden a través de diseminación linfática retrógrada o hematógena y rara vez diseminación contigua. Sus proteínas desencadenan una respuesta de hipersensibilidad con liberación de citocinas que conducen a derrame exudativo inflamatorio y sus secuelas hemodinámicas. El abordaje diagnóstico es multidisciplinario, la European Society of Cardiology 2015 sugirió que si el líquido pericárdico no es accesible y en áreas endémicas, 6 puntos de los siguientes indica pericarditis tuberculosa: fiebre (1), sudores nocturnos (1), pérdida de peso (2), nivel de globulina superior a 40 g / L (3) y recuento de leucocitos periféricos menor de 10×10^3 . Los hallazgos clásicos histopatológicos de pericardio incluyen inflamación granulomatosa con necrosis caseosa y células gigantes de Langhans. El tratamiento médico no dista de otras formas extrapulmonares. **Palabras clave:** tuberculosis, extrapulmonar, pericarditis.

**Folio: 1001****Tema:** Infectología**Bronquitis obliterante con neumonía organizada en un paciente con infección por *Borrelia burgdoferi***

Soler Fernando

Hospital Angeles del Pedregal

Caso clínico: Masculino 65 años APNP viaje a Atlanta seis meses previos a su ingreso, APP Hipertensión arterial de 15 años de evolución. Ingresa con 3 meses de artralgias en extremidades superiores predominio distal bilateral (rodilla y tobillo), disestesias de distribución distal progresivas bilateral, acompañada por astenia, adinamia e hiporexia, debilidad distal 3/5 en MTD. laboratorios con leucocitosis(14,000) y elevación de reactantes de fase aguda (VSG 58 y PCR 95). Se inicia terapia con inmunoglobulina por sospecha de neuropatía desmielinizante con persistencia del dolor y debilidad. Posterior a 3 ciclos de inmunoglobulina inicia con picos febriles, disnea y SatO₂

Palabras clave: *Borrelia burgdoferi*, bronquiolitis obliterante con neumonía organizada.

Folio: 1002**Tema:** Misceláneos**Traqueobroncomalacia asociada a tumor laríngeo y enfisema pulmonar**

Martínez Zinia Fernanda, Batún José Antonio de Jesús

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La traqueobroncomalacia es ocasionada por una debilidad en las paredes de la vía aérea central por ablandamiento o destrucción de los cartílagos de soporte, con o sin disminución de las fibras elásticas que condiciona colapso de la vía durante la espiración, enfermedades respiratorias recurrentes y bronquiectasias.

Presentación del caso: Masculino de 73 años con antecedente de tuberculosis pulmonar a los 55 años quien presenta cuadro de más de 15 días con disnea mMRC 4, tos no productiva, sin predominio de horario, agregándose náusea, vómito de contenido alimentario, disfagia a sólidos y pérdida de peso de 15 kg. Es llevado a revisión donde se realiza tele de tórax encontrando tráquea con desviación derecha y diámetro de 26.4 mm, bronquio izquierdo de 18.5 mm y derecho de 16.1 mm. Posteriormente se realiza TAC simple de tórax y cuello con tráquea de trayecto tortuoso y desviación hacia la derecha con calibre de hasta 31 mm con engrosamiento nodular posterior derecho de 20x5.8 mm condicionando compresión del esófago en tercio proximal y medio, adenopatías mediastinales altas y enfisema pulmonar paraseptal y centrolobulillar, bronquios izquierdo y derecho de 17.2 y 20.3 mm de diámetro. Por búsqueda de etiología de disfagia y traqueobroncomalacia se realiza endoscopia en la cual se observa tumoración en

larínge posterior con características de malignidad, con tejido friable con sangrado escaso por lo que no se toma biopsia y se sugiere realizar broncoscopia. Secundario al síndrome de consumo y desnutrición grave presentados en el paciente, fallece antes de culminar protocolo de estudio. **Conclusión:** La traqueobroncomalacia puede tener etiología congénita o adquirida. En este caso, por la edad de presentación y las medidas en estudios de imagen se descarta un síndrome de Mounier-Kuhn y se sospecha de la asociación entre compresión de un tumor extrínseco y el enfisema pulmonar secundario a secuelas de tuberculosis como causantes de esta alteración anatómica

Palabras clave: traqueomalacia, broncomalacia, traqueobroncomalacia, tumor laríngeo, enfisema pulmonar.

Folio: 1003**Tema:** Reumatología**Granulomatosis con poliangiitis. Reporte de un caso**

González Abigail, Hernández Ángel Anatolio, Velazco Irali María, Dehesa Edgar, Irizar Sergio Saúl, Meza Cynthia Margarita

Hospital Civil de Culiacán, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud

Introducción: La granulomatosis con poliangiitis es una vasculitis de pequeños vasos asociada a ANCA, su incidencia

es de 5 a 14 casos por millón de habitantes y su prevalencia se estima de 50 casos por millón de habitantes, ocurre con mayor frecuencia en jóvenes y adultos de mediana edad, que afecta por igual a ambos sexos. El cuadro clínico se caracteriza por afectación sistémica multiorgánica, con síntomas como descarga nasal (77%), sinusitis (69%), artralgias o artritis (63%), escleritis (31%), nódulos pulmonares (26%), hemorragia alveolar (22%), proteinuria y deterioro de la función renal (54%), neuropatía periférica (69%), estos hallazgos clínicos pueden confundirse con otras etiologías de índole infecciosa. El diagnóstico definitivo se realiza con una prueba positiva para ANCA y el estudio histopatológico.

Objetivo: Describir las características clínicas de un caso de granulomatosis con poliangitis.

Reporte de caso: Masculino de 48 años, con antecedente de estancia en prisión durante 20 años. Fue hospitalizado en el servicio de medicina interna para el abordaje diagnóstico de tos productiva, acompañada de artralgias, ambos ojos con segmento anterior con inyección ciliar e infiltrados inflamatorios corneales, pérdida de peso, diaforesis y fiebre vespertina de tres meses de evolución, sin respuesta clínica a múltiples esquemas de antibióticos. Como parte de su abordaje inicial se realizó tomografía de tórax que reportó: nódulos parenquimatosos múltiples y patrón en árbol

de gemación, sugestivo de tuberculosis. Se solicitaron BAAR's seriados de expectoración los cuales fueron negativos y se realizó biopsia pulmonar guiada por tomografía que reportó hemorragia intraalveolar. El cultivo y la tinción de Ziehl Neelsen del líquido del lavado bronquioalveolar fueron negativos. Se solicitaron ANCA's con resultado positivo para c-ANCA por lo que se integró el diagnóstico de granulomatosis con poliangitis. A la biomicroscopia se observó escleritis anterior difusa bilateral con trabeculitis de ojo izquierdo. Durante su hospitalización se inició manejo con prednisona 500mg IV cada 24 horas mostrando mejoría clínica ocular y pulmonar, agregando posteriormente una dosis de ciclofosfamida, con tomas de radiografías de tórax de control mostrando disminución de infiltrados, por lo que se decide manejo ambulatorio. **Discusión:** No existe una prueba única para el diagnóstico de granulomatosis con poliangitis, por lo que la sintomatología, examen físico, exámenes de laboratorio y estudios de imagen forman parte de un papel muy importante para su diagnóstico, en este caso el paciente presentó afectación de la vía aérea superior con descarga nasal posterior, presencia radiográfica de múltiples lesiones radio-opacas, apoyadas con tomografía computarizada de tórax y cANCA 1:640, descartando las demás posibilidades

diagnósticas. **Conclusión:** La granulomatosis con poliangitis es grave pero tratable. Para prevenir complicaciones, es imprescindible realizar el diagnóstico y tratamiento lo antes posible. El diagnóstico es de exclusión de otras enfermedades más frecuentes en nuestro país como la tuberculosis, sin embargo, es importante establecer rápidamente el diagnóstico ya que permite el inicio de la terapia que puede preservar los órganos y mejorar la sobrevida del paciente.

Palabras clave: granulomatosis con poliangitis, ANCA, histología, tuberculosis, escleritis.

Folio: 1004

Tema: Hematología

Síndrome de plaqueta pegajosa, una causa poco considerada de trombofilia

Rodríguez Ricardo Omar, Sinco Armando, Guevara Maricela, Romero Tzirari Yaneli, Palomo Carlos Rodrigo, Ángeles Jorge Luis, Castañeda Emmanuel
Hospital General de Pachuca

Introducción: En México es la segunda trombofilia hereditaria más común, se diagnostica mediante la medición de la agregabilidad plaquetaria, tiene una herencia autosómica dominante. Responsable de gran número de episodios de trombosis arterial y venosa, las principales manifestaciones clínicas son IAM y EVC en personas jóvenes sin otros factores de riesgo cardiovascular, aun-



que puede generar trombosis en cualquier sitio. Los criterios diagnósticos fueron descritos por Mammen (1983). **Presentación del caso:** Femenino de 33 años con antecedente de padre con TVP y hermano fallecido a los 11 años de edad (muerte súbita), cuadros de trombosis recurrente a los 22 años en MPD sin causa aparente y a los 33 años durante la semana 36 del segundo embarazo. A la exploración con aumento de volumen, temperatura y sensibilidad en muslo y pierna derecha, con trayecto venoso palpable a nivel politeofomoral. Se corrobora trombosis venosa extensa superficial y profunda. Recibió tratamiento con inhibidor del factor Xa. Se descartó SAF, Inhibidores naturales de la coagulación (proteína C y S, antitrombina III), así como mutaciones (factor V Leiden, mutaciones del gen de la protrombina 20210) y homocisteinemia. Se confirma por agregometría síndrome de plaqueta pegajosa tipo I. Se suspendió anticoagulante e inició tratamiento con aspirina con buena evolución. **Conclusiones:** El síndrome de plaqueta pegajosa es un padecimiento común con morbimortalidad significativas y con un fenotipo bien identificado, sin embargo aun no ha sido posible definir su genotipo. El diagnóstico es sencillo pero controvertido a la vez, sin considerarse una causa frecuente de trombofilia, sino un diagnóstico de exclusión.

Además no hay un estándar en la concentración de los agnistas y no existe un consenso en el porcentaje de agregación plaquetaria. Los antiagregantes plaquetarios son medicamentos útiles para revertir la hiperreactividad plaquetaria, con una reducción en la tasa de retrombosis.

Palabras clave: síndrome de plaqueta pegajosa, trombofilia, agregometría, antiagregantes plaquetarios, trombosis.

Folio: 1005

Tema: Infectología

Neumonía asociada a ventilación mecánica: factores de riesgo, mortalidad y patrones de resistencia, en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México del 2016 al 2018

Villaseñor Rosa, Villalpando Jorge, Lara Luis Bruno, Santiago Ricardo

Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos

La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) es la complicación infecciosa más frecuente en pacientes admitidos a las unidades de cuidados intensivos (UCI), además de ser la primera causa de prescripción de antibióticos, afectando hasta el 27% de todos los pacientes en estado crítico. Tanto en México como en la mayoría de los países de América Latina, no contamos con estudios epidemiológicos locales que muestren la incidencia de la NAV, ni los principales agentes

causales aislados y su patrón de resistencia. Es por ello que el objetivo de este estudio es mostrar la incidencia de esta entidad en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, en el periodo correspondiente del 01 julio del 2017 al 01 de febrero del 2018, identificando los principales factores de riesgo asociados, la mortalidad, el rendimiento diagnóstico de las pruebas invasivas y sobre todo el aislamiento microbiológico con su patrón de resistencia bacteriana, con el fin de contribuir al desarrollo de un algoritmo de tratamiento adaptado a nuestra institución. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes con diagnóstico de NAV hospitalizados en el servicio de medicina interna y terapia intensiva del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, hospital de tercer nivel en la Ciudad de México, del 01 de Julio del 2017 al 01 de Febrero del 2018. El objetivo fue determinar los principales agentes microbiológicos aislados de los aspirados bronquiales de pacientes con diagnóstico de NAV, describiendo su patrón de susceptibilidad, determinando el porcentaje de bacterias gram negativas y gram positivas aisladas, así como el porcentaje de bacterias MDR en total. Además se determinó el porcentaje de pacientes a los que se emplearon las estrategias para disminuir riesgo de NAV tras las primeras 48 horas de

su intubación y la mortalidad. Estadística descriptiva (media y desviación estándar). Los factores de riesgo asociados se mostraron en porcentajes, se obtuvo la mortalidad. Las variables fueron analizadas utilizando el programa SPSS18. En el periodo de estudio (1 Julio del 2017 al 1 Febrero del 2018), se incluyeron un total de 144 pacientes de los cuales el 53% (n= 77/144) fueron mujeres y el 47% (n=67/144) hombres. La mediana de edad fue de 61 años (+/- 14.2 años). Los bacilos gram negativos correspondieron al 92% de los aislamientos, siendo los principales por orden de frecuencia: Pseudomona aeruginosa MDR en un 27.1%, Acinetobacter baumannii XDR en un 14.2 %, Klebsiella pneumoniae BLEE en un 12.8 %, Pseudomona aeruginosa XDR en un 7.1%, E. cloacae complex MDR en un 7.1%, Escherichia coli BLEE en un 5.7% y SARM en el 1.4%. El porcentaje total de bacterias MDR aisladas de pacientes con NAV fue del (81.9%). De las medidas de prevención "neumonía cero" solo se aplican 3 de las 10 medidas: la elevación de la cabecera a 30-45° en el 84.7% de los casos, higiene oral con clorhexidina en el 22.9% de los casos y el lavado de manos con gel alcohol en el 20% de los casos. La mortalidad fue del 38%. Consideramos que los resultados de este estudio nos indican que en nuestro hospital la implementación de las estra-

tegias de "neumonía cero" es baja, por lo que debemos mejorar los algoritmos de prevención de NAV ya publicados con el fin de disminuir su incidencia. Además nos permitió emitir recomendaciones en relación al manejo terapéutico empírico más adecuado de la NAV basadas en los resultados de la epidemiología obtenida de nuestro hospital, requiriéndose la ampliación de esta estrategia en otros grupos de infecciones. **Palabras clave:** neumonia asociada a ventilacion mecanica, mortalidad, patrones de resistencia.

Folio: 1006

Tema: Neurología

Atrofia de múltiples sistémicas: variedad pontocerebelosa, reporte de caso

Solorio Jorge Daniel, Orozco Francisco Javier, Tiempo Fabiola Gaudalupe, Aguilar María Fernanda, Mijangos Alejandra Madeleine, Cardona Melisa, Ibarra Jesús Alejandro
Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE

La atrofia de múltiples sistemas (AMS) es una enfermedad neurodegenerativa rara que se caracteriza por signos extrapiramidales, cerebelosos y/o degeneración estriado nigral e insuficiencia autonómica, existen tres tipos de AMS: olivopontocerebelosa, disautonimica y estriado-nigral. Este caso aborda un masculino de 55 años con antecedentes de hiperten-

sión arterial sistémica; Inicia su padecimiento en julio 2018, con vértigo, ataxia, temblor de acción, sensación de desmayo al cambio de posición, pérdida de equilibrio condicionado caídas frecuentes y náuseas no relacionado a vértigo; acudiendo a múltiples valoraciones de otorrinolaringología, refiriendo en agosto-2018 incremento del vértigo agregándose pérdida del tono muscular en extremidades pélvicas imposibilitando la marcha, por lo que ingresa a medicina interna, a su exploración física con disartria, dismetría, adiadococinesia, temblor de acción, vértigo con nistagmus vertical, hipertensión de predominio nocturno, hipotensión ortostática y fuerza muscular de extremidades pélvicas 1/5, ROTs +/-++++, Integrando síndrome cerebeloso. Por lo que se realiza TAC de cráneo con ventroculomegalia, atrofia cortico subcortical y atrofia de lóbulos cerebelosos. Se realiza RMN de encéfalo observándose atrofia cerebelosa asociada a pérdida de volumen de tallo con acentuación de las fibras de sustancia blanca en puente y bulbo integrando diagnóstico de atrofia de múltiples sistemas de tipo olivopontocerebelosa. La identificación de la ASM es un reto debido a la variabilidad anatómica de las lesiones, el diagnóstico definitivo sigue siendo el estudio neuropatológico, los criterios diagnósticos siguen siendo la principal herramienta diagnósti-



ca junto con la evaluación del sistema nervioso autónomo.

Palabras clave: atrofia de múltiples sistemas, atrofia olivopontocerebelosa, síndrome cerebeloso, ASM.

Folio: 1007

Tema: Infectología

Síndrome de cráneo hipertensivo secundario a meningoencefalitis por *Mycobacterium tuberculosis* en paciente joven

Figueroa José de Jesús, Ceballos Diego Alberto

Instituto Mexicano del Seguro Social

Paciente femenino de 16 años de edad, originaria de Estados Unidos de Norteamérica, residente desde hace 5 años en Villanueva Zacatecas, México, desconoce esquema de vacunación, niega antecedentes, patológicos, alérgicos, quirúrgicos, traumáticos y transfusionales, previos, COMBE negativo, sin antecedentes patológicos de importancia, enfermedades infecciosas de la infancia negadas, ingresa por presentar de manera súbita deterioro del estado de alerta, referida con 6 puntos en la escala de coma de Glasgow en su valoración inicial y relajación de esfínteres, sin presentar movimientos tónico clónico generalizados. A su ingreso al servicio de urgencias con signos vitales: presión arterial 90/60 milímetros de mercurio, frecuencia cardíaca 99 latidos

por minuto, Frecuencia respiratoria 16 respiraciones por minuto, temperatura 36.9°C se realiza protección de la vía aérea, neurológicamente estuporosa, sin respuesta a estímulos verbales o dolorosos, escala de coma de Glasgow de 6 (O: 1, V: 1 M: 4) diaforética, pupilas mióticas simétricas de 1 milímetro bilaterales sin respuesta a estímulo luminoso, fondo de ojo con papiledema bilateral, presencia de cuadriplejía flácida, con arreflexia mitótica generalizada, respuesta plantar indiferente, no datos meníngeos, Vinda negativo, reflejo corneal presente, así como tusígeno. Palidez leve de piel y tegumentos, cavidad oral con sialorrea, no huellas de sangrado o mordidas, cuello cilíndrico no soplos o megalias, campos pulmonares bien ventilados sin estertores o sibilancias, precordio rítmico y dinámico sin soplos ni agregados, abdomen blando, depresible, no se perciben megalias. En su abordaje inicial encontramos: Tomografía simple de cráneo en donde se observa sistema ventricular con hidrocefalia no comunicante, colapso de 4to ventrículo, compresión y borramiento de cisternas de la base, borramiento generalizado de los surcos de la convexidad, con hiperdensidad en tienda del cerebelo y cisura interhemisférica e imagen hipodensa en ganglios basales derechos. Se realiza colocación de drenaje de líquido cefalorraquídeo

sin válvula. En análisis citológico y citoquímico de líquido cefalorraquídeo con presión de apertura elevada, recuento celular; Leucocitos: 0 células/ml. Eritrocitos 0 células/ml, de aspecto agua de roca, incoloro, pH 8.0 Densidad 1.01 Glucosa 15mg/dl, Proteínas 75mg/dl, DHL 241. Tinción Gram, Tinta China e Hidróxido de Potasio negativo. Biometría hemática con Hemoglobina de 10.8 g/dl Plaquetas 348 miles/ μ l Leucocitos 11.0 miles/ μ l Neutrófilos 83 % Glucosa 130 mg/dl Creatinina 0.6 mg/dl Fósforo 7.8 mg/l Calcio 7.8 mg/dl Cloro 111 mmol/l Potasio 4.0 mmol/l Sodio 137 mmol/l Magnesio 3.33 mg/dl, examen general de orina no patológico. Se realizó GEN EXPERT de líquido cefalorraquídeo el cual fue positivo para *Mycobacterium tuberculosis* sensible a Rifampicina. Se inicia fase intensiva de DOT BAL para meningoencefalitis por *Mycobacterium tuberculosis*, así como esquema de esteroide, tras estabilidad hemodinámica; se realiza ventana neurológica por mejoría de la hidrocefalia no comunicante, sin embargo, progresa con deterioro clínico neurológico, ausencia de reflejos de tallo, deterioro rostrocaudal, 0 puntos en escala FOUR, se realiza electroencefalograma el cual confirma datos de muerte cerebral.

Palabras clave: cráneo, hipertensivo, meningoencefalitis, *Mycobacterium*, tuberculosis.

Folio: 1008

Tema: Infectología

Criptococosis diseminada con prostatitis fúngica primaria

Paez Camilo Andres, Flores José Alberto

Hospital Juárez de México

Masculino de 37 años de edad, originario y residente de Ciudad de México, soltero, desempleado, abuela materna y paterna fallecieron por complicaciones de DM2, tío materno con enfermedad renal crónica, tío materno con artritis reumatoide. Se refiere sin antecedentes alérgicos, quirúrgicos inserción de material de osteosíntesis hace 4 años por fractura expuesta de muñeca derecha secundaria a caída, transfusionales negativo. Niega ser diabético o hipertenso. IVSA 15 años NPS > 30 de tipo heterosexual, refiere contacto con sexoservidoras, con uso irregular de método de barrera, niega ETS. Inicia su padecimiento en el mes de junio 2018 con ataque al estado general, que se manifiesta con astenia y adinamia. Así mismo refiere fiebre nocturna, no cuantificada, diaforesis y pérdida no intencionada de peso, aproximadamente 25 a 30 kilogramos, clínicamente a su ingreso alerta reactivo, pálido, cooperador, hidratado con algunas placas blancas en carrillos, no hay ganglios cervicales ni supraclaviculares, los campos pulmonares bien ventilados sin estertores, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos abdomen

peristalsis normal, blando depresible, no hay hepato ni esplenomegalia, extremidades hipotróficas, con buen llenado capilar distal, diagnosticándose infección por VIH con conteo de CD4 3.9 células, encontrándose un hemocultivo positivo a *Cryptococcus neoformans*. Tele de tórax de su ingreso, sin foco infeccioso a nivel pulmonar. Se inicia protocolo de estudio para búsqueda de diseminación por criptococo obteniendo citoquímico de LCR glucosa 60, proteínas 25 celularidad 0, cultivo de LCR negativo para desarrollo bacteriano, KOH, tinta china y cultivo de hongos en LCR negativo, citológico de LCR pleocitosis negativo para células malignas, TAC de Cráneo: sin lesiones ocupativas en parénquima cerebral, se inicia manejo con anfotericina B 50 mg IV cada 24 hrs y fluconazol 400 mg IV cada 12 hrs por dos semanas y se continúan estudios del reservorio del criptococo, TAC de tórax con imágenes sugestivas de proceso inflamatorio bronquial, cavitación pulmonar derecha, bandas de atelectasia basales bilaterales, espermocultivo positivo para *Cryptococo neoformans*. USG testicular y prostático: próstata de bordes regulares bien definidos, parénquima heterogéneo con área hipocogénica de 1,2x2cm de centro hiperecogénico, RNM Pelvis: Próstata de bordes regulares de contenido heterogéneo con imágenes hiper e hipointensas

y zonas de mayor captación, lesiones hiperintensas en vejiga, se continúa manejo con fluconazol 400 mg VO cada 12 hrs, dichas alteraciones vesicales y de próstata que fueron valoradas por Urología se continuará estudio como externo programando cistoscopia, actualmente en seguimiento ambulatorio tolerando manejo.

Palabras clave: prostatitis, fúngica, criptococosis, VIH.

Folio: 1009

Tema: Hematología

Linfadenitis necrotizante histiocítica otra gran simuladora

Rodríguez Ricardo Omar, Sinco Armando, Guevara Maricela, Romero Tzirari Yaneli, Pliego Jesús Alfonso, Angeles Flor de Azalea, Sánchez Karla Alexandra
Hospital General de Pachuca

Introducción: La linfadenitis necrotizante histiocítica, es una afección de adultos jóvenes caracterizada por adenopatías cervicales, vinculada con agentes infecciosos y procesos autoinmunitarios, descrita por el Dr. Masahiro Kikuchi (1972). Semeja habitualmente enfermedades clásicas como LES/LH/VEB, donde la característica principal es una masa palpable cervical unilateral y fiebre. No hay estudios de laboratorio específicos y el diagnóstico definitivo es histopatológico donde se describen tres fases; Proliferativa, Necrotizante (clásica) y Xantomatosa (resolución). El tratamiento es únicamente



sintomático presentación del caso: Masculino de 19 años de edad previamente sano, con antecedente de faringoamigdalitis una semana previa al inicio de la sintomatología sin tratamiento con resolución de manera paulatina. De un mes de aparición lesiones nodulares múltiples de crecimiento progresivo en región laterocervical derecha y fiebre de predominio vespertino. A la exploración dirigida conglomerado ganglionar cervical derecho de 5x5cm y adenomegalia ipsilateral de 2x2cm, ambos de consistencia blanda, dolorosos a la palpación, fijos a planos profundos. El US confirma adenopatías múltiples > 10mm de aspecto inflamatorio y conglomerado ganglionar derecho (5.3x2.9cm). Citometría únicamente con leucopenia.

Conclusiones: La linfadenitis necrotizante histiocítica es una enfermedad poco frecuente en general, tiene un curso benigno y raramente recurre (5%). Sin embargo puede simular otros padecimientos y muchas ocasiones puede retrasar el diagnóstico de enfermedades malignas que conduce a errores terapéuticos. Estamos obligados a realizar biopsia para su diagnóstico independientemente de los hallazgos clínicos y paraclínicos. La inmunohistoquímica es de gran utilidad para el diagnóstico diferencial en la mayoría de los casos.

Palabras clave: linfadenitis necrotizante, histiocítica,

síndrome de Kikuchi, adenomegalias, fiebre, adulto joven.

Folio: 1010

Tema: Endocrinología

Fosfatasa alcalina elevada como hallazgo incidental en paciente adulto mayor con enfermedad de Paget

Haro Juan Pablo, Contreras Carlos, Olascoaga Arturo, Mora Mauricio, Zavala Luis, Villanueva Abel

Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepulveda CMNSXXI

La enfermedad de Paget es la segunda enfermedad ósea más frecuente luego de la osteoporosis, sin embargo se encuentra infradiagnosticada, se caracteriza por una mayor actividad de las células óseas, con osteoclastos que ocasionan resorción ósea, que contienen más núcleos de lo normal y osteoblastos que producen mayores cantidades de hueso desorganizado, lo que conduce a hueso expandido de mala calidad que posee áreas escleróticas y líticas; tiene un fuerte elemento genético, con una historia familiar que se observa en 10-20% de los casos. Nuestro caso se trata de hombre de 89 años de edad, con antecedentes de ser hipertenso desde hace 15 años tratado con IECA, hipoacusia bilateral de 6 años de evolución, antecedentes quirúrgicos de resección de tumor óseo a nivel de L4 hasta base de hueso iliaco hace 47 años y resección prostáticas transuretral

hace 6 años, actualmente con uso de sonda de cistostomía por múltiples cuadros de retención urinaria por estenosis uretral, lleva tratamiento analgésico en base a AINES por cuadro de dolor neuropático y articular en miembros pélvicos, ingresa a nuestro servicio por cuadro clínico de 72 horas de evolución, con clínica de sangrado de tubo digestivo alto, con hematemesis y evacuaciones melénicas, sin presentar inestabilidad hemodinámica, por lo que es sometido a endoscopia digestiva alta en la cual se reporta úlceras gástricas prepilóricas Forrest III; durante la evaluación inicial pruebas bioquímicas reportan elevación de fosfatasa alcalina (2100 UI), por lo que se solicita serie ósea metastásica la cual muestra lesiones blásticas en cráneo con diámetro de entre 3 y 8 mm, estudio tomográfico mostró estructuras óseas con acentuación del patrón trabecular y adelgazamiento cortical, columna dorsolumbar con cambios osteodegenerativos con pérdida de la arquitectura habitual, múltiples bandas óseas gruesas y escleróticas con áreas líticas entre ellas, con afección principal a las vértebras lumbares en sus tres columnas y al hueso sacro y el estudio gammagráfico óseo mostró patrón de distribución heterogéneo por incremento anormal del trazador en bóveda craneal, columna vertebral de predominio toracolumbar y sacro y tercio proximal de cúbi-

to, con lo cual confirmamos el diagnóstico de enfermedad de Paget. La enfermedad de Paget tiene diversas manifestaciones clínicas, entre las que destacan la deformidad y dolor óseo fracturas, déficit auditivo, falla cardíaca, demencia, hidrocefalia, etc; con complicaciones poco frecuentes como sarcomas (osteosarcoma, condrosarcoma, fibrosarcoma) o el tumor de células grandes, el tratamiento principal son los bifosfonatos especialmente el zolendronato que produce una supresión a largo plazo del recambio óseo. **Palabras clave:** enfermedad, Paget, fosfatasas, alcalinas, osteoblastos, bifosfonatos.

Folio: 1011

Tema: Infectología

Pancreatitis aguda grave y síndrome de distrés respiratorio agudo secundario a infección por virus de influenza A H1N1

Villaseñor Rosa, Acosta David Neri, Xospa Veronica Ivette, Santiago Ricardo
Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos

Masculino de 54 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial sistémica de 25 años de evolución, cardiopatía hipertensiva de 1 año de diagnóstico, enfermedad renal crónica de 11 años de evolución en terapia sustitutiva de la función renal mediante diálisis peritoneal continua ambulatoria, hiperparatiroidismo secundario de 6 años de

evolución e hipotiroidismo primario de 5 años de evolución. Antecedente de tabaquismo con IT de 6 suspendido hace 10 años niega ingesta de alcohol. Ingresa a servicio de urgencias por presentar ataque súbito del estado general con astenia, adinamia, fiebre no cuantificada, artralgias y mialgias, tres días después se agrega tos con expectoración blanquecina, cefalea holocraneana y disnea, 5 días después presenta evacuaciones Bristol 7, sin moco ni sangre (3-7 por día) asociadas a náusea y vómito, cuadro que se auto-limita tras 72 hrs. Presentando posterior dolor epigástrico de tipo transitorio con irradiación a flanco derecho, de intensidad 10/10, asociado a náusea, vómito e intolerancia a vía oral. A la exploración física presenta estertores crepitantes generalizados bilaterales, sin integrar síndrome pleuropulmonar, sin uso de músculos accesorios, abdomen globoso con resistencia a la palpación, dolor superficial y profundo, rebote positivo, ruidos peristálticos presentes. Por sospecha de pancreatitis se solicita amilasa (750 UI/L) y lipasa (1817 UI/L), biometría hemática sin leucocitosis, DHL 750 UI/L, CK 670 mg/dl, citoquímico de líquido peritoneal aspecto rojizo, amilasa 416 UI/L y lipasa 991 UI/L (líquido peritoneal), gasometría arterial con insuficiencia tipo 1 leve, pruebas función hepática normales. TAC de abdomen y tórax contrastada: parénquima

pulmonar con patrón vidrio deslustrado de manera difusa de predominio hacia la periferia de manera bilateral, sin dilatación de vía biliar intra o extra hepática. Vesícula biliar sin alteraciones, páncreas con parénquima homogéneo sin evidencia de lesiones, proceso neo formativo de renal izquierdo. Se inicia manejo de pancreatitis aguda, sin embargo presenta deterioro generalizado con dolor abdominal de mayor intensidad, es valorado por servicio de cirugía general quienes descartan abdomen agudo. Por inicio abrupto de cuadro clínico, involucro respiratorio inicial con posterior evolución a cuadro gastrointestinal, factores de riesgo y época del año (enero) se sospecha de infección por virus de Influenza A H1N1 la cual en muy raros casos se ha relacionado con pancreatitis aguda, por lo que se solicita hisopado nasal para prueba de PCR. Se inicia manejo empírico mediante oseltamivir, presentado resolución absoluta de dolor abdominal, tolerancia vía oral, mejoría de disnea y gasometría 24 horas después. Sin embargo 72 hrs después presenta incremento de disnea, con hipoxemia refractaria y uso de músculos accesorios así como evidencia radiológica de infiltrados pulmonares bilaterales, requiriendo apoyo mecánico ventilatorio, falleciendo 24 hrs después. Prueba de hisopado nasal positivo para Influenza A H1N1. Se trata de un caso ex-



tremadamente raro, solo existen 4 reportes en la literatura como este, y en todos ellos el virus de influenza involucrado es el tipo A H1N1. Debe siempre mantenerse en mente la posibilidad de esta asociación, sobre todo en pacientes que presentan de forma abrupta sintomatología respiratoria asociada a cefalea, artralgias, mialgias y fiebre con posterior presentación de cuadro clásico de pancreatitis. **Palabras clave:** influenza A H1N1, pancreatitis aguda grave.

Folio: 1012

Tema: Otros

Aspergillosis broncopulmonar alérgica, en paciente con asma y diabetes mellitus tipo 2, reporte de caso

Sánchez Hiralda Beatriz¹, Jurado Merly Yamile¹, Camacho Franco¹, López Viridiana¹, Cruz Carlos¹, Cervantes Erika¹, Rios Daniela¹, Jimenez Jaime Uriel²

¹ Hospital General de México;

² FES Zaragoza, UNAM

Paciente masculino de 61 años originario y residente de la CDMX, soltero, católico, COMBE negativo, crónicos: diabetes mellitus 15 años en tratamiento con insulina NPH 12 UI y 8 UI, más metformina 850mg cada 8 h; complicaciones microvasculares: Amputación supracondílea izquierda secundario a pie diabético en 2007, retinopatía diabética de 2 años, condicionando amaurosis bilateral. Asma hace 5 años

en tratamiento irregular con esteroides y broncodilatadores inhalados. Inicia su padecimiento actual hace 2 meses con presencia de tos, expectoración y esputo hialino, no cianozante, no disneizante ni emetizante, sibilancias a distancia y disnea de medianos esfuerzos, mejorando parcialmente con la administración de broncodilatador, teniendo múltiples recidivas y remisiones. 1 mes posterior progresa a disnea de pequeños esfuerzos y exacerbando episodios de tos. 5 días previos a su ingreso se incrementa la frecuencia de tos, aumenta la cantidad de esputo blanquecino a amarillento, sibilancias, taquipnea, fiebre no cuantificada y diaforesis de predominio nocturno. Acude a consulta de neumología donde se decide su ingreso por encontrarse en status de crisis asmática. Se toma radiografía de tórax, donde se identifican micronodulaciones dispersas en ambos hemitórax, bronquiectasias e infiltrado intersticial periférico. Con niveles de eosinófilos en 1000 e IgE de 412. Se inicia manejo al presentar broncoespasmo severo manejo a base de broncodilatador, B-agonista, sin mejoría, por lo que se agrega inhibidor de leucotrienos. Ante los hallazgos radiográficos y tomográficos de nódulos pulmonares en ambos hemotórax, engrosamiento de paredes bronquiales e imágenes sugestivas de bronquiectasias ocupadas por moco. Se realiza fibrobroncoscopia donde se

evidencian abundantes secreciones. Se envían muestras de lavado bronquial a Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) para detección de micobacterias y *Aspergillus*. Se recaba resultado de GeneXpert y baciloscopia negativo, con galactomanano resultando positivo de 1.017. Servicio de alergia realiza introdermo reacción para hongo *Aspergillus* spp. Aplicándose en cara externa de brazo derecho testigo negativo (sol Evans), testigo positivo (histamina) y antígeno de *Aspergillus*. Lectura positiva de 1.5 x 1.5. Confirmando con ello el diagnóstico de Aspergillosis broncopulmonar alérgica. Se inicia manejo a base de prednisona oral a 1mg/kg/peso durante dos semanas, continuando con dosis reducción e itraconazol 100mg día vía oral durante 30 días, con egreso a domicilio y seguimiento por la consulta externa de neumología. El género de hongos *Aspergillus*, son un grupo fúngico formadores de esporas encontrados en todo el mundo, afectando las vías respiratorias de muchas maneras. El espectro de trastornos respiratorios asociados a *Aspergillus* comprende tres categorías clínicas bien definidas: manifestaciones alérgicas, colonización saprófita del tracto respiratorio y enfermedad diseminada invasiva. Entre los trastornos alérgicos de aspergilosis, aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA) es la forma más reconocida. Se

describe como una reacción de hipersensibilidad mediada por IgE inmediata (tipo I) a los antígenos de *Aspergillus* que se presenta clínicamente como asma. La frecuencia de sensibilización a *Aspergillus fumigatus* en sujetos asmáticos varía del 16% al 38% en diferentes regiones geográficas; de este subgrupo, 1 a 2% padece aspergilosis broncopulmonar alérgica. Después de la colonización, los conidios germinan dentro de las vías respiratorias y forman hifas. Esto da como resultado secreción de enzimas proteolíticas que median la liberación de citoquinas proinflamatorias. Los criterios para el diagnóstico son los siguientes: asma o fibrosis quística con deterioro de la función pulmonar, reactividad inmediata de la prueba cutánea de *Aspergillus*, nivel de IgE sérica total de 1000 ng/ml (416 UI/ml) o más, aumentaron los anticuerpos IgE e IgG específicos y los infiltrados radiográficos.

Palabras clave: aspergilosis broncopulmonar alérgica, IgE, infiltrados, bronquiectasias, asma, *Aspergillus*.

Folio: 1013

Tema: Reumatología

Caso clínico de una paciente con hemorragia alveolar difusa con artritis reumatoide sin control

Ochoa José Armando, Lazaro Patologo

Instituto Mexicano del Seguro Social UMAET1 CMN Del Bajío

GTM, femenino de 54 años, originaria León, Guanajuato; residente León, Guanajuato; analfabeta, católica, ama de casa, casada. Heredo-familiares: madre: hipertensión arterial sistémica; hermanos: 3 con diabetes mellitus tipo 2. Personales no patológicos: tabaquismo y etilismo negativo; heterosexual, 1 pareja sexual, no prácticas de riesgo; Combe negativo. Ginecoobstétricos: menarca 14 años, G12, P1 C2, A9; ritmo 28x3. Personales patológicos: hipertensión arterial sistémica desde hace 5 años, en tratamiento con losartan 50 mg c/12 hrs, prazocina 2mg c/8 hrs, nifedipino 30 mg c/12 hrs, isosorbida 10 mg c/8 hrs, con mal apego médico; artritis reumatoide de 22 años de diagnóstico en tratamiento con metrotexate 7.5 mg semanales, suspendido de forma voluntaria, se desconoce la fecha; enfermedad renal crónica con reciente sustitución en hemodiálisis desde hace 2 meses, con apoyo de furosemida. Padecimiento actual: inicia su padecimiento actual 12/05/17, con presencia de disnea de medianos esfuerzos, hasta el decúbito, con posterior presencia de expectoración de características hemoptoicas, así como edema de miembros inferiores simétrico eutermico hasta los muslos. Acude al servicio de urgencias el día 15/05/17 en donde se corrobora expectoración hemoptoica, así como dificultad respiratoria con saturación al aire ambiente de 71%,

con TAM de 87 mmHg, FC 103, FR 26 Temp. 36.5°C, SatO₂ 91%, FiO₂ 60%. En fowler estricto, palidez generalizada (+++). Ingurgitación yugular bilateral (+++), no soplos. Tórax con hipoaeración bibasal, estertores crepitantes bilateres, de predominio en ápice derecha; matidez a la percusión bilateral. Ruidos cardiacos hiperdinámicos no S3 o S4. Abdomen asignológico. Extremidades íntegras, presencia de deformidad en ojal en pulgares y cuello de cisne de las falanges de manera bilateral. Se inició manejo con piperacilina/tazobactam, ajustada a dosis renal; además, se iniciaron bolos de metilprednisolona ante sospecha de actividad de artritis reumatode, a dosis de 1 gr cada 24 horas (3 dosis posteriormente se realizó plasmaféresis en 2 sesiones. Cursó con deterioro de la función ventilatoria y renal, ameritando aquella manejo avanzado de la vía aérea debido a compromiso ventilatorio severo. Cabe destacar que a su ingreso se le encontró con Hb de 7.4 g/dL y a las 24 hrs se le encuentra con hb 5.0 g/dL, sin datos de sangrado aparente y sin expectoraciones hemoptoicas. Se le realizó tele de torax en la cual se aprecia patrón reticular bilateral en vidrio despulido, paredes con engrosamiento pleural y derrame pleural bilateral, así como cardiomegalia grado II. Se solicitó TAC, encontrando múltiples regiones con patrón en vidrio



despulpido y engrosamiento intersticial septal y paraseptal, con broquiectasias en lóbulos superiores, así como derrame pleral bilateral del 30% en hemitórax derecho. 15/08/18: gasometría arterial: pH 7.2, pCO₂ 32, pO₂ 68, HCO₃⁻ 15, EB 11.7, SatO₂ 91%, FiO₂ 60%. Hb 7.4, HTO 22.3, VGM 93, CHCM 33.2, Pqs 134, Leu 7.8, Lin 17.8, Neu 66.5%, Cr 7.3, BUN 79, urea 151, P 6.4, K 5.4, Na 139, lactato, 1.8, DHL 1440, Alb 2.4, EGO pH 5.5, prot 100, Gluc neg, Nit neg, Leu 0-5, Erit 35-40, proteínas 24 mg, C3 46.4, C4 6.83, Anca C 0.4, Anca P 4.84, Factor Reu 332, Anti Ro, 6.5, Anti SSB 1.7, Acg Lup 49.5, ANA 1:80, B2-glucoproteína 10.6, Anticardiolipina IgG 9.3, Anticardiolipina IgM 55.4. Cultivo de expectoración: Leu 25/campo, celularidad menor a 15/campo; desarrollo de *Stenotrophomonas maltophilia* y *Staphylococcus haemolyticus*; se agregó manejo con TMP/SMX, pero, paciente cursó con evolución desfavorable y deterioro progresivo de la función renal y pulmonar, por lo que fallece. Se le realiza autopsia en la cual se encontró macroscópicamente con hemorragia alveolar bilateral y proceso neumónico a nivel basal derecho. Microscópicamente, infiltrado inflamatorio y no granulomatoso a nivel alveolar, difuso, con formación de complejos inmunes, así como capilaritis.

Palabras clave: artritis reumatoide, hemorragia alveolar difusa, síndrome riñón-pulmon.

Folio: 1015

Tema: Nefrología

Poliquistosis renal y hepática con pancreatitis secundaria no quística

Rodríguez Ricardo Omar, López José Onofre, Guevara Maricela, Romero Tzirari Yaneli, Pliego Jesús Alfonso, Ruíz Vicente, Meyer Julio César
Hospital General de Pachuca

Introducción: La poliquistosis renal es una enfermedad autosómica dominante con manifestaciones renales, como hipertensión y urolitiasis, y extrarrenales que afecta otros órganos intrabdominales como el hígado e incluso la piel. Puede asociarse con enfermedades del tejido conectivo o con algunas neoplasias. Cuando existe pancreatitis generalmente es secundaria al compromiso quístico en éste órgano. **Presentación del caso:** Femenino de 49 años con antecedente familiar de poliquistosis renal en madre, sobrino y 2 hermanos, 2 de ellos fallecidos por complicaciones de la enfermedad. Cuadros repetidos de sintomatología urinaria con múltiples internamientos por complicaciones infecciosas y urolitiasis. Se realizó screening familiar a los 18 años, confirmando poliquistosis renal y hepática. Ingresó por dolor abdominal agudo de diez días de evolución hasta ser incapaci-

citante. Se corroboran datos de irritación peritoneal que ameritó intervención quirúrgica, teniendo como hallazgos quistes hematopurulentos con volumen de 28x15cm en riñón izquierdo y 29x16cm en riñón derecho, así como desplazamiento importante del páncreas hacia la derecha, se realizó nefrectomía bilateral. Recibió tratamiento con antibiótico y durante la primera semana postquirúrgico desarrolló sepsis abdominal y pancreatitis, esta última se trató de manera conservadora. Su evolución fue hacia la mejoría clínica y la sustitución renal con hemodiálisis, fue egresada después de 20 días de estancia intrahospitalaria. **Conclusión:** La poliquistosis renal es una enfermedad frecuente, tiene una herencia autosómica dominante con manifestaciones tanto renales como extrarrenales, en este caso tuvo compromiso hepático y renal, siendo estos de grandes dimensiones, lo que condicionó una redistribución intrabdominal postquirúrgica y probablemente el cuadro de pancreatitis, dado que no se corroboró compromiso quístico de la glándula.

Palabras clave: poliquistosis renal, crisis quística, pancreatitis, autosómico dominante, urolitiasis, infección urinaria.

Folio: 1016

Tema: Infectología

Linfoma plasmablastico de sistema nervioso central, reporte de un caso

*Chávez Samantha Daphne
Georgina, Flores Oscar Israel,
Ramón Isabel Cristina*
Hospital Regional de Alta Es-
pecialidad Dr. Juan Graham
Casasus

Hombre de 42 años de edad con infección por virus de inmunodeficiencia humana diagnosticado un mes previo a su hospitalización en tratamiento con profilaxis para infecciones oportunistas, tiene carga viral de 185 000 copias y CD4 de 18 células. Inicia dos semanas previas a su hospitalización con ataque al estado general, alzas térmicas sin predominio de horario acude con facultativo quien inicia manejo no especificado sin mejoría, posteriormente se agrega náuseas y vómito de contenido alimentario, disminución de la fuerza en hemicuerpo derecho, además de desorientación y cinco días previos a su ingreso presenta pérdida del estado de alerta. Exploración física: Glasgow de 14 puntos, orientado en persona, hidratado, pupilas isocóricas de 3 milímetros, cuello sin alteraciones, tórax no se integra síndrome pleuropulmonar, precordio rítmico sin ruidos agregados, abdomen peristalsis adecuada, no doloroso, no se encuentran visceromegalias, sin datos de irritación peritoneal, genitales de acuerdo a edad y género sin lesiones, extremidades íntegras, sin edema, llenado capilar de 2 segundos, pulsos distales presentes. A la exploración neurológica: pares

craneales sin alteraciones, fuerza 4/5 en hemicuerpo derecho y 5/5 en hemicuerpo izquierdo, reflejos bicipital, tricipital, rotuliano bilaterales ++, Babinski bilateral, no se encuentran signos cerebelosos o meníngeos. A su ingreso se realiza biometría hemática, electrolitos séricos y química sanguínea estando dentro de parámetros normales y tomografía axial computarizada simple de cráneo observándose imagen hiperdensa en ganglios de la base izquierdo con edema perilesional que comprime el ventrículo ipsilateral desplazando línea media; anticuerpos antitoxoplasma IgG 23UI/ml e IgM 16.5UE/ml, solicitándose imagen por resonancia magnética con espectroscopia. Es valorado por neurología y neurocirugía concordando amerita biopsia de la lesión, que se reporta como linfoma plasmablastico de sistema nervioso central.

Palabras clave: linfoma, infección por virus de inmunodeficiencia humana, sistema nervioso central.

Folio: 1017

Tema: Reumatología

Vasculitis anca positivo con afectación endocárdica, mucocutánea, renal y de sistema nervioso central: reporte de caso

Covarrubias Dora Luisa, Ávila Anabel, Saavedra Daniela, Hernández Ulises, Rosales Victor Hugo, Soto María Virgilia
Hospital General de México

Hombre de 44 años con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con hipoglucemiantes orales, enfermedad renal aguda diagnosticada 1 mes previo a su ingreso, tabaquismo positivo con índice tabaquico de 2.4, inicia padecimiento en abril 2018 con dermatosis en miembros pélvicos de predominio distal, caracterizada por máculas eritemato-violáceas, no pruriginosas que no desaparecen a la digitopresión, astenia, adinamia; se diseminan lesiones descritas a muslos, iniciando tratamiento con prednisona 1mg/kg por 5 días, se agrega dolor abdominal en epigastrio, de tipo opresivo, EVA 10/10, evacuaciones disminuidas en consistencia, no disintéricas, fiebre no cuantificada y disnea de pequeños esfuerzos, edema periférico y disminución de volúmenes urinarios. Acude a urgencias, con criterios clínicos y bioquímicos de urgencia dialítica, llevándose a cabo sesión de hemodialisis el día 11.07.2018, iniciando protocolo de estudio; se realizan paraclínicos documentando proteinuria 1710 mg en 24 horas, C anca 97.96, antiANA patron citoplasmático 1:40, C3 bajo, PCR 92.6, ultrasonido con datos de nefropatía crónica inespecífica, con riñones de tamaño normal, siendo candidato a toma de biopsia, sin embargo durante su estancia presenta dolor precordial de tipo anginoso, disnea y diaforesis, realizando electrocardiograma sugestivo



de síndrome coronario agudo, por lo que se difiere realización de biopsia iniciando manejo antiisquémico; cursa con deterioro de la función renal, por lo que es valorado por el servicio de nefrología y se inician bolos de metilprednisolona y posteriormente prednisona 1 mg/kg/día, siendo valorado por el servicio de cardiología al presentar dolor precordial, se realiza ecocardiograma reportando doble lesión aórtica con predominio de la insuficiencia severa por aorta bivalva vs endocarditis infecciosa, con traslado a unidad de cuidados intensivos coronarios; se realiza colocación de catéter Tenckhoff percutáneo, iniciando terapia sustitutiva con diálisis peritoneal; es intervenido quirúrgicamente para reemplazo valvular, con reporte histopatológico de calcificación distrofica de la válvula aórtica, hemocultivos sin desarrollo; se realiza biopsia renal la cual reporta glomerulonefritis asociada a anca clase crescénica difusa EUVAS-BERDEN decidiéndose manejo con plasmaféresis, se documenta infección de vías urinarias, se inicia antibioterapia con carbapenémico y se pospone tratamiento inmunosupresor; durante su estancia presenta vértigo y síndrome piramidal izquierdo completo proporcionado, se realiza tomografía de cráneo simple compatible con evento vascular cerebral de tipo isquémico en territorio de arteria cerebral media de origen cardioembólico,

se inicia manejo con estatinas, antigregación plaquetaria y anticoagulación. Paciente solicita egreso voluntario.

Palabras clave: vasculitis, anticuerpos, glomerulonefritis.

Folio: 1018

Tema: Oncología

Sarcoma sinovial bifásico de rodilla: reporte de caso

García Francisco Isai¹, Bulos Pedro², Sepulveda Jesus, Muñoa Eduardo Daniel

¹ Hospital Juárez de México;

² Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

Grky 15 años motivo de internamiento: tumoración en fémur distal derecho ahf: madre 33 años epilepsia, abuela paterna con dm2, 1 hermano con hiperactividad y epilepsia. APNP: originaria de tijuana, residente de Motozintla, soltera, católica, primaria, trabajadora doméstica, casa propia, cuenta con luz eléctrica, fosa séptica, agua de pozo. Convivencia con animales domésticos. Alimentación variada. APP: alergias neg, crónico-degenerativos neg, traumatismos nega, quirúrgicos neg, fímicos neg niega, toxicomanías neg pa: inicia con aumento de volumen en rodilla derecha marzo 2018 (2 meses de evolución) dolorosa a la palpación, que no mejora con uso de aines, con dificultad para la deambulación que le predispone a caídas repetitivas desde su propia altura con impacto en rodilla

derecha lo cual incrementa el dolor y edema, acude con médico empírico manipulando extremidad empeorando cuadro posteriormente presenta imposibilidad para la marcha por lo cual acude al hospital general de donde es referida a haess por el servicio de traumatología. Durante su estancia se solicitan estudios complementarios, por persistencia de dolor en rodilla derecha con aumento de volumen y red venosa colateral en sitio afectado, ecog 3, karnofsky 100% peso 38 kgs talla 1.50 signos ta: 90/75 mmhg, fc: 85 lpm, fr: 20 rpm, temp: 36°C ef: paciente frágil, Glasgow 15, normocéfalo, pupilas isocóricas, normoreactivas, narinas permeables, mucosa oral normohidratada. Cuello anatómico, sin adenomegalias sin plétora yugular, tórax movimientos de amplexación y amplexión simétricos, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen asignológico, extremidades superiores sin compromiso, extremidades inferiores integra, rodilla derecha con aumento de volumen por tumoración de consistencia blanda, hipertermia local, sin hiperemia, conserva sensibilidad, red venosa colateral laboratorios (05.06.18): hb: 11.6, hto: 36.1, leucos: 12.84, plt: 343. tiempos: tp: 16.6, ttp: 39.8, fibrinogeno: 435, INR: 1.29. qs: glucosa 90, urea 21.4, bun 10, creatinina 0.4, Na: 146, K 4.2, Cl 101, Ca 10.2, P 5.2, mg

1.9.pfh bt 0.3, bd 0.3, tgo 32, tgp 28, f. Alcalina 640 marcadores tumorales: ca-125 16.7, ace 0.606, ca 19-9: 3.014. Tac 06/06/18 lesion metafisiaria de femur derecho probable osteosarcoma tac torax: 06/06/18 nodulos pulmonares y subpleurales sólidos con mayor afeccion en lado derecho irmn 06/06/18 tumoracion heterogenea dependiente de femur distal derecho con destruccion cortical y extension a tejidos blandos del compartimento anterior y medial pble sarcoma de ewing gammagrafia ósea con mibbi actividad tumoral a nivel de rodilla derecha baaf guiada por tac sarcoma sinovial bifasico cd99+ bcl 2+ sinaptofisina + viventina + ps100- cd34- evolucion: durante su estancia la paciente persiste con la misma sintomatología y aumento del volumen del sitio afectado ademas disminucion de niveles de hemoglobina con requerimientos de tranfusion de hasta 4 concentrados, se solicitó interconsulta a oncología médica quien valora a paciente y reporta fuera de tratamiento quirúrgico, candidato a manejo por quimioterapia paliativa a base de cisplatino y doxorubicina y clinica del dolor así mismo se aclara que la tasa de respuesta y sobrevivida es entre 18 y 36 meses. Ya que no amerita tratamiento quirurgico se decide su egreso por maximo beneficio

Palabras clave: sarcoma, sinovial.

Folio: 1019

Tema: Hematología

Linfoma no Hodgkin primario de sistema nervioso central en un paciente inmunocompetente. Reporte de un caso

Mancía Esmeralda, Rivera Dante, González Andrés, Mayoral José Manuel, Faustino Gladis
Centro Médico ISSEMyM Ecatepec

Introducción: El linfoma primario de sistema nervioso central representa solo el 2-3% de los casos de infoma no Hodgkin y más del 90% son linfomas difusos de células grandes, es más frecuente en hombres, entre 40 a 60 años de edad. Los síntomas B en este tipo de pacientes son raros, la presentación clínica generalmente son cefalea y déficits motores o sensoriales. Aproximadamente 60% de los pacientes presentan múltiples lesiones simétricas supratentoriales, 14% involucran fosa posterior La biopsia cerebral tiene una sensibilidad diagnóstica de más de 80%. La presentación intraocular se observa en 10 a 20% de los casos. **Caso clínico:** Paciente masculino de 44 años de edad, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, quien presentar crisis convulsivas de tipo clónico generalizadas de 3 meses de evolución, acude a valoración y se realizan estudios de imagen en la que se observa lesión hipodensa en región parietal izquierda con edema perilesional, re-

forzamiento heterogéneo con contraste, donde se sospecha tumoración extraaxial: probable meningioma de bajo grado, se realiza intervención quirúrgica y se reporta por patología: Meninges y corteza cerebral con infiltración por neoplasia linfoide morfológica e inmunohistoquímica consistente con Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes, inmunofenotipo B positivo a CD20, BCL2, CD79, PAX5, Ki65 (2%), como parte del protocolo se realizan estudios de extensión con resultado no reactivo para VIH, VHB, VHC. Negativo para virus de Epstein Barr. Se descartan otro tipo de inmunodeficiencias secundarias. **Discusión:** El linfoma no Hodgkin primario de sistema nervioso central es una entidad bien documentada en pacientes con inmunocompromiso, y es relativamente rara en pacientes inmunocompetentes, el pronóstico generalmente es pobre, el tratamiento actual es metotrexate a dosis altas, con una tasa de respuesta de 58 a 72%. **Conclusiones:** En los pacientes con linfoma primario de sistema nervioso central el metotrexate a dosis altas, es la piedra angular del tratamiento debido a su excelente actividad y penetración en sistema nervioso central, pero no está exento de toxicidad, por lo que se surge la necesidad crítica de un mejor tratamiento, como rituximab. **Palabras clave:** linfoma no Hodgkin, sistema nervioso central, inmunocompetente.

**Folio: 1020****Tema:** Endocrinología**Evento vascular cerebral isquémico cardioembólico por fibrilación auricular secundario a hipertiroidismo apático**

Mercado José Antonio, Castro Alejandrina, García Victor Hugo
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Introducción: El hipertiroidismo es una patología en la cual existe un exceso de hormonas tiroideas sintetizadas y liberadas por la glándula tiroides. Es caracterizada por una captación normal o aumentada de yodo radiactivo. Únicamente una cuarta parte de los adultos mayores presentan síntomas típicos de la enfermedad. En 1931 se describió por primera vez un tipo de hipertiroidismo que tiene como síntoma principal letargia, fue llamado hipertiroidismo apático. Comparado con adultos de 60 años y más sanos, los pacientes con hipertiroidismo tienen 3 veces más el riesgo de presentar fibrilación auricular, enfermedad vascular cerebral derivado. Presentación del caso. Mujer de 73 años de edad, diabética e hipertensa de larga evolución. Acude a valoración por presentar horas antes a su ingreso alteración en el estado de despierto por 30 minutos, disminución de la fuerza muscular de forma generalizada y posteriormente disartria. se realiza tomografía de cráneo simple, evidenciando múltiples imágenes hipodensas

en parietoccipital derecho, parietal izquierdo y presencia de arritmia y letargica, con síndrome piramidal derecho. Eñectrocardiograma con presencia de fibrilación auricular. Se solicita perfil tiroideo, el cual reporta con TSH de 0, T3 total 4.21 y T4 libre 2.01, inicia manejo con metimazol con mejoría clínica y se egresa. **Revisión:** En los adultos mayores, la presentación de los desordenes tiroideos no es tan típica, pudiendo ser la patología base para múltiples complicaciones, en el caso de la paciente con presencia de fibrilación auricular que condicionó un evento vascular cerebral, logrando un adecuado control de la fibrilación auricular al inicio del manejo con metimazol, la relevancia del caso se da debido a que al ser una patología relativamente frecuente con una clínica no evidente, el hipertiroidismo apático debe de ser considerado en particular en pacientes geriátricos.

Palabras clave: enfermedad vascular cerebral, fibrilación auricular, hipertiroidismo apático.

Folio: 1021**Tema:** Neurología**Déficit de disferlina C y N: reporte de caso clínico**

Méndez Herón Gaspar
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

Paciente femenino de la tercera década de la vida, con

antecedente de esquizofrenia de 2 años de diagnostico; seguimiento por neurología por probable miopatía inflamatoria no especificada diagnosticada hace 2 años en tratamiento con prednisona 50 mg cada 24 horas. Inicia 3 semanas previas a ingreso con disfagia a sólidos, con posterior emesis de contenido gastroalimentario en número de 2-3 episodios al día, cuadro que se presentaba de forma intermitente, con resolución de sintomatología entre un episodio y otro, persiste la sintomatología, agregándose evacuaciones diarreicas sin moco o sangre, niega fiebre o pérdida ponderal. A su ingreso refiere además astenia, adinamia, mayor debilidad muscular. A la exploración física como datos relevantes, taquifemia, cara de luna llena; pares craneales: VII: ausencia de contracción de los músculos de expresión facial, XI: fuerza muscular trapecio y esternocleidomastoideo 2/5 según mMRC, XII: lengua con fasciculación intermitente, demás sin alteraciones evidentes. campos pulmonares con disminución en la entrada y salida de aire bilateral, no síndrome pleuropulmonar alguno, precordio rítmico, hiperdinámico, sin soplos, sin s3 o s4. Abdomen globoso, a expensas de panículo adiposo, con estrías violáceas, sin datos de irritación peritoneal. Extremidades superiores con edema ++, fuerza muscular proximal 2/5, distal 3/5 Daniels, ROTS +/++++;

extremidades inferiores hipotróficas, con fuerza muscular proximal 2/5, distal 2/5 según Daniels, ROTS 0/++++, marcha no valorable. Durante su estancia presentó evolución tórpida, requiriendo intubación orotraqueal a los 7 días por deterioro neurológico, requiriendo seguimiento en UCI, presentó 3 fallos al destete ventilatorio así como intolerancia a la vía oral por ausencia de reflejo deglutorio, por lo que ameritó traqueostomía y gastrostomía. Presentó complicaciones infecciosas a nivel pulmonar y urinario, con asialmiento de *Pseudomonas aeruginosa* y *Serratia marcescens* y *Cándida tropicalis*, respectivamente. Como parte del abordaje se solicitó RM encéfalo con reporte de atrofia subaracnoidea de la región frontotemporal. RM columna dorsal y lumbar sin alteraciones. Por otro lado, se solicitó enzimas musculares con valores de CK-MB 14, CK 448, Troponina T 0.064, Aldolasa en valor de 32.4 (elevado perfil hormonal con los siguientes valores: Estradiol 27.65, FSH 8.35, Prolactina 22.42, ACTH 17.10, Cortisol 10.20 (todos dentro de valores normales), Hormona luteinizante 0.68 (disminuida), C3 y C4 normales. Se llevó a cabo punción lumbar, sin alteraciones en el citoquímico y cultivo. ECOTT con disminución generalizada de la contractilidad, sin segmentarismos, PSAP 16mmHg, FEV1 26%, patrón de llenado

restrictivo con hipocinesia generalizada, TAPSE 17, D2VI 44. Electroneuromiografía con patrón miopático sin la presencia de inestabilidad de membrana en la mayoría de los músculos proximales y distales evaluados, sin características de miopatía inflamatoria. Se procede a realización de tamiz neonatal ampliado sin documentar alteraciones en la detección de 67 enfermedades. Se llevó a cabo determinación de ácidos grasos y espectromiografía de masas con elevación de los ácidos 2-hidroxi-butírico, 2 hidroxí-isovalérico, 3 hidroxí-isovalérico y de los ácidos del ciclo de Krebs láctico, succínico, fumarico, pirúvico, isocítrico, cetoglutarato, trazas de alta cetooácido de cadena ramificada cetooisovalérico, probable acidosis láctica congénita. La biopsia muscular con reporte de probable distrofia muscular, aumento de la centralización nuclear, sustitución de tejido muscular por tejido fibroconjuntivo, finalmente se realizó Inmunohistoquímica de biopsia muscular con documentación de expresión disminuida de disferlina C y disferlina N, llevando a cabo diagnóstico de miopatía no inflamatoria por disferlinopatía. La paciente se egresa con apoyo ventilatorio (BIPAP) de forma ambulatoria, después de 3 meses de estancia hospitalaria.

Palabras clave: disferlinopatía, miopatía, disferlina C y N, distrofia, parálisis, debilidad muscular.

Folio: 1023

Tema: Hematología

Atelectasia pulmonar masiva, secundaria a obstrucción por linfoma no hodgkin de células B

García Maximiliano¹, García Cesar Jesus², Lara Jorge Bernardo¹, Cano Juan Manuel¹, Chavira Luis Raul¹, Romero Edith¹, Esquivias José Guadalupe², Palomares Pascual¹

¹ Universidad de Guanajuato;

² Universidad de Guadalajara

Introducción: El linfoma no Hodgkin es un desorden linfoproliferativo común el cual tiende a tener aparición clínica en múltiples localizaciones siendo habitual la presentación del territorio linfático, sin embargo existen casos atípicos en los cuales se tiene que sospechar por su localización. **Material y métodos:** Masculino de 57 años de edad sin antecedente de enfermedades crónico degenerativas, comerciante; acude a este hospital por presentar desde hace dos meses pérdida de peso que excede más del 5% del peso corporal total cuantificado como 15kg de manera no intencionada, acompañado de tos crónica productiva en accesos, no disneizante, no emetizante; acudiendo con médico particular se realiza baciloscopia de esputo resultando negativa, una semana posterior presenta disnea súbita, taquicardia y falla respiratoria tipo I, motivo por el cual se orointuba y se solicita radiografía de tórax con radiopacidad generalizada de



pulmón izquierdo sugerente de derrame pleural masivo, se coloca sondaje endopleural y se envía a análisis de líquido pleural, como resultado exudado, tinción Papanicolaou negativa, pH 7.3. Se realiza tomografía torácica de alta resolución encontrando adenopatías mediastinales de aspecto infiltrativo que condicionan atelectasia obstructiva total del pulmón izquierdo, se realiza biopsia de ganglio cervical la cual reporta neoplasia maligna poco diferenciada con reporte de inmunohistoquímica linfoma no Hodgkin de células B grandes con expresión de CD20 por lo cual se inicia esquema de quimioterapia con R-CHOP. Se realiza traqueostomía y egreso del paciente. **Conclusiones:** El linfoma No Hodgkin tiene como causa múltiples escenarios, exposición ambiental, predisposición genética, infecciones por agentes linfotrópicos como VEB, VIH, entre otros. El manejo inicial consta de un esquema quimioterapéutico con CHOP y si expresa CD20 se inicia manejo con Rituximab.

Palabras clave: atelectasia, linfoma, adenopatías, CD20, R-CHOP, inmunosupresión.

Folio: 1024

Tema: Oncología

Metástasis inguinal abscedada como presentación inicial de cáncer testicular

González Enrique, Salazar Manuel Alejandro, Salazar Carlos Eduardo, Nañez Homero

Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Los tumores testiculares son una enfermedad muy prevalente en edades tempranas presentándose como aumento de tamaño testicular o inclusive enfermedad metastásica. El involucro inguinal en pacientes con tumores germinales es poco común y se asocia a manipulación quirúrgica testicular previa.

Caso clínico: Un hombre de 24 años de edad acudió al servicio de urgencias refiriendo fiebre, malestar general y una gran tumoración abscedada en región inguinal izquierda. Antecedente de hidrocele y varicocele en la infancia tratados quirúrgicamente. 1 año previo a su ingreso, un nódulo pequeño de aproximadamente 1 x 2 cm apareció en su región inguinal izquierda, el cual fue aumentando de tamaño y se acompañó de pérdida de peso de aproximadamente 15 kg. A su llegada presentaba datos de respuesta inflamatoria sistémica; al examen físico se apreció gran adenopatía abscedada y ulcerada con secreción purulenta de 20 x 18 x 11 cm en topografía antes descrita, asociada a tumoración testicular izquierda de 5 cms. Estudios de imagen revelaron nódulo pulmonar subpleural izquierdo de 1 cm en eje corto. Se decide realizar orquiectomía radical izquierda, así como biopsia de adenopatía abscedada, reporte

histopatológico mostró tumor germinal mixto. Marcadores tumorales tras orquiectomía DHL 1124 UI/L, β -hCG 197 mIU/mL, AFP 172 ng/mL. Se inicia antibioticoterapia de amplio espectro además de realizar desbridación quirúrgica del absceso, con adecuada respuesta clínica. Tras vigilancia se decide su egreso para administración ambulatoria de esquema de quimioterapia a base de bleomicina, etopósido y cisplatino (BEP). **Conclusión:** El involucro metastásico ganglionar inguinal asociado a cáncer testicular es muy raro. El antecedente de cirugía inguinal y/o escrotal podría explicar este fenómeno como resultado de la alteración en el patrón de drenaje linfático regional. Cuando este grupo de pacientes desarrolla cáncer testicular, se ha descrito involucro nodal inguinal en hasta un 2-10%.

Palabras clave: cáncer, testicular, metastasis, inguinal, abscedada.

Folio: 1025

Tema: Oncología

Caso inusual de cáncer pulmonar no microcítico en mujer joven

González Jorge Alfredo¹, Aranda Mercedes¹, Rumbo Uriel², Chávez Alan Oswaldo³, López Mónica Aracely², Hernández Ángel Anatolio⁴

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca; ² Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; ³ Hospital Gene-

ral de Ecatepec Dr. José María Rodríguez; ⁴ Hospital Civil de Culiacán

Introducción: El cáncer pulmonar (CP) es el número uno en mortalidad a nivel mundial y en México ocupa el segundo lugar. Afecta principalmente a hombres de 60-75 años. Mundialmente el 80-90% de casos se relaciona a tabaquismo, en México el 56% se relaciona a tabaquismo. Se clasifica en CP de células pequeñas (CPCP), representando el 76% de casos y en CP de células no pequeñas (CPCNP) representando el 23% de casos, el tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma, ocupando el 76.3% de casos de CPCNP. Solo el 2-3% del CP se presenta en < de 40 años. En este grupo de edad el tipo histológico reportado con > frecuencia antes de 1980 fue el CPCP con predominio en hombres. En la actualidad, la frecuencia de aparición de CP en estos pacientes es similar en ambos sexos y el adenocarcinoma es el que predomina. El CP epidermoide en personas jóvenes es menos frecuente. Muchos individuos < de 40 años son tratados erróneamente como bronquitis, neumonía y tuberculosis antes de considerar CP, esto ocasiona que la etapa clínica de diagnóstico en la mayoría de los casos sea III o IV impactando en la sobrevivencia.

Caso clínico: Mujer de 28 años con índice tabáquico < 1. Inicio en junio de 2018 con tos seca,

no disneizante, no emetizante, no cianosante. Fue multitratada, sin éxito. Un mes después tuvo dolor de cadera derecha que la incapacitó para caminar, recibió analgésicos y reposo. En agosto de 2018 la tos se tornó productiva, disneizante, agregándose hemoptoicos, estridor y disnea que fue progresiva hasta ser de pequeños esfuerzos, razón de ingreso hospitalario. A la exploración: requería de puntas nasales para saturar al 94%, presentaba estridor, en cuello una adenopatía cervical anterior derecha de 1x1.5cm, no dolorosa, fija, de consistencia gomosa, en el tórax vibración de la voz disminuida en región interescapulovertebral derecha. En la radiografía de tórax ensanchamiento de mediastino por área radiopaca homogénea que comprometía la luz de la tráquea, asimismo había una radiopacidad homogénea apical derecha. En la tomografía de tórax se observó desplazamiento de la tráquea por compresión extrínseca, tumor en pulmón derecho con bordes irregulares y densidad heterogénea con cavitación en su interior en lóbulo superior y adenopatías mediastinales voluminosas. El parénquima pulmonar izquierdo con múltiples nódulos sólidos. El gammagrama ósea fue positivo a metástasis por lesión de aspecto lítico en cadera derecha. Se realizó biopsia pulmonar, RHP: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. Fue estadificada

como T4N1M1a etapa clínica: IVA. **Conclusiones:** A pesar que el CP en personas menores de 40 años es poco frecuente, este diagnóstico debe ser considerado en personas que presentan sintomatología respiratoria persistente o tratadas sin éxito. La imagen de tórax ayuda al diagnóstico. Considerar posible el CP en pacientes jóvenes ayuda a detectarlos en estadios menos avanzados y con esto mejorar el pronóstico y la supervivencia.

Palabras clave: cáncer pulmonar, paciente joven, diagnóstico.

Folio: 1026

Tema: Neurología

Signo del tridente: desmielinización osmótica pontina, a propósito de un caso

Rosales Jesús Maximino¹, Castillo Sergio Andres², Cantú Diego Alberto², Marfil Alejandro², Gamboa Mariana¹

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Servicio de Neurología Hospital Universitario Dr. José E González, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, NL, México

Introducción: La desmielinización osmótica pontina ocurre tras la corrección rápida de hiponatremia. El diagnóstico se basa en la presentación clínica, sin embargo, existen signos radiológicos que apoyan el diagnóstico, y cuyo seguimiento a largo plazo pudiera representar una herramienta pronóstica útil para el clínico.

Caso clínico: Masculino 42



años, con alcoholismo crónico (500g/sem). Niega otros antecedentes. Ingresa a urgencias por pérdida del estado de alerta; hipotenso (60/40 mmHg), se inicia reanimación con solución salina isotónica. Sodio al ingreso 114.4 mEq/L, osmolaridad calculada 229 mOsm/kg. Su nivel de sodio se normalizó en 66 horas (137.2 mEq/L) 16 mEq en las primeras 48 horas (127.4 mEq/L) con mejoría de estado de alerta. Tras 72 horas, desarrolla estado confusional agudo, ataxia y nistagmo multidireccional. Tomografía simple de cráneo y punción lumbar normales. Al sexto día presenta abulia, cuadriparesia espástica, con signos de liberación piramidal, temblor, sialorrea, disfagia y disfonía. Resonancia magnética de cerebro, mostró hipointensidad de sustancia blanca pontina, sin cambio de la intensidad de señal de los tractos corticoespinales (signo del tridente) consistente con desmielinización osmótica. Ante falta de mejoría clínica se le realizó traqueostomía y gastrostomía, se egresa tras 4 semanas de hospitalización. A los 4 meses post-egreso el paciente persiste con alteración del estado mental y cuadriparesia espástica, postrado en cama. **Discusión:** El síndrome de desmielinización osmótica pontina, suele tener un curso bifásico: manifestaciones de hiponatremia que se resuelven con la reposición para recurrir tras la desmielinización osmó-

tica. Nuestro paciente exhibió un curso trifásico infrecuente: 1- Disminución de la alerta con mejoría tras alcanzar la eunatremia, seguido de 2- Estado confusional agudo, ataxia y nistagmo, durante 48 horas y posterior desarrollo de 3- Cuadriparesia, con signo del tridente y un pronóstico funcional adverso, contrario a los reportes de casos.

Palabras clave: tridente, mielinitis, pontina.

Folio: 1027

Tema: Reumatología

La cistitis enfisematosa en el paciente lupico: reporte de caso

Ramírez Hector Alejandro, Delgado Selene
IMSS

Introducción: las complicaciones infecciosas son un proceso común dentro del lupus eritematoso sistémico (LES), siendo la segunda causa más común de mortalidad en ellos. Hay múltiples causas que las favorecen en el paciente lupico. Dentro de estos uno poco común es la cistitis enfisematosa, con solo 3 casos reportados en la literatura relacionada a pacientes lupicos.

Presentación del caso: Paciente femenino de 24 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial y proteinuria de diagnóstico reciente, la cual presentó cuadro de pérdida de peso, úlceras orales, pérdida de cabello y fiebre de origen a deteminar, con múltiples

internamientos en medio hospitalario, tratada con múltiples esquemas antibióticos, sin resolución del cuadro. Es enviada para valoración por servicio de reumatología al presentar datos clínicos y laboratoriales compatibles con LES, incluyendo linfopenia y presencia de anticuerpos antinucleares, sin tratamiento inmunosupresor previo. Presenta a su ingreso múltiples picos febriles, sin foco aparente, por lo cual se realiza tomografía axial computarizada, reportándose presencia de pneumaturia. Se inicia tratamiento con piperacilina/tazobactam durante 5 días, con adecuada resolución. Desarrollo de las complicaciones infecciosas son un proceso común dentro del LES, asociadas hasta en el 30-50% de los casos a morbi-mortalidad significativa y siendo la segunda causa más común de mortalidad en estos. Hay múltiples anomalías inmunológicas que favorecen la infección, incluyendo alteraciones en el complemento, deficiencia de mbl, deficiencia de pcr, alteraciones en la inmunidad innata dependiente de pmn y de la adaptativa con linfopenia e hipofunción de las células T y alteración en la función retículo endotelial. Así mismo se ve asociada al empleo de tratamiento inmunosupresor por periodos prolongados dentro de los cuadros infecciosos menos comunes se encuentra la cistitis enfisematosa, la cual se define como un proceso pa-

tológico donde hay presencia de gas dentro de la pared de la vejiga, secundario a una infección de microorganismos, más comúnmente *E. coli* y *K. pneumoniae*. Los reportes de casos muestran una distribución entre la sexta y octava década de la vida, con predominio en el sexo femenino y asociado a múltiples factores adicionales, incluyendo la diabetes mellitus, la vejiga neurogénica, la fístula vesicorectal, infecciones recurrentes de vías urinarias, obstrucción del tracto urinario o cateterismo vesical. La presentación clínica varía desde cuadros asintomáticos hasta sepsis fulminante, considerándose el gold standard diagnóstico la tomografía computarizada. De particular relevancia en el caso actual se trata de una mujer de 24 años, sin ningún factor de riesgo para desarrollo de cistitis enfisematosa, la cual había presentado exclusivamente síndrome febril. Carecía de tratamiento inmunosupresor previo, solo realizándose diagnóstico por hallazgo oportuno en la tomografía. La disfunción inmune asociada al propio leishmaniasis puede promover la presencia de infecciones oportunistas, mismas que se encuentran desproporcionadamente asociadas a mortalidad en este tipo de pacientes. **Conclusión:** los pacientes con leishmaniasis cuentan con múltiples factores de riesgo inmunosupresores no solo asociados a la terapia. Es necesario considerar las infecciones

oportunistas y menos comunes dentro del diagnóstico diferencial de un paciente con lupus y fiebre de origen a determinar con el fin de iniciar tratamiento oportuno.

Palabras clave: lupus, infección, oportunista, cistitis, enfisematosa, inmunosupresión.

Folio: 1028

Tema: Nefrología

Glomerulonefritis pauciinmune: a propósito de un caso

Padilla Raul Amauri, Martínez Dapne, Hernández Daniel Ramón, Valencia Raul, Mendiola Ricardo

Hospital Ángeles Clínica Londres

Introducción: El término glomerulonefritis (GN) o glomerulopatías hace referencia en forma amplia para determinar un grupo de enfermedades que afectan la estructura y la función glomerular. Dentro de estas entidades glomerulares, encontramos a las llamadas glomerulonefritis rápidamente progresivas (GNRP) un síndrome clínico-patológico caracterizado por el deterioro de la función renal de forma aguda, asociado a la proliferación extracapilar por la ruptura de la membrana basal glomerular permitiendo así el paso de fibrina y monocitos al espacio de Bowman. El curso inicial es un patrón inflamatorio con la presencia de células y mediadores inflamatorios, produciendo la formación de semilunas epiteliales que,

si se dejase a su natural evolución, conllevaría a la fibrosis de la misma y son éstas las que traducen la irreversibilidad del cuadro. De hecho, uno de los factores pronósticos de estas enfermedades lo marcan el porcentaje de semilunas fibrosadas. Un tipo de daño glomerular de las GNRP son las llamadas glomerulonefritis pauciinmunes o sin depósitos de inmunoglobulinas, un tipo de vasculitis necrotizante en las cuales –como su nombre lo indica– no hay evidencia de depósitos de inmunoglobulinas en el glomérulo y que característicamente presentan en suero anticuerpos contra el citoplasma de neutrófilos (ANCA) en más del 80% de los casos. Las GN y vasculitis ocasionadas por ANCA son la causa más común de GN de nuevo inicio en los adultos >50 años, aunque pueden presentarse en cualquier edad. **Caso clínico:** Mujer de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial, osteoporosis e infección de vías urinarias recurrentes. Acude a consulta por presentar edema blando de predominio vespertino en extremidades inferiores así como orina espumosa. Se realiza examen general de orina en el que presenta 100 mg/dl de proteínas en muestra al azar así como en sedimento leucocitos 3 por campo, eritrocitos 3 por campo, cilindros granulosos y cristales hialinos, por lo cual se solicita recolección de orina en 24 horas obteniendo 573



proteínas totales. Se sospecha de glomerulopatía por presentar lesión renal aguda, hipertensión arterial, edema y proteinuria no nefrótica. Se solicitaron anticuerpos con los siguientes hallazgos: C3 normal, C4 normal, Anti DNA negativo, anti nucleares negativo, antineutrófilos c- ANCA negativos, p-ANCA positivos. Panel viral hepatitis y VIH negativos. Por los datos obtenidos se realiza biopsia renal en la cual se reporta: glomerulonefritis proliferativa extracapilar mixta (activa/fibrosa), con lesiones necrosantes y esclerosantes segmentarias de tipo pauciinmune. Inmunofluorescencia positiva para C3c con patrón granular focal. Diagnóstico final: vasculitis de pequeño vaso con participación renal compatible glomerulonefritis pauciinmune de clase crescénica difusa.

Discusión: Característicamente la lesión anatomopatológica de las vasculitis pauciinmune asociadas a ANCA, son lesiones agudas en el glomérulo y en otros vasos del riñón, con necrosis en la pared de los vasos, acompañada de infiltración leucocitaria y leucocitoclástica, que en un principio las células predominantes son polimorfonucleares, y posteriormente son sustituidos por mononucleares. Suelen ser zonas en las que continuamente hay una activación de la cascada de la coagulación y formación de fibrina, llamadas necrosis fibrinoide. Como ya se mencionó,

la mayoría de los casos tienen anticuerpos circulantes de tipo ANCA. La inmunofluorescencia demostró dos patrones diferentes que muestran los anticuerpos a distintos antígenos de neutrófilos: • Anticuerpos con una reactividad citoplasmática difusa, o C-ANCA; dirigidos contra la proteinasa-3 (PR3-ANCA), que es una serina proteasa citoplasmática. • Anticuerpos con reactividad perinuclear, o P-ANCA; anticuerpos.

Palabras clave: glomerulonefritis, pauciinmune, p ANCA positivos.

Folio: 1029

Tema: Infectología

Infección por *Mycobacteria* no tuberculosa diseminada

González Enrique, Salazar Manuel Alejandro, Nuzzolo Laura Marina, Nañez Homero
Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Las *Mycobacterias* son una familia de bacterias con características únicas ya que son bacilo ácido-alcohol resistentes, dentro de esta clasificación se pueden dividir en infecciones por *Mycobacterium tuberculosis* y *M. leprae* e infecciones por *Micobacterias* no tuberculosas dentro de las cuales las más comunes vienen siendo *M. avium* intracelular, *M. marinum*, *M. fortuitum*. La infección por *M. Abscessum* se caracteriza por presentarse en pacientes con estados de inmunosupresión

como pacientes con fibrosis quística, inmunodeficiencias de linfocitos CD4, pacientes infectados por VIH así como pacientes post-transplantados de neoplasias hematológicas como de órgano sólido. **Caso clínico:** Masculino de 49 años de edad con antecedente de tabaquismo y alcoholismo, inicia padecimiento hace 2 meses al presentar fiebre no cuantificada de predominio vespertino que se acompaña de diaforesis nocturna, escalofríos y pérdida de peso de 9kg en aproximadamente mes y medio, dos semanas previas a su ingreso presenta disnea de medianos esfuerzos que progresa a ser de pequeños esfuerzos, previo a su ingreso el paciente presenta episodio de alteración al estado de alerta motivo por el cual es traído a consultar. A su llegada se le solicitan estudios de laboratorio, se documentan los siguientes resultados Hb 10.9 g/dL, WBC 0.847 K/uL, Neu 0.747 K/uL, Lym 0.068 K/uL, Plt 112 K/uL, Tp 14.3 seg, INR 1.29, TTP 49.4 seg, Glu 102 mg/dL, BUN 11 mg/dL, Cr 0.6 mg/dL, Alb 1.5 g/dL, AST 182 UI/L, ALT 46 UI/L, FA 123 UI/L, BT 2 mg/dL, BD 1.2 mg/dL, DHL 1019 UI/L y estudios de imagen, la radiografía de tórax evidencia infiltrado intersticial reticulonodular difuso bilateral. Se solicita prueba rápida y panel viral para VIH (-), VHC (-), VHB (-), VDRL (-), BAAR de esputo (-). Se realiza Frotis de sangre periférica el cual reporta trombocitopenia

sin evidencia de blastos, se decide realizar broncoscopia con lavado bronquio-alveolar y toma de biopsia tranbronquial, se realiza GeneXpert de biopsia reportandose BAAR (+) asi como resultado de biopsia por patologia con presencia de Bacilos acido-alcohol resistentes, LBA reportando escasos polimorfos y cultivo negativo. Por pancitopenia se decide realizar aspirado de medula osea que reporta sin presencia de blastos con disminucion en lineas celulares y toma de biopsia que se reporta positiva para BAAR y mielocultivo el cual se reporta positivo a las 2 semanas para Mycobacterias a lo que se decide realizar MALDI-TOF reportando el agente etiológico Mycobacterium Abscessus. **Discusión:** Nuestro paciente presentó una infección diseminada por Mycobacterium Abscessus lo que se considera atípico debido a que el paciente no presenta ningún estado de inmunosupresión basal. El paciente se decidió dar de alta por mejoría clínica y seguimiento por consulta externa a lo que se deberá continuar abordaje buscando deficiencia de linfocitos CD4. **Conclusiones:** *Mycobacterium abscessus* es una micobacteria que se ha reportado recientemente en múltiples casos de pacientes transplantados. El diagnóstico de estas infecciones es complejo ya que requiere buena comunicación entre clínicos, radiólogos y microbiólogos.

Debido a la baja sensibilidad y especificidad de los síntomas, la radiología y la microscopia directa el cultivo se mantiene como estandar de oro para estas enfermedades. Es de suma importancia realizar la tipificación adecuada de la bacteria ya que el tratamiento varia dependiendo del tipo de micobacteria.

Palabras clave: *Mycobacterium abscessus*, micobacteria, diseminada, BAAR.

Folio: 1030

Tema: Toxicología

Coagulopatía intravascular diseminada secundaria a envenenamiento por mordedura de serpiente *Bothrops asper*

Tafolla Edgar Jesús, Alvarado Citlalli, Valencia Nicolás, Hernández Éufrates, García Oscar Alejandro, Gándara César Adrián

Hospital Gustavo A Rovirosa Pérez

Introducción: En el mundo entero se producen, anualmente, alrededor de 30 a 40 mil muertes por mordedura de serpiente, ocupando el primer lugar la India, Pakistán y Birmania. México reporta 27,480 accidentes anuales, de los cuales mueren un promedio de 136 personas por año. El daño que pueda ocasionar el veneno de las serpientes depende de la familia, del género, especie y de la cantidad de veneno inoculado. Las especies más peligrosas de serpientes pertenecen a las familias Viperidae y Elapidae.

Caso clínico: Femenino, 63 años, ama de casa, originaria y residente de Chiapas. Sin antecedentes heredo-familiares ni personales patológicos de relevancia para el padecimiento actual el cual inicia 6 horas previas a su ingreso al sufrir mordedura por serpiente en región periumbilical, con sangrado activo en sitio de herida, sin ceder a la compresión local. Una hora más tarde se añade dolor abdominal tipo urente localizado en mesogastrio, continuo, sin irradiación, sin ceder con cambios posturales ni empleo de paracetamol 500mg c/ 8 h acompañado de equimosis perilesional. Acude a Hospital de su comunidad, en donde se inicia hidratación parenteral. Debido a falta de suero anti-viperino es referida a Hospital de Villahermosa, Tabasco. A su ingreso se le solicitan exámenes de laboratorio de rutina. Debido a deterioro del estado neurológico e inestabilidad hemodinámica, es ingresada a Unidad de cuidados intensivos con los siguientes signos vitales: TA 80/ 40 mmHg, FR: 28 rpm, FC: 118 lpm, temperatura: 37.2° C, SO₂: 98%. A la exploración física se encuentra estuporosa, fascie álgica, presencia de isocoria, presencia de gingivorragia, tórax con ruidos cardiacos rítmicos, latidos cardiacos aumentados en frecuencia e intensidad. Campos pulmonares sin sibilancias ni crepitantes. Abdomen con presencia de 2 heridas



redondas, 2 mm, sangrantes, bordes irregulares, con edema, eritema y equimosis perilesional, blando, doloroso a la palpación superficial y profunda, peristalsis disminuida, timpánico en marco colónico izquierdo. Extremidades superiores e inferiores hipotróficas, llenado capilar 5 segundos, REMs presentes y aumentados. Paraclínicos de ingreso: Hb 5.4 g/dL, Hto 15.8%, plaquetas: 67 mil, Leucocitos: 18.6 mil, Neutrofilos 16.1, linfocitos 2.1, glucosa: 122 mg/dL, creatinina: 2.78, BUN: 28.4, Urea: 68.63, Na 136, K 4.1, Cl 101, Albumina: 1.8, BT: 1.1, BI: 0.7, BD: 0.4, FA: 82, AST: 137, ALT: 145, LDH: 321 Fibrinógeno: 18 g/dL TP: sin actividad, TPP: sin actividad, PCR: 22.3 mg/dL, CK: 4678, Gasometría arterial: pH 7.51 pCO₂ 18 mmHg, pO₂ 90.2 mmHg, SO₂ 98.4%, HCO₃ 15 mmol/L EGO: orina turbia, sin glucosuria, sin cetonuria, proteinuria 100, pH 6.0, densidad 1.030, sin nitritos ni esterasa, sedimento con células epiteliales moderadas, bacterias ausentes, leucocitos 3, eritrocitos 1, cilindros granulados abundantes. Se utiliza un total de 80 sueros antiviperinos, requiriendo también concentrados eritrocitarios, uso de amins vasoactivas, logrando remisión de cuadro en 72 horas, siendo egresada a piso de medicina interna para continuar manejo. **Discusión:** El veneno de las serpientes de la familia Viperidae causa

daño tisular y efectos locales y manifestaciones sistémicas asociadas a sangrado, coagulopatía y choque hipovolémico. El tratamiento de envenenamiento por mordedura de serpiente incluye administración de faboterápico dependiendo del grado de envenenamiento, (escala de Christopher y Rodning), vigilancia del edema y fasciotomía si hubiera síndrome compartamental, así como practicar controles de biometría hemática, tiempos de coagulación, frotis de sangre periférica, Creatin quinasa y examen general de orina **Conclusiones:** La nauyaca (*Bothrops asper*) y la serpiente de cascabel (géneros *Crotalus* y *Sistrurus*) ocasionan la mayoría de los casos de toxicidad por ofidios en nuestro país. El envenenamiento por mordedura de serpiente continúa siendo una patología olvidada, teniendo una mayor prevalencia en zonas tropicales

Palabras clave: coagulopatía intravascular diseminada, *Bothrops asper*, choque hipovolémico, clasificación Christopher y Rodning, faboterápico.

Folio: 1031

Tema: Infectología

Coinfección de *Mycobacterium tuberculosis* y *Pneumocystis jirovecii* en paciente con infección por VIH. A propósito de un caso

Gándara César Adrián, Valencia Nicolás, Morales Erick, Rojas Jahzeel Samir

Hospital Regional de Alta Especialidad Gustavo A Rovirosa Pérez

Masculino de 24 años de edad, soltero, estudiante de licenciatura, COMBE negativo, preferencia sexual hombre-mujer, 3 parejas sexuales sin uso de preservativo, con diagnóstico de infección por VIH desde 3 meses previos en tratamiento con emtricitabina, tenofovir y evafirenz, carga viral inicial de 854,000 copias y 11 células CD4+. Presentó pérdida ponderal de 3 kg en el último mes, 15 días previos a su ingreso tos productiva con esputo blanquecino, fiebre de 38.5 °C sin predominio de horario y disnea mMRC2 que evolucionó a disnea mMRC4, por lo cual acudió al servicio de urgencias. A la exploración física aspecto caquético, pálido, deficiente hidratación, discreto aleteo nasal, tórax longilíneo, con tiraje intercostal y supraclavicular, campos pulmonares con escasos crépitos difusos de predominio basal, abdomen plano, peristalsis normal, extremidades hipotróficas sin edema. Estudios de laboratorio a su ingreso: Hb 8 g/dL, Hto 22.9%, VCM 95.3 fL, HCM 33.2 pg, plaquetas 164,000, leucocitos 5,000, neutrófilos 4,900, linfocitos 100, Na 132 mmol/L, K 4.2 mmol/L, glucosa 117 mg/dL, creatinina 0.6 mg/dL, urea 33.26 mg/dL, albúmina 1.98 g/dL, globulina 4.23 g/dL, bilirrubina total 0.3 mg/dL,

FA 601 UI/L, AST 61 UI/L, ALT 25 UI/L, DHL 672 UI/L, pO₂ 46.5 mmHg, pCO₂ 24.1, Sat O₂ 87.3 %, HCO₃⁻ 20.8, BEb -0.5. Radiografía de tórax con infiltrado micronodular difuso en ambos campos pulmonares. Inicialmente se dio tratamiento con oxígeno suplementario por mascarilla simple, por el antecedente de inmunosupresión, hipoxemia, aumento de fosfatasa alcalina y DHL alta sospecha de neumonía por *neumocystis jirovecii*, se inició trimetoprim/sulfametoxazol a dosis de 15 mg/kg/día en 3 dosis, prednisona 40mg al día por 5 días y posteriormente se inició reducción, se observó mejoría clínica evidente a las 48 hrs, a los 7 días se reportó PCR positiva para *Mycobacterium tuberculosis* (la cual se solicitó por el antecedente de inmunosupresión y la imagen radiográfica típica de tuberculosis miliar), por lo que se inició doTbal a dosis de 7mg/kd/día de isoniazida, se egresó con dicho tratamiento, complejo B, misma terapia antirretroviral y trimetoprim/sulfametoxazol por 14 días más, para continuar su seguimiento ambulatorio, cabe mencionar que la DHL y FA disminuyeron de forma importante.

Palabras clave: *Mycobacterium tuberculosis*, *Pneumocystis jirovecii*, VIH, tuberculosis miliar.

Folio: 1032

Tema: Cardiología

Diseción aórtica. Reporte de caso

Castro Alejandrina¹, Mercado José Antonio¹, García Víctor Hugo¹, Mejía Raul Ibrain²

¹ Secretaria de Salud Ciudad de México; ² Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: la aorta es el vaso arterial mas grande e importante del sistema circulatorio, esta consta de cuatro porciones la aorta torácica ascendente, el cayado aórtico, la aorta torácica descendente y la aorta abdominal. La diseción aortica se caracteriza por ser una patología en la cual hay afección de las paredes del vaso (media e íntima) depende la localización anatomía de la lesión es la clasificación y el pronóstico de la misma, las manifestaciones clínicas son variadas desde asintomático hasta dolor precordial acompañado de hipertensión, sin embargo dependerá de la extensión y localización de la lesión. El diagnóstico y tratamiento oportuno son de vital importancia ya que estos presentaran un impacto directo en la morbimortalidad de los pacientes. **Presentación de caso:** Masculino de 77 años albañil durante 40 años con exposición a polvo de cemento, tabaquismo durante 50 años a razón de 2-3 cigarrillos al día IT 7.5 paquetes año. Hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus 2 en tratamiento vía oral. Inicia 15.02.18 nuevamente con la presencia de dolor opresivo retroesternal

intensidad 10/10 irradiado a brazo derecho acompañado de diaforesis y sensación de angustia; a su ingreso con TA 90/60 FC 72 clínicamente estable se toma electrocardiograma en el cual se evidencia la presencia de supra desnivel ST de V1-V5 mayor a 0.5mV así como elevación de troponinas; se realiza trombólisis con tenecteplase 35 mg aparentemente con criterios de reperfusión; ingresa UCI persiste hipotenso y con dolor de características anginosas pese a nitratos sin embargo sin nuevos cambios en EKG, se revalora radiografía encontrándose con la presencia de ensanchamiento mediastinal por lo que ante sospecha de lesión aortica se realiza angio resonancia cardiaca reportándose diseción aórtica Tipo B Stanford/ III de DeBakey. **Conclusión:** las disecciones aorticas son de las patologías menos frecuentes a nivel cardiovascular sin embargo son de gran importancia. **Palabras clave:** aorta, diseción.

Folio: 1033

Tema: Otros

Síndrome de Stevens Johnson inducido por efavirenz

Sánchez Eduardo, Collado Rodrigo

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Las reacciones de hipersesibilidad ocurren con mayor frecuencia en pacientes con virus de inmunodeficiencia



adquirida que la población general, siendo 100 veces más comunes en pacientes con VIH. El síndrome de Stevens-Johnson y la Necrosis epidérmica tóxica son los cuadros de reacción adversa medicamentosa con mayor severidad mediados de forma primaria por Linfocitos T, con foco primario en la piel y mucosas, con morbilidad elevada. Los fármacos asociados al síndrome de Stevens-Johnson son las sulfonamidas, sulfonas, tiacetona y antirretrovirales, con una incidencia mayor a Nevirapina; asociándose al uso de Efavirenz en un 0.14% de los casos. **Caso:** Se trata de paciente masculino de 29 años que ingresa por presentar aumento de volumen en región cervical, axilar e inguinal de forma bilateral, doloroso, de dos meses de evolución, además de presentar pérdida de peso de aproximadamente 10 kilogramos en ese tiempo, iniciando protocolo diagnóstico y confirmando diagnóstico de VIH con pruebas de ELISA y Western Blot, cumpliendo criterios por carga viral para inicio terapia retroviral, iniciando tratamiento con atipla (tenofovir, emtricitabina y efavirenz) desarrollando lesiones eritematodescamativas generalizadas a las 72 horas de iniciar tratamiento con afección del 9% de superficie corporal, afección de mucosas y signo de Nikolsky positivo, cumpliendo criterios para síndrome de Stevens-Johnson e iniciando tratamiento con fluidoterapia

intensiva, esteroide sistémico en servicio de terapia intensiva. Se realiza prueba Western Blot el cual se reporta positivo con una carga viral de 1468 copias y conteo de linfocitos CD4 23. Determinando reacción de hipersensibilidad tardía en forma de síndrome de Stevens-Johnson se decide 6 semanas posterior resolución de cuadro pruebas epicutáneas (parche) y pruebas de transformación linfocitaria para corroborar el agente causal específico de la enfermedad, corroborando efavirenz como el causal de la enfermedad. Conclusión. Los fármacos que pueden desencadenar el Síndrome de Stevens-Johnson en un paciente con VIH incluyen aquellos que se utilizan para profilaxis, manejo de infecciones oportunistas y tratamiento antiviral siendo reacciones adversas a fármacos raras menores al 1% y siendo el medicamento más asociado la nevirapina. En nuestro caso, el paciente contaba con infección por el virus, con conteo carga viral y de CD4 para inicio terapia retroviral por lo que se inicia manejo y posteriormente desarrollando síndrome de hipersensibilidad retardada se decide realizar pruebas para determinar el fármaco causante, corroborando al Efavirenz como el desencadenante, algo que se encuentra descrito en la literatura en menos del 1% de los casos iniciando terapia alternativa con abacavir con lamivudina hasta el momento

asintomático y con respuesta clínica al tratamiento.

Palabras clave: Stevens, Johnson, linfocitos T, efavirenz, reacción, adversa.

Folio: 1034

Tema: Hematología

Deficiencia severa de vitamina B12 secundaria a anemia perniciosa: presentación de un caso con pancitopenia y hemolisis

Orozco Gerardo, Carrera Fabian Armando

Hospital General Gea González

Introducción y Antecedentes:

La anemia por déficit de vitamina B12 es un tipo de anemia megaloblástica en la cual existe una disminución de la síntesis del ADN y genera una alteración en la maduración de las tres líneas celulares de la médula ósea; si la deficiencia es severa se puede presentar con pancitopenia. Las causas de deficiencia de vitamina B12 son: la disminución en la ingesta y la ausencia de factor intrínseco por gastritis atrófica autoinmune. La pancitopenia por deficiencia de vitamina B12 es frecuente, los estudios informan un rango entre 17% y 32.2% (Das Makheja K la reportó hasta en un 41% secundaria a anemia megaloblástica). Los síntomas más comunes son palidez, fiebre, fatiga, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia y linfadenopatía. La anemia hemolítica puede ser una manifestación asociada en raras ocasiones; Meier N (2007)

describió una mujer de 73 años con pancitopenia, macrocitosis, disminución de la cuenta reticulocitos y anemia hemolítica, con niveles bajos de vitamina B12, y gastritis atrófica autoinmune. En 2015 Keskin y Keskin reportaron un varón de 15 años con dieta vegetariana y anemia macrocítica, trombocitopenia, leucopenia, ictericia secundaria a hemólisis y esplenomegalia, asociados con deficiencia de vitamina B12 (5 en ambos casos después de la administración de cianocobalamina los pacientes normalizaron sus parámetros clínicos y bioquímicos. **Presentación del caso:** Mujer de 45 años, sin antecedentes de importancia, Inició 1 mes previo a su ingreso con astenia, adinamia, malestar general, pérdida de peso no intencionada de 8 kg en 4 semanas, sin fiebre ni diaforesis, posteriormente presentó disnea de medianos esfuerzos y palpitaciones. La exploración física con palidez, ictericia. Leucocitos 2.3, Neutrófilos 0.8, Linfocitos 1.4, Hemoglobina 3.8, Hematócrito 11.1, VCM 108.2, HCM 36.6, Plaquetas 40, Reticulocitos corregidos: 1.2%, Bilirrubina total 4.99, Bilirrubina Indirecta 3.7, Haptoglobina 2, DHL 6089, Ferritina 146 ng/mL, Folatos 16.1 ng/mL, Vitamina B12 19 pg/mL, Anticuerpos anti-células parietales positivos (34.4U). Tomografía toraco-abdominal: esplenomegalia. Biopsia de médula ósea: hiper celular con alteraciones en la maduración de las 3 líneas

celulares hematopoyéticas. Biopsia de antro, cuerpo e incisura gástrica: gastritis autoinmune (metaplasia pilórica, metaplasia intestinal completa, atrofia moderada, ausencia de células parietales). Se inició tratamiento con sustitución de vitamina B12 presentando adecuada respuesta clínica y de los parámetros de laboratorio.

Conclusiones: La deficiencia de vitamina B12 ocasiona anemia megaloblástica, y cuando es severa se puede presentar con pancitopenia, siendo una de las causas más comunes de ésta, en raras ocasiones se puede acompañar de otras manifestaciones como anemia hemolítica, por eritropoyesis ineficaz. Para el médico clínico es importante tener en mente esta posibilidad, debido a que estos casos requieren del diagnóstico diferencial con enfermedades neoplásicas hematológicas, y en estos pacientes por ser una condición benigna tendrán una respuesta favorable con la reposición de cianocobalamina.

Palabras clave: anemia perniciosa, pancitopenia, deficit de vitamina B12, hemolisis.

Folio: 1035

Tema: Endocrinología

Deterioro cognitivo secundario a hiperaldosternismo primario: enfoque del adulto en riesgo de demencia por elevación de mineraolcorticoides a razón de un caso

Alcázar Luis Ernesto, Félix Saúl Alfonso, Osio Tito Gustavo, Gar-

cía Ricardo Emmanuel, Arroyo Daniel Iván, Pérez Edgar Eduardo, Aguayo Olivia Alejandra, Pacheco José Alberto
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El hiperaldosternismo primario (AP) es la causa más común de hipertensión arterial secundaria, se estima una prevalencia del 6 al 20%, de estas la más común es la hiperplasia suprarrenal bilateral. Evidencia ha demostrado que la elevación en plasma de la aldosterona aumenta el riesgo cardiovascular de manera exponencial, aumentando el riesgo de evento vascular cerebral, infarto al miocardio o fibrilación auricular 4, 6 y 12 veces más respectivamente. El aumento de la aldosterona es un factor de riesgo independiente de riesgo cardiovascular, y varios estudios han demostrado que los receptores de mineralocorticoides especialmente en el hipocampo y la elevación de aldosterona se asocia a deterioro cognitivo que conlleva a demencia, disminución de la calidad de vida y pobre pronóstico. **Objetivo:** Identificar pacientes que se presentan con elevación de la aldosterona ya que se considera factor de riesgo independiente de deterioro cognitivo y aumento del riesgo cardiovascular. **Presentación de caso:** Paciente femenino de 60 años de edad, licenciada en educación, previamente sin comorbidos, que acude a urgencias por presentar



cefalea punzante bilateral, con escala visual análoga 7/10, además de polidipsia. Se toman signos vitales encontrando presión arterial 176/92 mmHg y toma de glucosa 219 mg/dL. Durante su estancia en urgencias se documenta hipokalemia severa de 1.4 mmol/L por lo que se toma electrocardiograma encontrando únicamente inversión de ramas asimétricas de la onda T en derivaciones precordiales. Se coloca acceso venoso central y se realiza reposición de potasio con infusión a pasar 20 mEq de cloruro de potasio por hora. Durante su estancia intrahospitalaria se toma control de paraclínicos a las 6 horas posterior a la infusión con cloruro de potasio encontrando basales de 4.5 mmol/L, se suspende infusión, en 24 horas e vuelven a solicitar electrolitos séricos encontrando potasio de 3.2 mmol/L, se inicia abordaje de trastorno hidroelectrolíticos, potasio en orina 59.50 mmol/L, por lo que se calcula gradiente transtubular de potasio de 7.7 por presencia de hipertensión arterial se sospecha de hiperaldosteronismo primario. Se realiza prueba de infusión de solución salina al 0.9% de 2,000 centímetros cúbicos, toma de aldosterona a las 8:00 horas y a las 12:00 sentada con valores en primera muestra de 417.2 pg/mL y segunda muestra de 347.6 pg/mL. Se realizó una tomografía contrastada con enfoque adrenal encontrando aumento del diámetro de las

glándulas suprarrenales de manera bilateral calculados izquierda de 10.6 mm x 10.2 mm x 10.7 mm, derecha 15.2 mm x 8.0 mm x 8.6 mm. Durante su estancia intrahospitalaria paciente con alteraciones de memoria concentración y cálculo sin presentar delirium, familiares refieren fallas en la memoria 30 días previos a su ingreso, se realiza cuestionario de Pfeiffer de 6 errores, por lo que se realiza prueba Montreal Cognitive Assessment con 22 puntos con una sensibilidad 100% y especificidad del 53% para deterioro cognitivo leve de tipo amnésico. **Discusión:** El incremento de la prevalencia en hiperaldosteronismo primario como causa de hipertensión arterial secundaria, confiere un riesgo para el adulto mayor a deterioro cognitivo por elevación del riesgo cardiovascular y receptores de mineralocorticoides a nivel del hipocampo principalmente, al igual que un factor de riesgo independiente para demencia, progresión de la pérdida de memoria y pérdida de la autonomía. **Conclusión:** El abordaje oportuno de alteraciones hidroelectrolíticas e hipertensión secundaria es de suma importancia para el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario y terapéutica temprana inhibiendo la producción de aldosterona que conlleva a un riesgo cardiovascular elevado y demencia en el adulto mayor. **Palabras clave:** deterioro cognitivo, hiperaldosteronismo

primario, aldosterona, hipertensión secundaria.

Folio: 1036

Tema: Gastroenterología

Enfermedad inflamatoria intestinal: un reto diagnóstico en fiebre de origen desconocido

Chávez Nancy Libertad, Torres Ulises, Santiago Ricardo, Nava Alfredo, Trejo Jorge Enrique, García Gustavo

Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE

Introducción: La fiebre de origen desconocido constituye un reto diagnóstico para los médicos. La posibilidad de encontrar una causa es, en muchas ocasiones dependiente de contar con la tecnología necesaria, y hasta en el 51% de los casos, no se logra llegar al diagnóstico final. Han sido reportadas más de 200 causas de fiebre de origen desconocido y la enfermedad intestinal inflamatoria se encuentra entre ellas, y en el caso de las enfermedades inflamatorias intestinales, diferentes series reportan la presencia de fiebre aproximadamente en un 40% de los casos. Existen sin embargo, escasos reportes que muestren concretamente la fiebre de origen desconocido como primera manifestación de la enfermedad Inflamatoria intestinal. Se reporta a continuación un caso que ilustra claramente el reto clínico que significa el diagnóstico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal a partir de un cuadro

inicial tan inespecífico como lo es la fiebre. **Caso clínico:** Masculino de 60 años, residente de CDMX, antecedente de Hipertensión en tratamiento y consumo crónico de AINES por artalgias crónicas. Tabaquismo positivo con índice tabáquico 2. Inicia su padecimiento posterior a ingesta de alimentos en vía pública presentando diarrea con presencia de moco y sangre, fiebre y datos de bajo gasto, acudiendo a valoración por el servicio de urgencias, donde se evidencia shock hipovolémico, recibiendo reanimación hídrica. Ingres a medicina interna con datos de anemia y persistencia de evacuaciones, por lo que se inicia tratamiento antibiótico con ciprofloxacino, logrando remisión del cuadro diarréico, sin embargo persiste con fiebre cuantificada en 39°C durante una semana, agregándose artalgias de grandes articulaciones con datos de sinovitis, motivo por el que se inicia protocolo diagnóstico de fiebre de origen desconocido, realizándose en su primera fase hemocultivos, coprocultivos, coproparasitoscópicos, mielocultivo y reacciones febriles los cuales resultan negativos. Al no encontrarse causa infecciosa se deciden realizar estudios inmunológicos y neoplásicos. Se descarta origen reumatoide con Anticuerpos CCS Negativos, Antinucleares y factor reumatoide negativos; marcadores tumorales resultan negativos. Se solicita Tomografía toracoab-

dominopélvica con evidencia de engrosamiento difuso de la pared en colon cecal y ascendente. Se solicita valoración mediante colonoscopia, reporte histopatológico con mucosa colónica de aspecto granulomatoso con datos de inflamación aguda y zonas de ulceración, sugerente de enfermedad de Crohn, con apoyo diagnóstico de ASCA IgA (+) y P-ANCA (-). Se encuentran datos sugestivos de sacroilitis mediante resonancia magnética, Antígeno HLAB-27 resulta negativo.

Conclusiones: La fiebre como primera manifestación de la EI es una forma muy inusual de presentación, sin embargo dicho diagnóstico debe considerarse en pacientes que se encuentren en protocolo por fiebre de origen desconocido, las manifestaciones intestinales sin causa infecciosa aparente y manifestaciones extraintestinales pueden ser orientadores.

Palabras clave: fiebre, Crohn, intestino, FOD, EI.

Folio: 1037

Tema: Cardiología

Síndrome de Stoke Adams en paciente con situs inversus totalis

Rodríguez Alberto Nicolás

Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital General de Zona No. 46 Bartolomé Reyes Berezaluce

Introducción: El síndrome de Stoke Adams es una pérdida súbita del estado de la

consciencia, la cual puede acompañarse de crisis convulsivas, secundaria a asistolia o disritmia paroxística, comúnmente secundario bloqueo A-V, bloqueo sinoauricular, y taquicardias o fibrilaciones paroxísticas en un 0-5. Femenino de 72 años acude por presentar cuadro de dos meses, de disnea progresiva, dolor torácico opresivo relacionado con esfuerzo, menor de 20 minutos de duración, disminuye con reposo, crisis convulsivas tónico clónicas en 13 ocasiones. A la exploración física se encuentra con ruidos cardiacos disrítmicos, localización en hemitórax derecho. Debido a los hallazgos a la exploración y cuadro clínico se realizan los siguientes paraclínicos: CK 20, CKMB 9, tele de tórax, demuestra situs inversus totalis, Ecocardiograma en donde se observa dextrocardia, dilatación de las 4 cámaras, FEVI 40%. ECG con Flutter auricular de respuesta ventricular variable, media de 50lpm, pausas de hasta 7 segundos, las crisis convulsivas se relacionan con pausas de conducción, se documenta una con período de taquicardia ventricular con remisión espontánea. Se hace diagnóstico de síndrome de Stoke Adams, relacionado a bradicardia y taquicardia. Se procede a colocación de marcapasos guiado por fluoroscopia, evitando complicaciones debido a su anatomía cardiaca. **Conclusión:** El síndrome de Stoke Adams es



secundario a distintas disritmias paroxísticas, en el presente caso se presenta en flutter auricular de conducción lenta y taquicardia ventricular, llama la atención la dextrocardia que presenta la paciente, no se ha descrito asociación entre estas condiciones, sí hay relación entre miocardiopatía dilatada y cardiopatía isquémica con arritmias, por lo que se remarca la importancia del análisis detallado y seguimiento en pacientes con cardiopatía estructural.

Palabras clave: síndrome de Stoke Adams, situs inversus totalis, flutter auricular de respuesta ventricular variable, dextrocardia, taquicardia ventricular.

Folio: 1038

Tema: Nefrología

Glomerulonefritis membranoproliferativa asociado a un carcinoma neuroendocrino, la importancia del abordaje diagnóstico correcto. Reporte de un caso

Hernandez Ángel Anatolio¹, González Abigail¹, Dehesa Edgar, Irizar Sergio Saúl, Meza Cynthia Margarita, González Jorge Alfredo²

¹ Medicina Interna, Hospital Civil de Culiacán, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud; ² Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Introducción: La glomerulonefritis membranoproliferativa (GNMP) presenta una prevalen-

cia baja en países en desarrollo, pero frecuente en países en vías de desarrollo. La enfermedad glomerular puede ser el resultado de muchos trastornos hereditarios o adquiridos. Los pacientes con GNMP pueden presentar una variedad de hallazgos clínicos que pueden incluir hematuria microscópica con o sin proteinuria leve, síndrome nefrótico y síndrome nefrítico con deterioro de la función renal, hipertensión y edema. Esta puede ser asociada a otras afecciones sistémicas como infecciones, trastornos autoinmunes, neoplasias malignas y reacciones a medicamentos. **Objetivo:** Resaltar la importancia del abordaje diagnóstico de un caso de glomerulonefritis membranoproliferativa secundaria a carcinoma neuroendocrino. **Reporte de caso:** Masculino de 68 años que inició su padecimiento hace 4 meses con hipertensión arterial a la cual se agregó, hematuria macroscópica, edema progresivo de miembros inferiores y dislipidemia. En su abordaje diagnóstico inicial se documentó hipertensión arterial, hematuria macroscópica, colesterol total 283mg/dL, creatinina sérica 1.6mg/dL con un índice de filtrado glomerular 44.2ml/min/1.73m², microalbuminuria +300mg/dL, cuantificación de proteínas en orina de 24 horas 16.564mg. Se realizó biopsia renal donde se identificó GNMP, se inició protocolo de estudio para esta-

blecer etiología, encontrando niveles de complemento sin alteración, anticuerpos anti-nucleares, crioglobulinas y antígeno de superficie de hepatitis B negativo, colonoscopia y esofagogastroduodenoscopia sin anomalías. **Discusión:** La GNMP presenta rasgos mixtos nefróticos/nefríticos, esta puede ser mediada por inmunocomplejos o en menor frecuencia, por complemento, su diagnóstico es por biopsia renal, en este paciente, se realizó biopsia renal que mostró datos de GNMP, debido a que el 10% de las GNMP son paraneoplásicas secundarias a tumores de pulmón, próstata y gastrointestinales, el cáncer de pulmón es el tumor más frecuente en varones adultos, fumadores, mayores de 65 años, por lo que se realizó tomografía abdominopélvica, reportando enfermedad linfoproliferativa mediastinal nódulo pulmonar irregular con probables metástasis hepáticas, confirmando por biopsia hepática carcinoma neuroendocrino de células pequeñas metastásico a hígado, se inició manejo con prednisona para la glomerulonefritis y valoración oncológica. **Conclusión:** La glomerulonefritis membranoproliferativa comprende un grupo de nefropatías que comparten lesiones histológicas características debido a diversos mecanismos patogénicos, puede ser asociada a enfermedades autoinmunes, hepatitis B ó C ó cáncer, el estándar de

oro para el diagnóstico es la biopsia renal, antes del inicio del tratamiento se debe de descartar todas las posibilidades etiológicas de la GNMP para ofrecer la mejor opción terapéutica. Muchos autores defienden un screening agresivo en pacientes con GNMP debido a las diferentes posibilidades etiológicas, la relación entre neoplasia y GNMP puede ser causa o consecuencia del tratamiento inmunosupresor, o incluso simple coincidencia. Se ha descrito la aparición de tumores hasta 5 años después del diagnóstico de GNMP.

Palabras clave: glomerulonefritis membranoproliferativa, síndrome nefrótico, síndrome nefrítico, biopsia renal, carcinoma neuroendocrino de células pequeñas metastásico.

Folio: 1039

Tema: Oncología

Sarcoma indiferenciado primario de corazón

Carrera Fabian Armando, Diaz Juan Daniel

Hospital Dr. Manuel Gea González

Antecedentes: Los tumores primarios de corazón son una entidad muy infrecuente, con una incidencia del 0,0017 al 0,02% en series de autopsia. El 75% de estos tumores son histológicamente benignos. Entre los tumores malignos los sarcomas son el grupo más común. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas y por lo general

aparecen en estadios avanzados; El diagnóstico se realiza habitualmente con técnicas de imagen como ecocardiograma o bien TAC o RMN. El tratamiento de primera línea es la resección quirúrgica completa del sarcoma y el pronóstico es pobre en casi todos los casos.

Objetivo: Exponer y describir un caso infrecuente de sarcoma indiferenciado primario de corazón con su respectivo abordaje y evolución del paciente.

Exposición del caso: Masculino de 67 años de edad sin antecedentes heredofamiliares de importancia con antecedente de hipertensión arterial sistémica y etilismo crónico. Inició con cuadro clínico caracterizado por tos con expectoración blanquecina, estrías de sangre, disnea de medianos a pequeños esfuerzos, astenia, adinamia, anorexia y pérdida de peso no intencionada de 20 kg en los últimos 9 meses. A su ingreso a la unidad de urgencias presentó signos vitales, tensión arterial (TA) 50/35 mmHg, frecuencia cardíaca 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 24 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno (SatO₂) 82%, por lo que se inició manejo hídrico y oxígeno suplementario a 3 litros/minuto con posterior mejoría de la TA 110/70 mmHg y SatO₂: 95%. A la exploración física el paciente se encontró deshidratado, caquético, con palidez generalizada y edema moderado de ambos miembros pélvicos a nivel subrotuliano.

Se solicitaron paraclínicos, dentro de los cuáles destacaron: hemoglobina 7.4 g/dL, hematocrito 24%, Volumen corpuscular medio 75 fL, hemoglobina corpuscular media 24 pg, Creatinina 2.03 mg/dL, Bilirrubina total 5.15 mg/dL, Bilirrubina directa 3.1 mg/dL y Deshidrogenasa láctica 245 U/L, resto de paraclínicos sin alteraciones. Ultrasonido de hígado y vías biliares con hallazgo de imágenes nodulares que modificaban la arquitectura de las cavidades cardíacas, además de tomografía computarizada de tórax y abdomen donde se evidenciaron presencia de múltiples lesiones nodulares a nivel mediastinal y pericárdicas que sugerían por morfología lesiones metastásicas de primario desconocido además de hallazgos observados en la columna vertebral en relación con lesiones de aspecto lítico. Posteriormente el paciente presentó datos de choque cardiogénico con presencia de falla ventilatoria que requirió intubación orotraqueal y apoyo vasopresor e Inotrópico, ante la mala evolución clínica requirió aumento de parámetros ventilatorios y dosis de norepinefrina, con datos de Falla Orgánica Múltiple, con posterior descenso abrupto de la frecuencia cardíaca, donde familiares solicitaron libre evolución, falleciendo minutos después. El reporte postmortem por parte del servicio de Anatomía patológica: diagnóstico



final de choque cardiogénico secundario a sarcoma cardíaco primario. **Conclusión:** Los sarcomas cardíacos primarios son una entidad rara que explica alrededor del 20% de los tumores cardíacos malignos. Usualmente permanecen asintomáticos hasta que producen efecto de masa, al obstruir el flujo sanguíneo disminuyendo el gasto cardíaco, existe invasión local, embolización o manifestaciones sistémicas. El ecocardiograma bidimensional es actualmente el estudio más usado para detectar tumores cardíacos, sin embargo ante la inmediata mala evolución clínica de nuestro paciente y desfavorable desenlace no se realizó. La tomografía computarizada y la resonancia magnética demuestran con gran precisión la masa tumoral y la extensión a pericardio o vasos de gran calibre. La resección quirúrgica completa continúa siendo el tratamiento primario de elección; A pesar del tratamiento, el pronóstico continúa siendo desfavorable.

Palabras clave: sarcoma cardíaco, choque cardiogénico.

Folio: 1040

Tema: Reumatología

Crisis renal refractaria como expresión inicial de escleroderma

Martínez Georgina, Luna Tania Adriana, Abud Carlos

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Introducción: La esclerosis sistémica (SSc) se caracteriza por vasculopatía, inflamación, depósito de colágeno y fibrosis de piel y órganos internos. La crisis renal (CRS) es una complicación rara y potencialmente fatal. **Caso clínico:** Mujer 61 años, antecedente familiar de artritis reumatoide, con historia personal de asma e hipertensión arterial sistémica. Se presenta con disnea rápidamente progresiva hasta la de pequeños esfuerzos y edema de miembros inferiores, descontrol hipertensivo (180/100), oliguria y hematuria. Observamos telangiectasias en cara, retinopatía hipertensiva grado II, esclerodactilia, artritis en IFP bilateral y rodillas, fenómeno de Raynaud, dermatopatía en sal y pimienta en antebrazos y piernas; puntaje de Rodnan 38; destrucción de capilares y áreas de avascularidad. Con leucocitosis, anemia, azoemia, proteinuria y hematuria; ANA 1:320 homogéneo, anti-Scl70 6.20 (< 3.0), p-ANCA 3.5. Radiografía de tórax con llenado alveolar bilateral; ecocardiograma: cardiopatía hipertensiva y derrame pericárdico. Biopsia renal: microangiopatía trombótica. Recibió IECA, glucocorticoides (GC), ciclofosfamida y hemodiálisis, requirió apoyo mecánico ventilatorio y plasmaféresis, sin mejoría clínica y falleció. **Discusión:** la CRS se presenta entre 5-15% de los pacientes con SSc variedad difusa, los factores de riesgo

asociados incluyen afección cutánea con rápida progresión (Rodnan >20), anticuerpos anti-RNA polimerasa III, roce de fricción tendinosa, sinovitis y probablemente GC, entre otros. La supervivencia a 1 año es de 70-80%, pero disminuye a 50-60% a los 5 años a pesar de tratamiento sustitutivo de la función renal.

Palabras clave: crisis renal, escleroderma.

Folio: 1041

Tema: Nefrología

Dilema diagnóstico terapéutico: glomerulonefritis membranoproliferativa tipo 1 en asociación a trombosis venosa masiva con positividad para anticuerpos antinucleares y anticoagulante lúpico

Grajeda Jesús Adrián, González Carlos Mauricio, Mingura Victor, Hermosillo Ana Karen, Zubia Carolina Ivette, Muñoz Roberto, Ramírez Carlos Gastón
Christus Muguerza Hospital del Parque

Introducción: La glomerulonefritis membranoproliferativa representa un tipo de lesión observado en la microscopía de luz y corresponde a un 10% de todos los casos de glomerulonefritis reportados por biopsia, con una presentación progresiva con hematuria y proteinuria de rango no nefrótico aunque en la literatura se han reportado presentaciones más severas que llegan a síndrome nefrótico. Dentro de todas las

enfermedades glomerulares, la glomerulonefritis membranoproliferativa tiene la mayor tasa de asociación a enfermedades sistémicas, principalmente autoinmunidad, paraproteinemias e infecciones virales. A continuación se presenta el caso de un paciente masculino de 52 años quien se diagnosticó con glomerulonefritis membranoproliferativa tipo 1 con antecedentes de trombosis venosas masivas y positividad para anticuerpos antinucleares y anticoagulante lúpico. Paciente masculino de 52 años de edad sin antecedentes personales no patológicos o heredofamiliares de importancia, con HAS desde el 2016 en adecuado control con candesartán. Refiere cuadro de trombosis venosa profunda en 2016 tratada de manera conservadora con rivaroxabán durante 6 meses, presentado luego una tromboembolia pulmonar masiva la cual se manejó con tratamiento trombolítico y posterior colocación de filtro de vena cava. En diciembre de 2017 se realiza estudios de control donde se detecta proteinuria en rangos nefróticos por lo que se decide valoración por nefrología, acudiendo a dicho servicio en febrero de 2018, quien solicitando perfil trombofílico y ultrasonido renal. Días posteriores a la valoración, se agregan astenia, adinamia, ataque al estado general y edema en miembros pélvicos ++/+++. Se recaban

estudios de laboratorio previos con unos anticuerpos antinucleares patrón homogéneo en 1:160 y anticoagulante lúpico (+) confirmado, con una creatinina sérica de 3.8mg/dl y un MDRD de 17.8, además de una anemia normocítica normocrómica de 8.6g/dl y linfopenia de 604cxmm³. Se solicitan proteínas totales en orina de 24 hrs con un resultado de 14gr/24hrs, con persistencia de la linfopenia y hematuria, por lo que se decide la realización de biopsia renal. Los resultados histopatológicos rebelan presencia de una membrana basal desdoblada en vía de tren, así como hiper celularidad mesangial y endocapilar, con presencia de depósitos subendoteliales de IgG en la microscopía electrónica e inmunofluorescencia. Se decide iniciar tratamiento con ciclofosfamida con un descenso paulatino de la creatinina y aumento del MDRD. El paciente es egresado con tratamiento de sosten inmunosupresor a base de micofenolato de mofetilo y prednisona, teniendo como diagnóstico final Glomerulonefritis membranoproliferativa tipo 1 secundaria a lupus eritematoso sistémico. El abordaje inicial de la GNMP comienza con la identificación del síndrome clínico, en este caso un síndrome nefrótico e insuficiencia renal aguda. Siendo un patrón de lesión histológico más que una entidad patológica por si misma, el diagnóstico

de la GNMP requiere una sospecha dirigida para descartar la posible etiología. Recientemente se ha adaptado una nueva clasificación basado en la patogénesis de si es mediada por inmunocomplejos o complemento. La deposición de inmunocomplejos es secundaria a paraproteinemias, enfermedades autoinmunes o infecciones crónicas, con una posterior activación del complemento por la vía clásica y la consiguiente presencia de inmunoglobulinas monoclonales o policlonales en la microscopía electrónica. La enfermedad más frecuentemente asociada es el lupus eritematoso sistémico, seguido del síndrome de Sjögren y la artritis reumatoide, mientras que de las causas infecciosas las más comunes son hepatitis C y B y de las paraproteinemias la gammapatía monoclonal de significado incierto, seguido de linfomas de bajo grado y leucemia linfocítica crónica. En nuestro paciente, los datos clínicos de importancia que apoyan un diagnóstico de lupus eritematoso sistémico.

Palabras clave: glomerulonefritis, lupus, membranoproliferativa, nefrología, inmunología.

Folio: 1042

Tema: Misceláneos

Terapia de reemplazo hepático extracorpóreo en paciente con choque séptico

Arguello Jardiel, Ortega Horus Ramsés, Santillan Wendy Josefi-



na, Bretón Mauricio, Rodríguez Nayely Adriana, Ramírez Alejandro Domingo
Hospital Regional Salamanca.
Petróleos Mexicanos

Mujer de 38 años posoperada mediata de cirugía bariátrica que ingreso por sepsis abdominal secundario a hematoma adyacente a manga gástrica y apendicitis aguda, complicada con neumonía adquirida en hospital y choque séptico secundario. Tuvo falla hepática posterior a parada cardiorrespiratoria (elevación importante de enzimas hepáticas TGO 15,323 u/l, TGP 4,340 u/l, fosfatasa alcalina 137 mg/dl, con prolongación de tiempos de coagulación con INR 2.50, índice de MELD de 30, Child Pugh de 8 puntos). Con base a lo anterior se valoró la necesidad de apoyo mediante hemodiálisis hepática con MARS. La falla hepática se caracteriza por encefalopatía hepática, ictericia y coagulopatía que conduce a la falla orgánica múltiple con mortalidad muy elevada. Se divide en aguda y aguda sobregregada a la crónica. La insuficiencia hepática aguda aparece dentro de las 8 semanas en un paciente sin patología hepática conocida. El trasplante hepático es el método más efectivo para mejorar la sobrevivida, pero la disponibilidad es poca, por eso los sistemas de soporte hepáticos como el MARS (Molecular Absorbent Recirculating System) provee detoxificación

transmembranal, reduce los niveles séricos de bilirrubina, ácidos biliares, amonio, urea, lactato y creatinina tanto en pacientes con falla hepática aguda como crónica. La disfunción hepática por un trauma hepático severo, hígado de choque por hipotensión y otros insultos hepáticos por condiciones hepáticas concomitantes como sepsis o toxicidad por fármacos con los que es necesario tratar pacientes, como antibióticos, todo impacta en la función del hígado. Los pacientes tienen que ser ayudados a través de ese periodo de disfunción/falla hepática para sobrevivir. El soporte mecánico para la falla orgánica en la terapia intensiva es común. La terapia continua de remplazo renal, la oxigenación de membrana extracorpórea y dispositivos de asistencia mecánica cardiacos pero anterior a ello, ningún para reemplazar la función hepática. En 1990, la síntesis de sustancias que podían unirse a la albumina y que podían ser dializadas a través de una membrana convencional con poros pequeños con la albumina como aceptor molecular permitió al soporte mecánico hepático volverse una realidad. Actualmente hay 3 dispositivos como soporte extracorpóreo: SPAD (Single-Pass Albumin Dialysis), MARS (Molecular Adsorbent Recirculating System) y Prometheus System. Con SPAD y MARS se utiliza albúmina como transportador

para remover sustancias unidas a proteínas de la sangre. El sistema MARS que fue la terapia de soporte hepático que utilizamos en nuestro hospital, funciona a través de un dializado de albumina a través de una membrana permeable de alto flujo para remover proteínas y sustancias hidrosolubles de la sangre. Al mismo tiempo utiliza el sistema de terapia de remplazo renal continua para la depuración de sustancias hidrosolubles con absorbentes de carbón y resina para la depuración de proteínas antes de regresar la albumina por otro paso al dializado a través del sistema MARS. Esta paciente estuvo con nosotros 1 mes en hospitalización, la primera semana de la misma a cargo de cirugía general, las siguientes 2 semanas en terapia intensiva y finalmente la última a cargo de medicina interna. Recibió cobertura con ceftalozano/tazobactam (ajustada a falla renal ya que tuvo daño renal agudo KDIGO III) de acuerdo con resultado a hemocultivos obtenidos en pico febril positivos para *Enterobacter cloacae*, *Escherichia coli*, así mismo fueron disminuyendo las enzimas hepáticas en forma paulatina con 3 sesiones de terapia MARS. Se suspendieron los vasopresores, se le efectuó tomografía de cráneo la se reportó sin alteración estructurales y se inició protocolo de extubación la cual se logró finalmente a los 5 días de intubada. Actualmente la paciente

se encuentra asintomática y hasta el momento no ha presentado patología oclusiva intestinal.

Palabras clave: sepsis, MARS, choque, hígado.

Folio: 1043

Tema: Infectología

Neumonía varicelosa en masculino de 63 años

Bobadilla Luis Orlando¹, Díaz Rodrigo Gaspar¹, Ortigón Rodrigo¹, Méndez Nina¹, Gómez Salvador²

¹ Universidad Marista de Mérida; ² Hospital General O'Horán

El Virus Varicella zoster es un alfa herpesvirus neurotrópico exclusivamente humano que se transmite de persona-persona por contacto directo a través de vesículas o por secreciones respiratorias; enfermedad altamente contagiosa, caracterizada por fiebre y exantemas cutáneos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reportado que en regiones tropicales la primoinfección es más elevada, presentándose casos más severos. La vacunación universal para esta enfermedad aún es blanco de controversia en diversos países; sin embargo ha resultado en una significativa disminución del número de casos y complicaciones relacionados con esta infección a nivel mundial. Se ha considerado una enfermedad benigna en niños, empero la OMS reportó en el 2014 que existen al año 4.2 millones de casos compli-

caciones severas que llevan a hospitalización de un aproximado de 4,000 muertes a nivel global. Se reporta el caso de un paciente masculino de 63 años sin antecedentes de importancia que debutó con síntomas característicos de infección por VVZ, se le solicitaron estudios de gabinete, gasometría arterial (GSA), radiografías de tórax y ultrasonido hepato-pancreato biliar. Se le administró tratamiento de soporte y se le realizó el diagnóstico de varicela. El paciente sufrió complicaciones como pancreatitis en el hospital general, derrame pleural, valores de la GSA alterados y también de la Biometría Hemática. Los estudios de imagen no estaban disponibles, y no se le pudo realizar una Tomografía Computarizada (TAC) por la patología infecciosa; el paciente se encontró oligúrico, con pico febril (38°C) posterior a ello, el mismo día se diagnosticó falla orgánica múltiple con puntuación SOFA de 7, tratado con Aciclovir a dosis convencionales, medios físicos; se valoró al paciente para la Unidad de Cuidados Intensivos y se colocó catéter venoso central. Al segundo día de evolución, los diagnósticos fueron: varicela zóster, falla hepática aguda, lesión renal aguda AKIN 3, neumonitis por varicela y encefalopatía metabólica. Los signos de varicela empeoraron a zonas de impétigo y necrosis, se encontraron campos pulmonares con estertores finos

sin broncoespasmo, colérico, anúrico y extremidades edematizadas. Los laboratorios control indicaron que no había mejoría en la evolución del paciente, se administró antibióticos por el impétigo, sin embargo el paciente falleció por neumonitis viral debido a varicela grave. La morbimortalidad de la infección por VVZ en pacientes adultos es elevada y puede provocar complicaciones renales, hematológicas y más frecuentemente pulmonares. La neumonía asociada a varicela y las hospitalizaciones ocurren con más frecuencia en las poblaciones adultas, tiene una tasa alta de causar insuficiencia respiratoria, sin embargo, el diagnóstico temprano con administración inmediata de medicamentos antivirales pueden causar mejor evolución, por lo cual se recomienda hacer una radiografía de tórax a todo paciente de este tipo ingresado ya que la mortalidad de esta complicación puede ir del 10 al 33%. Ante la posible gravedad de esta infección es necesaria una atención rápida, adecuada y coordinada entre el equipo médico y hospitalario. La aplicación de la vacuna necesita consenso por parte de los sistemas de salud de cada país, la relación costo-beneficio de su aplicación parece tener poca controversia; considerando que los costos hospitalarios y de ausentismo laboral pueden llegar a ser de miles de dólares por persona. Ante la transición



demográfica que está teniendo lugar en el mundo vale la pena reflexionar sobre el tratamiento adecuado de infecciones “benignas” como ésta en grupos de mayor edad, así como reflexionar sobre la eficacia de la vacunación para la prevención efectiva de la primoinfección y sus complicaciones asociadas. **Palabras clave:** varicela, vacuna contra la varicela; complicaciones, complicaciones.

Folio: 1044

Tema: Reumatología

Enfermedad de Kikuchi, reto diagnóstico

Martinez Flores Georgina, Luna Tania Adriana, Abud Carlos
Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Introducción: La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) o linfadenitis histiocítica necrosante es muy rara y su importancia radica también en el diagnóstico diferencial. Su etiología es desconocida, aunque se ha asociado en particular con algunos tipos de virus y enfermedades autoinmunes, en particular lupus eritematoso sistémico (LES). **Caso clínico 1:** Masculino 48 años, con LEG 2015 por fiebre hética, poliartritis, linfopenia, fotosensibilidad y AAN 1:640 patrón moteado grueso, presentó psicosis y abundantes cuerpos citoides bilaterales. Tres meses antes de su última hospitalización, inició con dolor y aumento de volumen cervical derecho, limi-

tación a movimientos de cuello, fiebre 40°C, masa cervical en región submaxilar y cervical lateral derecha de 12cm, ahulada y no móvil. Imagenología con masa probablemente ganglionar con calcificaciones y necrosis. Biopsia: linfadenitis necrosante consistente con EKF. Adecuada respuesta terapéutica. **Caso clínico 2:** Masculino 52 años, artritis reumatoide 2012, con poliartritis, FR 736, anti-CCP 15.6, PCR 208, bajo tratamiento con tocilizumab. Aumento de volumen a nivel de ganglios axilares bilateral y región inguinal derecha, de 7cm y consistencia variable corroborados por ultrasonido, con reporte histopatológico de adenitis necrosante tipo EKF. Aunque con mejoría ostensible, semanas después presentó choque séptico y falla orgánica múltiple secundario a gastroenteritis infecciosa. **Discusión:** La linfadenitis en lupus y artritis reumatoide pueden asociarse a elevaciones de IL-6, más que a IgG4. La EKF concursa con ataque al estado general y linfadenopatía, habitualmente benigna, con tratamiento sintomático y beneficio de inmunomodulación.

Palabras clave: Kikuchi-Fujimoto, linfadenitis histiocítica, lupus eritematoso sistémico.

Folio: 1045

Tema: Endocrinología

Alcalosis post-hipercápnica inducida por síndrome de apnea del sueño

Escobedo Nicolás, Arvizu Rosa Icela, Garza Humberto Ricardo, Tijerina Bertha Patricia, Ramírez Edgar

Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario UANL

Femenino de 37 años con sobrepeso, antecedente de diabetes mellitus tipo 2 e hipotiroidismo de 7 años de evolución posterior a última gesta de 7, contando con 5 abortos, 2 cesáreas sin poder lactar posterior a ambas cesáreas, sin tratamiento aparente para ambas patologías, amenorrea secundaria no estudiada con fecha de última menstruación hace 6 meses. Inicia 1 semana previa a su ingreso al presentar disnea de inicio súbito de pequeños esfuerzos por lo que acude a hospital regional y posteriormente referida a nuestra institución. A su ingreso se encuentra con alteración del estado de alerta, somnolienta, bradipsiquia y bradialia, bradicardia 45lpm, hipotensión 90/60mmhg, hipoventilación 14rpm, saturación de 85% al aire ambiente. Gasometría arterial con alcalosis metabólica ph 7.50 pCO2 95 pO2 68, Lactato 1.3 HcO3 60. Hipocloremia 80meq/L e hiperkalemia de 3.4meq/L. Se toma AngioTC en el cual se descarta tromboembolismo pulmonar y se muestran únicamente atelectasias bibasales. Se inicia abordaje de alcalosis metabólica post-hipercápnica en el cual se descarta Síndrome

de Bartter, Gitelman, Liddle y pseudohipoaldosteronismo al tener un cloro urinario menor a 20meq/L. Se descartan al igual pérdidas gastrointestinales al nunca haber presencia de diarrea o vómitos en presentación clínica. Debido a antecedentes ginecobstétricos de la paciente se toma resonancia magnética de cerebro contrastada con cortes en hipófisis donde se descarta presencia de isquemia o masas en dicho sitio. Se solicita perfil tiroideo (TSH 3.4, T4L 1.23), FSH (5.58), LH (1.2), Prolactina (8.53ng), Cortisol (30.9) los cuales son compatibles con un hipogonadismo secundario. Se interconsulta con Neumología para descartar una neumopatía restrictiva así para la realización de una polisomnografía diagnóstica en búsqueda de síndrome de apnea obstructiva del sueño o apnea central. Cursa sus días de manera intrahospitalaria con ventilación mecánica no invasiva y plan de líquidos salino para el manejo de alcalosis metabólica. Se egresa asintomática con renta de BIPAP con parámetros de PEEP 8 y PS 14 al consignarse a su egreso diagnóstico de apnea obstructiva del sueño con 10.3 apnea/hora, saturación promedio de 71%, 409 min/evento de ronquido, periodo de ronquido de 89% en periodo de sueño de 7 horas 46 minutos, pendiente seguimiento con polisomnografía terapéutica.

Palabras clave: alcalosis post-hipercápnica, síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Folio: 1046

Tema: Infectología

VIH y síndrome febril, experiencia de 12 años en mielocultivos del Hospital Juárez de México

García Francisco Isai¹, Muñoz Eduardo Daniel¹, Aquino Lisette del Rosario², Galvez Luis Enrique², Leyva Angel David², Patatuchi Jorge Daniel

¹ Hospital Juárez de México;

² Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

Las muertes globales por síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) alcanzaron 23 millones en 2005 y disminuyeron a 1.6 millones en 2012. Los avances en la prevención incluyen: circuncisión médica masculina, los antirretrovirales para prevenir la transmisión vertical, la TARV en personas con VIH y antirretrovirales para la profilaxis previa a la exposición. En un estudio publicado por Morais, Machado, et al. 2010 se comparó el uso de mielocultivos en pacientes con VIH antes y después del uso de la terapia HAART, donde la razón principal para realizar el estudio fue la presencia de fiebre (88%), citopenias la segunda causa (51%), se analizaron 165 muestras de pacientes hospitalizados obteniendo como resultado la presencia de infecciones, linfoma o granulomas en el mielocultivo, es decir un diagnóstico definitivo hasta en un 28%, cabe mencionar que en estos pacientes posterior a recibir HAART disminuyó al

10% el diagnóstico definitivo, y las causas infecciosas pasaron de un 16% previo a la terapia hasta un 2% posterior al uso de HAART donde la principal causa para realizar el estudio fue citopenias, el uso de mielocultivo siempre debe considerarse de forma individualizada, siempre que se hayan agotado alternativas menos invasivas. Su utilidad puede ser controvertida ya que se ha visto mejoría de la infección posterior al uso de HAART, documentando un rendimiento diagnóstico general del 19%. **Metodología:** El estudio se realizó en el Hospital Juárez de México en donde se tomaron al total de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que se atendieron en el servicio de Infectología de enero 2005 a diciembre 2017. La muestra incluyó pacientes mayores de 18 años, reactivos para VIH, que durante su internamiento cursaron con síndrome febril y que en su protocolo de estudio se realizó cultivo de medula ósea con reporte para anaerobios, hongos y micobacterias en los días 7, 30 y 60 respectivamente. Se excluyeron pacientes con fiebre secundaria a otra causa y que no contaron con expediente clínico completo. Para la recolección de datos se realizó un formulario donde se analizaron las siguientes variables: Sexo, edad, cuenta de linfocitos TCD4+, tiempo de diagnóstico de VIH positivo, días de fiebre, tratamiento con



HAART (tratamiento antirretroviral altamente efectivo), hábitos sexuales, albumina sérica y biometría hemática completa. **Diseño de la investigación:** Retrospectivo; de corte, descriptivo y observacional. **Resultados:** Se logra establecer el registro de pacientes hospitalizados en el Hospital Juárez con diagnóstico confirmado de VIH, entre el periodo de enero 2012 a diciembre del 2017 (6 años), en base a registros internos del servicio de Infectología del Hospital Juárez de México, con una población inicial de 79 pacientes a los cuales se les realizó Mielocultivo secundario a síndrome febril y VIH durante su hospitalización, 11 expedientes clínicos no se lograron encontrar en archivo clínico del hospital, en 10 pacientes no se encontró reporte de mielocultivo, y en 7 no concordaban los datos proporcionados con los del paciente por lo que estos pacientes fueron excluidos del protocolo, quedando solo 51 pacientes que cumplían con todos los requisitos para realizar el estudio. Los pacientes con mielocultivos positivos se encontraban en edades menores de 50 años, el 18.2% (2 pacientes) eran del sexo femenino y el 81.8% eran del sexo masculino tomando en cuenta los objetivos de nuestro trabajo se realizan tablas comparativas para analizar datos ya documentados en el periodo de tiempo 2005-2011, donde con una población de

53 pacientes se documentan 27 mielocultivos positivos y aislamiento microbiológico de 28 agentes, siendo *Mycobacterium tuberculosis* el agente más comúnmente aislado, seguido de *Histoplasma capsulatum* y *Mycobacterium bovis*, contra 11 mielocultivos positivos y un aislamiento de 11 gérmenes en el periodo del 2012- 2017 de una población de 51 pacientes, donde el germen más común fue *Mycobacterium avium complex* y *Mycobacte*.

Palabras clave: síndrome febril, VIH, mielocultivo, rendimiento.

Folio: 1047

Tema: Cardiología

Tratamiento exitoso de disección de aneurisma de aorta torácica y abdominal. Reporte de caso

Magallanes Alberto, Ayala Abril de María, Farca Sion, Chacek Samuel

Hospital Angeles Lomas

La disección aórtica (DIA) es una patología que requiere una alta sospecha diagnóstica para detectarlo, ya que puede simular otras condiciones comunes de dolor torácico. Tiene una incidencia de 3 a 5 casos por 100,000 habitantes al año, afecta a la población entre la quinta y séptima década de la vida, siendo más frecuente en varones (3/1). La patología aórtica aguda es una situación clínica crítica cuyo pronóstico suele depender de un diagnóstico certero y rápido, así como de

la instauración temprana de su tratamiento. Paciente femenina de 70 años con antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 de larga evolución. Quien ingresó por presentar dolor en epigastrio de tipo urente que se irradiaba hacia mesogastrio y región lumbar de intensidad 10/10 en escala EVA, vómito en dos ocasiones de contenido gástrico. A su llegada se encontraba con tendencia a la hipertensión. Hemodinámicamente estable. Se realizó ecocardiograma donde se evidenció dilatación discreta de raíz e imagen sugestiva de Flap aórtico, por el cual se solicita Angio-Tomografía computada donde se confirma el diagnóstico y se observó una disección de aorta de inicio en callado que disecaba pared del arco, aorta descendente, aorta abdominal y se observaba luz de salida a nivel de aorta abdominal proximal a iliacas. Se mantuvo bajo tratamiento conservador en reposo y posteriormente se decidió realizar colocación de injerto, derivación de aorta subclavia por flujo colateral, panarteriografía y se colocó endoprótesis. La disección aórtica se caracteriza por la creación de una falsa luz en la capa media de la pared aórtica. El manejo depende del sitio de la aorta afectado. Cuando se involucra aorta ascendente como en el caso de nuestra paciente, el tratamiento es siempre quirúrgico y el tiempo es esencial, ya que tiene una

mortalidad muy alta. El caso clínico muestra la importancia del pronto abordaje de esta patología ya que esto define su pronóstico.

Palabras clave: disección aórtica, aneurisma aorta abdominal, aneurisma aorta torácica, dolor torácico.

Folio: 1050

Tema: Otros

Enfermedad de Castleman multicéntrica relacionada a virus de la inmunodeficiencia humana

Sánchez Eduardo, Collado Rodrigo

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La enfermedad de Castleman es un trastorno linfoproliferativo raro, de etiología desconocida descrita en 1950 asociado en ocasiones con el virus de la inmunodeficiencia humana, virus del herpes humano 8 y a la producción aumentada de IL-6. Se encuentra caracterizado por linfadenopatías con hallazgos histológicos específicos. Existen dos tipos unicéntrica (localizada) y multicéntrica (sistémica). En el caso clínico se presenta un paciente con afectación de múltiples cadenas ganglionares con síntomas sistémicos. **Caso:** Se trata de paciente masculino de 29 años que ingresa al servicio de medicina interna, por presentar aumento de volumen en región cervical, axilar e inguinal de forma bilateral, doloroso,

de dos meses de evolución, además de presentar pérdida de peso de aproximadamente 10 kilogramos en ese tiempo, sin presentar otra sintomatología agregada. Entre los factores de riesgo se encuentra múltiples parejas sexuales con utilización de método de protección de forma infrecuente, refiere una prueba rápida para detección de VIH positiva; mientras que a la exploración física se palpaban múltiples crecimientos ganglionares de forma bilateral en región cervical, no fijos a planos profundos, dolorosos a la palpación, consistencia blanda, bilaterales, localizados en región submandibular, retroauricular, supraclavicular, axilar anterior y media, inguinal superficial, de múltiples tamaños, uno de los más grandes de 2 x 2.5 cm de diámetro en región inguinal izquierda y otro de 1.8 x 1.2 cm en región cervical izquierda. Durante la evaluación inicial se solicita citometría hemática la cual se encuentra con linfopenia, se solicita prueba de ELISA la cual se reporta como positiva. Tomografía simple y contrastada de cráneo que reporta múltiples adenopatías en cuello, axilas, mediastino, intercavaoorticos, iliacos e inguinales, con hepatoesplenomegalia. En la estancia intrahospitalaria se decide realización de biopsia de ganglio inguinal la cual se envía a estudios histopatológico. Se realiza prueba Western Blot el cual se reporta positivo

con una carga viral de 1468 copias y conteo de linfocitos CD4 231, clasificando al paciente con un estadio B2 y los resultados de biopsia de ganglio realizada en dos ocasiones reportan hiperplasia linfoide atípica, con inmunohistoquímica negativa para tinción de ZN, PAS Y Grocott, con CD20, CD3, CD34, Ki-67, CD68, CD15, CD30, PAX 5, BCL 2 y BCL6 POSITIVOS, por lo cual se integra el diagnóstico de Enfermedad de Castleman. Egresada de infectología con esteroide vía oral a dosis-reducción con disminución de tamaño de adenopatías y con tratamiento antirretroviral a base de abacavir con lamivudina, atazanavir y ritonavir. Actualmente con adecuada tolerancia al mismo, sin nuevo episodio de estas lesiones es enviada a servicio de Inmunología para diagnóstico subsecuente. **Conclusión:** La enfermedad de Castleman corresponde a una enfermedad linfoproliferativa atípica caracterizada por una hiperplasia no clonal de los ganglios linfáticos, existen dos formas características de la enfermedad (hialino-vascular o de células plasmáticas). Considerando la presentación multicéntrica de la enfermedad puede conferir una enfermedad de mayor grado de sospecha hacia la forma de células plasmáticas. En general la presentación de la enfermedad de Castleman en su forma de células plasmáticas tiende a ser en varones mayores de 60



años, llamando la atención en nuestro paciente la edad de presentación en nuestro paciente encontrándose altamente asociada a VIH y principalmente a la presencia de VH8, motivo por el cual siempre deberá tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en el caso de neoplasias linfoproliferativas y más en el caso de paciente con VIH, siendo fundamental la biopsia ganglionar temprana (patron típico expansión de zona del manto con linfocitos concentricos con vasos hialinizados con patron BLC6 y CD57 positivos en linfocitos T foliculares, además de mostrar en Celulas de manto CD5 Y CD20).

Palabras clave: Castleman, adenopatias, VIH, biopsia, inmunohistoquímica, linfoproliferativa.

Folio: 1051

Tema: Gastroenterología

Motivos de reingreso hospitalario en el primer año pos-trasplante hepático: experiencia en un centro de referencia de la Ciudad de México

Zavala Gerardo, Olivas Antonio, Ruiz Jesús Alejandro, García Ignacio

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Existen pocos estudios que reportan las causas de reingreso hospitalario en pacientes trasplantados de hígado. Estos reingresos representan

una gran carga económica, por lo que es importante identificar los principales motivos de reingreso para implementar medidas de prevención.

Objetivo: Identificar los principales motivos de reingreso hospitalario de los pacientes trasplantados de hígado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. **Materiales y métodos:** Se revisaron los expedientes de pacientes sometidos a trasplante hepático entre enero de 2011 y julio de 2017. Se recabaron variables demográficas, clínicas y del procedimiento, así como los motivos de reingreso durante el primer año posterior al trasplante. Mediante método de Kaplan-Meier se calculó la supervivencia libre de reingreso y se comparó mediante prueba de log-rank. Se utilizó modelo de regresión de Cox para la búsqueda de factores asociados a presentar reingreso hospitalario.

Resultados: Se incluyeron 214 pacientes, de los cuales 35.5% tuvieron reingreso hospitalario. El principal motivo de reingreso fue infección en el 13.6%, seguido de compliación vascular en 5.6%, rechazo celular agudo en 2.3%, y complicaciones biliares en 2.3%. Mediante regresión logística multivariada se encontró que padecer diabetes mellitus y un IMC < 20 kg/m² al momento del trasplante fueron factores asociados a reingreso hospitalario con OR ajustadas de 2.07, IC95% (1.22, 3.51) y de 2.28, IC95% (1.16, 4.49),

respectivamente. **Conclusiones:** Los motivos de reingreso hospitalario en el primer año son similares a lo reportado en la literatura, prevaleciendo las infecciones como la principal causa. Los pacientes con diabetes mellitus o con bajo peso (IMC < 20 kg/m²) al momento del trasplante son una población vulnerable en quien se deben implementar medidas para disminuir las complicaciones que conllevan a un reingreso hospitalario.

Palabras clave: trasplante hepático, cirrosis, reingreso hospitalario, factores de riesgo.

Folio: 1052

Tema: Reumatología

Descompensación de hepatopatía crónica como causa de muerte en paciente con complicaciones de esclerosis sistémica localizada no conocida

Medina Julieta, García Felipe, Hernández Adrián, Hintze Juan Carlos, Martínez Georgina, González Nallely

Hospital Central Norte de Pemex

Introducción: La esclerosis sistémica es una enfermedad del tejido conectivo de carácter inmunológico. Con incidencia de 0.3-24 por 100,000 habitantes de forma global. El síndrome CREST (Calcinosis, fenómeno de Raynaud, alteraciones de la motilidad esofágica, esclerodactilia y telangiectasias) es el tipo de esclerosis sistémica más común de la variante

localizada, en la que se pueden encontrar manifestaciones sistémicas de desarrollo lento, principalmente hipertensión arterial pulmonar, relacionada fuertemente con anticuerpos anticentrómero. La hepatopatía por insuficiencia cardíaca se desarrolla a partir de un desequilibrio circulatorio mediado por mecanismos fisiopatológicos de congestión venosa anterógrada e isquemia crónica recurrente.

Objetivo: Demostrar la relación que existe en la cirrosis cardíaca y síndrome de CREST en fase terminal. **Caso clínico:** Femenina de 60 años, ama de casa, índice tabáquico de 12, sin antecedente de alcoholismo. Antecedentes médicos: fibrilación auricular permanente/insuficiencia cardíaca congestiva por cor pulmonale de reciente diagnóstico clase funcional NYHA IV, ACC/AHA D. Bronquitis crónica/hipertensión pulmonar moderada, espirometría con patrón restrictivo, usuaria de oxígeno las 24 horas. Hepatopatía crónica de etiología no determinada Chil-Pugh C, de dos meses de diagnóstico. Hospitalizada con cuadro de encefalopatía hepática y ascitis. Refería disfagia a sólidos y líquidos de 1 año de evolución. Exploración física: cuenta con signos vitales estables, IMC: 17.5, deshidratación y palidez de tegumentos. Presenta lesiones de aspecto ulcerado/escoriativo, cubiertas por escaras negruzcas, localizadas en regiones distales de

dedos de las manos, en pabellón auricular izquierdo y piel cabelluda, presenta múltiples telangiectasias faciales, cuello, manos y pies. En manos presenta esclerodactilia, en pie izquierdo presenta Raynaud, la cara se muestra con rasgos afilados y piel lisa, sin arrugas. Ingurgitación yugular grado III, S3, soplos eyectivo pulmonar. Ascitis grado 2, en miembros inferiores lesiones de hiperpigmentación/hipopigmentación y engrosamiento cutáneo. Por sospecha clínica de Síndrome de CREST se solicitan anticuerpos: ANA positivo, anti-scl-70 negativo y anti centromero positivo. Panel viral negativo. Leucocitos: 10, hemoglobina: 9.8, plaquetas: 66, GPT: 22, GOT: 14, bilirrubina total: 2.67, INR 1.55, tiempo de tromboplastina parcial activado 40.6. TAC toracoabdominal: Cardiomegalia con hipertrofia de cavidades derechas, dilatación de vena cava inferior, venas suprahepáticas y vena porta con congestión hepática y datos de hepatopatía secundaria. Aumento de calibre de arterias pulmonares. Biopsia de piel: compatible con calcinosis. Femenino con cuadro clínico de esclerosis sistémica no diagnosticada, en fase avanzada y terminal de la misma, anticuerpos anticentrómeros positivos, con hipertensión arterial pulmonar severa, cor pulmonale y cirrosis congestiva secundaria. Acude con descompensación de enfermedad hepática con

encefalopatía y ascitis, en su estancia con deterioro de la función renal rápidamente progresiva refractario a tratamiento. Paciente falleció por falla orgánica múltiple. **Conclusiones:** La esclerosis sistémica con anticuerpos anticentrómeros positivos se relaciona con hipertensión arterial pulmonar severa. Impresionó en esta paciente el curso crónico, secuencial y seriado de las complicaciones secundarias a la esclerosis sistémica con afectación visceral diagnosticada de forma tardía. La lesión hepática en esta paciente fue consecuencia de la alteración inicial en la dinámica circulatoria derivada de la hipertensión arterial pulmonar severa y crónica, que condicionó cor pulmonale y congestión retrógrada del sistema venoso, por lo que recomendamos que en todo paciente con hipertensión arterial pulmonar, además de descartarse causas reumáticas como origen, contemplar y prever las complicaciones primarias o secundarias que surgirán con el desarrollo de la patología.

Palabras clave: CREST, Cirrosis cardíaca, Cor pulmonale, HAP, complicaciones, Anticentrómero.

Folio: 1053

Tema: Neurología

Esclerosis múltiple pseudotumoral. Reporte de un caso

Meza Angelica Jasaai, Cruz José Eduardo, Galindo Roberto,



*Hurtado Joel, Rodríguez Brenda
Grisel, Solano Irlanda, Peralta
Ana Lilia*
Instituto Mexicano del Seguro
Social

Introducción: Esclerosis múltiple (EM) pseudotumoral es una enfermedad desmielinizante, se presenta con grandes lesiones agudas, asociados a edema. La edad media de presentación es 37 años. La presentación es típicamente polisintomáticas. Síntomas motores, cognitivos, sensoriales y cerebelosos son los más frecuentes. En RM son lesiones multifocales, patrones de anillo heterogéneos. Puede responder rápidamente al tratamiento con glucocorticoides. El curso clínico más común en el seguimiento es recidivante-remite en 50% de los pacientes. **Objetivo:** Describir un caso de EM pseudotumoral, que debido a la heterogeneidad clínica con que se presenta consiste en un desafío diagnóstico. Exposición del caso. Femenino de 37 años, sin antecedentes familiares relevantes. Tabaquismo desde los 18 años, IT 18 paquetes/año. Inicia hace 8 meses con bradilalia y alteraciones de la marcha inespecíficas. Cursando con periodos alternantes de habla incoherente y desorientación temporoespacial, disminución de la fuerza en extremidades derechas, afasia motora, alteración de esfínteres, diplopia y cefalea holocraneana. Hospitalizada en enero 2018, se protocoliza, se

descarta EVC, neuroinfección, afección sistémica autoinmune. RM 24.01.2018 lesiones en sustancia blanca que afectan 3 lóbulos sugiere gliomatosis cerebri. Se manejan esteroides sistémicos, con mejoría clínica, se refiere a oncología por requerimientos de biopsia por esterotaxia y se indica esteroide oral 1 mg/kg. RM de control por oncología con lesiones reducidas de tamaño respecto previas, imposibilitando realización de biopsia. Continua seguimiento en Medicina Interna, RM de control 25.06.2018 lesiones que afectan sustancia blanca periventricular y subcortical, cumpliendo criterios para EM, reducción de zonas desmielinizantes respecto a estudio previo y atrofia cortical. **Conclusión:** Es una variante de la EM, comprende un reto diagnóstico que obliga a realizar un diagnóstico diferencial minucioso con enfoque multidisciplinario. **Palabras clave:** esclerosis múltiple, pseudotumoral, gliomatosis cerebri, lesiones multifocales, lesiones periventriculares, corticoesteroides.

Folio: 1055

Tema: Dermatología

Síndrome de DRESS (reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos) en un paciente con afección gastrointestinal y antecedente de consumir productos herbolarios

*Ruvalcaba Nallely Denisse,
Lezama Jezer Ivan, Barqueño
Virgen, Cabrales Ivan Eduardo*

Instituto Mexicano del Seguro
Social

Introducción: El síndrome de DRESS es una reacción de hipersensibilidad potencialmente letal con rash morbiliforme, fiebre, esofinofilia, linfocitosis, linfadenopatías e involucro de órganos internos (hígado, riñón, pulmón). Se presenta entre 2 a 8 semanas después de la exposición al fármaco. Los medicamentos con alta probabilidad de causar esta entidad son los antiepilépticos, alopurinol, antibióticos y AINES (80% del total de casos) y se asocia a reactivación de virus de la familia Herpes. El tratamiento consiste en retiro del agresor, esteroides y antihistamínicos.

Objetivo: Reportar un síndrome de DRESS asociado al uso de fármacos y homeopatía. **Presentación del caso:** Hombre de 61 años, hipertenso en tratamiento con betabloqueador, gonartrosis con ingesta de diclofenaco crónica. En mayo del 2018 inició tratamiento homeopático para reducción de peso durante 2 meses. Debuta hace 1 mes con lesiones maculopapulares confluentes pruriginosas que en un lapso de 2 semanas se hicieron difusas hasta abarcar más del 60% de SC acompañado de artralgias, mialgias, faringodinia y dolor abdominal de predominio en epigastrio con diarrea Bristol 5-6 y fiebre de hasta 40°C. Se identifica leucocitosis a expensas de eosinofilia (2600 cels/mm³) y linfocitosis (6100

cels/mm³) con FSP en donde reportan 30% de linfocitos. No presenta elevación de azoados aunque en el examen urinario se observa proteinuria 100 mg/dL. PCR 14.6. inmunoglobulinas elevadas. Por imagen se identificaron adenopatías retroperitoneales pélvicas e inguino-femorales de aspecto inflamatorio, No alteraciones en PFHs ni enzimas cardiacas. serología para hepatitis B y C neg, VIH neg. Se realiza biopsia de piel con infiltrado linfocítico perivascular. Panendoscopia con gastropatía crónica superficial. Composición del medicamento naturista: axocopaque (*Gaultheria acuminata*), boldo (*Peumus boldus*), cerasa-fitolaca (*Phytolacca americana*), cocolmecha (*Smilax cordifolia*), jugo de toronja (*Citrus de cumana*), marrubio (*Marrubium vulgare*), palo de lima (*Citrus aurantifolia*), salvia (*Salvia officinalis*), taray (*Salix taxifolia*), tepozan (*Budoleia americana*), uva ursi (*Arctostaphylos uva-ursi*), zapote blanco (*Casimiroa edulis*). Se inicio esteroide sistémico y tópico con mejoría de las lesiones. **Discusión:** Paciente con criterios para DRESS: rash morbiliforme, fiebre >38°, linfadenopatías, linfocitosis, eosinofilia e histopatología sugestiva y daño a órgano específico a nivel gastrointestinal sin afección cardiaca, hepática o renal. Por el antecedente de consumo de herbolaria cuyo mecanismo de acción es incierto, sos-

pechamos que pudieran ser detonantes del cuadro actual. No se ha reportado asociación entre esta tipo de reacción de hipersensibilidad y la herbolaria por lo que el caso actual es relevante desde el punto de vista clínico.

Palabras clave: vasculitis, DRESS, herbolaria, morbiliforme, eosinofilia, farmacos.

Folio: 1057

Tema: Endocrinología

Schwannoma del nervio laríngeo recurrente: diagnóstico incidental en el abordaje de un nódulo tiroideo

Gamas Anel, Vargas Guadalupe, Eugenio Genesis Dinora, Irisson Irene

Centro Médico Nacional Siglo XXI

Los schwannomas laríngeos son tumores benignos infrecuentes, localizados generalmente en la región supraglótica. Suelen aparecer entre la 3^a y 6^a década de la vida, como una masa latero cervical indolora, de lento crecimiento, que no se acompaña de sintomatología neurológica lo que dificulta su diagnóstico preoperatorio. Su desarrollo y crecimiento puede causar disfonía y tos.

Objetivos: Presentación de un caso de schwannoma laríngeo y revisión de la enfermedad. **Caso**

clínico: Mujer de 55 años, con carga genética para cáncer de mama; bocio tóxico difuso a los 47 años tratado con I 131 e hipotiroidismo sustituido ade-

cuadamente con levotiroxina. Acudió a su hospital de zona por aumento del volumen de la cara anterior del cuello aparentemente a expensas de un nódulo en el lóbulo tiroideo derecho, disfagia y disnea. A la EF con nódulo en la cara anterior del cuello, doloroso a la palpación, indurado y fijo a planos profundos. El ultrasonido de cuello evidenció un nódulo en lóbulo tiroideo derecho de 4.3 x 3.4 x 2.9 cm con densidades mixtas, de predominio hipoecogénico, más ancho que alto, bordes regulares con reporte de TI-RADS 5. Se realizó un BAAF reportándose Bethesda I. Debido a los datos compresivos se realizó tiroidectomía total. El reporte histopatológico fue de Schwannoma celular de 7.5 cm, sin invasión capsular con PS 100 positivo ++, actina músculo liso negativo, Desmina negativo, Ki 67 positivo 75% AML negativo CD34 negativo y tiroides con atrofia extensa. La paciente se encuentra con persistencia de disfonía, parálisis de la cuerda vocal derecha y síntomas de aspiración por alteración en la deglución. **Discusión:** En la ecografía, los schwannomas aparecen como masas hipoecoicas con sombra ecogénica moderada o intensa. Sin embargo, los estudios de imagen diagnósticos de elección son la tomografía o la resonancia magnética de cuello. La BAAF tiene una baja sensibilidad diagnóstica.



Palabras clave: schwannoma, nódulo, tiroides, laringe, neoplasia, disfagia.

Folio: 1058

Tema: Nefrología

Candida tropicalis: causa infrecuente de peritonitis asociada a diálisis peritoneal. Reporte de caso

Mercado José Antonio, Castro Alejandrina, García Victor Hugo Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Introducción: la peritonitis asociada a diálisis es la complicación más frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica teniendo un gran impacto socioeconómico para los pacientes, la causa más frecuente son infecciones bacterianas y en menor frecuencia pero con mayor grado de severidad por las infecciones fúngicas. Esta tiene una mortalidad del 15-50%. Generalmente es causada por *Candida albicans*. Los pacientes que reciben tratamiento antibiótico prolongado, la infección nosocomial, el género femenino, afectación del tracto gastro-intestinal superior y la existencia de fallo cardio-vascular intraoperatorio, son los factores de riesgo que se han relacionado con dicha peritonitis. **Presentación del caso:** Femenino de 71 años con dx de Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial Sistémica, Enfermedad Renal Crónica en diálisis peritoneal. Infección por VHC en mane-

jo con sofosvir. Presenta 2 semanas antes, disuria, tenesmo y fiebre, asociado a dolor lumbar derecho, agregándose dificultad para diálisis y salida de efluente turbio, realizándose citológico de líquido de diálisis, con celularidad mayor de 100 y predominio de polimorfonucleares en 70%, tinción gram con levaduras, iniciando manejo empírico antimicrobiano. Con crecimiento en cultivo de *Candida tropicalis*, con manejo con equinocandina y se realiza retiro de catéter peritoneal, así como ingreso a hemodiálisis, posteriormente datos de hipoperfusión tisular e hipotensión, iniciando manejo vasopresor, con tendencia a deterioro, finalmente fallece. **Comentario:** Las peritonitis fúngicas son de rara presentación y alto impacto en la mortalidad de los pacientes debido a complicaciones que pueden desarrollarse por ello, a pesar de su poca frecuencia, siempre en el contexto de un paciente con peritonitis debe sospecharse, por posibilidad de inicio temprano de antifúngico específico y por su alta mortalidad.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, peritonitis asociada a diálisis, *Candida tropicalis*.

Folio: 1059

Tema: Infectología

Absceso hepático asociado endoftalmitis piógena secundaria a *Klebsiella pneumoniae* reporte de caso Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Jiménez Luis Antonio, Rodríguez Ricardo, Serriñá Luis Gabriel, Esquivel Jennifer, Aguilar Georgina, González Karen Victoria, Camacho Raúl Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Absceso hepático piógeno una enfermedad común en México, como complicación habitual de los abscesos secundarios a *Klebsiella pneumoniae* se ha identificado el desarrollo de endoftalmitis piógena, de mal pronóstico debido a la progresión rápida con el compromiso importante de la agudeza visual, con falla a tratamiento antibiótico y requerimiento de intervención quirúrgica. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 55 años de edad con antecedentes de importancia diabetes mellitus tipo 2 Inicia la sintomatología hace 20 días con escalofríos y fiebre de 39° C sin predominio de horario, acompañado de disnea de medianos esfuerzos, con presencia de dolor abdominal de tipo opresivo de predominio en hipocondrio derecho sin irradiaciones con exacerbación de la sintomatología con inspiración profunda, secundario a esto a nivel ocular, Con asimetría facial, globo ocular derecho con edema bupalpebral con eritema que limita la apertura palpebral con secreción blanquecina, conjuntiva con quemosis de 360 grados iris con rubeosis en estroma arrear-

tivo con sinequias posteriores cristalino con opacidad total luxado hacia cámara anterior, no percibe la luz, arreactivo, a nivel abdominal perístasis disminuida en intensidad y frecuencia, palpación profunda dolorosa de predominio en mesogastrio e hipocondrio derecho, Murphy negativo, hepatomegalia de 2 cm de palpación por debajo del borde costal, de contorno irregular, realizando estudios complementarios de imagen con la presencia de absceso único bien delimitado, realizando derivación percutánea con salida de líquido de aspecto seroso con toma de cultivos positivo para *Klebsiella pneumoniae* iniciando tratamiento médico a base de Conforigel además de Hialuronato de Sodio Solución Oftálmica, en cubierta antibiótica con Metronidazol, Ceftriaxona además de Vancomicina, sin mejoría con manejo antibiótico, realizando la enucleación de ojo derecho con toma de cultivo de líquido vítreo positivo para *Klebsiella pneumoniae*.

Palabras clave: absceso hepático, endoftalmitis, *Klebsiella pneumoniae*, diabetes mellitus tipo 2.

Folio: 1060

Tema: Dermatología

Linfoma primario cutáneo CD8+ citotóxico, epidermotrópico agresivo. A propósito de un caso extremadamente infrecuente

Verazaluce Blanca Elena, Varela Diana Selene, Ceballos Diego Alberto, Murguía Mario, Parra José Luis

Instituto Mexicano del Seguro Social UMAET1 CMN del Bajío

Introducción: Los linfomas cutáneos son un grupo heterogéneo de linfomas no Hodgkin que se manifiestan en la piel, su incidencia anual es de 10.0 a 10.7 casos por millón de personas. Se caracterizan por proliferaciones monoclonales de células T definibles clinicopatológicamente. La frecuencia de presentación y supervivencia a 5 años del linfoma primario cutáneo CD8+ citotóxico, epidermotrópico agresivo es menor de 1% y 18% respectivamente.

Objetivo: Elaborar diagnóstico correcto de linfoma primario cutáneo, pues su presentación atípica y evolución clínica hace a esta variedad hidrológica rara y agresiva. **Exposición del caso:** Masculino de 54 años, inicia 6 meses previos con una dermatosis localizada en cara anterior de pierna izquierda la cual evolucionó de una lesión de aspecto nodular eritemato-ede-matosa hasta la formación de úlcera necrótica de 15cm con un halo inflamatorio de 1.5cm, secreción purulenta y fétida. En cara anterior de pierna derecha lesiones de aspecto nodular, eritema y descamación. Se realiza prueba para VIH, VHB y VHC, ANA, ANCA-P, ANCA-C negativos, inmunoglobulina IgG, IgA, IgM y complemento

normales. Se toma biopsia cutánea que reporta lesión linfoproliferativa policlonal que ulcera la epidermis, con cambio en la epidermis circundante por hiperplasia epiteliomatosa, infiltrado linfocítico atípico desde el tejido celular subcutáneo hasta epidermis. Se realiza panel inmunohistoquímico el cual CD20+, CD3+ y CD8+. Confirmando diagnóstico de linfoma no Hodgkin de inmunofenotipo T, primario cutáneo, CD8+ citotóxico, epidermotrópico agresivo. **Conclusiones:** La presentación del linfoma epidermotrópico agresivo CD8+ y la del linfoma cutáneo acral primario CD8+ es muy infrecuente, se manifiestan clínicamente como una pápula o nódulo discreto que crece lentamente, lo que puede ser bilateral y simétrico, se ulceran con rapidez. En cuanto al manejo sigue siendo un desafío, generalmente no responden a los regímenes más agresivos. Pronóstico desfavorable.

Palabras clave: linfoma, cutáneo, primario, CD8+, citotóxico, epidermotrópico.

Folio: 1061

Tema: Gastroenterología

Epidemiología de la hemorragia digestiva proximal no variceal. Experiencia de una década en centro de segundo nivel

Miranda Roberto Antonio¹, Olivares Laura Ofelia¹, Gómez Paulo César¹, Tamayo José Luis¹, Meza Cynthia Margarita¹, González Abigail¹, Gaxiola Erendira



Kathya Escarleth², Dehesa Edgar¹

¹ Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, UAS; ² Hospital Civil de Culiacán

Introducción: La hemorragia de tubo digestivo proximal no variceal (HNV) es aquella que se origina en el tracto gastrointestinal proximal al ángulo de Treitz cuyo origen no es por várices. Se calcula una incidencia anual de 48-160 casos por 100,000 habitantes, en general se ha encontrado que esta patología es más común en hombres (2:1), aumentado su presentación a mayor edad. La principal causa es la úlcera péptica y se asocia con factores de riesgo como infección por *Helicobacter pylori*, consumo crónico de AINES y uso de anticoagulantes orales. El estándar de oro para el diagnóstico de la HNV es la Esofagogastroduodenoscopia, sin embargo, existe un pequeño porcentaje en el cual no es posible identificar la causa de sangrado. **Objetivo:** Determinar la frecuencia y características demográficas de pacientes con diagnóstico confirmado mediante esofagogastroduodenoscopia de HNV en el periodo comprendido de junio de 2008 a junio 2018. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional que incluyó a 218 pacientes con diagnóstico confirmado por esofagogastroduodenoscopia de

HNV en el Hospital Civil de Culiacán entre junio de 2008 y junio de 2018. Se evaluaron las siguientes variables: género, edad, principales causas de HNV y hallazgos endoscópicos. Los resultados fueron analizados con medidas de tendencia central y de dispersión de los datos a través de medias y desviaciones estándar para el caso de variables continuas; frecuencias y proporciones para el caso de variables categóricas

Resultados: Se estudiaron 218 pacientes, de los cuales el 53% (n=115) correspondió al sexo masculino; la edad media al diagnóstico fue de 60.0 ±16 años; en relación a grupos de edad el 27% (n=59) tenía entre 61-75 años, mientras que los grupos de 46-60 años y 76-100 años correspondieron cada uno al 25% (n=54) y el 23% al grupo de menos de 45 años. La etiología más frecuente fue la Úlcera Gástrica en 39% (n=85) de los casos, seguido de gastropatía erosiva en 28% (n=61) y úlcera duodenal con el 20% (n= 44). Para úlcera Gástrica en base a la clasificación de Forrest se obtuvieron los siguientes resultados: Forrest III (56%), Forrest IIC (30%) Forrest IIB (9%) y Forrest IIA (5%). **Conclusiones:** En México, la última revisión estadística publicada por la Asociación Mexicana de Gastroenterología en 2007 señala como principales causas de HNV la Gastropatía Erosiva con 34.68% de los casos, úlcera gástrica 24.06%

y úlcera duodenal 18.09%. En este estudio se determinó que en nuestro hospital la HNV fue más prevalente en el género masculino igual a lo reportado en la literatura, sin embargo, sin alcanzar la proporción 2:1 referida. La edad promedio de presentación fue 60 ±16 años y la etiología más frecuente fue la Úlcera Gástrica distinto a la reportado en la literatura nacional.

Palabras clave: hemorragia digestiva proximal, hemorragia no variceal, epidemiología, estudio descriptivo.

Folio: 1062

Tema: Otros

Neumotórax bilateral espontáneo en mujer de 17 años

Pelayo Jaime, Romero Perla Mariana, Pérez Jaime Adrian, Flores Lucia, Esquivel Victor Alejandro, Muñoz Gabriela, Pedraza Hector Cristobal

Hospital General de Tampico
Dr. Carlos Canseco

Mujer de 17 años de edad, con antecedente médico de Asma desde la infancia, sin adecuado seguimiento de la misma durante años. Niega tabaquismo, alcoholismo y toxicómanas así como inicio de actividad sexual. Sin exposición a humo de leña ni a personas con tuberculosis. Alergias al diente de león y al colorante amarillo. Última exacerbación de cuadro asmático a los 8 años de edad con ingreso al servicio de urgencias pediátrica. Se ha estado

manejando con Ventolin en aerosol exclusivamente como auto control desde su ultimo internamiento en urgencias. El interrogatorio fue de manera indirecta, hacia la madre, la cual menciona iniciar su padecimiento 1 semana previa a su ingreso intrahospitalario con un pico febril y posible cuadro gripal caracterizado por artralgias, mialgias, adinamia, fatiga, escurrimiento nasal y tos. Esta ultima de predominio nocturno acompañándose de disnea durante 3 ocasiones en la ultima semana siendo necesaria la aplicación de Ventolin en multiples ocasiones para remitir los cuadros, no acudiendo a atención medica. El día de su ingreso intrahospitalario inicio con disnea y astenia por la madrugada, por lo cual fue trasladada hacia nuestra unidad nosocomial en donde a la exploración física se le encuentra un torax silencioso teniendo necesidad de realizarse la intubacion orotraqueal con ingreso a la unidad de cuidados intensivos. Se tomo radiografía de torax, observando la presencia de neumotorax bilateral, se coloco una sonda intrapleural en cada hemitorax logrando adecuada expansión pulmonar. 3 dias posteriores se retira de ventilacion mecanica y se le inicio manejo médico con broncodilatadores en aerosol para su posterior egreso hospitalario y seguimiento por consulta de Neumologia.

Palabras clave: neumotorax, asma, crisis asmatica.

Folio: 1063

Tema: Reumatología

Estratificación del riesgo cardiovascular estimado mediante tres calculadoras distintas en pacientes con artritis reumatoide del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

García Sergio¹, García Imelda¹, Leví Carlos², Peláez Alejandra²

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca; ² Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac Oaxaca

Introducción: Diversos estudios han demostrado que el riesgo cardiovascular (RCV) de los pacientes con artritis reumatoide (AR) es mayor en comparación al de la población general, la causa de este incremento involucra a los factores de RCV tradicionales y las características clínicas de la AR. Existen diversas calculadoras para estimar el RCV en la población general (SCORE risk, Reynolds Risk Score, Framingham y sus sucedaneas), sin embargo, estas calculadoras no incluyen a la AR en su fórmula; en este contexto, la European League Against Rheumatism (EULAR) sugiere multiplicar por 1.5 el resultado obtenido mediante calculadoras que no incluyan a la AR en su fórmula. Las recomendaciones actuales sugieren iniciar tratamiento preventivo en pacientes con AR y RCV alto. **Objetivo:** Cuantificar el porcentaje de pacientes con RCV elevado con base a la estimación con calculadoras ACC/

AHA 2013 y QRISK®2 2017 y comparar los resultados de la estimación del RCV con el uso de tres calculadoras distintas en pacientes con AR. **Pacientes y métodos:** Estudio transversal que incluyó pacientes con edad ≥ 40 años, que cumplieron criterios de clasificación para AR (ACR 1987 y/o ACR/EULAR 2010). Medimos variables demográficas, clínicas, bioquímicas, estimación del RCV con una calculadora diseñada para la población general (ACC/AHA 2013 CV Risk Calculator) y con dos calculadoras de RCV que incluyen a la AR en su ecuación (QRISK®2 2017 y ERS-RA), el RCV se consideró alto cuando el porcentaje estimado de QRISK®2 2017 fue $\geq 20\%$ y para ACC/AHA 2013 y ERS RA cuando fue $\geq 7.5\%$. Análisis estadístico: Utilizamos el programa estadístico SPSS IBM V22; describimos las variables cuantitativas con medias (\pm DE) o medianas (RIQ 25-75), las variables cualitativas con n y %; hicimos un análisis comparativo de la estimación del RCV mediante Chi cuadrada, prueba de Friedman o de Wilcoxon acorde a cada caso y U de Mann-Whitney para la estratificación por tiempo de evolución de la AR. Consideramos significativo el valor de p cuando fue ≤ 0.05 . **Resultados:** Incluimos a 86 mujeres y 7 hombres, con una media de edad de 53.5 ± 9.1 años y 14.7 ± 9.9 años de duración de la AR. En cuanto a los factores de RCV encontra-



mos que 1 paciente (1.1%) era fumador, 4 pacientes (4.3%) tenían historia de tabaquismo, la media de IMC fue de 26.5 ± 4.2 kg/m²SC, 67 pacientes (72.0%) tenían alguna comorbilidad CV y 12 pacientes (12.9%) tenían historia familiar de enfermedad CV. La mediana de RCV estimado fue de 2.4% (1.0-6.7) para ACC/AHA 2013 modificada (EULAR), 4.5% (1.5-8.6) para QRISK®2 2017 y de 4.8% (3.0-9.0) para ERS-RA. El porcentaje de pacientes con RCV alto fue significativamente mayor cuando se estimó con la calculadora ACC/AHA 2013 VS QRISK®2 (16.1 VS 4.1%; $p = 0.006$ por otra parte, el porcentaje de pacientes con RCV alto fue significativamente mayor cuando se estimó con la calculadora ERS-RA VS ACC/AHA 2013 (32.3 VS 16.1%; $p = 0.001$). El análisis de varianza mediante prueba de Friedman demostró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre los rangos promedios de las tres calculadoras empleadas (QRISK®2 2017 2.26, ACC/AHA 2013 1.18 y ERS-RA 2.56).

Conclusiones: Los porcentajes de RCV estimados mediante estas calculadoras son significativamente diferentes, incluso entre las calculadoras que incluyen a la AR en su ecuación. Existe evidencia que sugiere que la identificación de pacientes con RCV alto mediante la calculadora ACC/AHA 2013 tiene una mayor concordancia con el ultrasonido de carótidas

(estándar de diagnóstico sin embargo, es necesario desarrollar estudios que comparen el estándar de diagnóstico con las nuevas herramientas diseñadas para este fin y que incluyen a la AR, tiempo de evolución y actividad de la enfermedad como variables a considerar en la estimación del RCV).

Palabras clave: riesgo cardiovascular, artritis reumatoide, calculadora, estratificación, comparación, comorbilidades.

Folio: 1064

Tema: Reumatología

Síndrome autoinmune/autoinflamatorio inducido por adyuvantes como diagnóstico por inmunización antirrábica

Goudet Enoc, Hernandez Noemi, Velazquez Bruno Alexander, Sanchez Juan Manuel
Hospital Regional Pemex Ciudad Madero

Masculino de 49 años inició en 2016 tras la mordedura de perro y a la aplicación de la 1 dosis de vacuna antirrábica con prurito generalizado y dermatosis generalizada (ronchas) considerándose con síndrome de urticaria manejado con antihistamínicos con mejoría parcial, posteriormente al tercer día (post-vacunación) presenta fiebre sin predominio de horario de hasta 38°C, dolor abdominal y diarrea de manera intermitente considerado como diarrea infecciosa, recibió ciclo de antimicrobianos de tipo quinolonas. Continuó con sintomatología

por más de 6 meses, reclasificado como síndrome de intestino irritable. Se aplicó 5 dosis, presentando a la segunda semana mialgias y artralgias. Valoración con alergólogo quien en un principio indicó antihistamínicos, esteroide tópico, con mejoría parcial de la sintomatología, continuando posteriormente con mismos episodios intermitentes con aparición y remisión de los síntomas. A principios de 2017 el paciente presentó aumento de dolor articular de manera bilateral sin predominio de horario en tobillos, muñecas y rodillas, acudiendo con médico, indicando esteroide (no especificado) y metrotexate, recibiendo tratamiento suboptimo (debido a que el paciente abandono el mismo), refiere con mejoría tras el consumo de dichos fármacos. A finales de 2017 presentó episodios de hiperreactividad bronquial y aparición de disnea (medianos esfuerzos) por lo que indican esteroide inhalado, beta agonista de acción corta e inhibidor de leucotrienos cursando con mejoría respiratoria, alergología lo manejo con antihistamínico + omalizumab con mejora parcial y cambios en la dieta con amplia limitación de alimentos, perdiendo 40 kg en 5 meses, y posteriormente en enero de 2018 presentó aumento del dolor articular, valorado por el servicio de reumatología. A la exploración física orientado en 4 esferas, falta de piezas dentales y proceso de caries, tórax sin presencia de estertores

o sibilancias, ruidos cardiacos rítmicos, sin agregados, abdomen no doloroso a la palpación, peristalsis presente, no masas o visceromegalias, extremidades integras con cuadriparesia 3/5, con imposibilidad para deambular, solicitando tomografía de 3 regiones en fase simple y contrastada siendo negativa; laboratorios destaca creatinfosfokinasa en 641 u/l, y una determinación de velocidad de sedimentación globular 28 mm/hr, marcadores tumorales, panel viral para hepatitis b, c y vih, anticuerpos anti: dna, dna-ds, mitocondriales, anti ro, anti la, antitiroideos, complemento, resto normal. Fue valorado por neurología realizando biopsia de músculo esquelético la cual reportó variaciones del tamaño de la sarcomera, no se observan fibras nerviosas y hay incremento del tejido conectivo, concluyéndose como síndrome de asia asociado a vacuna antirrábica debido a que cumple 3 criterios mayores tanto de los nuevos como los antiguos criterios.

Palabras clave: síndrome de ASIA, rabia, autoinmune/autoinflamatorio, miopatía.

Folio: 1065

Tema: Endocrinología

Síndrome de Sheehan, diagnóstico 30 años después de su aparición

Castillo Alejandro, Martín Jair
Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital General de Zona Numero 68

Mujer de 63 años de edad, sin enfermedades crónicas como antecedente. Histerectomía hace 30 años secundaria a cesárea. Niega hospitalizaciones previas, última hace 30 años. ingresada al servicio de medicina interna por astenia, adinamia, intolerancia a la vía oral, náusea y vómito. Clínicamente con estertores generalizados, datos de dificultad respiratoria. Se realiza radiografía de tórax con datos de ocupación alveolar, así como leucocitosis en la biometría hemática. Se realiza el diagnóstico de neumonía atípica. Se inicia manejo con esteroide intravenoso más antibiótico de tipo quinolona. Laboratorios a su ingreso con leucos de 14,000, glucosa de 121, creatinina de 0.8, sodio de 131, potasio de 3.6. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta 5 días después. La paciente reingresa 72 horas después al servicio de urgencias en 3 ocasiones, por intolerancia a la vía oral, malestar abdominal, náusea y vómito. Se reingresa al servicio de medicina interna con el diagnóstico de intolerancia a la vía oral. A su ingreso con datos de deshidratación moderada, mal estado general. vitales con cardíaca de 67, respiratoria de 14, tensión arterial de 80/55, glucosa de 65, temperatura de 36.7 laboratorios con leucos de 7,200 y llama la atención el sodio de 121. Clínicamente con indiferencia al medio, mioclonías, cardiopulmonar

sin alteraciones, abdomen sin alteraciones, extremidades atroficas. Se inicia manejo con soluciones hipertónicas para manejo de hiponatremia con síntomas neurológicos. La paciente evoluciona clínicamente favorable, sin embargo, las mediciones de sodio seriadas continuaban entre 123, 131, 126, 119. Como parte del protocolo de hiponatremia se solicita perfil tiroideo. El cual reporta, T4L de 1.45, T3L de 1.35, t3 total de menos de 40, TSH de 0.0, datos clínicos de hipotiroidismo secundario. Nuestro hospital no cuenta con electrolitos urinarios, por lo que, debido al sodio bajo que no revertía a manejo, a la hipotensión, la hipoglucemia, y el hipotiroidismo secundario, sospechamos en una causa central como parte de la hiponatremia severa. Se realiza tomografía de craneo con foco en silla turca, la cual reporta, ausencia de la misma, así como presencia de aracnoidocele. Debido al antecedente de hemorragia previa hace 30 años con realización de histerectomía, se sospechó en síndrome de Sheehan. Se realizan toma de electrolitos urinarios, cortisol y perfil endocrinológico completo por medio externo, corroborando el panhipopituitarismo. Se inicia manejo con hidrocortisona con traslape a prednisona posterior. La paciente mejora clínicamente. Desaparece la náusea, el vómito, el dolor abdominal, la intolerancia a la vía oral. La hi-



ponatremia revierte. Los signos vitales se normalizan. La paciente es dada de alta con envío a endocrinología. El Síndrome de Sheehan es una entidad subdiagnosticada, que es mortal si no se detecta a tiempo. Los pacientes pueden permanecer asintomáticos, y solo mostrar síntomas en periodos de estrés. Los síntomas son tan burdos que pueden ser confundidos con otras patologías. Nuestra paciente no fue diagnosticada en el primer ingreso a medicina interna ya que contó con la administración intravenosa de esteroides para manejo de inflamación pulmonar. Debe haber una sospecha clínica alta y contarse con estudios especiales para poder confirmar el diagnóstico.

Palabras clave: Sheehan, hiponatremia, panhipopituitarismo.

Folio: 1066

Tema: Nefrología

Vasculitis pauciinmune con afectación renal en un paciente del Hospital Regional Salamanca de Petróleos Mexicanos

Alvarez Alfredo, López Giovana Lucía, Loza Gustavo, Miranda Johari

Hospital Regional Pemex Salamanca

Introducción: La vasculitis pauciinmune tiene una incidencia anual de 5-20 casos por millón de habitantes y varía de una región a otra. Los cuadros de vasculitis elevan la mortalidad 2.7 veces comparado con

la población general. Afectan en su mayoría a mujeres (2/3 partes), su incidencia es 2-3 casos por cada 1,000,000 habitantes en EE.UU y la afectación más frecuente es la renal en un 70%. **Caso clínico:** Hombre de 49 años, hipertensión de 8 años de evolución en tratamiento con amlodipino/valsartan 5/160mg cada 24 horas y prazosina 1 mg cada 6 horas. Inicia su padecimiento con dolor en fosa renal y en pequeñas articulaciones de 8 meses de evolución, que condicionó consumo de antiinflamatorios no esteroideos. En sus estudios se documentó hematuria microscópica, proteinuria subnefrótica y hipertensión arterial de difícil control. Con creatinina basal de 0.9 mg/dl. A las 6 semanas creatinina 3.7mg/dL y proteinuria en rangos nefróticos. Ultrasonido renal RD 10.8 cm y RI: 12.4 y datos incipientes de nefropatía crónica. Determinaciones de C3 y C4 normales, factor reumatoide negativo, ANCA C 1:40 y ANCA P 1:160, anti-MBG negativo, anti-Nucleares 1:80, anti-DNA Negativo. La biopsia renal percutánea con glomerulonefritis proliferativa extracapilar difusa con necrosis fibrinoide y esclerosis segmentaria. Fibrosis intersticial 20%. Inmunofluorescencia negativa. Se concluyó glomerulonefritis paucinmune ANCA asociada. Recibió bolos de 3 bolos de 1g de metilprednisolona, posteriormente 7 ciclos de 1g de

ciclofosfamida y micofenolato de mofetilo. Actualmente con creatinina de 1.4mg/dl. **Comentario:** Reportamos el caso de un paciente que desarrolló insuficiencia renal aguda rápidamente progresiva. El hallazgo más significativo fue el deterioro agudo de la función renal sin causa aparente. Las vasculitis se manifiestan con síntomas generales en etapas tempranas y es frecuente el compromiso de la función renal (50% de los casos al momento del diagnóstico y 70-85% en el curso de la enfermedad). Las alteraciones más comunes son microhematuria, proteinuria y deterioro rápidamente progresivo de la función renal, como lo mostró nuestro paciente. La terapia se basa en la inmunosupresión bajo diversos esquemas de tratamiento. En nuestro caso el manejo inicial fue con esteroide sistémico en bolos, alquilante en bolos y corticoide sistémico con antiproliferativo como mantenimiento. Dichas intervenciones son descritas como un régimen efectivo. Hasta el momento, el paciente está en remisión y con función renal conservada.

Palabras clave: pauciinmune, glomerulonefritis, nefrología, vasculitis, ANCA, proteinuria.

Folio: 1067

Tema: Reumatología

Ascitis: manifestación inusual de inicio de lupus eritematoso sistémico. A propósito de un caso

Villegas Luz Yareli, Reyes Idar-mis Brisseida, Osuna Gladys Carolina, Rodríguez Verónica Adriana, Sánchez José Ángel, Sandoval Diana, Armenta Andrea Carolina

¹ Hospital General Regional No. 46. IMSS. HE UMAE. Avalado por Benemérita Universidad de Guadalajara

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) afecta predominantemente piel, articulaciones, serosa, glomérulos y sistema nervioso central. La serositis se presenta comúnmente como pleuritis o pericarditis. La peritonitis lúpica es una manifestación extremadamente rara con prevalencia de 8 a 11%, se presenta en exacerbaciones y rara vez como manifestación inicial. **Objetivo:** Descripción de caso clínico y revisión de abordaje diagnóstico de ascitis. **Resumen clínico:** Femenino de 36 años, mexicana, previamente sana, sin toxicomanías. Inició en enero de 2018 con aumento de perímetro abdominal, hiporexia y pérdida de peso de 10 kg en dos meses. Ante la presencia de disnea y ortopnea acudió a recibir atención médica. A la exploración física, neurológicamente íntegra, signos vitales normales, sin datos de falla cardíaca o estigmas de hepatopatía crónica, con ascitis a tensión. Se realizó abordaje inicial con paracentesis diagnóstica y terapéutica. Exámenes (1): Hemoglobina 12.1 gr/dl, GGT

4 U/L, bilirrubinas totales 0.21 mg/dl, albúmina 1.66 gr/dl, ALT 6 U/L, AST 8 U/L, FA 63 U/L, creatinina 4.23 mg/dl (basal estimada 1 mg/dl), urea 190.5 mg/dl. Gradiente albúmina sérica-ascitis 0.8. Ultrasonido: Hígado con ecogenicidad granular fina. Abundante líquido anecoico en cavidad abdominopélvica. Ovario derecho con lesión quística simple de 15x16 mm, riñones normales. Nefrología concluyó lesión renal aguda KDIGO 3. Sedimento urinario: eritrocitos escasos de morfología normal, cilindros granulados y abundantes detritus celulares. Se inició terapia de sustitución renal con hemodiálisis. Exámenes (2): complemento C3 40 mg/dl, complemento C4 8 mg/dl, anti DNA doble cadena 827.95 U/ml, ANAS positivo patrón homogéneo 1:1280, anticardiolipinas IGG < 2 GPLU/ml e IgM < 2 MPLU/ml, B2 glicoproteína IGG 13.75 SGU, anti Smith 21.27 U. Se sospechó nefritis lúpica. Biopsia renal: glomerulonefritis lúpica difusa con componente membranoso clase IV. Por descenso de hemoglobina (11.6 a 6.2 gr/dl) se conjeturó anemia hemolítica. Reumatología inició manejo integral con inmunosupresores. En tercer nivel falleció por septicemia por *Acinetobacter baumannii*. **DISCUSIÓN.** En México la prevalencia de LES es de 88 /100 000 mujeres de 15 a 65 años de edad. En un 20% de los casos, la ascitis no está ligada a cirrosis, sin embargo,

el LES como causa de la misma es una condición rara y es diagnóstico de exclusión. Dentro de la fisiopatogenia, los linfocitos B auto reactivos producen autoanticuerpos contra antígenos en la circulación formando inmunocomplejos con depósito en peritoneo, produciendo inflamación local. **Conclusiones:** Ante la presencia de ascitis, es fundamental realizar un correcto abordaje diagnóstico. Las causas más comunes son cirrosis, neoplasias, insuficiencia cardíaca, diálisis y dentro de las causas raras que representan el 2% de los casos, se incluye a lupus eritematoso sistémico. **Palabras clave:** lupus, ascitis, nefropatía, lúpica.

Folio: 1068

Tema: Oncología

Quilotórax, ¿reto diagnóstico? Reporte de un caso asociado a la neoplasia con mayor letalidad en México

Diaz Lily Michel, Gutierrez Bianca Elizabeth, Medina Jesus Manuel, Sandoval Nallely, Hernandez Diana, García Marybel, González Luis Jonathan
Hospital General de Zona Numero 1, Aguascalientes, Aguascalientes

Introducción: El quilotórax es el acúmulo de líquido linfático en el espacio pleural secundario a ruptura u obstrucción del conducto torácico. Su etiología: traumática y no traumática, las neoplasias como la causa numero uno. En México se des-



conoce su incidencia real. La presentación clínica es disnea, tos productiva, dolor torácico y fiebre simulando causas infecciosas. El estándar de oro es la identificación de quilomicrones en líquido pleural (LP), triglicéridos > 110 mg/dl o colesterol > 200 mg/dl. **Objetivo:** describir un caso poco reportado en la literatura; quilotórax asociado a adenocarcinoma pulmonar (AP) y aportar nuestra experiencia en una unidad de segundo nivel; HGZ No. 1 de la ciudad de Aguascalientes, México. **Caso clínico:** Hombre de 55 años que acude por disnea y tos productiva de 3 meses. Exfumador con IT de 20, transportista de cemento por 10 años, EVC isquémico previo y eventos tromboticos sin causa identificada. Se diagnosticó derrame pleural con drenaje persistente detectándose quilotórax. Se confirmó AP 2 meses posteriores. Inicio de tratamiento conservador con fracaso por drenaje persistente > 800 cc/día, siendo no candidato a intervención por neoplasia estadio clínico IV. Recibió ciclo de Permetrexed y Carboplatino paliativos teniendo defunción a los 2 días de inicio. **Discusión:** El quilotórax suele sospecharse solo ante derrames de aspecto turbio siendo tan solo el 44% de esta característica. El tratamiento es idealmente conservador con drenaje, nutrición parenteral y octreotide. Será indicación quirúrgica los gastos persistentes > 15 días o gasto elevado

>1.5 L/día. El éxito terapéutico dependerá de la patología subyacente. **Conclusión:** El análisis extensivo de LP es una medida necesaria en todo paciente con derrame pleural. La identificación temprana de quilotórax tiene impacto por las causas implicadas en su desarrollo principalmente las neoplasias. **Palabras clave:** derrame pleural, quilotorax, adenocarcinoma pulmonar, disnea.

Folio: 1069

Tema: Neurología

Diabetes mellitus y el envejecimiento como factores de riesgo de enfermedad vascular cerebral: epidemiología, fisiopatología y prevención. Una perspectiva actual

Sánchez Juan José¹, Cantú Carlos Gerardo², Mimenza Alberto³, Bautista Andoreni Reyna⁴

¹ Departamento de Medicina Interna. Centro Médico Nacional Siglo XXI; ² Departamento de Neurología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán;

³ Clínica de Geriatria. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán;

⁴ Departamento de Medicina Interna. Centro Médico Nacional Siglo XXI

El riesgo de presentar complicaciones vasculares se incrementa en pacientes ancianos con diabetes mellitus. En promedio tienen alrededor de tres veces más probabilidades de tener

enfermedad vascular cerebral (EVC) en comparación con sujetos sin diabetes. Además, hasta 75 a 80% de las muertes en pacientes con diabetes etes se deben a complicaciones cardiovasculares, incluyendo EVC. Aunque se tiene la impresión de que las complicaciones macrovasculares asociadas a la diabetes se desarrollan a largo plazo, estudios de población han documentado que la EVC sobreviene tempranamente después del diagnóstico de diabetes: el riesgo de EVC fue de 9% (mortalidad de 21%), en los primeros cinco años, lo cual representa el doble de la población general. A partir de registros observacionales, multicéntricos, en pacientes con eventos isquémicos cerebrales, desarrollados por un Grupo Colaborativo Multicéntrico de EVC en México, se analizan las características clínicas, factores de riesgo, neuroimagen y evolución clínica en 1,182 pacientes con diabetes mellitus con énfasis en los pacientes en edad geriátrica. Se observó alta frecuencia de descontrol metabólico en la etapa aguda del EVC: mediana de 140 mg/dL (40% con valores superiores a los 180 mg/dL). La evolución clínica a corto plazo (30 días) es más desfavorable en personas ancianas con tasa de defunción de 30% y presencia de discapacidad moderada a severa de 45%. Lo anterior en relación con su mayor propensión a las com-

plicaciones sistémicas durante el internamiento. Estudios de prevención primaria de la EVC han demostrado que el control estricto de la glucosa no se asocia a reducción del riesgo de EVC. Por lo tanto, el control de otros factores de riesgo presentes en el paciente diabético es fundamental, en particular de la hipertensión arterial.

Palabras clave: enfermedad vascular cerebral, diabetes mellitus, síndrome metabólico, factores de riesgo, hipertensión arterial, anciano.

Folio: 1070

Tema: Reumatología

Síndrome antifosfolípidos de manifestaciones no trombóticas. Reporte de caso

Veloz José Antonio, Yépez Ángel de Jesús
ISSSTE

Resumen clínico: Paciente femenino de 33 años de edad. Antecedentes de importancia; HF: madre con diagnóstico de Artritis Reumatoide. APNP: Nubil, APP: Síndrome Antifosfolípidos (SAF) de un año de diagnóstico debido a determinaciones séricas y presencia de Trombocitopenia, tras presentar hematoma subdural (HS) izquierdo, tratado con AAS 100 mg cada 24 horas y Warfarina 5 mg cada 12 horas, Desprendimiento de Retina hace 20 años. Acude a servicio de Urgencias el día 30 de Marzo por cefalea 6/10 en Escala Numérico Análoga (ENA),

acude con Tomografía con HS derecho pequeño por lo que es egresada con diagnóstico de HS Crónico el cual no requiere tratamiento quirúrgico; reingresa el 2 de abril traída por familiares al presentar cefalea difusa de intensidad 10/10 en ENA y deterioro neurológico repentino caracterizado por estupor e indiferencia al medio. En el servicio de Urgencias se evidencia un HS derecho mediante Tomografía Computada (TC) por lo que es ingresada a quirófano donde se realiza Trepanotomía frontoparietal Derecha. Los laboratorios al ingreso relevantes fueron Hb 12.2 g/dl, Plaquetas 307000 / mm³, TP 42s, TTPa 191s e INR 3.66; al reingreso y de forma prequirúrgica la paciente presentó TP 48.3s e INR 4.28. De forma Postquirúrgica la paciente ingreso a la UCI, donde presentó los siguientes Laboratorios Hb 10.3 g/dl, Plaquetas 167000/mm³, TP 24.7s, TTPa 146s INR 2.02. Se solicitaron Marcadores Reumatológicos con los siguientes resultados: Anticuerpos Anticardiolipina y Anticoagulante Lupico Positivos; en cambio ANA, Anti-DNA, Anti-Smith Negativos; se descartó el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y se consideró el diagnóstico SAF con manifestaciones No Trombóticas debido a que durante el internamiento presentó varias cifras bajas de Plaquetas hasta llegar a 57000/mm³. Interrogando a la pacien-

te presentó determinaciones de un año de antigüedad con determinaciones Positivas para Anticardiolipina y Anticoagulante lúpico. Presentó mejoría clínica en piso de Medicina Interna donde se decidió el egreso con Azatrioprina 50 mg cada 12 horas y Rivaroxabán 10 mg cada 12 horas.

Comentario: El SAF se considera una patología trombótica por excelencia, debido a esto los nuevos criterios (Miyakis) excluyen otras manifestaciones como la trombocitopenia, valvulopatías, Livedo Reticularis, etc.; es importante considerarlo como Diagnóstico diferencial ante alguna de estas entidades para un diagnóstico oportuno para dar un tratamiento temprano y evitar complicaciones graves. Al ser una entidad poco estudiada se desconoce el tratamiento de primera línea ante estos casos; además que en este caso se observa que la asociación con Warfarina puede no ser la más adecuada ya que quizá exista una asociación con mayor riesgo de manifestaciones hemorrágicas que en la población regular. Finalmente se reitera que las manifestaciones no trombóticas son raramente consideradas dentro de este síndrome por lo que es importante su difusión.

Palabras clave: síndrome antifosfolípidos, trombocitopenia, hematoma subdural, no trombótico, reporte de caso, rivaroxabán.



Folio: 1071

Tema: Dermatología

Argiria: reporte de un caso posterior a ingesta de solución con plata coloidal

Galvez Yuriria Asbel, Barrón Jahaziel, Ruiz Juan Manuel
Hospital Juárez de México

La argiria es una enfermedad rara e irreversible de la piel que se caracteriza por la coloración gris azulada de la piel ocasionada por la ingesta o aplicación tópica de diversos compuestos que contienen plata. Previamente fue conocida como una enfermedad ocupacional a mediados del siglo XIX, principalmente en mineros, plateros y fotógrafos. Para finales del siglo XXI y en el siglo XX ésta entidad se asoció a su uso medicinal para diversas enfermedades como epilepsia, infecciosas, cáncer y artritis, sin embargo la FDA declaró en 1999 que dichos fármacos de venta libre que contienen plata no son seguros y de su dudosa efectividad disminuyendo su uso y con ello la incidencia de la enfermedad. En los últimos años la medicina alternativa ha cobrado relevancia al aumentar su popularidad y el uso de sustancias con derivados de plata por su efecto antibiótico natural, con ello ha aumentado el reporte de casos de argiria por estos compuestos. Alrededor de 10% de la plata ingerida es absorbida y de esta 2-4% se deposita en los tejidos, principalmente

en piel, cornea y mucosas. La coloración grisácea de la piel es el resultado de la reducción de los compuestos de plata incoloros y de la estimulación de los receptores tirosina quinasa de los melanocitos aumentando la producción de melanina. La luz solar se comporta como un catalizador en la reducción de los compuestos de plata hacia plata elemental. Es por ello que la coloración gris azulada se da principalmente en las zonas fotoexpuestas. Los principales diagnósticos diferenciales son otros trastornos por depósito como hemosiderosis, enfermedad de Wilson, Adisson, también es importante descartar melanoma metastásico. La histopatología muestra pequeños gránulos oscuros distribuidos alrededor de glándulas sudoríparas ecrinas y fibras elásticas. Aunque es raro se pueden llegar a desarrollar efectos tóxicos por el depósito de moléculas de plata en hígado, riñón, tracto gastrointestinal y médula ósea. También se han reportado casos con su asociación con miopatía y polineuropatía. El tratamiento generalmente tiene poco éxito, como el uso de quelantes o agentes tópicos despigmentantes, recientemente se han usado técnicas con fototerapia principalmente con láser Q-switched Nd:YAG (1064 nm) que parece tener mayor éxito, a esta longitud de onda es pobremente absorbido por la melanina, hemoglobina

y agua penetrando la dermis donde tiene su efecto sobre los gránulos de plata y los melanocitos. **Objetivo:** Presentar el caso de una mujer la cual desarrolló argiria. **Presentación de caso:** Mujer de 45 años de edad sin antecedentes personales patológicos, refiere un mes previo al inicio de su padecimiento actual el consumo de plata coloidal como parte de desinfectante de verduras crudas. Presentó dermatosis diseminada a cabeza de la cual afectaba cara así como conjuntivas en ambos ojos y mucosa oral caracterizada por pigmentación gris-azulada, sin ningún síntoma acompañante, como parte del tratamiento se inició fotoprotección como mínimo 3 veces por día, así como despigmentantes, sin progresión de las lesiones en su consulta de seguimiento. **Conclusión:** La argiria es una enfermedad que en la actualidad ha resurgido, ya que, las nuevas terapias alternativas han logrado auge en su aplicación, es importante su conocimiento, ya que, debido a éste aumento en el uso de tratamientos con aplicación de plata es probable el aumento en la presentación de casos descartando otras causas de hiperpigmentación en los pacientes así como el interrogatorio dirigido y el antecedente de uso de plata en cualquier presentación vía oral.

Palabras clave: argiria, plata, miopatía, polineuropatía.

Folio: 1072

Tema: Cardiología

Taquicardia ventricular sostenida desencadenada durante eco-estres farmacológico con dobutamina

Ramos Miguel Angel¹, Meneses Eduardo², Hernandez Alejandro³, Cortes Mauricio⁴, Guerrero Maria Cristina⁵

¹ Depto. de Ecocardiografía; ² Depto. de Medicina Crítica Hospital General de Especialidades del ISSSTE Saltillo, Coahuila;

³ Hospital General de Especialidades del ISSSTE, Saltillo, Coah;

⁴ Depto de Electrofisiología, Hosp Regional del ISSSTE, Monterrey, NL; ⁵ Hosp de Ginecología UMAE 23 IMSS. Depto. de Medicina Critica. Monterrey, NL

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son responsables de 17 millones de muertes cada año en el mundo, el 25% de las cuales con por muerte súbita cardiaca (MSC), siendo las arritmias ventriculares como consecuencia de eventos isquémicos, una de las principales causas de MSC.

Caso clínico: Masculino de 67 años de edad, FRCV: edad, genero, DM2, HAS, Dislipidemia y tabaquismo, ingresó por cuadro de SCA SEST del tipo angina inestable, llevado a ecocardiograma estrés farmacológico con dobutamina, encontrando FEVI 35% e hipoquinesia severa posterolateral, desarrollando durante el mismo

cuadro de angina y extrasistolia ventricular frecuente culminando en taquicardia ventricular sostenida, la cual se trato con amiodarona 150 mg IV en bolo, logrando cardioversión e ingresado a UCIA con infusión de amiodarona, fue llevado a angiografía coronaria, encontrando a la arteria circunfleja con lesión significativa, por lo que se le realizó angioplastia transluminal percutanea, y llevado de nueva cuenta a UCIA, en donde desarrollo de nueva cuenta TV sostenida, refractaria a tratamiento farmacológico, por lo que se decide realizar cardioversión electrica, logrando ritmo sinusal, sin embargo a las 24 horas se presentó de nueva cuenta TV sostenida, por lo que fue llevado a estudio electrofisiológico y ablación de la misma mediante cartografía. **Conclusión:** A pesar de la reducción de las tasas de MSC a través de revascularización y prevención de la enfermedad arterial coronaria, mediante el control de factores cardiovasculares, y tratamiento mas oportuno y eficaz del síndrome coronario agudo, las arritmias tardías después del SCA siguen siendo una causa frecuente de MSC. La incidencia de arritmias ventriculares en el SCA ha disminuido en las últimas décadas, principalmente debido a estrategias de revascularización tempranas y tratamiento farmacológico adecuado. Sin embargo, hasta el 6% de los pacientes con

SCA desarrollan TV o FV. Además de la revascularización coronaria, se deberá corregir trastornos hidroelectrolíticos, mantener tratamiento farmacológico con betabloqueadores, amiodarona y lidocaína, no se recomiendan otros fármacos antiarrítmicos como la procainamida, propafenona y flecainida. En pacientes con TV recurrente o FV a pesar de la revascularización completa y el tratamiento médico óptimo, se debe considerar la ablación por radiofrecuencia o cartografía.

Palabras clave: taquicardia ventricular, dobutamina, ablacion, eco farmacologico.

Folio: 1073

Tema: Reumatología

Probable síndrome antifosfolípidos catastrófico secundario como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico: reporte de un caso del servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México

Castro Senyasen Sairí

Hospital Juárez de México

Femenino de 23 años de edad originaria del Edo de Mex, preparatoria completa, católica. AHF: negados. APNP: niega tab, alcoholismo y toxicomanías. AGO: menarca 11 años, regular, FUM 3 semanas, IVSA 15 años, 2 parejas sexuales, sin método de barrera, G0, P0, C0, A0. Niega citología cervical. Inicia su padecimiento de 2 meses evolución con tos no productiva sin predominio de horario,



acompañado de rinorrea hialina, acude con facultativo quien prescribe medicamento no especificado, con mejoría. 20 días después comienza con edema en pie izquierdo, de instalación súbita, incrementándose rápidamente hasta la rodilla, acude a facultativo quien prescribe factor de transferencia de cocodrilo, lectina E, omega 3, complej B y solución oral en gotas no especificado, refiere presentar mejoría parcial de la sintomatología. 2 días posteriores comienza en dedos de pie izquierdo con cambios de coloración eritemato-violáceo y edema, 24 horas después comienza con edema en dedos pie derecho. Al interrogatorio dirigido, familiar refiere un evento con alteraciones del estado de ánimo, disartria, astenia, pérdida de peso de 10 kg en una semana, fiebre sin predominio de horario de 2 semanas, niega fotosensibilidad, eritema malar, úlceras, petequias, dolor torácico. A la EF bradipsíquica, bradiplálica, consciente orientada en persona y tiempo Ictericia generalizada. Labios con múltiples petequias, placa blanquecina en lengua que se desprende con facilidad. Ext sup en región palmar lesiones de tipo vasculitis evanescentes a la digitopresión. Ext inf. coloración negra en ortijos de ambos pies, pulsos pedios ausentes de forma bilateral. BD 0.4, BI: 0.2 TGO:46, TGP:22, alb:2.4, DHL:488, COOMBS directo:+ sin mejoría bolo este-roide ni plasmaféresis se inicia

rituximab se envían muestras para descartar LES y SAF, con anticoagulante lúpico 3.73 seg, fuertemente positivo, anticardiolipina IgG 84.3 GPL, ANA citop 1:2560, Anti B2 GP IgG 226.8, C4 6.65. Linfop 840, Trombocitopenia 81000.

Palabras clave: LES, SAF, vasculitis, trombosis.

Folio: 1074

Tema: Misceláneos

Presentación clínica atípica de hematoma hepático subcapsular que complica el embarazo

Guerrero María Cristina¹, Meneses Eduardo², Ramos Miguel Angel²

¹ Hospital de Ginecología y Obstetricia UMAE 23, IMSS Monterrey NL; ² Hospital General de Especialidades ISSSTE Saltillo, Coah.

En 1844 Abercrombie fue el primero en describir la ruptura hepática como la complicación más catastrófica en el embarazo, la incidencia del mismo se encuentra entre 1 y 45,000 a 1 en 225,000 embarazos y ocurre aproximadamente en 1 a 2% de los casos de Preeclampsia y Síndrome de HELLP. Los síntomas clínicos son: dolor persistente en barra en el cuadrante superior derecho o en el epigastrio con irradiación al hombro derecho o a la región interescapular, náuseas y vómito acompañados de distensión abdominal, datos de irritación peritoneal e hipotensión asociados con la ruptura del órgano, con impli-

caciones devastadoras. En el contexto de una paciente con Preeclampsia o un síndrome de HELLP, el conjunto de síntomas inespecíficos anteriormente descritos debería sugerir la posibilidad de la existencia de un hematoma hepático subcapsular. La ruptura hepática, aunque es una rara complicación en el embarazo, lleva a una alta tasa de mortalidad; en algunas series puede llegar hasta el 60 y 70%. Los principales factores de riesgo son la edad mayor de 30 años y la multiparidad. En el caso de esta paciente la edad de presentación fue de 23 años, cursaba su tercer embarazo, y se ingresó por síntomas urinarios, dolor lumbar derecho y fiebre sugestivos de pielonefritis. Su evolución fue tórpida presentando trabajo de parto prematuro por probable desprendimiento de placenta normo inserta que resulto ser un hematoma hepático subcapsular roto que ocasionó que el producto se obitara y estancia prolongada en la paciente, con varias reintervenciones y complicaciones intrahospitalarias. Lo aparatoso de la presentación clínica, la sintomatología inespecífica, la evolución y el hecho de que la paciente se volviera a embarazarse dos años después de el evento de hematoma hepático motivo la presentación de este caso.

Palabras clave: embarazo, hematoma hepático, pielonefritis, hipertensión crónica, empaquetamiento abdominal.

Folio: 1076

Tema: Dermatología

Enfermedad de Kikuchi

Rios Daniela¹, Villalobos Víctor Hugo¹, Mena Lourdes², Peña Danna María¹

¹ Hospital General de México;

² Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición

Introducción: La enfermedad de Kikuchi–Fujimoto (EKF) o linfadenitis histocítica necrozante, es una alteración linfocitaria rara de incidencia desconocida, que afecta a mujeres jóvenes, más frecuentemente de ascendencia asiática. La etiopatogenia es desconocida sin embargo, los virus son los agentes con mayor sospecha; un tercio de los casos es mal diagnosticado como linfoma maligno. Se asocia al desarrollo de lupus eritematoso generalizado (LEG). La EKF se caracteriza por la presencia de linfadenopatía localizada, fiebre, sintomatología de vías respiratorias superiores, odinofagia; puede haber pérdida de peso y artralgias. En piel se presenta hasta en un 32.9% de los casos exantema maculopapular preferentemente en cara, tronco y extremidades superiores. **Caso clínico:** Paciente de 25 años de edad fiebre de hasta 38.3° de 3 semanas de evolución. Presencia de adenomegalias induradas submandibulares, retroauriculares, supraclaviculares, hasta 4 cm. Dermatitis diseminada de predominio en tórax, abdomen y miembros

pélvicos, caracterizada por discretas máculas rosadas-eritematosas de hasta 5 mm, en piernas algunas de aspecto petequial, tienden a confluir, de 4 días de evolución, prurito moderado. La tomografía encontró adenopatías cervicales, mediastinales y mesentéricas con extenso edema/proceso inflamatorio con la misma distribución, hepatomegalia. Laboratorios reflejaron anemia microcítica y leucopenia 2.0, neutrófilos, alteración de las pruebas de función hepática AST, 122 ALT 66, DHL 1976; ANA moteado grueso 1:80, serología negativa para Varicela Zoster, Rubeola, Epstein-Barr, CMV, Toxoplasma, VIH negativo (en 2 ocasiones), VHC, VHB, PCR HHV8 y Brucella; todos negativos, VDRL negativo. Se tomó biopsia excisional de ganglios supraclaviculares, se encontró negativa para neoplasia linfoide, con linfadenitis necrozante compatible con enfermedad de Kikuchi. En la biopsia de piel se aprecia dermatosis de interfaz vacuolar, perivascular superficial linfocitaria con cariorrexis. Se inició tratamiento con naproxeno con mejoría de la fiebre y síntomas generales. Posteriormente prednisona 30 mg al día con disminución del tamaño de las adenopatías, desaparición de taquicardia y mejoría del resto de los síntomas. **Discusión:** Las manifestaciones cutáneas, se ha descrito clásicamente la aparición de exantema maculo-

popular, puede haber pápulas o placas, se puede acompañar de ulceración oral, como es el caso de nuestra paciente. La biopsia de piel revela vacuolización de la membrana basal e infiltrados en la dermis conformados por linfocitos pequeños e histiocitos sin cambios vasculares. Es inespecífica generalmente pero podría resultar de utilidad ya que puede encontrarse infiltrado dérmico linfocítico, además queratinocitos necróticos en la epidermis y cariorrexis no neutrofílica, edema de la dermis papilar; lo que orienta a pensar en este diagnóstico. La presencia de pérdida de peso, artralgias y ANA's se ha asociado con el desarrollo de LEG. En el caso de nuestra paciente presentó los primeros síntomas sin embargo la serología para ANA's fue negativa. Esto no descarta que en un futuro desarrolle LEG.

Palabras clave: Kikuchi, linfadenitis, histocítica, necrotizantes.

Folio: 1077

Tema: Infectología

Síndrome inflamatorio de respuesta inmune en un paciente con infección por VIH y tuberculosis diseminada polirresistente

Mendoza Emmanuel Antonio, Juárez Hilda, Armas Miguel Angel, Dueñas Samuel, Zavaleta Mariana, González Mario Centenario Hospital Miguel Hidalgo

Masculino de 23 años de edad quien refiere no tener con-



ductas sexuales de riesgo ni uso de drogas intravenosas. Tiene como antecedente de importancia el diagnóstico de tuberculosis cerebral e infección por retrovirus en abril de este año. Un mes previo al diagnóstico presentó disnea, tos productiva, malestar general, náusea, fiebre de predominio nocturno y pérdida de peso de más del 10%. Al cuadro se agregó bradipsiquia, bradilalia, apraxia ideomotora, desorientación y cefalea intensa. Se le realizó una punción lumbar con citoquímico sugerente de neuroinfección por micobacterias, con tinción Ziehl Neelsen negativa. Se solicitó GeneXpert el cual fue positivo para *Mycobacterium tuberculosis* (M.T). Se solicitó ELISA para VIH la cual fue positiva, con carga viral 2,570,769 cp/ul y 103 CD4. Inició tratamiento con DOTBAL con buena respuesta. Un mes después se inició el tratamiento antirretroviral con ATRIPLA. Su motivo de consulta inició una semana después con fiebre de 39.9°C de predominio nocturno, ondulante, acompañada de diaforesis, malestar general, náusea y tos productiva. Acudió a urgencias, donde se recibió con frecuencia cardíaca 115lpm, respiratoria 35rpm, 39°C, saturando al 86% al aire ambiente, neurológicamente íntegro, con estertores subcrepitantes bilaterales, diseminados, sin visceromegalias palpables. De sus laboratorios destacó la presencia de anemia y pruebas

de función hepática con patrón colestásico. En la tomografía toracoabdominal se apreció un patrón retículonodular intersticial, hepatoespleomegalia y adenomegalias inguinales, axilares y mediastinales de aspecto benigno. Dado el antecedente de tuberculosis cerebral y los hallazgos tomográficos se sospechó de un caso de SIRI-TB por lo que se inició tratamiento con prednisona. La sintomatología remitió y disminuyó los tos. En su seguimiento en la clínica de VIH se documentó M.T. resistente a pirazinamida y estreptomina por lo que se modificó el tratamiento antifímico, actualmente asintomático.

Palabras clave: SIRI, tuberculosis, VIH, Fiebre, hepatoesplenomegalia, adenomegalia.

Folio: 1078

Tema: Cardiología

Coartación aórtica diagnosticada en el abordaje de preeclampsia severa

Hernández Dalí Alejandro, Nañez Homero

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Facultad de Medicina UANL

La coartación de la aorta es una causa poco frecuente de hipertensión durante el embarazo. Probablemente por la baja prevalencia en este grupo de población ya que hasta el 80% de los casos son diagnosticados en la infancia; y tal vez, como

este caso lo ilustra, por la poca sospecha y falta de búsqueda intencionada en las clínicas de control prenatal. Recibimos en el servicio de urgencias de nuestro hospital a una paciente de 17 años referida de la terapia intensiva de otro nosocomio de nuestra ciudad. Su motivo de envío fue hipertensión de difícil control y un soplo cardíaco, solicitando la valoración por cardiología. Al interrogatorio la paciente refería historia de un soplo cardíaco detectado en la infancia, así como episodios de cianosis desencadenados por esfuerzos físicos que remitieron al crecer. Negaba haber recibido atención médica al respecto. Además, hipertensión arterial detectada en la semana 12 del embarazo, desde entonces tratada con alfametildopa 250 mg BID, cono adecuado control según lo referido. Acudió a consultar al servicio de obstetricia por cefalea acompañada de fosfenos, encontrándose presión de 240/130 mmHg, por lo anterior se decidió la interrupción del embarazo, a las 37.4 semanas, siendo ésta su primera gesta. A su llegada a nuestro hospital, la paciente se encontraba cursando el tercer día de puerperio quirúrgico, y se recibe con una presión arterial de 180/120 mmHg. A la exploración destacaba un soplo sistólico grado III en foco aórtico, pulsos normales en extremidades superiores y débiles con retraso en extremidades inferiores. Al medir la presión

en las cuatro extremidades encontramos: 180/120 mmHg (BD), 176/114 mmHg (BI), 116/76 mmHg (PD), 118/72 mmHg (PI). En sus laboratorios destacaba una proteinuria de 1.2 g en 24 horas, con lo que se integró diagnóstico de preeclampsia sobreagregada con características de gravedad. Además, se encontró hipertrofia del ventrículo izquierdo en su electrocardiograma y signo de Roesler en su radiografía de tórax, con un índice cardiotorácico de 0.66. Por lo anterior se inició infusión de nitroglicerina, amlodipino 10 mg qD y enalapril 10 mg BID, con lo que se redujo la presión arterial a 160/90 mmHg (BD). En la evaluación por ecocardiograma transtorácico se identificó coartación aórtica, hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo e insuficiencia mitral leve. Se continuó su abordaje con un angioTC, en el que se encontró coartación de 8 mm de longitud con una luz de 0.5 mm iniciando a 15 mm del nacimiento de la arteria subclavia izquierda. Se practicó cateterismo para dilatación con balón y colocación de stent no medicado de 48 mm de largo y 22 mm de diámetro. Por dificultades durante el procedimiento no fue posible medir gradientes, sin embargo, posterior a la dilatación se registró una presión arterial de 140/90 mmHg en miembros superiores y de 140/80 en miembros inferiores. En los días siguientes se

disminuyó de forma progresiva el tratamiento antihipertensivo. La paciente fue egresada y en su seguimiento ambulatorio se mantiene asintomática, en control con losartán 50 mg BID. **Palabras clave:** hipertensión, preeclampsia, coartación aórtica.

Folio: 1079

Tema: Cardiología

Klebsiella pneumoniae como agente inusual de endocarditis bacteriana; reporte de caso

Jimenez David, Rivera Dante Jesus, Castillo Alejandro, Martinez Karen Euridice, Faustino Gladis, Ruiz Ana Luisa, Mares Adan Rafael

Centro Médico ISSEMyM Ecatepec

Klebsiella pneumoniae como agente inusual de endocarditis bacteriana; reporte de caso. Antecedentes La endocarditis es causada por infección de la superficie endocárdica o material protésico en el corazón. La incidencia va de 1.7 a 6.2 casos por 100 000 habitantes al año. La endocarditis conlleva una tasa de mortalidad alta. Aun cuando se trata, la mortalidad a un año esta entre el 20 y 25%, mientras que la mortalidad a 10 años es del 50%. Aunque más del 80% de los casos de endocarditis infecciosa son causados por bacterias Gram positivos como *Staphylococcus aureus* o por especies de *Streptococos* o enterococos. Los agentes gram negativos

son una etiología poco común en la patogenia de esta enfermedad. La presencia de abuso de sustancias, contacto con el sistema de salud y dispositivos protésicos cardiacos son factores de riesgo para Endocarditis infecciosa secundaria a bacterias Gram-negativas que no forman parte del grupo HA-CEK. Se presenta el caso de un paciente con endocarditis infecciosa cuyo agente causal era *Klebsiella pneumoniae*. **Caso clínico:** Paciente masculino de 61 años de edad, antecedentes de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes tipo 2 de 19 de evolución, Enfermedad Renal Crónica KDIGO 5 en Hemodiálisis durante 6 meses, quien presenta, fiebre de 3 semanas de evolución de hasta 39.3°, escalofríos, mal estado general, dolor torácico. A la exploración física se observa con lesiones nodulares, dolorosas, palpables en pulpejos de los dedos compatibles con nódulos de Osler, con lesiones de Janeway, manchas amoratadas pequeñas no dolorosas en palmas y plantas de las cuatro extremidades llegando a encontrarlas en cuero cabelludo, pabellones auriculares y región dorsal, soplo protosistólico mitral y tricuspídeo Se realiza ecocardiograma transtorácico sin evidenciar masas o vegetaciones. Ante sospecha clínica y cumpliendo cinco criterios menores de Duke. Se inicia terapéutica empírica con Vancomicina intravenosa, con poca



respuesta a tratamiento, persistiendo con fiebre y deterioro hemodinámico. Se recaban resultados de hemocultivos periféricos y centrales con desarrollo de *Klebsiella pneumoniae* siendo sensible a Gentamicina y Meropenem por lo que se inicia terapia antimicrobiana dirigida, con remisión de lesiones y negativización de cultivos así como mejoría del estado clínico del paciente. **Conclusión:** El grupo de las enterobacterias rara vez son reportadas como agentes causales de endocarditis. La endocarditis infecciosa causada por las especies de *Klebsiella* son poco comunes, siendo reportadas en menos de 1.2% en endocarditis de válvula nativa y hasta en un 4.1% en endocarditis de válvula protésica. Las infecciones relacionadas a cuidados de la salud están estrechamente relacionadas a las infecciones asociadas a catéter, sin embargo, *Klebsiella* es un agente infrecuente como causa de las mismas, siendo solo responsables del 5%. Los bacilos Gram negativos, incluyendo *Klebsiella pneumoniae*, son raros como agentes causales de endocarditis, aun padeciendo de bacteremia se tiene un 0.86% de riesgo padecer endocarditis. Una disminuida tasa de casos se puede deber a la escasa adherencia de estos microorganismos a las válvulas cardiacas, comparada con organismos Gram positivo, responsables de la mayoría de las Endocarditis Infecciosas

(*Streptococo viridans*, *Staphylococo coagulasa positivo* y *coagulasa negativo*) junto con *Pseudomonas aeruginosa*. La importancia de este caso radica en la adecuada terapia antimicrobiana dirigida, obtenida a través de los hemocultivos, ya que en primera instancia se piensa en cobertura para bacterias Gram positivas. Además nuestro paciente padecía de enfermedad renal crónica KDIGO 5 en hemodiálisis, secundaria a diabetes tipo 2, ambos factores de riesgo mu y importantes y de cada vez mas alta prevalencia en México.

Palabras clave: endocarditis, *Klebsiella*, infectología, Janeway, cardiología, cateter.

Folio: 1080

Tema: Nefrología

Uso de analgésicos en el paciente geriátrico y su impacto en el desarrollo de lesión renal aguda

Gayon Erika, Escamilla David, Leal Graciela, Hernandez Andrea Priscila

Fundacion Clinica Medica Sur

Introducción: La susceptibilidad para desarrollar lesión renal aguda (LRA) en el paciente geriátrico incrementa de manera multifactorial. 90% de las prescripciones por analgésicos se documentan en mayores de 65 años con incremento del riesgo de hasta 2.5 de desarrollar enfermedad renal asociado al uso de AINES y paracetamol. El objetivo del estudio fue describir

el impacto del uso de analgésicos en el desarrollo de LRA en pacientes geriátricos hospitalizados. **Metodología:** Cohorte prospectiva de pacientes ingresados en el Hospital Médica Sur en abril del 2018, mayores de 65 años con medición de valores de creatinina sérica (Cr) durante hospitalización. Se realizó un interrogatorio dirigido dividiendo a los pacientes en 4 grupos de acuerdo con temporalidad de consumo analgésico; diario, dos o más veces por semana, una o más veces por mes o menor a una vez al mes. Se documentó el tipo de analgésico, uso de ASA a dosis cardioprotectora y desarrollo de LRA al ingreso o durante la hospitalización. Se definió LRA de acuerdo con los criterios de KDIGO. Análisis con t de Student en variables continuas y F de Fisher para variables categóricas, p significativa.

Palabras clave: lesión renal aguda, analgésicos, población geriátrica, paracetamol, aspirina, enfermedad renal.

Folio: 1082

Tema: Oncología

Neoplasias del sistema fagocítico mononuclear: sarcoma histiocítico (SH) reporte de caso

Andoney Jéssica Valeria, Morgan Diana Selene, García Laura Anahí, Mondragón Lidia Aurora, Aguiñiga Ariadna, Guzmán Perla Marlene, Mondragón Héctor, Hernández Ulises

Petróleos Mexicanos

Introducción: El SH, previamente llamado linfoma histiocítico verdadero; es una neoplasia rara, originada a partir de células de la médula ósea, tiene características morfológicas e inmunohistoquímicas de macrófagos maduros. Se puede presentar en ganglios linfáticos (50%) o sitios extraganglionares como piel, tejidos blandos y en el aparato gastrointestinal. El diagnóstico regularmente se realiza en etapas avanzadas y es de un curso agresivo. Se realiza con base en las características inmunohistoquímicas, se debe excluir el linfoma de células grandes o neoplasias como carcinoma o melanoma.

Descripción del caso: Paciente masculino de 72 años con antecedente de DM2, HAS y Ca basocelular pigmentado. Inició padecimiento 5 meses antes del diagnóstico, con tumoración en frente no dolorosa, bien delimitada, con salida de líquido serohemático, y posterior ulceración con zona de necrosis. Valorado por dermatología, con toma de biopsia sin alteraciones. Cuatro meses después se aparece nueva lesión en región maleolar, con nueva toma de biopsia. Las lesiones se acompañaron de malestar general, diaforesis y pérdida ponderal de 10 kg en 5 meses. Reporte de más lesiones en tobillo contralateral, ingle y frente. EF. palidez de tegumentos, no adenomegalias. Cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen con esplenomegalia palpable en

polo inferior. Extremidades con lesiones dérmicas diseminadas en cara, ingle y ambos tobillos, caracterizadas por nódulos, gomas, fistulizados, íntegros y ulcerados, de 5 mm a 3 cm, secreción seropurulenta, dolor a la presión. TAC abdominal contrastada con dos lesiones quísticas en lóbulo derecho de hígado. Esplenomegalia con contornos lisos, con imágenes hipodensas sin reforzamiento y distribución dispersa. Engrosamiento de mucosa gástrica y arcada duodenal severa, disminución del lumen duodenal. Biopsia de lesión en frente con datos de inflamación crónica y granulomas abscedados en piel superficial y profunda. Biopsia de médula ósea hiper celular con hiperplasia de la serie mieloide, infiltración por neoplasia compatible con SH. Marcadores de inmunohistoquímica: CD-34 negativo, CD-68: focalmente positivo en células del estroma y mieloperoxidasa positiva en un 30%. Conclusiones El SH es una neoplasia poco frecuente, y regularmente se considera como diagnóstico diferencial o de exclusión ante sarcomas de morfología epiteloide, pleomórfica y células fusiformes. En su presentación clínica e histológica, puede semejar otras neoplasias linfoproliferativas. Por sus características inmunohistoquímicas, se debe realizar el diagnóstico diferencial con linfoma de células grandes, linfomas anaplásicos de células grades, melanomas y carci-

nomas metastásicos. Como se debió realizar al inicio del cuadro clínico, por el antecedente de Ca basocelular.

Palabras clave: sarcoma, histiocítico, neoplasia, fagocítico, mononuclear, caso.

Folio: 1083

Tema: Reumatología

Síndrome de encefalopatía posterior reversible tras infusión de ciclofosfamida en paciente con lupus eritematoso generalizado; reporte de caso

Gomez Luna Tony, Uribe Jefe Felipe, Valle Adriana, Arizaga Manuel, Lordmendez Gabriela, Amaya Edna Lizeth, Anaya Israel
Universidad de Guadalajara

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad clínico radiológica de etiología heterogénea agrupada por hallazgos similares en estudios de neuroimagen. Usualmente afecta lóbulos parieto-occipitales; patogenia no está bien descrita. Se asocia a inmunosupresores, hipertensión, nefropatía. Se reporta el caso de femenino 15 años de edad con diagnóstico de nefritis lúpica, manejo reciente con ciclofosfamida. Inició síntomas 1 semana posterior al segundo ciclo al referir cefalea, convulsiones tónico-clónicas generalizadas y elevación de la presión arterial. RM cráneo con hiperintensidad en sustancia blanca parieto-occipital bilateral, sin restricción en difusión, lo que sugiere PRES. EEG con ritmo basal lento poco



organizado, proceso disfuncional moderado generalizado, actividad epileptiforme focal en región temporal izquierda. En total hay 276 publicaciones (1966-2007) con palabras clave "leucoencefalopatía reversible"; 22 PRES en pacientes con LEG; edad de inicio 13-40 años. Síntomas: convulsiones (91%), cefalea (70%), anomalías visuales (65%), alteración del estado de alerta (48%), vómitos (26%) y hemiparesia (13%). Neuroimagen: lesiones en lóbulos parieto-occipitales (100%), frontal (39%), temporal (35%), cerebelo (22%), tálamo (13%), tronco (13%) ganglios basales (9% previo a desarrollarlo 15 pacientes tuvieron signos de nefropatía rápidamente progresiva con elevación aguda de presión arterial. Los síntomas resolvieron de 4 días a 1 mes. Factores de riesgo reportados: actividad lúpica, hipertensión y falla renal, sobre todo en jóvenes. Hay reportes de caso donde los síntomas se presentan a las primeras horas del esteroide a dosis altas o Ciclofosfamida, hasta 2 semanas posteriores. La presentación, hallazgos de imagen y factores de riesgo son similares a los publicados en la bibliografía internacional. Sospechar de PRES de manera temprana, sobre todo en pacientes hipertensos, nefrópatas y con antecedente de uso de ciclofosfamida reciente

Palabras clave: PRES, encefalopatía posterior reversible, lupus, ciclofosfamida.

Folio: 1084

Tema: Infectología

Infusión de vancomicina en cavidad torácica, una alternativa de tratamiento

Luna Angel Ivan¹, Ahumada Victor Hugo², Lozano Victor Hugo², Peralta Amy Bethel²

¹ Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez; ² Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas

Las complicaciones infecciosas de las cavidades torácicas post neumectomía no son infrecuentes, y su abordaje puede ser complejo por la dificultad en lograr concentraciones adecuadas de antibiótico. Se trata de masculino de 22 años con Infección por VIH desde 2016, con TAR (TDF/FTC/EFV), adecuada adherencia, CD4+ 394 (36%) cél/mL, CV-VIH: Indetectable; Tuberculosis diseminada con compromiso pulmonar en 2016, tratada con DOTBAL por 1 año y cultivos de control negativos, requirió Neumectomía izquierda por cavernas gigantes y hemoptisis masiva. Presentó cuadro de 1 semana con dolor en pared costal izquierda, tos con expectoración purulenta y fiebre. Con presencia de líquido en cavidad torácica izquierda, con drenaje por sonda de 800ml de material purulento. En cultivo se reportó crecimiento de bacilo grampositivo en 2 muestras distintas, se identificó por Vitek *Corynebacterium striatum*. Se indicó Vancomicina IV 1g IV c/12h con

persistencia de drenaje purulento y cultivos positivos para el mismo bacilo grampositivo. Se escaló a Linezolid/Piperacilina Tazobactam sin remisión del cuadro infeccioso. En broncoscopia se documentó fístula en muñón bronquial izquierdo, se realizó cierre durante procedimiento. Se indicó Vancomicina 1g diluido en 1000ml de NaCl 0.9% en infusión por catéter torácico en 1 hora, con estancia en cavidad por 6 horas y drenaje cada 12 horas. Se observó disminución de material purulento y cultivos negativos, completó tratamiento por 10 días con remisión de la infección. *Corynebacterium striatum* es un microorganismo comensal en piel y mucosas, causa infrecuente de infecciones. Su aislamiento e identificación es difícil, resistente a betalactámicos, susceptible a Vancomicina, linezolid y daptomicina. En este caso presentó fracaso a la terapia IV probablemente por concentraciones subóptimas, por ausencia de tejido pleural. El aporte local del medicamento aumentó su efectividad logrando remisión de la infección.

Palabras clave: vancomicina, *Corynebacterium striatum*, local, intratorácica, postquirúrgico, VIH.

Folio: 1085

Tema: Neurología

Síndrome de Wallenberg: correlación anatómico-clínica

Romero Tzirari Yaneli, Huebe Juan Andres, Rodríguez Ricardo

Omar, Olvera Ana Silvia, Pliego Jesus Alfonso, Palomo Carlos Rodrigo, Angeles Flor de Azalea
Hospital General de Pachuca

Introducción: Entre los eventos vasculares cerebrales, 20% afecta la circulación vertebro-basilar, la causa mas común es la isquémica. El síndrome de Wallenberg también conocido como síndrome medular lateral es el síndrome vascular cerebral más frecuente de la circulación posterior. **Exposición del caso:** Masculino de 53 años de edad. IT: 5.8 diabético e hipertenso mal controlado de 3 años de diagnóstico. HAS detectada tras emergencia hipertensiva por evento cerebrovascular tipo isquémico cerebeloso y como secuela paresia de MPI. Inició padecimiento con cefalea holocraneana, EVA 8/10, se acompaña de vértigo y desviación de la mirada, TA 200/110mmHg, evoluciona con acentuación de cefalea en región posterior, se agrega náusea y vómito. En exploración pupilas mióticas isométricas, reflejo luminoso disminuido, desviación de la mirada conjugada a la izquierda, nistagmo agotable rotatorio, parestesia en hemicara izquierda, pobre reflejo nauseoso. Cuatro meses después persiste con alteraciones en la sensibilidad de la cara y vértigo. **Conclusiones:** La identificación adecuada de los datos clínicos y su correlación anatómica hará fácilmente identificable el síndrome de

Wallenberg. La disfagia, voz nasal, disminución del reflejo nauseoso, parálisis ipsilateral del paladar y cuerdas vocales secundarias a la lesión que involucra el núcleo ambiguo y fibras del IX y X par craneal. El vértigo y nistagmus se presentan por el compromiso del núcleo vestibular y estrecha relación con el cerebelo. La génesis de la náusea y vómito es por la lesión en el núcleo ambiguo, así como la ataxia se atribuye a lesión del cuerpo restiforme o a la vía espino- cerebelosa. El síndrome de Horner se explica por lesión en las fibras simpáticas descendentes, se presenta miosis y enoftalmos ipsilateral. La lesión del núcleo y haz descendente del trigémino es la causa de la hipoestesia térmica y al tacto, así como hiperestesia en hemicara ipsilateral a la lesión medular.

Palabras clave: Wallenberg, postero-inferior, medular, isquemia, Horner, ambiguo.

Folio: 1086

Tema: Cardiología

Tromboembolismo pulmonar como manifestación de hepatocarcinoma en paciente joven

Martínez Hugo Alberto, Alvarado José Alfredo, Gómez Dayana, De Jesús Lesly Rocío, Ruiz Ivette Yolanda, Monternach Felipe Alberto
Hospital Central Ignacio Morones Prieto

Paciente masculino de 29 años de edad, fumador (IT:0.9), pér-

didada ponderal de 10 kg en 3 meses. Ingresó al servicio de urgencias por disnea de 3 días de evolución, hipertensión y dolor torácico retroesternal EVA 9/10 opresivo. Signos vitales al ingreso TA:140/69 mmHg, Fr:20 rpm, Fc: 114lpm, Temp:36.5 C, a la exploración física complejidad robusta, disneico, no plétora yugular, no se conforma síndrome pleuropulmonar, precordio hiperdinámico, no soplos. Masa palpable en línea axilar anterior, retinente 2 cm por debajo del borde costal. Laboratorios con leucocitosis (19.3), neutrofilia (14). EKG: Taquicardia sinusal, BRDHH, S1Q3T3, sobrecarga ventricular. Rx de tórax: Signo de Westermarck, borramiento del ángulo costodiafragmático. AngioTAC: Oclusión bilateral a nivel de vasos principales. ECO-TT: Signo de Mc Conell positivo, afección del VD, se cataloga como TEP masiva, cumple criterios de trombólisis se realiza con Alteplase con mejoría importante de la sintomatología. Se continúa la anticoagulación. Posteriormente presenta datos de insuficiencia venosa profunda en miembro pélvico izquierdo, se corrobora datos de trombosis aguda en vena femoral común, vena poplítea y vena femoral mediante eco doppler venoso. Se realizan estudios de extensión mediante tomografía toracoabdominal contrastada reportando masa en hemiabdomen superior izquierdo, de bordes irregulares



y heterogénea. En cuanto mejoraron las condiciones clínicas se decide programar a procedimiento quirúrgico, realizando LAPE, segmentectomía hepática, omentectomía mayor y resección de implantes. Estudio patológico: hepatocarcinoma metastásico.

Palabras clave: tromboembolismo pulmonar, masa retroperitoneal, hepatocarcinoma metastásico.

Folio: 1087

Tema: Neurología

Neumoencefalo no traumático a propósito de un caso

Chávez Samantha Daphne Georgina, Sosa José Luiz, Ramón Isabel Cristina, López Karla Elizabeth

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casusas

Hombre de 57 años diabético tipo 2 desde hace 3 meses en manejo con glibenclamida, hipertenso de larga evolución en tratamiento con losartán respectivamente. Inicia una semana previa a su ingreso con otalgía izquierda y cefalea holocraneal acude con médico quien inicia manejo con cefotaxima sin embargo se agrega habla incoherente, alucinaciones visuales y marcha atáxica. Exploración física: Glasgow de 14 puntos, somnoliento, responde con monosílabos al estímulo verbal, tiene cráneo normocéfalo, pupilas isocóricas de 3mm normorreflexicas, a la otoscopia

bilateral con rastros hemáticos, cavidad oral con regular higiene, cuello simétrico, pulsos presentes, no IY, precordio rítmico de buen tono e intensidad, sin agregados, adecuada mecánica ventilatoria, murmullo vesicular presente, no se integra síndrome pleuropulmonar, abdomen semigloboso a expensas de panículo adiposo, blando, depresible, no doloroso, extremidades integras sin edema, llenado capilar inmediato, no hay rigidez de nuca o Babinski, REMS ++. A su ingreso con sospecha de neuroinfección se realizan paraclínicos completos encontrándose normales así como TAC de cráneo simple observándose neumoencefalo con irrupción a todo el sistema ventricular iniciando tratamiento empírico con vancomicina, meropenem y metronidazol; electroencefalograma compatible con estatus epiléptico no convulsivo comenzando DFH además de punción lumbar leucocitos 33, PMN 2, MN 98, eritrocitos 547, glucosa 59, proteínas 66.4, DHL 87. Se realiza IRM con gadolieno con zonas de vasculitis, pansinusitis y mastoiditis Se interconsulta con neurocirugía quien decide colocación de ventriculostomía que permanece durante 22 días; con evolución clínica de cuadro de frontalización para luego mejorar. Se realiza TAC de cráneo simple observándose remanente del neumoencefalo en el cuerno anterior del ventrículo izquierdo así como

zona de encefalomalacia temporal izquierdo. Es egresado por mejoría.

Palabras clave: neumoencefalo, neuroinfección, mastoiditis.

Folio: 1088

Tema: Gastroenterología

Pseudotumor pancreático secundario a enfermedad de Whipple

Degante Karen Itzel, Ramírez de Aguilar Jimena, Pérez Gabriel, Rodríguez Mario

Centro Médico Nacional Siglo XXI Especialidades

La enfermedad de Whipple, es una enfermedad infecciosa, multisistémica, causada por una bacteria de la familia de Actinomicetos, *Tropheryma whipplei*. Afecta más a hombres, entre la tercera y cuarta década de la vida. Otros factores de riesgo son, exposición ocupacional a animales, tierra, aguas residuales e inmunodepresión. El cuadro clínico puede presentarse como dolor abdominal, diarrea, fiebre, adenopatías periféricas, artralgias, pérdida de peso e hiperpigmentación. El diagnóstico se realiza con biopsia del tejido donde se observan macrófagos con vacuolas PAS positivas o PCR para *T.whipplei*, en cuanto al tratamiento se refiere cefalosporinas de tercera generación, carbapenémico y de forma alternativa, trimetoprim/sulfametoxazol o tetraciclinas, el seguimiento debe realizarse durante los 5 a 10 años siguientes de trata-

miento con biopsias de tejido o PCR. El caso clínico que se analiza se trata de un paciente masculino de 54 años de edad, originario y residente de CDMX, trabajó como administrativo en compañía de luz, con Diabetes y dislipidemia desde hace 15 años, en control. Inició su padecimiento siete meses previos a su ingreso, presentó dolor abdominal en hipocondrio derecho, diariamente, tipo cólico, intensidad 10/10, sin irradiaciones, se atenuado con ayuno y exacerbado con la ingesta, acompañado de náuseas y vómito de contenido gastrobiliar en múltiples ocasiones, se agregaron evacuaciones disminuidas de consistencia, pastosas a líquidas, con frecuencia de tres al día, explosivas, sin relación con el ayuno, que despiertan por la noche; además cursó con pérdida de peso de 14 kg. Fue valorado y abordado en su HGZ, donde iniciaron abordaje, realizaron TC abdominal que reportó tumor abdominal no especificado, recibió tratamiento anticolinérgico, con mejoría parcial. Persiste sintomatología mencionada por lo que acudió a esta unidad y durante su estancia se protocolizó, se realizó TC de abdomen, con reporte engrosamiento irregular de la pared gástrica así como de las 2 primeras porciones duodenales y proceso inflamatorio crónico a nivel pancreático. Se programó Serie Esófago-Gastro-Duodenal, con cambios inflamatorios cróni-

cos en estómago por probable úlcera pilórica con estenosis secundaria, hallazgos se solicitó panendoscopia que demostró tumoración de bulbo duodenal (3-4 cm) y gastropatía erosiva de cuerpo y fondo. Se llevó a cabo USG Endoscópico, el cual reportó entre la cabeza y cuello pancreático una zona mal definida, hipoecogénica, heterogénea con bordes mal definidos, contactando al confluente espleno-portal y hacia adentro, creciendo hacia la luz del bulbo duodenal, traspasando la muscular propia, la luz duodenal muestra una mucosa de aspecto irregular, nodular con pliegues duodenales aumentados de volumen, se observa adenopatías peripancreáticas, por lo que se realizó BAAF de tumor de bulbo duodenal, con histopatológico de duodenitis crónica con abundantes macrófagos que sugiere enfermedad de Whipple (PAS positiva), motivo por el que se decide tratamiento antimicrobiano parenteral en dosis de inducción con cefalosporina de tercera generación. Se egresa con mejoría clínica, disminución del dolor abdominal y del número de evacuaciones así como tolerancia a la vía oral para completar protocolo por tumor en cabeza de páncreas en Oncología, donde se realizó Procedimiento de Whipple por tumor de cabeza de páncreas y proceso uncinado, posteriormente se envía biopsia de cabeza de páncreas con

histopatológico que reportó fibras de músculo liso de pared intestina y grupos de células ganglionares sin alteraciones, sin evidencia de neoplasia, por lo que se decide continuar por externo, actualmente se encuentra en vigilancia.

Palabras clave: Whipple, Tropheryma, duodenitis, whippleii, actinomicetos, PAS.

Folio: 1089

Tema: Misceláneos

Síndrome de POEMS. Reporte de un caso

Cimé Erik Antonio, Cruz José Eduardo, Miyagui Sayako Mariana, Peralta Ana Lilia

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El síndrome de POEMS es una manifestación multisistémica rara secundaria a una discrasia de células plasmáticas. Su incidencia no se ha estimado, mientras que en Japón su prevalencia es 0.3/100000 habitantes. Su patogenia se encuentra asociada con el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF). El diagnóstico de POEMS se confirma cuando se encuentran presentes ambos criterios mayores obligatorios (polineuropatía [típicamente desmielinizante], trastorno proliferativo de células plasmáticas monoclonales [casi siempre k]), uno de los otros criterios mayores (enfermedad de Castleman, lesiones óseas escleróticas, elevación del VEGF) y uno de los seis criterios



menores (organomegalia [esplenomegalia, hepatomegalia o linfadenopatía], sobrecarga de volumen extravascular [edema, derrame pleural o ascitis], endocrinopatía [suprarrenal, tiroidea, pituitaria, gonadal, paratiroidea, pancreática], cambios en la piel [hiperpigmentación, hipertrichosis, hemangioma glomeruloide, plétora, acrocianosis, enrojecimiento, uñas blancas], papiledema, trombocitosis/policitemia). **Objetivo:** Describir un caso de síndrome de POEMS, tratado en Medicina Interna de la UMAE Hospital de Especialidades CMN "La Raza" IMSS, puesto que su rareza y heterogeneidad confieren un reto diagnóstico. Exposición del caso. Paciente masculino de 60 años quien carece de antecedentes relevantes. Inició padecimiento en octubre 2014 con malestar general, mareos y diaforesis nocturna, realizándose diagnóstico de hipotiroidismo, iniciando Levotiroxina. En Mayo 2015 presentó parestias ardorosas en miembros inferiores región plantar, intensidad 7/10, bilaterales, distribución en calcetín, simétricas, ascendentes, progresivas, que se exacerbaban con la deambulación, así como edema en miembros inferiores con fovea por lo que se inició protocolo de estudio en su HGZ, documentando un mes posterior trombocitosis. Fue enviado a Hematología de nuestra unidad, con BMO que reportó

diagnóstico de trombocitosis esencial, iniciando Hidroxiurea. Posteriormente fue referido a la consulta de nuestro servicio siendo hospitalizado en octubre 2015. En laboratorios iniciales se encontró trombocitosis e hipoalbuminemia; lesión esclerótica en vertebra L4-L5, EMG con desmielinización axonal generalizada de predominio en miembros pélvicos, con electroforesis de proteínas séricas no concluyente. El paciente se mantuvo en seguimiento, presentando en Febrero 2016 deterioro de la función renal, con biopsia que reportó glomerulonefritis membranoproliferativa recibiendo Ciclofosfamida 7.1gr acumulados por 6 meses, actual proteinuria subnefrótica. En Marzo 2018 se solicitó nueva electroforesis, en donde se evidenció pico Beta 2 (11.1%). Se concluyó caso como síndrome de POEMS. **Conclusiones:** El síndrome de POEMS comprende un reto diagnóstico dada su rareza y heterogeneidad clínica. Su adecuada identificación y tratamiento mejorarán la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Síndrome de POEMS, células plasmáticas, polineuropatía, VEGF, desmielinización axonal.

Folio: 1090

Tema: Reumatología

Frecuencia de síndrome seco con prueba de la oblea en pacientes con esclerodermia

Zambrano Francisco¹, García Grette², Cruz María del Pilar², Vera Olga Lidia²

¹ UNAM; ² IMSS

Antecedentes: La esclerosis sistémica (ES) se caracteriza por fibrosis multiorgánica. El síndrome seco ocurre por fibrosis glandular. No se encontraron reportes previos relacionados con síndrome seco y prueba de "oblea" en pacientes con ES.

Objetivo: Describir la frecuencia del síndrome seco en un grupo de pacientes con ES.

Material y métodos: Incluimos 19 pacientes mujeres con ES (criterios ACR-EULAR2013) de una cohorte de enero 2017-enero de 2018. Se realizó la prueba de "oblea" dependiente de salivación, se consideró positiva (PO+) con disolución oral retardada \geq a 3 minutos y se compararon las diferencias entre los valores reportados de anticuerpos ANA, ACA, Scl-70, Ro, La y AMA. **Resultados:** De las 19 pacientes con ES, 12 (63%) tuvieron PO+ compatible con síndrome seco. La edad y evolución de la ES fue similar entre quienes tuvieron o no, síndrome seco. De los 19 sujetos (100%), 6 (31.2%) presentaron xeroftalmia, como dato agregado al estudio. Los anticuerpos anti-Scl70, antiRo y antiAMA tendieron a ser más frecuentes en pacientes con PO+. **Conclusiones:** El retardo en la secreción salival ocurre en dos de cada tres pacientes con ES. La edad, el tiempo de

evolución, los anticuerpos y la variedad cutánea de ES no se asociaron al síndrome seco en este grupo de pacientes.

Palabras clave: esclerodermia, seco, oblea.

Folio: 1091

Tema: Gastroenterología

Prevalencia y severidad de síntomas gastrointestinales en obesos mórbidos y su modificación con dieta hipocalórica

Gil Kybaná Aurora¹, Cruz María del Pilar², Martínez Michel Augusto³, Juárez Antonio², Martínez María de los Angeles¹, Jimenez María del Pilar⁴

¹ Escuela Superior de Medicina - IPN; ² IMSS UMAE HE Dr. Antonio Fraga Mouret CMN La Raza; ³ FES Iztacala - UNAM; ⁴ Universidad Veracruzana Campus Xalapa

Introducción: Se define al sobrepeso y a la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial a la salud. El Índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple para determinar si existe sobrepeso u obesidad en adultos; y se relaciona significativamente con el riesgo de presentar enfermedades no transmisibles como eventos cardiovasculares y diabetes. Se ha descrito que los pacientes con obesidad pueden presentar síntomas gastrointestinales (SGI) y estos pueden ser variados en tipo y frecuencia, aunque han sido poco descritos en sujetos con obesidad

mórbida (OM). Existen diversas herramientas diagnósticas para evaluar de manera tanto general y específica los SGI como el GSRS y NI-PROMIS, ambas avaladas. Estos cambios morfológicos y SGI han sido poco descritos en la población mexicana con estas escalas avaladas. Estos pacientes con OM generalmente llevan a cabo dietas altas en grasas saturadas, hidratos de carbono simples bajas en fibra, que pueden fomentar los SGI como distensión, estreñimiento, distensión abdominal, meteorismo y aumento de la motilidad. Es por ello que se ha intervenido con una dieta hipocalórica (DH) para ver si hay una asociación entre la disminución del IMC y los SGI, así como el posible cambio entre la severidad de estos; en pacientes con OM.

Objetivo: Evaluar la prevalencia y severidad de los SGI en obesidad de diversos grados, enfatizando la obesidad de tipo mórbida mediante escalas NIH-PROMIS y GSRS, comparados con controles sin OM, antes y después del bordaje nutricional con DH de 1000 kcal. **Material y Métodos:** Fue un estudio cuasi experimental, donde se estudiaron los SGI mediante escalas NIH-PROMIS y GSRS de un total de 82 pacientes, 22 pacientes con OM referidos de la clínica de obesidad de CMN La Raza, de 2015 a 2016 con 3 grupos controles: normopeso, sobrepeso y obesidad no mórbida con una n=20 cada uno.

Aquellos con OM se hospitalizaron para el seguimiento de la DH, evaluando la modificación de sus SGI con escala NIH-PROMIS, primero se realizó el cuestionario de manera basal al acceder entrar al estudio, después se realizó nuevamente al ingreso y egreso de la hospitalización y por última ocasión a los 2 meses después del tratamiento. En estas mismas ocasiones se realizaron mediciones de talla, peso, circunferencia de cintura. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva, T-Student y Chi cuadrada para variables cuantitativas como nominales entre grupos, respectivamente. La prevalencia de los SGI se calculó por una correlación de Spearman entre los puntos de reducción en el IMC en cada tiempo de evaluación con el puntaje obtenido en las escalas de SGI de las dos herramientas diagnósticas. **Resultados:** Evaluamos a los 82 pacientes divididos en 4 grupos de acuerdo con su IMC, 22 con OM con 3 grupos sin OM de 20 pacientes cada uno. Los tres síntomas más frecuentes fueron la distensión abdominal representando un 78% por ambas herramientas diagnósticas, seguida de dolor abdominal 67.1% - 69.5% de acuerdo con GSRS y NIH-PROMIS respectivamente, y reflujo gastroesofágico presentado por un 67.1% de los pacientes por NIH-PROMIS mientras que en tercer lugar se representó 56% de flatulencias



por GSRS. Los SGI evaluados, fueron proporcionalmente mayores en el grupo de pacientes con OM evaluados por NIH PROMIS, con lo cual se determina que con el aumento del IMC la prevalencia de los síntomas aumenta así como la intensidad de estos. En el estudio, se mostró también que todos los pacientes con OM presentaban al menos un SGI evaluado con mayor intensidad. Siendo los más frecuentes la Distensión Abdominal (100%) muy sintomático (36.4%), Dolor abdominal (90.9%) muy sintomático (45.5%), Reflujo (86.4%), Estreñimiento (68.2%), Náuseas (54.4) y Diarrea (50%). **Conclusiones:** Los SGI, excepto la dificultad para la deglución representaron un mayor prevalencia y severidad en el grupo de pacientes con OM. La mejoría de los síntomas se vio relacionada con la dieta.

Palabras clave: obesidad, obesidad mórbida, síntomas gastrointestinales, NIH-PROMIS, GSRS, dieta hipocalórica.

Folio: 1092

Tema: Neurología

Presentación de caso clínico, de síndrome de Ramsay Hunt, con afección a pares craneales VII y VIII en sus dos ramas

Miranda Luis Johari, Rodríguez Nayely, Santillan Wendy Josefina, López Giovana Lucia, Alvarez Alfredo

Hospital Regional Pemex Salamanca

Introducción: El síndrome de Ramsay Hunt es la segunda causa más frecuente de parálisis facial periférica traumática, con una presentación clínica muy variada, es la reactivación del virus herpes zóster acantonado en el ganglio geniculado (formación situada en el primer codo del VII par craneal) de aquellas personas que han pasado varicela y que por causas no bien conocidas, pero principalmente en estados de inmunosupresión, presentan una hipoacusia neurosensorial súbita unilateral y una parálisis facial homolateral. **Caso clínico:** Masculino de 71 años de edad, diabetes e hipertensión arterial desde hace 15 años, quirúrgicos: colecistectomía, cirugía de columna lumbar, de rodilla derecha, tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías negadas. Inicia con vértigo, otalgia a nivel de apófisis mastoideas derecha e hipoacusia ipsilateral. Exploración con parálisis facial house brackman IV, con afección al VII y VIII par (nistagmo horizontal), rinoscopia anterior sin alteraciones. oído derecho membrana timpánica con abombamiento y zonas de derrames de forma difusa. Laboratorios de ingreso de leuc en 16.4, neut 15.1, hb 12.1, hto 37.8, plaq 377. Se inicia manejo con esteroide y dicloxacilina sin mejoría. Durante su evolución, presenta aumento de volumen de parótida derecha dolorosa y renitente

a la palpación. Se solicita ultrasonido parotideo con aumento de sus dimensiones, de 46 x 46 mm, de aspecto tumefacto, edematoso a considerar proceso inflamatorio. Resonancia magnética para descartar con resultado únicamente aumento del tamaño del sistema ventricular supratentorial asociado a aumento de la profundidad de los surcos aracnoideos. Punción lobar limpia, se descarta neuroinfección. Se realiza otoscopia derecha por otorrinolaringología con laceraciones en conducto auditivo externo, de predominio pared posterior, así como edema de este, costras hemáticas membrana timpánica hiperémica generalizada. Se toman muestras de las lesiones, no hay células multinucleadas mediante la técnica de Tzanck, cultivo sin desarrollo. IGG para virus de herpes tipos 1 y 2 positivos. IGM positivas para herpes zoster. **Discusión:** La mejoría de la función facial tras un síndrome de Ramsay-Hunt es menos frecuente que en la parálisis de Bell (60% frente al 90%). Aunque no es una enfermedad frecuente, puesto que sólo supone un 5% de todas las parálisis faciales periféricas, el síndrome de Ramsay-Hunt debe ser sospechado en todas las que asocien otalgia y/o vesículas debido a que el tratamiento con aciclovir mejora su pronóstico. En el presente caso, la aparición florida de los síntomas, la afección de ambos pares craneales y la serología contra virus del

herpes zoster, hace al caso muy completo.

Palabras clave: Ramsay, Hunt, parálisis, facial, neurología, pares.

Folio: 1093

Tema: Neurología

Demencia rápidamente progresiva: Creutzfeldt-Jakob

Hernández Luis Daniel, Hernández Melissa

Hospital Regional de Ciudad Madero PEMEX

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una enfermedad por acumulación priónica, con incidencia global de 1 a 2 casos por millón, siendo de carácter neurodegenerativo y es una de las causas más comunes de demencia rápidamente progresiva (DRP), considerándose el prototipo. Una paciente de 54 años, sin antecedentes de relevancia, inicio en enero 2017 con vértigo no incapacitante, desde Marzo 2017 con olvidos frecuentes (temas de conversación de 8 hrs previas) y en Junio 2017 incapacidad para comprar y hacer alimentos, llegándose a perder en su colonia en 3 ocasiones, requiriendo apoyo para bañarse y vestirse, agregándose bradilalia, marcha con pasos cortos, temblor de las manos y agrafia, así mismo, pérdida de peso 10kg en 6 meses; siendo referida en Nov 2017. A la exploración desorientada, poco cooperadora, inatenta, MoCa test poco valorable, nistagmus a la mirada horizontal agotable,

rigidez e hiperreflexia en las 4 extremidades, temblor en mano derecha al reposo, marcha amplia base de sustentación, pasos cortos sin braceo. Con todo esto, se inició abordaje de estudio por DRP y parkinsonismo atípico, se protocolizó con laboratorios: BH, QS, ES completos, PFH, VDRL, Perfil reumatológico (VSG, PCR, anticuerpos antinucleares), Perfil tiroideo, Vit B1, B12, HIV y EGO normales, PL (xantocromico, Glu 62, Prot 49, cel 2) y EEG anormal con disfunción generalizada, moderada a severa actividad epiléptica focal fronto-central bilateral de predominio derecho, ondas bifásicas y trifásicas con mayor expresión en región fronto-temporal de hemisferio derecho. Se realizó RM con hiperintensidad en difusión de corteza frontal, occipital, temporal y núcleos de la base "Cortical ribbon". Las pruebas LCR positivas para 14-3-3. Debido a estos hallazgos se consideró ECJ. Una entidad que requiere diferencial exhaustivo: vascular, infecciosa, tóxico-metabólico, autoinmune, maligno, iatrogénico, neurodegenerativo y sistémico.

Palabras clave: demencia rápidamente progresiva, Creutzfeldt-Jakob, bradilalia, agrafia, temblor, cortical ribbon.

Folio: 1094

Tema: Otros

Neumonía intersticial descamativa: reporte de caso con patrón radiográfico inusual

Sánchez José Juan¹, Leal María Graciela², Leal Miguel Alfredo³, Pérez Estela⁴

¹ Hospital General de Ticomán;

² Fundación Clínica Médica Sur; ³ Escuela Superior de Medicina Instituto Politécnico Nacional; ⁴ Fundación Clínica Médica Sur

Introducción: Las neumopatías intersticiales constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades con características clínicas, fisiológicas, radiológicas y patológicas similares entre sí, representando un reto para el clínico dado que el tratamiento y pronóstico dista entre cada una de ellas, por tanto acertar en el diagnóstico es fundamental. Presentamos el caso de un hombre con diagnóstico definitivo de neumonía intersticial descamativa, que mostro características radiológicas de enfermedad quística pulmonar sugerente de Histiocitosis de células de Langerhans. **Reporte de caso:** Hombre de 35 años de edad, antecedente de tabaquismo (IT: 8) presenta tos crónica, disneizante, expectoración hialina, en ocasiones con estrías hemáticas recibiendo múltiples esquemas antimicrobianos, mucolíticos y antihistamínicos sin mejoría. Se realiza tomografía simple de tórax con evidencia de lesiones quísticas irregulares subpleurales, parahiliares y basales bilaterales. Se descartó: enfermedad de tejido conectivo con ANA's, Anti SS-A y SS-B; tuberculosis con baciloscopias



y cultivos negativos. Se aisló en cultivo de expectoración *P. aeruginosa*, sin relevancia para padecimiento actual. Finalmente se realizó toracoscopia con toma de biopsia reportando neumonía intersticial descamativa. **Discusión:** Reportamos el caso de un hombre de 35 años con diagnóstico de neumonía intersticial descamativa con patrón radiológico quístico, no característico de esta enfermedad. Este patrón puede encontrarse en patologías como enfermedad vascular de colágena con alveolitis fibrosante, histiocitosis de células de Langerhans, neumonía intersticial linfocítica y neumonía intersticial descamativa. El caso presentado comparte patrón radiográfico, sintomatología e historia de tabaquismo; por lo que tras descartarse antecedentes exposicionales ambientales, laborales, infecciosos, enfermedades de la colágena y déficit de alfa-1 tripsina, fue mandatorio la realización de biopsia pulmonar para establecer el diagnóstico definitivo. **Conclusiones:** El diagnóstico definitivo de las neumopatías intersticiales, deberá comenzar por consenso clínico-radiológico ya que ningún dato sintomatológico es patognómico. El médico debe recordar que ante una alta sospecha clínica de enfermedad pulmonar intersticial, que por imagen y laboratorios no conducen a un diagnóstico certero, la biopsia pulmonar será decisiva para definir etiología, tratamiento y pronóstico.

Palabras clave: neumonía intersticial, descamativa.

Folio: 1095

Tema: Hematología

Recaída de leucemia linfoblástica aguda a leucemia mieloide aguda mielomonocítica, reporte de un caso

Luna Rocio, Guerrero Diana Valeria, De los Santos Julio Alfonso, Moreira Carolina, Camacho Jessyca Ivonne
Hospital Juárez de México

Paciente masculino de 21 años con el antecedente de leucemia linfocítica aguda L2 PRE B con cariotipo complejo (47XY, +56, i(17)(q10), diagnosticada en 2014 en tratamiento con esquema de San Judas concluido en 2017, en seguimiento por el servicio de hematología. Hospitalización previa en mayo por probable recaída, se realiza ecocardiograma y biopsia de hueso. Ingresa a servicio de hematología por probable recaída, se realiza enfermedad mínima residual con reporte de leucemia mieloide aguda M4, se realiza aspirado de médula ósea con inmunofenotipo con reporte de 22% de blastos con células mieloides, con cuerpos de Auer con inmunofenotipo con leucemia mieloide aguda M3, se decide inicio de quimioterapia con esquema 7+3, concluyendo esquema. Con pancitopenia con neutropenia, anemia y trombocitopenia severa, se da apoyo transfusional con concentrados eritrocitarios

y plaquetarios. Pendiente colocación de catéter puerto sin embargo no se realiza por trombocitopenia severa. Se coloca catéter venoso central. Durante internamiento con fiebre por lo que se inicia esquema con cefotaxidima y amoxicilina, se inicia factor estimulante de colonias. Con persistencia de fiebre, por lo que se escala esquema antibiótico a meropenem. Se toman hemocultivos, placa de torax y ego. Paciente que persiste con fiebre por lo que se agrega vancomicina. Paciente con candidiasis oral por lo que se agrega caspofungina. Continúa con factor estimulante de colonias, persiste con fiebre a pesar de esquema de fiebre y neutropenia, se cambia tratamiento antibiótico a piperacilina/ tazobactam. Con laboratorios con plaquetas de 5000, continúa con transfusiones de concentrados plaquetarios. Paciente con disminución de la agudeza visual, se interconsulta con oftalmología los cuales encuentran hemorragia intraretiniana que involucra macula, indican seguir con transfusiones y reposo. Paciente que el día de ayer inicia con taquipnea, con saturaciones de 70%, motivo por el cual se aumenta aporte de oxígeno con mascariolla reservorio, sin mejoría, se inicia apoyo con ventilación mecánica no invasiva con CPAP, sin presentar mejoría. Se decide manejo avanzado de la vía aérea, se intuba al tercer in-

tento, con presencia de 400cc de sangrado en vía aérea. Con hipoxemia a pesar de parámetros ventilatorios, por lo que se decide relajación con rocutorio, sedación con propofol y dexmedetomidina y titulación de PEEP, se deja en modo APRV con PH 22 PL 7, con FiO₂ de 75%. Con evolución torpida, se toma radiografía de tórax, con presencia de radiopacidades heterogéneas parchadas bilaterales, cumpliendo criterios para hemorragia alveolar difusa. Se interconsulta al servicio de unidad de cuidados intensivos, los cuales indican que no es candidato por mal pronóstico. Paciente con acidosis metabólica severa, se acude a voceo urgente a las 8:00, encontrando asistolia, se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar, con dos ciclos, sin retorno a la circulación espontánea, motivo por el cual se declara hora de defunción a las 8:05 horas. Se informa a familiares.

Palabras clave: leucemia linfoblástica aguda, leucemia mieloide aguda.

Folio: 1096

Tema: Neurología

Evento vascular cerebral embólico secundario a endocarditis infecciosa

Chávez Samantha Daphne Georgina, Sosa José Luiz, Ramón Isabel Cristina, Cerino Victoria Matilde

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casus

Hombre de 39 años es portador de soplo cardíaco desde hace 20 años desconociendo etiología, hipertenso desde hace 2 años con manejo irregular con losartán. Inicia hace 8 meses con ataque al estado general, astenia, hiporexia, fiebre de predominio vespertino – nocturno, no cuantificada, diaforesis nocturna y pérdida de peso involuntaria, desde hace un mes con postración, siendo manejado por anemia y fiebre tifoidea sin presentar mejoría, hace una semana presenta disminución del estado de alerta con recuperación espontánea y total, tres días después al estar en su domicilio presenta hemiparesia fascio corporal derecha, disartria y posteriormente afasia. Exploración física: cooperador, afasia nominal, disartria moderada, palidez de piel y tegumentos, cráneo normocéfalo, pupilas isocóricas normorreflexicas, parálisis facial derecha, reflejo deglutorio presente, cuello simétrico, pulsos presentes, ingurgitación yugular G III, sin soplos, precordio rítmico hiperdinámico, con soplo holosistólico V/VI plurifocal con irradiación al apéndice xifoides, adecuada mecánica ventilatoria, murmullo vesicular presente, no se integra síndrome pleuropulmonar, abdomen plano, perístasis adecuada, no doloroso, genitales de acuerdo a edad o género, hemicuerpo derecho con disestesias, con fuerza 0/5, rems +++, hipotróficas, llenado capilar inmediato.

Se realizó TAC de cráneo observándose imagen hipodensa en más de 2/3 del territorio de la arterial cerebral media de lado izquierdo compatible con evento vascular isquémico; ante la presencia de fiebre de larga evolución, soplo cardíaco y evento vascular cerebral en paciente joven se sospecha de endocarditis infecciosa de válvula nativa; iniciando manejo con ceftriaxona y vancomicina de forma empírica. Se toman tres hemocultivos y en ECOTE dilatación moderada del ventrículo izquierdo, FEVI 63%, dilatación de la raíz aórtica con insuficiencia severa, por prolapso valvular y vegetaciones pequeñas, insuficiencia mitral moderada, con vegetación pequeña y ruptura de cuerda tendinosa, con derrame pericárdico de menos de 80cc en región posterior sin repercusión hemodinámica. Siendo candidato a reemplazo de la válvula al término de esquema antimicrobiano, sin embargo en la tercera semana postevento presenta deterioro neurológico y fallece.

Palabras clave: endocarditis, evento vascular cerebral, cardiopatía reumática.

Folio: 1097

Tema: Otros

Dermatomiositis como manifestación inicial de esclerodermia síndrome de sobreposición en la novena década de la vida

Cervantes Citlali Ima, López Gabriela Guadalupe, Pizano



Mosqueda Raúl, Hernández Colín Cesar Francisco, Martínez Huitron Daniella Itzel, Barrios González Saúl
Hospital General Regional No. 251 IMSS, Metepec, México

Introducción: La dermatomiositis es una de las miopatías inflamatorias, que se caracteriza por debilidad muscular y alteraciones de la piel, para su diagnóstico se requieren tanto de criterios clínicos, apoyados de estudios inmunológicos, electromiografía y en alguna ocasiones estudios de imagen ya que entre los diagnósticos diferenciales se encuentra la miopatía por cuerpos de inclusión. Los síntomas de la dermatomiositis pueden superponerse con los de la esclerosis sistémica y Enfermedad Mixta del tejido conectivo que cursan con cuadro clínico muy semejante y comparten resultados inmunológicos. Otro aspecto importante es que puede ser una manifestación de un síndrome paraneoplásico agregado. **Caso clínico:** Paciente femenino de 80 años de años de edad, con antecedente de Hipertensión Arterial Sistémica. Inicio su padecimiento 3 meses previos a su hospitalización con astenia, adinamia, debilidad muscular de las extremidades superiores. A su ingreso resalta exantema en heliotropo en la zona de los párpados, edema, eritema violáceo en cara y zona V de cuello, con debilidad muscular

3/5, en las 4 extremidades de predominio proximal, pápulas de Gottron caracterizadas por placas violáceas, descamación en las articulaciones metacarpofalangicas e interfalangicas, engrosamiento, hiperqueratosis y fisuras en las caras lateral y palmar de los dedos de las manos. Se solicitaron enzimas musculares las cuales se reportaron dentro de rangos normales, TAC Tórax alta resolución descarto enfermedad pulmonar intersticial, sin presencia de tumoraciones a ese nivel, electromiografía con patrón miopático, dentro de los estudios inmunológicos ANA 1:320 moteado discreto, con presencia de anticuerpos anticentromero, Anti DNA doble cadena positivos 470.72 UI/ml El resto de los anticuerpos: Anti SSA (Ro), Anti SSB (La), Anti Sm, Anti RNP, Anti Scl-70 con resultados negativos. Se descartó la presencia de alguna neoplasia asociada y se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona y al egreso predisona oral y micofenolato, con mejoría significativa y recuperación gradual de la fuerza en las 4 extremidades en un lapso de 6 meses. Se encuentra en vigilancia ya que se ha descrito a la Dermatomiositis como manifestación paraneoplásica, en la cual la neoplasia puede aparecer hasta 5 a 10 años después. **Discusión:** La esclerodermia-dermatomiositis es una asociación poco frecuente

en este grupo de edad, descrita en algunas revisiones como Escleromiositis, Síndrome de sobreposición o de overlap. La cual se diagnostica con datos de dermatomiositis con al menos una característica clínica de sobreposición o un anticuerpo positivo de sobreposición o ambos. Una parte difícil del diagnóstico es lo variado de las manifestaciones clínicas y el patrón inmunológico heterogéneo y complejo, muchos anticuerpos pueden presentarse en ambas entidades, lo que nos señala la expresión multiorgánica de las diversas enfermedades autoinmunes. **Conclusiones:** La presencia de anticuerpos anticentromero se asocia con la variedad cutánea limitada de la Esclerodermia y ante los hallazgos clínicos y electromiográficos compatibles con dermatomiositis se consideró que se trata de un síndrome de overlap. Es común que en este grupo etario la causa asociada sea paraneoplásica, lo cual se descartó en nuestra paciente. Los cánceres más comunes son: ovario, mama, colon, melanoma, nasofaríngeo y linfoma no Hodgkin. El riesgo de estos cánceres requiere un exhaustivo estudio anual en los primeros 3 años después del comienzo de la enfermedad, con una frecuencia reportada de 9 a 32%. **Palabras clave:** dermatomiositis, esclerodermia, sobreposición, novena, década.

Folio: 1099

Tema: Cardiología

Síndrome de Conn, como causa de hipertensión refractaria a tratamiento

Villaseñor Rosa, Díaz Mario Alejandro, Vazquez Oscar, García Gustavo Adolfo, Salas Sergio, Santiago Ricardo

Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos

Mujer de 50 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial sistémica (HAS) de 5 años de evolución, diagnosticado tras episodio de emergencia hipertensiva/órgano blanco sistema nervioso central presentando evento vascular cerebral isquémico. En tratamiento actual mediante 3 anti-hipertensivos y diurético (ha presentado cambio de tratamiento antihipertensivo en 6 ocasiones, sin éxito) presentando 4 episodios de emergencia hipertensiva asociado a ataques isquémicos transitorios. Tabaquismo intenso (IT: 78). Acude a servicio de urgencias posterior a presentar cefalea de intensidad 8/10 en región occipital y dolor precordial punzante ENA 4/10 irradiado a hemitorax derecho sin algún otro síntoma acompañante, a su ingreso se documenta TA 204/110 mmHg. A la exploración física sin datos nuevos de focalización neurológica, ni congestión pulmonar, ruidos cardíaco rítmicos sin soplos. Electrocardiograma en ritmo sinusal con datos de bloqueo

incompleto de rama derecha del HH, hipertrofia y sobrecarga sistólica de ventrículo izquierdo sin evidencia de isquemia, lesión o necrosis, tomografía axial computarizada de cráneo simple sin datos asociados a evento vascular cerebral isquémico o hemorrágico, laboratorios dentro de parámetros normales excepto por hipokalemia moderada asociada a alcalosis metabólica. Se hace diagnóstico de crisis hipertensiva. Por tratarse de hipertensión refractaria en paciente menor de 50 años, se inicia abordaje de causas secundarias de HAS, siendo la principal sospecha clínica hiperaldosteronismo primario por la presencia de hipokalemia refractaria a tratamiento y alcalosis metabólica. Ecocardiograma trans-torácico: Cardiopatía hipertensiva con disfunción diastólica grado I, USG doppler renal: Sin alteración de los índices de resistencia evaluados. Aldosterona 295.1 pg/mL/818.4 pmol/L (límites paciente recostado 12.0 a 157.5 pg/mL) Actividad de renina plasmática: 9.73 (límites posición supina 2.80-39.90), Índice aldosterona/actividad renina: 84, metanefrinas séricas totales en sangre: 32.08 (Límites 0.0-64.9 pg/ml), Angio-TAC de abdomen: Arterias renales de trayecto y calibre conservados, hallazgos en probable relación a adenoma suprarrenal derecho. Se hace diagnóstico de síndrome de Conn, por lo que se inicia manejo mediante

espironolactona, mejorando hipokalemia, alcalosis metabólica y presión arterial con posterior envío para tratamiento quirúrgico. El hiperaldosteronismo primario es una de las formas potencialmente curables de HAS, corresponde a menos del 5-10% de los casos de HAS, y debe sospecharse sobre todo en pacientes jóvenes, con hipertensión refractaria asociada a hipokalemia y alcalosis metabólica, inducida o no por diurético, aunque la ausencia de hipokalemia no descarta el diagnóstico.

Palabras clave: hipertensión secundaria, hiperaldosteronismo primario, hipokalemia, alcalosis metabólica, síndrome de Conn.

Folio: 1100

Tema: Cardiología

Hemoptisis como única presentación clínica de pseudoaneurisma de la aorta secundaria a reparación de PCA

Vazquez Dayana, Orozco Juliana Patricia, Mendez Eugenio Rene, Sánchez Juana

Hospital General Dr. Gaudencio González Garza Centro Médico Nacional La Raza

Femenino de 30 años de edad, con antecedentes de importancia: Conocida portadora de cardiopatía congénita: persistencia de conducto arterioso, desde los 10 años de edad, con tratamiento quirúrgico correctivo en 2016, por insuficiencia cardíaca NYHA 3, posterior a



la cirugía Insuficiencia cardiaca congestiva NYHA I AHA C, con FEVI conservada, sin tratamiento farmacológico. Antecedentes Quirúrgicos: 2 cesareas en 2005 y 2006 sin complicaciones durante el embarazo. Traumáticos: fractura de brazo izquierdo a los 10 años. Niega alergias. Toxicomanías: Tabaquismo positivo ocasional, con consumo de 1 cigarillo cada 15 días, por 5 años, suspendido desde hace 4 años, niega alcoholismo. Inicia con un episodio hemoptisis nocturna, no cuantificada, abundante, de color rojo vinoso; por lo que acude a Hospital de Segundo nivel donde indica broncodilatador y es esgresada. Sin embargo persiste con tos productiva con hemoptoicos, de manera intermitente. Un mes posterior a inicio de cuadro clínico presenta episodio de hemoptisis de aproximadamente 250 cc, sin otro síntoma acompañante; niega, disnea, dolor torácico, síncope, por lo que acude a hospital de segundo nivel; con sospecha inicial de sangrado de tubo digestivo, se realiza endoscopia sin hallazgos patológicos. Un mes después se reporta nuevo episodio de hemoptisis de aprox 300 cc, sin descompensación hemodinámica. Con ensachamiento de mediastino en radiografía de tórax, por lo que se envía a CMN La Raza, donde se encuentra en radiografía de torax y tomografía hallazgo de pseudoaneurisma sacular de boca amplia descen-

dente de la Aorta en su porción transversa, con trombosis periférica localizado en sitio de corrección quirúrgica de PCA. Hernia pulmonar izquierda. Se realiza urgente implante de endoprotésis torácica por vía percutánea, con área de free flow respetando carótida. Se realiza angiografía de control observando flujo preservado en vasos supraaórticos, flujo de llenado colateral de la subclavia izquierda.

Palabras clave: hemoptisis, pseudoaneurisma de aorta, cierre de PCA, Insuficiencia cardiaca, cardiopatía congénita, hernia pulmonar.

Folio: 1101

Tema: Neurología

Paro circulatorio cerebral detectado mediante doppler transcraneal. Implicaciones en la confirmación de la muerte cerebral

Sánchez Juan José, Cantú Carlos Gerardo, Mimenza Alberto

¹ Departamento de Medicina Interna. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI;

² Departamento de Neurología;

³ Clínica de Geriátría

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

El diagnóstico clínico de muerte cerebral (MC) nunca ha sido fácil para la mayoría de los clínicos. Esto ha llevado a la necesidad de contar con estudios que permitan con-

firmar el diagnóstico de MC. En la actualidad, disponemos del electroencefalograma y la angiografía, que permiten corroborar el diagnóstico clínico; sin embargo, en ocasiones el efecto de fármacos o lo complicado y costos de la técnica representan dificultades para poder confirmar el diagnóstico de MC. El Doppler transcraneal representa una alternativa eficaz, segura, no invasiva y que no requiere desplazamiento por parte del paciente (puede realizarse en la cabecera del enfermo) y que permite conocer en tiempo real el estado hemodinámico de la vasculatura intracraneal. Por medio de un adecuado análisis de los espectros hemodinámicos, es posible establecer el diagnóstico de paro circulatorio cerebral. El Doppler transcraneal es una tecnología que permite la evaluación no invasiva del estado de la circulación cerebral. Una de sus principales aplicaciones lo constituye la determinación de paro circulatorio cerebral en pacientes con sospecha de muerte encefálica. Cuando existe compromiso de la presión de perfusión cerebral hasta llegar al paro circulatorio intracraneal, se observan cambios característicos en el patrón espectral de las señales Doppler registradas en las principales arterias intracraneales. Este trabajo analiza los patrones característicos del paro circulatorio cerebral.

Palabras clave: Doppler transcraneal, paro circulatorio cerebral, patrón oscilante, patrón reverberante, diástole, muerte cerebral.

Folio: 1102

Tema: Toxicología

Intoxicación por metanol a dosis supraletales; historia de un superviviente

Prestegui David Eduardo¹, Soto Oscar¹, Madariaga Brian¹, Cruz Carlos¹, Frias Jacqueline Lorena², Prestegui José Ángel de Jesús³

¹ Hospital General Ticoman;

² Universidad Autónoma de México - Facultad de Medicina;

³ Instituto Politécnico Nacional

El metanol es un agente químico de uso industrial que se encuentra en numerosos productos de limpieza, anticongelantes, pinturas y barnices. Usado en ocasiones en pacientes con ingesta excesiva de etanol, con una dosis letal estimada en 20-150 gramos o 0.3-1 g/kg. El reconocimiento rápido y el tratamiento temprano, incluida la inhibición del alcohol deshidrogenasa, son cruciales para disminuir las secuelas neurológicas y la mortalidad. Presentamos el caso de masculino de 34 años, con antecedente de etilismo desde los 11 años, con patrón semanal de destilados, Último consumo previo a su ingreso, con ingesta de etanol 5 días hasta 2000cc por día, y metanol 1000cc 12 horas previo a su in-

greso, llegando a urgencias tras ser encontrado inconsciente en su domicilio, con Glasgow de 3 puntos, TA 60/30 mmHg, FC 120 lpm, y midriasis bilateral areactiva. Se procede a intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica tras lo que ingresa en la medicina interna. Se encuentra en estado de choque que es refractario a la administración de fluidoterapia y aminas vasoactivas. En la analítica destaca intensa acidosis metabólica con un pH de 6,8, CO₃H de 3.8 lactato 8.4 mEq/l y déficit de base de 22 mEq/l. Anión GAP 46. Se practica tomografía computarizada cerebral simple en la que se objetiva edema cerebral difuso, atrofia corticosubcortical e imágenes hipodensas en núcleos estriados capsulolenticulares. Ante la sospecha de intoxicación por metanol se inició tratamiento con etanol a una concentración de 40%, bicarbonato de sodio y ácido fólico intravenoso, logrando estabilidad hemodinámica, retiro de apoyo aminérgico a las 48 hrs y retiro de apoyo mecánico ventilatorio a las 72 hrs. el reporte de alcoholemia con un valor de 95 gr/dl (1.3 g/kg), cursando con evolución favorable posterior a la remisión del cuadro de intoxicación, únicamente presentando disminución de la agudeza visual, distonía y alucinaciones visuales. Se egresa a domicilio.

Palabras clave: metanol, intoxicación por metanol, isquemia

de ganglios de la base, isquemia por metanol.

Folio: 1103

Tema: Infectología

Reporte de caso: meningococemia

Servando Jesús Ariben, Barragán Gabriel, Hernández Olga Monserrat, Covarrubias Alfonso Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso

Masculino de 26 años, ocupación campesina. Sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento con astenia, adinamia, cefalea holocraneana, intensidad 8/10 de la escala de EVA, a las 24 hrs se agrega lumbalgia y dolor en miembro inferiores, fiebre 39 y 40 grados, hemiparesia fascio-corporal izquierda. Acude al hospital General de Oaxaca, a la exploración física con Glasgow 14 (o4, v4, m6), mucosas orales deshidratadas, rigidez nuca y Binda positivo, hemiplejía izquierda, REMs +++/++++, en tórax presencia de rash caracterizado por pápulas eritematosas diseminadas parte anterior y posterior. Estudios de laboratorio con biometría hemática con leucocitosis de 17.190, Neutrófilos 14.600, plaquetas 53,000, PFH BT 6.1, BD 3.4, DI2.7, AST 178, ALT 174, CK 844, DHL 1571, y la TAC cráneo con zona hiperdensa a nivel parietal del lado derecho, punción lumbar: aspecto turbio, color ambar, proteínas 548, glicemia 91, sérica 227,



MN 75%, tinta china negativa, tinción Gram negativo; se inició tratamiento con apoyo transfusional de concentrados plaquetarios y esquema antibiótico a base de Ceftriaxona, Vancomicina, Ampicilina. A las 72 hrs presenta acrocianosis, lesiones purpúricas en tórax, insuficiencia respiratoria aguda, y ameritó tratamiento con apoyo mecánico ventilatorio, y se reporta el PCR de LCR positivo para *Neisseria meningitidis*. Posteriormente presenta falla orgánica múltiple y el paciente fallece.

Palabras clave: hemiplejía izquierda, fiebre, rash en tórax, meningitis.

Folio: 1104

Tema: Infectología

Tuberculosis de mama: presentación extrapulmonar inusual en una paciente con enfermedad renal crónica. Reporte de un caso en un hospital general regional del Estado de México

Ortiz Manuel², Díaz Cristina Alejandra², Huesca Gema Osiris¹, Pérez Karen Citlalli², Ruelas Juan Pablo²

¹ Secretaría de Salud; ² Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La tuberculosis de mama es una presentación extrapulmonar poco frecuente, la prevalencia varía de 0.1% a 4.5% de todas las lesiones mamarias. Etiquetada la “gran simuladora” por su presentación inflamatoria, piógena o neoplásica. Los hallazgos

clínicos son indistinguibles de malignidad, el ultrasonido muestra nódulos hipoecoicos y aumento de la vascularidad, la mastografía muestra hallazgos sugestivos de malignidad, histopatológicamente con granulomas epitelioides, células inflamatorias agudas y crónicas, células gigantes tipo Langhans con o sin necrosis caseosa, el aspirado con aguja fina es una alternativa, la tinción de Ziehl Neelsen muestra bacilos ácido alcohol resistentes y el gold estándar para el diagnóstico es el cultivo. Con tratamiento apropiado, el pronóstico es adecuado. **Caso clínico:** Femenino de 64 años de edad, con hipertensión arterial esencial, con buen control, diabetes mellitus tipo 2, de 30 años de diagnóstico, en autocontrol, enfermedad renal crónica de 8 años de diagnóstico, en diálisis peritoneal. Hospitalizaciones en 2017 por neumonía. Antecedentes ginecoobstétricos menarca: 13 años, ciclos irregulares, gestas 6, paras 6, menopausia a los 48 años, mastografía y Papanicolaou nunca. Padecimiento actual: inicia 15 días previos con dolor en mama izquierda, posterior a colocación de medicamento tópico, con datos clínicos de absceso mamario, además de dolor abdominal, náuseas, vómitos y fiebre. Inicio antimicrobiano por peritonitis e infección de tejidos blandos de mama, se realizó drenaje de absceso, con abundante exudado purulento y tejido necrótico,

cultivo de exudado sin desarrollo, resultado histopatológico compatible con tuberculosis, BAAR en esputo positivo, sin datos de neoplasia e inicio tratamiento con DOTBAL. **Conclusiones:** La tuberculosis de mama tiene baja incidencia, en algunas ocasiones suele confundirse con cáncer de mama. **Palabras clave:** tuberculosis, mama, extrapulmonar, incidencia, cáncer.

Folio: 1105

Tema: Neurología

Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob variedad esporádica, hallazgos clínicos, electroencefalográficos e imagenológicos. Reporte de un caso

Jiménez Cristian Oziel¹, Mendoza Ivonne Melissa, Bayliss Leo²

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social; ² Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una forma de demencia rápidamente progresiva que se acompaña típicamente de mioclonías y ataxia. Es la encefalopatía espongiiforme más común en el ser humano y prototipo de las patologías por priones. La causa la acumulación de la proteína priónica (PrP) en su isoforma anormal. Se clasifica en esporádica, familiar o adquirida. La forma esporádica es la más común, representa 85% de los casos. Presentamos el caso de un paciente masculino de 53 años de edad con una probable ECJ

variante esporádica, que ingresó con cuadro caracterizado por cambios en la personalidad y posteriormente deterioro cognitivo progresivo, ataxia, disartria y mioclonías; cuyo principal distractor al abordaje diagnóstico fue fiebre y por lo que inicialmente se abordó como probable neuroinfección. Donde el electroencefalograma (EEG) y la resonancia magnética (RM) de cráneo con gadolinio fueron clave para llegar al diagnóstico. Inicialmente protocolizado y manejado como romboencefalitis infecciosa, sin embargo ante deterioro progresivo y descartar neuroinfección; reorientamos caso a descartar diagnósticos diferenciales como encefalitis límbica paraneoplásica y autoinmune como causa del síndrome cerebeloso. Si bien el diagnóstico de certeza de la enfermedad de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es histopatológico, según criterios de la OMS reúne criterios para clasificarse como una enfermedad probable. Así como estudio de neuroimagen y EEG sugestivo. El reconocimiento oportuno de la ECJ optimiza recursos y permite establecer un pronóstico adecuado a los familiares. Hasta el momento no hay tratamiento que altere el pronóstico de la enfermedad la sobrevivida al diagnóstico es de 2 años. Sin embargo a su egreso el paciente no se encontraba en óptimas condiciones presentando cuadro neumónico agregado, el cual probablemente causó su fallecimiento.

Palabras clave: síndrome cerebeloso, encefalopatía, espongiiforme, Creutzfeldt Jakob, resonancia magnética, electroencefalograma.

Folio: 1106

Tema: Endocrinología

Reporte de caso: enfermedad de Addison de etiología familiar

Mares Adán Rafael, Faustino Gladis, Guerrero Lorena, Rivera Dante, Ruiz Ana Luisa
Centro Médico ISSEMyM Ecatepec

Antecedentes y objetivo: La enfermedad de Addison primaria es un cuadro que se produce debido a la destrucción de la corteza suprarrenal, de origen principalmente autoinmune, por la presencia de anticuerpos contra la misma. Dicha destrucción tiene lugar de forma generalmente muy lenta por lo que la aparición de los síntomas es insidiosa, si añadimos el hecho de que estos síntomas suelen ser inespecíficos, es fácil entender que su diagnóstico en fases precoces sea muy difícil, con frecuencia confundido con otra entidad clínica y sólo cuando el déficit es importante, dando lugar al desarrollo de las crisis adrenales, llegamos al diagnóstico correcto en una situación en la que el compromiso vital es importante. Caso clínico. Masculino de 36 años de edad con antecedentes de enfermedad de Addison desde los 13 años de edad no

confirmado, 2 hermanos con Addison. En tratamiento actual con prednisona 5 mg vía oral cada 24 horas, sin más antecedentes de importancia. Cursó con astenia, adinamia, polidipsia, polifagia, poliuria, náusea, pérdida de peso (7kg) durante 1 mes, persistiendo sintomatología, añadiéndose vértigo, dolor y debilidad muscular. Se explora paciente alerta, orientado, neurológicamente íntegro, con hiperpigmentación cutánea generalizada, acentuada en pezones, área genital y con manchas melánicas en paladar y bordes gingivales, tórax con componente cardiopulmonar sin hallazgos, abdomen normoperistáltico indoloro, extremidades sin compromiso. Hemodinámicamente estable, con TAM de 78 mmHg sin datos de bajo gasto, SatO₂ 99%. Analítica con hipoglucemia 59 mg/dL, elevación de azoados concordante con lesión renal aguda prerrenal, electrolitos séricos destacando hiponatremia de 117 mg/dL e hiperkalemia de 8,0 mg/dL, gasometría arterial con acidosis metabólica. Biometría hemática con hemoglobina de 13,4 g/dl, leucocitosis 12.800. Electrocardiograma con taquicardia sinusal a 110 lpm, bloqueo de rama derecha y QT prolongado (487 ms). Radiografía de tórax normal. Durante su hospitalización se inician medidas antihiperkalémicas, pero el paciente progresa sudoroso, taquicárdico e hipotenso (TA 85/40



mmHg) por lo que, se sospecha crisis Addisoniana y se inicia la reposición de volumen con solución salina (4.500ml cada 24 horas) y aporte de glucosa. Se procesa cortisol basal con resultado de 4,0 mg/dL y ACTH 264 pg/ml, iniciando hidrocortisona 2mg/kg cada 12hrs. A su egreso, en seguimiento por consulta externa, con reajuste de dosis prednisona 15mg c/24hrs, TAC abdominal con hipotrofia de glándulas suprarrenales, se solicitan anticuerpos anti-21 hidroxilasa reportados en títulos elevados.

Conclusión: La importancia de este caso clínico, es que nuestro paciente presenta el antecedente familiar de enfermedad de Addison, desarrollando la clínica característica conformada por hiperpigmentación, (síntoma más específico de la insuficiencia adrenal primaria), astenia, fatiga, pérdida de peso y síntomas gastrointestinales. Al presentar déficit de glucocorticoides, cursó con pérdida de peso, hipoglucemia, náuseas y anorexia, así como de mineralcorticoides, presentando deshidratación e hipovolemia generando tensión arterial baja, hipotensión postural y provocando falla renal prerrenal, además de hiponatremia, hiperkalemia y acidosis metabólica. Posteriormente, tras haber cursado con dicha clínica característica, se confirma la etiología primaria con presencia de anticuerpos anti-21 hidroxilasa, que son

altamente específicos de esta enfermedad.

Palabras clave: enfermedad de Addison, etiología familiar.

Folio: 1107

Tema: Reumatología

Índice de daño crónico en pacientes con granulomatosis con poliangeitis y sus características clínicas

Vera Olga Lidia, Angulo Ana Gabriela

¹ Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza. IMSS

Introducción: El índice de daño (VDIVasculitis Damage Index), evalúa y cuantifica el daño crónico en las vasculitis, a mayor daño mayor mortalidad. **Pacientes y métodos:** Se estudio en forma retrospectiva a pacientes con granulomatosis con poliangeitis (GPA) en un Hospital de referencia durante el periodo de 2005 a 2015. Se analizaron las características clínicas y el daño crónico mediante el VDI que evalúa 11 órganos y sistemas: Piel, músculoesquelético, oído, nariz y garganta, pulmonar, cardiovascular, vascular periférico, renal, gastrointestinal, ocular, neuropsiquiátrico y otros daños/toxicidad relacionada a fármacos. La puntuación de VDI se mide como presente (1) y ausente (0). Para el análisis de datos se empleo estadística descriptiva, **Resultados:** Fueron

61 pacientes con GPA, edad media al momento del diagnóstico: 41.65 años (hombres 57% y mujeres 43%). La forma sistémica 32(52.5%) pacientes y la forma localizada 29 (47.5%). La sinusitis crónica fue la manifestación más frecuente en 33% seguida de las otológicas en 26%. Estenosis subglótica 4 pacientes, hemorragia alveolar 1%. De los pacientes con la forma sistémica 22 presentaron glomerulonefritis focal y segmentaria y 10 pacientes (32%) glomerulonefritis rápidamente progresiva. La polineuropatía distal- simétrica y la neuropatía craneal se presentó en el 24%, respectivamente; escleritis 24.5% y proptosis en el 18%, purpura palpable 26.2% y úlceras en 9 pacientes (14.8%). El puntaje del VDI en la forma sistémica fue de 3.6 y en la localizada de 2.55, p NS. **Conclusión:** En esta cohorte de pacientes con GPA se encontró un daño crónico alto con DVI similar entre las formas sistémicas y la localizada de la enfermedad.

Palabras clave: granulomatosis con poliangeitis, índice de daño en vasculitis, manifestaciones clínicas, vasculitis.

Folio: 1109

Tema: Endocrinología

Hiperaldosteronismo primario secundario a adenoma en glándula suprarrenal

Diaz Juan Daniel¹, Mateos Norma², Diaz Karla Valeria¹, Díaz María Vanessa¹, Fuentes Abel¹

¹ Servicio de Medicina Interna;

² Servicio de Endocrinología
Hospital General Dr. Manuel
Gea González, Ciudad de
México

Antecedentes: El hiperaldo-
steronismo primario (HAP) es
de las primeras causas de hi-
pertensión arterial secundaria.
Su prevalencia está entre el
5%-9% cuando se usa rutinaria-
mente el cociente aldosterona
sérica/ARP (aldosterona-renina
ratio: ARR) en el estudio de la
hipertensión arterial. La clínica
se caracteriza por la pérdida
urinaria de potasio e hidró-
geniones, intercambiados por
sodio, puede producir hipopo-
tasemia y alcalosis metabólica,
de grado variable según la
duración y severidad del cua-
dro. El diagnóstico requiere
confirmación habitualmente
mediante una carga salina o
una prueba con fludrocortiso-
na. La caracterización de los
subtipos se realiza inicialmente
con pruebas de imagen. La es-
pironolactona sigue siendo la
piedra angular del tratamiento
médico cuando no hay una
indicación quirúrgica, o si ésta
es rechazada por el paciente.

Objetivo: Exponer y describir
un caso de hiperaldoestero-
nismo primario secundario a un
adenoma suprarrenal en un pa-
ciente masculino de 61 años de
edad, con su respectivo aborda-
je y evolución. **Exposición del
caso:** Masculino de 61 años
de edad con antecedente de
diabetes mellitus tipo 2 en trata-

miento con metformina 850 mg
cada 12 horas e Hipertensión
arterial sistémica con diagnós-
tico de 6 meses de evolución en
tratamiento con Losartan 50 mg
cada 12 horas. Presentó cuadro
clínico caracterizado por ca-
falea frontoparietal izquierda.
A su ingreso a la unidad de
urgencias presentó los siguien-
tes signos vitales, dentro de los
cuáles llamaron la atención:
tensión arterial 153/81 mmHg y
frecuencia cardíaca 112 latidos
por minuto. Se solicitaron labo-
ratorios, dentro de los cuáles
destacaron: Potasio sérico 2.5
mg/dL y una gosemetría arterial
compatible con una alcalosis
metabólica, resto de paraclí-
nicos sin alteraciones. Ante la
sospecha de un Hiperaldoeste-
ronismo primario, se modificó
antihipertensivo con Prazocina
y 4 semanas posteriores por
consulta externa se solicitó
aldosterona sérica 7.7 ng/dL y
actividad de renina sérica 0.2
ng/mL/hr con una relación al-
dotserona/actividad de renina:
38.5. Se realizó TAC de abdo-
men simple donde se observó
la presencia de un adenoma
suprarrenal izquierdo y se inició
manejo médico con Espirono-
lactona 50 mg cada 12 horas y
Losartan 50 mg cada 12 horas,
logrando cifras tensionales <
130/90 mmHg, programándose
por parte del servicio de urolo-
gía para la extirpación posterior
de dicho tumor suprarrenal.

Conclusión: La HAP es una de
las primeras causas de hiperten-
sión arterial secundaria, donde

es necesaria la evaluación de
las glándulas suprarrenales,
especialmente en los casos
de hipopotasemia grave man-
tenida. El screening debería
realizarse en hipertensos mo-
derados, severos o resistentes
a terapia usando la relación
aldosterona/renina y no la me-
dición del potasio plasmático.
La sospecha de hiperaldoeste-
ronismo debe certificarse usando
tests confirmatorios (fludrocortiso-
na o sobrecarga salina). La
importancia de su diagnóstico
precoz reside en la instauración
de un tratamiento adecuado
(médico o quirúrgico), que se
acompaña, en la mayoría de las
veces, de un correcto control
de las cifras tensionales y de la
rápida mejoría de las lesiones
de órgano diana.

Palabras clave: hipertensión
arterial secundaria, hiperaldo-
steronismo primario, adenoma
suprarrenal, hipokalemia, alca-
losis metabólica, hipertensión
maligna.

Folio: 1110

Tema: Reumatología

**Síndrome de Evans en presencia
de lupus eritematoso sistémico
y síndrome de anticuerpos
antifosfolípidos. Reporte de
un caso**

*Castillo Manuel de Jesús, Pón-
digo Jorge Alberto, Maldonado
Cindy*

Hospital Univesitario de Puebla

Paciente mujer de 52 años con
iniciales de MGBR, bibliotecaria
por más de 20 años. AHF:



Hermana con hipotiroidismo. APP: Alérgica a la penicilina, resto negados. AGYO: G3, C2, A1(a las 16 SDG) PA: Inició en julio del 2016, con astenia, adinamia, hiporexia y epistaxis intermitente. El 27-08-2016 presentó epistaxis importante que ameritó taponamiento nasal anterior bilateral. Cursó con tos crónica esporádica no productiva de 2 años de evolución, exacerbada dos semanas antes de su ingreso, así como disnea de grandes esfuerzos, razón por la que se ingresó a hospitalización. datos positivos al examen físico: fr en reposo 24 rpm, no úlceras orales ni fotosensibilidad, ojo seco, schirmer positivo bilateral, poza salival disminuida, campos pulmonares con estertores finos en bases, manos sin artritis, nódulos de Heberden y Bouchard no dolorosos, fuerza de prensión conservada, llenado capilar 3 seg, equimosis en extremidades inferiores, fuerza proximal y distal 5/5. Estudios laboratorio (27/08/2016): BT 1.4, BD 0.7, BI 0.7, FA 135, DHL 393, HB 11.1, VCM 75, HCM 26.5, leucocitos 6.17, neutrófilos 5.12, linfocitos 0.68, bandas 14%, plaquetas 5mil, reticulocitos 1.1%, TP 17, INR 1.3, TTP 68.4, RX TÓRAX: infiltrado reticulonodular bibasal. Dx de ingreso: Trombocitopenia grave sintomática, Epistaxis anterior remitida, anemia microcítica hipocrómica leve. Se solicitó IC a hematología, se transfundieron 6 concentrados

plaquetarios y plasmas frescos y aspirado de médula ósea que reportó: disfunción periférica de plaquetas, hiperplasia de serie eritroide, cambios megaloblásticos, no blastos. Frotis de sangre periférica: macrocitosis, basofilia, linfocitos 14%, segmentados 76%, monocitos 10%, plaquetas gigantes. Se descartó patología hematológica y se solicitó: Panel viral (VHC, Ag S HB, VIH 1 y 2): negativo, Vitamina B12 : 274, Ácido fólico: > 20, VDRL: positivo, Ferritina 316, Hierro sérico 29.2, Transferrina 1.63, Capacidad de fijación 191, Índice de saturación de transferrina 15.2. FR 9.69, C3 0.983, C4 0.136, COOMBS directo positivo dilución 1:16 (positivo en dos ocasiones). TAC de torax simple: patrón reticulonodular bibasal e imagen en vidrio despulido. USG hepatoesplénico: esplenomegalia de etiología a determinar (118x62x101) volumen de 395 cc El 28-08-2016 se recabó TP 14, INR 1.6, TPT: 55.8, HB 10.6, VCM 75, HCM 26, leucocitos 4.1, neutrofilos 3.24, linfocitos 0.49, plaq 30 MIL, BT 1.8, BD 0.7, BI 1.1, AST 36, ALT 30, FA 135, DHL 398, PFH: BT 2.3, BD 0.7, BI 1.4, AST 36, ALT 38, FA 135, DHL 460 Por lo que se IC con reumatología quien diagnosticó Sx de Evans y se inició tratamiento con metilprednisolona 1gr IV cada 24 hrs/3 dosis; BHC de control con HB 10.8, VCM 78, HCM 28, leucocitos 3.9, PLAQ 132mil y mejoría del patrón

intersticial pulmonar. Debido a persistencia de prolongación de TTP y que no corrigió posterior a administración de plasma fresco, se solicitó: AC lúpico: 2.0 (positivo), ANTI B2 GP-1 1:60 (positivo), Anticardiolipina IgM: 2 (negativo), Antinucleares: positivo patrón homogéneo 1:640, Anti DNA dc positivo, Anti SM menos de 2, RNP 2.5 negativo, SSA/RO: 3.6 (negativo), diagnosticando Lupus eritematoso sistémico, tratada con Prednisona 50 mg/día, Azatioprina 50 mg/día, Hidroxicloroquina 200 mg/día, Danazol 100 mgs 3 cada 8 hrs, con mejoría de la sintomatología siendo egresada. En el seguimiento al mes presentó recaída de afección intersticial, ameritando ciclofosfamida 1gr/mes por 4 dosis, posterior a tercera dosis presentó infección por herpes zoster (4 dermatomas), ajustando el tratamiento actual: Acido micofenólico 500 mg cada 8 hr, Prednisona dosis variable, hidroxicloroquina 200 mg cada 24 hrs, Aspirina 100 mgs/día. A los tres meses se recabó nuevo anticoagulante lúpico positivo (persistente positivo posterior a 12 semanas), diagnósticos finales de la paciente: Lupus eritematoso generalizado sistémico • Anemia hemolítica /trombocitopenia grave (Sx Evans). • Neumonitis intersticial . • Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos secundario (Obstétrico).

Palabras clave: síndrome de Evans, lupus eritematoso, sin-

drome antifosfolípidos, anemia hemolítica autoinmune, trombocitopenia.

Folio: 1111

Tema: Misceláneos

Sarcoidosis en paciente con dermatosis generalizada e insuficiencia cardíaca crónica

Carranza Fabián, Ramírez de Aguilar Jimena, Chávez Diana, Ramírez Ricardo, Ávila Juan Raúl

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de etiología que resulta en la formación de granulomas no caseificantes. El principal órgano afectado es el pulmón, en más del 90% de los casos. Un cuarto de los pacientes desarrollará eventualmente al menos 1 lesión dermatológica. El involucro cardíaco está asociado con un peor pronóstico, y está descrito en aproximadamente el 25% de los pacientes sometidos a autopsia o con evidencia por estudios de imagen, sin existir al momento actual un "estándar de oro" para su diagnóstico. **Presentación:** Paciente femenino de 64 años de edad con diagnóstico de Sarcoidosis con afectación cardíaca, dermatológica y pulmonar. Antecedente de Hipertensión Arterial Sistémica, Osteoartritis degenerativa y Desprendimiento de Retina en ojo derecho en 2014. Comienza padecimiento en 2014, consistente en der-

matosis eritemato-papular que inicia en pies y en un periodo de 6 meses se disemina a regiones glúteas, muslos, tronco y cara (región retroauricular, pabellón auricular y mentón), asociándose además prurito y disnea mMRC 2, así como dolor precordial atípico recurrente. Recibe tratamiento inicial en Hospital de Segundo Nivel con Prednisona a dosis máxima de 25 mg., con mejoría parcial y reactivación de lesiones posterior a su suspensión. Es referida a nuestro centro recibiendo atención desde diciembre de 2015 por Dermatología y Medicina Interna. Se toman biopsias dérmicas y en mucosa septal, con diagnóstico histopatológico de Dermatitis granulomatosa (tinciones ZN, PAS y Grocott) en todas las muestras. Se realizan cultivos de micobacterias en orina, con resultado negativo. PPD de 7 mm. Se corroboran por Tomografía lesiones sugerentes de granulomas en ambas bases pulmonares. Se aborda Insuficiencia Cardíaca en Hospital de Cardiología, descartándose Cardiopatía Isquémica en Noviembre de 2016. Se documenta por ecocardiografía engrosamiento de pared septal y posterior con FEVI conservada, por lo que se realiza Resonancia Magnética Cardíaca en octubre de 2016 con patrón imagenológico de infiltración. Fue tratada desde Enero de 2016 con DOTBAL como prueba terapéutica, con suspensión 4 meses después al

continuar con sintomatología y decidiéndose inicio de Talidomida. La paciente presenta mejoría paulatina, añadiéndose además Prednisona con reajuste al documentarse involucro cardíaco, lográndose estabilidad del padecimiento. **Conclusión:** Se presenta el caso de una paciente que incluye en el cuadro de presentación inicial de su enfermedad manifestaciones infrecuentes de la misma, dentro de un amplio espectro que va desde pacientes asintomáticos con adenopatías hiliares bilaterales hasta el involucro de múltiples órganos. El diagnóstico de la sarcoidosis representa un reto, al ser este de exclusión de otras enfermedades granulomatosas y requerir documentar afectación orgánica cuando el sitio inicial de presentación es extratorácico. **Palabras clave:** sarcoidosis, cardíaca, dermatológica, resonancia, insuficiencia, granulomas.

Folio: 1112

Tema: Otros

Ruptura diafragmática derecha postraumática antigua, con eventración de hígado, colon y estómago a hemitórax derecho. Incidentaloma

Vázquez Dayana, Cruz Gabriela, Orozco Juliana Patricia, Rivas Miguel

Hospital General Dr. Gaudencio González Garza Centro Médico Nacional La Raza

Femenino de 35 años de edad, con antecedente de hiperten-



sión arterial sistémica de 2 años de diagnóstico, en tratamiento con olmesartan/hidroclorotiazida tabletas 20/12.5 mgs cada 24 hrs, hipotiroidismo de 4 años de diagnóstico en tratamiento con levotiroxina 100 mcg cada 24 hrs. AGO: G1, P: 0, A: 0, C: 1, hace 6 años con interrupción de embarazo a las 26 SDG por preeclampsia con datos de severidad y restricción severa de crecimiento intrauterino. Tabaquismo, alcoholismo, otras toxicomanías negadas. Accidente automovilístico hace 8 años, con impacto directo secundariamente movimiento de desaceleración, presentando dolor abdominal severo y contusión torácica, se descartó trauma de vísceras abdominales. Ocupación: médico. Los hallazgos clínicos se documentan hace 1 mes, posterior a estudios de control de enfermedades crónicas, determinándose elevación de GGT en 143 mgs/dl, resto de pruebas de función hepática normales, sin alteración en otras pruebas de laboratorio. Por lo que se realiza ultrasonido abdominal sin lograr delimitar bordes de lóbulo hepático izquierdo, sin alteraciones en parénquima, ni hígado graso, sin alteraciones de vía biliar intra o extrahepática. Radiografía de tórax: elevación de hemidiafragma derecho, con borramiento de ángulo costodiafragmático. Se realiza resonancia magnética toracoabdominal, encontrándose ruptura diafragmática

derecha, con eventración de hígado, colon y estomago a hemitórax derecho, con colapso pulmonar ipsolateral, desplazamiento de cavidades cardiacas derechas y compresión de aurícula derecha. Laboratorios. Leu 7.35, Neutrofilos 4.38, Hb 15.6, Plaquetas 292 mil, AST 19.1, ALT 23.0, GGT 136, LDH 192, FA 88.0, PT 7.23, Albumina 4.52, TSH 12.7. Posterior a diagnóstico se realiza procedimiento quirúrgico se programa para reparación de ruptura diafragmática con abordaje mediante toracotomía videoasistida con drenaje pleural, con resolución de la misma, sin complicaciones, radiografía de control normal.

Palabras clave: ruptura diafragmática, eventración colon estomago hígado, GGT elevada, incidentaloma, disnea, colapso pulmonar.

Folio: 1113

Tema: Dermatología

Liquen plano oral erosivo-bullosa y su relación con enfermedades sistémicas

Rivera Karen Lilian, Lucas Abihai, Pablo Claudia, Nava Dina Lisbeth, Córdova Cesar

Instituto Mexicano del Seguro Social

Mujer de 51 años de edad, originaria y residente de Estado de México, ama de casa, antecedentes de importancia artritis reumatoide, manejo con Metotrexate cada 72 horas por 18 meses, posteriormente manejo

sintomático. Inicia padecimiento actual con incremento de volumen de amígdalas palatinas y odinofagia de 12 meses de evolución, con pérdida de peso a razón de 15 kg en 6 meses. Ya valorada por Otorrinolaringología, sin respuesta a manejo instaurado y, por Gastroenterología quien descarta disfagia ante manometría esofágica normal y panendoscopia que reporta esofagitis leve, hernia hiatal por deslizamiento y pan-gastropatía atrófica con reporte histopatológico normal. A la exploración física se halla caquexia, voz nasal, cavidad oral con lesiones ulcerativas en orofaringe y exudado blaquecino de aspecto purulento en ambos pilares amigdalinos, que no desprenden con facilidad, sin datos de sangrado activo, cuello con adenopatía unilateral submandibular izquierdo de 1.5 cm de diámetro, no adherida a planos profundos, no doloroso, no se palpa crecimiento tiroideo, cardiopulmonar y abdomen sin compromiso, extremidades con deformidad en articulaciones interfalángicas proximales, sin flogosis. En paraclínicos destaca leucopenia con linfopenia y anemia normocítica normocrómica. Prueba rápida de VIH, Panel Viral, Anticuerpos ANA, cANCA y pANCA, VSG y PCR negativos. Marcadores tumorales Ca125, Ca15-3, Ca19-9 y ACE normales. Perfil tiroideo normal. USG Doppler de tiroides con nódulo tiroideo de 13.9x10.2x8.1 mm

y ganglio único submandibular izquierdo de 10.7 mm, probable enfermedad tiroidea. Cuenta con TAC S/C de cabeza y cuello que reporta Orofaringe asimétrica aumentado de volumen 15x18 mm. Histopatología reporta mucosa con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario en banda con focal formación de vesícula en mucosa, con cambios de regeneración importantes de epitelio con edema y congestión. Se establece diagnóstico de liquen plano oral (LPO) erosivo-buloso. Dada la etiopatogenia autoinmune se inició manejo con Prednisona aunado a antimicrobiano y terapia respiratoria observándose respuesta favorable. El LPO es una enfermedad mucocutánea crónica de carácter inflamatorio, etiología desconocida y naturaleza autoinmune, que involucra linfocitos T contra antígenos de los queratinocitos basales del epitelio que culmina en la degeneración de estrato basal epitelial. La presentación intraoral puede preceder a la cutánea. Se asocia a factores genéticos, infecciosos, neoplasias, alergias, autoinmunidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, trauma, estrés o medicamentos, de éstos principalmente implicados los IECA. En nuestra paciente se asoció a Artritis Reumatoide con abandono a tratamiento modificador de la enfermedad, y reciente detección de enfermedad tiroidea. La variedad erosivo-buloso se considera presentación rara,

caracterizada por lesiones dolorosas espontáneamente y al deglutir alimentos, varía entre pequeñas vesículas a grandes ampollas, causadas por el edema del tejido conectivo y el defecto de la membrana basal. La zona ulcerada tiene a recubrirse de una pseudomembrana. Debido a la cronicidad de la lesión, carácter recidivante y alteración de la submucosa, constituye un riesgo potencial de transformación maligna lo que confiere a estas entidades un mayor significado clínico y reclama un mejor conocimiento de las vías patogénicas y su relación con patologías sistémicas, con el fin de lograr el abordaje diagnóstico-terapéutico más oportuno.

Palabras clave: liquen plano, erosivo-buloso, queratinocitos, infiltrado linfoplasmocitario.

Folio: 1114

Tema: Infectología

Neumonía necrotizante y abscesos abdominales por *Bacteroides fragilis* secundarios a diseminación hematogena por diverticulitis. Reporte de caso

Sánchez Diana¹, Mellado Raúl¹, Rodríguez Erika Faride², Herrera Julio de Jesús¹, Rodríguez Federico¹, Díaz Enrique Juan¹, Sánchez Pablo Adrián¹

¹ Hospital Ángeles del Pedregal;

² Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Masculino de 48 años de edad, comerciante, casado, residente

de la CDMX, con tabaquismo suspendido 3 meses previos (IT 0.3 c/a), exposición a humo de leña hasta los 25 años, etilismo con consumo crónico llegando a la embriaguez y sin actividades de alto riesgo infeccioso. Alergias, cirugías o transfusiones previas negadas. Refiere Hipertensión arterial sistémica (2013) en tratamiento con Enalapril 10 mg al día y obesidad (IMC 32.9) de larga evolución. El paciente presentó un cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por malestar general, tos productiva, fiebre, dolor abdominal, pérdida de peso no cuantificada y agregándose vómito con sospecha de hematemesis. Acudió a otra Unidad Médica donde se realizó abordaje y tratamiento para sangrado de tubo digestivo y neumonía adquirida en la comunidad. Se egresó con tratamiento antimicrobiano sin presentar mejoría; persistiendo con fiebre, diaforesis y disnea. Acudió al servicio de Urgencias de nuestro hospital en donde se recibió neurológicamente íntegro, con datos de choque séptico e insuficiencia respiratoria. Sus signos vitales fueron TA 70/46 mmHg FC 110 lpm T 38.4°C FR 26 rpm SatO₂ 80% al aire ambiente. Faringe sin lesiones, campos pulmonares con estertores crepitantes basales de predominio izquierdo. Cardíaco sin soplos. Abdomen no doloroso a la palpación y sin datos de irritación peritoneal. Genitales y extremidades sin le-



siones. Laboratorios de ingreso: Hb 14.3 Hto 41.3 Plq 268, Leu 28.2 (92/3) Glu 96 BUN 30 Ur 64.2 Cr 1.95 AcU 10.3 Alb 2.05 FA 133 DHL 268 Proca 375.7 Resto de química sanguínea sin alteraciones. Tomografía de tórax de ingreso: Neumonía de focos múltiples, cavitación en pulmón derecho, derrame pleural izquierdo, múltiples nódulos bilaterales y colecciones periesplénicas y perigástricas. Durante su evolución presentó fiebre persistente, frecuentes episodios de broncoespasmo, dolor costal izquierdo intenso y abdominal, respuesta no satisfactoria a tratamiento por lo que se solicitó seguimiento mediante tomografía tóraco-abdominal en 3 ocasiones; reportando atelectasias bilaterales, derrame pleural bilateral, diverticulitis Hinchey 1a, colecciones perigástricas y periesplénicas, y absceso hepático de 47x35mm en lóbulo izquierdo. Se notificó por Microbiología hemocultivo de ingreso con desarrollo de *Bacteroides Fragilis* al 4º día de incubación (primeros 3 días sin desarrollo). Al ser un anaerobio estricto que compone la flora normal del colon, su comportamiento infeccioso es predominantemente intra-abdominal, y es compatible con una diseminación hematogena secundaria a enfermedad diverticular. En este caso generando siembras abdominales perigástricas, periesplénicas y hepática, así como siembras hematógenas a pulmón

donde es una causa de neumonía necrotizante. Por este planteamiento, se procedió a exploración toracoscópica con segmentectomía derecha, decorticación izquierda, drenaje de empiema bilateral y colocación de sonda pleural bilateral. Además, se realizó drenaje percutáneo de absceso subfrénico izquierdo guiado por tomografía, en donde se obtuvo 140 cc de material purulento. Se manejó con esquema antimicrobiano (Meropenem, Linezolid y Metronidazol) presentando respuesta satisfactoria y resolución completa del cuadro. El diagnóstico se concluyó neumonía necrotizante y abscesos abdominales por *Bacteroides fragillis* secundarios a diseminación hematogena por diverticulitis.

Palabras clave: neumonía, necrotizante, diseminación, hematogena, colecciones, diverticulitis.

Folio: 1116

Tema: Gastroenterología

Pancreatitis secundaria a gastroenteritis por *Escherichia coli*: primer reporte de caso

Salinas Erika¹, Nuñez Jacobo², Gallegos Marcos Cesar², Valdivia Monica²

¹ Hospital Angeles Pedregal, Universidad La Salle; ² Hospital Angeles Pedregal

Antecedentes: No existe en la literatura casos reportados de pancreatitis causada por *Escherichia coli*, como única

etiología, en un paciente sin ningún tipo de inmunosupresión ni factores de riesgo. **Caso clínico:** Paciente femenino 63 años. Antecedentes de importancia alergia naproxeno e ibuprofeno. Quirúrgicos histerectomía por miomatosis 10 años previos. Resección de schwannoma en glúteo izquierdo 1 año previo. Colocación de catéter doble J 2 años previos. Antecedentes clínicos esófago de barrer en tratamiento con dexlansoprazol desde hace 3 años. Inicia padecimiento actual 24 horas previas a su ingreso con evacuaciones diarreicas liquidas sin moco ni sangre, mas de 10 evacuaciones en 12 horas. Se automedica lomotil, en dosis no especificada, sin presentar mejoría. 12 horas previas a su ingreso se agrega nausea, vomito con intolerancia total a la via oral. Y se agrega dolor abdominal de tipo colico intensidad 8/10. 3 horas previas a su ingreso se agrega cefalea holocraneana 8/10 sin datos de focalización y se aumentan en cantidad las evacuaciones diarreicas a mas de 5 evacuaciones por hora, motivo por el cual acude a urgencias para valoración. En urgencias se realiza abordaje, encontrando a la paciente clínicamente con datos de deshidratación moderada, mucosas secas, hemodinamicamente estable, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen distendido, doloroso a la palpación gene-

realizada sin datos de abdomen agudo. en laboratorios destaca leucocitos con neutropenia, sin otros hallazgos relevantes. Se inicia manejo por probable gastroenteritis infecciosa con quinolona y sintomático, y se solicita panel gastrointestinal. A las 24 horas paciente con mejoría sintomatológica y clínica, se reporta panel gastrointestinal positivo para infección por *Escherichia coli*, por lo que se decide continuar manejo previamente iniciado y vigilancia. A las 48 horas de internamiento, paciente persiste con discreto dolor abdominal, intensidad 6/10, con menos de dos evacuaciones diarreas en 24 horas; se solicitan laboratorios de control en donde destacan amilasa y lipasa 2/3 por arriba de los laboratorios iniciales. Motivo por el cual se suspende progresión de dieta y se realiza TAC contrastada encontrando pancreatitis Balthazar B. Se inicia manejo con soluciones parenterales altas y vigilancia. Evolucion de forma lenta sin disminución de enzimas pancreatitis a la normalidad hasta posterior del día 5, por lo que en el transcurso se inicia nutrición enteral. Durante abordaje se descartan etiología pancreática tales como biliar, alcohol, hipercalcemia, hipertrigliceridemia, fármacos, iatrogenica, tumores, alteraciones anatómicas o microlitiasis, llegando de esta forma al diagnóstico de pancreatitis por causa infecciosa

secundaria a *E. coli*. **Antecedentes y discusión:** Si bien se sabe que los cálculos biliares y el alcoholismo son los agentes causales más comunes de la pancreatitis aguda, se cree que menos del 10% de los casos son causados por microorganismos infecciosos. Estos microorganismos incluyen virus (por ejemplo, parotiditis, Coxsackie B y hepatitis), bacterias (por ejemplo, *Mycoplasma pneumoniae* y leptospirosis) y parásitos (por ejemplo, *Ascaris lumbricoides*). Cada organismo causa pancreatitis aguda a través de diversos mecanismos. Casos esporádicos de AP debido a bacterias gastrointestinales como *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica*, *Yersinia pseudotuberculosis*, *Brucella* y *Nocardia* se han descrito en la literatura. **Conclusiones:** A pesar de que existe literatura que reporta la *E. coli* como causa probable de pancreatitis, se han encontrado menos de 3 reportes de casos en donde la infección se presente como único agente etiológico del cuadro.

Palabras clave: pancreatitis, *Escherichia coli*, *E. coli*, pancreatitis por *E. coli*, pancreatitis infecciosa.

Folio: 1117

Tema: Neurología

Síndrome neuroléptico maligno como manifestación inicial de encefalitis autoinmune anti-NMDA en paciente con diagnóstico de esquizofrenia

Acuña Paulina, Cervantes Rosa Elena, Uribe Jefe Felipe, Lordmendez Gabriela, Pitones María Guadalupe, Rivas Francisco Javier, Anaya Israel
Antiguo Hospital Civil, Fray Antonio Alcalde

Introducción: La encefalitis límbica se describió en el año 1968 por Corsellis, sin embargo fue definida en 2007 por Dalmau y colaboradores como una enfermedad caracterizada por síntomas psiquiátricos (psicosis, delirios, alucinaciones, agitación, agresión o catatonia), déficit cognitivos y de la memoria, discinesias, convulsiones y disfunción autonómica, con irritabilidad e insomnio, seguido por la disfunción del habla, discinesias, déficits de memoria y una disminución en el nivel de conciencia; sin embargo en este reporte de caso describimos un paciente con síndrome neuroléptico maligno como manifestación inicial. **Reporte de caso:** Paciente masculino de 34 años de edad que inicia con cefalea intensa, vómitos y alteración en la marcha, además de presentar pérdida del habla tres días después de primera dosis de Zuclopentixol como tratamiento por presunto diagnóstico de esquizofrenia a los 12 años. Es referido a nuestro centro para continuar con abordaje diagnóstico. A su ingreso se observa fiebre, rigidez muscular y CPK elevada, sin mejoría con tratamiento para síndrome neuroléptico (SNL),



requiriendo abordaje de vía aérea. Punción lumbar: glucosa 67mg/dL, microproteínas 51mg/dL, celularidad negativa, gram y tinta china negativos. TAC y resonancia magnética de cráneo con cambios estructurales por pérdida difusa del volumen del parénquima cerebral. Electroencefalograma sin datos patológicos, marcha toxicológica negativa. Se envían muestras de suero y LCR con búsqueda de anticuerpos anti-receptor NMDA con resultado positivos. Se inicia terapia de primera línea, con recuperación de estado basal del paciente. **Discusión:** La encefalitis anti-NMDA es una entidad poco identificada en nuestro medio, debido a la falta de sospecha clínica, además de que su debut se puede acompañar de síntomas psiquiátricos y estudios de laboratorio y gabinete dentro de parámetros normales, confundido frecuentemente como un trastorno psiquiátrico sin presentar mejoría.

Palabras clave: encefalitis, autoinmune, Anti-NMDA, esquizofrenia, neuropéptico, zuclopentixol.

Folio: 1118

Tema: Cardiología

Marcapasos temporal, cuidados mas allá de las espigas

Martinez Javier Alejandro, Nañez Homero, Andrade Catalina Janette

Hospital Universitario José Eleuterio González Gonzalitos Universidad Autónoma de Nuevo León

La colocación de un marcapasos temporal, tiene las ventajas de ser más cómoda para el paciente (en comparación con la estimulación transcutánea) y más duradera (en comparación con la estimulación transcutánea y epicárdica) en pacientes en quienes la duración anticipada de la estimulación cardíaca temporal puede ser de varios días a semanas. Las limitaciones incluyen movilidad limitada del paciente (la mayoría de los pacientes estarán restringidos a la cama o la silla y no pueden caminar). Las complicaciones no son infrecuentes en pacientes tratados con estimulación cardíaca temporal. Las complicaciones pueden estar relacionadas con el acceso venoso, el cable de estimulación transvenosa o la interferencia electromagnética externa. Las complicaciones asociadas con la estimulación cardíaca temporal, particularmente la estimulación cardíaca transvenosa temporal, han llevado a muchos médicos a proceder directamente con la implantación de un marcapasos. Ingresó al servicio de urgencias del Hospital Universitario, referido de Hospital General, un masculino de 93 años de edad originario de zacatecas y residente de nuevo león, viudo, católico, analfabeta, agricultor. Antecedentes heredofamiliares negados. Antecedentes personales no patológicos de tabaquismo 7 paquetes año resto negados. Antecedente

personal patológico de Hipertensión Arterial Sistémica Diagnosticada hace 8 años en tratamiento con Enalapril 5mg cada 12 horas con mal apego a tratamiento. Inicio su padecimiento actual 15 días previos a su ingreso al presentar pérdida del estado de conciencia, de aproximadamente 15 segundos, de forma súbita, que provocó caída de su propia altura sin alteraciones y que no se acompañó de secuelas recuperando el estado de alerta y sin afectación motora ni sensitiva y no acude a valoración médica. Posteriormente a los 8 días de dicho episodio el paciente presentó otro evento de las mismas características motivo por el cual acudió a urgencias del Hospital General en donde en su abordaje se observa un bloqueo AV de tercer grado por lo que opta por colocar un marcapasos temporal subclavio y lo refieren a nuestra institución. El paciente ingresa con frecuencia cardíaca de 70. 110/70 de TA, 14 rpm y saturando 98 al aire ambiente. Se solicita EKG y se pide tele de torax. Se interconsulta a cardiología quienes al notar que el marcapasos en el EKG se observa un bloqueo AV completo con presencia de espigas, por lo que se cataloga como marcapasos disfuncional y se solicita colocar marcapasos temporal femoral por fluroscopia. El paciente posteriormente se coloca marcapasos permanente VVI. El paciente se encuentra actualmente asinto-

mático y con control por parte de cardiología. Es importante el siempre después de colocar un marcapasos y más si solo es mediante ecografía el revalorar si este bien colocado. Nunca olvidar un EKG y una tele de torax, con la correcta interpretación electrocardiográfica y monitoreo cardiaco continuo.

Palabras clave: cardiología, marcapasos, bloqueo AV, síncope.

Folio: 1119

Tema: Infectología

Bacteremia asociada dispositivo intravascular secundaria a *Chryseobacterium indologenes*: reporte de caso Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Jiménez Luis Antonio, Rodríguez Ricardo, Seriñá Luis Gabriel, Esquivel Jennifer, Aguilar Georgina, González Karen Victoria, Camacho Raúl
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La bacteremia asociada a dispositivos intravasculares se considera una patología frecuente en el ámbito hospitalario principalmente ocasionada por patógenos grampositivos, los patógenos atípicos como *Chryseobacterium indologenes* una bacteria aeróbica gramnegativa no fermentadora, encontrada principalmente en el suelo, plantas, patógena no habitual en personas sin inmunocompromiso, asociada malas condiciones de higiene

en centros de hemodiálisis principalmente en agua estancada o debido a la manipulación de los catéres sin las condiciones adecuadas. **Presentación de caso:** Hombre masculino de 44 años de edad con antecedentes de importancia diabetes mellitus tipo 2 hipertensión arterial sistémica e Insuficiencia renal crónica en terapia sustitutiva de la función renal con hemodiálisis de larga evolución, que inicia padecimiento actual presentando astenia, anorexia, adinamia fiebre de 38.6 grados de predominio vespertino, escalofríos y diaforesis posterior a sesión de hemodiálisis en medio externo a la exploración física con mal estado general facie álgica, palidez generalizada de tegumentos catéter Niagara en abordaje yugular anterior derecho, con presencia de secreción fétida en sitio de inserción de catéter tórax anterior con ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, con presencia de soplo sistólico multifocal, sin otros agregados, choque de la punta en 5º espacio intercostal y línea medio clavicular izquierda, sin evidencia de fenómenos embólicos, debido al alto índice de sospecha, de bacteremia asociada a catéter iniciando manejo antibiótico a base de Vancomicina, solicitando hemocultivos, aerobios y anarobios con crecimiento positivo para *Chryseobacterium Indologenes* en 4 hemocultivos, realizando ajuste de manejo antibiótico a base de Trimetro-

prim con Sulfametoxazol con adecuada respuesta clínica y laboratorial con presencia de hemocultivos negativos, en dos determinaciones, descartando mediante ecocardiograma compromiso infeccioso a nivel valvular continuando manejo antibiótico de manera ambulatoria.

Palabras clave: bacteremia, dispositivos, intravasculares, hemodiálisis.

Folio: 1120

Tema: Endocrinología

Causas de internamiento en pacientes diabéticos en la sala de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Figueroa Gabriel², De la Garza María Fernanda¹, Vázquez Abraham Antonio², Tamez Héctor Eloy², Nájuez Homero²

¹ Facultad de Medicina; ² Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González
Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: La diabetes mellitus (DM) representa un problema de salud pública a nivel mundial. Cerca de 425 millones de adultos (20-79 años) viven con DM en el mundo. De acuerdo a datos de la última ENSANUT-MC 2016 la prevalencia en población mayor de 20 años es del 9.4%. En Estados Unidos, cerca del 50% del costo de la DM es atribuible a hospitalizaciones.



Una gran proporción de las hospitalizaciones asociadas a la diabetes son prevenibles. Es de suma importancia conocer las principales causas de hospitalización entre la población que vive con DM para desarrollar estrategias de prevención. **Objetivos:** Conocer las principales causas de internamiento entre diabéticos hospitalizados en la sala de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González en Monterrey, Nuevo León, México. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo que se llevó a cabo de abril a julio del 2018. En la sala de medicina interna se admiten pacientes con diagnósticos médicos exclusivamente. Cada día se registraron los diagnósticos de los pacientes con DM. Se registró además: edad, sexo, tipo de DM, tiempo de evolución, antecedentes de hipertensión, dislipidemia, retinopatía o nefropatía. Los diagnósticos se categorizaron de acuerdo al sistema afectado. **Resultados:** Se incluyeron 109 pacientes, la edad promedio fue de 53.6 años, 56 (51%) fueron hombres, 103 (95%) padecen DM tipo 2, el tiempo de evolución promedio fue de 12 años, 65 (60%) son hipertensos, 33 (33%) refieren dislipidemia, 32 (29%) refieren retinopatía y 40 (37%) refieren nefropatía crónica. Los diagnósticos más están asociados a enfermedad renal crónica y cardiopatía isquémica, re-

del 50%, los menos frecuentes fueron padecimientos hematológicos y neurológicos. **Conclusiones:** Las principales causas de hospitalización entre pacientes diabéticos en la sala de medicina interna son consecuencia de complicaciones micro y macrovasculares crónicas.

Palabras clave: diabetes mellitus, hospitalización, morbilidad, diagnóstico, enfermedad renal crónica, cardiopatía isquémica.

Folio: 1121

Tema: Infectología

Reporte de un caso importado de malaria

Piña Monserrat, Salero Débora, Vergara Adriana, González Germán

Hospital Ángeles Metropolitano

Masculino de 51 años, originario y residente de Burundi, África. Niega alergias y tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas de forma ocasional, hiperuricemia de larga evolución sin tratamiento, antecedente de infección por Plasmodium 3 meses previos a su ingreso. Acude a la Ciudad de México por cuestiones de trabajo, inicia 5 días previos a su llegada con fiebre no cuantificada, escalofríos, cefalea, malestar general, dolor lumbar, hiporexia y coluria; tratado en el servicio médico del hotel con amoxicilina e ibuprofeno, sin mejoría, por lo que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital.

A su llegada se encuentra con fiebre de 38.5°C, taquicardia de 113 lpm, deshidratación e hiperglucemia. A la exploración con ictericia conjuntival, mucosa oral deshidratada, hepatomegalia no dolorosa (hígado a 3 cm de borde costal), extremidades sin edema. Los estudios iniciales con reporte de anemia hemolítica, trombocitopenia grave, leucocitosis, lesión renal aguda prerrenal, dislipidemia y pruebas de función hepática alteradas. Por cuadro clínico y antecedentes se solicita panel viral para arbovirus y gota gruesa, reportándose prueba rápida de Chikungunya y gota gruesa positivas. Se inicia tratamiento con hidratación intravenosa y antipirético, así como metilprednisolona, Atavacuona y Doxiciclina, se da reporte a Epidemiología (INDRE). Posteriormente con requerimiento transfusional de 3 aféresis plaquetarias y 1 paquete globular, se suspende Atavacuona y se inicia Artemeter/Lumefantrina 20/120 mg. El paciente evoluciona favorablemente, al tercer día de tratamiento con mejoría clínica con resolución de la fiebre y cefalea, así como mejoría bioquímica, con normalización de las pruebas de función hepática, leucocitosis, trombocitopenia y función renal. Posteriormente se decide su egreso hospitalario por mejoría clínica, viaja a su país de origen en donde continúa seguimiento.

Palabras clave: malaria, *Plasmodium*, paludismo, Artemeter/Lumefantrina.

Folio: 1122

Tema: Nefrología

Síndrome de hematuria-proteinuria y deterioro rápidamente progresivo de la función renal con consumo de complemento y bicitopenia como manifestación de nefritis lúpica

Mora Cecilia, Gómez Damayanty, Mendoza Héctor, Sánchez Fernando, Solís Damayanty, García Valeria, Macías Ana Patricia
ISSSTE

Femenino de 48 años originaria de Guanajuato, Reside en el Estado e México, divorciada, atea y ama de casa. Carga genética para Diabetes Mellitus, Artritis Reumatoide y Fenómeno de Raynaud. Antecedente de Tabaquismo pasivo en el entorno familiar, Hipertensión Arterial Sistémica, Artritis reumatoide sin manejo con FARME durante 8 años, Fenómeno de Raynaud que ocasionó necrosis de de 4to y 5to dedo de mano izquierda y Vitiligo. Inicia 2 meses previos a su ingreso presentando astenia, adinamia, artralgiás en manos, así como cianosis en pulpejos asociada a cambio de temperatura ambiental, xerodermia, xeroftalmia y xerostomía. Se agrega disnea de medianos esfuerzos que progresa hasta ser de pequeños esfuerzos y aparición de orina espumosa. TA 150/90 Fc 80 lpm Fr 20 Rpm. A

la exploración física consciente, orientada, palidez generalizada, xerodermia, sin lesiones ulcerativas en mucosa oral, eritema malar, cardiaco rítmico sin agregados, pulmonar se ausculta disminución de murmullo vesicular bilateral, disminución de transmisión de vibraciones vocales, matidez a la percusión. Abdomen depresible, no doloroso, persitallsis normoactiva. Extremidades superiores se aprecia en 4to y 5to cortejo de mano izquierda cianóticos, flogosis bilateral en articulaciones metacarpo falángicas distales y proximales. Extremidades inferiores sin alteraciones, no edematizadas. 29.12.17: C4 4, C3 56, ANA Positivo 1:1280, CH50% 16:6, Moteado grueso, microalbuminuria 75, Cr 1.56, Cr urinaria 77, Depuración de 24 horas 42 ml/min, Volumen 1190 ml. USG Renal: Ambos riñones con discreta ectasia, irregularidad pielocaliceal, RD 90x54x57 mm, RI 107x40x50 mm. 26.01.18: Leu 8.05, Hb 8, MCV 89.8 MCH 26.4, Pl 35, Glucosa 93.9, Ur 89, Cr 2.2, BUN 42, Na 138, K 5.6. Examen general de orina: Aspecto turbio, pH 5, Glucosuria, Proteínas 150, Eritrocitos 250 29.01.18: C4 3, C3 81.1, IgM 1.93, PCR 0.07 Glucosa 143, Cr 2.37, BUN 65.8, Urea 140.8, Na 137, K 5.2 Ca 9.25, P 5.78, Mg 2.34. VSG 60, 31.01.18 Examen general de orina: pH 5, Proteínas 75mg/dl, Eritrocitos 250., Sedimento urinario con eritrocitos dismórficos 25%.

Depuración de creatinina de 24 horas: Cr urinaria 67, Depuración 65.86 ml/min Volumen 1700 Albúmina urinaria 31.9 01.02.18 Perfil de lípidos: Colesterol total 148, Triglicéridos 308, C3 53.1, C4 3. Ácido urico 9.7, Factor reumatoide 15. Urocultivo: sin desarrollo bacteriano. Ac anti DNA doble cadena 349.4 Ac antinucleares 1:160 Moteado fino, Ac anti SSA (Ro) 92.2, Ac ant SSB (La) 50.5, Anti péptido ciclico citrulinado 3.9. Se administran tres dosis de un gramo de metilprednisolona, y se realiza biopsia renal por punción percutánea guiada por ultrasonido reportando: Ocho glomérulos en total encontrando: Glomerulopatía membranas con lesiones esclerosantes globales y sementarais cicatriciales. Fibrosis intersticios en bandas grado III (más del 50%), cambios regenerativos moderados del epitelio tubular, arterioesclerosis avanzada, arteriopatía crónica. Inmunofluorescencia: IgG IgM, C1q, Kappa y Lambda positivos en membranas basales glomerulares y el mesangio. Paciente que ingresa con el diagnóstico de síndrome hematuria-proteinuria con deterioro rápidamente progresivo de la función renal asociado a bicitopenia (anemia y trombocitopenia). Se administran tres pulsos de esteroide recibiendo tres gramos en total de metilprednisolona presentando posteriormente remisión de trombocitopenia, disminución



de cifras tensiones y del consumo de complemento. Se obtienen positividad de anticuerpos anti nucleares y anti DNA de doble cadena y reporte de biopsia renal compatible con Nefritis Lúpica clase V con lesiones esclerosantes, fibrosis intersticial grado III. Posterior a bolos de esteroide paciente presenta mejoría de la función renal, última cifra de Creatinina serica de 1.2 mg/dl por lo que se decide manejo con Micofenolato/Esteroide al tratarse de Nefropatía Lúpica clase V.

Palabras clave: lupus, antiDNA, ANA, nefritis, nefrótico, hematuria.

Folio: 1123

Tema: Reumatología

Evolución de nefritis lúpica: reporte de una serie de casos y enfoque desde las nuevas guías latinoamericanas para el tratamiento de lupus eritematoso sistémico

Faustino Gladis, Casasola Julio Cesar

Centro Médico ISSEMyM Ecatepec

Introducción: El compromiso renal es una causa importante de morbilidad y mortalidad en el lupus eritematoso sistémico, la presentación de esta es de mal pronóstico. Aunque existen guías para Lupus eritematoso sistémico, hay poca evidencia que apoyen terapias específicas en pacientes Latinoamericanos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, tipo

serie de casos. Se describen las características de 9 pacientes con diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico del centro médico Issemym Ecatepec (CMIE) que presentan Nefritis Lúpica así como su evolución clínica y desenlace tras presentar actividad de la enfermedad, se realizó un análisis de la terapéutica empleada en los pacientes con respecto a las guías actuales de Lupus eritematoso del grupo PANLAR (Pan American League of Associations of Rheumatology) y GLADEL (Grupo Latino Americano de Estudio del Lupus). La característica principal de los pacientes fue la presentación de proteinuria definida como (> 500 mg) y alteraciones en el sedimento (cilindros hialinos, granulados, eritrocitarios). La mayor parte de los pacientes tuvieron evidencia serológica de actividad de la enfermedad previo a que la nefritis lúpica fuera obvia, con disminución del complemento (c3, c4). **Resultados:** Se describen las características de nueve pacientes, de las cuales ocho eran de sexo femenino y uno de sexo masculino. En una significativa parte de los pacientes la actividad de la enfermedad se relacionó a un diagnóstico reciente y/o suspensión de manejo previamente establecido. Los pacientes fueron tratados con metilfenidato y ciclofosfamida, entre estos no hubo diferencia significativa en el desenlace, tres pacientes requirieron terapia sustitutiva

de la función renal, se reportó una muerte asociada a la presentación temprana y rápida evolución de la enfermedad.

Conclusiones: Entre los pacientes con nefritis lúpica del CMIE, se encuentran similares porcentajes de remisión y recaídas a lo descrito en la población general. No encontramos diferencia con respecto al porcentaje de remisión, disminución de creatinina y proteinuria en comparación a los esquemas de inducción reportados en el resto de la literatura. El tratamiento realizado presento una eficacia sobresaliente y adecuado perfil de seguridad en esta población, relacionándose directamente con las recomendaciones del grupo PANLAR.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, nefritis lúpica, serie de casos.

Folio: 1124

Tema: Endocrinología

Crisis adrenal como diagnóstico diferencial de estado de choque resistente a vasopresores

Mendoza Viridiana

Hospital General Dr. Gaudencio González Garza CMNR

Introducción: Insuficiencia suprarrenal (IS) trastorno caracterizado por déficit de glucocorticoides, con o sin déficit de mineralocorticoides y/o andrógenos adrenales, secundario a enfermedades del córtex adrenal (IS 1^a), procesos hipofisarios que afecten la secreción

de corticotropina (IS 2^a) o trastornos hipotalámicos que afecten la secreción de hormona liberadora de corticotropina (IS 3^a). **Objetivo:** Describir caso de choque resistente a vasopresores como diferencial a IS aguda en postoperatorio.

Exposición caso: Mujer 56 años, Hipotiroidismo tratado con Levotiroxina 75mcg VO c/24 horas. 1 año de evolución con debilidad, dolor abdominal esporádico, estreñimiento, náuseas, mareo postural, pérdida 18 kg de peso e hiperpigmentación mucocutánea. Ingresa por dolor punzante hipocondrio derecho, náuseas, vomito, fiebre 39°, calosfríos e hipotensión, USG Vesícula biliar 10x5x4 cm, pared grosor 0.6cm, múltiples litos en su interior, líquido perivesicular; TSH 0.76 T4 L1.51, Na 130, K 5.9, AST 80, ALT 102, se realiza colecistectomía, 6 horas posteriores presenta dolor abdominal agudo generalizado, glucemia 40mg/dl sintomática, vomito e hipotensión severa, se inicia solución al 0.9% 500 cc para 1 hora + Solución glucosada 50% 25 cc IV, norepinefrina 0.45 mcg/kg/min, posteriormente vasopresina 0.04UI/ml, hipotensión persistente a 60 y 120 minutos. Se inicia hidrocortisona 100mg IV, con mejoría de perfusión tisular, posteriormente hidrocortisona 50mg IV cada 8hrs por 5 días, Cortisol sérico a 10 días del evento 4.6, prueba de tolerancia a insulina (4UI IV DU) con

glucosa 38 mg/dl y cortisol a 0 y 30 minutos 14 y 12 mcg/dl. Se egresa con Prednisona 10-0-5mg c/24 hrs y fludrocortisona 0.05 mg/día, con mejoría clínica. **Conclusión:** La causa más frecuente de crisis suprarrenal es la supresión brusca del tratamiento corticoide en enfermedad de Addison, y falta de adecuación al mismo ante proceso intercurrente, a pesar de la rareza de la enfermedad su importancia radica en mantener fuerte sospecha diagnóstica ante choque refractario.

Palabras clave: crisis, adrenal, choque, refractario.

Folio: 1127

Tema: Nefrología

Prevalencia de hiperparatiroidismo terciario y factores de riesgo relacionados posterior a 1 año de trasplante renal exitoso

Hurtado José Joel, Peralta Ana Lilia, García Catalina, Cime Erik
IMSS HECMN La Raza

Antecedentes: En pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) que alcanzan una tasa de filtrado glomerular (TFG) < 60 ml/min/1.73 m² se presentan anomalías del metabolismo mineral óseo, desarrollando entre estas hiperparatiroidismo (HPT) secundario, con concentración sérica de PTH > 60pg/dl aumentando gradualmente según el estadio de la enfermedad renal crónica. En los pacientes, con injerto renal pueden persistir estas cifras elevadas de

PTH a pesar del manejo médico óptimo de la misma. Se ha comprobado que la persistencia de HPT en pacientes posterior al primer año del trasplante renal, está relacionado con disminución en la supervivencia del injerto renal, además clasificarse como hiperparatiroidismo terciario, siendo en esta instancia la única opción de manejo; la paratiroidectomía. **Objetivo:** Describir la prevalencia de hiperparatiroidismo terciario en pacientes de Centro Médico Nacional la Raza, posterior a 1 año de su trasplante renal. **Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo, longitudinal, descriptivo en el que se incluirá a los pacientes que presentan hiperparatiroidismo secundario y Enfermedad renal crónica estadio V, a los que se realizó trasplante renal entre 01 enero 2013 y 31 diciembre 2017 en seguimiento por unidad de trasplante renal de Centro Médico Nacional la Raza que cumplan con criterios de inclusión. Se tomará información de parámetros bioquímicos (Ca, P, PTH, FA) de expedientes clínicos. Pregunta de investigación ¿Cuál es la prevalencia de hiperparatiroidismo terciario en pacientes de CMN La Raza posterior a 1 año de injerto renal exitoso? Se analizaron en total 511 pacientes, de los cuales se excluyeron 114 (hioerpsara primario, retrasplante, rechazo primario de injerto, muerte). estudiando en total 397 pacientes, de los cuales la persistencia de



hiperparatiroidismo terciario posterior a 1 año de trasplante renal fueron 42%, quien es a su vez presentaron como factores de riesgo independientes asociados PTH >300 pre trasplante, relación Ca/P >55 pretrasplante y duración de diálisis > 6 años. Dejando así abierta la posibilidad de más estudios, que permitan evaluar una opción terapéutica pre trasplante como la paratiroidectomía para prevención.

Palabras clave: persistencia, hiperparatiroidismo, trasplante, renal, riesgo, prevalencia.

Folio: 1128

Tema: Dermatología

Reporte de un caso de esporotricosis linfocutánea

Juárez Hilda, Mendoza Emmanuel Antonio, Armas Miguel Angel, Dueñas Samuel, González Mario

Centenario Hospital Miguel Hidalgo

Masculino de 56 años, dedicado a la crianza de animales, siendo el responsable de inyectar a gallinas enfermas, recoger evacuaciones y asistir partos de ganado bovino, sin medidas de protección. Refiere que ha recibido en varias ocasiones punciones accidentales. Sin inmunizaciones recientes ni enfermedades hasta la fecha, consumo alto de alcohol y embriaguez frecuente. Inició una semana previa a su ingreso, con lesión papular eritematosa en antebrazo izquierdo, dolo-

rosa, con posterior ulceración y salida de material purulento, agregándose al cuadro nueva lesión en muslo derecho y región media de antebrazo de características y evolución similar días después. No fiebre, ni síntomas generales asociados. En muslo derecho se agregó eritema e hipertermia alrededor de las lesiones, además de edema y descamación de la piel escrotal. Se agregaron nuevas lesiones con distribución linfangítica similares a las previas, así como exantema papuloeritematosa y vesicular en pierna derecha, sin haber recibido algún tratamiento. A la exploración con tres lesiones en antebrazo izquierdo, ulceradas con fondo necrótico, secreción seropurulenta y una lesión paular eritematosa. En muslo derecho con dos lesiones ulceradas con eritema perilesional, dolorosas, pierna derecha con lesiones pustulares. Laboratorios Hb 13.2, Leu 13.36 Neu 74% PLT 169, Glu 107, BUN 8.05, Cr 0.89, Prueba rápida VIH no reactiva. Se tomó biopsia de piel la cual se envió a estudio histopatológico y cultivo. Este último con desarrollo de *S. schenckii*. Se inició tratamiento con ceftriaxona y vancomicina con disminución de eritema perilesional y posteriormente toma de biopsia de piel de lesiones de antebrazo, con reporte de biopsia de paniculitis aguda y crónica granulomatosa, probablemente infecciosa. Inició tratamiento

con itraconazol 200 mg cada 24 horas con mejoría y resolución completa de las lesiones en dos meses de tratamiento.

Palabras clave: esporotricosis, zoonosis, linfocutánea, úlcera, ganado, *Schenckii*.

Folio: 1129

Tema: Dermatología

Argiria, tras la ingesta de plata coloidal durante 30 años

Vega Gloria Nayeli, González Merida Itzel, Alcántara Valerie, Catarino Arturo, Macías Ana Patricia, Sánchez Fernando, Solís Damayanty
Hospital General Tacuba, ISSSTE

Introducción: La argiria se caracteriza por una pigmentación azul grisácea secundaria a la presencia de plata en la piel. La pigmentación anormal puede ser localizada o diseminada, y es más notoria en la piel expuesta al sol, conjuntiva, esclera, mucosas y uñas. La unión de la plata a las proteínas es aumentado por la exposición a la luz ultravioleta, y se piensa que la presencia de plata en los tejidos cutáneos estimula la producción de melanina, lo que explica la discromía; la argiria sistémica es frecuentemente causado por aplicación o ingesta de medicamentos que contienen plata, como gotas nasales o para los ojos, cremas o soluciones orales, afortunadamente la argiria relacionada a enfermedad ocupacional ha disminuido en los últimos años.

Los diagnósticos diferenciales para hiperpigmentación azul grisácea de la piel incluyen hemocromatosis, enfermedad de Addison, melanoma, exposición a metales pesados, y a medicamentos como la amiodarona, bleomicina, clorpromazina e imipramina entre otros. **Caso clínico:** Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 58 años de edad, con antecedentes personales patológicos de tabaquismo, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina y sitagliptina, hipertensión arterial sistémica, en tratamiento con nifedipino, asma intermitente, con mal apego al tratamiento, así como trastorno por consumo crónico de benzodiacepinas con criterios de dependencia y trastorno de ansiedad generalizada en tratamiento con clonazepam, escitalopram y risperidona, quien presenta dermatosis diseminada que afecta cara en región centro facial y las 10 uñas de las manos, en la porción proximal del aparato ungueal, constituida en piel de cara por coloración grisácea difusa y a nivel ungueal por coloración gris azulosa, la cual es de evolución crónica, aparentemente asintomática, que inicio hace dos años con cambio de coloración en uñas y desde hace un año en cara, al interrogatorio dirigido comenta consumo de plata coloidal en gotas desde hace 30 años (5 gotas/ litro de agua consumida al día), sin tratamientos previos

para la dermatosis. Se realiza biopsia de matriz ungueal y piel de cara con reporte del servicio de patología de nuestro hospital de depósito de gránulos de pigmento marrón- grisáceo en la membrana basal de las glándulas ecrinas y la dermis papilar, estos hallazgos confirmaron la sospecha clínica de argiria. **Discusión:** El objetivo del caso es marcar la importancia de una historia clínica completa y detallada, incluyendo el consumo de tratamientos alternativos muy populares en nuestros tiempos, así como de alternativas de purificación de agua de consumo, la historia de la dermatosis también es muy importante, pues esta puede no aparecer hasta meses o años después de la exposición, el investigar antecedente de enfermedades cianosantes como en el caso de nuestra paciente, y reconocer que la pigmentación causada por argiria no blanquea a la digitopresión, después del diagnóstico de argiria, lo más importante es suspender el consumo de la fuente de plata. **Conclusiones:** Aunque la mayoría de los pacientes pueden experimentar ansiedad asociado al problema de la pigmentación; la argiria es una enfermedad benigna, lamentablemente la terapéutica es limitada e ineficaz, y definitivamente el mejor tratamiento es la prevención, por lo que una regulación eficaz en el contenido de plata y sus derivados, en suplementos alimenticios y

terapias medicas alternativas es fundamental en nuestro país.

Palabras clave: argiria, plata coloidal, discromia, argirosis.

Folio: 1130

Tema: Reumatología

Parálisis hipokalémica como forma de presentación de síndrome de Sjögren primario con acidosis tubular renal distal

Cimé Erik Antonio, Castro Zully, Sánchez Reyna Elizabeth, Galindo Roberto, González Carlos Arturo, Martínez Javier
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (pSS) es una enfermedad autoinmune, sistémica, crónica, donde se produce infiltrado linfocítico de las glándulas exócrinas. Cuenta con prevalencia global de 0.5-3% en la población general, afectando en su mayoría a mujeres 9:1, entre edad 40-50 años. Aproximadamente un tercio de los pacientes cursan con manifestaciones extraglandulares, donde las renales representan 5-14%, siendo la acidosis tubular renal distal (ATRD) la afección tubular más frecuente. Para su diagnóstico se requiere de la confirmación de acidosis metabólica con anión gap normal, hipokalemia, fracción de excreción renal de HCO₃-0. Entre las manifestaciones poco reportadas de la ATRD se encuentra la parálisis hipokalémica, por lo que ésta representa una de las manifestaciones poco detecta-



das en pSS sin síntomas sicca. **Objetivo:** Describir un caso de pSS con ATRD que contó con parálisis hipokalémica como manifestación inicial, tratado en Reumatología de la UMAE Hospital de Especialidades CMN La Raza IMSS. **Exposición del caso:** Paciente femenina de 22 años, sin antecedentes relevantes. Inició padecimiento en Marzo 2014 con debilidad muscular intermitente en extremidades inferiores y fatiga, exacerbándose en Septiembre 2014 presentando limitación para la deambulaci3n, por lo que acudi3 a su HGZ donde se document3 K 1.7 mEq/L y acidosis metab3lica, iniciando tratamiento con bicarbonato de sodio y citrato de potasio. La paciente continu3 con leve debilidad ocasional durante los siguientes a3os, refiri3ndose a la Unidad Metab3lica de nuestra unidad en Septiembre 2017 con Gluc 77.7 mg/dL, Cr 1.55 mg/dL, Na 135 mEq/L, K 3.7 mEq/L, Cl 110.6 mEq/L, Ca 9.06 mg/dL, Dep de Creat 16.17 ml/min, Prot U 0.12 gr/24hrs, NaU 52mmol/L, KU 31.97 mmol/L, Hb 10.5 g/dL, Leuc 4.8 K/uL, PlaQ 206.0 K/uL, EGO pH 7.5, GASA con acidosis metab3lica hiperclor3mica con an3n GAP normal. Se hospitaliz3 y se realiz3 carga de bicarbonato con resultado FeHCO3 6.8%, Gradiente CO2U-CO2s 21, AGU +, concluyendo diagn3stico de ATRD, iniciando tratamiento con bicarbonato, potasio y espironolactona. USG

renal con cambios inflamatorios cr3nicos. Posteriormente present3 artritis sim3trica de MCF e IFP y s3ntomas sicca, siendo referida a Reumatolog3a. Se complement3 protocolo de estudio en Octubre 2017 con ANA: 1:160 moteado fino, Anti DNA 58.0 UI/L, C3 131 mg/dL, C4 24.0 mg/dL, FR 311.0 UI/ml, PCR 17.1 mg/dL, antiRo 125 UI/L, antiLa 121 UI/L; biopsia de gl3ndula salival menor con reporte de sialadenitis cr3nica acentuada (Tarplay 3+), concluyendo caso como pSS con ATRD. La paciente actualmente se encuentra en tratamiento con Azatioprina, Cloroquina y Prednisona. **Conclusiones:** Se reporta caso de paciente con parálisis hipokalémica como manifestaci3n inusual inicial de pSS con ATRD, lo cual representa un reto diagn3stico. El diagn3stico oportuno ayudar3 a prevenir complicaciones severas y alcanzar pronta remisi3n.

Palabras clave: s3ndrome Sj3gren, acidosis tubular renal distal, hipokalemia, parálisis, manifestaci3n extraglandular.

Folio: 1131

Tema: Endocrinolog3a

Resistencia central a hormonas tiroideas (RCHT) como diagn3stico diferencial de tirotropinoma

Mendoza Viridiana¹, Diaz Carlos², Mendoza Pedro²

¹ Hospital General Dr. Gaudencio Gonz3lez Garza. CMNR;

² Hospital de Especialidades CMNR

Introducci3n: RHT Grupo de s3ndromes debidos a mutaciones del gen que codifica el receptor nuclear de T3 TR β , alteraciones en transporte celular de T4 y T3, y defectos en conversi3n de T4-T3 mediada por desyodasas, que provoca menor sensibilidad tisular a estas hormonas. **Objetivo:** Reportar caso de RHT como diagn3stico diferencial de Tirotropinoma. **Exposici3n del caso:** Mujer 30 a3os, Hipotiroidismo desde los 21 a3os, tratada con Levotiroxina 25-100 mcg por d3a durante 6 a3os, dosis m3xima 200 mcg d3a, sin reducci3n TSH ni tirotoxicosis. Inici3 con amenorrea 2004, perfil tiroideo patr3n hipotiroidismo, 3ltimos dos a3os proiomenorrea (15x7), cefaleas frontales intensas. Sin bocio. Ac anti-TG13UI/ml, Ac anti-TPO13UI/ml, Prolactina 14.5ng/ml, TSH15.87, T4T8.5, T4L1.31, T3T1.21, IT4L3.08, I proteico 5.55. LH4.5, FSH1.5, Progesterona0.7, Estradiol428. ACTH11.5, Cortisol20.6, GH0.103. Tomograf3a din3mica: Silla turca 10.2mm, hip3fisis adecuado reforzamiento tard3o 7.8x8.5x15mm, imagen redonda hipodensa izquierda, 3.6x3mm, sugestiva de microadenoma hipofisario. Gammagrama Tiroideo con Pertecnetato de sodio normal. Prueba din3mica: Tras administraci3n de T3 via oral (VO) se observ3 elevaci3n de TSH y Prolactina, que sugiri3 eje Hipotalamo-Hipofisis intacto, se continuo prueba con T3 (75

mcg/ día) VO en ayuno 10 días. Dado los resultados, se indicó tratamiento sintomático y seguimiento anual con T4L, ya que TSH no lograra metas aun con sustitución hormonal. **Conclusión:** La falta de incremento de fracción alfaTSH, y la relación Fracción alfaTSH/TSH.

Palabras clave: resistencia, hormonas, tiroideas, tiotropinoma.

Folio: 1132

Tema: Endocrinología

Hiperinsulinismo y resistencia a la insulina secundario a adenoma hipofisiario (acromegalia)

Martínez Morales Hugo Alberto, Alvarado José Alfredo, Gómez Dayana, Ruíz Ivette Yolanda, De Jesús Lesly Rocío, Monternach Felipe Alberto
Hospital Central Ignacio Morones Prieto

Paciente de 30 años de edad con antecedente de DM desde hace 4 meses en tratamiento con insulina Mix 30/70 y metformina con mal apego. Acude al servicio de urgencias por datos clínicos y de laboratorio de Cetoacidosis Diabética grave (CAD) se inicia manejo. A la exploración física llama la atención talla: 1.88 cm, peso: 104 kg. Complejión robusta, nariz grande y ensanchada. Extremidades incrementadas en sus dimensiones. Ante la sospecha de probable Acromegalia se protocoliza y se solicita IGF-1 el

cual se encuentra en 553 ng/ml (37-275 ng/ml), se realiza campimetría por Oftalmología reportándose sin evidencia de hemianopsia bitemporal ni datos sugerentes de compresión quiasmática. Tras corrección del descontrol metabólico se egresa paciente y se continua con abordaje diagnóstico realizándose los siguientes estudios hormonales y de gabinete: FSH: 3.4 mui/ml, LH: 1.46 mui/ml, PRL: 2.14 ng/ml, Testosterona: 0.77 ng/ml, TSH: 1.27 uUI/ml, cortisol: 16.9 ug/dl, triglicéridos: 623 mg/dl, HDL: 25.6, LDL: 109 MG/DL, Colesterol: 225.5 mg/dl, HbA1c: 12.2%. Se realiza IRM de cráneo simple reporta presencia de lesión sólida de localización intra y supraselar con dimensiones aproximadas de 31.9 x 30.7 x 25.4 mm de diámetro que condiciona compresión y desplazamiento del quiasma óptico altamente sugestiva de adenoma hipofisiario candidato a tratamiento quirúrgico por neurocirugía a espera del mismo.

Palabras clave: diabetes mellitus, hiperinsulinismo, resistencia a la insulina, cetoacidosis diabética, adenoma hipofisiario, acromegalia.

Folio: 1133

Tema: Gastroenterología

Riesgo de complicaciones en pacientes con úlcera péptica con o sin infección por *Helicobacter pylori*. Estudio de cohorte

Klimek Gabriel, Noguez Alejandro, Martínez Julián, Arce César Alejandro

Hospital Central Sur de Alta Especialidad Pemex

Introducción: Además de la infección por *Helicobacter pylori*, diversos factores han sido asociados con el riesgo de complicaciones en pacientes con úlcera péptica. Esta información se basa principalmente en estudios observacionales, con resultados heterogéneos. Una de las complicaciones más estudiadas es la hemorragia del tracto digestivo. Empero, no es la única. Por ejemplo, la perforación es un desenlace con resultados contradictorios. Determinar este posible riesgo es importante para conocer de qué manera la presencia y erradicación de esta bacteria influirán en el pronóstico de nuestros pacientes con úlcera péptica.

Objetivo: Con estos antecedentes, decidimos evaluar una cohorte retrolectiva de nuestra población con enfermedad por úlcera péptica y comparar la incidencia de complicaciones entre los pacientes con y sin infección por *Helicobacter pylori* documentada por histopatología. **Material y métodos:** Estudio de cohorte, retrolectivo de pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico endoscópico de úlcera péptica y análisis histopatológico de infección por *Helicobacter pylori* atendidos en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de enero



2014 a enero 2018. Todos los pacientes debían tener al menos 6 meses de seguimiento, durante el cual evaluamos el desarrollo de complicaciones (hemorragia digestiva, resangrado, perforación, estenosis) hasta el final del seguimiento, que pudo ser hasta de 4 años. Se excluyó a los pacientes que tuvieran otra causa de hemorragia digestiva (várices esofágicas, várices gástricas, traumática, lesión de Delafoy, tumoral, etc) documentada, y a pacientes embarazadas. Análisis estadístico: Comparamos la tasa de incidencia de complicaciones en ambos grupos (con y sin infección por *Helicobacter pylori*), evaluamos las variables relacionadas con su desarrollo con prueba T o estadística chi. RESULTADOS A partir de 5176 panendoscopías, se incluyeron pacientes con úlcera péptica, obteniendo un total de 284 pacientes. Se excluyó a 182 pacientes con los criterios previamente mencionados, para incluir a un total de 102 pacientes. La mayor parte fueron mujeres (56.9%). La mediana de edad de 69.5 años (18-95). La infección por *Helicobacter pylori* se documentó en 17 pacientes (16.6%). 68 pacientes tenían una úlcera al momento de la endoscopia (66.7%), 12 (11.8%) tenían 3 o más úlceras. La localización gástrica fue la más común (62.7%), seguida de la duodenal (47.1%). Dentro de los 30 días previos a la endoscopia 53 (52%) pacientes

utilizaron algún tipo de AINE. Las complicaciones se presentaron en 5 (4.9%) pacientes del grupo con infección y en 33 (32.2%) del grupo sin infección, RR de 0.758 (IC 95% 0.346-1.658, $p=0.578$). 3 o más úlceras otorgaron un RR de 2.0 para complicación de úlcera péptica (IC 95% 1.219-3.282, $p=0.025$), un RR de 2.222 para hemorragia digestiva (IC 95% 1.335-3.699, $p=0.012$), un RR de 4.5 para lesión renal aguda (IC 95% 1.228-16.486, $p=0.050$) y para riesgo de muerte de 3.75 (IC95% 1.328-10.59, $p=0.033$). El uso de AINE mostró RR de 2.017 para hemorragia digestiva (IC 95% 1.109-3.671, p de 0.015). **Conclusiones:** No se encontró una asociación entre la infección por *H. pylori* y la aparición de complicaciones por úlcera péptica, en esta población. El número mayor a 2 úlceras aumenta el riesgo de complicaciones de la úlcera y el riesgo de muerte. El uso de AINE es un factor de riesgo para hemorragia digestiva, concordante con la literatura.

Palabras clave: úlcera, péptica, complicaciones, *Helicobacter pylori*, riesgo.

Folio: 1134

Tema: Hematología

Linfoma TNK de tipo nasal en paciente con infección por VIH: a propósito de un caso

Cobos Orestes de Jesús, Ramírez Sandra María

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Diversos autores señalan que entre el 3 al 5% de los pacientes con infección por VIH desarrollarán algún tipo de linfoma. El linfoma TNK nasal es raro, representa solo el 1.5% de los linfomas no Hodgkin. Presentamos el caso de un paciente con infección por VIH y linfoma nasal TNK. **Caso clínico:** Hombre de 48 años, que presenta disfagia a sólidos, halitosis, voz nasal, náuseas, pérdida de peso, fiebre no cuantificada, astenia y adinamia. A la exploración cavidad oral con úlcera necrótica en paladar blando, descarga posterior verdosa, cornetes congestivos, otoscopia demostró hipomovilidad de ambas membranas timpánicas. En estudios de laboratorio se mostró pancitopenia. Por tomografía se encuentra engrosamiento de la mucosa del antro maxilar izquierdo así como de las celdillas etmoidales y del seno esfenoidal izquierdo; en abdomen imagen de múltiples calcificaciones renales y esplenomegalia. ELISA y Western Blot positivos para VIH. Se toma biopsia de tumor nasofaríngeo que reporta linfoma TNK tipo nasal con CD-56 positivos. Durante la estancia hospitalaria paciente presenta choque séptico con una evolución tórpida y fallece en la unidad de cuidados intensivos. **Discusión:** El linfoma nasal de células TNK constituye 1.5% de todos los linfomas no Hodgkin (anteriormente llamado granuloma maligno centrofacial).

De forma típica, produce obstrucción nasal (70%), debido a la invasión de senos y cavidades nasales, puede coexistir epistaxis, descarga nasal, odinofagia y síntomas generales, el énfasis en su sospecha y diagnóstico intencionado radica en la importancia del tratamiento oportuno. Es más frecuente en el sexo masculino y en la quinta década de la vida. Histológicamente las células muestran un patrón de crecimiento angiocéntrico lo que induce obstrucción vascular y necrosis, Inmunofenotípicamente, las células tumorales expresan CD2, CD3 y CD56, Para su estadificación se usa la clasificación de Ann Arbor. En algunos casos, las células pueden carecer de CD56 y expresar antígenos de células T CD8 +. Suele caracterizarse por invadir estructuras de la línea media, ser rápidamente progresivo y de pronóstico infausto como consecuencia del tratamiento con poliquimioterapia y radioterapia o cuadros sépticos por inmunosupresión, la supervivencia global a 5 años varía de 25 a 50%. **Conclusiones:** La patogénesis del linfoma extranodal de células NK / T tipo nasal, se desconoce, pero está fuertemente asociado con infección por el virus Epstein-Barr y se ha asociado a un curso más agresivo en pacientes inmunocomprometidos, como en este caso. Aún no hay directrices estandarizadas sobre su tratamiento, aunque de acuerdo

a su etapa se utiliza poliquimioterapia y radoterapia, la inmunoterapia, los anticuerpos monoclonales y la terapia génica se han propuesto como posibles tratamientos para el futuro.

Palabras clave: linfoma TNK, granuloma maligno centrofacial, linfoma no Hodgkin, VIH.

Folio: 1135

Tema: Infectología

Crisis adrenal en paciente con SIDA C3. Reporte de caso

Treviño Eduardo, Jaimes Kathia María, Abud Jorge Hafid, Jiménez Luis Miguel, Alonso Victor Hugo, Reyes Alejandra
Centro Médico ISSEMYM

Masculino de 27 años con carga genética para artritis reumatoide e hipertensión arterial, con antecedente de SIDA C3 diagnosticado el 25 de mayo 2018 tras un cuadro clínico de 4 meses de evolución de astenia, adinamia, pérdida ponderal de 10 Kg. Episodios frecuentes de infecciones respiratorias altas, diarrea, fiebre y diaforesis nocturna, agregándose disfagia a sólidos por lo que es hospitalizado en H.R. Toluca, encontrándose con neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y candidiasis esofágica por endoscopia, carga viral de 1 376 743 copias y CD4 de 5 células, se inicia manejo antimicrobiano y antifúngico, siendo egresado el 30/05/18. Hospitalizado nuevamente del 4 -15 de junio por presentar un

cuadro clínico con singulto y disfagia que ocasionaban intolerancia a la vía oral, así como hiponatremia de 103.5mg/dl Y k 5.46 mg/dl y dermatosis diseminada con lesiones en diferentes estadios evolutivos (pápula, costra, vesícula) en cara cuello, tronco y extremidades, característicos de varicela por lo que se toman biopsias de piel que reportaron cambios mínimos no diagnósticos. Se inicia tratamiento viral con Aciclovir con adecuada respuesta además de tratamiento anti retroviral para el VIH (5/6/18) a base de efavirenz, emtricitabina y tenofovir. Se continúa cobertura antibiótica profiláctica con claritromicina, trimetoprim con Sulfametoxazol y flucanazol a dosis terapéuticas, por candidiasis esofágica. Por cefalea crónica se realiza punción lumbar teniendo estudio tomográfico de cráneo con realce de meninges en fase contrastada. Se obtuvo líquido en agua de roca, se envió muestra a laboratorio para citoquímico y citológico, tinción Gram, búsqueda de hongos cultivo y BAAR, sin patología. Se realiza TAC de tórax con presencia de patrón nodular y reticular difuso teniendo como diagnósticos diferenciales entidades fúngicas o por micobacterias. Por lo que se realiza broncoscopia el 13/6/18 evidenciado solo mucosa eritematosa y friable por lo que se hace lavado bronquioalveolar cuyas muestras son remitidas a cultivo de micobacterias el cual



es negativo, Se egresa por mejoría. El 08/07/18 Reingresa por astenia, adinamia, intolerancia a la vía oral, deshidratación, con choque hipovolémico, lesión renal AKIN II, hiperpigmentación en mucosa oral y extremidades, desequilibrio hidroelectrolítico con hiponatremia e hiperkalemia severa (102mg/dl y 6.69mg/dl), se sospecha de crisis adrenal, se realiza gradiente transtubular de potasio el cual es menor a 2, se realiza medición de cortisol sérico con un valor de 2.7 y ACTH de 771, realizándose el diagnóstico de enfermedad de Addison por lo que se inicia reposición con solución salina y mineralocorticoide, se continua protocolo de estudio con tomografía contrastada de abdomen donde no se observan cambios patológicos en glándulas suprarrenales, se inicia protocolo para diagnóstico etiológico de insuficiencia suprarrenal, presentando anticuerpos negativos por 21-hidroxilasa, PCR para citomegalovirus +, Tuberculosis previamente descartada, por lo que se asume que etiología infecciosa. Se realiza biopsia por toracoscopia de lóbulo inferior izquierdo con reporte histopatológico de Sarcoma de Kaposi HV8+ 120, CD 34 300. Nueva carga viral con 708 copias y nuevo conteo de CD4 con 79 células, tras tratamiento con sustitución en agudo con hidrocortisona y posteriormente prednisona el paciente presenta resolución de cuadro

de hipotensión, hipoglucemias, lesión renal, intolerancia a la vía oral, desaparecen manchas hiperpigmentadas, por lo que se decide su egreso continuando manejo y vigilancia por consulta externa.

Palabras clave: SIDA, C3, Addison, S. de Kaposi pulmonar, varicela zoster, *P. jirovecii*, candidiasis esofágica.

Folio: 1136

Tema: Misceláneos

Micosis angioinvasora por *Mucor spp.* y *Aspergillus spp.* concomitante con diagnóstico de linfoma T-NK. Reporte de caso

Méndez Herón Gaspar, Mancilla Roberto de Jesús, Gutiérrez Juan Manuel

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

Paciente de la cuarta década de la vida, sin antecedentes crónico-degenerativos de importancia. Acude por presentar 2 meses previos a ingreso lesión nodular en base de cuello en lado derecho, por lo que acude a valoración médica donde se le indica tratamiento antimicrobiano (azitromicina) sin cambios en la lesión. Se agrega elevación de la temperatura corporal cuantificada hasta en 39°C, diariamente, intermitente, predominio vespertino, que mejora con administración de paracetamol y se acompaña de diaforesis profusa, debilidad generalizada, anorexia, pérdida

ponderal no intencionada de 8kg, por lo anterior se realiza biometría hemática con hallazgo de pancitopenia (Hb de 5.0, leucocitos totales en 540, neutrófilos totales en 90, plaquetas 29000), así como hiperbilirrubinemia (2.79 mg/dL) a expensas de bilirrubina directa (2.1mg/dL), por lo que se decide envío hospitalario para abordaje. A su ingreso como hallazgos llamativos a la exploración física, presenta tegumentos y mucosas con ictericia; lesiones nodulares, retroauricular derecha de 11 mm de diámetro mayor, cuello con lesiones ganglionares a nivel de tercio medio de esternocleidomastoideo derecho con lesiones ganglionares de 10 a 20 mm de diámetro, se palpan al menos 3, agrupadas, bordes delimitados y redondeados, consistencia firme, no dolorosos y en región lateral derecha de diámetros aproximados de 10 a 20 mm, bordes bien delimitados, adheridos a planos profundos, no dolorosos, cardiopulmonar sin compromiso, a la exploración abdominal con hepatomegalia a 3cm de reborde costal, extremidades con ROTs ++/++++, fuerza 5/5 Daniels de forma proporcional en las 4 extremidades. Se lleva a cabo USG de cuello con reporte de adenomegalias cervicales derechas con acúmulos de ganglios hipocólicas en segmento V con áreas de necrosis de características sospechosas. En nivel V derecho se identifican al menos 5 ganglios

ovoideos que conservan su hilio graso y áreas de necrosis central, la mayor de 22x10 mm, a la aplicación de Doppler color presentan vascularidad central. A nivel ganglionar III derecho, ganglio de morfología ovoidea que conserva su hilio graso central mide 10x4 mm, otro de características en región II derecha que mide 20x6 mm y retroauricular derecha de 11x3 mm, a la aplicación de Doppler color conservan vascularidad. Se realiza USG abdominal con reporte de hepatomegalia. Durante su estancia, se realiza biopsia de ganglio cervical por el servicio de Cirugía general documentando infiltrado mononuclear reactivo, posteriormente es valorado por el servicio de hematología quien por proceso linfoproliferativo se le realiza aspiración de medula ósea con reporte de hiper celularidad, presencia de monotonía celular a expensas de linfocitos de aspecto activado, se procede a realización de Inmunofenotipo con datos sugerentes de linfoma T-NK. Durante su estancia presenta dolor cefálico predominante en cigomático y maxilar superior derecho, se realiza TC de craneo con reporte de pérdida de la neumatización de cavidades paranasales derechas, engrosamiento de la mucosa de cavidades izquierdas, TC de senos paranasales con reporte de sinusitis múltiple derecha y destrucción de las celdillas etmoidales, por lo que se va-

lora por otorrinolaringología, llevando a cabo rinoscopia con visualización de proceso tumoral en área retranasal, tomando biopsia de la lesión, reporte de histopatológico con descripción de tejido nasal con presencia de hifas compatibles con *Mucor* spp y *Aspergillus* spp, se reporta dos fragmentos pequeños con identificación de infiltrado linfoide, de aspecto plasmocitoide con monotonía celular, posteriormente se analiza muestra por patología quirúrgica citopatológica e inmunohistoquímica, con descripción de sinusitis crónica con micosis angioinvasiva por hongos filamentosos no septados (PAS y Grocott positivos). El paciente se encuentra aún hospitalizado, completando esquema antimicrobiano con anfotericina B liposomal y en seguimiento por hematología. **Palabras clave:** mucormicosis, aspergilosis, linfoma T-NK, síndrome linfoproliferativo, pancitopenia, sinusitis.

Folio: 1137

Tema: Cardiología

Sistema endocannabinoide y enfermedad cardiovascular, un paradigma terapéutico por resolver

Zúñiga Mario, Peña Martín

Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en el mundo, por lo que resulta imperioso

buscar nuevas aproximaciones terapéuticas. **Objetivos:** Abordaremos a los cannabinoides y su relación fisiopatológica con distintas entidades nosológicas de relevancia cardiovascular. Los cannabinoides en la actualidad, gracias a los avances en farmacología han permitido definir tres importantes conceptos: [i] "Fitocannabinoides"; [ii] "Endocannabinoides" y [iii] "Cannabiméticos", todos estos con propiedades farmacológicas muy particulares y una amplia gama de efectos celulares. **Material y métodos:** Se revisaron más de 100 citas bibliográficas actualizadas utilizando diferentes herramientas de búsqueda vía internet, encontrando estudios experimentales que han dilucidado la relevancia fisiológica del Sistema Endocannabinoide en diversos sistemas y órganos del cuerpo humano. **Resultados:** El sistema endocannabinoide forma parte de la homeostasis del sistema cardiovascular y se relaciona fuertemente con la fisiopatología de la enfermedad cardiovascular en múltiples aristas; hipertensión arterial sistémica, dislipidemias, trombosis coronaria, infarto agudo del miocardio, entre otras. Importante mencionar las implicaciones psicotrópicas y otros efectos adversos relacionados con la administración de cannabinoides en los seres humanos. **Conclusiones:** El Cannabidiol, cannabinoide no psicoactivo, posee efecto car-



dioprotector/anti-inflamatorio; reconocer el impacto clínico del sistema endocannabinoide en la enfermedad cardiovascular analizando su manipulación en la hipertensión, trombosis coronaria, aterosclerosis y el daño isquemia/reperusión pudiera resolver el paradigma terapéutico que esto plantea, ofreciendo nuevas estrategias de tratamiento contra la primera causa de mortalidad del mundo.

Palabras clave: cannabinoides, enfermedad cardiovascular, cannabidiol, cardioprotector, infarto agudo del miocardio.

Folio: 1138

Tema: Neurología

Singulto persistente, una manifestación inicial de trastornos del espectro de la neuromielitis óptica (NMOSD)

Valdivia Lucero del Carmen, Cervantes Erika, Tinoco Maritza, Soto Karla Andrea, Garcilazo Alexandra

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La mayoría de las etiologías de singulto prolongado son trastornos estructurales, infecciosos o inflamatorios que afectan el sistema nervioso central, el nervio vago o frénico. Entre las diversas etiologías del singulto se encuentran las gástricas, quirúrgicas, enfermedad cerebrovascular, causas metabólicas, psicógena o incluso inducido por medicamentos y tóxicos. Dentro

de las etiologías del sistema nervioso central, el singulto se ha observado en pacientes con patologías que comprenden la médula, incluida la enfermedad desmielinizante, siringomielia, malformaciones vasculares, aneurismas, y otras enfermedades estructurales, lo que implica la médula como un mediador neurogénico central de singulto. **Presentación del caso:** Masculino de 39 años de edad, soltero, ocupación vigilante privado, sin enfermedades crónico degenerativas previas, consumo de tabaco y alcohol desde los 18 años de edad de manera ocasional. Inicia padecimiento 2 semanas previas a su ingreso al presentar singulto, continuo, inicialmente de 3 horas, que no interfiere con actividades cotidianas. Tres días después, se agrega la presencia de náusea y vómito incoercible, sin arcadas, no relacionado con los alimentos, por lo que acude a médicos particulares, quienes otorgan tratamiento con antieméticos (dimenhidrinato y metoclopramida), sin mejoría, por lo que ingresa al servicio de Gastroenterología para inicio de protocolo de estudio, encontrándose a la exploración física con abdomen blando, no doloroso, no visceromegalias, sin datos de irritación peritoneal, no se palpaban tumoraciones, resto de la exploración física normal. Se inicia búsqueda de enfermedad por reflujo gastroesofágico y gastritis crónica, por lo se rea-

liza endoscopia digestiva alta en 2 ocasiones, ambas reportadas sin alteraciones; se realiza biopsia de mucosa gástrica con reporte de gastritis crónica profunda con actividad negativa para *Helicobacter Pylori*, descartando patología infecciosa y neoplásica. Debido a la persistencia de sintomatología, se realiza interconsulta con el servicio de Neurología, quienes encuentran exploración neurológica sin datos patológicos a ningún nivel; se solicita estudio de Resonancia Magnética, en la cual se muestran datos de proceso inflamatorio leptomeníngeo generalizado, con imagen hiperintensa difusa en superficie dorsal central del bulbo raquídeo, a la altura del velo medular inferior u obex, sugente de lesión desmielinizante, motivo por el cual se solicitan anticuerpos anti-acuaporina 4, con resultado positivo, complemento C3 y C4 normal, integrando con sintomatología e imágenes el diagnóstico de Enfermedad del espectro de la Neuromielitis Óptica. Se inicia tratamiento con bolos de Metilprednisolona 1 gramo cada 24 horas, con desaparición completa de la sintomatología a la tercera dosis, continuando mantenimiento con Prednisona 50 mg vía oral cada 24 horas y Azatioprina 50 mg cada 12 horas. **Conclusiones:** La Neuromielitis óptica (NMO) es reconocida hoy como un espectro amplio de trastornos autoinmunes del Sistema Ner-

vioso Central (SNC), que causan lesiones desmielinizantes e inflamatorias, primariamente, en la médula espinal y nervios ópticos, pero también en otras regiones encefálicas como tronco cerebral, diencéfalo o áreas cerebrales específicas. Estos trastornos se agrupan bajo el término unificador “trastornos del espectro NMO”. La mayoría de los pacientes con NMOSD son seropositivos para un autoanticuerpo dirigido contra AQP4, el principal canal de agua expresado en los astrocitos. Debido a la severidad de los ataques en NMOSD, y al alto riesgo de generar discapacidad neurológica, el tratamiento debería ser iniciado en cuanto se confirma el diagnóstico. Los ataques agudos de neuritis óptica o mielitis son tratados con altas dosis de corticosteroides intravenosos y plasmaféresis. La terapia de mantenimiento, para evitar futuras recaídas, está basada en la administración de corticosteroides orales a bajas dosis y en drogas inmunosupresoras.

Palabras clave: singulto persistente, neuromielitis óptica.

Folio: 1139

Tema: Dermatología

Síndrome de Lyell o necrólisis epidérmica tóxica (NET) tratado con ciclosporina A

Hermosillo Ana Karen, Del Rosal Celia Elena, Medina Isai, Valencia Carla Betsabé, González Carlos Mauricio, Grajeda Jesus Adrian, Muñoz Perla Denisse

Christus Muguerra, Hospital del Parque

El síndrome de Lyell o c (NET) es una toxicodermia extremadamente grave e infrecuente; se caracteriza por la necrosis y el posterior desprendimiento de la epidermis en grandes áreas cutáneas tras una reacción idiosincrásica a un fármaco. Los pacientes que la padecen presentan idénticas complicaciones fisiopatológicas que los grandes quemados. Tradicionalmente se ha tratado con inmunomoduladores como los corticoides, inmunoglobulinas, ciclofosfamida, ciclosporina, talidomida o plasmaféresis, obteniéndose una respuesta variable y en algunos casos contradictoria. Desde finales de los años noventa, se ha ensayado en series limitadas la ciclosporina A como inmunomodulador único en pacientes con NET, mejorando resultados en términos de supervivencia respecto a estudios con otros fármacos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente femenina de 25 años, con antecedente de neurofibromatosis tipo I y Astrocitoma grado III diagnosticado 15 días previos a su ingreso, debutando con crisis convulsivas las cuales fueron tratadas con DFH. Inicia posteriormente con lesiones maculopapulares que se extendían centripetamente las cuales fueron evolucionando a vesículas, afectando tórax, mucosa oral, conjuntival y área genital, progresando hasta una

afectación epidérmica de más del 30% de superficie corporal desnuda, por lo que amerito su pase a unidad de terapia intensiva. Fue tratada durante su internamiento con Ciclosporina A con evolución favorable y sin efectos secundarios relevantes.

Conclusión: Desde que fue descrita por Allan Lyell en 1856, se han presentado avances importantes en su tratamiento, sin embargo, continúa siendo discutido y aún no está estandarizado, por lo que aún es una condición aguda, que pone en riesgo la vida con una mortalidad del 20 al 60%. Es evidente que casos aislados no justifican el uso sistemático de la ciclosporina A como tratamiento, pero se busca contribuir a una mayor experiencia.

Palabras clave: síndrome de Lyell, necrosis epidérmica tóxica, toxicodermia, tratamiento, ciclosporina A, difenilhidantoína.

Folio: 1140

Tema: Nefrología

Reporte de caso: un caso de glomerulonefritis membranoproliferativa en lupus eritematoso sistémico

López Viridiana¹, Causor Abel², Hernández Marisol², Flores Baldomero²

¹ Hospital General de México;

² Hospital General de Cuernavaca

Introducción: Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, en la



que el 50-80% de casos presenta nefritis lúpica (NL). En la NL clase IV (ISN/RPS), también llamada nefritis lúpica difusa, es una glomerulonefritis endo o extracapilar con depósitos inmunes subendoteliales difusos, con o sin alteración mesangial, que puede ser segmentaria o global. La glomerulonefritis membranoproliferativa (GNMP) es una enfermedad renal rara que se caracteriza por la proliferación celular mesangial difusa, con cambios estructurales en la pared capilar del glomérulo, específicamente con depósitos subendoteliales y subepiteliales. Este patrón es similar al visto en NL clase IV ISN/RPS. En la GNMP el tipo I muestra la mayor similitud morfológica con NL proliferativa. LES clase IV y GNMP son dos entidades que difieren en la etiología, pero en algunos casos, muestran un patrón morfológico similar. GNMP muestra un patrón de lesión glomerular, puede ser idiopática o secundaria a enfermedades asociadas con trastornos sistémicos o infecciosos, como infección por hepatitis C o NL. **Presentación de caso clínico:** Hombre de 20 años, sin antecedentes de importancia, presenta un cuadro de dos meses de evolución con edema de miembros pélvicos. Ingresa a hospitalización con TA 130/90 mmHg, FC 100 lpm, Temp 36.5 grados. Pálido, con derrame pleural bilateral, abdomen con edema de pared, ascitis moderada, extremidades

con edema +++ blando simétrico hasta región inguinal y en zonas de declive. Laboratorios: Urea 43 mg/dl, creatinina 1.1 mg/dl, colesterol total 338 mg/dl, triglicéridos 411 mg/dl. Albumina 1.5 g/dl. HB 10.8 g/dl, leucocitos 3 240, neutrófilos 1 720, linfocitos 1000 plaquetas 262 mil. Examen de orina, con proteinuria (500 mg/dl) y eritrocituria (eritrocitos 29 XC). Proteinuria en rango nefrótico, 16 g. Inmunoglobulinas IgA 197 mg/dl (VR 63-484), IgG 402 mg/dl (VR 540-1822), IgM 40 mg/dl (VR 22-240), CH50 242 mg/dl (VR 240-320), Complemento C3 52 mg/dl (VR 82-185), C1Q 14.4 mg/dl (VR 10-25), C5 7.2 mg/dl (VR 6-20). Perfil viral para VHC, VHB y HIV negativo. Ultrasonido renal normal. Biopsia renal, con un segmento de corteza con 10 glomerulos por sección en los cortes para microscopia de luz. Sin glomerulos esclerosados de manera global. Todos los glomérulos restantes, aumentados de tamaño y con aspecto lobulado e hiper celular. Las asas capilares obliteradas y las membranas basales engrosadas. La fibrosis intersticial afecta menos de 20% del tejido sin infiltrado inflamatorio asociado a fibrosis. Arteriopatía temprana. Marcadores positivos para C3 (+++), C1q (+) con dominio de C3. Depósitos finamente granulares con patrón mesangiocapilar. Reporte final: glomerulonefritis con patrón membranoproliferativo y de-

pósitos de C3. Fue manejado inicialmente con diurético de asa en infusión, restricción hídrica, BRA2, estatina, anticoagulante y esteroide prednisona a 1 mg/kg/día, por 20 días. Evolucionó desfavorablemente, presentó anuria, incremento de edema, anasarca, caída del filtrado glomerular, así como síndrome diarreico. Urea 273 mg/dl, creatinina 3.3 mg/dl, ácido urico 11.50 mg/dl. Sedimento urinario, con cilindros granulosos 4-6XC. ANA positivo, DNA dc positivos, Anti Sm negativos. Se inició terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. Curso con inestabilidad hemodinámica y anurina. Evolucionó datos clínicos de bajo gasto, paro respiratorio, y muerte. **Conclusiones:** La nefropatía lúpica y la GNMP, son entidades diferentes que presentan similitudes morfológicas, ante una presentación poco usual de LES con probable nefropatía lúpica, el estudio histopatológico no revela un patrón usual del mismo, asimismo, el curso clínico rápidamente progresivo, mantiene la interrogante sobre el diagnóstico principal o la posible sobreposición de una entidad sobre otra. Se muestra una vez más que la gran heterogeneidad en la presentación de LES, conlleva un gran reto diagnóstico, que debe ser siempre orientado al contexto clínico. **Palabras clave:** glomerulonefritis membranoproliferativa, nefritis lúpica, lupus eritematosos sistémico, síndrome nefrótico.

Folio: 1141

Tema: Hematología

Linfoma no Hodgkin folicular de bajo grado (grado 2), inmunofenotipo B

Rivera Itzel, Lorenzo Adrian Antonio, Martínez José Fabian
Hospital General Regional 72

Paciente masculino de 55 años de edad, antecedente de Enfermedad ácido péptica de 15 años de evolución en tratamiento con omeprazol 20mg cada 24 horas. Sinusitis crónica de 40 años de evolución, sin tratamiento. Alergia a penicilinas. Quirúrgicos: amigdalectomía y reparación de tendón de alquiles. Tabaquismo positivo, IT 15. Alcoholismo social. Inicia su padecimiento actual (19 junio 2018) posterior a la ingesta de alimentos con distensión abdominal, acompañado de plenitud gástrica, acude a médico particular, recibe tratamiento sin mejoría. Acude con gastroenterólogo particular, quien a la exploración física detecta masa abdominal de 20 cm, fija adherida a planos profundos, indurada. El USG y TAC abdominal con reporte de tumoración intraabdominal e hidronefrosis bilateral de orden probable linfoproliferativa. Enviado a oncología el 07.08.18. se realiza biopsia de tumor abdominal reportando linfoma No Hodgking, folicular de bajo grado, patrones folicular y difuso (Grado 2, clasificación OMS 2016). Inmunofenotipo B CD 20 positivo, con expresión De

bcl-2, Bcl-6, CD10 e índice de proliferación del 40%. Es enviado a hematología. Clasificado como IPI Bajo intermedio, FLIPI bajo (1 variable EC III), FLIPI -2 Intermedio. Iniciando tratamiento RCHOP. Recibiendo su primer ciclo el día 13.08.18 con Rituximab, Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina, Prednisona, Filgrastim. Se realiza aspirado de medula ósea, resultado pendiente de recabar. **Palabras clave:** hidronefrosis, tumoración intraabdominal, linfoma no Hodgking, quimioterapia, estadificación, aspirado.

Folio: 1142

Tema: Otros

Niveles de micrornas circulantes asociados con la respuesta inflamatoria en pacientes con neumonía grave por virus de influenza pandémica A/H1N1

Regino Nora Elemi¹, Espinosa Ramón³, Ramírez Gustavo¹, Jiménez Luis Armando¹, Cruz Alfredo¹, Peralta Adriana Berenice², Oropeza Lizbeth Eliza³, Zúñiga Joaquín Alejandro¹

¹ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas; ² Instituto Mexicano del Seguro Social/Hospital General de Zona 200 Tecamac;

³ Instituto Mexicano del Seguro Social/ Hospital General de Zona 1A

Introducción: El virus pandémico A/H1N1 infecta y se reproduce en células epiteliales del tracto respiratorio. Es esencial el estudio de la infección

por Influenza para prevenir y controlar futuros brotes. Los microRNAs regulan la expresión genética a nivel pos-transcripcional, son biomarcadores potenciales y blancos terapéuticos. En el presente trabajo se estudió la expresión de miR-150 y miR-126 los cuales se han relacionado con la defensa ante la infección por el virus Influenza A. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, comparativo, prospectivo, longitudinal y de tipo cohorte. Se incluyeron 2 grupos de pacientes con neumonía grave por influenza A/H1N1 hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER). Grupo 1: 33 pacientes sobrevivientes a la infección, grupo 2: 11 pacientes fallecidos a causa de la infección. Se obtuvieron dos muestras de sangre venosa central, una al ingreso y otra a la extubación o fallecimiento del paciente. Se utilizó TRIzol® LS para la extracción del RNA total y se cuantificó la expresión de los microRNAs mediante RT-PCR, se cuantificaron citocinas por medio de la plataforma Luminex. **Resultados.** La edad fue mayor en el grupo de sobrevivientes (p=0.005), el sexo masculino presentó mayor infección en ambos grupos. Se presentó obesidad en el 100% de los fallecidos (p= 0.007). Fue mayor la estancia hospitalaria en sobrevivientes (p= 0.0009). Se evaluó la



escala SOFA a los pacientes al ingreso, observándose una puntuación mayor en el grupo de fallecidos ($p= 0.023$). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en: leucocitos ($p= 0.04$), linfocitos ($p= 0.03$), neutrófilos ($p= 0.001$), plaquetas ($p= 0.0001$) y creatinina elevada en fallecidos ($p= 0.0001$). Respecto al perfil de expresión de los microRNAs, se observó un incremento de la expresión de miR-150 en los sobrevivientes en la muestra final ($p= 0.005$), en el grupo de fallecidos miR-150 tuvo una disminución de la expresión en ambas muestras (inicial y final) ($p= 0.015$). En cuanto a miR-126 en los sobrevivientes se observó un aumento de la expresión en la muestra final en comparación con la inicial, mientras que los fallecidos se observó una disminución en la expresión de miR-126 en la muestra final en comparación con su muestra inicial ($p= 0.0007$). En la cuantificación de citocinas proinflamatorias, los sobrevivientes muestran mayor producción de IL-6 en la toma inicial ($p= 0.0006$), mientras que los fallecidos la producción aumenta en su última muestra ($p= 0.031$). La producción de TNF- α en sobrevivientes fue menor en su última toma ($p= 0.002$). Mientras que los fallecidos ingresaron con menor producción de TNF- α ($p= 0.006$). La producción de IFN γ , los sobrevivientes ingresaron con niveles más altos y disminu-

yó en su toma final ($p= 0.004$), los fallecidos ingresaron con una producción de IFN γ que no se modificó en ninguna de sus dos tomas ($p= 0.063$). **Conclusiones:** Los microRNAs son útiles para predecir el desenlace de los pacientes que desarrollan formas graves de infección, se relacionan con la mayoría de genes que controlan la respuesta inmune. La sub-expresión de miR-150 y miR-126 se asocia con un desenlace fatal. De acuerdo al análisis de citocinas existen diversos perfiles pro-inflamatorios que determinan el curso de la infección. Se conoce que miR-150 y miR-126 participan en la regulación de la producción de distintas citocinas pro-inflamatorias, concluyendo que la desregulación de estos microRNAs lleva a una pobre recuperación y alta mortalidad en el individuo infectado. La cuantificación inicial en individuos infectados nos ayudará a predecir el desenlace del paciente, otorgándole así una terapia dirigida conforme al perfil de expresión de microRNAs y producción de citocinas y quimiocinas pro-inflamatorias. **Palabras clave:** influenza A/H1N1, microRNAs, miR-126, miR-150, citocinas pro-inflamatorias, neumonía grave.

Folio: 1143

Tema: Reumatología

Úlcera corneal como presentación inicial de lupus eritematoso sistémico y síndrome de Sjögren secundario

Salgado Eduardo², Anda Juan Carlos², Enciso Ervin Saúl², Sáenz Carlos Eduardo², Hernández Alejandra¹, Zepeda Iván²

¹ Universidad Nacional Autónoma de México; ² Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una afección compleja que afecta especialmente a las mujeres jóvenes, se caracteriza por un curso crónico de exacerbaciones y remisiones que pueden provocar daños graves en los órganos. El síndrome de Sjögren secundario (SSS) se desarrolla como resultado de la acumulación de linfocitos en las glándulas exocrinas, su prevalencia en el LES es muy variada, oscilando entre el 6,5% y el 19%. Las manifestaciones clínicas del SSS incluyen el síndrome sicca, siendo el ojo seco la manifestación ocular más prominente, las complicaciones oculares pueden incluir ulceración corneal, vascularización, opacificación y en raras ocasiones, perforación. **Objetivo:** Describir la presentación inicial, características clínicas, evolución y tratamiento de un paciente con LES con presentación inicial de SSS. **Presentación del caso:** Mujer de 35 años con antecedente de neumonía adquirida en la comunidad que ameritó tratamiento intrahospitalario sin complicaciones. Inicia su padecimiento con dolor ocular, fotofobia y disminución de la

agudeza visual en ojo derecho. Acude a nuestra unidad médica en donde es valorada por el servicio de oftalmología quien documenta úlcera corneal derecha perforada, por lo que se realiza tratamiento con parche de cianocrilato sin complicaciones y se indica tratamiento tópico con lubricantes, inmunosupresores y antibióticos. Debido a datos clínicos sugerentes de síndrome sicca se decide interconsulta al servicio de reumatología, quien realiza determinación de autoanticuerpos con reporte de anti La 26.9 unidades, anti-Ro 66.62 unidades y anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia 1:1280 con patrón mitocondrial. Se integra el diagnóstico de síndrome de Sjögren primario (SSp) y se inicia tratamiento con Azatioprina 50 mg cada 24 horas. Posteriormente acude a valoración por nuestro servicio, a su ingreso refiriendo aparente pérdida ponderal, astenia, adinamia, artralgias y dermatosis de predominio en región malar, analíticamente con anemia normocítica normocrómica, deterioro leve de la función renal y proteinuria, debido a los hallazgos mencionados se solicitan estudios paraclínicos dirigidos para diagnóstico de LES en donde se reportan anticuerpos anti SM 146.3 ui/ml, anti DNA 565.98 ui/ml e hipocomplementemia de C3 y C4. Concluyendo LES por criterios de SLICC se decide modificar tratamiento farmacológico a

ácido micofenólico 500 mg cada 8 horas y prednisona 50 mg cada 24 horas, presentando evolución clínica favorable, actualmente con remisión de la sintomatología y mejoría de la función renal. **Conclusiones:** El LES es un diagnóstico difícil y no siempre es considerado en el contexto de pacientes con SSp, debido a que puede exhibir una amplia gama de manifestaciones clínicas que contribuyen a la confusión y la demora en el diagnóstico, por otro lado el síndrome de Sjogren es una enfermedad autoinmune común que con frecuencia es derivada a múltiples médicos especialistas incluidos reumatólogos, médicos de atención primaria, dermatólogos y oftalmólogos que con frecuencia ven solo una pequeña parte del panorama general. Debido a la asociación entre ambas enfermedades es de vital importancia que ante la presencia de un paciente con síndrome de Sjögren se busque intencionadamente una enfermedad autoinmune asociada como el LES, ya que un diagnóstico temprano hará posible un tratamiento oportuno.

Palabras clave: síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico, síndrome sicca, anticuerpos, inmunosupresores, úlcera corneal.

Folio: 1144

Tema: Hematología

Nódulo tiroideo como primera manifestación de linfoma de linfocitos pequeños

Nares Itzel, González Andres, Cortes Alicia, Lobato Adriana
ISSEMyM Ecatepec

Introducción: La leucemia linfocítica crónica es uno de los desórdenes linfoproliferativos, caracterizado por acumulación progresiva de linfocitos funcionalmente incompetentes. Es considerada idéntica al linfoma linfocítico de células pequeñas que es un tipo de linfoma no hodgkin. Éste tipo de neoplasia representa 25-30% de todas las leucemias. **Objetivo:** Presentar el caso de infiltración a glándula tiroidea, entidad poco común de esta enfermedad.

Presentación del caso: Paciente femenino de 57 años de edad, quien cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: hipertensión arterial sistémica de 16 años de diagnóstico, en tratamiento con losartan, insuficiencia cardíaca secundaria tratada con metoprolol, espironolactona y digoxina. Inicia su padecimiento en julio 2017 con astenia, adinamia, diaforesis nocturna, pérdida de peso de aproximadamente de 5kg y presencia de tumoración tiroidea de tipo nódulo por lo que se inicia protocolo de estudio evidenciado en la siguiente biometría hemática: leucocitos 36490, neutrófilos 5200, linfocitos 28800, hb 13, hto 41%, plaquetas 201000; perfil tiroideo inicial tsh 2.18, t4t 8.10, y3 t 0.95; la tomografía toracoabdominal reporto un nódulo tiroideo derecho, actividad gan-



glionar a nivel axilar bilateral, cambios inflamatorios crónicos a nivel gástrico, esteatosis hepática, hernia inguinal izquierda. Debido a estos hallazgos se realizó baaf de tiroides, la cual se reporta como muestra insuficiente, además se solicitó inmunofenotipo y cariotipo en médula ósea el cual reportó linfoma de linfocitos pequeños/leucemia linfocítica crónica con infiltración a glándula tiroidea. En marzo de 2018 se realizó tiroidectomía total reportando infiltración por linfocitos neoplásicos con inmunofenotipo B. Por lo anterior se inició quimioterapia con rituximab, ciclofosfamida, vincristina, dexametasona. El 20/07/2018 se realizó perfil tiroideo postquirúrgico (125-150 mcg), tsh 5.58, T4t 9.89, t4l 1.25, tiroglobulina 0.22, beta 2 microglobulina 3.71.

Conclusión: El linfoma de linfocitos pequeños, de forma habitual se presenta en la séptima década de la vida. La presentación con síntomas b, se da entre 5-10% de los casos. En la literatura no es común encontrar asociación de neoplasia tiroidea con linfoma sin antecedente de radiación con el caso anteriormente presentado queremos resaltar la asociación entre linfoma y la infiltración a glándula tiroidea tan poco frecuente, y el rol del abordaje diagnóstico que se le dio.

Palabras clave: linfoma, tiroides, infiltración, leucemia.

Folio: 1145

Tema: Gastroenterología

Síndrome icterico secundario a hepatitis autoinmune tipo I

Hernández Miriam Marcela², Rubio Mauricio Eduardo¹, García Victor Hugo¹, Palacios Elizabeth², Vergara Fernando Iván², Carrillo Brenda Margarita³

¹ Hospital General Tlahuac. Secretaria de Salud CDMX;

² Hospital General Ticoman. Secretaria de Salud CDMX;

³ Centro Médico ABC

Objetivo: Describir las características clínicas, así como abordaje diagnóstico del caso clínico de un paciente con Hepatitis autoinmune tipo I (HAI). **Descripción del caso:** Mujer de 35 años de edad, con los siguientes antecedentes: Hermana con retinosis pigmentaria. Tiene 2 hijos, ambos con síndrome de Marfan. Retinosis pigmentaria, diagnosticada a los 2 años. Epilepsia desde el nacimiento, de características tónico clínicas generalizadas, en tratamiento con carbamazepina y levetiracetam. Refirió pérdida de peso no intencionada de 5 kg en el último mes. Acudió al Hospital con cuadro de 20 días de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho con irradiación en hemi cinturón, tipo pulsátil, intensidad 8/10, sin atenuantes ni exacerbantes, siendo tratada previamente con antiespasmódicos, sin presentar mejoría, agregándose

náuseas y vómito de contenido gastrobiliar, siendo ingresada a Medicina Interna para abordaje diagnóstico. A la EF de relevancia con presencia de ictericia generalizada, conjuntivas ictericas, huellas de rascado en tórax y extremidades, abdomen con hepatomegalia, no irritación peritoneal, articulación interfalángica proximal de dedo medio mano izquierda con datos de inflamación. USG: Hígado de forma, tamaño y situación normal, ecogenecidad homogénea, sin lesiones focales o difusas, CPRE sin datos de lesiones obstructivas de la vía biliar. Laboratorios: INR 2.37, TTP 43, amilasa 99, lipasa 45, Hb 10.3, Alb 3.5, BT 21.6, BD 17, BI 4.6, AST 362, ALT 282, FA 190, GGT 134, niveles de carbamazepina séricos: 6 µg/mL, Panel viral: Negativo. Anticuerpos anti LKM 45UI, ANAS 1:320, Ant. Antimusculo liso 1:160, IgG 2100mg/dl, IgA: 100mg/dl, biopsia hepática con reporte de infiltración mononuclear en los tractos portales inflamados, por lo que se concluyó hepatitis autoinmune tipo I, indicando tratamiento con esteroide sistémico y azatioprina, presentando mejoría de la sintomatología y de las pruebas de función hepática y de coagulabilidad. Actualmente en seguimiento por Reumatología, sin presentar recaídas hasta el momento. **Conclusiones:** Actualmente, la HAI se considera como una enfermedad necro-inflamatoria del hígado,

infrecuente, usualmente crónica y progresiva, de etiología no suficientemente conocida que se caracteriza por la presencia de alteraciones inmunológicas. Es importante realizar un diagnóstico oportuno a través de un protocolo adecuadamente establecido, ya que la terapia farmacológica es fundamental para evitar la progresión y fallo hepático subagudo, cuyo desenlace sea el requerimiento de trasplante hepático.

Palabras clave: síndrome icterico, hepatitis autoinmune.

Folio: 1146

Tema: Otros

La importancia de un subcomité de prevención de tromboembolismo venoso en el hospital. A propósito de un caso de tromboembolia pulmonar fatal

Guerrero María Cristina¹, Menezes Eduardo², Secchi Nikos Christo³

¹ Hospital de Ginecología y Obstetricia UMAE 23 IMSS Monterrey NL; ² Hospital General de Especialidades ISSSTE Saltillo, Coah.; ³ HGZ 36 IMSS Coatzacoalcos Veracruz

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) comprende la trombosis venosa profunda (TVP) y la tromboembolia pulmonar (TEP), complicación más temida de esta entidad. El 50% de las TVP de extremidades inferiores embolizan al pulmón, muchas veces en forma asintomática. Los sínto-

mas que más frecuentemente se asocian con TEP son disnea, dolor torácico tipo pleurítico, hemoptisis, síncope y tos. Aproximadamente 14% de las pacientes que ingresan para cirugías ginecológicas por patología benigna desarrollan TEP, y hasta en el 38% de las pacientes oncológicas. La incidencia en pacientes con cáncer ginecológico varía del 1% al 2.6% o incluso tan alto como el 6.8% en pacientes con cáncer de ovario. Aproximadamente dos terceras partes de las pacientes mueren durante la primera hora de presentación, en la mayoría de ellas como consecuencia de una embolia pulmonar masiva. A continuación, presentamos el caso clínico de una mujer de 52 años ingresada al hospital de manera electiva para histerectomía por cáncer endometroide Grado 2. se realizó cirugía etapificadora de endometrio complicada con lesión de vejiga reparada por el Servicio de Uro ginecología, el sangrado durante la cirugía fue de 850cc por lo que se transfundieron 2 PG. El manejo postoperatorio consistió en soluciones, analgésico y antibiótico. El riesgo de trombo embolismo venoso en esta paciente según Score de Caprini era de 8 puntos. A las 4 horas de retirado el catéter epidural la paciente se incorpora de la cama para ir al baño donde presenta súbitamente pérdida de conocimiento y al momento de la revisión estaba en asistolia. Se inicia RCP avan-

zado sin embargo la paciente no respondió y 45 minutos después del evento se declara la muerte. La autopsia reveló una TEP masiva. Se presenta este caso debido a que aunque si se evaluó el riesgo de TEV la trombo profilaxis no se inició porque el catéter epidural se había retirado 4 horas antes. Se menciona la importancia de un Sub-Comité de prevención de TEV en el Hospital.

Palabras clave: trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, riesgo de tromboembolismo venoso, cáncer, catéter epidural, subcomité de prevención de TEV.

Folio: 1147

Tema: Misceláneos

Manejo en trombofilia por deficiencia de proteína S. Revisión de literatura

González Carlos Arturo, Cimé Erik Antonio, Cruz Nydia Karen, Mendoza Sergio Alberto
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La deficiencia de proteína S es una trombofilia hereditaria, donde su diagnóstico es difícil en un evento agudo de trombosis o en aquellos pacientes recibiendo anticoagulantes. La proteína S es una glicoproteína dependiente de la vitamina K, sirviendo como co factor para la proteína C activada la cual se involucra en inactivar los factores pro coagulantes Va y VIIIa. Al considerar que es



dependiente de la vitamina K, podríamos asumir que los anti-coagulantes dependientes de la vitamina K, sin embargo, es de preguntarse el riesgo de hemorragia, muerte, en aquellos que utilizan los anticoagulantes orales directos, ACOD. **Objetivo:** Describir cual es la mejor opción terapéutica para los pacientes con deficiencia de Proteína S. **Exposición de caso:** Paciente masculino de 46 años de edad con antecedente de hermano mayor que presentó EVC a los 45 años, acude por presentar crisis convulsivas tónico clónicas secundario por lo cual se realiza resonancia magnética de cráneo donde se observa una lesión de aspecto triangular en la región pre rolandica y retroinsular derecha con dimensiones en el plano axial de 54 x 32 x 51 mm sugestivo de evento isquémico. Se realiza abordaje para EVC en paciente joven, realizándose ecocardiograma, sin presentar valvulopatías, realizándose USG doppler de carótidas sin hallazgos de aterosclerosis o trombosis. Pensando descartar probable vasculitis, se solicita serología para infección por VIH reportándose como no reactivo, se solicitan aCL IgM, IgG, AL, C-ANCA y P-ANCA reportados como negativos, se solicitan pruebas por sospecha de trombofilia reportado como normal. Sin embargo, al considerar que dicha prueba se realizó en el evento agudo de la trombosis,

se decide repetir dicho estudio donde se reporta actividad proteína S 65%, Antígeno Proteína S 100%, se inicia manejo con rivaroxaban 20 mg VO cada 24 hrs, se repite dicho estudio al año, suspendiendo el manejo con rivaroxaban 24 hrs previo a dicho estudio, donde se reporta antígeno proteína S total 95, actividad proteína S 64%, punto corte 70-150%. Se concluye enfermedad vascular cerebral secundario a deficiencia de Proteína S. **Análisis y conclusión:** Pocos estudios evalúan el uso de anticoagulantes orales directos en pacientes con trombofilia; tomando esto en cuenta, el ensayo RE-MEDY demostró que aquellos con dabigatran mostraron un resultado no inferior a comparación de la warfarina, observando resultados similares en cuanto a la trombosis venosa recurrente o mortalidad asociado a cuadro de trombosis, así como menos riesgo de hemorragia, 0.9% versus 1.8% $p=0.06$, sin embargo cursaron con mayor riesgo de infarto agudo de miocardio, 34%. Por otro lado, el reporte de Wypasek que evidenció trombosis recurrente en 2 pacientes manejados con rivaroxaban con deficiencia de proteína S, a los 5 meses y otro a los 3 meses. Es necesario la realización de más ensayos clínicos para concluir dicho paradigma.

Palabras clave: rivaroxaban, trombofilia, deficiencia de proteína S, EVC.

Folio: 1148

Tema: Neurología

Disfagia como manifestación clínica de presentación del síndrome de Wallenberg. Reporte de caso clínico

Vallejo Ileri Danae, Martínez Georgina, Rosales Fabricio
Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

Masculino de 66 años, Antecedentes de Diabetes Mellitus 2 de 18 años de diagnóstico, en tratamiento con Glibenclamida 5 mg VO cada 24 hrs, con mal control metabólico. Inicia su padecimiento con la presencia de tos sin expectoración, imposibilidad súbita para la deglución a sólidos y líquidos, debilidad de miembros pélvicos con marcha lateralizada a la izquierda; con persistencia por dos días de la disfagia por lo que acude a urgencias. A la exploración física signos vitales dentro de parámetros normales, Glasgow de 15 puntos, funciones mentales superiores conservadas; Nervios craneales alterados: V hipoestesia en hemicara izquierda, X reflejo nauseoso izquierdo abolido, disfagia; Marcha sin alteraciones, fuerza 5/5, tono sin alteraciones, sensibilidad conservada, sin signos patológicos de focalización. Exploración general palidez generalizada, cavidad oral subhidratada, faringe sin alteraciones, sin hipertrofia amigdalina, sin evidenciarse lesiones o masas; resto sin alteraciones. Se toman paraclínicos: Leuc 15.57, Neut 83%, Hb 17.4,

Plaq 205 mil, HbA1c 9.8%, Gluc 295, Urea 66, Cr 1.15, ColesT 198, Trigl 112, Electrolytos séricos, Pruebas de Función Hepática y EGO sin alteraciones. Radiografía de tórax A-P sin alteraciones. Se realiza TAC simple de cráneo sin evidencia de lesiones isquémicas o hemorrágicas, sin alteraciones en parénquima cerebral o cerebeloso. Endoscopia sin evidencia de alteraciones. RMN Cerebral donde se observa Infarto agudo bulbar dorsolateral izquierdo, enfermedad multinfarto múltiples áreas hipointensas en frontoparietal T2, por lo que se establece el diagnóstico de síndrome de Wallenberg, se comenta caso con Neurología, se busca causa del EVC de circulación posterior, por lo que al descartarse arritmia, se solicita USG Doppler carotideo en donde se describe la presencia de estenosis carotidea leve en carótida externa derecha y carótida común izquierda como probables causas del EVC. Se realiza gastrostomía por endoscopia y es egresado.

Palabras clave: disfagia, presentación, Wallenberg, infarto, bulbar.

Folio: 1149

Tema: Neurología

Tumor de Pott secundario a trauma en paciente adulto inmunocompetente

Bonilla Diana, Bojalil Fabiola, Gutierrez Dulce Tania, Negrete Karla, Raffoul Isaac
Hospital Angeles Lomas

El tumor de Pott describe una entidad rara que corresponde a un absceso subperióstico asociado a osteomielitis del hueso frontal, secundario a sinusitis frontal o traumatismo previo. Presentamos el caso de una mujer de 80 años con antecedente de traumatismos craneo-encefálico grado II en 1974 con osteomielitis frontal secundaria que años después presenta tumor de Pott. **Caso clínico.** Femenino de 80 años que acude al servicio de urgencias por presentar desde hace un mes edema, calor y dolor de intensidad progresiva en región frontal. Refiere cefalea de intensidad moderada que mejora parcialmente con AINES. Niega fiebre, cambio en el estado de alerta, convulsiones o datos de focalización. Niega uso de antibiótico previo o automedicación. A la exploración física como datos positivos mucosas con datos de deshidratación leve, región frontal derecha aumentada de volumen, caliente, eritematosa, a tensión, dolorosa a la palpación superficial, resto del cráneo íntegro sin datos de fractura o laceraciones, neurológicamente íntegra, resto de la exploración sin hallazgos. En laboratorios de ingreso destaca leucocitosis de 13.1 a expensas de neutrofilos totales en 9.2, con bademia del 3%, electrolitos séricos dentro de parámetros, PCR elevada en 30.9, glucosa en 113, BUN 23.1 y creatinina 0.92. Se realiza RM de craneo con reporte

de colección subperiostica frontal derecha con osteomielitis subyacente, empiema frontal derecho y engrosamiento dural asociado. Se realizará manejo quirúrgico inmediato, con incisión de 1.5 cm en región lateral derecha del absceso, se drenó 30cc de líquido purulento, que se envía a cultivo y se inicia cobertura antibiótica empírica con Cefuroxima y Vancomicina. En el cultivo se desarrolla *S. aureus* pansensible, por lo que se inicia manejo con el penado más bajo en escala antibiótica y ser el betalactámico específico para este agente sensible a metilicina con Dicloxacilina 600mg cada 6 horas.

Palabras clave: absceso subperióstico, osteomielitis, hueso frontal, adulto, inmunocompetente.

Folio: 1150

Tema: Reumatología

Evento vascular cerebral de tipo isquémico por aterosclerosis acelerada en lupus eritematoso sistémico

Tejeda Mayra Paulina, Briceño Fernando

Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza

Introducción: la enfermedad cerebrovascular en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) se observa entre el 4 al 8% de los pacientes hispanos; siendo el más frecuente el evento vascular cerebral (EVC) de tipo isquémico. Los pacientes con LES presentan



un estado proinflamatorio y aterogénico, aumentado el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares por mayor incidencia de los factores de riesgo tradicionales, así como la presencia de factores que promueven inflamación crónica. **Caso clínico:** Femenino de 17 años, inició padecimiento en Marzo 2017, de forma insidiosa con pérdida de peso de 20kg, asociado a fatiga, debilidad muscular; posteriormente presenta hemiparesia derecha, desviación de la comisura labial y disartria, por lo que se realiza TC de cráneo evidenciando EVC isquémico de ganglios basales izquierdos, se inicia abordaje diagnóstico de EVC en paciente joven, sin antecedente de migraña, tabaquismo ni consumo de fármacos como anticonceptivos o drogas simpaticomiméticas; descartándose causas de origen cardíaco y hematológicas como trombofilias, se descarta disección cerebral mediante angioRM, sin embargo se observan placas de ateroma a nivel de polígono de Willis. Se realiza reinterrogatorio dirigido refiriendo caída de cabello, rash malar a la exposición solar y úlceras orales; con sospecha de LES, se realiza determinación de inmunológicos reportando ANA's, Anti DNA doble cadena y anti Sm positivos. Se concluye que la etiología del EVC es la aterosclerosis acelerada asociada a LES. Se inicia tratamiento con Cloroquina y

esteroide, con persistencia de hemiparesia por lo que se envía a Rehabilitación. **Discusión:** paciente joven que presenta EVC, en la que se descartaron las causas más comunes como antecedente de migraña, ingesta de fármacos, foramen oval, valvulopatías, trombofilias y disección arterial. Por los hallazgos de aterosclerosis en la RM, el cual no es un hallazgo frecuente en este grupo etario y presencia de manifestaciones clínicas que apoyan diagnóstico de LES y positividad de inmunológicos, se concluye aterosclerosis acelerada secundaria a LES. La importancia en esta paciente es determinar el riesgo cardiovascular para prevenir nuevos eventos, que puedan resultar catastróficos, así como la instauración de tratamiento como cloroquina que ha demostrado efectos cardiovasculares beneficiosos. **Conclusión:** La principal causa de mortalidad en LES es la enfermedad cardiovascular, siendo la aterosclerosis acelerada un mecanismo fundamental en este proceso. El incremento del riesgo cardiovascular de los pacientes con lupus, además de los factores cardiovasculares clásicos y de los inflamatorios, interviene la propia enfermedad, que se comporta como un factor de riesgo cardiovascular independiente. Otro factor es el tratamiento con corticoides. La relevancia clínica en este caso es la presencia de aterosclerosis como presentación propia

de la enfermedad, sin asociación con el tratamiento.

Palabras clave: lupus, aterosclerosis, acelerada, EVC, joven, cloroquina.

Folio: 1151

Tema: Neurología

Neuromielitis óptica en mujer con embarazo del segundo trimestre

Ramón Isabel Cristina, Sosa José Luis, Chávez Samantha Daphne Georgina, Cerino Victoria Matilde

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús

Mujer de 27 años quien se encontraba cursando el segundo trimestre de su embarazo. Primigesta. Refiere cuadros aislados en los últimos 3 años de visión borrosa, iniciándose en ojo derecho para alternarse con el contralateral al año siguiente, (2 ocasiones ojo izquierdo, 1 en ojo derecho), eventos que recuperaban en un mes aunque refiere de forma incompleta. Manejada por oftalmólogo con complejo B y esteroides orales pero sin definir un diagnóstico. Acude por presentar cefalea hemisférica derecha, continua, tipo pulsátil de predominio frontal escala visual análoga 8, acompañada de sensación de cuerpo extraño en ojo derecho, así como dolor ocular ipsilateral tipo punzante agregándose disminución progresiva de la agudeza visual en forma de puntos ciegos en

el centro del campo visual así como distorsión en la identificación de colores progresando en dos días hasta la amaurosis. A la exploración neurológica: Glasgow 15 puntos, orientada. Mirada central, conservándose movilidad conjugada horizontal y vertical tanto a los sacádicos como en seguimiento. Pupilas asimétricas 5 mm derecha 3 mm izquierda. Al examen luminoso existe respuesta fotomotora izquierda con consensual, al estimular la pupila derecha hay ausencia de fotomotor y consensual. Visión: Existe completa amaurosis del ojo derecho. Al examen de agudeza visual OD sólo se observa respuesta a la amenaza, sin identificar colores. Al examen visual del OI refiere percibir pérdida de contorno de las figuras; aunque tiene una visión preservada refiere difuminación del contorno de los objetos y cierto grado de dificultad en la visión colorimétrica lejana (> 1 metro). A la palpación del globo ocular se incrementa la molestia de dolor igualmente que al realizar los movimientos oculares Fondo ojo (OD): Palidez papilar. Bordes papilares difusos (derecho), pérdida de la excavación fisiológica con aparente pérdida del pulso venoso preservándose relación vena-arteria. Bioquímicamente con VSG 58 mm/hr. Se realizó punción lumbar reportándose normal. Se realizó RMN Cráneo contrastada encontrando ligero aumento de volumen de nervio

óptico derecho. Se solicita anticuerpos anti acuaporina 4 encontrando valores de 50.7 UI/mL (positivo > 3.0 UI/mL). Se inició manejo con bolos de Metilprednisolona 1 mg/kg/día por 5 días así como Azatioprina 2.5 mg/kg/día como terapia de mantenimiento. La paciente presentó recuperación de la visión de ojo derecho aunque incompleta. Tuvo una adecuada evolución de su embarazo, sin nuevos brotes, llegando a término satisfactoriamente.

Palabras clave: neuromielitis óptica, enfermedad de Devic, acuaporina 4, neuritis óptica.

Folio: 1153

Tema: Nefrología

Podocitopatía primaria: glomeruloesclerosis focal y segmentaria variedad colapsante.

Reporte de un caso

Esquivel Jennifer, Jiménez Luis Antonio, Rodríguez Ricardo, Aguilar Georgina, González Karen Victoria, Camacho Raúl
Hospital General de México

Introducción: La glomeruloesclerosis focal y segmentaria es una entidad clinicopatológica que tiene diversas etiologías y mecanismos patogénicos, con una lesión anatomopatológica común caracterizada por la presencia de lesiones de esclerosis que afecta a un porcentaje variable de glomérulos y sólo a una parte de los mismos. La glomerulopatía colapsante es considerada una variante morfológica. Sus ca-

racterísticas principales son el colapso segmentario o global de los capilares glomerulares asociado con marcada hipertrofia e hiperplasia del epitelio visceral y alteraciones tubulointersticiales. Clínicamente se caracteriza por síndrome nefrótico, rápido deterioro de la función renal y pobre respuesta al tratamiento, con evolución a enfermedad renal terminal en un promedio de 15 meses. Hay formas idiopáticas y asociadas a infección por HIV, enfermedades autoinmunes, otros síndromes de inmunodeficiencia y tratamiento con inmunosupresores. **Objetivo:** Presentamos el caso de un paciente con podocitopatía de tipo glomeruloesclerosis focal y segmentaria variedad colapsante, de etiología idiopática, que debutó con síndrome nefrótico y deterioro rápidamente progresivo de la función renal, diagnosticado en el Hospital General de México. **Exposición del caso:** Hombre de 75 años de edad, sin antecedente de comorbilidades, tabaquismo durante 10 años, IT 5 paquetes/año. Inicia su padecimiento dos meses previos a su ingreso con edema de extremidades inferiores, blando, frío, no doloroso, de predominio vespertino, ascendente hasta región facial, con estudios de laboratorio iniciales con urea 309, creatinina de 13.8, sodio 127.8, potasio 4.7, cloro 96, calcio corregido 10.6, fósforo 9.5, magnesio 3.4, TFG 3.1. Se ingresa para



valorar inicio de terapia de sustitución de la función renal; sin embargo, a su ingreso se evidencia disminución del nivel de azoados con urea 101, creatinina 3.1, albúmina 1.6, hemoglobina 15.4, colesterol total 297, triglicéridos 210, hemoglobina glucosilada 5.95%, examen general de orina con proteinuria 1000 mg/dl, proteinuria de 9.4 gramos en 24 horas, cumpliendo criterios de síndrome nefrótico. Como parte del protocolo de estudio se solicita complemento, con valores normales (C3 80.7, C4 20.5), anticuerpos antinucleares negativos, resto de inmunológicos normales, panel viral para HIV, hepatitis B y C no reactivos, sedimento blando, así como ultrasonio renal, el cual reporta riñones de tamaño normal, con características morfológicas normales. Se realiza biopsia renal, la cual reporta podocitopatía de tipo esclerosis focal y segmentaria variedad colapsante, lesión tubular aguda multifocal con cambios regenerativos moderados del epitelio, arterioloesclerosis moderada. Inmunofluorescencia IgG (-), IgM (-), C1Q (-), C4C (-), C4C (-), kappa (-), lambda (-). Se inicia tratamiento con IECA, esteroide y ciclofosfamida, con mejoría de la función renal hasta creatinina de 1.2, urea 31.6, con TFG 58.8. **Conclusiones:** La glomerulopatía colapsante, es una variante morfológica de la glomeruloesclerosis focal y segmentaria, puede ser de etio-

logía idiopática o secundaria a infecciones como el HIV o enfermedades autoinmunes. Es la variedad con peor respuesta al tratamiento y más rápida evolución del daño renal. Debe sospecharse en pacientes con deterioro rápidamente progresivo de la función renal y síndrome nefrótico.

Palabras clave: podocitopatía, glomeruloesclerosis, colapsante, primaria.

Folio: 1154

Tema: Endocrinología

Hipercalcemia hipocalciúrica, diagnóstico diferencial y abordaje diagnóstico. A propósito de un caso desafiante

Galván Daniel

Centro Médico ISSEMyM de Ecatepec

Introducción: El hiperparatiroidismo usualmente es sospechado por una elevación en la concentración del calcio sérico. El diagnóstico se realiza con la concentración francamente elevada de PTH, o dentro de parámetros normales pero inapropiados para la hipercalcemia. El 40% de los pacientes con hiperparatiroidismo primario asintomático se encuentran con hipercalcemia. Si el calcio urinario es menor a 200 mg por día, con deficiencia de vitamina D es posible que se trate de hipercalcemia hipocalciúrica familiar o hiperparatiroidismo primario. Pacientes con hiperparatiroidismo primario pueden cursar con hipocal-

ciuria si la ingesta de calcio es extremadamente baja. El 75% de personas con hiperparatiroidismo familiar excreta menos de 100 mg de calcio urinario. El diagnóstico diferencial entre hipertiroidismo primario e hipercalcemia hipocalciúrica familiar puede realizarse mediante el cociente aclaramiento de calcio/creatinina; valores debajo de 0.01 es sugestivo de hipercalcemia hipocalciúrica familiar, los cuales cursan con deficiencia de vitamina D que al ser sustituida no incrementa la excreción de calcio a diferencia del primero. **Presentación de caso clínico:** Femenino de 77 años, sin antecedentes heredofamiliares de importancia; con diagnóstico de osteoporosis. Es referida a la consulta de endocrinología para valoración preoperatoria para la resección de adenoma paratiroideo. Cuenta con el antecedente de presencia de niveles séricos de calcio de 11.6 mg/dl. Durante su valoración se encuentra con los siguientes paraclínicos: niveles de calcio sérico de 12 mg/dl, vitamina D de 26.8 ng/ml y PTH de 131.7pg/ml; con medición de calcio presente en orina de 24 horas de 138 mg/dl y filtrado glomerular de 60 ml/min/m²; resultando con calcio urinario en parámetros normales, mostrándose con un patrón de hipercalcemia hipocalciúrica; motivo por el cual se decide evaluar función renal que se encuentra sin alteración, y se solicita gammagrama para-

tiroideo que resulta negativo. Se complementa valoración con cociente de aclaramiento de calcio/creatinina obteniéndose un resultado de 0.15. **Conclusión:** El 40% de los pacientes con hiperparatiroidismo primario cursan con niveles elevados de calcio presente en orina, la mayoría del restante cursan con valores normales. Existen dos entidades principales a diferenciar durante el abordaje de la hipercalcemia e hipocalciuria asociada a hiperparatiroidismo: el hiperparatiroidismo primario y la hipercalcemia hipocalciurica familiar. La paciente cursa con niveles de calcio sérico de 11.6 mg/dl y calcio en orina por debajo de 200 mg por día; cursando con patrón de hipercalcemia hipocalciurica. Existen diferentes métodos para establecer el diagnóstico diferencial entre estas entidades, como es la realización del cociente de aclaramiento de calcio/creatinina, en la cual valores por debajo de 0.01 es altamente sugestivo de hipercalcemia hipocalciurica familiar, y mayores de 0.02 sugiere hiperparatiroidismo primario; resultando en este caso con un cociente de 0.15 que nos orienta al diagnóstico de éste último y una deficiencia en la ingesta del calcio. Valores entre 0.01 y 0.02 suelen requerirse estudios de genética para el diagnóstico. Es importante mencionar que la principal causa de hiperparatiroidismo es la presencia de adenomas

paratiroides, sin embargo, destaca en el caso la presencia de gammagrama paratiroides negativo.

Palabras clave: hipercalcemia, hipocalciurica, hiperparatiroidismo.

Folio: 1155

Tema: Gastroenterología

Paciente con epistaxis y hemorragia gastrointestinal recurrente en el que se diagnosticó síndrome de Osler Weber Rendu

Zuluaga Lizeth Yohana, De la Vega Frida Margarita, Ochoa Gerardo Javier, López Hector
Universidad de Monterrey

Introducción: La telangiectasia hemorrágica hereditaria (HHT) o Sx Osler-Weber-Rendu, es un raro trastorno autosómico dominante, su prevalencia es de 1: 5000 y 1:8000 habitantes, su variabilidad clínica, lleva al retraso diagnóstico y tratamiento, se caracteriza por displasia vascular, telangiectasias sistémicas y (MAV). El diagnóstico se basa en los criterios clínicos de Curazao o las pruebas genéticas. El tratamiento va encaminado a controlar la hemorragia, la terapia sistémica mediante ácido tranexámico, bevacizumab, raloxifeno, tamoxifeno y talidomida, además de terapias locales y ayudantes. **Descripción del caso:** Hombre de 57 años consulta por episodios recurrentes de epistaxis y sangrado de tubo digestivo, refiere desde hace 2 años epistaxis

profusas recurrentes y sangrado de tubo digestivo que requirió múltiples transfusiones, y de telangiectasias mucocutáneas, se le realiza colonoscopia y endoscopia no concluyentes y una capsula endoscópica que reporto una MAV. Laboratorios: Anemia normocítica hipocrómica con Hb: 4.4 hto: 15.4 VCM 96.9 HCM 27.3, plaquetas en 179. 000. Función renal alterada con creatinina: 3.1. BUN: 80. Urea: 172. Alb: 2.6 Fe: 37 Resto sin alteraciones. Capsula endoscópica, con angiodisplasia en duodeno y yeyuno proximal. RMN Y TAC, con malformaciones arteriovenosas en hígado, pulmón y riñón **discusión:** La HHT se caracteriza por telangiectasias y MAV, el 70% de los pacientes presentan algún signo clínico a los 16 años, aumentando a más del 90% a los 40 años. La epistaxis recidivante espontánea es la manifestación más común, luego la afectación mucocutánea y gastrointestinal. En pacientes con sospecha se debe hacer detención oportuna para evitar las complicaciones graves, hemorragia cerebral, pulmonar entre otras. El paciente tuvo presentación clínica tardía, además de ser el primer caso espontaneo en relación a sus familiares de primer grado los cuales todos tienen más de 50 años.

Palabras clave: telangiectasias hemorrágicas, epistaxis recurrente, hemorragia gastrointestinal, MAV pulmonar, MAV renal y hepático, hereditario.



Folio: 1156

Tema: Infectología

Mediastinitis con osteomielitis de articulación esternoclavicular: reporte de caso.

Gutiérrez Alfredo, Contreras Carlos Eduardo, Pérez Bernardo, Sánchez Jorge, Ugarte Paulina, Cruz Erika Alejandra
Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez

Introducción: Infección de la articulación esternoclavicular es muy rara, aproximadamente 1% de las artritis sépticas, el agente etiológico más común es *S. aureus* llegando a representar el 50%. Cuando existe involucro de clavícula, manubrio y esternón requiere tratamiento quirúrgico agresivo, no siendo el tratamiento antibiótico intravenoso una solución en la mayoría de ocasiones. Existen pocos informes de casos o series pequeñas sobre el tratamiento quirúrgico de esta entidad. El sulfato de calcio es un excelente relleno de espacio muerto en lugares infectados que fueron desbridados, así mismo, se ha documentado que las aplicaciones de antibióticos locales durante procedimiento pueden durar su efecto por semanas. **Objetivo:** Exponer caso de osteomielitis esternoclavicular complicada con mediastinitis y su manejo, aunque mucho se ha escrito sobre el tratamiento de infecciones claviculares, existe poca in-

formación sobre la asociación de mediastinitis y osteomielitis esternoclavicular. **Exposición del caso:** Mujer de 55 años con antecedentes de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, presentó dolor en región clavicular izquierda, limitación funcional y fiebre no cuantificada, TAC reportó aumento de volumen de los tejidos blandos de hemicuello izquierdo, región infra y supra clavicular izquierda y en pared anterior de tórax, colecciones mal definidas y gas en su interior, poca respuesta a antibióticos de amplio espectro, por lo que se realizó desbridamiento, se colocaron perlas de sulfato de calcio, toma de biopsias y cultivos. Histopatológico reportó osteomielitis aguda y sin desarrollo de cultivos. **Conclusiones:** La clasificación de severidad de W. Abu Arab, al tener mediastinitis se clasificó en grado V, indicando tratamiento quirúrgico, con adecuada respuesta. Una resección única con cierre primario, uso de perlas de sulfato de calcio impregnados con antibióticos, puede dar una excelente respuesta clínica ante el uso prolongado de antibióticos sistémicos.

Palabras clave: osteomielitis, esternoclavicular, mediastinitis, desbridamiento, calcio, artritis.

Folio: 1157

Tema: Otros

Síndrome de dificultad respiratoria aguda como manifestación de neumonitis

intersticial por paclitaxel, reporte de un caso

Mondragón Lidia Aurora, Morgan Diana Selene, García Laura Anahí, Andoney Jéssica Valeria, Mondragón Héctor, Aguiñiga Ariadna, Guzmán Perla Marlene
Hospital Central Norte Pemex

Introducción: Los objetivos del tratamiento del cáncer de mama metastásico son los de prolongar la sobrevida y mejorar la calidad de vida al reducir los síntomas relacionados con el cáncer, para lograrlo se necesita un manejo integral e individualizado. Los taxanos se encuentran dentro de los fármacos más usados en el tratamiento del cáncer de mama metastásico. Los taxanos son fármacos anti-microtubulinas con amplio rango de acción antitumoral, entre sus efectos adversos está el daño pulmonar el cual se produce por varios mecanismos, la forma más común es la neumonitis intersticial la cual se puede desarrollar en días o semanas de iniciada la terapia con paclitaxel o docetaxel puede ocurrir posteriormente en el curso de la terapia, su incidencia es menor del 1% con monoterapia, 47% en combinación con radiación y 33% en combinación con otros agentes neumotóxicos, se ha reportado daño alveolar difuso y fibrosis pulmonar en menos de 0.05% de los pacientes que lo reciben. **Presentación del caso:** Femenino de 69 años de edad con antecedente de

cáncer de mama diagnosticado en 1991 el cual fue tratado con mastectomía y radioterapia, se presenta a la consulta con tos seca de 2 semanas de evolución la cual fue tratada como cuadro de bronquitis crónica, al estudio de extensión se encuentra nódulo pulmonar y derrame pleural ipsilateral con estudio histopatológico de adenocarcinoma no pulmonar, por lo que se inicia tratamiento con paclitaxel a dosis de 210 miligramos cada 3 semanas, debido a la recurrencia del derrame pleural se decide colocar derivación para realizar evacuaciones periódicas, la paciente acude a urgencias por aumento de la disnea la cual es de pequeños esfuerzos. Al interrogatorio dirigido refiere disnea de pequeños esfuerzos, con tos seca con dolor de tipo pleurítico en hemitórax derecho, con necesidad cada vez más frecuente de realizar drenaje del derrame pleural, con diaforesis, astenia y adinamia. A la exploración física se encuentra paciente consciente, alerta, orientada, piel y mucosas con palidez, sin cianosis, cuello sin adenomegalias, tórax normolíneo, asimétrico por resección quirúrgica de mama derecha, con aumento de los movimientos de amplexión y amplexación, murmullo vesicular disminuido en región basal derecha, sin estertores, sin sibilancias, con disminución de la transmisión de la voz y de las vibraciones vocales, submate a

la percusión de región basal derecha, ruidos cardiacos rítmicos de adecuado tono e intensidad, sin agregados. Citoquímico de líquido pleural 3.5 g/dl, DHL 563, colesterol 70 mg/dl Tomografía de tórax con patrón en vidrio despulido, difuso, bilateral, de franco predominio izquierdo, áreas con tendencia a la consolidación y engrosamiento peribroncovascular e interlobulillar con acentuación bibasal sugestivo de toxicidad a la quimioterapia. **Conclusión:** El tratamiento de la neumonitis inducida por taxanos es empírico y aún no existen guías definidas para ello, el principal punto es eliminar la exposición al taxano y posteriormente manejo de apoyo ventilatorio, el uso de corticoides depende de la severidad del cuadro y de la rapidez con la que empeore la función pulmonar, los pacientes que presentan daño alveolar difuso inducido por taxanos tienen peor pronóstico a pesar del uso de glucocorticoides y pueden tener una condición que amenaza la vida a pesar de tratamiento, previo al inicio del tratamiento con taxanos debe evaluarse si existe daño pulmonar previo y de ser así buscar una opción diferente de tratamiento.

Palabras clave: neumonitis, paclitaxel, taxanos, ARDS, neumonitis intersticial, derrame pleural.

Folio: 1158

Tema: Reumatología

Anemia megaloblástica de larga evolución que lleva al diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo

Contreras Karina Yutzil, Minor Nataly, García María Fernanda, Panama Mariana, Hernandez Ulises

Hospital General de México

La enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) fue definida por primera vez en 1972 por Sharp y colaboradores, como una conectivopatía caracterizada por la combinación de manifestaciones propias de lupus eritematoso sistémico (LES), de esclerosis sistémica (ES) y de polimiositis (PM) asociadas a la presencia de un anticuerpo actualmente conocido como antiU1-RNP. Al menos un 25% de casos con sospecha de conectivopatía no pueden ser catalogados como una enfermedad concreta. Existe una gran controversia sobre el considerar las conectivopatías indiferenciadas y de los síndromes de solapamiento como entidades nosológicas diferenciadas y si la EMTC debe considerarse como una conectivopatía concreta y no como la coexistencia de varias enfermedades del tejido conectivo en un mismo paciente. Presentamos el caso de paciente femenino de 32 años originaria del Estado de México, a los 31 años es diagnosticada con anemia megaloblástica, de etiología indeterminada, siendo estudiada por el servicio de hematología, realizaron biopsia



de medula ósea en la que no se encontró algún hallazgo de relevancia, e inician tratamiento con ácido fólico y hierro que la paciente consumía de manera regular, sin otra sintomatología agregada. Un año después acude al servicio de urgencias por presentar datos de síndrome anémico, se realiza biometría hemática en la que se encuentra hemoglobina 4.7g/dl, VCM 133.6fL, HCM 61pg, HTC 12%, RDW 19.5%. Frotis de sangre periférica con basofilia difusa, anisocitosis, macrocitos, esferocitosis, resto dentro de parámetros normales. Al interrogatorio menciona datos de fotosensibilidad y episodios de fenómeno de Raynaud, además de rigidez en las articulaciones e incapacidad para flexionar los dedos de ambas manos, a la exploración se encuentran estertores en velcro diseminados a nivel pulmonar, ruidos cardiacos rítmicos, y soplo holosistólico plurifocal, presenta limitación para la extensión completa de ambos codos, y esclerodactilia en ambas manos. Radiografía de tórax con patrón en vidrio despulido. Debido a la sospecha diagnóstica de enfermedad reumatológica se solicitan pruebas inmunológicas, además de perfil de hierro que se encuentra dentro de parámetros normales, igual que niveles de folatos y vitamina B12. Anticuerpos AntiDNA 495.51UI/mL, ANA 1:1280, C315.6 mg/dL, C4 4.77 mg/dL, Factor reumatoide

742.0UI/mL, PCR 51.9mg/L, Anticuerpos AntiSm 20.8U/mL, AntiRNP 100.27UI/ml. La paciente evoluciona con deterioro respiratorio; presentando hipoxemia, además de fiebre, se intenta transfundir concentrado eritrocitario sin que resulte compatible en las pruebas cruzadas, prueba de COOBS directo positiva. Se inicio tratamiento con bolos de corticoesteroide con mejoría de la hemoglobina y cambio de las características de la anemia, presentado anemia normocítica normocrómica, también posibilidad de compatibilidad de pruebas cruzada por lo que se transfunden concentrados eritrocitarios. Por lo encontrado en la exploración pulmonar se realiza ecocardiograma en el que se encuentra hipertensión arterial pulmonar. Debido a los hallazgos clínicos y serológicos cumple criterios de Kahn y Kasukawa para enfermedad mixta del tejido conectivo, y después de mejoría de la sintomatología se egresa a la paciente con tratamiento inmunosupresor. La EMTC se consideró que tiene un mejor pronóstico que enfermedades es el LES. Sin embargo, un elevado porcentaje de los pacientes con EMTC desarrollan HAP, constituyendo la principal causa de muerte. En el caso de esta paciente llama la atención la presencia de anemia de un año de evolución sin diagnóstico etiológico, meses después se agrega la sintomatología que orienta finalmente al diagnós-

tico realizado. Este caso de fe de que la controversia sobre el diagnóstico de las de las conectivopatías indiferenciadas y de los síndromes de solapamiento como entidades nosológicas diferenciadas tiene fundamento, ya que en ocasiones con el tiempo acaban desarrollando una conectivopatía concreta.

Palabras clave: enfermedad mixta de tejido conectivo, anemia megaloblastica.

Folio: 1159

Tema: Educación

Índice de evaluación de la historia clínica basado en la metodología por problemas, como predictor de mortalidad hospitalaria

Vargas David Alejandro, Arias Karina Ivonne, Cano Lilian Guadalupe, Lajud Francisco
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

La historia clínica es el instrumento de evaluación inicial en la mayoría de los centros hospitalarios, centrada en el aspecto clínico del interrogatorio y la exploración física, se sustenta en los pilares de establecer diagnósticos sindrómicos, y a partir de exámenes bioquímicos y de imagen. En la actualidad no existe ningún estudio que evalúe la relación que existe entre la calidad y la estructura de la historia clínica y el pronóstico de los pacientes hospitalizados **Objetivo:** Evaluar si el cumplimiento de los ítems de la historia clínica

basada en problemas es un buen predictor de mortalidad hospitalaria. **Metódo:** Se realizó un estudio observacional analítico, retrospectivo en el cual se realizó un estudio de muestreo no probabilístico, en pacientes aleatorios mayores de 18 años de reciente ingreso a hospitalización del servicio de medicina interna sin presentar un estado previo o actual definido como críticamente enfermo que cumplieran los criterios de inclusión del estudio, y de manera retrospectiva se evaluaron del expediente clínico los ítems evaluados en la valoración inicial por residentes de todos los años que previamente hayan recibido previamente una capacitación de la metodología basada en problemas, posteriormente correlación de las variables clínicas con la respuesta al tratamiento. Para las variables cualitativas se utilizará Chi², y para las cuantitativas se determinó el tipo de distribución y para las variables con distribución normal se realizó t de Student, o con distribución no normal U de Mann-Whitney. Para la correlación, se realizó un análisis multivariado para las manifestaciones clínicas y posteriormente una regresión logística. **Resultados:** de 127 casos evaluados, se excluyeron 43 casos que no cumplieron los criterios de inclusión ingresando pacientes al estudio 83 casos, en cuanto a los ítems por separado se 90% cumplieron

con ítems de antecedentes de patología previa, el 77% la ficha de identificación, 60 en el padecimiento actual, y la identificación de diagnósticos por problemas 50% de los casos evaluados, se determinó asociación estadística en las cuales destaca que la no identificación de antecedentes familiares confiere un OR de 0.84 (IC 0.18-3) mientras que no identificar antecedentes personales 1.6 (1.1-2.94), no identificar motivo de consulta y padecimiento actual y 9.7 (IC 2.1-14.7), mortalidad se evaluó a partir de una curva Kaplan Meier en la cual la mortalidad fue menor al 8% en el grupo evaluado por metodología por problemas comparado con 39% del grupo de evaluación convencional con P menor a 0.05, el índice de evaluación estableció una sensibilidad de 88% con especificidad del 71% para un punto de corte de 6.9 o mayor. **Conclusión:** la nota basada en problemas puede ser un instrumento útil, sencillo y a la mano de cualquier médico, se evidencio que la falta de evaluación de ítems se vinculan con mayor mortalidad y que se correlaciona con el parametro numérico de este estudio.

Palabras clave: historia clínica, basada en problemas, mortalidad, motivo de consulta, diagnóstico sindromático, estancia prolongada.

Folio: 1160

Tema: Nefrología

Comportamiento de los principales factores de morbilidad en pacientes en hemodiálisis

Herbert Zaira Nereida, Borjas Jaime Antonio, Alfaro Gerardo, Aranda Francisco
Hospital Central Ignacio Morones Prieto, UASLP

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública internacional, que afecta alrededor del 5 al 10% de la población mundial, y se caracteriza por la disminución de la función renal, expresada por una tasa de filtración glomerular (TFG) menor a 60 ml/min/1.73 m² o como daño renal (alteraciones histológicas, albuminuria-proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen) persistente durante al menos 3 meses. Un factor de riesgo es una variable que tiene una asociación causal con presentar la enfermedad o la progresión de la misma, de tal modo que al estar presente se asocia con un mayor riesgo de presentar dicha enfermedad. Por lo tanto, los factores de riesgo pueden ser útiles para identificar a los sujetos con mayor riesgo para una enfermedad o para identificar un resultado en particular debido a un proceso de la enfermedad. **Objetivo:** Entender el comportamiento de las variables o factores que intervienen en la morbimortalidad en pacientes en hemodiálisis. **Material y**



método: Se realiza un estudio prospectivo, transversal, observacional, en pacientes con ERC-V en hemodiálisis. El universo de la muestra serán los pacientes de la unidad de hemodiálisis del Hospital Central Ignacio Morones Prieto, Se incluirán: pacientes en la unidad de hemodiálisis dl H.C., mayores de 18 años, con ERC-V, con mas de 90 días en HD con dos o tres sesiones a la semana, se excluirán: Pacientes con cirrosis, con diagnóstico de algún tipo de cáncer, con infección / hospitalización en los últimos 30 días, que estén en otra unidad de hemodiálisis o con datos de laboratorio insuficientes. Las variables a considerar son: género, edad, diagnóstico, presencia de hipertensión, IMC, tipo de acceso vascular, tiempo en hemodiálisis, niveles de hemoglobina, niveles de calcio, niveles de fósforo, niveles de albúmina. Los datos de las variables se almacenan en base de datos Excel. No se tendrá contacto con pacientes en forma directa, no se modificará tratamiento ni se violara su intimidad personal. Los datos de las diferentes variables se analizarán en el programa estadístico SPSS y se expresaran con estadística descriptiva, con asociaciones y correlaciones **Resultados:** Se analizaron 262 pacientes, 52% fueron hombres, edad promedio 48 años, IMC de 25, 2.4 años en promedio en terapia sustitutiva, presión arterial media de 104

mmHg, Hb promedio de 7.8 mg/dl, TFG x MDRD de 5.8 ml/min, albúmina de 3.4 gr/dl, calcio de 7.23 mg/dl, P de 7.6 mg/dl, hipocalcemia en 81%, hiperfosfatemia en 79%, hipoalbuminemia en 56% la etiología es, DM en 54%, desconocidas 36%. Uropatía obstructiva 4.5%, glomerulopatías 4.5%, LES 1%, la supervivencia a 6 años es del 40% y los factores que son significativos para mortalidad son presencia de FAVI, hipoalbuminemia y la edad. **Conclusiones:** Los factores o variables que intervienen en forma directa e independiente son edad, presencia de FAVI como factores de comportamiento a favor de mejorar supervivencia e hipoalbuminemia como factor en detrimento para supervivencia. **Discusión:** Llama la atención la alta incidencia de IMC elevado y no menos notorio el promedio de 25 de IMC en la serie estudiada, lo cual si bien se comportan en las sesiones con epidemiología inversa, pudiera ser mas bien considerarse como un factor de mal pronóstico para la presencia y evolución a ERC.

Palabras clave: ERC, hemodiálisis, morbilidad, factores, riesgo.

Folio: 1161

Tema: Cardiología

Uso de reserva fraccional de flujo en lesiones no significativas de la coronaria izquierda

Esparza Gustavo

Hospital ISSSTE Regional Monterrey

Introducción: La reserva de flujo fraccional ha emergido como un método invasivo adyuvante para identificar lesiones coronarias hemodinamicamente significativas. Hasta un 30% de las lesiones por coronariografía existe duda de su significancia.

Reseña de la historia clínica: Un paciente masculino de 77 años, con tabaquismo e hipertensión arterial. Con disnea de mínimos esfuerzos. Ecocardiograma con insuficiencia mitral severa, FEVI 60%, sin trastornos de la movilidad. En la coronariografía se encuentra lesión en segmento distal del tronco de la coronaria izquierda (TCI) del 45%, lesión en segmento medio de 50% en la descendente anterior (DA), circunfleja (CX) con lesión proximal del 80%, coronaria derecha sin lesiones significativas. Diagnóstico diferencial y progreso Se realiza guía de presión (reserva fraccional de flujo) documentándose tronco coronario izquierdo y descendente anterior con enfermedad fisiológicamente significativa de 0.43 y 0.73 respectivamente. Por lo que se decide revascularización a TCI, DA y CX, así como reemplazo valvular. **Discusión:** Es conocida la limitante de la coronariografía tradicional en las lesiones intermedias. Si bien estas pueden representar hasta el 30% de las angiografías coronarias, según algunos registros el FFR llega a utilizarse sólo en el 3.5%. En pacientes con estenosis dudosa del TCI sirve para decidir la necesidad

para revascularización cuando la decisión no puede basarse únicamente por angiografía.

Conclusiones: En el presente caso el FFR mostros las significancia funcional de la lesión del TCI y DA, cambiándose la estrategia de revascularización que se contempló inicialmente. Comentarios La reserva de flujo fraccional (FFR) permite documentar con precisión la significancia fisiológica de una estenosis coronaria intermedia, lo cual como va en aumento su uso, permitirá precisar la necesidad de revascularización.

Palabras clave: guía de presión, reserva fraccional de flujo, lesión de tronco.

Folio: 1162

Tema: Infectología

Necrosis retiniana herpética bilateral en un paciente inmunocompetente

Cedillo Hector Enrique, De la Rosa Gerardo Alexis, Figueroa Ana Lizzeth

Hospital Universitario UANL

Presentamos el caso de un hombre de 31 años de edad que acude a valoración a urgencias por dolor ocular, disminución de la agudeza visual y miodesopsias en ojo derecho. Cuenta con antecedente de desprendimiento de retina en ojo izquierdo un año previo al cuadro actual. Inició su padecimiento actual una semana previa al ingreso al presentar dolor ocular de forma progresiva sin aparentes desencadenan-

tes, a lo que posteriormente se agregó disminución de la agudeza visual y miodesopsias, por lo cual decidió acudir a nuestra institución. En su valoración inicial se le encuentra sin alteraciones neurológicas, con signos vitales en rangos normales. En la examinación oftalmológica se documenta una capacidad visual 20/40 en ojo derecho, uveítis anterior leve, vitritis 1+, papilitis y áreas de retinitis con hemorragias. Se ingresó para abordaje diagnóstico e iniciar manejo empírico. La detección de VIH por ELISA de cuarta generación fue negativa en dos ocasiones. Los laboratorios VDRL y FTA-Abs séricos, VDRL en líquido cefalorraquídeo, anticuerpos para virus de hepatitis C, antígeno de superficie para virus de hepatitis B, HLA-B27, IgG e IgM anti-toxoplasma y PCR cuantitativo para citomegalovirus en líquido cefalorraquídeo fueron negativos. Se realizó diagnóstico clínico de necrosis retiniana herpética, se inició tratamiento con aciclovir intravenoso y esteroides sistémicos. Durante su hospitalización desarrolló lesión renal aguda asociada al uso de aciclovir que se resolvió con manejo médico conservador. Las valoraciones oftalmológicas subsecuentes demostraron mejoría clínica y ausencia de progresión de las lesiones retinianas. Tras catorce días de tratamiento se egresó al paciente para continuar su manejo y seguimiento de forma

ambulatoria. El caso anterior se convirtió para nuestro equipo de trabajo en un verdadero reto diagnóstico en el cual día a día sorteábamos dificultades que ponían el panorama nada alentador para nuestro paciente el cual se enfrentaba con ello a la inminente pérdida irreversible del sentido de la vista. Es importante para el médico internista contar con el conocimiento necesario para usar todas y cada una de las herramientas diagnósticas y terapéuticas para disminuir la tasa de secuelas que pudieran poner el riesgo la vida de nuestros pacientes

Palabras clave: herpes, necrosis, inmunocompetente, infección, retina, virus.

Folio: 1164

Tema: Endocrinología

Cetoacidosis diabética euglucémica asociada al uso de inhibidor del cotransportador de sodio glucosa tipo 2 en un paciente con diabetes mellitus tipo 2

Reyes Tamara, González Jocelyn Raquel, Rivera Cesar, Domínguez Carlos, Monera Fernando

Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

Introducción: Existen reportes de casos de cetoacidosis diabética en pacientes usuarios de inhibidores del cotransportador de sodio glucosa tipo 2, dichos casos han propiciado la publicación de un reporte de seguridad de la FDA ad-



virtiéndose un mayor riesgo de cetoacidosis con hiperglucemia leve (euglucémica). **Objetivo:** Se describe el caso de un paciente usuario de un inhibidor del cotransportador de sodio glucosa tipo 2 que desarrolló cetoacidosis diabética severa euglucémica. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 43 años, antecedente de obesidad y Diabetes Mellitus tipo 2 de 3 años de diagnóstico en tratamiento desde hace 3 meses con insulina NPH y un inhibidor del cotransportador de sodio glucosa tipo 2 (dapaglifozina). Acudió al servicio de urgencias con un cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por náusea, vómito y dolor abdominal negando la presencia de diarrea o fiebre. Clínicamente se encontró al paciente con deshidratación y respiración de Kussmaul, sin otros hallazgos de importancia a la exploración física. Se solicitaron laboratorios que reportaron leucocitosis de 14300 10³/mm³, hemoglobina 13 g/dL, glucosa sérica 213 mg/dL, creatinina 1.1 mg/dL, en la gasometría se encontró con pH de 7.0, bicarbonato 9 mmol/L, BE -19, compatible con acidosis metabólica severa y un examen general de orina con glucosuria ++++ y cetonuria ++. El resto de laboratorios sin alteraciones (electrolitos séricos, pruebas de funcionamiento hepático y enzimas pancreáticas). Se interrogó dirigidamente sobre transgresión dietética o suspensión de

medicamentos y el paciente refirió solo haber suspendido los medicamentos desde el inicio de los síntomas, al no conseguir una adecuada ingesta de alimentos. Se inició tratamiento con líquidos intravenosos e infusión de insulina intravenosa con lo que el paciente mostró mejoría y se decidió su ingreso a cargo de Medicina Interna al no contar con espacio físico en la Unidad de Cuidados Intensivos. Durante su estancia intrahospitalaria se solicitaron radiografías de senos paranasales, radiografía de tórax y ultrasonido de abdomen que se reportaron normales y medición de proteína C reactiva que de igual manera, se encontró dentro de parámetros normales. Se egresó por mejoría al cumplir los criterios de resolución de cetoacidosis diabética, al mejorar la función renal y al haber reiniciado la dieta y el tratamiento con insulina subcutánea. **Conclusiones:** Los inhibidores del cotransportador de sodio glucosa tipo 2 actúan a través de un mecanismo que disminuye la absorción renal de glucosa en el tubulo contorneado proximal, con lo que se consigue control glucémico con baja incidencia de hipoglucemias, sin embargo elevan el riesgo de desarrollo de cetoacidosis diabética euglucémica. La cual se ha visto asociada a una baja ingesta de carbohidratos, consumo de alcohol o presencia de infecciones. En el caso que se presenta se descartaron

las causas desencadenantes más frecuentes, incluyendo la presencia de algún foco infeccioso, transgresión dietética y uso de alcohol, por lo que se consideró como desencadenante el uso de un inhibidor del cotransportador de sodio glucosa tipo 2. Se egresó al paciente con ajuste de tratamiento con insulina NPH y un inhibidor de dipeptidil peptidasa 4, con lo que en un seguimiento posterior en consulta externa se encontró con un adecuado control glucémico.

Palabras clave: cetoacidosis, euglucémica, severa, diabetes, dapaglifozina, inhibidor.

Folio: 1165

Tema: Reumatología

Síndrome de Felty ¿es una complicación grave extraarticular de la AR, variante de AR, AR con neutropenia o enfermedad autoinmune autónoma?

Gómez Livier, Del Valle José María, Fuentes Elida Elizabeth
IMSS UMAE T1 CMN Bajío

Introducción: Es la tríada de neutropenia, esplenomegalia y AR. Presente en < 1% de los pacientes con AR, destaca la neutropenia persistente < 2000/mm³ por 6 meses. La cuenta de neutrófilos es fluctuante. Se presenta en etapas tardías de la AR grave pero se puede asociar a otras enfermedades autoinmunes: síndrome de Sjogren, LES y vasculitis, se encuentra en descenso por el manejo intensivo de la AR. Es

más frecuente en caucásicos, mujeres, entre 30 -50 años. Se ha propuesto una respuesta autoinmunitaria contra antígenos neutrófilos. Predispone a infecciones en 60%, dado que la neutropenia autoinmune frecuentemente responde mal a corticoesteroides, el manejo es mejor con dosis intermitentes de factores de crecimiento mielóide, si estos fallan se indica esplenectomía. Clínicamente; artritis crónica con grave destrucción articular, sinovitis leve y manifestaciones extraarticulares; episcleritis, vasculitis, pleuritis, fibrosis pulmonar, nódulos reumatoides, neuropatía, úlceras en 41% con hiperpigmentación. La esplenomegalia no se correlaciona con la severidad y puede haber hepatomegalia con leve aumento de enzimas hepáticas. El diagnóstico: leucopenia, neutropenia en 75%, trombocitopenia en 40%, alto valor sérico de FR, ANA en 67%, Acs anitihistonas y HLA-DR4 positivo en 95% marcando AR agresiva con compromiso extraarticular. Puede existir hipocomplementemia y crioglobulinas por inmunocomplejos. El diferencial es con leucemia de linfocitos grandes granulares que asociada a AR se denomina pseudofelty. Otros; LES, enfermedad de Still, brucelosis, endocarditis. Neutropenia por enf. crónicas o fármacos. El tratamiento es con AINES, FARME, factor estimulante de colonias de

granulocitos, esplenectomía y rituximab. El pronóstico es malo por infecciones recurrentes y desarrollo de neoplasias. **Objetivo:** Ejemplificar el síndrome de Felty como es; presentación, diagnóstico tardíos, manifestaciones asociadas, los indicadores de mal pronóstico de la AR y escalada del manejo acorde a evolución. Resumen del caso: Femenino de 67 años, antecedente de artritis reumatoide de 31 años; con múltiples manejos predominando el uso crónico de MTX y esteroide, portadora de hipotiroidismo secundario a hemitiroidectomía por nódulo tiroideo benigno de 14 años de evolución. Portadora de leucopenia desde 2015, sin abordaje. Acude por infección de vías respiratorias y antecedente de pérdida de peso 7kg en 3 meses; con palidez, estertores crepitantes bibasales, con desviación cubital, rigidez a la movilización de articulaciones metacarpofalángicas, con dedos en cuello de cisne y maculas eritematosas que no desaparecen a digitopresión, con nodulaciones palpables y dolorosas. Reporte de Hb 11.8, Leu 1.89, Neu 0.24, VSG 32, PCR 0.152, FR: 324: ANA 1:160 homogéneo, IgA: 938 IgM: 323, CA 19-9 4.49. Se inicia quinolona y solicita USG abdominal no concluyente, requiriendo de tomografía la cual reporta esplenomegalia, crecimientos ganglionares de aspecto inflamatorio paratra-

queales y descarta actividad tumoral. Mejora con quinolona y se inicia filgastrim con aumento de la cuenta leucocitaria hasta 3.09 leucos con 1.27 neutrófilos con remisión del cuadro clínico. **Conclusión:** Femenino de 67 años, con AR de larga evolución, importante deformidad articular y mínima sinovitis. Ingresa por pérdida de peso e IVRB, con maculas y nódulos reumatoides. Se detecta anemia normocítica normocrómica, leucopenia con neutropenia febril MASCC de bajo riesgo, con hipergamaglobulinemia por IgA e IgM, positividad significativa de FR y ANA. Se corrobora tríada de descrita por Felty en 1924 y manifestaciones extraarticulares, asociando pérdida de peso a patología de base, con AMO con aplasia medular. El manejo establecido fue acorde a la evolución; AINES, esteroide, FARME, estimulante de colonias de granulocitos con mejoría parcial. Opciones posibles de manejo; ac monoclonales y esplenectomía. Se propone que el Sx Felty es una enfermedad autoinmune sistémica independiente.

Palabras clave: Felty, artritis, reumatoide, extraarticular, leucopenia, esplenomegalia.

Folio: 1166

Tema: Endocrinología

Síndrome de Cushing grave: reporte de caso en una mujer mexicana con carcinoma suprarrenal



Enríquez Gretell Alejandra, Zavala Gerardo, Carrillo Eduardo Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El carcinoma adrenal es un tipo de cáncer infrecuente, con una incidencia estimada en 0.5 a 2 casos por millón de habitantes al año y de mal pronóstico, con una tasa de supervivencia a 5 años menor al 15% en enfermedad metastásica. Estos tumores afectan el 3-10% de la población mundial, con un pico de incidencia entre 40 y 50 años. El 60% de ellos son productores, siendo el síndrome de Cushing la manifestación más frecuente.

Descripción del caso: Se trata de una mujer de 40 años con historia de hirsutismo, plétora facial, amenorrea, debilidad generalizada, aumento de peso e hipertensión arterial. En la exploración destacó facies en luna llena, dermatitis acneiforme, giba dorsal, eritrasma, edema de extremidades, atrofia de cintura escapular, hipertensión arterial y taquicardia. Sus exámenes de laboratorio revelaron cortisol 43.31g/dl (6.7-22.6g/dl), DHEA-S >1000 ng/ml (130-980ng/ml), androstenediona 9.38 ng/ml (26-214ng/ml), ACTH 21pg/ml(10-100 pg/ml), cortisol libre urinario 1818 mcg/24h (58-403mcg/24h), testosterona 1.63 ng/ml (0.1-0.75 ng/ml), y K 2.1 mEq/L (3.5-4.5mEq/L), curva de tolerancia a la glucosa basal 127

mg/dl, y a los 120 minutos 326 mg/dl. Una tomografía contrastada de tórax y abdomen reveló la presencia de un tumor sólido en glándula suprarrenal izquierda de 12.6 x 12.2 x 8.9 cm de diámetro y nódulos pulmonares compatibles con metástasis. La paciente fue tratada inicialmente mediante bloqueo hormonal y cirugía citoreductora. **Discusión y conclusiones:** El carcinoma suprarrenal, es una enfermedad poco frecuente, difícil de diagnosticar, siendo un reto para el clínico, sugerido por la presencia de un síndrome de Cushing rápidamente progresivo asociado a hiperandrogenismo grave. Por lo anterior, deben de ser manejados por un equipo multidisciplinario y aún así el pronóstico es malo para pacientes con metástasis al momento de la presentación.

Palabras clave: síndrome de Cushing, carcinoma suprarrenal, hirsutismo, tumor adrenal, mitotano, ketoconazol.

Folio: 1167

Tema: Otros

Edema agudo pulmonar neurogénico: reporte de un caso

Landa Pedro Daniel¹, Arias Andres², Domínguez Ernesto¹

¹ Hospital General de Cadereyta; ² Secretaria de Servicios de Salud del Estado de Queretaro

Introducción: El edema agudo pulmonar de causa neurogénica es un fenómeno que se presenta sin patología cardíaca

o pulmonar previa y su causa es una disfunción del centro vasomotor talámico, lo que provocará una liberación masiva de catecolaminas, esto conlleva a un aumento de la presión capilar pulmonar debido a vasoconstricción transitoria o insuficiencia cardíaca después de una lesión cerebral con una mayor permeabilidad en el lecho capilar pulmonar debido a una interrupción de la barrera endotelial por el aumento de la presión intravascular o por mecanismos inflamatorios.

Presentación del caso: Se trata de paciente femenino de 16 años, sin antecedentes de importancia. Es atendida en el servicio de urgencias tras sufrir accidente automovilístico, se desconoce la cinética del accidente. Al ingreso se valoró Glasgow de 6 puntos, con dificultad respiratoria, taquicardia y polipnea, saturando al 80%. Se solicitó Tomografía de cráneo, tórax y abdomen en la cual se encontraron los siguientes hallazgos: · Cráneo: edema cerebral severo con HSA Fisher II. · Tórax: infiltrado intersticial de predominio izquierdo sugestivo de Edema agudo pulmonar. · Abdomen: sin datos patológicos. Al ingreso a UCIA paciente con pupilas midriáticas, hiporreactivas, mirada central, fuerza muscular no valorable, murmullo vesicular presente con estertores, bajo ventilación mecánica. Ruidos cardíacos de buen tono e intensidad con tendencia a la

taquicardia sin agregados. Se inicia con manejo de edema cerebral y prevención de daño secundario, con monitorización multiorgánica. Gasometría al ingreso: pH 7.15, pCO₂ 30, pO₂ 71, Lac 7.8, HCO₃⁻ 10.5, HCO₃std 11.5, BEecf -18.4, BE(B)-17, Valoración a las 24 horas Paciente bajo sedación, pupilas mióticas arreflécticas, intubada con ventilación mecánica, hipoventilación basal izquierda, ruidos cardiacos de buen tono e intensidad con tendencia a la taquicardia, TAM 63 mmHg a expensas aminas vasopresoras. Discusión El edema agudo pulmonar es una de las principales complicaciones de la hemorragia subaracnoidea, el cual es potencialmente mortal y suele confundirse con una falla cardiaca primaria, sin embargo el edema agudo pulmonar se debe a un daño neurológico que desencadena una descarga de catecolaminas lo que estimula a los receptores adrenérgicos, los cuales modulan la permeabilidad endotelial, con un aumento del fluido intersticial y alveolar, causando edema que se traducirá en hipoperfusión global e hipoxia. Se dice que hay una hiperreactividad simpática con lo que pueden cursar estos pacientes que clínicamente se manifiesta con taquicardia, fiebre y leucocitosis. Una de las principales causas es el Traumatismo craneoencefálico, aunque también se puede presentar en el infarto cerebral, encefalitis, epilepsia

y tumores metastásicos cerebrales. El diagnóstico establece una aparición temprana donde el edema pulmonar aparece en las primeras horas después de la lesión neurológica y la forma tardía que sucede después de 12 a 24 horas. El tratamiento va encaminado a las medidas que eviten la isquemia cerebral tardía, como la mejora de la oxigenación, reducir la precarga, administrar líquidos, ya que se considera hipovolémico. **Conclusión:** La mortalidad secundaria a Edema Agudo Pulmonar Neurogénico es menor al 10%, los mas frecuente es que tengan una recuperación favorable. Sin embargo el diagnóstico no debe confundirse con patología cardiaca primaria de primera instancia.

Palabras clave: edema agudo pulmonar neurogenico.

Folio: 1168

Tema: Infectología

Neumonía necrotizante por *Klebsiella pneumoniae* con abscesos metastásicos a hígado y bazo en paciente con diabetes tipo 1

Cedillo Hector Enrique, De la Rosa Gerardo Alexis
Hospital Universitario UANL

Un paciente hombre de 21 años de edad con antecedente de diabetes mellitus tipo 1 acude a valoración por un cuadro clínico de un mes de evolución con tos no productiva, disnea progresiva y pérdida de peso no cuantificada, astenia y adi-

namia. Tiene antecedente de múltiples hospitalizaciones por cetoacidosis diabética por mal apego a su tratamiento. A su ingreso sin anomalías neurológicas, taquicárdico, febril, saturación de oxígeno 86% al aire ambiente. El paciente negó síntomas abdominales y en la exploración de dicha región no se encontraron alteraciones. Los laboratorios iniciales mostraron leucocitosis con neutrofilia, anemia normocítica y trombocitosis. En su radiografía de tórax se observó un infiltrado alveolar basal izquierdo, se realizó una TC de tórax en la cual se aprecia un infiltrado basal izquierdo con cavitaciones asociadas y una lesión hipodensa en hígado sugestiva de absceso en lóbulo hepático izquierdo. Se realizó broncoscopia con lavado bronquioalveolar: tinción de Ziehl-Neelsen negativa para detección de bacilos ácidoalcohol resistentes, PCR para *M. tuberculosis* (GeneXpert MTB/RIF) sin detección, tinción de KOH y cultivo de hongos negativos, la citología reportó alteraciones inflamatorias inespecíficas. En cultivo de bacterias se identificó el crecimiento de *Klebsiella pneumoniae* sensible a cefalosporinas de tercera y cuarta generación, se inició tratamiento con ceftriaxona observando buena respuesta clínica. Se realizó un TC contrastado de abdomen para caracterización de la lesión hepática identificada en cortes del TC de tórax, se observaron dos



abscesos en el lóbulo hepático izquierdo, el mayor de 9x7x6 cm y además un absceso no bien delimitado en la topografía del bazo. Se agregó metronidazol al esquema antibiótico y se colocó un drenaje universal mediante radiointervencionismo. El paciente continuó con mejoría clínica sin embargo desarrolló trombocitosis reactiva a la lesión esplénica. En el frotis de sangre periférica no se observaron otras anomalías hematológicas. Se corroboró la resolución de dichos abscesos por imagen de abdomen y se egresó al paciente para ser revalorado de forma ambulatoria.

Palabras clave: neumonía, *Klebsiella pneumoniae*, abscesos, infección, cetoacidosis, diabetes mellitus tipo 1.

Folio: 1170

Tema: Reumatología

Curso clínico a 5 años de un caso de lupus eritematoso multisistémico (LES) con manifestaciones severas asociado a los haplotipo de clase II HLADRB102-DQB10302 y a deficiencia adquirida del inhibidor C1

Sepúlveda Jesús¹, Bulos Pedro¹, Ramírez Juan Carlos¹, Ocaña Manuel Jesús¹, Cetina José Hiram¹, Tevera Mónica Georgina², Granados Julio³, Vera Olga Lidia⁴

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud;

² Hospita General de Zona No. 1 IMSS; ³ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de

Nutrición Salvador Subirán; ⁴ Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza

Introducción: El curso clínico del LES depende de factores genéticos y ambientales. Cuando un caso cursa con manifestaciones atípicas y severas, una correcta caracterización, incluyendo estudios de inmunogenética, puede favorecer un mejor pronóstico. **Objetivo:**

Se presenta el curso clínico a 5 años de un caso de LES con caracterización clínica, inmunológica e inmunogenética con manifestaciones multisistémicas diversas durante el seguimiento. **Caso:** Mujer de 26 años, diagnosticada a los 21 años por cuadro clínico de fiebre recurrente, pérdida no intencionada de peso y linfoadenopatía generalizada visto inicialmente por hematología. Un reporte histopatológico de linfonodo cervical mostró hiperplasia folicular reactiva CD20+, descartándose neoplasia hematológica o granulomatosa. Cursó con vasculitis leucocitoclástica cutánea (VLC), motivo por el cual fue enviado a Medicina Interna, integrándose el diagnóstico de LES con manifestaciones atípicas multisistémicas, ANA de 1:1280, anti DNA de 1035 y consumo de complemento. Se inició tratamiento con azatioprina, hidroxicloroquina (HCQ) y prednisona (PDN). Por 3 eventos ulteriores de VLC, angioedema y urticaria,

se cambio tratamiento a ácido micofenólico (AMF) a dosis de 1.5 g/d+ HCQ, la cual se suspendió en 2017 por hiperpigmentación asociada a antimaláricos. Tuvo 3 internamientos por dolor abdominal severo, edema facial y cervical. Por las manifestaciones multisistémicas se caracterizó inmunogenéticamente, identificándose una deficiencia adquirida del inhibidor de C1 asociada a anticuerpos anti-inhC1 y un haplotipo HLADRB115-DQB10302. Se añadió danazol, con lo que entró en remisión de las manifestaciones asociadas a dicha deficiencia. Con el tratamiento establecido, en 2017 presentó proteinuria nefrótica de 3.8g, con biopsia renal mostrando glomerulonefritis lúpica clase V, cambiándose tratamiento a ciclofosfamida (CyC) mensual-bimensual; al cumplir una dosis acumulada de 9g, presentó fallo terapéutico por nueva recaída nefrótica de 3.2 g, cambiándose tratamiento a Rituximab (Rtx), recibiendo 2 gramos en total y lográndose respuesta terapéutica en células CD20+ (950 al inicio, 320 a la semana 6 y 190 a la semana 12). Actualmente recibe AMF (2g/d), PDN 5 mg/d, danazol y montelukast, con remisión mucocutánea y renal parcial (proteinuria de 1.5g). La paciente tiene una sobrevida de 5 años desde el diagnóstico. **Conclusión:** EL LES tiene un curso clínico heterogéneo y una correcta caracterización y

seguimiento puede permitir un mejor abordaje. En este caso, la sospecha oportuna de deficiencia adquirida del inh-C1 permitió ofrecer un tratamiento correcto entender y tratar las manifestaciones mucocutáneas severas. Así mismo, el conocer que es portadora del haplotipo HLA DQB10302, que es de riesgo para LES severo, ha permitido tratar de forma agresiva las manifestaciones renales, ofreciéndose Rtx para intentar lograr una remisión que le permita mejorar el pronóstico y preservar la función renal.

Palabras clave: HLA, deficiencia de C1, lupus eritematoso, multisistémico.

Folio: 1171

Tema: Epidemiología

Incidencia, prevalencia y mortalidad de cirrosis hepática por VHC en México y América

Guzmán Alan Francisco, Álvarez Martha Mercedes, Lara Elia, Garnica Francisco, Macías César

Universidad de Guanajuato

Introducción: El virus de hepatitis C (VHC), descubierto en 1989, es un virus RNA que se replica preferentemente en los hepatocitos y que al no ser directamente citopático, se asocia a una infección persistente. La enfermedad crónica producida por el VHC en la mayoría de los casos cursa de forma silenciosa, aspecto de importancia epidemiológica. Se estima que existen alrededor de

170 millones de personas infectadas en el mundo (prevalencia de 2.2%) y podría estimarse que en nuestro país existen alrededor de 1.2 millones de personas infectadas (prevalencia 1 a 1.9%). Se ha calculado que la infección crónica por el VHC, será responsable de alrededor de 250000 y 350000 defunciones al año, esencialmente relacionadas con la descompensación de la cirrosis, enfermedad hepática terminal y el carcinoma hepatocelular. El objetivo del tratamiento actual de la Hepatitis C es lograr la ausencia de RNA después de 12 semanas de haber acabado el tratamiento, la cual se alcanza hasta en el 99% de los casos. **Objetivo:** Describir la incidencia, prevalencia y mortalidad de la cirrosis por virus de hepatitis C en México y el resto de países del continente americano. **Metodología:** Se realizó estudio retrospectivo y descriptivo en el cual se tomó el modelo de captación de datos estructurado por la incidencia, prevalencia y mortalidad de la cirrosis hepática por VHC en México y América entre los años 1990-2016 tomado de la base de datos del Global Burden Disease. **Conclusiones:** Desde 1990 México ocupa el primer lugar en América en tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad por cirrosis hepática causada por VHC y estas 3 continúan en aumento en todos los países que comprenden América. Al tratarse en la mayoría de

los casos de una enfermedad insidiosa y silenciosa se deberían seguir ideando estrategias para su diagnóstico oportuno pues se pues la hepatitis C es una enfermedad prevenible y curable.

Palabras clave: hepatitis C, cirrosis hepática, epidemiología cirrosis, epidemiología VHC.

Folio: 1172

Tema: Nefrología

Amiloidosis renal (tipo AA) secundaria a espondilitis anquilosante

Piña Monserrat¹, Vergara Adriana¹, Salero Débora¹, Rodríguez Adrián², Soto Ma. Virgilia²

¹ Hospital Ángeles Metropolitano; ² Hospital General de México

Masculino de 56 años, originario y residente de la Ciudad de México. Alergias, alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías negados. Un hermano con diagnóstico de espondilitis anquilosante y antecedente en rama paterna de artritis anquilosante en varias generaciones sin diagnóstico específico. Inicia a los 15 años de edad con dolor a nivel sacro y eje axial, se realiza protocolo de estudio con RNM con hallazgos de sacroileítis así como HLA-B27 positivo estableciendo diagnóstico de espondilitis anquilosante, inicialmente manejado de forma conservadora y analgésicos no especificados, posteriormente se agrega Prednisona 5 mg cada 48 horas hasta la fecha y Sulfa-



zalacina la cual se suspende en el 2015. Durante la evolución presentó enfermedad diverticular complicada requiriendo hemicolectomía y colostomía con posterior reconexión, así como prótesis de cadera bilateral en 1992 con posterior recambio de prótesis izquierda en el 2001. Hipertensión arterial sistémica en tratamiento con Losartán 50 mg cada 24 horas, hiperuricemia asintomática en tratamiento con alopurinol 300 mg cada 24 horas e Hipercolesterolemia en tratamiento con atorvastatina 20 mg cada 24 horas. Diagnóstico en 2014 por biopsia renal de glomerulonefritis membranosa primaria con proteinuria de 5974 mg/24 horas, se inició tratamiento de primera línea con ciclosporina, logrando disminuir proteinuria a 500 mg/24 horas, presentó recaída al tercer mes de tratamiento con proteinuria de 4763 mg/24 horas, por lo que se inicia Tacrolimus por 3 meses sin respuesta, se escala a tercera línea de tratamiento con Rituximab esquema de 4 dosis semanales con un refuerzo posterior. Actualmente persiste proteinuria en rangos nefróticos con 6.3 g/24 horas. Ante la falta de respuesta a tratamiento médico se decide nueva toma de biopsia para revalorar diagnóstico, estableciéndose diagnóstico de amiloidosis renal (tipo AA) secundaria a espondilitis anquilosante, se ajusta tratamiento y se mantendrá en vigilancia de respuesta.

Palabras clave: espondilitis anquilosante, amiloidosis AA, amiloidosis renal, manifestaciones extraarticulares de la espondilitis anquilosante.

Folio: 1173

Tema: Misceláneos

Síndrome de uñas amarillas una causa rara de derrame pleural

Mayorquín Juan Manuel, Zavala Carmen, Miguel José Luis, Sánchez Juan Javier, Arsuaga Blanca Marcela

Fundación Clínica Médica Sur

Introducción: El síndrome de uñas amarillas es una entidad clínica rara. Existen solo 200 casos reportados. Por la baja incidencia de la enfermedad y difícil tratamiento presentamos un caso. **Caso clínico:** Mujer de 64 años con hipertensión arterial y dislipidemia. Acudió a urgencias por disnea, fatiga e hiporexia. Se encontró con taquicardia, taquipnea, desaturada al 85%, se integró clínica y radiológicamente con derrame pleural derecho del 50%. Hemoglobina 15 gr/dl, plaquetas 241 mil, leucocitos 5.6, triglicéridos 61mg/dl, colesterol total 112mg/dl, albúmina 4.1gr/l. Se realizó ecocardiograma descartando patología cardíaca. Se realizó toracocentesis obteniendo 900ml de líquido rosado, el análisis bioquímico con pH 8, triglicéridos 2009 mg/dl, DHL 95 UI/l, cumpliendo criterios de quilotórax. A la re-exploración física se observó uñas amarillentas. Ante la persistencia del

derrame pleural se realizó pleurorectomía parcial y pleurodesis química, sin mejoría por lo que presentó desnutrición y falleció por neumonía intrahospitalaria.

Discusión: El diagnóstico del síndrome de uñas amarillas se realiza con 2 de 3 criterios clínicos: Uñas amarillas, linfedema y afección pulmonar. Son casos esporádicos, aunque se han encontrado asociaciones con enfermedades autoinmunes, malignidad y medicamentos. Se presenta entre la cuarta y sexta década de la vida. En estos pacientes se ha observado deficiencia en el drenaje linfático por hipoplasia. Las manifestaciones pulmonares son la principal causa de morbimortalidad en estos pacientes, debido a que presentan desnutrición por fuga de micronutrientes a través del espacio pleural, lo que predispone a infecciones y muerte. Aunque muchos de los pacientes responden al tratamiento con pleurodesis química, existen presentaciones refractarias al manejo inicial, donde se han utilizado otros tratamientos como vitamina E, azoles, macrólidos, esteroides y octreotide con diferentes **resultados**. Por lo que se necesita más estudios al respecto.

Palabras clave: síndrome uñas amarillas, síndromes raros, derrame pleural, quilotórax.

Folio: 1175

Tema: Neurología

Esclerosis concéntrica de Baló: reporte de un caso

García Felipe, Hernández Adrián, Hintze Juan Carlos, Martínez Georgina, Medina Julieta, González Nallely
Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos

Introducción: La esclerosis concéntrica de Baló fue descrita por primera vez en 1906, y se ha agrupado como una de las formas atípicas de la esclerosis múltiple. Se produce como una lesión en capas concéntricas en la sustancia blanca del cerebro similar a anillos de cebolla. Es una enfermedad rara, las estimaciones precisas de la prevalencia son inciertas. La edad promedio de inicio es de 34 años, con una proporción de mujeres a hombres de alrededor de 2:1, aunque los pacientes pueden presentar síntomas clásicos de esclerosis múltiple, como debilidad focal, ataxia, trastorno sensorial o diplopía, también se incluyen cefalea, deterioro cognitivo, cambios en el comportamiento, trastornos del habla, incontinencia urinaria, convulsiones y hemiparesia. Los avances en la resonancia magnética han permitido que la esclerosis concéntrica de Baló pueda diagnosticarse in vivo. Las lesiones de Baló pueden ser múltiples o solitarias, parecen surgir alrededor de una zona perivenular en respuesta a un estímulo desconocido que causa activación de macrófagos y microglia para producir citocinas, radicales libres de oxígeno o algún otro mediador

neuroquímico responsable de inducir desmielinización. **Objetivo:** Reporte de un caso de esclerosis concéntrica de Baló, tratamiento y evolución. **Caso clínico:** Mujer de 49 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica en manejo con losartán y amlodipino, quien acude por presentar cuadro de 15 días evolución con diplopía, mareo y cefalea holocraneana. La exploración neurológica reveló una parálisis incompleta del tercer par craneal derecho (con función pupilar normal) sin otros hallazgos de interés. La tomografía de cráneo no demostró alteraciones significativas, la resonancia magnética con evidencia de lesiones hiperintensas en región subcortical, periventriculares, con edema perilesional, agujeros negros y lesión temporal derecha con reforzamiento de gadolinio, lesiones pediculares (venulares). Se inicia manejo con bolos de metilprednisolona, continuando con esquema de fingolimod. Se egresa con seguimiento por neurología con toma de bandas monoclonales para pronóstico. **Conclusión:** La esclerosis concéntrica de baló es un subtipo raro de enfermedad desmielinizante con características radiológicas y patológicas específicas. A pesar de tener una mejor comprensión de esta enfermedad en la era de la resonancia magnética, todavía hay varias áreas de incertidumbre. Sólo a través de la investigación de esta en-

fermedad será posible aclarar si la esclerosis concéntrica de Baló puede realmente ser considerada como una enfermedad desmielinizante por separado o si es una variante más cercanamente relacionada.

Palabras clave: esclerosis, concentrica, Baló, diplopia, desmielinización, metilprednisolona.

Folio: 1176

Tema: Dermatología

Pénfigo paraneoplásico secundario a linfoma Hodgkin de celularidad mixta reporte de caso Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Jimenez Luis Antonio, Serriñá Luis Gabriel, Rodríguez Ricardo, Esquivel Jennifer, Aguilar Georgina, Aguilar Karen Victoria, Camacho Raúl
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El pénfigo ampolloso un síndrome autoinmune poco frecuente con desarrollo de anticuerpos para desmoplaxina. Con poca información en la literatura en cuanto abordaje de origen paraneoplásico generalmente asociado en tumoraciones de mediastino anterior a linfoma, teratoma o timoma, generalmente de mal pronóstico debido a la afectación multisistémica que llegan a desarrollar, con el compromiso a nivel cutáneo con alto riesgo de sobreinfección bacteriana. **Presentación de caso:** Masculino de 18 años de



edad sin antecedentes cronco-degenerativos de importancia que inicia su padecimiento actual hace 1 mes y medio con presencia de úlceras orales en cara interna de ambas mejillas las cuales crecieron de manera progresiva lesiones ulcerativas y hemorrágicas que provocan cicatrización de la superficie de ambos labios dificultando su apertura, esto acompañándose de alzas térmicas no cuantificadas, escalofríos, astenia, adinamia, anorexia, malestar general, tos con expectoración verde amarillenta además de eritema multiforme compuesto por placas maculas eritematosas e hipercrómicas, ámpulas y vesículas con afección en cara, ambos ojos, cuello, tronco y extremidades superiores, así como edema de ambas manos, disminución arcos de movilidad y fuerza, secreciones verdosas purulentas en ambos ojos que dificultan su apertura con consecuente disminución de la agudeza visual, además debido a la disminución de peso no intencionada por parte del paciente se solicitan estudios de imagen complementarios con evidencia de tumoración mediastínica, aladaña a bronquio principal derecho, solicitando toma de biopsia guiada por imagen con reporte linfoma Hodgkin celularidad mixta, Además de solicitar biopsia excisional de lesión en extremidad superior derecha con reporte de pénfigo ampuloso,

iniciando manejo de las lesiones dérmicas con uso de esteroide sin mejoría de la sintomatología, no candidato a inicio de quimioterapia debido a la sobreinfección bacteriana y mal estado general

Palabras clave: pénfigo, paraneoplásico, Hodgkin, linfoma.

Folio: 1177

Tema: Hematología

Linfohistiocitosis hemofagocítica, un reto para el internista

Chávez Miguel Ángel¹, Ruiz Cristian², Ceja Luis Alberto³

¹ Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma Chihuahua; ² Facultad de Medicina Unidad Saltillo, Universidad Autónoma de Coahuila; ³ IMSS

Mexicana de 16 años, sin antecedentes de importancia, ingresa por fiebre de origen desconocido. Síntomas: fiebre en picos y cefalea de 15 días de evolución. Exploración física: 39°C, TA: 110/80 mmHg, FC 110 lpm, sin linfadenopatías, presenta hepatoesplenomegalia. Bioquímicos de ingreso: leucocitos de 2000/ml (neutrófilos 480/ml; linfocitos, 1350/ml) Hb 12.5g/dl, plaquetas 73000/ml, ALT 301 u/l, AST 587 u/l, DHL 6490 u/l, cetonuria 5mg/dl, sedimento inactivo, triglicéridos 235mg/dl. Serología para hepatitis B, C, VIH, CMV, EB, rubeola, parvovirus B19, toxoplasma, ANAs, C3, C4, antiDNA, PPD y cultivos negativos. Tratamiento inicial: vancomicina y cefepime. Du-

rante su internamiento cursó con fiebre nocturna, disnea y palpitaciones; se realizó EKG encontrando un bloqueo aurículo-ventricular de primer grado y bigeminismo ventricular proveniente del ápex, posteriormente cursa con fibrilación auricular de respuesta ventricular rápida, que revierte con amiodarona. ECOTT insuficiencia mitral y tricuspídea leve, PSAP 35mmHg, derrame pericárdico posterior escaso e hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo. Aspirado de médula ósea y biopsia de hueso: hiper celularidad en las tres líneas, se reporta un macrófago hemofagocítico. Tomografía: hepatoesplenomegalia. Seguimiento de ferritina de 23400 ng/dL, transferrina 81 mg/dL. Citometría de flujo: depleción en T cooperadores, NK. Con disminución de fibrinógeno 139mg/dl y TP prolongado. Cariotipo 46,XX sin alteración numérica, ni estructural. Cumpliendo 6 criterios para el diagnóstico de linfohistiocitosis hemofagocítica, se inicia inmunoglobulina, pulsos con dexametasona y quimioterapia con ciclosporina y etopósido. La etiología suele ser primaria, o secundaria a neoplasias, infecciones por virus, bacterias, hongos o enfermedad reumatológica. Un 25-100% de los pacientes tienen hemafagocitos al inicio de la enfermedad, de diagnóstico frecuentemente no considerado, la mortalidad suele ser elevada, por lo que debe tomarse en cuenta en

paciente de fiebre de origen desconocido. Hasta el momento paciente en seguimiento por nuestro servicio con respuesta al tratamiento.

Palabras clave: linfocitosis, macrófago, fiebre, hemofagocitosis, ferritina, célula NK.

Folio: 1178

Tema: Gastroenterología

Colangitis biliar primaria: abordaje de colestasis intrahepática con anticuerpos antimitocondriales negativos

Castillo Rodrigo, Marquez Gibraltar, Flores Fernanda, Cordova Jacqueline, Munguia Diana, Pinedo Alfredo

Hospital General Dr. Manuel Gea González

La colangitis biliar primaria es una entidad patológica con una clínica y bioquímica inicial poco específica que requiere de un abordaje integral para lograr llegar a un diagnóstico certero. El diagnóstico requiere de criterios bioquímicos, inmunológicos y a veces histológicos según lo reportado por Mayo Clinic en 2009. **Caso:** Se trata de paciente femenino de 41 años de edad con antecedente de esclerosis sistémica y vitiligo ambas sin tratamiento, reporta consumo de alcohol de manera social < 10 gramos / semana. Inicia su padecimiento actual cuando es enviada al servicio de Medicina Interna, para seguimiento por esclerosis sistémica. En consulta es encontrada

a la exploración física con ictericia en escleras y dactilitis con disminución de pliegues en manos. Se realizaron laboratorios de control encontrando como relevantes ALT 190, AST 157, GGT 547, FA 603, bilirrubinas totales 2.21, bilirrubinas indirectas 1.03, bilirrubinas directas 1.11. Debido a estos hallazgos se decidió realizar perfil virológico descartándose infección por VHB y VHC al momento. Se realizó ultrasonido hepático que reportó hígado de tamaño y ecotextura normal así como vía intra y extra hepática de tamaño normal sin obstrucción. Se solicitaron anticuerpos antinucleares 1:1000 patrón moteado fino, anticuerpos antimitocondriales negativos. Se reportaron inmunoglobulinas IgM > 300 mg/dl. Se decidió realizar colangiografía que se reportó dentro de parámetros normales. Se realizó biopsia hepática que reportó infiltrado inflamatorio periductal con extensión a porta, estadio 2 de Ludwig, sugestivo de colangitis biliar primaria. Se decidió iniciar ácido ursodesoxicólico y bezafibrato, con disminución sustancial de Fosfatasa Alcalina y GGT. **Discusión:** La incidencia de colangitis biliar primaria se reporta de 0.9 a 5.8 casos por 100000 habitantes con predominio en mujeres de la quinta década de la vida. Fatiga prurito e ictericia pueden ser las manifestaciones iniciales, sin embargo gran porcentaje de pacientes cursa asintomática y el

abordaje se inicia al encontrar alteraciones inespecíficas de las pruebas de función hepática. Existen condiciones concomitantes relacionadas, una de ellas la esclerosis sistémica que puede estar presente de 1 a 2 % de los casos. El patrón inicial es de colestasis con FA y GGT elevadas, para cumplir criterios diagnósticos se deben presentar > 1.5 veces y > 35 veces el límite superior normal respectivamente, esto sumado a la positividad de anticuerpos anti-mitocondriales > 1:40, sin embargo se pueden encontrar en un 10 % negativos, también se asocian anticuerpos antinucleares positivos con patrón moteado fino o perinuclear. El diagnóstico se puede realizar únicamente con los criterios bioquímicos e inmunológicos, el papel de la biopsia es reservado para los casos con anticuerpos anti-mitocondriales negativos pero alta sospecha siendo los hallazgos lesión ductal, infiltrado inflamatorio periductal y formación de granulomas. **Conclusión:** En este caso se representa la importancia de detectar y abordar de manera ordenada las alteraciones en las pruebas bioquímicas de función hepática. La clínica inespecífica y a veces ausente en esta entidad nos obliga a hacer un escrutinio completo ante la presencia de un patrón colestasico en aquellos pacientes con ausencia de factores de riesgo para una enfermedad Hepática.



Palabras clave: colestasis, colangitis, antimitocondriales, fosfatasa alcalina, biopsia, ácido ursodesoxicólico.

Folio: 1179

Tema: Neurología

Disfagia como manifestación atípica de tumoración del cuarto ventrículo

Laguna María Guadalupe, Beristain María Berenice, Mijangos Alejandra Madeleine, Cortéz Brenda Guadalupe, Orozco Francisco Javier

Hospital Regional 1o. de Octubre ISSSTE

Antecedentes: La disfagia orofaríngea es un síntoma grave que se puede presentar tan sólo en el 6% de los tumores cerebrales y en 2% de los casos de hidrocefalia. **Objetivo:** Reportar un caso de tumoración del cuarto ventrículo en una paciente femenina, cuya manifestación inicial estuvo relacionada a disfagia orofaríngea. **Caso clínico:** Mujer de 44 años de edad con antecedente de carga genética para diabetes mellitus tipo 2. Acude al hospital por padecimiento de disfagia a sólidos y posteriormente a líquidos de 5 meses de evolución, acompañada de dolor retroesternal opresivo de intensidad 7/10, irradiado a espalda y desencadenado con la ingesta de alimentos, que le condiciona disnea, hiporexia y pérdida de peso de 8 kilos en 3 meses. Exploración física: Consciente, exploración cardiaca normal,

y pulmonar con sibilancias espiratorias. Con abolición de reflejo tusígeno y de la deglución. Sensitivo sin alteraciones. Disminución de la fuerza muscular 4/5 de miembro torácico y pélvico izquierdos y reflejos osteotendinosos exaltados de forma simétrica y generalizada. Cerebelo y meníngeos sin alteraciones. Paraclínicos: Hemoglobina: 9.1gr/dl microcítica hipocrómica, leucocitos: 8000, plaquetas: 1001, glucosa: 91, urea: 27, sodio: 134, potasio: 4.3 y Saturación de Oxígeno de 83%. Gabinete: manometría con acalasia clásica; espirometría con patrón restrictivo; Resonancia magnética de cráneo: masa en fosa posterior de aspecto heterogéneo con efecto de masa en tallo cerebral y médula espinal con hidrocefalia no comunicante e Histopatológico: hemangioblastoma cerebral. **Conclusiones:** neoplasia vascular rara de origen incierto presente en el 1-2.5% de las neoplasias intracraneales, más frecuente en hombres entre la 2a y 5a décadas de la vida, que cursó con policitemia secundaria y ameritó extirpación quirúrgica y drenaje ventricular por hidrocefalia, cuya manifestación inicial tuvo una presentación totalmente atípica relacionada a disfagia orofaríngea como síntoma de gravedad.

Palabras clave: disfagia orofaríngea, presentación atípica, raro, origen incierto, recurrencia, solitario.

Folio: 1180

Tema: Neurología

Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en la ciudad de Chihuahua, México. A propósito de un caso clínico

González Carlos Mauricio, Avalos Andrea, Porras Manuel, Vargas Eleazar

Christus Muguerza Hospital del Parque-UDEM

Hoy en día se reconocen cinco enfermedades por priones: kuru, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ), variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker e insomnio fatal familiar. La ECJ esporádica representa más del 90% de las enfermedades por priones. Según las estadísticas, se presenta un caso al año de ECJ por cada 1,000,000 de personas. La edad media de inicio de esta enfermedad oscila entre los 57 y 62 años. La presentación esporádica es un reto diagnóstico de primera instancia dentro de las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad. Muy poco común entre la población y con un pronóstico sombrío. La rapidez de la progresión de los síntomas hace que sin duda se plantean las medidas terapéuticas más eficaces para concienciar a la familia de los cuidados posteriores y de asimilar el mal pronóstico. Los nuevos métodos diagnósticos han hecho acercarnos a una sensibilidad de hasta el 98% en el caso de RT-

QuIC lo que hace de esto una herramienta más para agregar a los criterios históricamente establecidos como lo son la clínica de demencia progresiva: Mioclonías, afectación visual o cerebelosa, disfunción piramidal o extrapiramidal, mutismo acinetico. Así como métodos paraclínicos como bigeminismos en el EEG y las proteínas 14-3-3 y T-Tau en Punción lumbar de LCR. A propósito de este caso clínico femenina de 58 años, reportado en la ciudad de Chihuahua fue posible confirmar con todas las herramientas disponibles que existen hoy en día el diagnóstico y así poder manejar de manera temprana las complicaciones que esto conlleva hasta el desenlace fatal del paciente. Sin duda es un reto diagnóstico y queda mucho campo por explorar en relación al tratamiento para evitar la progresión, sin embargo el reto siempre estará en el manejo de la información de manera eficiente para dar certeza diagnóstica a los familiares que enfrentan esta patología en un familiar directo y poder lidiar con el desenlace final.

Palabras clave: Creutzfeldt-Jakob, demencia, Gerstmann-Sträussler-Scheinker, rápidamente progresiva, priones, deterioro cognitivo.

Folio: 1181

Tema: Cardiología

Trombo en tránsito: reporte de un caso y actitud terapéutica

Acosta Ana Cecilia

Hospital Regional ISSSTE Monterrey

Introducción: Trombo en tránsito es una condición fatal de múltiple etiología, que se encuentra regularmente en el contexto de una tromboembolia pulmonar. **Presentación del caso:** Femenino de 49 años con los antecedentes de hipertensión arterial; enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis con reciente colocación de nuevo acceso; e hipertensión arterial pulmonar secundario a enfermedad trombo-embólica crónica. Paciente a quien se realiza un ecocardiograma de control encontrando trombo móvil en aurícula derecha. La paciente es hospitalizada, refiriéndose asintomática. A la exploración presión 110/70, frecuencia cardíaca 80', frecuencia respiratoria 20', temperatura 36, tórax con presencia de catéter Mahurkar subclavio derecho, campos pulmonares bien aireados sin estertores ni sibilancias, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, sin agregados. Paraclínicos biometría hemática en rangos normales, química sanguínea con hiperazoemia, no elevación de enzimas cardíacas, así como tiempos de coagulación en rangos normales. Ecocardiograma ritmo sinusal con FC de 83 latidos por minuto, eje 60°, sin datos de hipertrofia, isquemia lesión o necrosis. Ecocardiograma con hiperten-

sión pulmonar severa, trombo en tránsito aurícula derecha móvil, pediculado, no dependiente de catéter mahurkar. Se decide realizar trombolisis in situ con terapia EKOS, realizando ecocardiograma de control encontrando trombo fragmentado en aurícula derecha, por lo que se decide trombolisis sistémica con Alteplase. Nuevamente se realiza ecocardiograma observando reducción no significativa. Finalmente pasa a trombectomía por cirugía abierta, mandando pieza a patología la reporta coágulo sanguíneo. **Conclusión:** El trombo en tránsito al ser un raro hallazgo no existe un consenso sobre la actitud terapéutica, siendo necesario la individualización de cada caso. **Comentario:** Este caso es de especial interés por su curso, evolución y desenlace, pasando por tres de los tratamientos establecidos.

Palabras clave: trombo en tránsito, tromboembolia pulmonar, trombolisis.

Folio: 1182

Tema: Infectología

Factores asociados a mal pronóstico en pacientes hospitalizados con neumonía adquirida en la comunidad

Hernández Jessica Johana, Barrera Miriam, Vega Francisco Javier, Albarran Antonio, Hernández Daniel Ramon, Valencia Raul

Hospital Angeles Clínica Londres



Introducción: A nivel mundial, la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) continua siendo causa importante de muerte, ocupando el cuarto lugar con alrededor de 3 millones de muertes al año. Sin embargo, en países en vías de desarrollo la infección de vías respiratorias bajas ocupa la primera causa de mortalidad con hasta 91 muertes por cada 100,000 habitantes. Es la primera causa de muerte por causa infecciosa a nivel mundial, causando el doble de muertes que la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el mundo. **Objetivo:** Identificar factores asociados a mal pronóstico, definido como mortalidad hospitalaria y necesidad de traslado a Unidad de Terapia Intensiva (UTI), en adultos hospitalizados con NAC. **Material y métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó a adultos hospitalizados con diagnóstico de NAC en el Hospital Angeles Clínica Londres durante el año 2016. Se registraron las variables clínicas, escalas pronósticas, consideraciones diagnósticas y terapéuticas. Se analizó la información en SPSS Statistics 22. **Resultados:** Se incluyeron 98 pacientes, 62% mujeres, la edad media de 79 años con un intervalo entre 30 y 97 años. El 88% fueron adultos mayores. La estancia media fue de 8.6 días. El 59%

eran fumadores actuales y 19.3% habían sido hospitalizados en los últimos 30 días. El 96.9% de los pacientes tenía al menos una comorbilidad, siendo las más frecuentes hipertensión arterial sistémica (HAS), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes mellitus (DM). La duración promedio de los síntomas fue 5.2 días, siendo los más frecuentes tos, expectoración, malestar general, disnea, fiebre y dolor torácico. A su ingreso el 46.9% estaba taquípneico, 35.7% taquicárdico, 18.3% febril y 13.2% hipotenso. En la exploración física inicial, solo se documentó síndrome pleuropulmonar de consolidación en el 32.9%. La radiografía de tórax inicial fue reportada anormal en 96.7%. Se documentó anemia (43.8%), leucocitosis (41.8%), trombocitopenia (14.2%) y bandemia (9.1%), hiponatremia (31.8%), lesión renal aguda (33.6%), hipoalbuminemia (67.3%). A 80 pacientes se les tomó procalcitonina al ingreso, 28 de las cuales fue mayor al punto de corte. En 79 pacientes se obtuvo PCR, elevada en 50 de ellos. A 49 pacientes se les realizó cultivo de secreción bronquial, solo 10 contaban con criterio de significancia, siendo positivos 20. Los microorganismos más frecuentes fueron del género *Candida*. Se tomaron 40 (40.8%) hemocultivos, encontrándose desarrollo de microorganismos en 5. Se

calculó CURB-65 en 66 pacientes; PSI en 72 pacientes. Con respecto al tratamiento empírico, 54% recibió dos o más antibióticos, a 46 pacientes se les cambió el esquema antibiótico. La media del tratamiento fue de 7.9 días, con un máximo de 37 días. Ingresaron a UTI 18.3% de los pacientes, los factores asociados fueron: taquipnea (OR 13.3), hipoalbuminemia (OR 10.75), PSI clase V (OR 8.9) e hiponatremia (OR 3.29). Fallecieron durante la hospitalización el 11.2%, asociándose con PSI clase V (OR 23.46), lesión renal aguda (OR 11.81), hospitalización previa (OR 6.83), taquipnea al ingreso (OR 6.08), uso de antibióticos previos (OR 4.60), fiebre (OR 1.15) y hemocultivo positivo (OR 1.13). **Conclusiones:** La NAC es causa frecuente de hospitalización en nuestro medio. Podemos identificar tempranamente los factores asociados a mal pronóstico, entendiendo que los antecedentes, signos vitales, clasificación de severidad y estudios de laboratorio básicos, son trascendentales y que podríamos optimizar recursos. En este estudio, el impacto de la procalcitonina elevada, ingreso a UTI, uso de vasopresor o VMNI/VMI no fue estadísticamente relevante como factor asociado a mortalidad hospitalaria.

Palabras clave: neumonía, adquirida, comunidad, factores, pronóstico, mortalidad.

Folio: 1183

Tema: Neurología

Hidrocefalia crónica del adulto como causa de síndrome de caídas en adulto mayor. Reporte de caso

Rodríguez Pablo César, González Nadia del Carmen, Hernández Roberto, Hernández Daniel, Marín Aldo Hernan, González Nallely, Alvarez Maria Elena

Hospital Central Norte de Pemex

Introducción: La hidrocefalia crónica del adulto fue descrita en el año de 1964 por Salomón Hakim. Se trata de una tríada clásica de trastornos de la marcha, demencia e incontinencia urinaria asociada a dilatación ventricular también llamado síndrome de Hakim Adams. La edad promedio de presentación de la enfermedad es a los 70 años; la incidencia estimada es de 0.2% en pacientes de la octava década de la vida y se incrementa hasta 5.9% en pacientes mayores de 80 años. Para el diagnóstico es importante la realización de un adecuado interrogatorio con tomografía de cráneo o resonancia magnética. En la mayoría de los casos no se encuentra la causa que le da origen al síndrome. La hidrocefalia crónica del adulto debe ser sospechada en pacientes geriátricos con presencia de alteraciones de la marcha, presencia de incontinencia urinaria y deterioro neuro-

cognitivo. En la tomografía de cráneo se puede observar ventriculomegalia encontrándose un índice de Evans mayor de 0.33. El tratamiento clásico de elección es la implantación de una derivación de líquido cefalorraquídeo ventrículo-peritoneal. **Objetivo:** Conocer y sospechar de síndrome de Hakim Adams en pacientes de edad avanzada que han sufrido síndrome de caídas.

Presentación de caso clínico: Femenino de 91 años de edad, la cual presenta hipertensión arterial sistémica de 40 años de evolución en tratamiento con losartán 50 miligramos cada 24 horas. La paciente presenta deterioro neurocognitivo de 2 años de evolución sin presenica de tratamiento; además presenta incontinencia urinaria desde el año 2016. Los familiares refieren que desde hace 1 año la paciente tuvo problemas para la deambulación presentando 4 caídas en los últimos 6 meses. La paciente es traída al servicio de urgencias posterior a sufrir caída de su plano de sustentación presentando traumatismo craneoencefálico con pérdida de la conciencia. Se toman laboratorios de control sin alteraciones. Se le realizó tomografía simple de cráneo detectándose imágenes compatibles para dilatación del sistema ventricular, con índice de Evans 0.38, llamando la atención zonas hipodensas periféricas a las astas anteriores y posteriores de los ventrículos

laterales que sugiere migración transependimaria, compatible para hidrocefalia crónica del adulto. Se logra establecer el diagnóstico y el servicio de neurocirugía le explica a familiares la opción terapéutica sin embargo es rechazada por los mismos debido al riesgo elevado complicaciones por la edad avanzada de la paciente.

Conclusión: La hidrocefalia normotensa del adulto es una de las causas de síndrome de caídas debido a alteración de la marcha que aumenta conforme la edad. Muchas veces no se realiza el estudio completo de deterioro neurocognitivo al no integrarse un posible síndrome de Hakim Adams postergándose su diagnóstico y al mismo tiempo su tratamiento. Con el fin de diagnosticarla precozmente es importante tenerla presente y realizar las pruebas diagnósticas necesarias.

Palabras clave: hidrocefalia, síndrome Hakim Adams, síndrome de caídas, deterioro neurocognitivo, incontinencia, alteración de la marcha.

Folio: 1184

Tema: Endocrinología

Enfermedad de Addison: un diagnóstico clínico vigente a 163 años de su descripción

Aguillon Zayra Fernanda, Cruz Antonio, Solís Fabio

Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Hace más de 150 años Thomas Addison



describió por primera vez la enfermedad que hoy lleva su nombre. Desde ese momento y hasta hace unas décadas, la principal causa de la enfermedad era la afección de la glándula por tuberculosis. Sin embargo, en la actualidad la destrucción de la glándula, mediada por procesos autoinmunitarios, es considerada la primera causa de enfermedad a nivel mundial. A continuación, presentamos el caso de una mujer de 29 cuyo cuadro clínico hizo sospechar el diagnóstico de enfermedad de Addison, que posteriormente fue corroborado por pruebas de laboratorio e imagen. **Caso clínico:** Se trata de paciente femenino de 29 años de edad, sin antecedentes cronicodegenerativos de importancia, inicia su padecimiento actual hace 10 meses con presencia de dermatosis caracterizada por habones en extremidades inferiores, pruriginosos, con remisión espontánea, apareciendo de manera intermitente, a lo que se agregó hiperpigmentación facial, palmas, extremidades superiores y mucosa oral, posteriormente astenia, adinamia, debilidad generalizada. Acude a valoración donde se evidencia hiponatremia, por lo cual es ingresada. A su ingreso paciente en edad cronológica menor a la real, caquectica, presenta hiperpigmentación generalizada, de predominio en palmas y extremidades superiores. Se inicia protocolo de estudio

donde se evidencia cortisol sérico de 0, hipotensión e hiponatremia isomolar normovolemica. Consideramos como primera posibilidad hipocortisolismo primario debido a que la hiperpigmentación es típica de esta etiología. Solicitamos acth sérico matutino con el fin de apoyar el diagnóstico, la cual resultó en 165 pg/ml (elevada). Posteriormente descartamos etiología infecciosa mediante valores negativos de panel viral, perfil torch y PPD. Solicitamos tomografía de abdomen contrastada la cual reporta glándulas suprarrenales disminuidas de tamaño. Lo cual es compatible con etiología autoinmune, por lo que se solicitan anticuerpos anti alfa-21hidroxilasa, la cual resulta positiva. Debido a la asociación de esta enfermedad con síndrome poliglandular autoinmunitario, se descartó la presencia al momento de otra endocrinopatía autoinmunitaria. La paciente inicia tratamiento con prednisona 5mg al día y se envía a otra institución para recibir fludrocortisona. Se envía a la consulta externa para seguimiento. **Discusión:** Debido a que la prevalencia actual a nivel mundial de la insuficiencia suprarrenal primaria se estima en 1/20,000 personas, es necesario tener una alta sospecha clínica con el fin de realizar el diagnóstico y evitar crisis suprarrenales que puedan poner en riesgo la vida del paciente.

Dentro del cuadro clínico de la insuficiencia suprarrenal, la presencia de la hiperpigmentación es quizás uno de los datos más específicos, relacionándose estrechamente con la presentación primaria de la enfermedad, debido al incremento de proopiomelanocortina. El hecho de encontrar este hallazgo en la exploración física en el contexto de un paciente con sospecha de insuficiencia suprarrenal e hipocortisolismo, incita a buscar intencionadamente y de primera instancia la etiología primaria incluso sin realizar pruebas de respuesta a análogos de ACTh. (7) Una vez que se tiene identificado como primario, el origen de la insuficiencia suprarrenal, la sociedad de endocrinología recomienda realizar la medición de anticuerpos anti 21- hO, que de resultar positiva se correlaciona con disminución del tamaño de las glándulas de forma simétrica bilateral. La insuficiencia suprarrenal primaria autoinmunitaria se presenta aun con mucho menor frecuencia, 110-140/1000000 haciéndolo 30 veces menos frecuente que la diabetes tipo 1 y 200 veces menos frecuente que la enfermedad tiroidea autoinmunitaria. El tratamiento consiste en implementar sustitución de glucocorticoide y mineralocorticoide.

Palabras clave: Addison, insuficiencia suprarrenal, suprarrenales, hipocortisolismo.

Folio: 1186

Tema: Neurología

Neuropatía autonómica como manifestación de un síndrome paraneoplásico secundario a cáncer de próstata

López Jorge Alberto¹, Viveros Eloina¹, Carmona Jorge Alberto¹, Gomez Coral Alejandra¹, Espinosa Ramón¹, Rosales Claudia Ivet², Hernández Hector Gustavo¹

¹ Hospital General de Zona 1A Venados IMSS; ² Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS

Introducción: Las enfermedades del sistema nervioso periférico son los trastornos neurológicos más frecuentes asociados a cáncer. Dentro de estos existen las neuropatías autonómicas paraneoplásicas que tienen un inicio agudo, subagudo o insidioso y se manifiestan con cualquier combinación de disfunción simpática o parasimpática. Dentro de este espectro los cánceres más comunes son el neuroblastoma, el cáncer de próstata y de pulmón de células pequeñas. Todos relacionados con Anticuerpos anti-Hu. **Objetivo:** Reportar el caso de un paciente con una neuropatía autonómica secundaria a un adenocarcinoma de próstata. **Caso:** Masculino de 66 años sin antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas con múltiples internamientos previos los últimos dos años por dolor torácico y síncope. Se protocolizó por la consulta externa, reali-

zándose una prueba de estrés con ecocardiograma y dobutamina sin anomalías compatible con enfermedad isquémica, además de un monitoreo holter en donde se encontraba con variabilidad de la frecuencia cardiaca, con periodos con frecuencias máximas de 170 latidos por minuto y mínimas de 54 latidos por minuto. El paciente fue hospitalizado de nueva cuenta por periodos de lipotimias y retención aguda de orina. Durante su internamiento se encontró a la exploración hipotensión ortostática con diferencia de presión de 40 mmHg al ponerse de pie, además al tacto rectal se encontró la próstata aumentada de tamaño con bordes irregulares y pétreos. Se encontró con antígeno prostático específico sérico de 100 ng/dl por lo que se hizo una tomografía computada toraco-abdominal encontrase con una lesión tumoral en próstata compatible con carcinoma con infiltración a pared de la vejiga y lesiones metastásicas a hueso y pulmón. Se realizó biopsia resultando positiva a adenocarcinoma y positivo para anticuerpos anti-Hu. Se envió a oncología médica en donde se inició manejo con quimioterapia a base de taxanos, aunque la evolución al tratamiento fue pobre disminuyeron los síntomas disautonómicos. **Discusión:** Dado al abordaje del caso y la nula posibilidad de causa isquémica, infecciosa, metabólica, drogas ilícitas y

otros, en el contexto de una enfermedad neoplásica como el adenocarcinoma de próstata y con positividad de anticuerpo onconeurales como los anti-Hu (ANNA-1), que están considerados con una fuerte asociación con el cáncer y la disfunción autonómica que mejoró después del tratamiento, se realizó el diagnóstico de neuropatía autonómica secundaria a un síndrome paraneoplásico. **Conclusión:** Existe una fuerte relación entre la neuropatía autonómica y algunos tipos de cáncer debido a que son mediados por mecanismos inmunológicos que implican la expresión ectópica de antígenos tumorales que normalmente se expresan en el sistema nervioso, denominados anticuerpos onconeurales que son idénticos a los del tejido neuronal, pero por alguna razón el sistema inmunológico los reconoce como extraños y provoca una respuesta inmunitaria.

Palabras clave: neuropatía autonómica, síndrome paraneoplásico, cáncer de próstata, anticuerpos anti-Hu, disautonomía, anticuerpos onconeurales.

Folio: 1187

Tema: Endocrinología

Trastornos neuropsiquiátricos y constipación crónica como manifestación inicial de hiperparatiroidismo primario secundario a adenoma e hiperplasia paratiroidea concomitante, a propósito de un caso



*Parra José Luis, Moreno Nicolás, García Erica, Varela Diana Sele-
ne, Hernández José Francisco,
Salazar Cynthia Jeannette*
Instituto Mexicano del Seguro
Social UMAET1 CMN El Bajío

Introducción: El hiperparatiroidismo primario es un desorden del metabolismo mineral debido a una producción excesiva de hormona paratiroidea por una o más de las cuatro glándulas, condicionando bioquímicamente hipercalcemia; su etiología en el 80% de los casos se debe a un adenoma paratiroideo, en el 15-20% a hiperplasia glandular y en menos del 1% a carcinoma. Su presentación es asintomática en países donde se realizan exámenes bioquímicos de rutina, sin embargo en un menor porcentaje síntomas sutiles como astenia, adinamia, ansiedad y deterioro cognitivo son las manifestaciones iniciales. **Objetivo:** Evidenciar la asociación de manifestaciones neuropsiquiátricas y gastrointestinales con patología paratiroidea. **Exposición del caso:** Femenino de 52 años con antecedente de trastorno ansioso depresivo de 5 años de diagnóstico en tratamiento con fluoxetina y alprazolam, en 2016 presenta infecciones de vías urinarias de repetición resueltas con antibioticoterapia, cuadros de estreñimiento, astenia, adinamia, presentaba mejoría parcial con tratamiento médico con metoclopramida y omeprazol.

En julio de 2017 se agregó debilidad muscular condicionando postración, pérdida de peso no cuantificada y exacerbación de sintomatología, en su hospitalización a la exploración física se encuentra subhidratada, peristalsis disminuida, hipotrofia muscular e hiperreflexia osteotendinosa +++/++++, anemia con Hb de 8.0 g/dl, daño renal con creatinina 1.9 mg/dl, hipercalcemia moderada de 12.6 mg/dl, con repercusión electrocardiográfica por QTc 320ms, e hipofosfatemia de 1.4 mg/dl, se descartó patología gastrointestinal con una colonoscopia normal, panendoscopia: gastropatía atrófica de fundus, marcadores tumorales normales, tomografía abdominopélvica solo evidenció litiasis renal bilateral. Se inicia tratamiento para hipercalcemia con respuesta parcial a diuréticos y rehidratación; se realizaron niveles de parathormona intacta 1735.4 pg/ml, hipercalciuria de 489 mg/24 h y vitamina D 9.9 ng/ml. Gammagrama paratiroideo MIBI-Tc99m que reporta metabolismo celular incrementado en paratiroides inferior izquierda. Se concluye en Hiperparatiroidismo Primario secundario a adenoma paratiroideo inferior izquierdo. En la paratiroidectomía, se tiene como hallazgos paratiroides inferior izquierda de 3.5 cm y paratiroides inferior derecha de 1.5 cm en diámetros máximos; al reporte histopatológico se concluye adenoma paratiroideo

inferior izquierdo e hiperplasia paratiroidea inferior derecha. Al seguimiento en la consulta externa, refiere mejoría de los síntomas neuropsiquiátricos y resolución de la constipación, sus laboratorios con normalización de los niveles de calcio, fósforo, se continuó con suplementación de Vitamina D con colecalciferol.

Conclusiones: El hiperparatiroidismo primario en la mayoría de los casos cursa asintomático, por lo que el hallazgo fortuito de hipercalcemia en los exámenes de rutina es en ocasiones la pauta para su sospecha. En el caso previo el hiperparatiroidismo debutó con manifestaciones neuropsiquiátricas y gastrointestinales, a pesar del nivel de paratohormona reportado no se demostró malignidad y posterior al tratamiento quirúrgico se normalizan las cifras de calcio y la sintomatología de la paciente mejora paulatinamente.

Palabras clave: hiperparatiroidismo, hipercalcemia, adenoma paratiroideo, hiperplasia paratiroidea, depresión.

Folio: 1188

Tema: Cardiología

Identificación de alteraciones cardíacas mediante ecocardiografía y su asociación con la etiología del infarto cerebral

Morales Eliu Jefte, Nacoud Alfredo, Gongora Fernando, Nanez Homero, Salcido Alejandro
Hospital Universitario UANL

El accidente cerebrovascular es la principal causa de disca-

pacidad en los adultos y forma parte de las primeras 5 causas de mortalidad en México. El abordaje etiológico es la clave específica para reducir el riesgo de un evento posterior. La investigación de la posible fuente embólica así como alteraciones estructurales o funcionales a nivel cardíaco juegan un rol importante en el tratamiento de pacientes con evc. Es por esto que el conocer algunas de las características eco cardiográficas y su asociación con la etiología de la evc nos brinda un amplio panorama en la valoración del paciente proporcionando nueva información para futuras investigaciones. Se analizó un grupo determinado de pacientes entre los años 2012 al 2018 los cuales fueron hospitalizados con diagnóstico de infarto cerebral de tipo isquémico con etiología atribuible ya sea de origen cardio embólica, enfermedad de pequeño vaso, aterotrombotica, indeterminado y otras causas esto de acuerdo a la clasificación TOAST y ASCOD. Como objetivo primario fue encontrar cambios estructurales o funcionales a nivel cardíaco relacionados con la etiología de la enfermedad vascular cerebral isquémica. Se incluyeron en total 145 pacientes de los cuales 73 fueron de origen aterotrombotico, 23 pequeño vaso, cardioembolico 38, otras causas 11. La etiología predominante en el evc isquémico es de origen aterotrombotico con un 50.34%. El

sexo masculino predomina en la mayoría de las etiologías. Factores de riesgo como DM y la HTA están presentes. Existe un mayor consumo de tabaco en la etiología de pequeño vaso con un 64.7%. En cuanto a las características ecocardiográficas no se observan diferencias en cuanto a las dimensiones del ventrículo izquierdo, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo y el volumen de la AI. Sin embargo el volumen de la AI en la etiología cardioembólica se encuentra con un mayor diámetro lo cual nos hace suponer un deterioro funcional y posible causa de embolización cardíaca.

Palabras clave: infarto, cerebral, alteraciones, ecocardiograficas, funcional, estructural.

Folio: 1189

Tema: Reumatología

Síndrome de rhusus acerca de un caso

Cruz Nydia Karen¹, Hernández Zenia Irais¹, Cimé Erik Antonio²

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social; ² Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: Con respecto a las enfermedades reumáticas tenemos que la artritis reumatoide es una de las más frecuentes, sin embargo, la sobreposición con lupus eritematoso sistémico (LES) es poco frecuente con una incidencia de 0.01%. Se han reportado casos en los que el inicio es con artritis o con lupus sin predilección de

inicio. El rhusus como se le conoce a esta coexistencia se definen como una poliartritis simétrica deformante y erosiva acompañada de síntomas de LES y la presencia de anticuerpos (anti-DNA de doble cadena, anti-Smith y anticuerpos antipeptido citrulinados). **Caso clínico:** Femenina de 38 años de edad con diagnóstico de artritis reumatoide desde el 2010 en manejo previo con hidroxiquina abandonando tratamiento posterior a embarazo. Inició su padecimiento en junio 2018 caracterizado por hipoestesias de miembros torácicos de manera distal, pérdida de la fuerza, en pie izquierdo hasta nivel de tobillo, presentando dificultad para la deambulacion con edema de miembros pélvicos y aparición de lesiones cutáneas maculares, eritrovioláceas, dolorosas, a nivel de ortijos de ambos pies, con posterior extensión a miembro pélvico derecho. Examen físico: TA 120/70 FC 74 lpm, FR 16 rpm, Temp 36.5° Paciente con palidez de tegumentos. Proptosis asimétrica con predominio en OD, sin datos de afección conjuntival o a esclera activa, probable adelgazamiento esclerar en OD. Cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen con peristalsis audible, blando, depresible y no doloroso a la palpación. Fuerza muscular global 5/5, fuerza prensil 4/5, con alteración sensitiva de manera difusa en ambas manos y ambos pies



hasta tobillos. Sinovitis crónica con proliferación en MCF e IFP, desviación cubital y tendencia a dedos en botoniere, dolor únicamente en 2 MCF mano derecha. Presencia de múltiples lesiones en región extensoras de mano derecha. Nódulos reumatoideos en 2 dedo mano derecha e izquierda, así como en ambos codos, ligera limitación en flexión de codos y flexo-extension de ambos codos. Edema con Fóvea + en ambos miembros inferiores que llega hasta la mitad de la tibia. Lesiones eritrovioláceas en dedos de ambos pies, dolorosas al tacto. En región tibial medial derecho, con pérdida de continuidad de la piel, con exposición de la dermis superficial. Región posterior de pierna izquierda también con máculas eritrovioláceas con ampolla en algunas zonas y áreas desnudas que muestran la dermis superficial. Se perciben pulsos pedio, tibial anterior y poplíteo, con llenado capilar de 2 seg. Paraclínicos FR 846 PCR 5.6, C3 40, C4 8, FR 683, PCR 96.4, VSG 40, glu 101, Cr1.11, acu rico 8.6, alb 2.3, AST 71, ALT 77, FA 172. LDH 365, GGT 140, BT 0.56, ca 7.45, P 3.2, Mg 1.9, Na 138.8, K 5.3, Hb 11.4, hto 36.54, VCM 82, HCM 25.9, leucocitos 6800, linfocitos 850, plaquetas 236 000, Ac anti DNA doble cadena 229.8, DepCr24h vol 2000, Dep 42.50ml/min, proteínas 0.53g/24h, anti CCP 1200, EGO esterasa + proteínas 100mg, Se-

dimento leucos 10-15x, Eritros 1-3x. Radiografía de manos y pies PA manos con desviación cubital MCF algunos quistes. Ra AP pies con luxación MTF multicopias quistes y fusión de algunas en GR-IV. **Evolución y conclusión:** Durante su estancia hospitalaria se administraron 3 pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida 800 mg debido a la afección de sistema nervioso central. En su abordaje diagnóstico se solicitaron anti-antinucleares y anti-dDNA los cuales resultaron positivos, y además se tomaron nuevas radiografías de manos y pies con datos de erosión, por lo que se consideró un síndrome de sobreposición LES con artritis reumatoide. En su estancia se observa una discreta elevación de creatinina, proteinuria, cilindruria y leucocituria así como lesión renal aguda AKIN I con componente prerrenal que respondió a líquidos, sin embargo, se ha visto que la afección renal es frecuente y está relacionada con mal pronóstico.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, sobreposición.

Folio: 1191

Tema: Endocrinología

Síndrome de hueso hambriento, predictores de riesgo previos a la cirugía de paratiroides

Martinez Alberto, Esquivel Miguel Angel, Nañez Homero, Wah Martin I

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González UANL

El síndrome del hueso hambriento es una entidad caracterizada por la aparición de hipocalcemia, hipofosfatemia e hipomagnesemia secundaria a un aumento de su captación a nivel óseo. La forma clásica de presentación, acontece tras la realización de una paratiroidectomía. Tenemos el caso de una femenina de 53 años de edad con diagnóstico de hiperparatiroidismo primario secundario a tumor paratiroideo detectado por gammagrafía en agosto del 2017. Ella como antecedente relevante refiere litiasis renal bilateral en septiembre del 2016 con colocación de catéter doble j, presencia de lesiones osteolíticas en crestas iliacas en urotac de ese internamiento, como parte de su valoración preoperatoria para recambio de catéter doble j se detecta un calcio serico de 13.2. Si inicia abordaje de hipercalcemia que termina con el diagnóstico del tumor paratiroideo. Se realiza cirugía el 12 de octubre del 2017 con resección de paratiroides inferior derecha y es dada de alta el 15 de octubre. La paciente inicia 5 días posterior a su egreso con parestesias en cara que se extienden a brazos y piernas para volverse generalizadas, posteriormente se agregan fasciculaciones y calambres, por lo que acude a urgencias y es reingresada a cargo de medicina interna el 21 de octubre. Sus laboratorios al ingreso presenta unos electrolitos séricos con: Na 140 Cl

101, K 2.7, Ca 7.8, P 2.2; PFH con: Alb: 3.7, AST 21, ALT 18, FA 740, Bil tot: 0.7. Se inicia tratamiento para hipocalcemia sintomática con reposición iv de calcio en infusión continua a una dosis de 1000 mg de gluconato de calcio por hora por 10 horas, la infusión se repitió al día siguiente por otras 10 horas, además de iniciar tratamiento con calcio+ vit D cada 6 horas y calcitriol cada 12 horas. El síndrome de hueso hambriento es un estado que se puede prever, nuestra paciente presentaba lesión mayor de 4 cm, PTH mayor de 1000 pg/ml, hipercalcemia severa y fosfatasa alcalina elevada colocándola en un riesgo muy alto previo a la cirugía.

Palabras clave: síndrome de hueso hambriento, hiperparatiroidismo, carcinoma de paratiroides, hipocalcemia, endocrinología, paratiroidectomía.

Folio: 1192

Tema: Reumatología

Encefalitis como primera manifestación de lupus eritematoso sistémico

Sánchez Patricia Elvira, Rodríguez Pedro J, Venzor Juan Pablo, Díaz Juan Daniel, Flores María Fernanda, Reyes Francisco Javier

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Antecedentes: Los síntomas neuropsiquiátricos del LES comprenden alteraciones en sistema nervioso central,

periférico y manifestaciones psiquiátricas. Su prevalencia varía del 21 al 95% en varias cohortes. Su diagnóstico representa un reto clínico por esta variedad de presentaciones.

Exposición del caso: Femenino de 18 años de edad. Consulta por 10 días de evolución somnolencia, rinorrea y tos no productiva. Posteriormente presentó fiebre y síncope con recuperación del estado de alerta, habla incoherente, pensamiento desorganizado, insomnio, y crisis convulsivas tónico clónico generalizadas en más de 10 ocasiones, con recuperación del estado de alerta entre las mismas, con periodos de agresividad y agitación. Se encontró con Glasgow 13 puntos, inatenta, desorientada en tiempo, espacio y persona, con tendencia a la somnolencia. Se hospitalizó y se inició tratamiento con ceftriaxona, vancomicina, aciclovir, dexametasona, fenitoina y levatiracetam IV. Al descartar etiología infecciosa y evidenciar anemia hemolítica autoinmune además de estudios inmunológicos con el cuadro clínico neurológico la paciente cumplió 5 criterios de SLICC de clasificación para LES y se ajusta tratamiento con hidroxicloroquina, 3 pulsos de metilprednisolona e inmunoglobulina IV por 5 días. La paciente cumplió con 5 puntos en los criterios de SLICC de clasificación para lupus eritematoso sistémico, con un

SLEDAI 20 puntos y alta sospecha de neurolupus. Por ello se inicia ciclofosfamida IV con mejoría de estado neurológico. Actualmente cumple tratamiento mensual de ciclofosfamida con evolución favorable. **Conclusión:** Los casos de Lupus Eritematoso Sistémico que se manifiestan con datos de encefalitis (disfunción cognitiva severa, depresión mayor, estado confusional agudo, psicosis) se presentan en el 1 al 5% de los casos. En ello radica la importancia de su identificación con el fin de iniciar medidas terapéuticas de manera temprana. **Palabras clave:** encefalitis, lupus eritematoso sistémico, crisis convulsivas, pensamiento desorganizado, metilprednisolona, ciclofosfamida.

Folio: 1193

Tema: Hematología

Linfoma extranodal de presentación nasal bifenotípico de células T/NK: reporte de caso

Castañeda Luis Manuel, Padilla Roberto, Ceja Ana Isabel, González Andrés, Faustino Gladis, Ruiz Ana Luisa

Centro Médico ISSEMyM

Introducción: El linfoma nasal de células T natural killer (LNT/NK) es un linfoma infrecuente, localizado preferentemente en las fosas nasales y en los senos paranasales, que suele simular una sinusitis crónica, asociado al virus de Epstein-Barr y el cual presenta mal pronóstico. El linfoma de células T (LCT)/natural



killer (NK) es un subtipo agresivo y poco común del linfoma no Hodgkin (LNH) que ocurre de manera predominante en lugares extranodales. La mayoría de los linfomas de células T/NK extranodales (ENKL) ocurre en el tracto digestivo y vía aérea, como las fosas nasales, la nasofaringe, los senos paranasales, las amígdalas, la hipofaringe o la laringe, y se denominan ENKL nasal. Estos tumores localmente invasivos son más comunes en poblaciones asiáticas y sudamericanas en comparación con poblaciones norteamericanas y europeas. No obstante, puede resultar difícil realizar el diagnóstico. En muchos casos, el paciente recibe un diagnóstico inicial de sinusitis crónica o recurrente, con biopsias negativas para neoplasia. Sin embargo, el diagnóstico oportuno es importante ya que la enfermedad es agresiva y el pronóstico es usualmente malo, especialmente cuando la enfermedad recurre o se vuelve refractaria al tratamiento. La supervivencia en pacientes que reciben tratamiento de segunda línea es, en promedio, inferior a los 5 meses por lo que presentamos el siguiente caso: Paciente masculino de 53 años, sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual, el cual se presentó de forma inicial con cuadros repetitivos de epistaxis en diversas ocasiones sin llegar a requerir hospitalización, esto en 2014 con valoración por otorrinolaringología, sin embargo

continuando con el cuadro durante año en diversas ocasiones, agregándose astenia, adinamia y pérdida de peso no significativa hasta presentar un lesión de características violáceas en fosa nasal izquierda con oclusión completa de aproximadamente, por lo que decide tomar biopsia, con diagnóstico de probable cáncer epidermoide. Con reporte histopatológico de linfoma no hodgkin con inmunohistoquímica para células T/NK, por lo que se decide envió a hematología con inicio de terapia R-CHOP 6 ciclos, con regular respuesta a tratamiento, presentado una reducción de tumoración hasta un 40%, sin embargo se acompañó de un cuadro de claudicación y dolor óseo, de predominio en articulaciones metatarsianas, por lo que se solicita radiografía y se evidencia probables lesiones líticas por lo que se decide toma de biopsia ósea, con el siguiente reporte: sin evidencia de proceso linfoproliferativo, no se identifican células atípicas, medula ósea hipo celular. Actualmente con mejoría clínica, disminución de la sintomatología nasal, y en seguimiento por el servicio de hematología. **Conclusiones:** El linfoma LNT/NK extraganglionar es un linfoma poco frecuente el cual se debe su diagnóstico a la alta sospecha clínica presentándose más frecuente en varones con cuadros clínicos de rinosinusitis crónica, con signos inespecíficos como epistaxis, sensación

obstrucción, resequedad y voz gutural, así como fue el caso de nuestro paciente. En casos de alta sospecha crónica se debe de realizar biopsia precoz para evitar el retraso diagnóstico y mejorar el pronóstico del mismo. Se manada reporte de caso ya que existen pocos reportados en la literatura y la mayoría con mal pronóstico a corto plazo **Palabras clave:** linfoma no Hodgkin, extranodal, epistaxis, bifenotípico, R-CHOP, diagnóstico temprano.

Folio: 1194

Tema: Gastroenterología
Pancreatitis inducida dapaglifozina, reporte de caso

Marquez Cintia Monica, Hernandez Alejandro, Correa Freddy, Rivera Cesar, Barra Dania Pamela, González Jocelyn Raquel, Chavarria Ivan David
Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

Introducción: Las causas mas comunes de pancreatitis aguda conocidas son: litiasis biliar, alcohol, hipertrigliceridemia, hipercalcemia e infecciones. Otras causas menos comunes son los medicamentos. Dentro de los medicamentos para control glicémico en manejo de diabetes mellitus esta descrito en la mayoría de los casos análogos de GLP-1 o inhibidores DDP 4. Los inhibidores del SGLT2, son una nueva clase de medicamentos utilizados para el control glucémico en

la diabetes mellitus tipo II, utilizados como monoterapia o como complemento de tratamiento hipoglucemiante. Los efectos secundarios más comunes informados son infecciones urinarias, otras raras dislipidemia, dolor de espalda y aumento del hematocrito. **Exposición de caso:** Femenino de 54 años, originaria y residente de la CdMx, casada, católica, escolaridad secundaria. Diabética tipo 2 desde hace 9 años, en tratamiento con metformina 850mg vía oral cada 8 horas, una semana previa a su ingreso inició dapaglifozina 10 mg vía oral cada 24 horas. Niega otros antecedentes de importancia, Niega consumo de fármacos, herbolaria, alcohol o tabaco. Inicia padecimiento actual con astenia, adinamia, náuseas y vómito en 8 ocasiones, dolor abdominal epigástrico tipo transfixivo con irradiación hacia región escapular derecha y región lumbar derecha, por lo que acude a urgencias de este hospital. A la exploración llama la atención puntos pancreáticos positivos. Laboratorios a su ingreso, Leu: 31,300, Nt: 27,500, gasometría pH 7.01, HCO₃ 3 mmol/L, Glu: 481, Na 235, K 5.3, Cl 99, Mg 2.83, P 2.4, Ca 9.1, Cr 1.71, TG 185, CT 100, BT 2.9, BI 2.8, lipasa 3060, amilasa 2799, HbA1c 13.26. USG abdominal: páncreas con bordes regulares, definidos, parénquima con ecogenicidad alta y homogénea, conclu-

yente de pancreatitis aguda, sin evidencia de litiasis biliar. TAC contrastada de abdomen: páncreas aumentado de tamaño, densidad de parénquima homogéneo, grasa perip pancreática con densidad aumentada y escaso líquido en cavidad pélvica. Se inició reanimación hídrica intensiva y analgesia. Se descartó otras causas probables de pancreatitis y focos infecciosos con examen general de orina y urocultivo, radiografía de torax y hemocultivos todos negativos. Posteriormente se inició esquema de insulina basal, nutrición enteral, evolucionando favorablemente. **Conclusiones:** La pancreatitis como efecto secundario de los inhibidores de SGLT2 es muy rara. Existen informes de casos que describen la aparición de pancreatitis con el uso de Canagliflozina, dapagliflozina y empagliflozina con mecanismo fisiopatológico incierto.

Palabras clave: pancreatitis, pancreatitis asociada a fármacos, dapagliflozina, SGLT2, diabetes.

Folio: 1195

Tema: Dermatología

Efluvio telógeno asociado a uso de albendazol

Aguilar María Fernanda¹, Cortez Brenda Guadalupe¹, Cardona Melisa¹, Ibarra Jesus Alejandro¹, Aguilar José Gerardo²

¹ Hospital Regional 1 Octubre ISSSTE; ² Hospital General de Zona 1. San Luis Potosí, IMSS

La neurocisticercosis es la principal causa de parasitosis del sistema nervioso central y de epilepsia secundaria en México, el tratamiento más utilizado y efectivo en fase quística es albendazol, sin embargo, no está exento de reacciones adversas, una de ellas se considera el efluvio telógeno. La alopecia por medicamentos es por efecto tóxico en la matriz del folículo piloso, de tipo no cicatrizal, difusa y reversible al suspender el agente implicado. La severidad depende de la sustancia y dosis. A continuación, se presenta el caso de una mujer de 45 años, sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento actual con cefalea intensa tipo opresiva, generalizada e intermitente de 10 años de evolución, cediendo parcialmente a analgésicos. BH, QS, perfil tiroideo, cinética de hierro y electrolitos sin alteraciones. Tomografía de cráneo simple en marzo de 2017 reporta hidrocefalia secundaria a neurocisticercosis occipital. En abril de 2017 se inició tratamiento con albendazol 200 mg cada 8 horas por 10 días; al 13º día de haber terminado tratamiento sufre alopecia universal en cráneo, extremidades, axilas y cejas, con edema y enrojecimiento leve. Prueba del tirón de cabello positiva. Valorada por dermatología indicando manejo con esteroide tópico con recuperación del 90 de cabello a 3 meses de haber suspendido el tratamiento con albendazol



(Imagen 1). El efluvio telógeno se considera la principal causa de alopecia aguda en mujeres y se caracteriza por pérdida de más del 20% de cabello en telógeno. Los factores etiológicos incluyen: alteraciones hormonal, metabólica, dieta hipocalórica y fármacos (hipolipemiantes, antiepilépticos, retinoides y albendazol). La prueba del tirón del cabello y el estudio microscópico de este son de utilidad. Tiene autolimitación y recuperación en 6 a 12 meses de haber eliminado el factor desencadenante.

Palabras clave: neurocisticercosis, efluvio, albendazol.

Folio: 1196

Tema: Dermatología

Melanoma primario múltiple sincrónico. Reporte de un caso

Barron Jahaziel, Galvez Yuriria Asbel, Cuesta Teresa, Puebla Miriam

Hospital Juárez de México

El melanoma maligno es un tipo de cáncer de piel, siendo el más agresivo y con más tendencia a la metástasis, es el responsable de cerca del 75% de las muertes relacionadas con cáncer de piel. Es una neoplasia derivada de los melanocitos. El melanoma sincrónico corresponde a cerca del 30% de los casos y se define al desarrollo de melanoma dentro de los primeros 3 meses posteriores al diagnóstico de éste. **Reporte de caso:** Hombre de 60 años de edad, con antecedente de

tabaquismo de 30 paquete año durante 30 años, suspendido un año previo al inicio de su padecimiento, diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de evolución en tratamiento con metformina 850 miligramos cada 8 horas así como hipotiroidismo de 8 años de diagnóstico en tratamiento con levotiroxina 100 microgramos cada 24 horas así como depresión mayor desde hace 8 años en tratamiento con oxcarbazepina 100 miligramos cada 8 horas. Inició 10 meses previos con dermatosis monomorfa y monolesional localizada a tórax posterior de la cual afectaba región supraescapular izquierda, caracterizada por una neoformación exóftica ulcerada, rojo vinosa con zonas de hiperpigmentación de aproximadamente 3x2.5 centímetros de evolución crónica la cual sangraba ocasionalmente así como una segunda dermatosis localizada a torax posterior del cual afectaba región interescapulovertebral derecha constituida por neoformación hiperpigmentada de 2.4x2 centímetros de diámetro de evolución crónica y asintomática. Con lo anterior se integró el diagnóstico clínico de melanoma, por lo que se decidió toma de biopsia hasta hipodermis siguiendo el trayecto de los linfáticos. La biopsia de la primer lesión reportó melanoma invasor ulcerado, con fase de crecimiento horizontal : diseminación superficial, fase de crecimiento vertical: epiteloide,

índice mitótico de 11 mitosis en un mm², nivel de Clark IV así como índice de Breslow de 6 mm. De la segunda lesión se reportó melanoma invasor, con crecimiento horizontal: diseminación superficial, fase de crecimiento vertical epiteloide, nivel de Clark IV así como índice de Breslow de 2 mm. En ambas no se observaron regresión ni satelitosis. Los exámenes de extensión fueron negativos para metástasis, lesión interescapulovertebral derecha clasificada como T2aN2bM0 y biopsia supraescapular izquierda como T4bN2bMx. Por lo que se realizó resección amplia así como reconstrucción inmediata con colgajo. Al momento sin datos de recidiva. **Discusión:** El melanoma sincrónico corresponde desde el 0.2 al 8.6%. Los tipos de melanoma maligno que se han relacionado más son léntigo maligno y melanoma nodular. Dentro de las características histológicas del segundo melanoma que se han reportado es que éste es de menor grosor que el primero de acuerdo al índice de Breslow. Siendo consistente éste hallazgo en cohortes de hasta 114 pacientes; lo anterior se ha encontrado con relación al diagnóstico oportuno en cuanto al seguimiento que se tiene después del diagnóstico del primer melanoma. Dentro de los factores de riesgo es el antecedente de nevos displásicos así como la historia familiar de melanoma, siendo el más

importante el antecedente de melanoma en algún familiar de primer grado. En cuanto a su etiología se ha encontrado alteración en el gen CDKN2A ubicado en el cromosoma 9p21 el cual codifica para la proteína p16 que actúa como inhibidor de la proteína del retinoblastoma. Se ha encontrado que la supervivencia de los pacientes con melanoma múltiple es mayor a comparación de los casos con melanoma único, aunque no hay datos concluyentes acerca de esto. Hasta el 52% de los casos se han reportado el desarrollo del segundo tumor en la misma región anatómica del primero.

Conclusión: Es importante el seguimiento posterior al diagnóstico del paciente, ya que afecta su supervivencia de manera importante, se recomienda vigilancia cada 3 meses durante el primer año, cada 4 durante el segundo, tercer a quinto año cada 6 meses y de forma anual posteriormente durante el resto de su vida.

Palabras clave: melanoma múltiple, cáncer de piel, melanocitos.

Folio: 1197

Tema: Infectología

Papel emergente de *Raoultella ornithinolytica* en infecciones humanas: presentación de dos casos

Martínez José Enrique, Rivera Dante Jesús

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

Raoultella ornithinolytica es un bacilo gramnegativo encapsulado perteneciente a la familia Enterobacteriaceae. Anteriormente conocida como *Klebsiella ornithinolytica*, la bacteria se reclasificó como *Raoultella* con base a nuevos enfoques genéticos. Se sabe que *R. ornithinolytica* habita en ambientes acuáticos y se puede encontrar en entornos hospitalarios. El potencial patógeno de los aislados de *R. ornithinolytica* en enfermedades humanas se ha vuelto importante de manera creciente. Se han notificado pocos casos en México de infección y bacteriemia causada por *R. ornithinolytica* por lo que las características clínicas, la susceptibilidad antimicrobiana y los resultados clínicos de la infección por *R. ornithinolytica* aún no han sido bien dilucidados. **Caso 1:** Paciente masculino de 81 años de edad ingresado al servicio de urgencias por presentar crisis convulsiva tónicas clónicas generalizadas. A su ingreso requirió intubación orotraqueal por presentar estatus epiléptico. En su día 4 de estancia intrahospitalaria el paciente presentó fiebre de 39°, leucocitosis de 13,500/ul, incremento de secreciones bronquiales e infiltrados en la radiografía de tórax. Se inició tratamiento antibiótico empírico con quinolona, con posterior reporte de cultivo de secreción bronquial de *K. pneumoniae* sensible a antibiótico iniciado, completando 10 días

de tratamiento antibiótico. El paciente requirió la realización de traqueostomía por intubación prolongada. En su día 30 de estancia hospitalaria presentó nuevamente datos de respuesta inflamatoria con urocultivo y exudado uretral con crecimiento de *E. coli* BLEE+, sensible a Nitrofurantoína cumpliéndose 10 días de tratamiento. Su evolución fue tórpida, sin mejoría de estado neurológico. Presentó nuevamente datos de infección de vías urinarias con reporte de cultivo y exudado uretral con *R. ornithinolytica* sensible únicamente a Colistina. Así mismo con reporte de cultivo de secreción bronquial con *P. aeruginosa* sensible solo a Colistin. Se inició tratamiento para infección de vías urinarias y NAVM, sin embargo, con evolución desfavorable la cual culminó en fallecimiento del paciente. **Caso 2.** Paciente masculino de 40 años de edad admitido al servicio de urgencias por presentar emergencia hipertensiva con cifras tensionales de 200/100 mmHg. Presentó datos de insuficiencia respiratoria que requirió la realización de intubación orotraqueal. Durante su tercer día de estancia hospitalaria presentó fiebre de 39.5°, esputo purulento, infiltrados en la radiografía de tórax se inició tratamiento empírico con Ceftriaxona y Clindamicina. Continuo con alzas térmicas a pesar de tratamiento antibiótico por lo que ante el antecedente de relaciones sexuales HSH se



solicitó panel viral reportándose reactivo para HIV. Cumplió criterios para retiro de ventilación mecánica, sin embargo con poca tolerancia requiriendo nueva intubación orotraqueal. Reporte de cultivo de secreción bronquial positivo para *S. aureus* realizándose cambio de antibiótico a Tigeciclina cumpliendo 14 días de tratamiento antibiótico. Requirió la realización de traqueostomía por intubación prolongada con adecuada evolución respiratoria tolerando oxígeno a medio ambiente. Conteo de CD4 242/ml, carga viral 40 mil copias/ml iniciándose tratamiento antirretroviral con Atripla (Efavirenz/Emtricitabina/Tenofovir). Presentó fistula recto-escrotal con secreción purulenta y crecimiento de *R. ornithinolytica* sensible a Amikacina, Cefepime, Ertapenem y Colistina. Se inició tratamiento antibiótico con Cefepime con adecuada evolución. La prevalencia de *R. ornithinolytica* es una infección hospitalaria emergente no reportada, por lo que el reconocimiento precoz y las medidas adecuadas de control de la infección son importantes. Los médicos deben conocer la posibilidad de infecciones por *R. ornithinolytica* asociadas a dispositivos médicos y quirúrgicos y el riesgo de resistencia a los antimicrobianos.

Palabras clave: *Raoultella ornithinolytica*, infecciones nosocomiales, Gramnegativo, infección emergente, resistencia

antimicrobiana, *R. ornithinolytica*.

Folio: 1198

Tema: Hematología

Deficiencia de factor XII (factor de Hageman)

Cordero Edgar Laurencio, Sinco Armando, Guevara Maricela, Sánchez Karla Alexandra
Hospital General de Pachuca

Introducción: El factor XII, también llamado factor de Hageman, es una enzima que inicia la cascada de la coagulación, jugando un doble papel ya que activa el factor XI que posteriormente activa el factor IX y por otro lado activa la conversión de plasminógeno en plasmina y con ello el inicio de la fibrinólisis, siendo esta última función la de mayor importancia. En el cuerpo humano, los procesos de coagulación y fibrinólisis requieren de un equilibrio dinámico, por lo tanto, en pacientes con deficiencia de factor XII los incidentes hemorrágicos suelen ser comunes y más por el contrario, los eventos tromboembólicos. **Objetivo:** La relevancia de dar a conocer este caso radica en su baja incidencia de presentación siendo de 1:1 000 000 de habitantes, en la mayoría de los casos su diagnóstico es incidental a una evaluación preoperatoria con un tiempo de tromboplastina parcial activada prolongada. **Exposición del caso:** Se trata de paciente masculino de 91 años de edad sin antecedentes

heredofamiliares de importancia, refiere hipertensión arterial sistémica desde hace 2 años con regular apego a su tratamiento, niega hospitalizaciones previas y otros antecedentes de importancia. Inició sintomatología 3 semanas previas a su ingreso con la presencia de equimosis en miembros superiores e inferiores sin causa aparente, 2 días previos refiere dolor en miembro torácico izquierdo, el cuál evolucionó con edema y aumento de temperatura motivo por el cuál acude al servicio de urgencias. A su ingreso neurológicamente íntegro, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen asig-nológico, extremidades con los cambios ya comentados. Se realizó ultrasonido doopler venoso donde se encuentran datos en relación a trombosis de la vena axilar izquierda, en estudios paraclínicos iniciales se detecta TTPa no coagulable por lo que se realizaron correcciones con plasma fresco y dilución con solución salina encontrando patrón de deficiencia, por lo que dado el cuadro clínico de hemorragia y trombosis se determinó nivel de factor XII encontrándose éste deficiente. **Conclusiones:** La deficiencia del factor XII es un evento raro, por lo que el diagnóstico es desafiante. Generalmente cursan asintomáticos sin embargo se han reportado casos de infarto de miocardio y pérdidas recurrentes de embarazo, por lo que el riesgo está en un rango más

alto que el sangrado interno o visible. La deficiencia puede ser congénita o adquirida, siendo la primera la más común con un patrón de herencia autosómica recesiva y la adquirida, extremadamente rara relacionada con inhibidores producidos en pacientes con leucemia o síndrome nefrótico, entidades hasta ahora identificadas en la literatura abriendo campo de estudio a la investigación médica.

Palabras clave: Hageman, trombosis, hemorragia, coagulación.

Folio: 1199

Tema: Nefrología

Glomerulopatía asociada a obesidad: diagnóstico diferencial de daño renal progresivo en pacientes obesos jóvenes sin otras comorbilidades

Garcilazo Alexandra, Cruz Antonio, Salazar Claudia Nai, Portillo Laura Fabiola, Lajud Francisco Antonio, Valdivia Lucero del Carmen, Cabrera Diana Sofia, Artega Daniela
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La obesidad representa un problema de salud pública mundial. México ocupa el primer lugar en incidencia por lo que es necesario conocer y tratar las complicaciones asociadas. La glomerulopatía asociada a obesidad ha incrementado significativamente y 30% de los pacientes con esta entidad progresarán a enfermedad renal crónica. Se

presenta el caso de un paciente con obesidad grado III con síndrome nefrótico a quien se le realizó abordaje diagnóstico, descartando padecimiento inmunológico e infeccioso, por lo que se realizó biopsia renal, concluyendo glomerulopatía asociada a obesidad. Se realiza revisión de la patología. **Caso clínico:** Hombre de 35 años con carga genética positiva a obesidad. Inicia padecimiento un mes previo a su ingreso con edema en miembros pélvicos, bilateral, simétrico, blando, ascendente asociado a disminución de volumen urinario de hasta 350ml por día. Una semana previa se agregó edema en miembros torácicos y región facial. Exploración física: peso: 40.39, talla 1.84, IMC: 40.39, neurológico sin alteraciones, región facial con edema, circunferencia cuello 44cm, tórax sin hallazgos patológicos, abdomen con panículo adiposo abundante, extremidades simétricas con edema desde pie hasta región inguinal, blando, +++. Uresis cuantificada de 24 horas: 300ml. Laboratorios: glucosa 90mg/dl, urea: 48.9 mg/dl, creatinina: 1.9, mg/dl (TFG por CKD EPI: 44.7 mL/min/1.73m²), colesterol 486 mg/dl, triglicéridos 320mg/dl, sodio 136 mmol/L, potasio 4.4 mmol/L, cloro 104 mmol/L, calcio 8 mmol/L, fósforo 4.9 mmol/L, magnesio 2 mmol/L. Examen general de orina: ph 6.5, proteínas 600 mg/dl. Recolección de orina de 24 horas

proteinuria: 4 gramos. Inmunológicos: negativos. Panel viral: negativo a hepatitis y VIH. Biopsia renal: enfermedad de células epiteliales viscerales de tipo esclerosis focal y segmentaria variedad de la punta. Se indicó tratamiento con IECA y fue valorado por clínica de obesidad para seguimiento y pérdida de peso, así como control nutricional. Actualmente, doce meses posteriores al diagnóstico, el paciente no presenta progresión de la enfermedad renal, se continuará seguimiento. **Conclusiones:** la glomerulopatía asociada a obesidad debe ser considerada como diagnóstico diferencial en pacientes con índice de masa corporal mayor de 30 con deterioro de la función renal, proteinuria subnefrótica o síndrome nefrótico. La pérdida de peso es la medida terapéutica más importante además del uso de un bloqueador del eje renina angiotensina aldosterona.

Palabras clave: obesidad, glomerulopatía, daño renal progresivo, diagnóstico diferencial.

Folio: 1200

Tema: Gastroenterología

Toxicidad hepática inducida por fármacos (DILI) secundario a anabólicos

Sánchez Patricia Elvira¹, Díaz Juan Daniel¹, Córdova Jacqueline¹, Estrada María del Rocío¹, García Rigel¹, Torre Aldo²

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



Antecedentes: La enfermedad hepática inducida por fármacos (DILI) es una condición poco frecuente; sin embargo, explica el 40%-50% de las insuficiencias hepáticas agudas. Su patrón es colestásico en un 20%-40%. Sus manifestaciones van desde las alteraciones bioquímicas en ausencia de síntomas, hasta la insuficiencia hepática aguda y el daño hepático crónico. El diagnóstico es de exclusión basado en evidencia circunstancial. En la mayoría de los casos, el cuadro del paciente mejora con el retiro del medicamento responsable del daño.

Objetivo: Exponer y describir un caso de toxicidad hepática inducida por anabólicos en un paciente masculino de 38 años de edad, con su respectivo abordaje y evolución. **Exposición del caso:** Masculino de 38 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica en tratamiento con Bisprolol 5 mg cada 24 horas, etilismo de 15 años de evolución con 21.6 gr/día de alcohol y aplicación intramuscular de esteroides anabólicos a base de Testosterona 250 mg, Nandrolona 100 mg y Stanozolol 50 mg intramuscular, 1 ampolleta cada semana, durante 31 días. Un día posterior al retiro de dichos fármacos, presentó cuadro clínico caracterizado por ictericia mucotegumentaria, prurito generalizado y náuseas. A su ingreso a la unidad de urgencias presentó signos vitales dentro de los parámetros normales, a

la exploración física con dolor abdominal a nivel de hipocóndrio derecho EVA 5/10. Se solicitaron laboratorios, dentro de los cuáles destacaron: Bilirrubina total 33.87 mg/dL, Bilirrubina directa 26.41 mg/dL, ALT49 IU/L, AST 65 IU/L, GGT 60 IU/L y Fosfatasa alcalina 190 IU/L. Se realizó USG de hígado y vías biliares sin evidenciar dilatación de la vía biliar y colangiografía magnética sin alteraciones intra y extrahepáticas. Se solicitaron pruebas analíticas especiales como parte del abordaje de una colestasis donde se reportaron: Serología viral de virus hepatotropos (VHA, VHB, VHC y VHE) negativos, Citomegalovirus y Virus de Epstein Barr negativos. Posteriormente se solicitó perfil serológico de hepatopatías autoinmunes con reporte de ANAS (IFI) 1:40, Anticuerpos antimitocondriales 1:20, anticuerpos anti- músculo liso 1:20 y LKM1 5.77, negativos. Ante la sospecha de un DILI secundario a la aplicación de esteroides anabólicos, se calculó el valor R en 0.27, indicando un patrón de lesión colestásico. Se realizó biopsia percutánea de tejido hepático con reporte de colestasis intracitoplasmática y canicular acentuada de predominio perivenular (Zonas 2 y 3). Durante su hospitalización se inició manejo con Metilprednisolona 60 mg cada 24 horas con posterior dosis reducción con Prednisona, Ademetionina 500 mg cada 12 horas y Ácido

ursodesoxicólico 250 mg cada 8 horas, con adecuada evolución clínica durante 5 días de estancia intrahospitalaria, con posterior egreso. Tras 2 meses de control, en consulta externa se solicitaron pruebas de función hepática reportando los siguientes resultados: Bilirrubina total 2.78 mg/dL, Bilirrubina directa 1.0 mg/dL, ALT 30 IU/L, AST 29 IU/L, GGT 27 IU/L y Fosfatasa alcalina 62 IU/L, con un puntaje de acuerdo a la escala de CIOMS RUCAM de 9 puntos, indicativo de un DILI definitivo. **Conclusión:** La información sobre el desenlace de la presentación colestásica es limitada. Antes se creía que el patrón colestásico de DILI se asociaba con un mejor pronóstico de la enfermedad; sin embargo, la literatura reciente muestra que entre el 5% al 13% de estos pacientes desarrollan enfermedad hepática crónica y que entre el 5% al 14% mueren o requieren trasplante por esta causa. Es un problema clínico complejo de diagnosticar y tratar. Cuando se han descartado otras causas de hepatopatía y/o colestasis intrahepática debe sospecharse e investigarse. El pronóstico a largo plazo para DILI, en general, depende de la presentación clínica y bioquímica inicial del paciente, siendo las aminotransferasas y la bilirrubina total los mayores predictores de mortalidad.

Palabras clave: hepatotoxicidad, fármacos, colestasis,

esteroides, anabólicos, ictericia.

Folio: 1201

Tema: Reumatología

Granulomatosis con poliangiitis con perforación intestinal como complicación: reporte de caso

Ramírez Sandra María, Cobos Orestes de Jesús

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La granulomatosis con poliangiitis (antes llamada Granulomatosis de Wegener) es una vasculitis necrotizante de pequeño vaso con impacto multisistémico, Fue descrita por primera vez por Klinger y posteriormente por Wegener, en 1936. Es una entidad clínico-patológica sistémica mediada por mecanismos inmunes. Las manifestaciones clínicas más comunes son de origen respiratorio y renal, el involucro gastrointestinal es poco frecuente y marcador de mal pronóstico. Se presenta el caso de un paciente con granulomatosis con poliangiitis, perforación intestinal y peritonitis secundaria. **Caso clínico:** Hombre de 36 años sin antecedentes patológicos de importancia, presenta cuadro clínico de un mes de evolución con artralgias, fiebre, disnea de medianos esfuerzos asociada a hemoptisis y pérdida ponderal de 7 kilogramos. Acude a hospitalización, en su valoración se encuentran lesiones purpúricas

en piel, se documenta falla renal, anemia, leucocitosis y c-ANCA positivo. En tomografía computada del tórax imágenes hiperdensas parahiliares y en vidrio deslustrado. La broncoscopia muestra hemorragia alveolar difusa y cambios inflamatorios. Biopsia renal con glomerulonefritis proliferativa extracapilar con necrosis fibrinoide. Se inician bolos con 1 gramo de metilprednisolona al día por 3 dosis y al 4º día inicia 1 gramo de ciclofosfamida. 24 horas después presenta choque séptico. Se realiza laparotomía con hallazgo de perforación colónica, mostrando evolución postoperatoria tórpida con eventual deceso. Diagnóstico histopatológico final: perforación intestinal con enteritis transluminal y peritonitis aguda.

Discusión: En el paciente del caso, el diagnóstico de granulomatosis con poliangiitis se realizó en base a criterios clínicos, c-ANCA positivos y biopsia renal congruente con vasculitis de pequeño vaso. La literatura reporta afectación GI en 5-11% de los casos, en reportes más recientes la enfermedad gastrointestinal se encontró en el 7%, sin embargo es clínicamente aparente sólo en casos excepcionales, e incluye: enterocolitis, hemorragia, perforación, esofagitis y pancreatitis. El uso de inmunosupresores se ha asociado como la etiología de la necrosis intestinal y perforación, soportando esta hipótesis la ausencia de

vasculitis en el reporte histopatológico. Por otro lado, se ha visto perforación aún sin tratamiento, o bien, se ha resuelto la presentación intestinal posterior a la administración de inmunosupresores. En pacientes con perforación del lado izquierdo del colon, puede ser difícil distinguir entre diverticulitis precipitada por vasculitis o como una complicación de la terapia inmunosupresora, o una combinación de ambos.

Conclusiones: La afección gastrointestinal, como el caso de perforación, es rara, pero relevante entre las complicaciones, su manejo amerita una estrecha cooperación entre cirujanos y reumatólogos. Dicha complicación es más frecuente justo antes e inmediatamente después del inicio del tratamiento, y cursa con mal pronóstico debido a la alta tasa de mortalidad (46.7%).

Palabras clave: granulomatosis con poliangiitis, granulomatosis de Wegener, perforación intestinal, tratamiento inmunosupresor.

Folio: 1203

Tema: Gastroenterología

Síndrome de Budd-Chiari idiopático

Llórente Alberto¹, Rivera Cesar², González Jocelyn Raquel², Zamarripa Felipe¹, Barraza Diego Armando¹, Ramos Gustavo Adolfo¹, Duran Cristina¹

¹ Hospital Juárez de México;

² Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez



Femenino de 52 años. Antecedentes G.O.: Niega uso de anticonceptivos hormonales, Gestas:3. Niega APP. PA: Inicia hace 1 mes con edema de miembro pélvico izquierdo de predominio matutino, que disminuye en la noche, 5 días después se añade edema de miembro pélvico derecho, acude a médico particular indicando diurético de asa, sin embargo incrementa perímetro abdominal, y presenta dolor súbito en epigastrio EVA 7/10, disnea de pequeños esfuerzos, tinte icterico y pérdida ponderal de 10 kg en 30 días, por lo que acude a esta unidad. E.F.; Ictérica, con derrame pleural derecho, precordios *sin compromiso*. Abdomen: Globoso, edema de pared, hepatomegalia, sin datos de irritación peritoneal, edema de miembros inferiores ++/+++; Ollow (-) Homans (-) y pulsos sin compromiso Laboratorios: con hipertransaminasemia, hiperbilirrubinemia, DHL+x5, GGT+x3, INR:1.6, PLT:215000, IgM, IgG, Procalcitonina, Anticoagulante lupico, C3, C4, Antitrombina III; Negativos. AMO; Sin alteraciones. ECO Doppler hepático: Con anomalías en el patrón de flujo de las venas suprahepáticas, se inicia anticoagulación subcutánea. Angiotac: Hepatomegalia, zonas de atenuación en parenquima por falta de perfusión, trombosis de las venas suprahepáticas, varices uterinas prominentes. Endoscopia:

Varices esofágicas < 5mm, gastropatía hipertensiva portal severa. Biopsia hepática; Con arquitectura trabecular que muestra dilatación sinusoidal irregular con predominio alrededor de las venas centrolobulillares, que se observan incompletas con hemosiderofagos escasos. Hígado con necrosis hemorrágica de distribución irregular de predominio centrolobulillar y pielosis zonal. Se integra Síndrome de Budd-Chiari idiopático. El Síndrome de Budd-Chiari es la obstrucción parcial o completa del flujo venoso hepático, anteriormente hasta un 30% eran ideopáticos, ahora gracias a la identificación de síndromes mieloproliferativos y trastornos trombofilicos, menos del 10% son idiopáticos. **Palabras clave:** trombosis, suprahepática, anticoagulación, idiopática, agudo, edema.

Folio: 1204

Tema: Infectología

Diferencia venoarterial de dióxido de carbono como predictor de mortalidad en choque séptico

Rentería Jaime Alfonso, Salas Arnoldo, Estrada Mario Alberto ISSSTE

Introducción: La sepsis se define como un trastorno orgánico potencialmente mortal causado por una respuesta desregulada del huésped en contra de una infección, causando en algunas ocasiones datos de hipoperfusión, llegando a un estado

de choque. El choque séptico constituye un problema de salud pública por su alta prevalencia y mortalidad. Se han buscado diversos marcadores diagnósticos y pronósticos para el choque séptico. La diferencia arteriovenosa de dióxido de carbono, o delta dióxido de carbono, es la resultante del gasto cardiaco y del contenido arteriovenoso de CO₂, siendo así un marcador de hipoperfusión y metabolismo anaerobio, que bajo condiciones fisiológicas no excede más de 6 mmHg, reflejando adecuado flujo venoso y volumen cardiaco. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es determinar el riesgo de muerte a corto plazo con delta dióxido de carbono mayor a 6 mmHg en pacientes con choque séptico que ingresan al Servicio de Cuidados Intensivos en el Hospital Regional Monterrey ISSSTE. **Material y métodos:** Estudio de revisión de casos, observacional, longitudinal, retrospectivo, se recabaron datos del expediente clínico de pacientes con diagnóstico de choque séptico ingresados a la UCIA del HR Monterrey ISSSTE del mes de marzo del 2017 a marzo del 2018, siendo un total de 33 pacientes. Incluimos pacientes con choque séptico de cualquier foco y sin falla cardiaca aguda o neumo-patías crónicas al momento del ingreso, mayores de 18 años. Variables: delta dióxido de carbono y mortalidad a 7 días. Se evaluaron los instrumentos

de recolección de datos y los resultados obtenidos se analizaron según el programa SPSS, utilizamos estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión, para las variables cualitativas utilizamos χ^2 , estimamos correlación entre niveles de delta CO₂ y mortalidad con índice de correlación de Pearson y determinamos el riesgo relativo por la prueba de Fischer para mortalidad en pacientes con choque séptico y delta CO₂ elevado, así como también se determinó el riesgo de presentar delta CO₂ elevado en los pacientes que fallecieron y en los que no fallecieron. Resultados Fueron 33 pacientes, 15 hombres y 18 mujeres, con edad promedio de 63 años. Sitios de infección: urinario en 6 pacientes, abdominal en 10, respiratorio en 12 y en tejidos blandos 5. Se evaluó 14 de los pacientes fallecieron en el periodo de 7 días posterior a su ingreso, de los cuales 7 contaban con delta dióxido de carbono por encima del valor de corte, no encontrando correlación con la mortalidad con una p de 0.88 sin significancia estadística. Así mismo se encontró la razón de momios para mortalidad en la cohorte delta CO₂ elevado de 1.11, también una razón de momios de presentar el delta CO₂ elevado en los pacientes que no fallecieron de 1.04 y para los que fallecieron de 0.94. **Discusión y conclusiones:** En el presente estudio se demuestra que no

hay relación entre los niveles de delta CO₂ y mortalidad a 7 días en pacientes con choque séptico, aunque una de las limitaciones del estudio es que no se analizó estado de salud y demás morbilidades previas de los pacientes. Debido a la escasa bibliografía en donde se evalúa la relación entre estas variables, hay que esperar a nuevos resultados y sería imprescindible compararlo con el gold estándar hasta este momento ya sea para conducta terapéutica y predictor de la mortalidad en choque séptico, que es el lactato.

Palabras clave: delta CO₂, choque séptico, mortalidad a 7 días.

Folio: 1205

Tema: Oncología

Fiebre de origen desconocido como primera manifestación de carcinoma suprarrenal

Luna Pamela Jazmín, Cornelio Ramón Darío, Guizar Luis Alberto

Hospital de Especialidades Siglo XXI

La FOD asociada a neoplasia se reporta en un 7%, las más asociadas son: linfoma, mieloma múltiple y carcinoma renal células pequeñas, entre otros. El carcinoma adrenocortical es una enfermedad rara con una incidencia anual de 0.7-2/1000000, sólo existen 12 casos reportados en la literatura asociados a FOD. Presentamos el caso de una mujer de 21

años, con cuadro de 8 semanas de evolución caracterizado por astenia, hiporexia, pérdida no significativa de peso, fiebre de predominio vespertino y amenorrea de dos meses. Presentó anemia normocítica-normocromica grado I, trombocitosis e hipokalemia leve. Se realizó TAC toraco-abdominal que evidenció incidentaloma suprarrenal izquierdo de 3.5 cm. Con serología negativa para VHC, VHB y VIH, así como hemocultivos y mielocultivos sin desarrollo bacteriano. AMO reportado con proceso reactivo, panendoscopia sin datos patológicos. Se documentó hipercortisolismo subclínico y niveles normales de metanefrinas, estrógenos y andrógenos. Se realizó gammagrama con galio 4mCi con hipercaptación en suprarrenal izquierda, se decidió realizar adrenalectomía que reportó carcinoma de corteza suprarrenal de grado nuclear alto, arquitectura difusa y presencia de necrosis tumoral extensa; inmuno-histoquímica con Ki67 positiva (3+) en núcleo del 15% células neoplásicas. El carcinoma suprarrenal es una entidad rara, cuya manifestación clínica principal es el síndrome de Cushing rápidamente progresivo, la fiebre se presenta en 8.6%, usualmente asociada a estadios avanzados, sin embargo raramente se describe como síntoma cardinal. Además de cumplir criterios para FOD, nuestra paciente presentó datos incipientes de



hipercortisolismo, con cambios clínicos secundarios sutiles: oligomenorrea, glucosa alterada en ayuno e hipokalemia leve, asociado a un tamaño limítrofe (4 cm) para sospecha de malignidad, se tomó la decisión de reseca dicha lesión con notable mejoría y remisión total de la fiebre.

Palabras clave: fiebre de origen desconocido, incidentaloma, carcinoma suprarrenal.

Folio: 1206

Tema: Gastroenterología

Factores asociados con mortalidad en pacientes con pancreatitis aguda en un hospital de referencia del estado de Tabasco

Márquez Obed Adrián², López Carlos Ramón², Robledo Julio César², Rojas Vicente¹, Torres Jorge Alonso Joaquín², Barrueta Jesús Manuel², Mayo Fabiola³

¹ Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; ² Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús; ³ Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A Roviroso

Objetivos primario: Conocer las etiologías de pancreatitis aguda y la gravedad de la pancreatitis a través de clasificación Atlanta, así como, factores de riesgo asociados con mortalidad en un hospital de referencia. **Material, métodos y estadística:** Se realizó un estudio de cohorte fija y retrospectiva con casos prevalentes,

longitudinal, observacional, descriptivo. Tiempo cero ingreso al hospital. Variable de desenlace: fallecimiento o mejoría. Secularidad: 1 de enero 2017 a 31 de julio del 2018 en Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús (HRAEJGC). Criterios de inclusión: edad > 18 años, datos clínicos, bioquímicos y de imagen de pancreatitis aguda. Estadística descriptiva. Tasa de incidencia para supervivencia, mortalidad. La evaluación de las variables fue de acuerdo a su tipo y distribución paramétrica o no paramétrica, promedio, desviación estándar o mediana y rangos intercuartiles. Estadística inferencial. Análisis univariado, con chi cuadrada, exacta de Fisher (análisis estratificado con Mantel-Hansen para búsqueda de modificadores y confusores) y análisis multivariado con curva de supervivencia Kaplan-Meier y Análisis de riesgo proporcionales de Cox para evaluar Hazard-ratio e intervalos de confianza a 95% cuidando la relación evento/parámetro. Se aceptó una significancia estadística significativa $p < 0.05$. Análisis realizado con SPSS versión 20.0 y STATA versión 15.0. **Resultados:** Se analizaron 62 pacientes, femenino 33 (53.2%), las etiologías fueron las siguientes: Dislipidémica 26 (41.9%), Biliar 24 (39.7%). Alcohol 1 (1.6%), postCPRE 2 (3.2%) e indeterminada 9 (14.5% clasificación histopa-

tológica intersticial-edematosa 60 (96.8%) y necrotizante 2 (3.2%). edad 38 ± 15 , peso $70\text{kg} \pm 14$, talla $1.6\text{m} \pm 0.8$, IMC 27.2 ± 6.65 , amilasa $848\text{ U/L} \pm 777$, Lipasa $1399\text{ U/L} \pm 1447$. Hto $47\% \pm 56$. PaO₂/FiO₂ 356 ± 98 , procalcitonina 9.3 ± 22 , VSG $28.8\text{mm/h} \pm 13.9$, Triglicéridos $1168\text{mg/dl} \pm 1547$, APACHE II 8.56 puntos ± 5.4 . Escala Japonesa de Severidad 1.27 puntos ± 1.3 La forma leve se observó en 28 (45.2%) mientras que moderadamente-grave 18 (29%) y la forma grave 16 (25.8%). De los pacientes estudiados tenían pancreatitis crónica 8.3%, índice de Charlson 48.3% no tuvieron comorbilidades y el 48.3% tuvieron al menos una. Derrame pleural 36.2% y Balthazar: A 8.7%, B=13%, C=21.7%, D=17.4%, E=39.1%. El uso de antibióticos prehospitalario 1.6% y, uso de antibióticos dentro del hospital en 19 (33.3%) pacientes siendo más frecuente cefalosporinas de tercera generación. Se inició alimentación enteral en 81.8% y parenteral en 1.8%. La cirugía fue necesario en 8 (15.1%) pacientes, siendo las más frecuentes colecistectomía (13.2%), y lavado y drenaje (1.9% reoperación 3.8%, drenaje percutáneo 2.1% y CPRE 11.5% Estancia hospitalaria 7.43 ± 7.31 días, mortalidad 17 (27.41%) las causas directas de mortalidad temprana fueron choque distributivo 35.3%, falla orgánica múltiple 5.9%, SIRA 11.8%,

choque hipovolémica 11.8%, acidosis metabólica 11.8%. La mediana de supervivencia fue 18 IC 95% (6.15-29.8) días. En el análisis de riesgos proporcionales se observó que la clasificación de Balthazar obtuvo HR 1.7 IC 95% (9.89-2.94), SIRA HR 7.30 IC 95% (1.6-32) y fueron las variables independientes del modelo para mortalidad intrahospitalaria.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con pancreatitis se observó una prevalencia elevada de dislipidemia, los factores independientes para mortalidad fueron los hallazgos fonográficos y el daño pulmonar grave.

Palabras clave: pancreatitis aguda, dislipidemia, mortalidad, SIRA, Balthazar.

Folio: 1207

Tema: Dermatología

Histiocitosis sinusal cutánea “enfermedad de Rosai Dorfman: reporte de un caso clínico

López Karla Elizabeth, Leal Victor Javier, Sierra Saraí, Chávez Samantha Daphne Georgina
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús

Paciente de sexo femenino de 49 años de edad, residente de Comalcalco, Tabasco. Niega antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Inicia un año y medio previo a su valoración, con una lesión nodular en el borde externo de pie derecho, posteriormente aparición de dermatosis ge-

neralizada de predominio en cara, pecho y espalda central alta, respetando mucosas y palmas. Esta constituida de nódulos lisos bien delimitados, eritematosos, algunos nacarados y con telangiectasias. Clínicamente presenta cefalea, lumbalgia, hipoestesia en manos y pies y prurito intenso en lesiones descritas. Dentro de los exámenes de laboratorio generales destacan elevación de VSG, hipergammaglobulinemia leve, leucocitosis y linfopenia. Fue tratada con múltiples facultativos con analgésicos, antibióticos tópicos y sistémicos, antifúngicos, antiestamínicos y esteroides tópicos sin presentar mejoría. Posteriormente acude al servicio de dermatología quien la maneja como leishmaniasis y pauta tratamiento con antimonio de meglumina, persistiendo con la sintomatología. Se realiza cultivo y PCR para leishmania reportando ambos como negativos. Se realiza cuantiferón para tuberculosis también con resultado negativo. Finalmente se realiza biopsia de piel con inmunohistoquímica donde se hace reporte final de histiocitosis sinusal cutánea o enfermedad de Rosai-Dorfman presentado anticuerpos CD20, CD3, CD68 y S100 y positivos, con CD1a negativo. Recibió tratamiento con esteroides sistémicos y excisión quirúrgica de las lesiones de mayor tamaño presentando franca mejoría clínica.

Palabras clave: Rosai, Dorfman, histiocitosis, S100.

Folio: 1208

Tema: Oncología

Tumor retroperitoneal como presentación inicial de melanoma amelanotico

Ruiz Viridiana, Mendoza Sergio Alberto, Bonilla Raquel, Torres Norberto, Macías María De Los Angeles, Carreño Paulina
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El melanoma amelanotico es una forma rara de esta neoplasia, 2 a 8 % son de tipo cutáneo pero hasta 40% de los casos se originan en mucosas representando estos solo 1% de los melanomas, en ambos casos el diagnóstico es difícil y suele retrasarse empeorando el pronóstico. Las metástasis de melanoma pueden presentarse en forma sincrónica con las lesiones de piel, ojos o mucosas. Los melanomas de origen primario no conocido representan solo 3.2% de esta neoplasia. **Objetivo:** Presentar un caso de melanoma amelanotico sin evidencia de lesiones cutáneas primarias, que se manifestó inicialmente como dolor lumbar asociado a un tumor retroperitoneal. **Caso:** Hombre de 52 años de edad, con 6 meses de evolución inicialmente con dolor intenso en región lumbar sin respuesta a analgésicos, pérdida de peso de 7 kg, diaforesis nocturna, edema de extremidades pélvicas, para abordaje de dolor lumbar se realizó resonancia magnética con hallazgo de tumor retrope-



ritoneal, progreso con ascitis leve y derrame pleural de tipo exudado negativo a proceso infeccioso sin evidencia en citología de células neoplásicas. Exploración física piel sin lesiones habituales asociadas a melanoma. En tomografía abdominal y pélvica tumor y adenopatías retroperitoneales sin evidencia de otras lesiones. Biopsia de tumor con reporte histopatológico de melanoma amelanotico S-100 y MELAN A positivos. **Conclusión:** Antes de hacer el diagnóstico de melanoma metastásico de origen primario no conocido, la forma amelanotica de este tumor debe ser investigada considerando que los casos cutáneos son lesiones poco características y fácilmente catalogadas como benignas y que es más frecuente que la forma amelanotica se origine en mucosas, en el caso de los hombres principalmente las de cabeza y cuello.

Palabras clave: tumor retroperitoneal, melanoma amelanotico.

Folio: 1209

Tema: Hematología

Aplasia pura de células rojas como manifestación inicial de tímoma: reporte de un caso

Miyagui Sayako Mariana¹, Peralta Ana Lilia¹, Cime Erik Antonio¹, Macias María de los Ángeles², Azamar Gibran Felipe¹

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Departamento de Patología

UMAE-Especialidades CMN La Raza, IMSS

Introducción: Los timomas son neoplasias mediastinales poco comunes, derivadas del epitelio del timo. De acuerdo a sus características histológicas se dividen principalmente en los subtipos A (fusiforme), AB (mixto) y B (epitelioide). Debido a la regulación anormal de linfocitos dentro de la glándula del timo, estos tumores se asocian con múltiples síndromes paraneoplásicos, particularmente condiciones autoinmunes o inmunodeficiencias. La aplasia pura de células rojas (APCR) se presenta en un 2 al 6% de los pacientes con timomas.

Objetivo: Describir un caso de APCR como síndrome paraneoplásico de tímoma. **Caso clínico:** Femenino de 54 años de edad, con antecedente de pénfigo vulgar de 5 años de evolución y enfermedad celíaca de 2 años de diagnóstico. Durante su seguimiento presentó anemia refractaria a tratamiento. Requirió hospitalización por síndrome anémico con múltiples transfusiones y, tras realización de diversos estudios de laboratorio y gabinete, fue enviada a nuestra unidad ante la sospecha de APCR. Durante su estancia en el departamento de medicina interna se corroboró el diagnóstico de APCR y se realizó el hallazgo de tumor mediastinal. Se llevó a cabo biopsia guiada por tomografía que corroboró la sospecha diagnóstica de tímoma tipo AB. Aunque se realizó la resección completa del tumor

la paciente permaneció con cuadro de anemia grave que requirió transfusión de concentrados eritrocitarios y manejo inmunosupresor. **Conclusión:** A pesar de su baja frecuencia, dentro del protocolo de APCR secundaria se debe descartar la presencia de un tímoma. Entre los pacientes que presentan APCR, la frecuencia de tímoma es de un 7% al 10%. El tratamiento se basa en la resección del tumor, sin embargo, solo un 30% presenta remisión de la enfermedad y por lo general se requiere terapia inmunosupresora adyuvante.

Palabras clave: aplasia pura de células rojas, tímoma, tumor mediastinal, paraneoplásico.

Folio: 1210

Tema: Gastroenterología

Hiperplasia nodular linfoide secundaria a infección por *Helicobacter pylori* refractaria a tratamiento

Pablo Claudia, Cordova Cesar, Nava Dina Lisbeth, Canizal José Luis, Rivera Karen, Lucas Abihai
Instituto Mexicano del Seguro Social

Masculino de 60 años de edad originario y residente del Estado de México. Cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: Diabetes Mellitus tipo 2 de doce años de diagnóstico en fase de autocontrol; Gastritis crónica diagnosticada hace seis meses en tratamiento con Omeprazol 20 mg vía oral cada 24 horas, con terapia de

erradicación para *Helicobacter pylori*; Tabaquismo positivo durante tres años a razón de siete cigarrillos al día con un índice tabáquico de 1.05 suspendido hace 8 meses. Inicia su padecimiento actual el Marzo de 2018 al presentar evacuaciones disminuidas de consistencia Bristol 6 sin moco ni sangre de 4 a 5 evacuaciones en 24 horas, sin cambios en el patrón alimentario sin más síntomas asociados. Acude con diferentes médicos quien otorgan tratamiento sintomático a base de Loperamida 2 mg vía oral después de cada evacuación. Sin embargo presenta aumento en las deposiciones hasta de 8 evacuaciones Bristol 7 sin moco ni sangre, pérdida de peso no intencionada de 4 kilos en dos meses, valorado en Unidad de Medicina Familiar otorgándose tratamiento a base de Metronidazol 500 mg cada 8 horas por 7 días de manera ambulatoria y automedicación de Loperamida 2 mg vía oral. Acude el 2 de Junio al servicio de urgencias de nuestra unidad donde se encuentra con datos clínicos de deshidratación severa, se inicia reposición hídrica e ingresa a piso de Medicina Interna para iniciar protocolo de estudio. A su ingreso con desequilibrio hidroelectrolítico que se corrige en las primeras horas de estancia, se mantuvo en ayuno por 48 horas con disminución en el número de evacuaciones, por lo que se consideró una diarrea crónica de tipo osmótica.

Se realiza coproparasitoscópico con resultados negativos, por lo que se realiza panendoscopia y colonoscopia el 01 de junio con toma de biopsia donde se encuentra cuerpo gástrico con gastritis crónica de actividad moderada asociada a *Helicobacter pylori*, y datos a nivel de íleon terminal de hiperplasia de tejido linfóide y colitis crónica leve. La hiperplasia linfóide del tracto gastrointestinal se caracteriza por nódulos pequeños de entre 2 a 10 mm de diámetro distribuidos a lo largo del intestino delgado de forma habitual, y en menor proporción en estómago o colon. Puede ocurrir en todos los grupos de edad pero es más común en menores de 10 años. En ausencia de inmunodeficiencia esta relacionada con la estimulación inmune del tejido linfóide, un desencadenante de estimulación repetitiva e hiperplasia eventual de los folículos linfoides. En la forma adulta algunos pacientes pueden tener una forma asociada entre las principales deficiencia selectiva de IgA, infección por *Giardia lamblia*, por infección por el virus de inmunodeficiencia humana y en menor proporción por *Helicobacter pylori*, en el caso del paciente tuvo tratamiento previo para erradicación con Omeprazol 20 mg cada 12 horas + Claritromicina 500 mg cada 12 horas + Amoxicilina 1 gramo cada 12 horas durante 14 días como lo indica el Consenso de Toronto 2016, sin embargo en la nueva

toma de biopsia se identificó actividad moderada, identificándose así como la causa de la hiperplasia linfóide condicionante de la diarrea crónica osmótica. La hiperplasia linfóide nodular generalmente se presenta como una enfermedad asintomática, pero puede causar síntomas gastrointestinales como dolor abdominal, diarrea crónica, hemorragia u obstrucción intestinal. El diagnóstico se realiza en estudios de endoscopia y debe confirmarse por histología. Donde incluyen nódulos que varían en tamaño de 2 mm a 10 mm, pero normalmente no superior a 5 mm de diámetro. Estos nódulos pueden presentar en el estómago, el intestino delgado (íleon terminal es el más común) y colon. Esta entidad no es del todo común identificable en adultos, en el caso del paciente cuenta con el antecedente de infección por *Helicobacter pylori* refractaria a tratamiento.

Palabras clave: hiperplasia nodular, linfóide, *Helicobacter pylori*, diarrea crónica.

Folio: 1211

Tema: Reumatología

Crisis renal en esclerosis sistémica, a propósito de un caso

Martínez Leticia Montserrat, Gudiño Pedro, Barajas Cristian Emmanuel, Patlan Hazel Ali, Borjas Jaime Antonio, Martínez David

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí



La esclerosis sistémica es una enfermedad generalizada, progresiva y crónica, con disfunción microvascular, que conduce a fenómenos de isquemia y fibrosis multiorgánica con involucro de vasos sanguíneos, piel, articulaciones, tubo digestivo, cardiopulmonar y renal. De carácter autoinmune, con curso clínico heterogéneo, el pronóstico depende del compromiso visceral en especial renal y cardiopulmonar. La enfermedad afecta con más frecuencia al sexo femenino (3-5:1), en la cuarta y quinta década de la vida. **Caso clínico:** Femenino de 58 años de edad, con antecedente de Hipertensión Arterial Sistémica. Presenta un cuadro de 2 años con dolor epigástrico, ERGE, mialgias, artralgias, engrosamiento cutáneo, esclerosis acral, zonas de hiperpigmentación y descamativas en tronco y extremidades, posteriormente disnea progresiva, accesos de tos e intolerancia a la vía oral, incrementándose el dolor abdominal y presentando descontrol hipertensivo. EF: TA:230/100, leucodermatosis, precordio con reforzamiento del segundo ruido, estertores basales bilaterales, abdomen con peristaltismo disminuido, Godete +, Raynaud y esclerodactilia. TC de tórax: patrón retículo nodular derrame pleural bilateral, cardiomegalia, crecimiento de cavidades derechas. ECOTT: engrosamiento y derrame pericárdico 12mm, PSAP 40mm.

Cr:13.3mg/dl. **Discusión:** La paciente cumple con criterios de la ACR/EULAR, con un puntaje de 27 para el diagnóstico. A nivel pulmonar con Hipertensión pulmonar tipo 3. A nivel gastrointestinal con dismotilidad esofágica y gástrica, gastroparesia e hipomotilidad intestinal. La emergencia fue la sospecha de crisis renal de escleroderma, por TA de 230/100, anuria, disminución severa y abrupta de TFG. Paraclínicos trombocitopenia de 131 mil, con presencia de esquistocitos en sangre periférica. La histología con fibrina a nivel de la subíntima, y engrosamiento en piel de cebolla con obliteración del lumen. El tratamiento de esta complicación son IECA, siendo Captopril primera elección.

Palabras clave: esclerosis sistémica, microangiopatía trombótica, crisis renal, esclerodermia, reumatología, hipertensión arterial sistémica.

Folio: 1213

Tema: Reumatología

Seguimiento a 5 años de un caso de cirrosis hepática en paciente joven, esplenomegalia severa congestiva y síndrome de Fisher Evans, secundario a síndrome antifosfolípido primario (SAF)

Sepúlveda Jesús¹, Bulos Pedro¹, Tevera Mónica Georgina¹, Medina Eduardo¹, Vera Olga Lidia², Perez José Manuel¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud;

² Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es un estado de hipercoagulabilidad que cursa con trombosis y abortos, en presencia de anticuerpos antifosfolípidos. En algunos casos puede asociarse a anemia hemolítica y trombocitopenia inmune. Su asociación con lupus eritematoso sistémico (LES) es de alrededor del 30%.

Objetivo: Se presenta un caso atípico de SAF primario causante de cirrosis hepática en una paciente joven, esplenomegalia masiva que requirió esplenectomía y eventos recurrentes de anemia hemolítica autoinmune y trombocitopenia, en ausencia de LES. **Caso:** Mujer de 29 años, quien debutó a los 24 años por cuadro de síndrome icterico, púrpura y ascitis. Fue inicialmente abordada por hematología quien diagnosticó un síndrome de Fisher Evans y refirió a Medicina Interna por ascitis. Posterior a un complejo abordaje, el caso fue concluido como una cirrosis hepática Child-Pugh B, síndrome de hipertensión portal cirrótico con esplenomegalia masiva (dimensión longitudinal de 19 cm) y un SAF primario, con títulos elevados de anticuerpos anti beta2 glicoproteína 1 IgG y anticardiolipidas IgG y asociación a síndrome de Fisher Evans (anemia hemolítica y trombocitopenia autoinmunes) Se otorgó tratamiento con esteroide y

aspirina. Ha presentado 3 recaídas hematológicas por eventos de anemia hemolítica con descensos de hasta 6 gr/dL, motivo por el cual se añadió, posterior a la inducción con esteroide en cada caso, azatioprina oral e hidroxiclороquina, con lo que se logró remisión hematológica, aunque siempre se mantuvo con trombocitopenia moderada asociada a hiperesplenismo. En 2017 comenzó a referir síntomas de plenitud posprandial temprana y dolor abdominal, por lo que se dio seguimiento tomográfico al a esplenomegalia, detectándose un incremento en las dimensiones del bazo, alcanzando hasta 24 cm de dimensión longitudinal, así como compresión progresiva de riñon izquierdo. Por cursar con esplenomegalia sintomática y acentuamiento de trombocitopenia, se decidió protocolizar en conjunto con hematología y cirugía general para esplenectomía y biopsia hepática, realizándose procedimiento sin complicaciones a inicios de 2018, previa administración de vacunas correspondiente y preparación hematológica, con un reporte histopatológico de microangiopatía trombótica e infartos esplénicos así como microangiopatía trombótica hepática y fibrosis grado IV, concluyéndose el caso como una cirrosis hepática asociada a SAF. Posterior a la cirugía, aliviaron por completo los síntomas derivados de la esplenomegalia e hiperesplenismo

y normalizándose las cifras plaquetarias. Entre 2014-2018 se han realizado dos eventos de ligadura de varices esofágicas como parte de su tratamiento para las complicaciones por cirrosis hepática. Actualmente la paciente tiene una sobrevida de 5 años desde el diagnóstico recibiendo tratamiento con aspirina, propranolol, furosemide, espironolactona e hidroxiclороquina, libre de eventos trombóticos y hematológicos.

Palabras clave: síndrome antifosfolípido, anemia hemolítica, trombocitopenia, cirrosis, esplenomegalia masiva.

Folio: 1214

Tema: Nefrología

Femenino de 73 años de edad con lesión renal aguda y anemia hemolítica, posterior a disentería. Reporte de caso

Nuñez Andrea, García Maximiliano, Sosa Eduardo

Hospital General Regional de León

Introducción: El síndrome uremico hemodilítico es una entidad que se presenta con mayor frecuencia en niños, es raro el reporte de casos en adultos con una incidencia de 7 por millón, presentando microangiopatía, anemia hemolítica, trombocitopenia y lesión renal aguda, como causa mas común se asocia infecciones por *E. coli* productor de toxina SHIGA, s. pneumonie y VIH. **Objetivo:** describir un

caso clínico con lesión renal aguda renal AKIN III y anemia, posterior a presenta disentería.

Exposición de caso: Femenino de 73 años de edad sin antecedentes de importancia Ingresa por cuadro clínico de 5 días con evacuaciones diarreicas, líquidas mas de 5 ocasiones por día, con moco y sangre, vomito contenido gastrointestinal, ataque al estado general, somnolencia y fiebre no cuantificada. Exploración física: TA 110/70 FC 88X FR 22 X TEMO 37.2°C alerta sin focalización, deshidratación de mucosas ++ palidez general cuello con aumento de volumen doloroso no dependiente de tiroides no adenomegalias cervicales área cardiaca rítmica sin soplos no taquicardia, respiratorio normal, abdomen distensión leve blando depresible sin dolor peristalsis aumentada, no irritación peritoneal, extremidades pulsos presentes, edema +. LABS: anemia hb 7.8 HTO 22 VCM 86 CHGM 35 leucos 5.8, plaq 50, QS urea 226 BUN 106 cr 7.3 AU 9 B/C: 14, ES Na 134 K 4.32 Cl 103 P 4.25 Mg .88, amila lipasa normal, AST68 ALT 33 GGT 37 BT .97 BD .32 BI .6 alb 2.9, DHL 1528 procalcitonina .62 coprologico ph 6 moco + bilis ++ no sangre toxinas AB de clostridium neg, anti DNA neg Ac ANA neg frotis de sangre periférica esquistocitos toxinaS-HIGA + Manejo hidratación IV, sin mejoría de LRA, ciprofloxacino durante 5 días, con lo que cedió respuesta inflamatoria.



Con criterios de síndrome de fragmentación eritrocitaria tipo síndrome uremico hemolítico, LRA, se coloca CVC tipo mahurkar y se inicia hemodiálisis por azoados y elevación en potasio, se realizan 2 sesiones de hemodiálisis con disminución importante de azoados, con disminución de DHL y sin presencia de fenómeno de hemolisis, egresa a los 7 días de estancia hospitalaria con recuperación de función renal cr 2.3, urea 126, sin anemia hb 12.1 HTO 34.8. **Conclusiones:** las gastroenteritis por *E coli* productor de tox shiga, es la causa secundaria mas común, en el contexto de un cuadro previo de gastroenteritis, puede involucrarse otras causas infecciosas como *S. pneumoniae*, sin embargo en esta paciente se integró el antecedente de disentería, y se obtuvo toxinaSHIGA +, LRA AKIN III, datos de hemolisis, con elevación de DHL, anemia y trombocitopenia, se descartaron otras causas autoinmunes de la LRA, tratamiento temprano de sustitución renal así como hemotransfusión en 1 ocasión, presentando mejoría, no se pudieron obtener otras pruebas para documentar que se tratara SUH por otras primarias, como mutación de complemento, o por anticuerpos contra factor H del complemento.

Palabras clave: síndrome uremico hemolítico, adulto mayor, lesión renal aguda.

Folio: 1215

Tema: Infectología

Causa inusual de choque séptico en paciente inmunocompetente

Bollo Juan Carlos¹, Ortega Nayely Yair¹, Bollo Miguel Ángel²

¹ Hospital General Regional N°1 Dr. Carlos Macgregor Sánchez Navarro, IMSS; ² Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, SSO

Introducción: El absceso esplénico es una entidad poco frecuente, con una incidencia reportada de 0.14 a 0.7% en series de autopsia, a menudo a paciente inmunocomprometidos, diseminación hematogena (endocarditis infecciosa), infección contigua (perirrenal o pancreatitis necrótica infectada), infarto esplénico (antecedentes de hemoglobinopatías) o postraumático. Los microorganismos aislados frecuentemente son estreptococos y estafilococos (endocarditis infecciosa) y gramnegativos (infección contigua). **Objetivo:** Reportar las características clínicas, etiología, hallazgos de imágenes, tratamiento y resultado de una causa poco frecuente de choque séptico.

Caso clínico: Masculino de 42 años acude a valoración de urgencias por cuadro clínico sugestivo de apendicitis aguda, USG abdominal con datos compatibles de apendicitis y quiste esplénico de 20x34mm, pasa a quirófano con reporte transoperatorio de apendicitis

fase 3, egresado a las 36 horas por mejoría clínica. Reingresa 14 días después por malestar general, fiebre y síndrome miccional, leucocitos 14400, neutrófilos 10200, examen general de orina leucocitos 20/campo, bacterias ++, se inicia quinolona y es egresado. Presentó mejoría parcial por 7 días, posteriormente presentó fiebre y dolor lumbar izquierdo, a su ingreso con TA 80/50, FC 118, FR 24, T 38.6°C, examen general de orina leucocitos 8/campo, bacterias +, USG abdominal con datos sugestivos de proceso inflamatorio renal izquierdo, por lo que inician tratamiento con cefotaxima, cristaloides a 30ml/kg, mejorando TA 100/60, ingresando posteriormente a medicina interna, se solicita urocultivo, y procalcitonina > 5ng/ml, continuando cobertura antimicrobiana, presenta deterioro hemodinámico por lo que se inicia apoyo aminérgico, por persistencia de fiebre, leucocitosis y deterioro neurológico, se decide escalar manejo antibiótico a cefepime y vancomicina, con mala respuesta por persistencia de fiebre y leucocitos 27800, se realiza ecocardiograma descartándose la presencia de vegetaciones, urocultivo y hemocultivos negativos, radiografía PA de tórax con elevación de hemidiafragma izquierdo, presenta posteriormente deterioro respiratorio por lo que se inicia asistencia mecánica ventilatoria, se realiza LBA

y cultivo reportado negativo, TC tórax sin alteración, TC abdominal sin datos de líquido libre o colecciones, reportando quiste esplénico de 66mmx122mm, el cual se compara con reporte previo por USG y se solicita valoración por cirugía por probabilidad de absceso esplénico, se agrega cobertura con carbapenémico, continuando vancomicina, y por falta de mejoría clínica se aplica vacuna antineumocócica y se solicita LAPE, durante el transoperatorio con capsula esplénica íntegra se realiza punción aspiración a 3 cm del hilio esplénico drenando 15 ml de líquido purulento, por presencia de tejido necrótico y friable que abarca hasta la región subfrénica izquierda se realiza esplenectomía, el reporte de patología con polo superior abscedado sin involucro de la cápsula esplénica. El paciente continuo cobertura antimicrobiana por 3 días más con mejoría clínica, presentó trombocitosis de hasta 880000 sin alguna otra alteración y fue egresado por mejoría clínica.

Conclusiones: La incidencia de abscesos esplénicos sintomáticos es baja, menos del 12% reportadas en series de casos se presentan con choque séptico, a pesar del arsenal diagnóstico y terapéutico la mortalidad es hasta del 47%, en este caso el único indicio de relevancia fue la apendicitis aguda previa aunado a un quiste esplénico documentado con aumento

posterior en sus dimensiones, el reporte tomográfico no fue concluyente si no hasta el procedimiento quirúrgico y el reporte de patología. En otros casos reportados la elección del tratamiento continua siendo combinado por drenaje guiado por TC/USG o esplenectomía y antimicrobianos con cobertura de amplio espectro, la evolución fue satisfactoria, debido entre otras cosas a que fue un paciente inmunocompetente.

Palabras clave: absceso, esplénico, choque, séptico, esplenectomía.

Folio: 1216

Tema: Endocrinología

Informe de caso: cetoacidosis euglicémica asociada a uso de inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 en paciente no diabética

Moctezuma Rogelio, Portillo Paola, Maya Rogelio, Rodríguez Irving Christian, Fragoso María Esther

Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Introducción: Dentro de las distintas causas de acidosis metabólica, la más frecuente en presentarse es la cetoacidosis diabética. De forma infrecuente, se puede presentar una cetoacidosis ya sea con glucosa normal o disminuida, la cual se denomina cetoacidosis euglicémica. La ausencia de hiperglicemia puede resultar en dificultad diagnóstica definitiva

al tener que realizar el diferencial de acidosis metabólica de brecha aniónica (AG) elevada sin hiperglicemia. **Presentación de caso:** Femenino de 35 años sin antecedentes crónico-degenerativos, refiere inicio reciente de rutina de ejercicio de alto impacto tipo crossfit en conjunto con dieta baja en carbohidratos; así mismo refiere inicio de tratamiento con Fentermina 15mg cada 24 horas y Metformina/Dapaglifozina 850/5mg cada 12 horas por iniciativa propia desde hace 20 días con el objetivo de bajar de peso. Acude por presentar desde hace 72 horas dolor abdominal tipo urente localizado en epigastrio con intensidad EVA 6/10, atenuado parcialmente con uso de inhibidores de bomba de protones; progresa al agregarse disnea de medianos a pequeños esfuerzos posterior a 30 minutos de ejercicio, motivo por el que acude a valoración. A su llegada a urgencias se presenta sin mialgias, artralgias, poliuria ni cambios en coloración de orina; dentro de la exploración física destacada se presenta consciente, orientada, fuerza 5/5 y con reflejos osteotendinosos ++ en 4 extremidades, con mucosa oral subhidratada con abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin signos de irritación peritoneal. Se solicitan estudios generales donde se encuentra CPK 7977 UI/L, glucosa sérica 61 mg/dL,



con una gasometría venosa con acidosis metabólica de AG elevada superpuesta a una no AG con acidosis respiratoria agregada por mala compensación en relación a un pH 7.17, PCO₂ 28 mmHg, HCO₃⁻ 10.2 mEq/L, AG 15.7, con hipercloremia de 110.8 mEq/L; se le solicita al dar muestra un examen general de orina con presencia de cetonas 80mg/dL, con presencia de una acidosis tubular tipo 2. Debido a la acidosis metabólica evidenciada en relación con una rhabdomiolisis se inicia tratamiento con soluciones cristaloides (solución NaCl 0.9%) con esquema para tratamiento de cetoacidosis moderada a > 200ml/h, logrando resolución de la acidosis metabólica y rhabdomiolisis en 48 horas sin requerimiento de insulina.

Discusión: La cetoacidosis euglicémica es una entidad clínica rara siendo las series de casos reportadas pequeñas desde 2015 en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y 2. En dichas series se documentaron los episodios en relación con el uso de un inhibidor de SGLT2. Si bien el diagnóstico se ha evidenciado por otras causas como la inanición, embarazo y consumo crónico y abundante de alcohol, en esta paciente se conjuntaron el uso indebido del medicamento en combinación con un isómero de meta-anfetamina, el cuál no se ha visto reportado en la literatura. **Conclusiones:** Es necesario documentar la pre-

sencia de estos eventos debido a su rara presentación, así como el reto diagnóstico que involucra al no presentarse de forma clásica la cetosis ni la hiperglucemia, así como entender que su tratamiento es el mismo que el de una cetoacidosis diabética clásica, sólo teniendo mayor atención en el uso de la insulino-terapia.

Palabras clave: cetoacidosis, euglicémica, SGLT2, rhabdomiolisis, reporte de caso.

Folio: 1217

Tema: Oncología

Metastasis hepática abscedada de un adenocarcinoma colorectal

González Fabian Apolinar, Hernández José Hansel

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Hombre de 49 años de edad originario y residente del Estado de México, escolaridad primaria, campesino de profesión. Sin antecedentes crónicos degenerativos de importancia para el padecimiento actual, tabaquismo positivo así como etilismo positivo a base de pulque y licor de caña. Inicia su padecimiento actual hace 1 año con alteraciones en el hábito intestinal caracterizado por evacuaciones diarreas no dintericas sin dolor abdominal asociado, agregándose al cuadro hematoquecia 2 meses posteriores, en dos ocasiones la cual se auto-limitó, posteriormente notando pérdida

ponderal cuantificada desde entonces en 25kg, astenia y adinamia. 1 semana previa a su ingreso exacerbándose la sintomatología añadiéndose fiebre cuantificada en 38.5°, dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho motivo por el cual acude al servicio de Urgencias. A su ingreso con presencia de leucocitosis y fiebre decidiéndose su ingreso hospitalario. Se inicia de forma empírica manejo con Quinolona tras persistir con evacuaciones diarreas y posteriormente se decide su traslado al Servicio de Medicina Interna. A su ingreso a nuestro servicio hemodinámicamente estable con evacuaciones diarreas cuantificadas en 4 ocasiones al día en promedio con un volumen total de 500ml, adecuados volúmenes urinarios así como cifras tensionales, encontrándose a la exploración física hepatalgia y hepatomegalia con tumoración indurada de aproximadamente 5x5cm de cordones irregulares dolorosa a la palpación de 12 cm por debajo de borde costal. Se solicita estudio coprológico así como biometría hemática, reportando presencia de sangre sin polimorfonucleares, anemia normocítica normocromica. Como parte del abordaje diagnóstico se solicita ameba en fresco, Panel viral y estudio Tomográfico. Siendo los primeros estudios negativos y reportándose en el estudio tomográfico múltiples lesiones

dependientes de hígado sugestivas de metastasis con presencia de liquido en uno de ellos, de características hipodensas así como tumoración dependiente de Colon. Se presenta el caso al servicio de Radiointervencionismo ante la sospecha de absceso hepático el cual se decide su drenaje de forma percutánea enviando muestras de liquido a cultivo, gram citopatológico y PCR para complejo *Mycobacterium*, se decide añadir de forma empírica manejo farmacológico a base de Cefalosporina de tercera generación y Metronidazol durante 7 días mostrando mejoría clínica. Con respecto al abordaje del proceso neoplásico se solicita estudio de colonoscopia y se decide su egreso para continuar de forma externa el abordaje por el servicio de Oncología.

Palabras clave: metastasis hepáticas, absceso, cáncer colorectal.

Folio: 1218

Tema: Endocrinología

Síndrome de resistencia extrema a la insulina, patología grave poco diagnosticada, acerca de un caso

Llaven Carlos Yair¹, Medina Josseph¹, González Everardo Francisco², Avila Carmen Amor¹

¹ Hospital de Alta Especialidad de Veracruz; ² Unidad Médica de Alta Especialidad No. 14 Adolfo Ruiz Cortinez. Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La resistencia a la insulina es uno de los trastornos endocrinos más prevalentes en el mundo, y está estrechamente asociada con enfermedades importantes de alcance global que incluyen diabetes mellitus, aterosclerosis, enfermedad de hígado graso no alcohólico, y disfunción ovulatoria. Se encuentra comúnmente en personas con obesidad, pero también puede ocurrir de manera inusual, y en forma grave, en pacientes poco frecuentes con defectos monogénicos. Dichos pacientes pueden agruparse libremente en aquellos con trastornos primarios de la señalización de insulina y aquellos con defectos en el desarrollo o función del tejido adiposo (lipodistrofia). La resistencia severa a la insulina de ambos subgrupos pone a los pacientes en riesgo de complicaciones aceleradas y plantea verdaderos desafíos en el abordaje clínico. Esto significa que el manejo óptimo de los pacientes afectados debe tener en cuenta la historia natural específica de cada condición, las cuales a menudo no se diagnostican. **Presentación del caso:** Femenino de 27 años, inicia su padecimiento a la edad de 6 años con distribución anormal del vello corporal, durante la adolescencia se agrega acantosis nigricans, aparición de quistes ováricos, así como historia de esteatosis hepática, actualmente con estilo de vida saludable, refiriendo crecimen-

to abundante de vello fascial y en extremidades que amerita depilación diaria, clínicamente con facies cushinoide, habitus androide ectomorfo, con persistencia de acantosis nigricans en cuello y axilas, así como acrocordones, prominencia umbilical, genitales con clitoromegalia y aumento de volumen en labios mayores, con distribución androide del vello corporal y ausencia de grasa en tronco y extremidades. Insulina basal y con carga oral de 75gr de glucosa: insulina de ayuno 37.08 uUI/ml, insulina a las 2 horas 264.4 uUI/ml. Glucosa de ayuno 78mg/dl, glucosa a las 2 horas 237 mg/dl. Triglicéridos > 200 mg/dl. USG pélvico con criterios de SOP.

Palabras clave: resistencia, sirs, lipodistrofia, hirsutismo, adipocito, Dunnigan.

Folio: 1219

Tema: Cardiología

Reporte de caso: síndrome de takotsubo en paciente geriátrico secundario a infección de vías urinarias

Galván Veronica Alejandra, Paredes José

Tecnológico de Monterrey

Femenino 76 años, independiente para las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria. Sin antecedentes patológicos relevantes. Niega ingesta medicamentos. Inicia 4 días previos al iniciar con fiebre cuantificada en 38°C, astenia, adinamia, cefalea pulsátil ho-



locraneana y dolor retroocular, es tratada con Oseltamivir y Paracetamol, presentando leve mejoría. Sin embargo, 1 hora previo a su ingreso inicia súbitamente con dolor torácico opresivo, disnea y diaforesis. Es traída a Urgencias; donde se evidencia hemodinámicamente inestable con TA 80/50 mmHg, febrícula de 37.7 °C, FR 22 lpm, FC 150 lpm, Sat 94% aire ambiente. A la exploración con utilización de músculos accesorios respiratorios. Campos pulmonares bien aireados, Ruidos cardíacos arrítmicos, Se evidencia EKG de Fibrilación auricular y cambios en la repolarización de cara inferior, se inicia infusión de Amiodarona 900 mg, Noradrenalina y Dobutamina. Paraclínicos: Leu 11.5, neu 10.30 .Tropoina 1.44, Dimero D 2344 BNP 325. Radiografía tórax normal. Ecocardiograma FEVI 20% e hipoquinesia generalizada, pared anterior, septal y apical. Angiografía coronaria no se encuentran lesiones; ventriculografía fenómeno de acinesia anterior-media e inferior-media, con hipercinesia del ápex y de la porción basal, sugestivo Sd. De Takotsubo. Llamado también de corazón roto, cardiomiopatía por estrés o de globo apical, con mayor frecuencia en mujeres de 67-70 años; como dolor torácico agudo, disnea o síncope, El gold estándar es angiografía coronaria con ventriculografía izquierda, los principales

desencadenantes son factores emocionales o físicos; mortalidad de 2-8.7%. Se encuentra E. coli en uro y hemocultivo, se inicia n carbapenémicos. Ecocardiogramas de seguimiento; mejoría a los 9 días con recuperación de la FEVI 50-55% e hipoquinesia muy ligera en área anterior, anteroseptal y lateral. Se dejó tratamiento con betabloqueadora Paciente con gran mejoría, recuperación funcional y sin complicaciones. **Palabras clave:** takotsubo, geriatría.

Folio: 1220

Tema: Oncología

Denosumab, tratamiento para enfermedad metastásica ósea por cáncer de mama en paciente de 36 años. Reporte de un caso

Ramos Miguel Angel, Terán José Oscar, Enríquez Kevin Giuseppe, López Rogelio, Sanson Lizeth Sonia, Alvarez Ma Elena
Hospital Central Norte de Pemex

Introducción. El denosumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe el ligando de RANK. Dentro de su uso clínico destaca en las pacientes con osteoporosis posmenopáusica que presentan riesgo elevado de fracturas y en pacientes con metástasis óseas principalmente por cáncer de mama. En esta descripción su indicación fue para una paciente con lesiones óseas y fracturas patológicas secundarias a cáncer de mama.

Descripción del caso: Paciente femenino con antecedente de cáncer de mama por rama materna (madre, tía materna) y una tía materna con cáncer de ovario, niega enfermedades crónicas degenerativas, alergias y tabaquismo. Inició su padecimiento un mes antes con la presencia de dolor en región lumbar que se exacerba con el movimiento, con irradiación a ambas extremidades inferiores, valorada por el servicio de ortopedia quien diagnostica como lumbalgia mecánica; 5 días posteriores presenta intensificación del dolor con imposibilidad para la deambulación A la exploración física destaca la presencia de una tumoración en cuadrante superior externo de mama derecha; resto de la exploración sin datos relevantes. Se decide realización de tomografía donde se reporta: Múltiples lesiones osteolíticas distribuidas de manera difusa en todas las estructuras óseas observadas a considerar de primera instancia enfermedad metastásica; Asimetría por aumento de volumen y densidad de tejido fibroglandular en mama derecha secundario a la presencia de zona amorfa compuesta por múltiples imágenes de aspecto nodular, de bordes indefinidos, con importante reforzamiento en fase tardía, que involucra a los cuadrantes externos. Con los hallazgos encontrados se decide toma de biopsia guiada por ultrasonido donde el reporte de patología

establece: carcinoma canalicular infiltrante grado 3 de Scarff-Bloom-Richardson, receptores hormonales negativos, HER2 negativo. Con los hallazgos se estadia a la paciente en una etapa clínica IV y se inicia tratamiento con quimioterapia y radioterapia; como parte de atención paliativa se realiza cifoplastia de la vértebra T10 a L5, con lo que la paciente presenta disminución del dolor. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento por oncología en tratamiento paliativo, con 3 meses de tratamiento a base de denosumab, el último reporte de imagenología no reporta incremento en el número de fracturas patológicas. **Conclusión:** Aunque el denosumab se emplea con mayor frecuencia en pacientes mayores de 50 años con cáncer de mama y metástasis óseas, no toda la población responde adecuadamente a este tratamiento; no se cuentan con estudios para pacientes con cáncer de mama con triple marcador negativo. El reporte de esta paciente abre un panorama para la prevención de fracturas patológicas secundarias a esta enfermedad de inicio temprano.

Palabras clave: denosumab, ligando de RANK, cancer, mama.

Folio: 1222

Tema: Neurología

Síndrome de apnea obstructiva del sueño y su relación con taquiarritmias auriculares en el infarto cerebral agudo

Martínez Juan Manuel¹, Cóngora Fernando¹, Chávez Beatríz¹, Guerrero Francisco J.¹, González Alejandro¹, Martínez Denisse Grace¹, Nández Homero¹

Hospital Universitario – UANL

La relación entre el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y el infarto cerebral (IC) se ha incrementado en los últimos años. El SAOS se asocia a episodios de arritmia, incluyendo la fibrilación auricular, incrementando el riesgo de IC. La información sobre la prevalencia de arritmias generadas durante los periodos de apnea y su impacto en el periodo agudo y crónico en pacientes con IC es limitada. **Objetivo:** Identificar las arritmias durante el sueño en pacientes con SAOS e IC agudo, y su repercusión clínica.

Métodos: Cohorte prospectiva de pacientes con IC agudo. Se realizó estudio del sueño con equipo portátil (sensibilidad y especificidad > 95%) y holter electrocardiográfico de 24 horas. Se evaluó la funcionalidad a los 3 y 6 meses de egreso con escala modificada de Rankin. En el análisis se dividieron a los sujetos con y sin SAOS (índice apnea/hipoapnea > 15). Se utilizó el software SPSS v24 para el análisis de los datos. **Resultados:** Se incluyeron 56 sujetos, 29 mujeres. Edad promedio 60.3 (DE 14.4). Los factores de riesgo más frecuentes fueron hipertensión 32(57%), diabetes mellitus 25(44%) y tabaquismo

18(32.1%). 32(57%) se clasificaron con SAOS. No hubo diferencia significativa entre las comorbilidades de ambos grupos. Los pacientes con SAOS ingresaron con un rankin mayor (p=0.017) y presentaron niveles mayores de glucemia (p=0.012). No hay diferencia en rankin (p=0.074) ni NIHSS (p=0.325) al egreso. La presencia de taquiarritmias durante el sueño (p= < 0.001) fue mayor en el grupo con SAOS. En seguimiento encontramos una tendencia a la significancia a los 3 (p=0.079) y 6 (p=0.083) meses. **Discusión y conclusión:** Las taquiarritmias durante el sueño se incrementan en presencia de SAOS. Es relevante tomar en cuenta las taquiarritmias en conjunto y no sólo la fibrilación auricular debido a que su significancia clínica no está detallada. Los mecanismos fisiopatológicos de las alteraciones del sueño explican este hallazgo y el peor pronóstico funcional.

Palabras clave: infarto cerebral, SAOS, apnea del sueño, taquiarritmias, fibrilación auricular.

Folio: 1223

Tema: Infectología

Delta de volumen plaquetario medio a las 72 horas como factor pronostico de mortalidad a los 28 días en pacientes con sepsis

Aguilar Rodrigo
ISSEMyM

Introducción: La sepsis es la principal causa de muerte por



infección. Se han desarrollado múltiples herramientas predictores de mortalidad como SOFA y APACHE II. Se desconoce si el delta de volumen plaquetario medio (VPM) a 72 horas es un factor predictor de mortalidad.

Método: Para determinar si el delta de VPM a 72 horas es un factor predictor de mortalidad, realizamos un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo y analítico analizando la supervivencia mediante el modelo de riesgos proporcionales de Cox. **Resultados:** Un total de 53 pacientes cumplieron con criterios de selección. De estos 17 pacientes (32.07%) fallecieron dentro de los 28 días posteriores al ingreso a piso de Medicina Interna. En el grupo de no sobrevivientes se encontró un puntaje SOFA más alto (media= 9 vs 6 puntos), un lactato más elevado (media= 3.72 vs 2.56mmol/L), y mayor frecuencia de choque séptico (82.4% vs 36.1%) en comparación con el grupo de los sobrevivientes. Se realizó el análisis de supervivencia mediante el modelo de riesgos proporcionales de Cox, encontrando que la escala SOFA con puntaje >9.5 puntos obtuvo un valor beta= 1.294, exponencial de beta= 3.64, con valor p= 0.009, representando un factor predictor de mortalidad; mientras que la covariable del delta de VPM a 72 horas presentó un valor beta= 12.727, con valor p= 0.951, estadísticamente no significativo. **Conclusiones:** En

conclusión, el delta del volumen plaquetario Medio a las 72 Horas no es un factor predictor de mortalidad a los 28 días en pacientes con sepsis.

Palabras clave: volumen plaquetario medio, sepsis, mortalidad, factor pronóstico, SOFA, APACHE II.

Folio: 1225

Tema: Misceláneos

Vasculitis ANCA positivo con manifestaciones cutáneas, renales y pulmonares secundario a uso de cocaína

Galia Viridiana, Ayala Ivonne Alexandra, Moreno Stephanie Zenaida, Lugo Flavio Arturo, Reyes Daniel, Rosales Víctor Hugo
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Se estima que el uso de cocaína es del 1% de la población entre 18 y 40 años. De forma habitual la cocaína se encuentra contaminada por el químico levamisol. Se han descrito hasta la fecha 2 síndromes vasculíticos asociados al uso de cocaína; el primero es una lesión destructiva en línea media con necrosis del cartílago septal y perforación del septo nasal, el segundo es una vasculitis asociado a ANCA atribuido al componente de levamisol, cuyas manifestaciones son comúnmente cutáneas, articulares, otorrinolaringológicas y hematológicas; sin embargo, puede presentar sintomatología de vasculitis de pequeño vaso. Clínicamente se encontrarán

lesiones dérmicas necróticas en 16.6% de los pacientes, purpura en 33% o abscesos digitales en 5%, también se pueden observar lesiones en pabellón auricular. Se reportan artralgias en 83%, manifestaciones renales en 44.4%, y manifestaciones pulmonares en 16.6% de los pacientes. Sin encontrarse evidencia de síndrome pulmón riñón. Dentro de los hallazgos se encuentran niveles de p-ANCA positivos en un 86-100% de los casos y 50% de c-ANCA. **Presentación de caso:** Hombre de 49 años, durante 25 años usuario de cocaína de forma inhalada y fumada, sin otros antecedentes relevantes. Presenta desde hace 1 año diagnóstico de enfermedad renal crónica e hipertensión arterial secundaria, ingresa por oliguria, astenia, adinamia, palidez, tos en accesos, no productiva, disnea progresiva de grandes a pequeños esfuerzos, edema de miembros inferiores ascendente no doloroso y lesiones dérmicas diseminadas, en las 4 extremidades. A la exploración paciente con fascies nefrópata, disneico, aliento urémico, dermatosis tipo máculas eritemato-violáceas de bordes irregulares, no pruriginosas, no blanquean a la digitopresión y otras purpúricas. Exámenes de laboratorio con elevación de azoados, acidosis mixta, hiperkalemia refractarias a tratamiento. Inicia manejo por urgencia dialítica. Protocolo para definir etiología de enfer-

medad renal, lesiones dérmicas y neumopatía, se descarta infección por hepatitis, VIH; VDRL y marcadores tumorales negativos, p-ANCAS positivo en títulos altos y c-ANCA positivos títulos medios. Radiografía de tórax con infiltrado intersticial diseminado, tomografía de tórax con patrón en empedrado, diseminado bilateralmente, sugerente de neumonitis probable urémica o asociada a uso de cocaína. USG renal con riñones lobulados, pequeños, pérdida de la relación cortico-medular, no se realiza biopsia renal. Biopsia de lesiones dérmicas reporta vasculitis asociada a levamisol. **Conclusiones:** En pacientes con uso habitual de cocaína es importante completar un protocolo de estudio que evalúe función pulmonar, y renal principalmente, ya que no es raro que tal droga se encuentre contaminada con levamisol, producto que se ha asociado a presencia de vasculitis la cual afecta diferentes órganos.

Palabras clave: cocaína, levamisol, vasculitis, ERC, neumonitis.

Folio: 1226

Tema: Gastroenterología

Colitis colagenosa como diagnóstico diferencial de síndrome consuntivo y diarrea crónica

Torres Ivan Dionicio¹, Torres Irving Horacio²

¹ Hospital General Doctor Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional La Raza. IMSS; ² Hospital Juárez de México

Masculino de 60 años, con antecedentes personales de haber padecido tuberculosis pulmonar hace 10 años, del cual cumplió con tratamiento y presentó curación microbiológica. Acude por un cuadro de diarrea desde hace 3 meses, caracterizado por ser de 3 a 5 deposiciones al día con urgencia y tenesmo; era de predominio diurno, cedía parcialmente con el ayuno y no se acompañaba de productos patológicos en las heces. Niega presentar dolor cólico durante las evacuaciones o en algún otro momento del día. Persistía desde hacía un mes a pesar de tratamiento con dieta astringente y Loperamida, recetado por médico particular. Refiere pérdida de peso de aproximadamente 15 kg durante este tiempo, pero acentuados sobre todo en el último mes. Sin presentar hiporexia. Niega alzas térmicas. La exploración física era aparentemente normal, con un masculino con un IMC de 18. Con signos evidentes de desnutrición, con pérdida de tejido graso en extremidades, y en caja torácica. Con signos de deshidratación. La biometría hemática muestra sólo revelaron una anemia normocítica y normocrómica de 10,5 g de hemoglobina/dl. La química clínica y los electrolitos séricos son normales. Ante el antecedente de tuberculosis pulmonar, se realiza un abordaje de descartar una reactivación de tuberculosis con tuberculosis

diseminada. Se realiza toma de mielocultivo, una prueba de PPD que es negativa, prueba de Quantiferon en sangre negativa, baciloscopias seriadas negativas. Panel viral y prueba Elisa VIH negativa. La tomografía de cuellotoracoabdominopelvica no muestra crecimientos ganglionares en mediastino y abdomen. Se realiza abordaje de diarrea crónica. Por lo que se realiza una panendoscopia, siendo esta normal. El coprocultivo mostró crecimiento de Aeromona hidrófila, por lo que se inició tratamiento según antibiograma con cefuroxima 250 mg/12 horas durante 7 días. Ante la falta de respuesta clínica y el deterioro progresivo del estado general, el paciente fue ingresada; se repitió el coprocultivo que mostró la persistencia del mismo germen y se pautó tratamiento con ciprofloxacino 250 mg/12 horas durante 7 días, con lo que se obtuvo una buena respuesta clínica. El paciente comenzó de nuevo con diarrea de iguales características. Destaca únicamente un leve agravamiento de la anemia previa (9,2 g/dl) en laboratorios de control, y datos bioquímicos de desnutrición, con un albúmina 2.8 gr/dl, y prealbúmina de 15. El examen de las heces, el coprocultivo, la radiografía de abdomen y tomografía abdominal fueron normales, solo evidenciándose por esta última, un engrosamiento de la pared gástrica, del colon descendente y sigma.



La colonoscopia con biopsia mostró una rectosigmoiditis de aspecto inespecífico, que histopatológicamente se correspondía con un denso infiltrado inflamatorio crónico en la lámina propia con conservación de las criptas y un marcado engrosamiento de la membrana basal epitelial. Estos hallazgos eran compatibles con el diagnóstico de colitis colagenosa. En este caso es importante el abordaje, ya que se trata de un paciente que presenta antecedentes de tuberculosis pulmonar, por lo que se tiene que descartar que no sea una tuberculosis diseminada la causa del cuadro clínico. No se objetivó en las heces sangre, grasa, parásitos, ni otros patógenos, lo cual descartaba, en principio, un síndrome de malabsorción, patología pancreática, procesos neoplásicos e isquémicos del intestino, y patología infecciosa; llama la atención que el paciente no presentaba otros datos relevantes, y que a la rectosigmoidoscopia presenta una mucosa aparentemente normal. Dada la ausencia de datos diagnósticos en las pruebas complementarias, la indicación de rectosigmoidoscopia era evidente; el estudio anatómopatológico fue el que permitió llegar al diagnóstico de certeza de una colitis colagenosa.

Palabras clave: colitis colagenosa, diarrea crónica, pérdida de peso, síndrome consuntivo, síndrome de malabsorción, gastroenterología.

Folio: 1227

Tema: Oncología

Melanoma metastásico de origen primario desconocido: desafío diagnóstico. Reporte de un caso y revisión de literatura

Garcilazo Alexandra, Cruz Antonio, Estrada Karla Patricia, Arteaga Daniela, Salazar Claudia Nai, Lajud Francisco Antonio, Fuster Miguel, Gállegos Belén, Arredondo Francisco Javier, Mendoza Saulo
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El melanoma metastásico de origen primario desconocido representa 2% de todos los casos de melanoma. El retraso en el tratamiento y poca expectativa de vida ocurren secundario al no existir lesión visible que nos oriente al diagnóstico. Se presenta la evolución de un melanoma metastásico a nivel mandibular y cerebral el cual tuvo una evolución rápida y con pocas pistas que orientaran el diagnóstico. **Caso clínico:** Hombre de 63 años, diabético. Inició padecimiento tres meses previos con dolor en tercer molar izquierdo. Recibió múltiples tratamientos antimicrobianos sin mejoría por lo que se le retiró pieza dental por probable absceso refractario a tratamiento médico. Un mes posterior inició con cefalea holocraneana, intermitente, punzante, EVA 8/10. Tomografía de cráneo lesión de aspecto neoplásico

temporoparietal derecha. Durante su evolución presentó aumento de volumen en región mandibular izquierda. A la exploración física: hombre obeso, afebril, neurológicamente sin alteraciones, región submandibular izquierda con tumoración de 8cmx 10cm, dura, fija a planos profundos, dolorosa y con aumento de temperatura local. Se inició tratamiento antibiótico por probable absceso, sin embargo sin mejoría. Se realizó cultivo bacteriano y para hongos los cuales fueron negativos. Biopsia con inmunohistoquímica con resultado definitivo: melanoma. Se realizó exploración exhaustiva de piel y mucosas sin localizar lesión primaria. Se interrogó de forma dirigida al paciente quien refirió haber presentado 5 años previos una lesión dérmica pigmentada persistente en cuello que posteriormente desapareció. Se refirió paciente al servicio de oncología. **Conclusiones:** el melanoma metastásico de origen primario desconocido es una patología poco común sin embargo con pronóstico muy adverso. La teoría de su origen que explica la probable regresión de una lesión dérmica nos obliga a insistir en la identificación, alta sospecha y evaluación de dermatosis sugerentes de melanoma.

Palabras clave: melanoma metastásico, diagnóstico diferencial, detección oportuna, oncología.

Folio: 1228

Tema: Reumatología

Vasculitis de grandes vasos (arteritis de Takayasu) e infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), una asociación poco frecuente

Tamayo Dulce Mariana, Zamora Erick Adrián, Lorenzo Isaf Guillermo, García Israel

Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General Regional Número 1

Las infecciones virales se han relacionado con vasculitis sistémicas, siendo más frecuente la vasculitis de vasos medianos, vasculopatía primaria y la vasculitis leucocitoclástica, en asociación con infección por VIH, que juntas alcanzan una incidencia del 2-3%. La información de vasculitis de grandes vasos es escasa. Ante esta situación, decidimos exponer el siguiente cuadro clínico. Hombre, 27 años. Infección por VIH desde hace 3 años, tratamiento antirretroviral combinado, carga viral no detectable, CD4+ 461. Claudicación 10 días previos, miembros pélvicos, amaurosis fugax, cefalea, carotídea, posteriormente miembros torácicos. Acude con tensión arterial (TA) inaudible, ausencia de pulsos braquial y radial, cianosis, reanimado con líquidos y aminos. Soplo en arteria carótida interna derecha, supraclavicular derecho, ausencia de pulso en extremidades superiores e inferiores, cianosis pie izquierdo. Angiotomografía: Ausencia de

flujo en arteria humeral derecha y subclavia izquierda, disminución de flujo en aorta abdominal. Se inició prednisona, metoprolol, azatioprina, carbonato de calcio, vitamina D, enoxaparina, nifedipino. Dos semanas después, aumento de TA y pulso en las 4 extremidades. Aunque se ha descrito relación entre vasculitis y VIH, la relación con afectación a grandes vasos es menos frecuente. Pueden ocurrir en cualquier etapa de la coinfección, sin correlación con carga viral. La importancia del reconocimiento precoz radica en tratamiento y pronóstico: En el reporte de Furfar et al., los pacientes infectados con VIH y arteritis cursaron con más complicaciones vasculares que los controles, sin embargo con población diferente a las series previas, con la mayoría siendo mujeres y > 40 años. La identificación temprana impacta en el desenlace, los análisis invasivos son más frecuentes, con futuro sombrío, tratamiento inmunosupresor requerido por largo tiempo.

Palabras clave: infección, por, VIH, Takayasu.

Folio: 1229

Tema: Hematología

Mieloma múltiple en un paciente joven. Reporte de un caso

Esquivel Jennifer¹, Flores Baldomero², Ortega Antonioni De Jesús¹

¹ Hospital General de México;

² Hospital General de Cuernavaca

Introducción: El mieloma múltiple es una neoplasia maligna formada por clonas de células plasmáticas. Se distingue por plasmocitosis en la médula ósea, producción de proteínas monoclonales, lesiones osteolíticas, enfermedad renal, anemia, hipercalcemia e inmunodeficiencia. Representa el 1% de todas las neoplasias malignas y 10-15% de las neoplasias hematológicas, la mayoría se manifiestan en la séptima década de la vida y menos del 1% en menores de 30 años. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente de 29 años de edad, con diagnóstico histopatológico de mieloma múltiple, que debutó con manifestaciones de daño a órgano blanco, diagnosticado y tratado en el Hospital General de México. **Exposición del caso:** Hombre de 29 años de edad sin comorbilidades, exposición laboral a pesticidas. Inició su padecimiento 4 meses previos a su ingreso con pérdida ponderal no intencionada de 20 kg, astenia, adinamia, hiporexia, diaforesis nocturna y fiebre intermitente. A su ingreso se encontró pálido, caquéctico, sin adenomegalias ni visceromegalias, con hemoglobina 5.4, VCM 97.8, HCM 32.1, RDW 13.1, leu 9620, neu 5390, linf 3080, PLQ 251 000, reticulocitos 2.3%, urea 229, creatinina 15.8, potasio 5.56, calcio 15.10, PT 5.59, globulinas 1.99, PTH 4.0. Serie ósea con lesiones osteolíticas en



cráneo, clavícula, costillas, omoplatos, húmeros. Proteína de Bence Jones positiva, electroforesis de proteínas con pico monoclonal. Se realiza biopsia de hueso con inmunohistoquímica, la cual reporta infiltración neoplásica con celularidad del 100% correspondiente a neoplasia de células plasmáticas CD138+, KAPPA+, LAMBDA no valorable, Ki67+. Se inicia quimioterapia con gemcitabina, ciclofosfamida y dexametasona. **Conclusiones:** El mieloma múltiple es una neoplasia de células plasmáticas cuya edad media de presentación es a los 62 años, a pesar de su poca frecuencia en pacientes menores de 30 años, debe sospecharse ante falla renal de etiología no determinada, asociada a anemia, hipercalcemia y lesiones osteolíticas.

Palabras clave: monoclonal, nefropatía, anemia, hipercalcemia, osteolíticas.

Folio: 1230

Tema: Endocrinología

Coma mixedematoso: reporte de caso en un hospital rural

Mancilla José Oscar, Paz Saly-me, Machorro Gabriela

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El coma mixedematoso es la manifestación más extrema del hipotiroidismo; es una afección poco común pero potencialmente mortal. Esta entidad ocurre cuando se superan los meca-

nismos compensadores del cuerpo ante un hipotiroidismo descontrolado por un factor desencadenante (infecciones, quemaduras, traumatismos, etcétera.). El tratamiento se basa en el reconocimiento temprano, reemplazo de hormonas tiroideas, esteroides y el adecuado manejo de soporte.

Objetivo: Exponer un caso típico de coma mixedematoso en un hospital de segundo nivel.

Exposición del caso: Femenino de 40 años de edad, originaria de Xicoteppec, Puebla, sin crónico degenerativos; inició su padecimiento un mes previo a su ingreso con presencia de astenia, adinamia e hipoxemia. Tras episodio de crisis convulsivas tónico-clónicas es enviada a este hospital. A su ingreso con signos vitales de TA 90/60 mmHg, FC 110 lpm, FR 12 rpm, Temp. 35.5°C; a la exploración física con edema facial, estupor, macroglosia, bocio, cavidad oral con mucosas secas, campos pulmonares con crepitantes gruesos y síndrome de derrame pleural izquierdo, abdomen con peristalsis disminuida, extremidades con edema +++ y onicomiosis. Estudios de laboratorio con glucosa 60, creatinina 1.9, colesterol 453, triglicéridos 74, ALT 106, AST 239, fosfatasa alcalina 82, DHL 854, cloro 95, sodio: 141.8, potasio 3.41, leucocitos 15.1, Hb 13.6, Hct 44.4 plaquetas 129, TSH 491, T4 total 6.45, T3 total 0.4, gasometría arterial con pH 7.18, pCO₂ 104,

pO₂ 37, HCO₃⁻ 38.8, SaO₂ 55% con acidosis respiratoria, alcalosis metabólica concomitante; radiografía de tórax con cardiomegalia y derrame pleural izquierdo. Se inició tratamiento con glucosa al 50% para posteriormente llevar a cabo intubación orotraqueal por encefalopatía hipercápnica e hipoxemia severa; se administró Levotiroxina por sonda nasogástrica, esteroide intravenoso y tratamiento antimicrobiano ante sospecha de foco infeccioso pulmonar. Durante su estancia se mantuvo bajo sedación durante 72 horas y posteriormente se progresó la asistencia mecánica ventilatoria con corrección de hipercapnia, mejoría índice de oxigenación y saturación de oxígeno. Se corrigió la lesión renal aguda y disminuyeron los leucocitos logrando decanulación y retiro de asistencia mecánica ventilatoria al octavo día. Fue egresada tras cursar con evolución satisfactoria.

Conclusiones: el reconocimiento precoz y el tratamiento del coma mixedematoso son esenciales. El tratamiento debe iniciarse sobre la base de la sospecha clínica sin esperar los resultados de laboratorio. Un interrogatorio obtenido de los miembros de la familia a menudo revela antecedentes de sintomatología de disfunción tiroidea seguida de letargo progresivo, estupor y coma. El coma mixedematoso se asocia con una alta tasa de mortalidad

(30 a 50 por ciento). La edad avanzada, las complicaciones cardíacas, la disminución de la conciencia, la necesidad de ventilación mecánica, la hipotermia persistente y la sepsis son factores predictivos de mortalidad.

Palabras clave: coma, mixedematoso, hipotiroidismo.

Folio: 1231

Tema: Infectología

Tumoración selar como presentación de absceso hipofisario. Presentación de un caso y revisión de literatura

Sánchez Oswaldo Augusto, Aguilar Iván Hirám, Esquivel Alejandra, Salgado Eduardo, Santoyo Dennis Lizeth
Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI

Introducción: Los adenomas hipofisarios son la causa más común de tumoración selar en la tercer década de la vida, siendo un 10% de todas las neoplasias intracraneales y dividiéndose en causas benignas o malignas; además dentro de las otras causas menos comunes se encuentran enfermedades metastásicas, quistes, fístulas arteriovenosas, hipofisitis y abscesos. Con respecto a los abscesos, pueden ser de etiología primaria y secundaria, presentándose en una hipófisis sana o previamente manipulada y siendo una causa muy rara de tumoración. En una serie de casos de 29 pacientes, Vates GE y cols, documentaron síntomas

asociados a tumoración hipofisaria en 67% de 64 pacientes, mientras solo 8 se presentaron con datos asociados a un proceso infeccioso (fiebre, leucocitosis y meningismo). Los estudios de imagen como tomografía computarizada y resonancia magnética no son capaces de distinguir entre un absceso y adenoma, como resultado a esto los pacientes son diagnosticados al momento de realizar una exploración quirúrgica. Se logra aislar el organismo causante en 58.3% de los pacientes, siendo la principal causa bacterias gram positivas (*S. aureus*, *Streptococcus* spp, *Micrococcus* spp). En general el tratamiento antibiótico empírico es a base de ceftriaxona más metronidazol hasta obtener identificación y sensibilidad. El pronóstico de los pacientes es adecuado con déficit en algún eje hipofisario siendo el más común el tirotripo. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de paciente con tumoración selar y como hallazgo transquirúrgico un absceso hipofisario. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 74 años de edad, como único antecedente índice tabáquico de 30 hasta la actualidad. Inicia su padecimiento 6 meses previo a ingreso con cefalea y alteración del campo visual, siendo protocolizado en medio externo y concluyendo en tumoración de hipófisis motivo por el que es referido a esta unidad para estudio. Durante su protocolo

se realiza resonancia magnética identificando tumoración hipofisaria, heterogénea, con hiperintensidad en T1 y T2, de dimensiones 15x16x17 con desplazamiento lateral derecho del tallo hipofisario. Además se solicita perfil hormonal completo con reporte de supresión en eje tirotripo motivo por el que se inicia tratamiento sustitutivo. Por hallazgos se cataloga como adenoma hipofisario no funcionante motivo por el que es programado para cirugía transesfenoidal. Durante procedimiento quirúrgico se documenta salida de material purulento en cantidad de 3cc, sin más hallazgos; posteriormente se solicitan cultivos para bacterias, micobacterias, hongos y se inicia tratamiento a base de ceftriaxona y metronidazol por presencia de absceso hipofisario. El paciente en el postquirúrgico presenta una evolución favorable; no se logra documentar agente etiológico probablemente a ser algún microorganismo de crecimiento lento o fastidioso, se continua tratamiento empírico durante 4 semanas. **Conclusión:** Los abscesos hipofisarios son comúnmente confundidos con alguna otra tumoración hipofisaria, sobre todo adenomas ya sea funcionantes o no. Los hallazgos en los estudios de imagen no permiten diferenciar la etiología por lo que la mayoría de veces es un hallazgo transquirúrgico. En general, un absceso hipofisario primario es



causado por bacterias gram positivas por lo que el tratamiento va dirigido a dichas causas. El pronóstico es adecuado con el tratamiento oportuno dejando pocas secuelas a largo plazo.

Palabras clave: absceso hipofisario, tumoración selar, macroadenoma, infectología.

Folio: 1232

Tema: Oncología

Presentación de un caso de neoplasia pulmonar infrecuente: neumocitoma esclerosante pulmonar (hemangioma esclerosante pulmonar)

Villaseñor Rosa, Cortazar Angelica María, Damian María Elena, Santiago Ricardo

Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos

Paciente femenina de 45 años de edad, originaria y residente de la Ciudad de México. Con antecedente de hipertensión arterial sistémica de 2 años de evolución. Toxicomanías interrogadas y negadas, exposición humo de leña negada. Acude a servicio de urgencias por presentar de manera súbita, dolor precordial de tipo opresivo de intensidad 10/10 en hemi-tórax basal izquierdo, con irradiación a espalda, asociado a disnea y tos sin expectoración, mejorando parcialmente con posición antálgica. A la exploración física se integra síndrome pleuropulmonar de condensación basal izquierdo. Laboratorios y electrocardiograma sin alteraciones, radiografía

de tórax con tumoración basal izquierda, por lo que se solicita tomografía axial computarizada contrastada por sospecha de neoplasia pulmonar en la que se reporta proceso neofrmativo pulmonar a nivel de lóbulo inferior izquierdo de 15x22 cm sin adenopatías asociadas, por lo que se realiza biopsia guiada por intervención con reporte histológico de: parénquima pulmonar y bronquio morfológicamente normales. Uno de los fragmentos muestra una lesión nodular caracterizada por estroma fibroso hialinizado dispuesto en estructuras vagamente papilares, las cuales están revestidas por epitelio cubico a plano simple sin atipia. Los frotis muestran sobre un fondo limpio fragmentos de epitelio bronquial con nucleomegalia y cambios reactivos, los cuales alternan con linfocitos de aspecto maduro, macrófagos alveolares y escasos eritrocitos y neutrófilos. No se identifican microorganismos patógenos, granulomas, datos citológicos ni morfológicos de malignidad. Diagnóstico: Proliferación papilar con hialinización del estroma, sugerente de Neumocitoma esclerosante pulmonar (Hemangioma papilar esclerosante). Se extirpa en su totalidad de forma exitosa. El hemangioma esclerosante (neumocitoma) pulmonar, es un tumor benigno raro, inicialmente considerado de origen vascular, pero en la actualidad está su probada histogénesis en

epitelio respiratorio primitivo. Tiene una marcada predilección por mujeres, de origen asiático, siendo más común en la cuarta y quinta décadas. Suele ser una lesión bien circunscrita, usualmente solitaria y se ubica en parénquima periférico. En muchos casos son pacientes asintomáticos con lesiones incidentales evidentes a la radiografía de tórax. La mayoría de los hemangiomas esclerosantes pulmonares tienen comportamiento biológico benigno. Hay casos con metástasis linfáticas, que aparentemente no afectarían el pronóstico, y excepcionales descripciones de diseminación pleural y aún de metástasis a estómago. Existen pocos casos descritos en población mexicana.

Palabras clave: neumocitoma esclerosante pulmonar, tumor pulmonar benigno, asintomático.

Folio: 1234

Tema: Hematología

Síndrome de POEMS: un reto diagnóstico

Escorza Salvador, Figueroa Rodrigo, García María Fernanda, Ruiz Jesús Alejandro
INCMNSZ

El síndrome de POEMS es una entidad extremadamente infrecuente que representa un reto diagnóstico por sus múltiples manifestaciones y lo sutil de éstas. Realizar el diagnóstico requiere de la presencia de 2 criterios obligatorios (patrón

monoclonal en electroforesis de proteínas y polineuropatía) más la presencia de un criterio mayor (lesiones osteoescleróticas, niveles elevados de VEGF, Enfermedad de Castleman) y uno menor (endocrinopatía, cambios en la piel, papiledema, sobrecarga de volumen, organomegalia, papiledema, trombocitosis/policitemia). Presentamos el caso de una mujer de 52 años previamente sana que acudió al haber cursado con sobrecarga de volumen (edema periférico, ascitis, insuficiencia cardiaca derecha) asociado a polineuropatía, gammapatía monoclonal, enfermedad de Castleman, endocrinopatía (hipocortisolismo) y alteraciones dermatológicas (hiperpigmentación, hipertricosis). Se describe detalladamente el abordaje diagnóstico que llevó a la caracterización de la patología en esta paciente. **Palabras clave:** POEMS, Castleman, gammapatía, hematología.

Folio: 1235

Tema: Oncología

Carcinomatosis peritoneal secundaria a adenocarcinoma de células en anillo de sello en paciente masculino joven presentación de un caso

García José, Gumi Roberto, Pérez José Adolfo, Flores Oscar Iván, Ramírez Elio Eder, Orta David, Ramírez Hugo Omar
Hospital General Naval de Alta Especialidad

Masculino de 33 años, originario de Veracruz, residente de Mazatlán, Sinaloa. Antecedentes heredofamiliares y personales patológicos sin relevancia para el padecimiento. Inició 45 días previos a su ingreso a hospitalización, con dolor abdominal difuso y distensión abdominal; acudió con facultativo quien inició manejo con procinéticos y antiespasmódicos sin mejoría, agregándose al cuadro astenia, hiporexia, aumento del perímetro abdominal y pérdida ponderal de 9 kg. A su ingreso en hospitalización lo encontramos clínicamente ectomórfico, consciente y orientado, neurológicamente íntegro, cardiopulmonar sin alteraciones, el abdomen globoso por aparente ascitis, con peristalsis disminuida, consistencia pétreas, sin visceromegalias, no doloroso a la palpación media o profunda, sin datos de irritación peritoneal, percusión matidez generalizada, extremidades sin alteraciones. Se inició protocolo de estudio reportándose biometría hemática, química sanguínea y electrolitos séricos sin datos de relevancia. Panel viral negativo. Pruebas de funcionamiento hepático bilirrubina total 1.7mg/dl, bilirrubina directa 0.7mg/dl, bilirrubina indirecta 1 mg/dl, AST 37 UI/L, ALT 43 UI/L, GGT 317UI/L, Fosfatasa Alcalina 236 UI/L, paracentesis diagnóstica con líquido peritoneal índice de GASA 1.2, citología líquido peritoneal reporta cé-

lulas mesoteliales reactivas, sin células neoplásicas, Adenosin deaminasa en líquido peritoneal 7.9 U/L, GeneXpert para Tuberculosis en líquido peritoneal con reporte negativo. Se realizan estudios de extensión con los siguientes **resultados:** Anticuerpos antinucleares negativos C3 y C4 en parámetros normales, antipigmento CA 125 548 U/ml resto de marcadores tumorales negativos. El paciente evolucionó con intolerancia a la vía oral, por lo que se solicitó valoración por Gastroenterología quien realizó endoscopia y colonoscopia con los hallazgos de esofagitis erosiva D de Los Ángeles, cámara gástrica mucosa congestiva y friable, lesión infiltrante a la mucosa gástrica, por lo que se toman biopsias cuyo reporte fue gastropatía aguda reactiva no asociada a H. Pylori, sin displasia, sin metaplasia, sin atrofia, negativo a malignidad. Ante este escenario, se solicitó interconsulta al servicio de Cirugía General quien realizó laparotomía con toma de biopsia, los hallazgos transoperatorios reportaron abdomen en bloque con múltiples adherencias de asa-asa, asa-pared, realizaron biopsia de peritoneo con reporte adenocarcinoma difuso poco diferenciado invasivo peritoneal con células en anillo de sello por inmunohistoquímica sugiere origen gastrointestinal (colon / estómago). Fue valorado por Oncología clínica quien inició quimioterapia



con Fluorouracilo. La evolución es tórpida, continuó la intolerancia a la vía oral, por lo que se colocó sonda nasoyeyunal. Por Oncología decide 2da sesión de quimioterapia con Leucovorin, Oxalplatino, Fluorouracilo con mejoría de sintomatología. Se decide su egreso de hospitalización para seguimiento por Oncología y Cuidados Paliativos.

Palabras clave: carinomatosis, peritoneal, masculino, joven, anillo de sello.

Folio: 1236

Tema: Infectología

Choque séptico secundario a empiema causado por actinomicosis pulmonar

Arias Karina Ivonne, Vargas David Alejandro, Cervantes Erika, Cruz Rodrigo Zenon, Ayala Ivonne Alexandra, Moreno Stephanie Zenaida

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La actinomicosis es una infección causada principalmente por bacterias gram positivas anaeróbicas del género *Actinomyces*, generalmente polimicrobiana. De manera clásica se clasifica en forma clínica cervicofacial, pulmonar, abdominopelvica y en ocasiones cerebrales, laríngeas, urinarias. La localización pulmonar representa 20% de los casos de actinomicosis, el cual puede manifestarse en parénquima, bronquiectasias, endobronquial y raramente con afección

pleural con empiema. **Objetivo:** Exponer un caso de choque séptico de foco pulmonar secundario a infección crónica por actinomicosis en paciente no inmucomprometida. **Exposición del caso:** Se presenta el caso de mujer de 34 años originaria de CDMX, comerciante, uso de DIU desde hace 8 años, miomatosis uterina desde hace 1 año, antecedente de 2 abortos espontáneos. Quien inició padecimiento en octubre 2017 con tos productiva emetizante, disneizante con esputo verde purulento, dolor pleurítico, fiebre >39°C nocturna, pérdida de peso y disnea progresiva. Al a exploración física con inestabilidad hemodinámica, taquipnea, disminución de ruido respiratorio izquierdo y disminución del estado de alerta, requiriendo apoyo con doble vasopresor y ventilación mecánica. Biometría hemática con leucocitosis 32mil a expensas de neutrófilos, procalcitonina >200, hemocultivo, urocultivo, cultivo bronquial sin desarrollo. Tomografía de tórax: empiema izquierdo 1246.2 cc, dos empiemas pequeños en lingula y hemitórax derecho, en relación con lesión hepática probable absceso. Se inicia antibiótico con metronidazol, meropenem y vancomicina por 14 días con respuesta favorable. Toracocentesis con exudado neutrofilico. Se realiza decorticacion y lavado de cavidad, macroscópicamente con engrosamiento de pleura izquierda,

fibrina, pulmón multinodular, adherencias firmes pared pulmón pleura, fistula alveolar y lesiones macronodulares difusas. Transoperatorio con inflamación crónica xantogranulomatosa. Se inicia tratamiento prueba para tuberculosis. BAAR, cultivos, Gen Xpert, panel viral, VIH negativos. Presenta fistula colovesical, cistoscopia con fistula de 1 cm, biopsia con cistitis aguda y crónica ulcerada bacteriana, tinciones para micobacterias negativas. Biopsia pulmonar con neumonía granulomatosa con abscesos, consistente con actinomicosis. Se inicia tratamiento antibiótico con amoxicilina/ácido clavulanico 875 mg /125 mg cada 12 h por 18 meses. **Conclusiones:** La infección por actinomicosis es un reto para el personal de salud con una gran variedad de manifestaciones y gran cantidad de diagnósticos diferenciales, entre ellas infección por tuberculosis, nocardia y cáncer.

Palabras clave: actinomicosis, choque séptico, empiema, *Actinomyces*, neumonía granulomatosa, actinomicosis pulmonar.

Folio: 1237

Tema: Oncología

Síndrome esclerodemirfome como manifestación de tumor carcinoide de colon (caso clínico y revisión)

Córdova César, Rivera Karen L, Pablo Claudia, Nava Dina L, Lucas Abihai, González Itzel

Instituto Mexicano del Seguro Social

Mujer de 73 años de edad con antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico de 2 años de evolución diagnosticada por Endoscopia, que reporta hernia hiatal tipo 1, recibió tratamiento sintomático, Sin otros antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Refiere 1 año de evolución con periodos intermitentes de hiporexia, epigastralgia, aparición de lesiones cutáneas eritematosas no pruriginosas de predominio en extremidades inferiores, y cuero cabelludo acompañada de caída de cabello y pérdida de peso no cuantificada. posteriormente debilidad y mialgias de extremidades inferiores, predominio distal, que limitan la deambulación. 15 días previos a su ingreso aparición de úlceras orales dolorosas, vómito gastroalimentario, evacuaciones semilíquidas no fétidas, y fiebre no cuantificada. A la exploración física destaca edema palpebral, eritema facial, úlceras orales dolorosas en carrillos y en dorso de la lengua, con base blanquecina, Extremidades superiores con lesiones sal y pimienta, telangiectasias, esclerodactilia, capilaroscopia con disminución de capilares en el lecho ungueal hemorragia puntiforme y capilares tortuosos. en extremidades inferiores lesiones con borde eritematoso que no desaparecen a la digito-

presión. se clasifica de acuerdo a los criterios ACR EULAR 2013 con 8 puntos, no diagnóstico de esclerosis sistémica. Ante la presencia de lesiones esclerodermiformes, sin manifestaciones sistémicas típicas de escleroderma, aunado a edad y género se protocolizó para descartar proceso paraneoplásico, realizamos biopsia cutánea, que confirman dermatopatía crónica con bandas de colágena densa subepitelial. Debido a que la asociación mas frecuente de esclerodermia como síndrome paraneoplásico se da con Ca de mama, riñón y tumores carcinoides, se solicitó mastografía y TC abdominal donde se evidencia Tumor de recto y sigmoides de 11.7x6x5.3 cm con ganglios satélite. El estudio histopatológico obtenido por restosigmoidoscopia reportó tumor carcinoide (células neuroendocrinas). La paciente deterioró y se reportó el deceso previo al resultado histopatológico definitivo. Los tumores carcinoides representan 50% de los cánceres de intestino delgado, sus homónimos colorectales, constituyen menos del 2% de las neoplasias malignas a este nivel, y producen metástasis a distancia en un 65 a 80% al momento del diagnóstico. Se estima su pronóstico de acuerdo al tamaño, los tumores, en menores de 1 cm tienen compromiso ganglionar 0-3% y sin metástasis a distancia, tumores mayores de 2 cm tienen compromiso regio-

nal y diseminación a distancia en 67 a 100%. Se encuentra descrita la asociación de alteraciones cutáneas faciales, así como el engrosamiento cutáneo con tumor carcinoide, el síndrome completo Implica casi siempre la presencia de metástasis hepáticas, no desarrolladas en la paciente en cuestión, El tratamiento ideal para este tipo de tumores es aún incierto debido a su rareza, sin embargo, el tratamiento quirúrgico para los tumores neuroendocrinos colorectales consiste en la extirpación con o sin quimioterapia y radiación. La paciente presentó cuadro clínico, explícito de síndrome esclerodermiforme, por la baja incidencia no fue reconocida ni protocolizada previamente. A pesar de lo cual fue diagnosticada en unidad de segundo nivel, motivo por el cual se expone el caso presente.

Palabras clave: síndrome, esclerodermiforme, paraneoplásico, cáncer, colon, carcinoide.

Folio: 1238

Tema: Otros

Lesión ósea única en cráneo en adulto, positiva para histiocitosis de Langerhans con expresión para CD1a y langerina, con cefalea persistente como síntoma único

Salinas Erika¹, Rodríguez Federico², Diaz Enrique Juan², Gallegos Marcos Cesar²

¹ Hospital Angeles Pedregal, Universidad La Salle; ² Hospital Angeles Pedregal



Introducción: histiocitosis de células de Langerhans es un grupo de enfermedades con un compromiso mono o multisistémico; presenta manifestaciones clínicas y complicaciones que varían según el tejido afectado y la extensión de la lesión; caracterizada por la proliferación de células de Langerhans. Es predominantemente de presentación en pacientes pediátricos, y cuando se presenta en adultos suele ser de afección pulmonar primaria. Se presenta el caso de paciente en la tercera década de la vida, con síntomas único de cefalea con lesión de histiocitosis de langerhans única en craneo. **Caso clínico:** Paciente masculino 28 años de edad, sin antecedentes hereditarios de importancia. APP negados, como único antecedente relevante tabaquismo positivo con IT 10 paquetes/año. Inicia padecimiento actual 1 mes previo a su ingreso con cefalea intermitente que ha ido aumentando con el progreso de los días, de características opresivo, localizado en parieto occipital, intensidad 8/10 sin exacerbantes o atenuantes, sin tinitus o fosfenos, con pobre respuesta a analgesia pero sin mitigarse por completo. Acude a urgencias por persistencia de cefalea, por lo que se inicia abordaje clínico. Paraclínicos sin hallazgos de importancia, se decide realizar RMN en donde se encuentra lesión ósea única, bien delimitada en región parietal derecha. Poste-

riormente se decide realización de PET-CT en donde se observa misma lesión hipercaptante con adenomegalia cervical. Por seguimiento de estudio se realiza biopsia de adenomegalia encontrando únicamente células inflamatorias, sin datos de malignidad pero sin diagnóstico final. Finalmente por lesión previamente descrita se realiza biopsia excisional en donde se reporta lesión en hueso craneal región parietal derecha compatible con histiocitosis de células de langerhans, inmunohistoquímica con expresión para CD1a y langerina. Se concluye aquí tratamiento terapéutico, y en seguimiento se corrobora resolución de sintomatología. **Antecedentes:** La Histiocitosis de Células de Langerhans (HCL) anteriormente conocida como Histiocitosis X, se refiere a un espectro de enfermedades caracterizadas por la proliferación de células de Langerhans, con efectos locales o sistémicos. De etiología desconocida, la afectación ósea es la más frecuente, además 15-61 % de los pacientes con HCL tienen un compromiso otológico, en un 5-25% de los pacientes hay lesión otológica y puede ser la única manifestación clínica. Usualmente, la cabeza y el cuello son las regiones más frecuentemente comprometidas. El hueso temporal está involucrado del 19-25% de los pacientes, principalmente su porción petrosa. La positividad por inmunohistoquímica CD1a

y la presencia de gránulos de Birbeck (GB) por microscopía electrónica constituye el estándar de oro para el diagnóstico de la HCL. **Discusión:** La HCL es una condición rara, se presenta principalmente en niños, y tiene una predilección por el sexo masculino. Cuando se presenta en la tercera década de la vida, se suele presentar en manifestación pulmonar y en pacientes con altos índices de tabaquismo. **Conclusión:** La HCL suele ser una enfermedad de la infancia, es poco común encontrarla en la forma de presentación que se suscitó este caso, paciente masculino, sin ningún factor de riesgo o antecedentes hereditarios. Cabe destacar que por el antecedente de tabaquismo del paciente, a pesar de no tener por imagen lesiones pulmonares sugestivas, es imposible descartar un origen de la enfermedad en dicho órgano, por lo que es importante su seguimiento y vigilancia para normar conducta y pronóstico.

Palabras clave: histiocitosis, histiocitosis X, histiocitosis de langerhans, células de langerhans, inmunohistoquímica CD1a.

Folio: 1239

Tema: Reumatología

Fiebre de origen desconocido: reporte de un caso de enfermedad de Still del adulto en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar 1 de Pachuca, Hidalgo

Sánchez Tania, Vasconcelos Luis Oscar, Cabrera Alejandro
Instituto Mexicano del Seguro Social

La fiebre de origen desconocido se define por la presencia de elevación de la temperatura corporal de 38.3°C o más. Con una duración de al menos 3 semanas sin un diagnóstico establecido tras una semana de estudio intrahospitalario. Si bien se han propuesto numerosas modificaciones a la definición, como el retiro de la necesidad de estudio intrahospitalario. Las 3 principales etiologías son: infecciosas, neoplásicas, reumatológicas. No es posible estimar su frecuencia, pues varía dependiendo del periodo temporal y entorno geográfico, sin embargo, se estima que alrededor de un 50% de pacientes son egresados sin un diagnóstico. Resumen clínico se trata de hombre de 61 años de edad, originario y residente de pachuca, hidalgo, casado, comerciante, previamente sano, tabaquismo desde juventud, con índice tabáquico de 26 y alcoholismo cada fin de semana, hasta la embriaguez. Niega exposición a mielotóxicos, sin antecedentes familiares de enfermedades oncológicas, reumatológicas, ni hematológicas. Inicia su padecimiento actual en abril del 2018, de forma insidiosa con cuadro gastrointestinal caracterizado por hiporexia, diarrea sin moco ni sangre, dolor abdominal leve; posteriormente

fiebre cuantificada de 39.5° c, aparentemente sin predominio horario y sin otros síntomas agregados. Acude con médico privado quien maneja con antibióticos, con cese del cuadro diarreico, pero persistiendo con picos febriles, por lo que solicitan policultivos, coprológicos y coproparasitoscópicos, reacciones febriles, resultando todo negativo. Recibió múltiples esquemas antibióticos sin resolución del cuadro febril. Realizaron también estudios de imagen, encontrando como único hallazgo ligera hepatoesplenomegalia. En la analítica la única alteración era transaminasemia leve. Finalmente el 15.05.18 por ser derechohabiente, deciden enviarle a nuestro nosocomio para continuar protocolo de estudio. En el área de urgencias de esta unidad se toman nuevos cultivos y batería de estudios básicos, encontrando trombocitopenia (4000), linfopenia (600) y anemia gí oms, por lo que es valorado por hematología, quien indica bhc de tres tubos, evidenciando plaquetas de 209,000 en citrato de sodio, haciendo diagnóstico de pseudotrombocitopenia, se reinicia manejo antibiótico de manera empírica, solicitaron estudios de imagen, en donde no hubieron hallazgos patológicos e indicaron bolos de esteroide, posterior a lo cual se observó mejoría de la transaminasemia, sube a piso de medicina interna aun febril

para continuar protocolo de fiebre de origen desconocido, se instaura manejo antimicótico por sospecha de moniliasis, sin embargo persistía con fiebre se evidencia presencia de reactantes de fase aguda elevados (VSG y PCR). Durante su estancia en piso se observa predominio vespertino de los picos febriles, con diaforesis se solicita panel viral, reportado negativo. El día 24.05.18 presenta rash cutáneo de predominio en zonas fotoexpuestas (cuello en v del escote, brazos, manos, región malar, frente), el cual no se exacerbaba ni desaparecía con la fiebre y defervescencia, se recaban reacciones febriles, negativas. Por dichas características y al no evidenciar proceso infeccioso, se inicia pesquisa para descartar malignidad, sin embargo sin evidencia en estudios de imagen ni marcadores tumorales sugerentes de malignidad. Al descartar infección y malignidad se orienta la búsqueda hacia procesos reumatológicos, se inicia de manera empírica el manejo con esteroide el 25.05.18, presentando mejoría de la fiebre y del estado general. Solicitando factor reumatoide, anticuerpos antinucleares y anti-dna, resultando negativos y posteriormente ferritina, la cual se reporta con un valor de 911 ng/ml. De esta manera por la presencia de fiebre vespertina, rash, faringitis no exudativa, transaminasemia y elevación de ferritina por encima de 3 veces



el límite superior, se integra diagnóstico de enfermedad de Still del adulto por criterios de Yamaguchi, con 2 criterios mayores y 3 menores

Palabras clave: fiebre, origen, desconocido, Still, Pachuca.

Folio: 1240

Tema: Infectología

Colectomía como tratamiento de colitis pseudomembranosa fulminante secundario al uso de quinolonas

Hernandez Sandra Lizeth, Moreno Stephanie Zenaida, Ayala Ivonne Alexandra, Castillo Ana Maria, Mora Ana Maria, Rosales Victor Hugo

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción y Objetivos: En los últimos años se ha registrado un incremento considerable de la incidencia y mortalidad de diarrea asociada por *Clostridium difficile* de pacientes hospitalizados y ambulatorios debido a la diseminación de cepas hipervirulentas y uso inapropiado de antibióticos, originando brotes de colitis severa y recurrente. Otros factores conocidos son los extremos de la vida, larga estancia hospitalaria, severidad de la enfermedad de base, cirugía, ingesta de inhibidores de protones y polifarmacia. **Resumen del caso:** Mujer de 34 años con antecedente de infección de vías urinarias recurrentes, último episodio hace dos semanas, refiere tratamiento con quinolona.

Ingresa al servicio de medicina interna por síndrome febril de 1 semana de evolución, ataque al estado general, refiere diarrea abundante, fétida, con moco, sin sangre, de 6 a 8 episodios diarios, acompañada de picos febriles diarios de 39 °C. Se solicita examen general de heces en el cual se reporta leucocitos ++, con predominio de polimorfonucleares, se solicita coprocultivo y se inicia terapia empírica con TMP-SMX. La paciente presenta mala respuesta a tratamiento médico. 48 horas después de su ingreso inicia con dolor abdominal tipo cólico 8/10, generalizado, distensión abdominal, peristalsis abolida, disminución en el número de deposiciones e hipotensión. Biometría hemática con leucocitosis y desviación a la izquierda y gasometría arterial con acidosis metabólica. Se solicita TAC de abdomen mostrando marcada dilatación, engrosamiento y edema difuso de pared e impresiones digitales en todo el colon, siendo más evidente en colon descendente y transversal, ascitis moderada. Ante cuadro clínico y antecedentes se sospecha en colitis pseudomembranosa se solicita determinación de producción de toxinas A y B con resultado positivo. Se inicia tratamiento con vancomicina y metronidazol vía oral sin obtener respuesta a tratamiento y con deterioro hemodinámico y clínico de la paciente, por lo que se decide valoración por cirugía general y

manejo quirúrgico urgente ante cuadro de colitis pseudomembranosa fulminante. Durante el procedimiento quirúrgico se obtiene líquido seroso turbio de cavidad abdominal, y se realiza colectomía total con sección del recto a nivel del promontorio, se realiza cierre en dos planos y se coloca ileostomía terminal en fosa iliaca derecha. Se continúa con tratamiento antibiótico hasta 14 días y se inicia realimentación progresiva. La evolución clínica del paciente fue favorable.

Conclusiones: La colitis pseudomembranosa fulminante es una colitis grave complicada, ya sea por perforación, dilatación tóxica aguda del colon o sepsis refractaria. Tiene una incidencia del 3-8% en los pacientes que presentan infección por *Clostridium difficile*. Entre los factores de riesgo para su desarrollo se encuentran uso de antibióticos en los últimos 30 días y antecedente de cirugía reciente. Se reporta una alta tasa de mortalidad de 35% a 80%. El diagnóstico temprano impacta directamente al pronóstico del paciente siendo la sensibilidad del test de ELISA para la toxina A y B estimada en 94% con una especificidad del 100%. El diagnóstico por tomografía tiene una sensibilidad y especificidad del 70 a 80%. El rol de la cirugía en el manejo de esta patología es de vital importancia en pacientes que no responden a tratamiento médico intensivo y con signos

de peritonitis, se reporta una incidencia esta conducta médica hasta en el 20% de los pacientes.

Palabras clave: colectomía, *Clostridium difficile*, colitis fulminante, colitis pseudomembranosa.

Folio: 1241

Tema: Infectología

Infección de vías urinarias complicada por *Acinetobacter baumannii* erradicada con ceftozalona/tazobactam. Reporte de un caso

Roque Carlos Javier, Hermida Carlos Enrique, Lobato Adriana Concepcion

Centro Médico ISSEMyM Ecatepec

De acuerdo a la CDC, aproximadamente 2 millones de personas se infectan con un patógeno resistente a los antimicrobianos anualmente, lo que contribuye a al menos 23,000 muertes al año. La prevalencia de patógenos multirresistentes (MDR), especialmente los patógenos ESKAPE (*Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterobacter* spp.), ha aumentado globalmente. Las infecciones causadas por patógenos MDR se asocian a una morbilidad y mortalidad significativas y consecuentemente con mayores costos de atención médica. Se presenta el de caso de un paciente con factores de ries-

go para infecciones urinarias de repetición con desarrollo de *Acinetobacter baumannii* sensible solo a Ceftolozane-tazobactam. Masculino de 33 años de con antecedente de lesión medular de C3-C5 secundario a impacto por arma de fuego, con paraplejía como secuela. Inicia padecimiento actual 3 días previos al ingreso con presencia de fiebre de hasta 38.8°C, que cede al uso de antipiréticos, acompañada de diaforesis, así como apreciación de disminución de los volúmenes urinarios en sonda Foley, a exploración física paciente cuadripléjico, hemodinámicamente estable, puntos ureterales y giordanos no valorables, Uresis calculada en 24 horas de 0.4 ml/kg/hr, con leucocitosis de 15200 con polimorfonucleares de 13500, procalcitonina de 0.8, examen general de orina turbia, con leucocituria, eritrocituria, bacteriuria abundante, con desarrollo de urocultivo con más de 100 000 UFC de *Acinetobacter baumannii* sensible únicamente a Ceftozalona/Tazobactam, por lo que se instaura tratamiento por 7 días con erradicación del microorganismo demostrada con cultivo de control. Ceftolozane-tazobactam fue aprobado por la FDA en diciembre de 2014, es una cefalosporina de amplio espectro con un inhibidor de beta lactamasas, con actividad contra *Pseudomonas* y Enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y

algunas betalactamasas AmpC; sin embargo, no es activo contra especies de Enterobacterias que producen carbapenemasas. El *A. baumannii* es uno de los patógenos con alta capacidad para adquirir resistencia antimicrobiana con múltiples mecanismos: B-lactamasas, enzimas modificadoras de aminoglucósidos, bombas de flujo, defectos de permeabilidad y modificaciones de sitios de acción; lo que ha disminuido el número de clases de antibióticos disponibles para tratar las infecciones en la práctica clínica. Sin embargo pocos estudios han demostrado in vivo e in vitro la erradicación de *A. baumannii* con algunas combinaciones antimicrobianas, por lo que falta realizar mayor número ensayos clínicos.

Palabras clave: IVU complicada, resistencia antimicrobiana, cefalosporina.

Folio: 1242

Tema: Cardiología

Bloqueo interauricular: anomalía en la conducción eléctrica poco apreciada en la práctica clínica

Cortés Aida Alicia, Mares Adan Rafael, Baustista Francisco Javier, Rivera Dante Jesus

Centro Médico ISSEMyM Ecatepec

Antecedentes y objetivo: El bloqueo interauricular representa un retraso en la conducción eléctrica entre las aurículas. Es una anomalía de la conducción



eléctrica que con frecuencia no se aprecia en la práctica clínica, además de constituir un factor de riesgo para diversas arritmias auriculares (especialmente fibrilación auricular) y puede asociarse con otras anomalías clínicas que van desde la dilatación de la aurícula izquierda y la tromboembolia, incluido el accidente cerebrovascular y la isquemia mesentérica; por lo anterior hacemos la presentación de este caso. **Caso clínico:** Femenino de 39 años de edad con antecedente de comunicación interauricular diagnosticada a los 31 años. Se realizó ecocardiograma en mayo 2010 evidenciando dilatación de cavidades derechas global, así como comunicación interauricular 10 mm, con corto cortocircuito de izquierda a derecha con PSAP de 46 mmHg, insuficiencia tricuspídea moderada. Referida a CMI Toluca realizándose cirugía cardíaca abierta en 2011 donde se colocó dispositivo oclisor de defecto interauricular sin complicaciones; egresada con tratamiento no especificado y dada de alta del servicio de cardiología. Inicia su padecimiento actual el 02/08/2018 mientras se encuentra conduciendo vehículo automotor y posterior a ingesta de alimentos, presentando dolor precordial de inicio súbito, opresivo, intensidad 7/10 EVA, irradiado a mandíbula y brazo izquierdo, exacerbado con movimiento de miembro torácico izquierdo,

sin atenuantes, acompañado de náuseas y tinnitus por lo cual fue llevada a atención médica. A su ingreso se encontró paciente con frecuencia cardíaca de 53 lpm, presión arterial 110/60 mmHg, con disminución del dolor precordial a 4/10 EVA, persistiendo mareo y tinnitus. Se realizó electrocardiograma donde se evidenció bloqueo incompleto de rama derecha así como bradicardia sinusal. Durante su estancia en nuestro servicio se realizó Holter de 24 h (07/08/2018 al 08/08/2018) donde se observan datos compatibles con bloqueo interauricular de segundo grado por lo que se presentó en el área de hemodinamia de Centro Médico ISSEMYM Toluca, siendo aceptada para la colocación de marcapasos, la cual se realizó sin complicaciones. **Conclusión:** Si bien nuestra paciente acude por un cuadro clínico característico de angina secundario a la bradicardia que presenta, la importancia radica en que se logra evidenciar mediante estudio electrocardiográfico Holter, datos de bloqueo interauricular de segundo grado con aberrancia de la conducción interauricular con morfología de ondas P transitoriamente melladas, misma alteración del sistema de dromotropismo cardíaco que le condicionó desde su bradicardia sintomática. De igual importancia es también, el antecedente de cirugía cardíaca por defecto interauricular, el

cual fue resuelto con colocación quirúrgica de dispositivo oclisor, lo cual puede asociarse a la degeneración de fibras del haz de Bachmann, que si bien es poco frecuente, llega a generar este tipo de alteraciones electrocardiográficas con repercusión clínicamente significativa, como en nuestra paciente en quien ameritó colocación de marcapasos por indicación de bradicardia sintomática secundaria al mismo. **Palabras clave:** bloqueo interauricular, retraso, conducción eléctrica, Holter, angina.

Folio: 1243

Tema: Hematología

Anemia hemolítica como presentación de linfoma esplénico marginal

Gayon Erika¹, Hernandez Andrea Priscila¹, Leal Graciela¹, Ceja Laura Guadalupe¹, Garibay Brian Ricardo¹, Izquierdo Carlos¹, Zapata Nidia Paulina²

¹ Fundación Clínica Médica Sur; ² Fundación Clínica Médica Sur/INCAN

Introducción: El linfoma esplénico de la zona marginal es un tipo de linfoma no Hodgkin que se origina de las células B de memoria post-germinales. La edad media de presentación son los 65 años. Usualmente se presenta de manera indolente con esplenomegalia masiva y citopenias. Estas son secundarias al hiperesplenismo sin embargo en el 20% de los casos pueden ser

asociadas a un proceso autoinmune adquirido. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 80 años de edad con antecedente de hipertensión arterial sistémica y etilismo no especificado. Ingresa a hospitalización para abordaje por seis meses de evolución con dolor en flanco izquierdo y aumento del perímetro abdominal asociado con astenia, adinamia y disnea progresiva, sin datos de sangrado de tubo digestivo. Laboratorios con anemia macrocítica Hb 6.2 g/dl, VGM 129 y patrón colestásico en pruebas de funcionamiento hepático (BilT 7.7mg/dl, Dir 2.7, Ind 5.0, ALT 24 U/L, AST 44 U/L, FA 284 U/L, DHL 363 U/L). En la exploración física destaca palidez de tegumentos, tinte ictérico, esplenomegalia, signo de la ola positivo y edema en extremidades inferiores. Se documentan por imagen datos de hepatopatía crónica con hígado de aspecto micronodular, hipertensión portal (diámetro 10 mm) y esplenomegalia 24 cm en eje longitudinal, descartándose trombosis de vena esplénica o porta. Se inicia abordaje de anemia caracterizándola como hemolítica por la índice reticulocitario arregenarativo (1.5), disminución de haptoglobina.

Palabras clave: linfoma esplénico, anemia hemolítica, anemia, patrón colestásico, cirrosis, hepatopatía crónica.

Folio: 1244

Tema: Reumatología

Dermatopolimiositis grave y anticuerpos específicos de miositis anti NXP2

Vera Olga Lidia

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza. IMSS y Hospital Angeles Lindavista

Introducción: En la dermatopolimiositis (DPM) la afección de los músculos respiratorios, cardíaco y la deglución son factores de mal pronóstico. Los anticuerpos específicos de miositis como los anti NXP2 y anti TIF-1, están presentes entre el 1% y 5% de los adultos con DPM, en formas juveniles graves y se asocian a neoplasias. El objetivo del presente caso es informar una paciente con DPM grave con afección de músculos de cintura pélvica, escapular, orofaríngeos, afección cardíaca, respiratoria, vasculitis gastrointestinal y Anti NXP2. Mujer de 28 años, aplicación de vacuna fiebre amarillas (VFA) 15 días previo a su padecimiento. Inició con polimialgias, poliartalgias, disminución de la fuerza muscular (FM), disfonía y disfagia. Exploración física: disfonía, eritema en heliotropo y V del escote. FC 120 X', FR: 30 X'. FM 1/5 (4 extremidades) y artritis en interfalángicas proximales y codos. Exámenes de laboratorio: Creatin fosfoquinasa: 27,000 U/L, TGO U/L 2000 U/L, TGP

U/L: 1800 U/L, DHL: 2050 U/L. HB 14 g/dl, VSG:50mm/hr. EGO: mioglobinuria, creatinina 1.6 mg/dl. ANA 1:160. Anti-Jo1, Anti PL-7, Anti PL-12 Anti-EJ, Anti-OJ, Anti- Mi2, Anti-MDA 5, anti-TIF 1 negativos y Anti NXP2 positivos mayor a 100. Tomografía alta resolución pulmonar: sin afección intersticial. Electromiografía: patrón miopático. Biopsia muscular: informó infiltrado inflamatorio, necrosis y atrofia de fibras musculares. Evolución: por mayor deterioro de músculos de la deglución y respiratorios requirió yeyunos-tomía, traqueostomía y apoyo ventilatorio. Presentó afección cardíaca manifestado por taquicardia persistente sin respuesta a beta bloqueadores (propranol, metoprolol y bisoprolol) por lo que fue necesario digoxina e ivabridina. Sangrado de tubo digestivo con erosiones, inflamación y sangrado en capas de estómago e intestino delgado y grueso por vasculitis, con descenso de Hb a 6 g/dL, por lo que requirió hemotransfusión. También cursó con anemia mixta (inflamación, toxicidad a metotrexate y ferropénica), pancreatitis, desnutrición e infecciones nosocomiales (neumonía, infección vías urinarias y colitis pseudomembranosa). A los 3 meses se normalizaron las cifras de enzimas musculares. A los 10 meses la p-paciente cursó con recaída de la afección muscular (cintura pélvica y escapular), por lo que fue tratada con inmunoglobulina mensual.



Los músculos orofaríngeos fueron los que se recuperan con mayor lentitud. A los 18 meses de evolución la paciente se encuentra inactiva, en clase funcional I. Tratamiento inicial con metilprednisolona 1g/ 5 días, seguido de prednisona 1.5 mg/kg /día, metotrexate 20 kg semanales subcutáneo durante 2 meses (suspendido por toxicidad hematológica), inmunoglobulina humana 0.4 Kg/día/5 días mensual durante 6 meses y rituximab 1 gr cada 15 días el primer mes y luego cada 6 meses, así como rehabilitación de músculos de cintura pélvica-escapular, respiratorios y orofaríngeos.

Conclusión: Paciente con DPM grave, clase funcional IV, probablemente inducida por VFA, con manifestaciones iniciales de mal pronóstico como la afección de músculos respiratorios, cardíaco y orofaríngeos, cursó con manifestaciones poco frecuentes como la vasculitis intestinal y anti NXP2 los cuales son marcadores de formas graves y en individuos jóvenes.

Palabras clave: dermatopolimiositis, afección grave, anticuerpos anti NXP2, mal pronóstico, tratamiento, vasculitis intestinal.

Folio: 1245

Tema: Endocrinología

Hiperparatiroidismo secundario a litio, manifestado por lesión renal aguda y pancreatitis. Reporte de caso

Veloz José Antonio, Cabrera Ana Lucia, Yépez Ángel de Jesús
ISSSTE

Resumen clínico: Femenino de 46 años de edad con antecedentes de relevancia de Trastorno Bipolar tipo II de 28 años de diagnóstico en tratamiento con Carbonato de Litio 300 mg cada 8 horas y Valproato de Magnesio 200 mg cada 8 horas. acude a revisión médica debido a letargo y confusión acompañado de dolor abdominal difuso, tipo trasfictivo de intensidad 7/10 en Escala numérica análoga (ENA), exacerbado de 3 meses de evolución; además de estreñimiento crónico con dificultad para las evacuaciones. Durante el internamiento se detectan niveles elevados de Urea y Creatinina, hipercalcemia 11 mg/dl, hiperparatiroidismo y elevación de enzimas pancreáticas. Se realiza Us Renal donde se encuentra nefrocalcinosis bilateral con Hidronefrosis en Riñón derecho y nefrolitiasis renal ipsilateral; además en US de Hígado y vías biliares se encuentra Colecistitis Crónica Litiásica. Finalmente se demuestra Hipercalciuria. **Comentario:** Se encuentra caso de Hiperparatiroidismo secundario a Litio el cual en un diagnóstico poco común (4.3 % de los usuario crónicos de Litio). Es de llamar la atención el hallazgo de un Hiperparatiroidismo con manifestaciones clínicas claras debido a que en los últimos

años el diagnóstico y sospecha de Hiperparatiroidismo se realiza mediante laboratorio, finalmente es aún más extraño el hallazgo de pancreatitis asociada a hiperparatiroidismo.

Palabras clave: hiperparatiroidismo secundario, pancreatitis, nefrolitiasis, carbonato de litio, trastorno bipolar, hipercalcemia.

Folio: 1246

Tema: Hematología

Factores pronósticos al diagnóstico de LLA en pacientes del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Ruiz Josue Isel, Hernandez Eleazar, García Sergio
Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Antecedentes: Dentro de los factores de peor pronósticos para recaída y mortalidad en leucemia linfoblástica aguda (LLA), se encuentra principalmente la edad < 35 años, la morfología L3, el recuento leucocitario al diagnóstico y diversas mutaciones cromosómicas (1,2,3,4 se realizó un análisis estadístico en la base de datos de un protocolo existente en nuestro hospital buscando comparar si en nuestra población, estos factores se asocian a mayor mortalidad. **Métodos:** Se recabo la información de 84 pacientes estudiados previamente en el protocolo "Grado de remisión alcanzado y sobrevida libre de enfermedad durante el tratamiento con esquemas

intensivos en pacientes con leucemia linfoblástica aguda en el HRAEO", se analizaron los factores de riesgo ya conocidos asociados a recaída temprana y mortalidad, leucocitos al momento del diagnóstico, se consideró 30000 leucocitos al ser una cifra establecida en la literatura, la edad mayor a 35 años como factor de mal pronóstico, además se analizó la asociación entre el sexo, nivel de hb y plaquetas al diagnóstico en relación a la mortalidad. Análisis estadístico: Se realizó el análisis con el sistema SPSS versión 22.0, se realizó un análisis de valores no paramétricos con la prueba U de Mann-Whitney, se analizaron pruebas de asociación con Chi cuadrada. **Resultados:** No se encontró relación estadísticamente significativa entre el Sexo, Hb, plaquetas al diagnóstico y mortalidad; tampoco se encontró relación estadísticamente significativa en relación a recuento leucocitario y recaída o mortalidad. Se encontró relación estadísticamente significativa entre la edad y las semanas de sobrevida, los pacientes menores de 35 años tuvieron una sobrevida de 26 semanas vs 7.5 semanas del grupo mayor a 35 años con una $P < 0.41$; se realizó un análisis dicotomizado en pacientes que alcanzaron remisión completa (n 55) estratificados por edad observándose la pérdida de la significancia estadística observada en el grupo total.

Palabras clave: leucemia, aguda, linfoblástica, mortalidad, pronóstico, Oaxaca.

Folio: 1247

Tema: Reumatología

Púrpura de Schönlein-Henoch, presentación en el adulto mayor

Hernandez Daniel, Hernandez Roberto, Marin Aldo Hernan, Cedillo Martin Rodrigo, Rodriguez Pablo Cesar, González Nadia del Carmen

Hospital Central Norte de Pemex

Introducción: La primera descripción del síndrome o púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) fue hecha en 1837 por Schönlein en un niño con púrpura y artritis. La PSH es una entidad caracterizada por la afectación de piel, articulaciones, tracto gastrointestinal y riñones, teniendo como sustrato histopatológico una vasculitis leucocitoclástica de los pequeños vasos. Considerada como una afección fundamentalmente pediátrica y de buen pronóstico, su presentación en adultos es menos conocida, aunque se sugiere que en estos la evolución puede ser menos benigna. Objetivo Revisión de características para el diagnóstico de púrpura de Henoch en el adulto mayor como presentación poco usual en este grupo etario de pacientes.

Caso clínico: Masculino de 79 años, jubilado, Diabético tipo II de 10 años de diagnóstico en tratamiento con metformi-

na, Hipertenso de 5 años de diagnóstico en tratamiento con amlodipino, Acude a urgencias con fiebre de 38.3 grados, escalofríos, mialgias artralgiás y dolor abdominal moderado difuso con diagnóstico de gastroenteritis infecciosa indicándose tratamiento con amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg, sin mejoría por lo que acude 2 días después con cuadro de mismas características agregándose dermatosis localizada en miembros pelvicos constituida por lesiones papulares eritematosas no evanescentes a la digitopresion con distribución urticariforme, sensibles al tacto no pruriginosa o dolorosa. Leucocitos 4.6, Neutrófilos 4.0, linfocitos 0.4 hemoglobina 15, plaquetas 123, reacciones febriles negativas, panel viral para hepatitis, VIH y TORCH negativos y vsq: 53 se mantiene en vigilancia con manejo sintomático, se solicita biopsia de dermatosis para determinar etiología reportándose vasculitis leucocitoclástica con depósito predominante de IgA con inmuno fluorescencia 16 A ++++. **Conclusiones:** Con frecuencia pacientes adultos mayores son una población no reconocida en cuanto a presentar esta entidad. No siempre se averigua el posible desencadenante.

Palabras clave: adulto mayor, púrpura, vasculitis, Geriatria, IGA, leucocitoclástica.

**Folio: 1248****Tema: Endocrinología****Abordaje de síndrome de Cushing: ¿enfermedad o secreción ectópica?**

Reyes Idarmis Brisseida¹, Estrada María Rosalba Monserratt¹, Villegas Luz Yareli¹, Osuna Gladys Carolina¹, González Lorena Elizabeth¹, Sandoval Diana¹, Madrid Alejandra²

¹ Hospital General Regional 46 IMSS; ² Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente IMSS

Introducción: El síndrome de Cushing, es la manifestación de la exposición prolongada a glucocorticoides, puede ser endógeno o exógeno. El síndrome de Cushing endógeno se clasifica en: 1) ACTH dependiente: hipofisario (enfermedad de Cushing, 70%), o ectópico (15% y 2) ACTH independiente: origen suprarrenal principalmente. Las manifestaciones clínicas más características incluyen facies en luna llena, cojinetes grasos supraclaviculares, obesidad central, estrías violáceas >1cm, fragilidad capilar, equimosis, hipotrofia muscular proximal y osteoporosis. **Objetivo:** Describir abordaje diagnóstico de síndrome de Cushing. **Resumen clínico:** Mujer de 33 años, previamente sana, negó consumo de glucocorticoides. Inició en enero 2018 con debilidad muscular proximal de miembros inferiores, un mes después hirsutismo, acné en cara y tórax, parestesias en

manos y palidez de tegumentos. Dos semanas previas a ingreso presentó labilidad emocional, alucinaciones visuales, auditivas y un intento de autolisis. A su ingreso exploración física hirsutismo (Ferriman 6 puntos), facies de luna llena, acné facial, giba dorsal, equimosis en extremidades superiores e hipokalemia (1.6 mmol/L). Ante sospecha de síndrome de Cushing se inició abordaje para hipercortisolismo. Paraclínicos: cortisol orina de 24 horas: 7694 mcg/dL y 7505 mcg/dL, prueba de supresión con dexametasona 1 mg con cortisol de 39.2 mcg/dl, cortisol 23:00 horas 36.6 g/dL. ACTH 170 pg/mL (rango de 0-46). Prueba con dexametasona 8 mg: cortisol basal 45.3 mcg/dL y posterior a dexametasona 16.3 mcg/dL (reducción del 64%). Tomografía axial computarizada con contraste intravenoso abdomino-pélvica con fibroadenoma de mama derecha, se realiza biopsia, negativa a malignidad, resto de estudio normal. Resonancia magnética de hipófisis contrastada con gadolinio: lesión que condiciona desviación del infundíbulo hacia derecha, de 7x5x6mm. Se realiza PET-Scan sin evidencia de tumor. Se envió a tercer nivel para realización de muestreo de seno petroso ante duda diagnóstica entre tumor ectópico productor de ACTH vs enfermedad de Cushing. **Conclusiones:** Síndrome de Cushing es un reto diagnóstico: es primordial la

sospecha clínica, la corroboración bioquímica y la evidencia imagenológica, en ese orden. En este caso, paciente debuta con miopatía proximal, psicosis e hipokalemia, aunado a fenotipo característico, se corrobora hipercortisolismo endógeno ACTH dependiente, sin supresión tras 8mg de dexametasona pero con lesión hipofisaria por RMN, por lo que se considera ideal contar con muestreo de senos petroso, útil en el discernimiento del origen de hipersecreción hormonal.

Palabras clave: síndrome de Cushing, endógeno, psicosis, ACTH.

Folio: 1249**Tema: Hematología****Caracterización clínica y bioquímica de un síndrome de POEMS asociada a mieloma múltiple secretor de IgA diagnosticado a partir de un protocolo de anemia crónica aislada**

Sepúlveda Jesús², Bulos Pedro², Cruz Mario Adolfo², Tevera Mónica Georgina¹, Ramírez Juan Carlos², Ocaña Manuel Jesús², Cetina José Hiram², Pérez José Manuel²

¹ HHZ No. 1 IMSS Tapachula; ² Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

Introducción: El síndrome de POEMS es un trastorno multisistémico, de origen paraneoplásico, que se caracteriza por la presencia de polineuropatía, organomegalia,

endocrinopatía en cualquiera de sus formas, trastorno proliferativo de células plasmáticas monoclonales, así como cambios en la piel. Existen criterios mandatorios, mayores y menores. **Objetivo:** Se presenta un caso de síndrome POEMS asociado a un mieloma secretor de IgA (poco frecuente) diagnosticado a partir del abordaje de una anemia crónica como única manifestación. **Caso:** Mujer de 74 años, hipertensa crónica, inició padecimiento en 2014 disglucemias y anemia crónica, enviada a medicina interna para protocolo diagnóstico. Durante el abordaje no se identificó ninguna causa común de anemia normocítica, la cual fue inicialmente atribuida a diabetes. En 2015 se añadieron disestesias progresivas, no concordantes con la evolución clínica de diabetes, motivo por el cual se solicitó una electromiografía documentándose una polineuropatía mixta, sensitivo-motora de tipo degeneración axonal, moderada, que afectaba las 4 extremidades, con mayor afectación de las inferiores. Retomando la anemia crónica y ante el curso clínico atípico, se extendió el abordaje, detectándose una elevación importante de IgA (> 5,000) por lo que se sospechó de una gamapatía monoclonal, confirmándose el diagnóstico por presencia de 34% de células plasmáticas en medula ósea y pico monoclonal de IgA, en ausencia de lesiones líticas, hipercalcemia

o falla renal. Por sospecha de POEMS, se extendió el protocolo, documentándose además una elevación sustancial de factor de crecimiento vascular endotelial, concluyéndose el caso como un síndrome POEMS asociado a un mieloma múltiple IgA, por cumplir 2 criterios mandatorios y 1 criterio mayor. No se documentó organomegalia ni manifestaciones cutáneas. La paciente actualmente recibe tratamiento por hematología y además por medicina interna y terapia física.

Palabras clave: POEMS, IgA, polineuropatía, anemia.

Folio: 1250

Tema: Reumatología

Nefritis lúpica con anti-dsDNA negativos como primera manifestación de LES de inicio tardío. A propósito de un caso

Lobato Adriana Concepcion¹, Roque Carlos Javier, Villca Roxana², Soto María Virgilia³

¹ Centro Médico ISSEMyM Ecatepec; ² ISSSTE; ³ Hospital General de México

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por presentación clínica multisistémica y hallazgos serológicos de diversos anticuerpos, que afecta especialmente a mujeres jóvenes durante la segunda y tercera década de la vida; sin embargo 6-18% de los casos la enfermedad se presenta después de los 50 años, denominado LES de

inicio tardío. La afección renal en el LES ocurre en 40-75% de los pacientes y es uno de los predictores de mal pronóstico. Un rasgo distintivo de nefritis lúpica es la presencia de autoanticuerpos contra el ADN doble cadena (dsDNA). Su nivel generalmente se correlaciona con la actividad de la enfermedad. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con nefritis lúpica clase IV con anticuerpos anti-dsDNA negativos. **Exposición del caso:** Femenino de 55 años de edad sin antecedentes de importancia quien inicia su padecimiento actual en mayo de 2018 al presentar astenia, adinamia, náuseas y edema de miembros inferiores por lo cual acude con facultativo quien solicita exámenes de laboratorio evidenciando creatinina de 1.4 mg/dl, quedando solo en vigilancia, sin embargo al empeorar el cuadro clínico acude a revaloración donde se evidencia creatinina de 4.2 mg/dl por lo que se administran 3 pulsos de metilprednisolona (1g/día por 3 días) persistiendo con sintomatología por lo que acude a urgencias donde los paraclínicos reportan creatinina de 9.1 mg/dl y BUN 146 mg/dl, la biometría hemática con hemoglobina de 9.2 g/dl, Leucocitos 5540, neutrófilos 3400, linfocitos 1700, plaquetas 70000, el examen general de orina con sedimento activo (15-30 eritrocitos dismórficos por campo, 8-12 leucocitos, cilindros granulosos), urocul-



tivo negativo, con proteínas de 24 horas de 1.2 g/día y debido al síndrome urémico se inició terapia de sustitución renal con hemodiálisis convencional ameritando 2 sesiones, además de que se administraron 2 pulsos más de metilprednisolona seguidos de prednisona a dosis de 1 mg/kg; así mismo se inició protocolo diagnóstico de la nefropatía solicitando C3 70 mg/dl, C4 12 mg/dl, reportándose bajos, ANA 1:320 patrón homogéneo, anti-dsDNA negativos (5.3), anti-Sm negativos (6.9), la serología para ara VHB, VHC y VIH fue negativa con ultrasonido renal el cual reporta riñón izquierdo de 11.5 x 6.1 x 3.1 cm, riñón izquierdo 10.9 x 5.6 x 3.2 cm con relación corteza-médula conservada, motivo por el cual se decide realizar biopsia renal la cual reportó glomerulonefritis lúpica difusa con proliferación extracapilar activa clase IV (A/C), lesión tubular aguda, fibrosis intersticial grado II en riñón, arteriopatía moderada con un índice de actividad 10/24 y de cronicidad 8/12, realizándose el diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico al cumplir criterios SLICC 2012 (hematológico, nefritis lúpica comprobada por biopsia, inmunológicos con ANA positivos y complemento bajo). Debido a esto se inició esquema NIH de inducción a la remisión con ciclofosfamida, con recuperación de la función renal y con último reporte de creatinina de 1.9 mg/dl, siendo

egresada para continuar seguimiento por la consulta externa sin terapia de sustitución renal.

Conclusión: El LES es un síndrome autoinmune que ocurre con mayor frecuencia en mujeres durante sus años reproductivos. Se sabe que la nefritis es una de las complicaciones más graves del LES y que se asocia con ANA y anticuerpos anti-dsDNA positivos, siendo estos últimos muy específicos de LES, los cuales se encuentran en el 70-80% de los pacientes, además sus niveles reflejan actividad de la enfermedad y son muy característicos de afectación renal y solo en raras ocasiones estos marcadores serológicos pueden estar negativos. El presente caso destaca inicialmente por la edad de presentación no habitual de la enfermedad y lo más importante por la negatividad de los anticuerpos específicos y más relacionados a nefritis lúpica, destacando la importancia de la biopsia renal en el diagnóstico de LES.

Palabras clave: nefritis lúpica, LES tardío, anti-dsDNA negativos.

Folio: 1251

Tema: Gastroenterología

Informe de caso: adenoma hepático en masculino de 33 años con obesidad

Lozano César Lauro¹, Monreal Roberto²

¹ Programa Multicéntrico Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud - SSNL; ² Hospital Universitario de Monterrey

Introducción: Adenoma hepatocelular es una neoplasia benigna que se desarrolla de novo y tiene potencialmente ciertos factores de riesgo relacionados. En casos selectos puede ser estimulado por anormalidades metabólicas u hormonales en el paciente. Es una entidad rara con 0.007 a 0.012% de la población desarrollando estas lesiones.

Presentación de caso: Masculino de 33 años de edad, tabaquismo de 1.5 paquetes/año. Consumo de alcohol de 5 litros por semana de cerveza por 15 años suspendido hace 2 meses. Uso esporádico de Omeprazol por aparente gastritis. No uso de medicamentos hormonales o anabólicos, herbolaria u otros fármacos. Inicia padecimiento hace 2 meses al notar aumento de volumen, pesantez y distensión en Hipocondrio Derecho. Se realiza US Abdominal reportando masa hepática. Posteriormente TAC de abdomen con contraste muestra tumoración en el segmento VII y VIII con reforzamiento heterogéneo de 10.7 x 10.9 x 8.3 cm. Se niega cualquier sintomatología agregada. A la EF con aumento de volumen en HCD, mate a la percusión y sin dolor a la palpación. TGO 53 TGP 78 FA 91, Alfetoproteína y Antígeno Carcinoembrionario normales. resto de los laboratorios normales. Se realiza Biopsia Hepática cuyo resultado muestra Adenoma Hepático con alto riesgo de progresión a

Hepatocarcinoma. Se procede a realizar Hepatectomía Derecha dentro del abordaje terapéutico de la lesión. **Discusión:** Se realiza Hepatectomía Derecha y al analizar la pieza quirúrgica completa se da como diagnóstico histopatológico un Adenoma Hepático subtipo betacatenina mutada de 12 cm con borde de resección quirúrgica libre. El paciente tiene evolución postoperatoria favorable y se egresa. **Conclusiones:** El Adenoma Hepático en un paciente masculino sin uso de hormonales se ha asociado al síndrome metabólico. Este paciente contaba con un IMC >30 como único factor de riesgo para desarrollar dicha lesión. El abordaje indicado es la resección quirúrgica de la lesión para evitar progresión a Hepatocarcinoma.

Palabras clave: tumoración hepática, adenoma hepático, hepatocarcinoma, biopsia hepática, hepatectomía derecha.

Folio: 1252

Tema: Dermatología

Síndrome de DRESS secundario a fenobarbital a propósito de un caso

Chávez Samantha Daphne Georgina, Denis Carlos Alberto
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casaus

Hombre de 25 años de edad con diagnóstico de epilepsia desde los 7 años en manejo con fenobarbital 100mg cada 8 horas, desde entonces con retraso en

el desarrollo psicomotor. Inicia su padecimiento dos semanas previas a su hospitalización al presentar múltiples maculas y pápulas eritematosas de 2-3 milímetros de diámetro en cara y extremidades inferiores, llegando algunas a formar placas eritematosas, pruriginosas, así como fiebre sin predominio de horario, además de edema facial que a las 48 horas de iniciado el cuadro se generalizan y presenta descamación. Exploración física: activo, reactivo, poco cooperador, microcefalia, pabellones auriculares de baja implantación, edema facial de predominio periorbitario, pupilas isocóricas de 3 milímetros normorreflexicas, movimientos oculares conservados, bien hidratado, cuello sin adenopatías, adecuada mecánica ventilatoria, no se integra síndrome pleuropulmonar, precordio rítmico sin ruidos agregados, abdomen plano, peristalsis adecuada, blando, no doloroso, sin visceromegalías, extremidades hipotroficas, fuerza 5/5, REMS ++, sin edema. Dermatitis caracterizada por múltiples papulas y maculas eritematosas, algunas formando placas, con bordes con descamación. A su ingreso llama la atención se realizan paraclínicos donde se observa: eosinofilia periférica del 42%, elevación de transaminasas y DHL más de 3 veces, en FSP: linfocitos activados. Al ingresar al hospital refiere la madre dos semanas previas al inicio del cuadro inicia manejo

con fenobarbital, previamente se encontraba con fenitoína, siendo así sospecha de una reacción adversa a fármacos. Cumpliendo criterios diagnósticos para síndrome de DRESS, iniciando manejo con esteroides sistémicos y egresado por mejoría.

Palabras clave: fenobarbital, reacción adversa a fármacos, síndrome de DRESS.

Folio: 1253

Tema: Hematología

Trombosis de la vena porta no asociada a cirrosis o neoplasia

Romero Tzirari Yaneli, Sinco Armando, Olvera Ana Silvia, Angeles Jorge Luis, Meneses Jesus Natanael, Sánchez Karla Alexandra, Castañeda Emmanuel

Hospital General de Pachuca

Introducción: La trombosis de la vena porta (TVP) se encuentra aproximadamente en el 1% de las autopsias, asociada predominantemente a cirrosis o neoplasias hepáticas (66%) y sólo un tercio de los casos no se relaciona con dichos factores. En la trombosis de la vena porta de origen no cirrótico/no tumoral el 70% de los casos se detecta un factor etiológico, de estos menos de 2/3 corresponde a patología trombotogénica sistémica y en el resto a factores locales; los demás casos se clasifican como idiopáticos, sin olvidar que en alrededor del 15% coexisten más de un factor etiológico, por



lo que aún habiéndose identificado factores locales, deben buscarse causas trombogénicas sistémicas. Enfermedades adquiridas como condicionantes de la TVP, pero mucho menos frecuentes son el síndrome antifosfolípido, la hemoglobi-nuria paroxística nocturna, así como otros trastornos protrombóticos hereditarios como las deficiencias de proteínas C, S o de Antitrombina III y más raramente la mutación del factor V Leiden y la resistencia a la proteína C activada. **Exposición**

de caso: Masculino de 38 años. Ingesta de alcohol ocasional, no tabaquismo, expuesto un día al año a plaguicidas sin protección. Inicia en forma aguda con dolor intenso en hipocondrio derecho, ultrasonido abdominal que mostró trombosis de la vena porta en todo su trayecto extrahepático con colaterales periportales a nivel del hilio. Protocolo para trombofilia, incluyendo determinación de la proteína C, proteína S, factor V Leiden, resistencia a proteína C activada, anticoagulante lúpico, niveles de homocisteína, anticuerpos antifosfolípidos, resultando bajo el nivel de proteína S y resistencia a la proteína C activada presente, con el resto de los estudios dentro de lo normal o negativos. Tratamiento con anticoagulación oral. Dos años posteriores del evento se encuentra asintomático sin datos de hipertensión portal.

Conclusiones: La deficiencia de

proteína S puede ser hereditaria o adquirida, generalmente por enfermedad hepática, y tanto su disminución como la de la proteína C pueden ocasionar trombosis venosas, incluidas las de territorio esplácnico, ya sea de las venas mesentéricas o portales con extensión secundaria a la mesentérica superior. La trombosis del eje esplenoportal es un evento raro que muchas veces se manifiesta de forma subaguda o crónica con síntomas relacionados con la hipertensión portal. Cuando aparecen los síntomas, estos son inespecíficos e incluyen vómitos, dolor abdominal, aumento del perímetro abdominal, fiebre y hemorragia digestiva alta secundaria a sangrado por varices, siendo esta última presentación la más frecuente. El caso presentado se detecta trombosis portal en ausencia de datos hipertensión portal con la única manifestación de dolor abdominal descartándose otras patologías responsables.

Palabras clave: trombofilia, trombosis, proteína S, esplenoportal, proteína C, trombofílica.

Folio: 1254

Tema: Neurología

Síndrome de Percherón: lesión isquemia talámica bilateral

Castro Daniela, Hernandez Raul Omar, Martinez Rosario, Rivera Ricardo

Hospital Juárez de México

Introducción: El síndrome de Percherón o infarto talámico bilateral sincrónico es considerado infrecuente y de difícil diagnóstico clínico. Presentamos el caso de una paciente con lesiones isquémicas agudas en ambos talamos compatibles con obstrucción de la arteria de Percherón una variante anatómica en la irrigación talámica. La compleja irrigación talámica y la variabilidad individual hacen que las lesiones isquémicas puedan presentarse en forma de lesiones bilaterales y confieren importancia en éste cuadro. Femenino de 77 años con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial de 7 años de evolución tratada con Glibenclamida 5 mg cada día, Metformina 850 mg cada día y Captopril 25 mg cada día con mal apego a tratamiento e inadecuado control de cifras tensionales y de glucemia. Tabaquismo, ingesta de alcohol y exposición a biomasa negados. Consulta a urgencias por cuadro clínico de 24 horas de evolución consistente en indiferencia al medio, somnolencia y disartria, sin desviación de la comisura labial, sin pérdida de la fuerza en las extremidades, sin síncope ni convulsiones. A la exploración física con signos vitales estables, glucemia capilar de 131mg/dL, desorientada en las 3 esferas neurológicas, somnolencia marcada que remite solo con estímulos externos, Glasgow no traumático 9/15, con movilización de las

cuatro extremidades y reflejos osteomusculares ++/+++-. Se realizan estudios de imagen con evidencia de isquemia talámica bilateral compatible con un síndrome de Percheron. Se inició manejo con ácido acetilsalicílico así como estatinas de alta potencia, aunado a rehabilitación física, con lo cual la paciente empezó a presentar mejoría clínica a partir del segundo día de internamiento, con disminución de la somnolencia, mejor interacción con el medio externo. Tras 4 días de estancia hospitalaria la paciente fue egresada a su domicilio por mejoría clínica, solo con persistencia de disartria la cual también estaba con tendencia a la mejoría.

Palabras clave: síndrome de Percheron, síndrome confesional agudo, isquemia talámica bilateral.

Folio: 1255

Tema: Oncología

Linfoma difuso de linfocitos B grandes en mujer embarazada

García María Cintya, Pacchiano Lillana, Tapia Nadia

Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos ISSSTE

Se trata de paciente femenino de 35 años de edad quien inicia su padecimiento en enero de 2018 al presentar fiebre no cuantificada y diáforesis nocturna de forma insidiosa además de notar crecimiento ganglionar en región axilar derecha de alrededor de 4 centímetros

de características no dolorosa y de consistencia pétreas, cabe mencionar que la paciente se encuentra en la semana 28 de gestación. Se inicia abordaje diagnóstico con toma de biopsia excisional de ganglio derecho encontrándose en la patología datos compatibles con Linfoma no Hodgkin y que de acuerdo con la inmunohistoquímica (CD 20+, Bcl2 +, CD3-, CD10-, CD5-, ACL +) corresponde a un Linfoma difuso de células B grandes. Se realiza además ecografía abdominal en la que se presenta hallazgos sugerentes de infiltración uterina e implantes abdominales con lo cual se clasifica como un estadio III B por Ann Arbor con modificación de Costwolds. Se inicia esquema de maduración pulmonar con esteroides, y se lleva a cabo cesárea programada a las 34 semanas de gestación obteniendo producto femenino; además se realiza histerectomía con estudio histopatológico e inmunohistoquímico compatible con el diagnóstico de Linfoma difuso de células B grandes. Continuando con la estadificación se realiza TAC tóraco-abdomino-pélvica sin mayor evidencia de lesiones tumorales por lo que se inicia manejo quimioterapéutico con CHOP-R, se administran 6 ciclos en total.

Palabras clave: linfoma, no Hodgkin, CHOPR, embarazo.

Folio: 1256

Tema: Oncología

SIRA y hemorragia alveolar en paciente con coriocarcinoma primario de mediastino: reporte de caso

Hanessian Diana Carolina, Mendoza Dolores Leticia
ISSSTE San Luis Potosí

Antecedentes: Los tumorales germinales primarios extragonadales son una variante rara (1-5%) de todos los tumores de células germinales. Los principales sitios extragonadales donde se presentan son el mediastino, retroperitoneo y la glándula pineal. Los tumores germinales extragonadales contienen histológicamente el mismo componente que su contraparte gonadal, pero pueden presentar diferente comportamiento biológico, características clínicas y tienen peor pronóstico dependiendo de la histología. Los tumores de células germinales representan sólo del 1 al 4% de los tumores primarios de mediastino. Este grupo de tumores se pueden dividir en dos subgrupos: tumores germinales del tipo seminoma y tipo no seminomatoso, ambos quimiosensibles, el segundo de peor pronóstico. Existen dos teorías que explican el origen de estos tumores. La primera propone que se debe a un cese en la migración de las células embrionarias hacia las gónadas a lo largo de la línea media; la segunda teoría sugiere la reactivación



de genes, activos únicamente durante el periodo embrionario, los cuales confieren propiedades pluripotenciales a cierto grupo de células. Los tumores primarios de mediastino de origen germinal no seminomatosos se presentan con mayor frecuencia en adultos jóvenes, típicamente entre la segunda y cuarta década de vida. El origen en mediastino es por si solo un factor de mal pronóstico comparado con aquellos de origen gonadal. Las masas mediastinales, con frecuencia se presentan clínicamente con dolor torácico o síndromes compresivos. Para su diagnóstico histológico se debe tomar biopsia, sin embargo, el tratamiento se puede iniciar con base a los marcadores tumorales; la alfa-fetoproteína está elevada en más de 80% de los tumores germinales no seminomatosos primarios mediastínicos (principalmente en el caso de histología carcinoma embrionario) y la fracción beta de la hormonacoronica humana (β -HCG) en el 35%, su elevación importante orienta hacia la sospecha de histología.

Palabras clave: coriocarcinoma primario de mediastino, SIRA, hemorragia alveolar.

Folio: 1257

Tema: Gastroenterología

Reporte de caso del síndrome de Wilkie: propuesta de un diagnóstico oportuno

Ceballos Jesus Carlos¹, Estrada Evelyn Yazmin¹, Bautista Gusta-

vo Adolfo¹, Maldonado Itzel¹, Cruz Miguel¹, Tostado Carmen Lilia², Peralta José de Jesús¹

¹ Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS; ² Hospital General de Zona No.1, IMSS, Zacatecas, Zac.

Introducción: El síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS) también conocido como síndrome del pinzamiento aortomesentérico o síndrome de Wilkie, representa una rara causa de obstrucción intestinal alta parcial o completa, resultante de la compresión externa de la tercera porción duodenal por la arteria mesentérica superior (AMS) y la aorta abdominal.

Caso clínico: Femenina de 17 años de edad, perteneciente a localidad rural, con dieta mala en calidad y cantidad, nivel socioeconómico bajo. Refiere una hospitalización en 2016 secundario a dolor abdominal localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, con presencia de náusea y vomito postprandial ocasional que cede ante analgesia. Inicia su padecimiento actual el día 6 de febrero de 2017, posterior a la ingesta de alimentación abundante, con náuseas y vomito postprandial inmediato de contenido gastroalimenticio acompañado de dolor abdominal localizado en epigastrio, tipo cólico, intensidad en escala visual análoga (EVA) 10/10, no irradiado, sin atenuantes, ni exacerbantes. Motivo por el

cual al día siguiente es llevada a su correspondiente Hospital General Regional, donde es manejada con analgésicos no especificados. Se realizó panendoscopia, reportando compresión con obstrucción duodenal en la segunda vs tercera porción. Debido a falta de mejoría al cuarto día de su internamiento, se decide referirla del Hospital General de Zona, encontrándose a su ingreso paciente estable clínicamente, con peso de 38.5 kg, talla 1.56 m, índice de masa corporal (IMC) de 14.6 kg/m², TA 100/60 mmHg, FC 82 lpm, FR 21 rpm, SatO₂ 96% al medio ambiente, con discreta palidez de tegumentos y mucosas, regular hidratación, estable clínicamente. Abdomen plano, blando, depresible con dolor a la palpación media en epigastrio, rebote negativo, normoperistáltico, sin datos de obstrucción; extremidades superiores e inferiores integra, con buen tono y fuerza, sin presencia de edema. Se solicita enteroTAC, en donde se observa estenosis en la segunda-tercera porción de duodeno, así como en su corte sagital y coronal, mostrándose el ángulo aorto-arteria mesenterica evidentemente reducido. En serie esófagogastroduodenal se observa compresión de la tercera porción, peristaltismo de lucha con ondas intensas y paso mínimo de material de contraste hacia la cuarta porción. Con lo anterior se logra

integrar el diagnóstico de síndrome de la Arteria Mesentérica Superior o síndrome de Wilkie, eligiendo brindar tratamiento conservador mediante hidratación intravenosa, analgesia, colocación de sonda nasogástrica, manejo de electrolitos y nutrición parenteral con 30 kcal/kg/día con el objetivo de aumentar 12-14 kg y lograr llegar al peso ideal (52.4 kg) calculado para su edad y talla. Ante las medidas previamente referidas, la paciente evolucionó favorablemente por lo que se pudo dar de alta del servicio sin requerir manejo quirúrgico con cita abierta a urgencias.

Discusión: El SAMS se asocia con una pérdida de peso significativa que incluye situaciones de hipermetabolismo, condiciones dietéticas y condiciones que causan caquexia. Ocurre predominantemente en mujeres adolescentes y adultos jóvenes. Suele presentarse como una obstrucción aguda del intestino delgado o compresión intermitente con síntomas crónicos, clásicamente con dolor posprandial recurrente, distensión abdominal, malestar o dolor abdominal, náuseas, vómitos de contenido biliar y en ocasiones alimenticio. El diagnóstico de SAMS se hace generalmente por exclusión. La tomografía computarizada es útil en el diagnóstico ya que permite la medición del ángulo aortomesentérico que ayuda a confirmar el síndrome. Las opciones terapéuticas referidas

en la literatura médica son el manejo conservador o el quirúrgico mediante bypass de la obstrucción, variando de acuerdo a la cronicidad del cuadro; en pacientes con presentación aguda, de evidencia clínica e imagenológica se recomienda tratamiento farmacológico.

Palabras clave: arteria mesentérica superior, síndrome de Wilkie, obstrucción intestinal, hipermetabolismo, desnutrición, compresión duodenal.

Folio: 1258

Tema: Gastroenterología

Hemangioma en intestino delgado. Etiología infrecuente de una presentación infrecuente de sangrado digestivo

Martínez Juan Manuel, Benavides Daniel Eduardo, Scharrer Susanna, Escobedo Miguel, Nájuez Homero

Hospital Universitario - UANL

El sangrado de intestino medio es una entidad poco frecuente dentro de los sangrados de tubo digestivo, y el diagnóstico de su etiología suele ser un reto para el médico a cargo del caso. Este cuadro corresponde al 75% de los casos de STD sin fuente identificado con los estudios endoscópicos convencionales. Presentamos este caso debido a que representa una de las causas más infrecuentes del sangrado de intestino medio. Paciente masculino de 40 años, sin antecedentes. Inicia padecimiento con hematoquecia dos días previo a su ingreso, con

seis episodios al día, acompañado de dolor abdominal en mesogastrio. Ingresó a urgencias con hematoquecia y choque hipovolémico hemorrágico grado 1. Se inicia soporte hemodinámico y en inicio con Hb 8.4 con VCM de 90, así como lactato en 4 en sus alteraciones de laboratorios iniciales. En endoscopia superior no se evidencia origen de hemorragia, y en colonoscopia solo se encuentran restos hemáticos y salida de coágulos por válvula ileocecal. Se realizó TAC con contraste IV y oral, encontrando un defecto de llenado nodular en íleon, con realce arterial y venoso, de 16x15 mm. Valorado por cirugía general, y en laparotomía se encontró una tumoración elevada, subepitelial, violácea, con ulceración hacia la luz intestinal, de características similares a la imagen. En anatomopatología se diagnostica un hemangioma de 1 cm de diámetro, tipo cavernoso. Posterior a cirugía el paciente se mantuvo en observación por 5 días, sin datos adicionales de sangrado. Se egresa con seguimiento por Gastroenterología. **Discusión:** Los hemangiomas gastrointestinales son tumores benignos muy infrecuentes, constituyen el 0.05% de la totalidad de los tumores gastrointestinales. Pueden encontrarse en hígado y colon, y su ubicación en intestino delgado es aún más rara. El diagnóstico por lo regular es difícil y requiere métodos invasivos como la enteroscopia



de doble balón y la cápsula endoscópica. Estas lesiones pueden ser removidas por endoscopia y por cirugía.

Palabras clave: sangrado de intestino medio, sangrado oculto, hemangioma, hemangioma cavernoso.

Folio: 1259

Tema: Hematología

Reporte de caso: síndrome de Fisher-Evans

Cortés Carlos Adrián, Cruz Victor, Cruz Pedro Enrique
Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso

Paciente masculino de 28 años de edad, Originario de San Pablo Huitzo Oaxaca. Refiere 2 tíos con diagnóstico de Artritis reumatoide, y una tía con diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico. Antecedente de presentar astenia, adinamia fiebre y pérdida de peso de aproximadamente 10 Kg, en 2 meses, a la edad de 25 años. Inicia su padecimiento actual al presentar síndrome febril, síndrome anémico, síndrome icterico, solicitándole laboratorios, destacando hemoglobina: 3g/dl, Plaquetas 110000, reticulocitos: 11.2% Coombs directo: positivo a 3 temperaturas, perfil viral negativo, búsqueda intencionada de paludismo, búsqueda intencionada de artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico negativa, se concluye :Anemia hemolitica autoinmune + trombocitopenia: Síndrome de Fisher Evans.

Se inicia tratamiento a base de esteroides, posteriormente ciclofosfamida, y posteriormente a base de prednisona y azatioprina y danazol, Paciente que presenta en el mes de marzo con pancitopenia, tratado en clínica particular con metilprednisolona y ciclofosfamida, sin respuesta, ingresa al Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, con Pancitopenia y síndrome febril. Se inicia tratamiento con rituximab, una primera dosis, y se documenta por USG absceso esplénico, el cual es tratado con Vancomicina y meropenem, con mejoría parcial, sin embargo el paciente recae y se solicita valoración por el servicio de cirugía quien realiza una Esplenectomía total. Posterior a el evento quirúrgico, el paciente mejoro en sus cifras celulares, se documenta por hemocultivos y cultivos de tejido esplénico, Enterobacter Cloacae. Paciente que mostró buena evolución, se egresa y actualmente cursa asintomático.

Palabras clave: Fisher, Evans, anemia, autoinmune, trombocitopenia, esplenectomía.

Folio: 1260

Tema: Infectología

Coccidioidomicosis diseminada como manifestación clínica secundaria a uso de biológicos en paciente con artritis reumatoide. A propósito de un caso clínico

González Carlos Mauricio, Medina Isaí, Grajeda Jesús Adrián, Alamillo Narda Estephania

Christus Muguerza Hospital del Parque

La infección fúngica sistémica sigue siendo, la enfermedad infecciosa que produce mayor tasa de mortalidad, su incidencia se ha incrementado en los últimos años debido básicamente al incremento del uso de fármacos inmunosupresores, al incremento del número de trasplante de órganos sólidos, a la epidemia del SIDA, al tratamiento agresivo de la enfermedad hematológica maligna. El diagnóstico clínica se transforma en un reto ya que las manifestaciones clínicas tienen desencadenantes no del todo claros. Para nuestra paciente femenina de 48 años la presentación de ingreso como su primera manifestación de disnea hacía plantear la posibilidad múltiples diagnósticos diferenciales ya que contaba con antecedentes de tabaquismo, Cáncer renal (Paciente monorreno), CaCu ambos en remisión y tratados, exposición a agente químico en las últimas dos semanas, edema en miembro pélvico izquierdo, así como Artritis reumatoide en manejo con Biológico. Es indispensable contar con centro especializado y recursos apropiados para el diagnóstico oportuno. Mediante la obtención de imagen radiológica por tomografía tuvimos la posibilidad de encontrar un patrón sugestivo de enfermedad infecciosa diseminada pulmonar así como estudios

de laboratorio avanzados por PCR para descartar otros factores etiológicos infecciosos posibles. Así mismo fue necesario la rápida intervención de cirugía de tórax para mandar las biopsias pertinentes y tener diagnóstico a la brevedad. Esto se traduce en reducir costos de tratamiento y la mejoría evidente de la clínica al muy corto plazo. Con evidencia clínica, Laboratoriales especializados, imagen y patología fue posible concluir diagnóstico y fijar plan terapéutico con adecuada evolución clínica así como plantearnos la necesidad de riesgo-beneficio en el uso de biológicos a largo plazo en pacientes con Artritis Reumatoide.

Palabras clave: coccidioidomycosis diseminada, inmunosuprimido, artritis reumatoide, biológicos, disnea.

Folio: 1262

Tema: Reumatología

Cavitaciones pulmonares como manifestación de inicio en granulomatosis con poliangeitis: reporte de un caso

Armillá Luis Angel, Mena Jorge
Hospital Central Ignacio Morones Prieto

Masculino de 19 años de edad; con antecedentes de tabaquismo de inicio a los 14 años, consumo de metanfetaminas y marihuana de manera ocasional. Acudió por cuadro clínico de inicio tres meses previos a su ingreso caracterizado por la presencia de tos productiva

y expectoración blanquecina, así como disnea de medianos esfuerzos, agregándose posteriormente la presencia de artralgias de predominio en rodillas, codos, y cadera, así como hemoptisis y úlceras orales, motivo por el cual acudió para su valoración. A su ingreso destacó la presencia de palidez de tegumentos, estertores gruesos en ambos campos pulmonares, petequias en codos, rodillas y pies. Paraclínicos: TAC de tórax: múltiples cavitaciones periféricas, así como nódulos sub pleurales. Hemoglobina 9.0 g/dl, hematocrito 26.5%, VCM:69 fl HCM:23pg, plaquetas de 500000 K/Ul;(31/03/18) creatinina:1.19 mg/dl BUN:17.5 mg/dl Urea:37.4 mg/dl glucosa:132 mg/dl (03/04/18- Creatinina:1.52 Urea:93 BUN:43.5) Sodio:134mmol/L Potasio:3.4mmol/L Cloro:102 mmol/L fosforo: ; Proteínas totales: 6.56 Albumina:2.46 Globulinas:4.1; examen general de orina con PH:5.5 Proteínas:100 Leucocitos:18-20 Eritrocitos:Incontables, bacterias: +, VDRL: -, VIH: -, Anticuerpos para Hepatitis B y C negativos. sedimento urinario: cilindros eritrocitarios. Biopsia renal:glomérulos con proliferación extra capilar y necrosis fibrinoide, 1 con proliferación endo capilar, los túbulos con cilindros hemáticos y el intersticio con infiltrado inflamatorio escaso. Inmunofluorescencia: depósito de complejos inmunes de manera focal y segmentaria

en mesangio, reportando glomerulonefritis pauci inmune, clase focal. Se realizó toma de c-ANCA/PR3 positivo (167.29 UR/ml), p-ANCA/MPO negativo (3.23 UR/ML), ANAS negativo- Con base a lo anterior se diagnosticó granulomatosis con poliangeitis, se inició manejo a base de bolos de metilprednisona, posteriormente esteroide oral, con poca respuesta por lo que se inicia dosis única de ciclofosfamida mejorando sintomatología.

Palabras clave: granulomatosis con poliangeitis, cavitaciones, glomerulonefritis pauci inmune.

Folio: 1265

Tema: Endocrinología

Correlación fuerza de agarre de mano y tiempo de evolución en pacientes con diabetes mellitus 2

Guerra Abraham, Sánchez Raymond Abram, Wah Martín Ivan, Nañez Homero
Hospital Universitario José Eleuterio González

Antecedentes/Introducción:

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica cuya prevalencia se encuentra en aumento, y su presencia se asocia a inflamación, la cual afecta la fuerza muscular en pacientes con diabetes mellitus 2 (DM2). La fuerza de agarre se ha correlacionado a peores perfiles metabólicos y se asocia a limitación funcional y discapacidad a 25 años. Con este estudio intentamos corre-



lacionar debilidad muscular con tiempo de evolución de la diabetes con intención de mejorar la calidad de vida a largo plazo. **Objetivo:** Correlacionar fuerza de agarre de la mano con tiempo de evolución de DM2. **Material y métodos:** Hombres y mujeres, mayores de 18 años, con diagnóstico de DM2, en seguimiento por la consulta de Medicina Interna. Previo asentimiento informado, se realizó somatometría (talla, peso, IMC) y demostración del procedimiento, se realiza prueba estándar en mano dominante, utilizando Dinamómetro electrónico Jamar® Smart, 5 intentos con 30 segundos de descanso entre cada medición, la cual no duró más de 5 segundos por esfuerzo. Los datos de las mediciones fueron capturados con la aplicación del dinamómetro “Jamar® Smart app” la cual calculó coeficiente de variabilidad y desviación estándar. Para realizar el análisis, se utilizó fuerza máxima la cual fue normalizada con el peso corporal del paciente. **Resultados:** Se incluyeron 233 pacientes (168 mujeres) de 62 ± 11 años; dominancia derecha 99%; IMC $30,5 \pm 5,3$; DM2 de $11,49 \pm 8,46$ años de evolución; hipertensión arterial sistémica (HAS) 23.6% y dislipidemia 73%; tratamiento con insulina 55.4%; glucosa en ayuno en meta 46% de los participantes; disminución de la fuerza en mano derecha en 58%; edad $p=.292$ OR: .996

[IC: .996-1.027]; tiempo de evolución $p=.098$ OR: .969 [IC: .933-1.007]; HAS $p=.0943$, OR: 1.009 [IC .972-1.048]; IMC $p=.991$, OR: .976 [IC: .923-1.033]; Se analizan mayores de 60 años como subgrupo; tiempo de evolución $p=.327$ OR: 1.012 [IC: .961-1.066]; HAS $p=.317$ OR: 1:009 [IC: .958-1.064]; IMC $p=.327$ OR: .947 [IC: .881-1.019]. **Conclusiones:** Aun cuando la mayoría de los pacientes se encuentran fuera de metas de control en glucosa en ayuno y la fuerza se encuentra disminuida en el 58% de ellos, al analizar el grupo completo encontramos que el tiempo de evolución pudiera ser un factor que se relacione con la afectación de la fuerza de agarre, aun cuando no es estadísticamente significativo. Analizando el subgrupo de pacientes de más de 60 años, quienes esperaríamos una mayor afectación por su edad y tiempo de evolución, no se evidencia significancia.

Palabras clave: diabetes mellitus 2, diabetes, fuerza de agarre de mano, fuerza de agarre, dinapenia, JAMAR.

Folio: 1266

Tema: Cardiología

Alteraciones estructurales cardíacas en pacientes con accidente cerebro vascular isquémico: descripción según diagnóstico etiológico

Salcido Alejandro¹, Morales Eliu Jefe¹, Nández Homero¹, Góngora Fernando², Nacoud Alfredo³

¹ Departamento de Medicina

Interna; ² Departamento de Neurología; ³ Servicio de Cardiología
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La enfermedad vascular cerebral (EVC) es la 3° causa de muerte y la 1° de incapacidad a nivel mundial. El diagnóstico etiológico permite reducir futuros accidentes cerebrovasculares (ACV). Hasta 30% de los ACV son de origen cardioembólico (CE), siendo los que presentan la más alta recurrencia y mortalidad. La fibrilación auricular y cardiomiopatías explican gran parte de los ACV de origen CE, sin embargo las alteraciones funcionales y estructurales cardíacas no deben ser omitidas. Por lo anterior, realizamos este estudio con el objetivo de encontrar cambios estructurales y/o funcionales relacionados con la etiología de los ACVs isquémicos. **Material y métodos:** Tipo de estudio: Longitudinal, observacional, ambispectivo, descriptivo. De 2012 a 2018 pacientes > 18 años con EVC isquémico mediante escala NIHSS y criterios de imagen compatibles (TAC y RMN) en nuestra institución. Para el diagnóstico etiológico se realizó US doppler carotideo bilateral, Holter de 24 h, TAC de vasos supra aórticos y Ecocardiografía trans -torácica o -esofágica (Ecocardiografo GE Vivid T8), utilizando la clasificación de TOAST y ASCOD. **Resultados:**

Se evaluaron 178 pacientes con EVC isquémico, 64 (36%) mujeres, con una media de 64.5 ± 13.2 años, 59 (33.1%) padecían SAOS, 109 (61.2%) hipertensión arterial (HAS), 83 (46.6%) diabetes mellitus tipo 2 y 40 (22.5%) enfermedad renal crónica (ERC). En cuanto a diagnóstico etiológico: 55 (30.9%) fueron aterotrombóticos, 15 (8.4%) lacunares, 27 (15.2%) CE, 9 (5.1%) indeterminados, 32 (18%) ESUS y 40 (22.5%) etiologías mixtas. El grupo de mayor edad fue el de etiología indeterminada (73 ± 15) seguido de CE (72.55 ± 9.63 ; $P=0.001$). El grupo de CE presentó menor prevalencia de HAS (37%; $P=0.001$), así como mayor prevalencia de ERC (44.4%; $P=0.001$). Los niveles de colesterol fueron menores en el grupo de CE (176.74 ± 30) y ESUS (167 ± 45 ; $P=0.001$). El nivel medio de puntaje de NIHSS fue de 6.7 ± 5.2 ; origen aterotrombótico (9.3 ± 5.0) y CE (7.3 ± 5.2 ; $P=0.001$) presentaron los puntajes más elevados. Medidas por ecocardiografía: media de diámetro de aurícula izquierda (AI) 3.98 ± 0.56 cm, raíz de aorta 2.85 ± 0.37 cm, FEVI de 56.1 %, así como masa de ventrículo izquierdo de 116.18 g. El diámetro de la AI fue mayor en el grupo CE (4.33 ± 0.8) e Indeterminado (4.62 ± 1 ; $P=0.001$). El grupo de CE presentó la media de FEVI más baja (50.2 ± 9.9 %; $P=0.001$). Los pacientes con etiología aterotrombótica presentaron mayor

cantidad de masa de VI (123.7 ± 21.9 g; $P=0.018$). **Discusión:** Los pacientes con ACV de origen CE presentan alteraciones estructurales cardíacas por ecocardiografía a diferencia de pacientes con ACV isquémico de otras etiologías. Las repercusiones de estas alteraciones a largo plazo, así como su aplicación como herramienta de cribado poblacional deben ser estudiadas.

Palabras clave: eventos cardiovasculares isquémicos, ecocardiografía.

Folio: 1267

Tema: Gastroenterología

Ascitis refractaria, descripción de opciones terapéuticas: reporte de caso con colocación de derivación portosistémica transyugular intrahepática

Silva Karen Viridiana, Magallanes Alberto, Flores Ilse Lucero, Aiza Ignacio

Hospital Angeles Lomas

La cirrosis hepática se define como el estadio final de un daño crónico a nivel del hígado. En México, las complicaciones de cirrosis son la tercer causa de muerte en hombres. La cirrosis descompensada tiene una tasa de supervivencia de 2 años, a diferencia de cirrosis compensada la cual es mayor. Una de las principales complicaciones de la cirrosis hepática es la hipertensión portal, la cual puede condicionar hemorragia variceal, y junto con otros factores como lo es la hipoalbuminemia

condiciona el desarrollo de ascitis abdominal. La ascitis refractaria es aquella con una rápida recurrencia posterior a paracentesis terapéutica (menor a 4 semanas), el paciente presenta sobrecarga de volumen a pesar de dosis máxima de diurético y restricción de sodio en la dieta. Existen diversas opciones terapéuticas una vez que se trata de ascitis refractaria, entre ellas la derivación porto-sistémica transyugular intrahepática. Paciente masculino de 72 años de edad con antecedente de cirrosis hepática criptogénica Child-Pugh B, diagnosticada un año previo a su ingreso, la cual le condicionó várices esofágicas grado IV las cuales fueron ligadas 6 meses previos a su ingreso, ha tenido internamientos hospitalarios de repetición por presencia de síndrome hepatorenal, sangrado de tubo digestivo y ascitis refractaria. Sin antecedente de transfusiones sanguíneas ni alcohol u otras toxicomanías. Acude por presentar aumento progresivo del perímetro abdominal a expensas de líquido de ascitis de 4 meses de evolución, en tratamiento médico con espironolactona 400 mg y furosemide 80 mg, se le han realizado paracentesis evacuadas en 4 ocasiones durante los últimos 6 meses, también presentó disnea de medianos esfuerzos y ataque al estado general. Al examen físico con ascitis a tensión y datos de SHR tipo II. Estuvo en tratamiento



con diuretico a dosis maxima y se sometio a 2 parecentesis de gran volumen, sin respuesta, por lo que se decide colocar TIPS presentando favorable respuesta al tratamiento.

Palabras clave: TIPS, ascitis refractaria, cirrosis criptogenica, derivacion portosistémica, cirrosis descompensada.

Folio: 1268

Tema: Gastroenterología

Informe de caso: DILI (drug-induced liver injury) secundario a uso de amoxicilina-clavulanato; un reto diagnóstico

Lozano César Lauro¹, Cortes Carlos²

¹ Programa Multicéntrico Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud-SSNL; ² Hospital Universitario de Monterrey

Introducción: La Lesión Hepática Inducida por fármacos o Hepatotoxicidad continúa siendo uno de las patologías más desafiantes para los Gastroenterólogos y Médicos Internistas. La amplia gama de presentaciones y agentes culpables, así como pruebas diagnósticas objetivas causan un diagnóstico y manejo particularmente difícil. **Presentación de caso:** Masculino de 55 años de edad que acude por Ictericia. Tabaquismo, consumo de alcohol, drogas o transfusiones se encuentran negados. Asma bronquial tratado con Sereotide (Salmeterol/Fluticasona) y Sterimar Spray desde hace

1 año. Rinitis Alérgica con Poliposis Nasal tratada con resección de pólipos nasales en 3 ocasiones. Presentó cuadro de Sinusitis Aguda a finales de marzo 2018 tratado con Amoxicilina-Clavulanato. Se niega uso de suplementos vitamínicos, herbolaria u otros medicamentos. Inicia a principios de mayo 2018 con ictericia progresiva durante 2 semanas agregándose coluria, acolia, fatiga por lo que acude a valoración. Se niega fiebre, dolor abdominal, nausea, vómito o alteración del estado de alerta. A la exploración física icterico, cardiopulmonar sin compromiso, no red venosa colateral, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, resto sin alteraciones. BT 28.45 BD 22.65 TGO 64.05 TGP 57.83 FA 421.92 GGT 121.33 DHL 260.47 Biometría Hemática y Resto del Perfil Bioquímico sin alteraciones. EGO y Perfil Tiroideo normal. US Abdominal y Doppler sin alteraciones. TAC de Abdomen con contraste IV y Oral solo muestra Diverticulosis a nivel de la unión Descendente Sigmoides. Colangiorresonancia normal. Panel Viral de Hepatitis negativo. Perfil de hierro, IgG y ceruloplasmina normal. Serología Herpes, Epstein Barr, CMV, Dengue negativo. ANAs 1:40, Antimitocondriales y Anti LKM-1 negativo. Anti músculo liso positivo 1:160. Se inicia abordaje de Hepatitis Autoimmune vs DILI. Biopsia

Hepática con infiltrado inflamatorio agudo (compuesto por eosinófilos) y crónico que daña los conductillos. Los cambios en el parénquima hepático muestran degeneración plumosa y congestión vascular. No encontrándose Hepatitis de Interfase. Como diagnósticos diferenciales se sugiere un proceso colestásico secundario a daño ductular por medicamentos o tóxicos; Colangitis crónica primaria o secundaria. Se descarta posibilidad de Hepatitis Autoimmune y por negatividad de laboratorios antes descritos se decide definir como una lesión hepática con proceso colestásico con daño ductular por el uso de Amoxicilina Clavulanato. **Discusión:** El paciente evoluciono sin presentar datos de Falla Hepática Aguda. Se decidió usar ciclos de esteroides con destete durante algunas semanas. Las PFHs continuaron mostrando patrón colestásico hasta que presentaron un descenso importante con el uso de esteroides. Este tipo de tratamiento no ha demostrado beneficio en la mayoría de las formas de hepatotoxicidad. Se cree que pudieran tener un rol en reacciones de hipersensibilidad. **Conclusiones:** La hepatotoxicidad por amoxicilina-clavulanato es una de las más frecuentes en general y el primer lugar en el grupo de los antibióticos. El patrón bioquímico en la mayoría de los registros es una colestasis aguda.

Palabras clave: lesión hepática inducida por fármacos, hepatotoxicidad, hepatopatía aguda, amoxicilina-clavulanato.

Folio: 1269

Tema: Reumatología

Prevalencia de deterioro cognitivo en pacientes con síndrome antifosfolípido primario y factores de riesgo asociados

Rodríguez Judith¹, Medina Gabriela², Cime Erik Antonio¹

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Unidad de Investigación Traslacional en Enfermedades Oncohematológicas UMAE Especialidades CMN La Raza, IMSS

Antecedentes: El término síndrome antifosfolípido (APS) describe un trastorno sistémico inducido por autoanticuerpos antifosfolípidos caracterizado por trombosis recurrente y/o morbilidad obstétrica. El espectro clínico del APS abarca manifestaciones adicionales que pueden afectar a muchos órganos y que no se explican exclusivamente por la propensión a un estado protrombótico. La afectación neurológica es común en pacientes con APS, aunque la manifestación más frecuente es el accidente cerebrovascular, también se ha notificado una amplia gama de afecciones que incluyen el deterioro cognitivo (DC). El DC es una entidad sindrómica, etiológicamente heterogénea, que comporta un riesgo elevado de desarrollo de demencia

y describe la condición de las personas cuya cognición se encuentra entre los cambios cognitivos del envejecimiento y la demencia temprana, en quienes existe evidencia objetiva de disminución mantenida del rendimiento de las funciones intelectuales o cognitivas desde un nivel previo más elevado, pero que les permite seguir o parcialmente en su vida diaria de forma independiente. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de deterioro cognitivo y los factores de riesgo asociados en pacientes con síndrome antifosfolípido primario. **Material y métodos:** Estudio transversal realizado en una muestra universal de pacientes de la clínica de APS primario en unidad de tercer nivel acorde a los criterios de clasificación de Sídney. Se incluyeron datos sociodemográficos, características de la enfermedad, comorbilidades y tratamiento farmacológico. Para el diagnóstico de DC se utilizó el test MoCA versión 8.1 y Foto test versión 1, además con el fin de eliminar variables de confusión se aplicó el cuestionario HAD como tamizaje para depresión. Se calcularon las prevalencias de deterioro cognitivo y de los factores de riesgo asociados. **Resultados:** Se incluyeron 53 pacientes de los cuales el 77.4% pertenecían al sexo femenino, el promedio de edad fue de 48.9 ± 13.6 con una mínima de 18 años y una máxima de 82 años. El nivel de escolaridad promedio fue de

12.3 ± 4.1 años. La prevalencia de deterioro cognitivo por puntaje del MoCA test fue de 67.9% de los cuales el 7.5% presentó DC moderado. De los factores de riesgo asociados el 30.2% presentó hipertensión arterial sistémica, el 24.5% obesidad, dislipidemia el 43.4%, tabaquismo 18.9% y enfermedad arterial coronaria el 7.5%. El 5.7% de los sujetos resultó con diagnóstico de depresión y el 22.6% con ansiedad. **Conclusión:** Los resultados obtenidos hasta ahora muestran altas prevalencias de DC en pacientes con APS primario. Abordar la detección de esta manifestación no criterio se facilita mediante la aplicación a nivel del ámbito asistencial de test cognitivos breves, contribuyendo a un diagnóstico más temprano favoreciendo una actuación terapéutica que evite o retrase la aparición de demencia y reduzca su elevado coste personal, familiar y social. **Palabras clave:** deterioro cognitivo, síndrome antifosfolípido primario, test moca, test cognitivos breves, foto test.

Folio: 1271

Tema: Reumatología

Asociación de los niveles séricos de interleucina 6 (IL-6) y masa grasa en pacientes con artritis reumatoide

Enríquez Alejandra¹, Becerra Itzel Nayar³, Saldaña Ana Miriam², Sánchez Esther Nérida³, González Laura del Carmen², Gámez Jorge Iván³, Rodríguez Alejandra²



¹ Instituto Mexicano del Seguro Social; ² Centro Universitario de Ciencias de la Salud Universidad de Guadalajara; ³ Centro Médico Nacional de Occidente IMSS

Introducción: En artritis reumatoide (AR) la mayor frecuencia de pacientes desarrollan exceso de tejido adiposo subcutáneo y visceral. En población general interleucina-6 (IL-6) ha sido asociada con incremento de masa grasa. AR es una enfermedad crónico degenerativa, sistémica, autoinmune, que se caracteriza por inflamación crónica de articulaciones sinoviales así como destrucción y alteraciones estructurales. Dentro de su patogenia tienen un papel importante las citocinas pro inflamatorias, entre ellas la IL-6. **Objetivo:** Evaluar la asociación de los niveles séricos de IL-6 y masa grasa en pacientes con Artritis Reumatoide. **Metodología:** Pacientes con diagnóstico de AR que acudieron al área de densitometría ósea de la UMAE, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente donde se les realizaron cuestionarios estructurados para variables generales y características clínicas. Se realizaron medidas antropométricas, medición de la actividad de la enfermedad a través del índice DAS 28 y funcionalidad mediante HAQ-Di. Se dividieron los pacientes en elevado porcentaje de grasa y normal.

A ambos grupos se les tomó una muestra de sangre venosa la cual posteriormente fue centrifugada para obtener el suero el cual fue almacenado a -20° C hasta su procesamiento. Los niveles séricos de IL-6 se cuantificaron mediante la técnica de ELISA. Análisis estadístico, se utilizó el paquete SPSS v21. Se utilizaron medianas y rangos para expresar variables cuantitativas, y porcentajes para las variables cualitativas. Se utilizó U de Mann-Whitney para comparación de variables cuantitativas entre grupos y Chi cuadrada para comparación de variables cualitativas entre grupos. Se tomó como significancia estadística una $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyeron 209 pacientes con AR con una edad media de 58 (84-21) años y con un tiempo de evolución de la enfermedad de 9 (45-0) años. El peso promedio de los pacientes fue 66 (104-44) kg con un IMC de 27.5 (46-17) kg/cm². Se les realizó composición corporal obteniéndose los siguientes resultados: 51% (81-38) masa magra y 46% (93-24) de masa grasa. Para la comparación entre grupos los pacientes fueron clasificados en terciles según la masa grasa: 61 (29%) de los pacientes se encontraron en el tercil superior y 148 (71%) se encontró en el tercil inferior. Al comparar a los grupos se encontró diferencias significativas con las variables de niveles séricos de IL-6 ($r=0.153$, $p=0.03$) (9.1 vs 6.2), sin

embargo, no se encontraron diferencias significativas entre las variables clínicas propias de la enfermedad. **Conclusión:** En el estudio pudimos concluir que a mayores niveles séricos de IL-6 los pacientes con AR presentan mayor masa grasa en comparación con los pacientes con bajos niveles de IL-6. Los pacientes con masa grasa elevada presentaron mayor peso, talla y menor frecuencia de densidad mineral ósea baja, además de una tendencia a menor actividad de la enfermedad en comparación a los pacientes con masa grasa no elevada.

Palabras clave: interleucina 6, masa grasa, artritis reumatoide, asociación, niveles séricos, actividad enfermedad.

Folio: 1272

Tema: Infectología

Eumicetoma refractario a tratamiento

Rios Stefany Hiday

Hospital General Regional No. 1

Se trata de masculino de 41 años de edad originario y residente de Baja California Sur, se desempeña en el ámbito de la agricultura, religión católica, estado civil casado. Cuenta con antecedentes de importancia de carga genética materna y paterna para hipertensión arterial y diabetes mellitus. APNP: de uso ocasional de AINES, labora en el campo (agricultor), alergia a Ciprofloxacino. Como antecedentes personales pato-

lógicos: alergia a quinolonas, colecistectomía hace 2 años, hernioplastia umbilical hace 7 meses. Tabaquismo desde los 16 años a razón de 1 cajetilla al día suspendido hace 4 años IT 29 paquetes años. Inicia su padecimiento actual hace 17 años de evolución con lesiones tipo nódulos en región cervical posterior, submentoniana que durante su evolución drenan material con aspecto de granos color negro, además con inflamación de ganglios cervicales con dolor localizado. Fue valorado en dermatología hace 9 años y derivado a tercer nivel de atención al CMN S XXI donde por medio de cultivo de secreción de las lesiones se detecta *madurella mycetomatis* y fue manejado con voriconazol durante 1 año y 5 meses sin presentar respuesta favorable con suspensión del mismo por presentar reacciones adversas de fotosensibilidad, manejado posteriormente con Itraconazol, así como fluconazol, ha sido manejado posteriormente desde noviembre de 2017 en manejo con Voriconazol sin presentar nuevamente eventos adversos, con pobre respuesta al tratamiento con incremento en número y tamaño de nódulos sobre todo en región cervical y submentoniana por lo que ha requerido manejo quirúrgico con resección de nódulos en múltiples ocasiones. TAC cuello 20-05-15: lesiones cutáneas y subcutáneas múltiples con componentes sólidos

y quísticos, cervicales bilaterales, linfadenopatías bilaterales. Biopsia de nódulo 27-12-17: elipses de piel que muestran dermis con múltiples áreas de reacción granulomatosa, en su interior con abundante neutrófilos y presencia de gránulos con hifas fragmentadas en una sustancia intersticial de color café pardo es compatible con eumicetoma, proceso inflamatorio con fistulización externa. Biopsia de tejido celular subcutáneo y fascia 03-01-18: tejido de trayecto fistuloso constituido por tejido de granulación y fibrosis con imagen de granulos compactos de formas irregulares color café oscuro, compatible con micetoma eumicótico.

Palabras clave: eumicetoma, refractario a tratamiento.

Folio: 1273

Tema: Reumatología

Síndrome de Löfgren como presentación clínica de sarcoidosis

Figueroa Rodrigo, Escorza Salvador, García María Fernanda, Linares Fernando Gregorio, Ruiz Jesús Alejandro
INCMNSZ

Se describe el caso de un hombre de 41 años, originario y residente de la Ciudad de México. Tenía el antecedente de uso crónico de esteroides anabólicos y testosterona. Inició su padecimiento 2 años previos a su ingreso con poliartalgias de predominio en manos, carpos y rodillas, que mejoraban con el

uso AINEs y esteroides parenterales. Tres semanas previas a su presentación, cursó con dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, de intensidad 8/10. Una semana previa, se agregó dolor torácico, de tipo opresivo, de intensidad 10/10, que aumentaba en decúbito y mejoraba al incorporarse, así como dermatosis generalizada a tórax anterior, posterior, abdomen, extremidades superiores e inferiores, caracterizada por nódulos eritematosos. A su ingreso se diagnosticó pericarditis aguda. Se realizaron biopsias de ganglio, piel e hígado en las que se reportaron la presencia de granulomas no caseificantes, con tinciones (Ziel-Nielsen y Ácido Peryódico de Shiff) negativas. Se realizó búsqueda intencionada en líquidos corporales (sangre, orina y jugo gástrico) de *Mycobacterium Tuberculosis*, encontrándose todas ellas negativas. Se realizó tomografía de tórax que reportó la presencia de adenopatías mediastinales parahiliares. Tales manifestaciones clínicas fueron sugerentes de síndrome de Löfgren, con una alta especificidad diagnóstica para sarcoidosis

Palabras clave: sarcoidosis, síndrome de Löfgren.

Folio: 1274

Tema: Infectología

Mielorradiculitis asociada a neuroinfección por citomegalovirus en un paciente con infección por VIH, presentación clínica atípica



Salas Ana Karen, De la Torre Leonardo Darío, Cervantes Erika, Flores Andrea
Hospital General De México
Dr. Eduardo Liceaga

Introducción Infecciones oportunistas de SNC en VIH se asocian a edad avanzada, CD4 < 250, carga viral > 100 000. Citomegalovirus, se encuentra latente, puede reactivarse con signos y síntomas, especialmente en inmunosupresión. Prevalencia es 90% en HSH, grupos socioeconómicos pobres y países en desarrollo. Diagnóstico primoinfección con detección anticuerpos IgM o IgG. Infección activa: antigenemia, PCR, cultivo. CMV es una infección viral oportunista frecuente en SIDA, presentación neurológica es poco frecuente, causando encefalitis o mielorradiculitis. Ésta última con frecuencia < 1%, con Sx cauda equina subaguda, debilidad de extremidades inferiores, progresa a paraparesia flácida o paraplejía, y disfunción de esfínteres. **Objetivo:** Diagnóstico diferencial neurológico en paciente con VIH, que no se sospecha ante sintomatología limitada a sistema nervioso central. **Presentación del caso:** Hombre 26 años, infección VIH 6 años. PA: 4 meses disminución fuerza muscular extremidades inferiores, simétrica, progresiva, ascendente, desorientación intermitente, 2 semanas progresa a fiebre 38°C, paraplejía y pérdida de control

de esfínter urinario e intestinal. EF: glúteos úlceras superficiales, no dolorosas, esfínter anal hipotónico, fuerza muscular 0/5, hiperreflexia, Babinski, sucedáneos bilateral extremidades inferiores. CD4 37, CV 89 214, LCR céls 0, glucosa 6, cloro 107, proteínas 692, DHL 620, ADA 31, GeneXpert MTb. Tratamiento antituberculoso, sin mejoría clínica, PCR CMV LCR positivo, serología IgG CMV reactivo, inicia ganciclovir, mejoría clínica a 7 días, recuperación control de esfínteres, fuerza muscular 4/5 extremidades inferiores, cierre de úlceras perianales. RM: realce leptomeníngeo opercular derecho, cono medular y raíces de cauda equina. **Conclusiones:** Mielorradiculopatía en VIH es presentación clínica rara. El diagnóstico por PCR con sensibilidad >80%, antigenemia del virus sensibilidad 91% y especificidad 100%. La respuesta a tratamiento modifica la evolución.

Palabras clave: mielorradiculopatía, citomegalovirus, virus de inmunodeficiencia humana.

Folio: 1275

Tema: Neurología

Demencia rápidamente progresiva: ¿una entidad poco frecuente?

Yáñez Christian Delfino, Valdívieso Jorge Arturo, Cambranes Roberto, Mendez Herón Gaspar

Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

Introducción: Presentamos el caso de un hombre de 67 años, con pérdida rápida de las funciones mentales superiores (desorientación, agitación psicomotriz, alucinaciones) en menos de 2 meses de evolución. **Caso clínico:** Masculino de 67 años con hipertensión de 6 años de evolución con buen apego terapéutico, cursa con desorientación, insomnio, cefalea, movimientos involuntarios de corta duración y cambios de conducta. Se realiza estudio de IRM de encéfalo solo reportando atrofia cortico subcortical y resto de parámetros dentro de normalidad, se inicia manejo empírico con quetiapina y memantina, persiste con sintomatología progresando a somnolencia y estupor. Se valora en urgencias de hospital de derechohabiencia para su abordaje diagnóstico, realizando punción lumbar sin datos de proceso infeccioso, por lo que se decide envió a esta unidad para continuar con protocolo de estudio. Se valora por servicio de neurología el cual solicita nueva punción lumbar, electroencefalograma e imagen de resonancia magnética ante cuadro de demencia rápidamente progresiva. Se documenta en electroencefalograma aumento de ritmos lentos y actividad epiléptica focal periódica, con grafoelementos escarpados difásicos y trifásicos. La punción lumbar muestra líquido transparente color paja, acelular y por frotis

3 leucos y 7-8 eritrocitos por laminilla. Proteínas de 225 mg/L, en tinción de Gram, tinta china y BAAR no se observaron alteraciones, se solicitaron perfil de TORCH, PCR herpes virus tipo 1 y 2, así como proteína 14-3-3 en LCR. Se documenta proteína 14-3-3 positiva a títulos de 14.0 ng/mL en LCR, TORCH y PCR para VHS 1-2 negativos. En IRM se documenta restricción en DWI en putamen y núcleo caudado bilateral e hiperintensidad de temporales en FLAIR. Se valora de nuevo por servicio de neurología integrando demencia rápidamente progresiva con principal sospecha enfermedad de Creutzfeldt-Jakob probable. El paciente cursa mala evolución, falleciendo por neumonía intrahospitalaria.

Palabras clave: priones, Creutzfeldt, Jakob, virus lentos, demencia.

Folio: 1276

Tema: Endocrinología

Síndrome de Cushing dependiente de ACTH: comparación del diagnóstico de dos casos

García Guillermo, Soto Mayra Selene

Instituto Mexicano del Seguro Social UMAE 25

Introducción: El síndrome de Cushing (SC) puede ser presentado por hipersecreción pituitaria (70%) o tumores secretores de ACTH (15%). La presentación y clínica son diferentes si se trata de uno u otro, así como la morbi-

mortalidad. Sin embargo, el algoritmo diagnóstico es el mismo. Se presentan dos casos de SC dependientes de ACTH y sus diferencias bioquímicas según la localización de la hipersecreción. **Caso 1:** Mujer de 33 años con 4 años de evolución con hirsutismo, aumento de peso, acné y estrías violáceas. Estudios reportan: TSH 1.17, T4L 0.61, sodio 136, potasio 4.1, cortisol basal 26.5 mcg/dl, cortisol en orina de 24 horas 451 mcg/24 hrs, (depuración de creatinina 71 ml/min), cortisol posterior a 1 mg de dexametasona 17.74 mcg/dl, ACTH basal 107.1 pg/ml, cortisol posterior a 8 mg de dexametasona 7.36 mcg/dl (supresión del 72%). RNM de cráneo con lesión selar que desplaza infundíbulo hacia la izquierda (9 x 12 x 16 mm). Se hace abordaje transesfenoidal con RHP de adenoma y cortisol sérico posterior de 93.4 mcg/dl. Una semana después: T3 total 0.69, T4 libre 1.36, TSH 0.08, cortisol sérico 9.38 mcg/dl. RNM posterior a cirugía con tejido hipofisario residual con realce. Actualmente en seguimiento por consulta externa.

Caso 2: Mujer de 47 años con 3 meses con aumento de peso, edema, acné e hirsutismo; además, descontrol glicémico e hipocalcemia severa. Estudios reportan: TSH 3.2 mUI/ml, t4 libre 0.96 mcg/dl, cortisol libre en orina de 24 horas 1763 mcg/24 horas, cortisol post 1 mg de dexametasona 24.1 mcg/dl, cortisol post 8 mg

de dexametasona (supresión menos del 50%). Estudios de imagen: octreoscan positivo para somatostatina en epimesogastrio, SPET/CT con tumor en cola de páncreas y metástasis a hígado. Se realizó pancreatometomía corpocaudal con RHP de carcinoma neuroendocrino de alto grado con invasión angiolímfática y metastásico a 5 ganglios, ACTH positivo en el 60%. Persistió hipercortisolismo e hipocalcemia severa y fallece. **Discusión:** El curso clínico de un SC dependiente de ACTH depende del nivel de cortisol y el tiempo de exposición. Por lo que es importante el rápido diagnóstico bioquímico y su respectivo abordaje. Debido a la variabilidad clínica y bioquímica de los pacientes y la sensibilidad de las pruebas diagnósticas, se debe seguir un protocolo estandarizado que facilite el manejo de los pacientes.

Palabras clave: Cushing, diagnóstico, ACTH, cortisol, mortalidad.

Folio: 1277

Tema: Infectología

Meningoencefalitis tuberculosa con probable extensión peritoneal

González Fabian Apolinar, Fierros Kevin Alexis

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Hombre de 54 años de edad Originario del estado de México. Diagnostico de Diabetes



Mellitus hace 3 años en descontrol glucémico, mal apego farmacológico, Hipertensión arterial sistemática de mismo tiempo de diagnóstico en manejo farmacológico con IECA, Alcoholismo crónico con un gramaje 22.4gr, último consumo hace 20 días. Acude tras presentar cuadro clínico de 10 días de evolución caracterizado por cefalea holocraneana 5/10 con base a EVA pulsátil, sin sintomatología agregada, 5 días posteriores refiere alza térmica no cuantificada así como alteraciones en el comportamiento, en un inicio manifestadas con indiferencia al medio y posteriormente añadiéndose desorientación y lenguaje incoherente, 24 previas a su ingreso con deterioro neurológico de forma fluctuante alterado con períodos de lucidez, alucinaciones visuales y agitación motivo por el cual es llevado al servicio de urgencias de nuestro hospital. Es ingresado por la sospecha de un síndrome de supresión alcohólica indicándose manejo a base de Benzodiazepinas con mejoría escasa y parcial de la sintomatología. Posteriormente es trasladado al servicio de Medicina Interna para continuar abordaje diagnóstico y terapéutico. Tras la valoración sin signos meníngeos, ni datos de focalización, únicamente con afectación de funciones mentales superiores. Se solicita estudio tomográfico para descartar alteraciones orgánicas, sin evidencia

de lesiones estructurales, no datos de desplazamiento de línea media ni hemorragias. Dado el antecedente de cefalea y la presencia de fiebre, se decide realizar punción lumbar con toma de citológico, citológico, tinción gram y cultivo. Reportando en los estudios previos celularidad incrementada de predominio de PMN en un 90% con Linfocitos de 10% hipoglucorraquia e hiperproteinorraquia con valores de cloro elevados. Se presenta el caso al servicio de Infectología quienes autorizan manejo farmacológico a base de Cefalosporina de tercera generación, Glucopéptido y Aminopenicilina, tras tres días de tratamiento óptimo el paciente presenta escasa mejoría clínica con períodos fluctuantes con respecto al estado neurológico. Motivo por el cual se decide realizar nueva punción lumbar con escasa diferencia del comportamiento en LCR en el estudio citológico y citológico, esta vez enviando muestra para GENEXPERT M. tuberculosis, se presenta al servicio de clínica de tuberculosis quienes deciden inicio de tratamiento con 4 fármacos de primera línea antituberculosos de forma empírica. Cinco días posteriores se recaban los resultados de PCR para M. tuberculosis resultando positivos. De forma paralela al cuadro durante su hospitalización el paciente refiere dolor abdominal localizado en fosa ileaca derecha, Mc. Burney

positivo. Realizándose estudio ultrasonográfico con datos sugestivos de apendicitis, a lo cual se interconsulta al servicio de Cirugía General que tras su valoración y ante la sospecha de cuadro de apendicitis aguda se decide intervenir quirúrgicamente, encontrándose durante el trasoperatorio, inflamación escasa del apéndice así como hematoma subcapsular retroperitoneal así como aneurisma de la iliaca izquierda e implantes peritoneales sugestivos de tuberculosis a lo cual se decide toma de biopsia y apendicectomía. Posterior al tratamiento farmacológico y quirúrgico el paciente mostrando adecuada evolución clínica con reducción significativa del cuadro inicial. Pendientes de recabar resultado histopatológico de tejido peritoneal.

Palabras clave: meningoencefalitis, tuberculosis, peritoneal.

Folio: 1278

Tema: Reumatología

Embolismo pulmonar masivo como forma de presentación de síndrome antifosfolípido secundario en paciente con lupus eritematoso sistémico

Cimé Erik Antonio, Broca Blanca Estela, Olvera Arturo

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF), es una enfermedad sistémica autoinmune trombofílica crónica, que se caracteriza por trombosis arterial,

venosa, capilar y/o morbilidad durante el embarazo en la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aPL) persistentemente positivos; cuenta con prevalencia de 40-50/100000 individuos e incidencia de 5/100000 personas. Afecta mayormente ente los 30-40 años y del género femenino (4-5:1), denominándose primario cuando no se asocia a otras enfermedades subyacentes (>50%), o asociado cuando coexiste con otras enfermedades autoinmunes, siendo el lupus eritematoso sistémico (LES) el más común hasta en un 30-40%. Aproximadamente un 9% de los pacientes con SAF suelen presentarse con episodio de embolismo pulmonar (EP), siendo aún menor la frecuencia de EP masivo. La calidad de vida y pronóstico de éstos pacientes depende del daño crónico originado por actividad de la enfermedad.

Objetivo: Describir un caso de SAF secundario cuya manifestación inicial fue un embolismo pulmonar masivo, tratado en Medicina Interna de la UMAE Hospital de Especialidades CMN La Raza IMSS. **Exposición del caso:** Paciente masculino de 27 años quien cuenta con hermana con LES. Inició padecimiento dos semanas previo al ingreso, con disnea mMRC 1 progresando hacia mMRC 3, así como ortopnea, tos con expectoración hialina y petequias en tronco, extremidades superiores e inferiores, por lo

que acudió a nuestra unidad, ingresado a nuestro servicio. En laboratorios iniciales con DHL 575 UI/L, BT 2.67 mg/dL, BI 1.58 mg/dL, Hb 17.5 g/dL, Leuc 9.8 K/uL, Pla_q 13000 k/uL. TP 21 seg, TTP 131.5 seg, INR 1.6, C3, C4 disminuidos, panel viral no reactivo. El paciente persistió con disnea mMRC3 y disminución de oxigenación a pesar de apoyo con O₂; a la EF con complejo de Chávez, radiografía de tórax con arteria pulmonar prominente y EKG con ritmo sinusal, AQRS 120°, inversión de la onda T de rama asimétrica V1-V5. Ante sospecha de LES se iniciaron pulsos de esteroide y se solicitó antiDNA 692.49 UI/L, ANAS 1:160, AL negativo, aCL IgM 58, con ECOTT que reportó cor pulmonale crónico, VD e hipertrófico con disfunción sistólica, dilatación de cavidades derechas, AD dilatada, FEVI 70%, insuficiencia mitral leve, insuficiencia tricuspídea severa con datos de HAP severa PSAP 120 mmHg. Bajo la sospecha de HAP secundaria a TEP en el contexto de SAAF se solicitó gammagrama perfusorio pulmonar donde se visualizaron sitios focalizados de hipoperfusión con un patrón subsegmentario, localizado en segmento basal lateral de lóbulo inferior y lóbulo superior derecho de lóbulo superior derecho. Se concluyó caso de EP masivo por SAF secundario en paciente con LES. Se egresó paciente con Prednisona, Acenocumarina, Danazol y O₂

domiciliario. **Conclusiones:** Se reporta una forma de presentación inusual de SAF secundario en paciente con LES, cursando con EP masivo con HAP secundaria, tratándose de paciente que cuenta con daño crónico y afección a calidad de vida.

Palabras clave: SAF, LES, EP masivo, HAP severa.

Folio: 1279

Tema: Toxicología

Intoxicación por loperamida

Gaytán Andrés, Moranchel Leslie

Sanatorio Durango

Introducción: La loperamida es un medicamento fácilmente disponible, es frecuente su uso no regulado para controlar síntomas gastrointestinales, principalmente diarrea. Se reportan anomalías de la conducción cardíaca después de la ingestión de dosis supratrapéuticas. **Objetivo:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 79 años con intoxicación por loperamida y alteraciones del ritmo cardíaco como prolongación del segmento PR, segmento QT y complejo QRS, hiperkalemia refractaria a tratamiento que requirió tratamiento sustitutivo de la función renal. **Caso clínico:** masculino de 79 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica con creatinina basal de 1.7, monorreno derecho por complicación quirúrgica



por exclusión funcional renal izquierda, laparotomía exploradora 18 años previos por hernia estrangulada con perforación intestinal, que requirió colectomía subtotal, ileostomía definitiva en tratamiento con loperamida. Acudió al servicio de urgencias por presentar evacuaciones disminuidas en consistencia y aumento de gasto por bolsa de ileostomía, incrementando ingesta de loperamida, aproximadamente 6 tabletas al día y se comentaba por parte de familiar un total de 276 tabletas (552mg) en los últimos 4 días. Se agregó mal estado general, náusea, vómito, calambres en extremidades inferiores y temblor fino en extremidades superiores. Se encontró paciente somnoliento, deshidratado, precordio rítmico, sin ruidos agregados, abdomen con ileostomía funcional con gasto de 300 cc, no doloroso, normoperistalsis, se solicitaron estudios de laboratorio encontrando potasio en 8.8 meq/L, electrocardiograma con ritmo sinusal, eje -60, frecuencia cardíaca 60 latidos por minuto, segmento PR 0.24 ms, alargamiento del complejo QRS llegando hasta 440 ms en V1, Qtc 480 ms, bloqueo de rama derecha del Haz de His, se inició manejo con medidas antihiperkalemia e hidratación sin lograr mejoría en los niveles de potasio (9.5 y 8.63) por lo que se realizó sesión de hemodiálisis, potasio de control de 5.71. Durante su estancia presentó

mejoría clínica, disminución del temblor y calambres, valorado por gastroenterología quien indicó tratamiento con octreótide para el alto gasto de ileostomía, sin requerimiento de nueva sesión de hemodiálisis, electrocardiograma después de 4 días de tratamiento con ritmo sinusal, eje -30, 60 latidos por minuto, segmento PR 0.12, complejo QRS 140 ms, QT 400 ms, bloqueo de rama derecha del Haz de His. Se egresó después de una semana de estancia con potasio de 4.15 meq/L. **Conclusión:** El mal uso y abuso de la loperamida son cada vez más reconocidos y potencialmente fatales, debido en parte al fácil acceso al medicamento y su bajo costo. Los internistas debemos estar al pendiente del mal uso de la loperamida y considerar la toxicidad en pacientes con síncope inexplicado o arritmias ventriculares particularmente cuando la prolongación del QT o ensanchamiento del QRS son aparentes.

Palabras clave: intoxicación, loperamida, hemodialisis, hiperkalemia, ileostomía, abuso de medicamento.

Folio: 1280

Tema: Nefrología

Lesión renal aguda en un centro regional de enfermedades renales

Gómez Raymundo, Congora Juan Fernando, Nañez Homero, Sánchez Sindy Melissa
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La lesión renal aguda (LRA) es un padecimiento grave que afecta a más de 10M de personas alrededor del mundo anualmente, aumentado el riesgo de mortalidad hospitalaria 1.7-6.9. La LRA se desarrolla clínicamente de manera silenciosa, hasta la disminución abrupta de la función renal. Según KDIGO 2012, se define como: Incremento en SCr por ≥ 0.3 mg/dl dentro de 48 horas; o un aumento en SCr de ≥ 1.5 veces el valor se sospecha ocurrió dentro de los siete días previos; o volumen urinario < 0.5 ml/kg/h por 6 horas. De acuerdo a gravedad, se clasifica: estadio 1, aumento de la SCr de ≥ 0.3 mg/dL o aumento de 1.5-1.9 veces la línea de base o producción de orina de < 0.5 ml/kg/h por 6-12 horas; estadio 2, cuando ocurre aumento de la SCr de 2.0-2.9 veces la línea de base o producción de orina < 0.5 ml/kg/h por ≥ 12 horas; estadio 3, con aumento de SCr 3.0 veces la línea de base o aumento de SCr a ≥ 4.0 mg/dL o inicio de terapia de reemplazo renal o anuria por ≥ 12 horas [3]. Se clasifica como adquirida en la comunidad e intrahospitalaria. La adquirida en comunidad se define como en la que los pacientes a su ingreso, su creatinina sérica cumple los criterios de KDIGO-AKI. La intrahospitalaria se definió como un aumento en la creatinina sérica que ocurrió veinticuatro horas o más después de su ingreso [6]. Es

probable que la mayoría de los casos de LRA en el mundo en desarrollo sean adquiridos en la comunidad. Un tercio de todas las LRA ya están presentes a su admisión o se desarrollan 24 horas posteriores a la admisión hospitalaria. **Material y métodos:** Se realizó un seguimiento prospectivo, observacional y descriptivo durante un periodo de Marzo-Agosto del 2018 a pacientes que ingresarán al servicio de Medicina Interna que desarrollarán lesión renal aguda antes o durante su hospitalización. Se incluyeron a pacientes mayores de 18 años sin enfermedad renal o enfermedad ya conocida con agudización de la misma. Se realizó una evaluación sistemática de todos los pacientes obteniendo datos del expediente clínico desde antecedentes familiares, personales patológicos y no patológicos. De igual manera se obtuvieron datos de exploración física y paraclínicos. Resultados Se incluyeron 74 pacientes con edad media 53.75 ± 18.87 años, 35.56% sexo femenino, días estancia hospitalaria 7.81 ± 4.82 , IMC 26.68 ± 4.82 , creatinina (mg/dL) 1.88 ± 1.41 , sodio urinario (mmol/L) 45.83 ± 35.65 , FENa (%) 1.2 ± 1.72 , CKD-EPI al ingreso (ml/min/1.73²) 54.24 ± 34.37 , MDRD al ingreso (ml/min/1.73²) 56.88 ± 39.5 , CKD-EPI a las 48 horas (ml/min/1.73²) 64.88 ± 38.12 , MDRD a las 48 horas (ml/min/1.73²) 69.66 ± 48.47 . Diagnósticos de ingreso más frecuentes, etiología

infecciosa 33% y enfermedad gastrointestinal 16.66%; LRA adquirida en la comunidad 82.43% e intrahospitalaria 17.5. KDIGO-AKI 1, 37.83%; AKI 2, 28.37% y AKI 3, 33.78%. Durante seguimiento, uresis en el 58,10% de los pacientes de < 800 cc, 32.55%; 800-2,000 cc, 48.83% y >2,000 cc, 18.60%. Principales nefrotóxicos intrahospitalarios encontramos a los diurético de asa en el 22.9%, en segundo los carbapenémicos en 18.9% y la vancomicina en 17.56%. **Conclusiones:** La lesión renal aguda es una enfermedad clínica con riesgo aumentado de mortalidad hospitalaria la cual es clínicamente silenciosa. Se demuestra que la mayoría de pacientes ingresan por etiología infecciosa y es más frecuente LRA adquirida en la comunidad. Se encontró un rango de FENa pre renal y renal, siendo KDIGO-AKI 1 de mayor frecuencia con uresis dentro de rangos normales en la mayoría de pacientes. Se evidenció el principal nefrotóxico intrahospitalario, los diuréticos de asa. **Palabras clave:** lesión renal aguda, nefrotóxicos, adquirida en la comunidad, Intrahospitalaria.

Folio: 1281

Tema: Cardiología

Muerte súbita cardiaca y nacimiento anómalo del tronco coronario izquierdo. Presentación de un caso clínico

Jarvio Gabriel Esaú, Morales Cristina

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La muerte súbita cardiaca (MSC) corresponde cerca de 50% de las muertes cardiovasculares en EUA. Se define como muerte natural secundaria a causas cardiacas, anunciada por pérdida abrupta de conciencia y ocurre dentro de 1 hora luego de inicio de síntomas. La mayoría de casos son secundarios a aterosclerosis, existen otras causas como defectos anatómicos o cicatrices en miocardio. La combinación de anomalías congénitas representa la segunda causa de MSC en atletas jóvenes. Lo más común consiste en el nacimiento de la arteria coronaria izquierda proveniente del seno derecho de Valsalva, lo que contribuye a la disminución del flujo por la dilatación de la aorta durante el ejercicio. El mecanismo de MSC es una arritmia secundaria a isquemia o infarto. **Objetivo:** Presentar un caso de MSC en paciente joven secundario a nacimiento anómalo de tronco coronario izquierdo, es una entidad clínica de baja prevalencia con alta mortalidad. **Exposición de caso:** Paciente masculino de 44 años de edad sin enfermedades crónicas degenerativas, no cirugías, no alérgicos, no tabaquismo. Durante carrera deportiva presentó pérdida de estado de alerta, ausencia de pulso, se inició RCP básica, luego de documentar fibrila-



ción ventricular se administró descarga y traslado a hospital. Se realizó cateterismo que reportó nacimiento anómalo de tronco coronario izquierdo sin lesiones angiográficas. Ecocardiograma transtorácico FEVI 74%. Angiotomografía coronaria TCI: nacimiento en seno aórtico coronario derecho con trayecto angulado y anterior a la aorta, DA: segmento intermedio con puente vascular superficial. Prueba de inducción de isquemia Tc MIBI con isquemia moderada inferolateral. Se propuso revascularización quirúrgica de tronco coronario izquierdo, paciente no aceptó procedimiento. **Conclusiones:** Entidad poco frecuente con alta mortalidad. Paciente con muerte súbita cardíaca, la mayoría es debido a aterosclerosis, sin embargo en este paciente se debió a anomalía anatomía de TCI. **Palabras clave:** muerte súbita cardíaca, tronco coronario izquierdo, nacimiento anómalo.

Folio: 1282

Tema: Hematología

Linfoma cutáneo primario de células con expresión ganglionar inicial. Reporte de un caso

Montaño Nalleli Orquidea, González Andres

Centro Médico ISSEMyM Ecatepec

Introducción: los linfomas cutáneos con un grupo heterogéneo de neoplasias de células t y b, las cuales se manifiestan de manera inicial con lesiones

dermicas sin evidencia de adecuación extracutánea al momento del diagnóstico. Dado el curso incidioso de esta enfermedad y la dificultad para la realización del diagnóstico únicamente en base a los hallazgos histológicos, el avance en los estudios citogenéticos e inmunofenotipificación ha tenido alto impacto en su diagnóstico. Dentro de su clasificación encontramos a los linfomas cutáneos de células T (CTCL), con múltiples variantes clínicas, histológicas, inmunofenotípicas y pronósticas, las cuales representan el 75-80% de los linfomas cutáneos, de los cuales, el 90% corresponden a micosis fungoide y enfermedades linfoproliferativas cutáneas cd30+, en un 60% y 30% respectivamente.

Objetivo: presentar el caso de un linfoma con expresión ganglionar como manifestación inicial de una neoplasia cutánea. **Caso clínico:** femenino 44 años: carga genética: cáncer de mama en rama materna, antecedente de dermatitis atópica de 1 año de diagnóstico, en manejo con esteroide y 5-fluoracilo tópico. Docente, toxicomanías, alérgicos y transfusionales: interrogados y negados. Quirúrgicos: 3 cesáreas y ooforectomía derecha hace 20 años, se desconoce indicación médica. Inicia hace 8 meses con cuadro de fatiga extrema, dolor muscular en miembros pélvicos, dermatosis en miembro pélvico izquierdo, parestesias, crecimiento

ganglionar en canal inguinal bilateral de reciente detección, asociado a leucopenia grado II, niega infecciones recurrentes, niega prácticas sexuales de riesgo. Panel viral negativo. Torch con memoria para herpes, cmv y rubeola. Anemia grado I. Perfil reumatológico negativo. Se envía a valoración al servicio de hematología, se inicia protocolo de estudio, con toma de biopsia de ganglio inguinal izquierdo, con revisión de laminillas y reporte de hiperplasia folicular reactiva, con inmunohistoquímica cd20 positivo, cd3 positivo, bcl2 negativo. B2 microglobulina 4.7mg/l, así como biopsia de médula ósea con reporte de médula normocelular sin alteraciones. Con celularidad del 60%, biopsia de piel de miembro pélvico izquierdo con infiltrado linfo-histiocitario en dermis superficial, perivascular, epidermotropismo, infiltrado linfocitario atípico, sugestivo de micosis fungoide, cd2 positivo y cd4 positivo en linfocitos t maduros, ki67 positivo 10%, cd30, cd8 y cd20 negativo. Se inicia quimioterapia con ciclofosfamida, prednisona, vincristina y bleomicina tópica. B2 microglobulina de control de 3.22mg/l. **Discusión:** dentro de los linfomas primarios cutáneos de células t, existe subtipos raros dentro de los que se encuentran la enfermedad linfoproliferativa primaria cutánea cd4+ de células t, la cual se presenta en 2-3% de los

ctcl, típicamente los pacientes se presentan con una placa o tumor solitario, extraordinariamente de manera generalizada como en el caso presentado. La tasa de proliferación en baja. El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos de una placa solitaria y/ o un nódulo concordante con las descripción inmunofenotípica.

Palabras clave: linfoma, cutáneo, ganglionar.

Folio: 1283

Tema: Cardiología

Endocarditis infecciosa asociada a infección de catéter Mahurkar. Una presentación poco común

Cortés Aida Alicia, Nares Iztel, Faustino Gladis, Rivera Dante Jesus, Martínez José Enrique
Centro Médico ISSEMyM Ecatepec

Antecedentes y objetivo: Las infecciones son la segunda causa de muerte en pacientes con enfermedad renal crónica y hemodiálisis. La endocarditis infecciosa derecha causa 5-10% de los casos de endocarditis. Presentamos el caso de una paciente con fiebre persistente debido a la presencia de una vegetación en la vena cava superior. Este caso destaca la importancia de la sospecha clínica aún con ecocardiograma transtorácico negativo. **Caso clínico:** Mujer de 23 años con hipertensión arterial sistémica secundaria a preeclampsia de 3 años de diagnóstico en

tratamiento. Enfermedad renal crónica KDIGO 5 de 18 meses de diagnóstico, en tratamiento con hemodiálisis. En junio 2016 se colocó catéter Mahurkar subclavio derecho el cual se retiró 1 año después tras cuadro de bacteremia por *E. cloacae*, se retiró y recolocó nuevo catéter yugular derecho. Inicia su padecimiento en diciembre 2017 al presentar tos con expectoración hialina sin predominio de horario, disneizante, emetizante, disnea de pequeños esfuerzos, ortopnea, astenia y adinamia. Al acudir a su unidad de hemodiálisis presentó requerimiento de oxígeno y descontrol hipertensivo, se decide envío al servicio de urgencias de nuestra unidad. A su ingreso se diagnosticó neumonía adquirida en la comunidad ATS III y descontrol hipertensivo, se inicia tratamiento con levofloxacino e ingreso a Medicina Interna. Durante su estancia se integra derrame pleural derecho, se continúa terapia dialítica con la finalidad depletar de volumen, presentando fiebre y tomándose hemocultivos, con desarrollo de *S. aureus* e inicio de Cefepime por días 3, sin embargo por antecedente de tratamiento con vancomicina por *E. cloacae* se decide reinicio de la misma cumpliendo únicamente 2 dosis. Ante presencia de soplo plurifocal, fiebre, catéter central y datos de insuficiencia cardíaca se solicita Ecocardiograma transtorácico para descartar endocarditis bacteriana aso-

ciada, el cual reportó doble lesión aórtica sin evidencia de vegetaciones. Posterior a sesión de hemodiálisis se retiró catéter Mahurkar, se suspende vancomicina e inició Clindamicina 3 días y Levofloxacino 3 dosis; ante la resistencia a clindamicina en cultivos, persistencia de fiebre y leucocitosis se decidió escalar nuevamente tratamiento a vancomicina. Debido a la alta sospecha de endocarditis por la persistencia con fiebre y leucocitosis se realizó ecocardiograma transesofágico con reporte de vena cava superior con imagen heterogénea de 24x18 mm, con componente móvil que se extiende hasta la porción proximal de la aurícula derecha, en su conjunto altamente sugestivo de vegetación asociada a la vena cava superior, con lo que continuó monoterapia con vancomicina. Se documentó una semana de eutermia y últimos hemocultivos de control sin desarrollo. **Conclusión:** Debemos recordar que la definición de endocarditis incluye la infección endovascular de grandes vasos intratorácicos. El caso anterior demuestra que pacientes con bacteremia por *S. aureus* relacionada con catéter y persisten con fiebre o bacteremia después del retiro del catéter e inicio de terapia, como nuestra paciente, deben ser tratados por probable endocarditis infecciosa. La sospecha en estos casos es vital para un mejor desenlace de la enfermedad, consideran-



do que un ecocardiograma sin evidencia de vegetaciones no descarta el diagnóstico haciendo necesario un estudio más sensible y específico.

Palabras clave: fiebre, Mahurkar, *S. aureus*, ecocardiograma transtorácico, ecocardiograma transtorácico.

Folio: 1284

Tema: Nefrología

Glomerulonefritis asociada a sífilis

Guardado Adriana¹, Velázquez Ricardo Iván², Robles Jesús¹, Murillo Alberto¹, Soto Virgilia², Pineda Ivette³

¹ Hospital General Zacatecas; ² Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez; ³ Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Se trata de mujer de 18 años, originaria y residente de la ciudad de México, si antecedentes personales no patológicos ni patológicos, antecedentes ginecoobstetricos de inicio de vida sexual a los 18 años, 1 pareja sexual, que se nos presenta con embarazo de 29 sdg sin control prenatal debido a que desconocía embarazo, presenta crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas, además de anasarca, se encuentra paciente con hipertensión arterial sistémica, proteinuria por lo que se realiza sedimento urinario, se encuentra sedimento urinario con dismorfia. Además se realiza VDRL, el cual se encuentra positivo, se procede

a realizar AC IG G e IgM para sífilis, los cuales se encuentran positivos. Se decidió realizar biopsia renal con reporte riñón (biopsia por punción) glomerulonefritis proliferativa focal por complejos inmunes, con depósitos dominantes de IgA, (sugerente de glomerulonefritis posinfecciosa IgA dominante), y cambios regenerativos moderados del epitelio tubular. El antecedente clínico de sífilis, el cuadro glomerular, es compatible con una glomerulonefritis posinfecciosa IgA dominante, con patrón proliferativo focal. A pesar de la dominancia de IgA, este caso no corresponde a una nefropatía por IgA, pues los depósitos de complejos inmunes no son mesangiales, están localizados principalmente en las asas capilares y tienen patrón pseudolineal. La sífilis es causada por la bacteria treponema pallidum, las manifestaciones clínicas dependerán de la etapa de la enfermedad, y aunque está bien descrito la sífilis como una causa de glomerulonefritis, es una causa poco común, y por lo tanto muy pocos casos reportados, es importante reconocer esta patología, sobre todo porque el dar tratamiento adecuado puede resultar en una remisión completa.

Palabras clave: glomerulonefritis, sífilis, embarazo.

Folio: 1285

Tema: Endocrinología

Seguridad cardiovascular (CV) y beneficios en hipo-

glucemia severa safety and severe de insulina degludec vs. insulina glargina U100 en pacientes adulto mayor (≥65 años) con diabetes tipo 2 (DT2) —observaciones de DEVOTE—

Arechavaleta Rosario¹, Pratley Richard E², Emerson Scott S³, Franek Edward⁴, Gilbert Matthew P⁵, Duarte Manuel⁶, Contreras Yael⁷

¹ Unidad de Patología Clínica; ² Orlando, Fl.; ³ Seattle, Wa.; ⁴ Warsaw, Poland; ⁵ South Burlington, Vt.; ⁶ Hospital Civil de Guadalajara; ⁷ Novo Nordisk México

Hay evidencia comparativa limitada para seguridad CV y riesgo de hipoglucemia de insulinas basales en pacientes adultos mayores con DT2. Este análisis secundario de los investigadores de DEVOTE de la seguridad CV y riesgo de hipoglucemia severa de insulina degludec (degludec) vs. insulina glargina 100 unidades/mL (glargina U100) en adultos mayores (grupos de 65-74 y ≥75 años de edad). Datos del estudio DEVOTE (un estudio de tratar a meta, aleatorizado, doble ciego, evaluando a 7637 pacientes con DT2 por una media del período de seguimiento de 2 años con alto riesgo de eventos CV) fueron estratificados por tres grupos de edad. Al inicio, HbA1c, glucose plasmática de ayuno y la estimación de la tasa de filtración glomerular disminuyeron con el incremento de la edad. En pacientes adultos

mayores tuvieron un mayor riesgo de eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE), mortalidad por todas las causas e hipoglucemia severa fueron similares entre grupos de edad, con una interacción no significativa entre grupos de edad. Degludec fue asociado con un menor riesgo de hipoglucemia severa vs. glargina U100, independiente a la edad. Este análisis soporta la seguridad CV de Degludec y demuestra un menor riesgo de hipoglucemia severa vs. glargina U100 en pacientes adultos mayores con DT2.

Palabras clave: degludec, hipoglucemia, seguridad cardiovascular.

Folio: 1286

Tema: Oncología

Melanoma gástrico sin primario de origen conocido

Figueroa Andrés Alfredo, Arana Shagra Grisel, Villalpando Jorge, Santiago Ricardo

Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

El melanoma maligno es una neoplasia derivada de los melanocitos, el 95% se desarrolla en la piel y menos de 3 % corresponde a melanoma metastásico sin evidencia de tumor primario. En el tracto gastrointestinal, la mayoría de las veces es debido a metástasis, sin embargo, el melanoma primario gastrointestinal está descrito en la zona

anorrectal, seguido del esófago. Existen muy pocos casos de melanoma gástrico primario documentados. **Presentación del caso:** Hombre de 66 años, originario y residente de la Ciudad de México, carpintero, sin antecedente de importancia. Inicia padecimiento de 2 meses con dolor punzante y transfictivo en ambos hemitórax, intensificado con movimientos respiratorios, con disnea, posteriormente agregándose dolor abdominal sordo en hipocondrio derecho, dolor punzante sobre cresta ilíaca derecha, saciedad temprana, hiporexia, náusea, vómito de forma ocasional y parestesias en extremidades inferiores; y pérdida ponderal de 10 Kg. Al examen físico emaciación, dolor a la palpación de arcos costales, dolor a la palpación profunda de abdomen en hipocondrio derecho, sin otros hallazgos positivos. No se identifican masas o adenopatías, tampoco se encuentran lesiones en piel. Paraclínicos biometría hemática, pruebas de función renal y de funcionamiento hepático dentro de la normalidad, elevación de la deshidrogenasa láctica (DHL marcadores tumorales como Ca-125, Ca 19-9, antígeno carcinoembrionario (CEA) y antígeno prostático total (PSA) dentro de valores normales. Ultrasonografía de abdomen: hígado heterogéneo con múltiples lesiones de tipo mixto, predominantemente hipoecóicas, con bordes poco definidos, entre 3 a 18 mm

de diámetros, distribuidas en todo el parénquima hepático, sugestivas de metástasis a ese nivel. Tomografía de cabeza/cuello/tórax/abdomen/pelvis: múltiples lesiones líticas de carácter expansivo, con compromiso de tejidos blandos circundantes y realce con medio de contraste en varios arcos costales, columna vertebral y hueso sacro, y lesiones hepáticas de aspecto heterogéneo con realce al medio de contraste. Panendoscopia: múltiples lesiones hiperpigmentadas, de bordes bien definidos, distribuidas en esófago y estómago de las cuales se toman biopsia. Colonoscopia: sin hallazgos de importancia. Biopsia de mucosa gástrica y de duodeno: gastritis antral moderada y duodenitis crónica. Biopsia de lesiones hepáticas: hallazgos histopatológicos en relación a metástasis por melanoma. Nueva revisión de paciente sin lesiones en piel, mucosa oral, mucosa nasal o retina que sugieran melanoma primario de dichas localizaciones, se decide tratamiento paliativo por etapa avanzada con Temozolomida y Ácido Zoledrónico por parte de Oncología médica. **Conclusiones:** Entre los criterios sugeridos para considerar un melanoma gástrico como primario se considera: Ausencia de melanoma cutáneo o de otra localización concurrente o previa, ausencia de afectación de otros órganos en el momento del diagnóstico y presencia de melanocitos en



la capa basal epitelial. El caso expuesto sugiere corresponder a melanoma gástrico primario debido a no encontrar otro sitio de localización que sugiera primario, sin embargo, al momento de diagnóstico en etapa avanzada con lesiones metástasis en hueso e hígado por lo que no cumpliría por completo los criterios para considerar como primario, por lo que se dará seguimiento al caso en busca de aparición de lesiones en sitios de mayor prevalencia reportada en la literatura.

Palabras clave: melanoma, gástrico, gastrointestinal, primario, metástasis.

Folio: 1287

Tema: Gastroenterología

Schwannoma benigno del yeyuno como causa de hemorragia digestiva. Reporte de un caso

Klimek Gabriel, Noguez Alejandro, Martínez Julián, Ochoa José Darío

Hospital Central Sur de Alta Especialidad Pemex

Antecedentes: Los tumores mesenquimales del tracto digestivo son poco comunes. Se suelen subdividir en 2 categorías principales, siendo la más común los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), que son los tumores primarios mesenquimales más frecuentes en este sitio. La segunda categoría es menos frecuente y comprende distintos tipos de lesiones, incluyendo aquellas de músculo liso, tejido nervioso, tejido adiposo,

fibroso y vascular. Usualmente presentan un curso benigno. Su diagnóstico perioperatorio es complejo, puesto que en a primera vista son difícilmente distinguibles del GIST. En la literatura anglosajona se hallan reportados menos de 300 casos de Schwannomas en el tracto digestivo. Su localización más frecuente es estómago, siendo menos frecuentes los casos en colon y esófago, en intestino delgado y recto (especialmente en el duodeno). **Objetivo:** Conocer una entidad clínico-patológica que se presenta de manera poco frecuente como causa de hemorragia de tubo digestivo y puede ser indistinguible perioperatoriamente de tumores del estroma. **Descripción del caso:** Paciente mujer de 55 años de edad, ama de casa, COMBE negativo, sin consumo de medicamentos, tabaquismo pasivo, resto de toxicomanías negadas. Sin enfermedades crónico-degenerativas. Ingresó por padecimiento de 3 días de evolución, caracterizado por ataque al estado general, evacuaciones melénicas, sin otros síntomas acompañantes. Afebril. Al examen físico con presencia de taquicardia (102 latidos/min), frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 36.2 grados centígrados, presión arterial 100/50 mmHg, SatO₂ por pulsioximetría 92%. En la exploración dirigida palidez, cavidad oral sin alteraciones, no se encontraron adenopatías, abdomen

blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio, con peristalsis aumentada, se observa una evacuación con coágulos escasos, al tacto rectal el guante explorador restos de sangrado obscuro. Los resultados de los estudios paraclínicos al ingreso fueron los siguientes: Hemotipo A+, Hemoglobina 6.8 g/dL (previa 12.8), hematocrito 21.2%, leucocitos totales 10,270/ml, linfocitos 2,200/ml, neutrófilos 7600/ml, plaquetas 222,000/ml. Glucosa 123 mg/dl. Tiempo de protrombina de 14 segundos, INR de 1.0. Se inició reposición hídrica y ameritó transfusión de 2 concentrados eritrocitarios. Se realizó panendoscopía que no evidenció la fuente del sangrado. La hemoglobina de control al segundo día fue de 8 g/dl. Volvió a presentar evacuaciones melénicas con presencia de coágulos y descenso a 6.1 de hemoglobina, por lo que se transfundió otro concentrado eritrocitario. A pesar de ello la hemoglobina desciende hasta 4.8 g/dl y presenta datos de choque hipovolémico por lo que se ingresa a quirófano para realizar laparotomía exploradora. se encontró una tumoración exofítica de yeyuno a 60 cm del ángulo de Treitz, muy vascularizada, la cual se reseca, el resto del tracto explorado sin alteraciones. Permaneció en terapia intensiva por 4 días y fue egresada por mejoría clínica con una hemoglobina control de 7.4 g/dl y sin da-

tos de síndrome anémico. La paciente evolucionó satisfactoriamente, posteriormente fue egresada con seguimiento por cirugía y gastroenterología. El reporte preliminar de patología fue de tumor del estroma gastro-intestinal (GIST) de células ahusadas, sin embargo, la muestra fue enviada a un hospital de tercer nivel para realización de inmunohistoquímica la cual se reportó con S100 positivo, actina músculo liso negativo, CD34 negativo, CD117 negativo, concluyendo Schwannoma benigno de tracto digestivo. **Conclusiones:** En los pacientes con hemorragia de tubo digestivo es raro encontrar que la causa del cuadro sean tumores mesenquimales, menos aún un Schwannoma. El caso de esta paciente llama la atención porque evolucionó con gravedad requiriendo un manejo agresivo, y el reporte de patología preliminar reportó un GIST. En el diagnóstico diferencial es importante considerar este tipo raro de tumores.

Palabras clave: hemorragia, digestiva, schwannoma, yeyuno, gist, inmunohistoquímica.

Folio: 1288

Tema: Oncología

Síndrome de Wunderlich asociado a tumor germinal no seminoma (coriocarcinoma)

metastásico: reporte de un caso
Mendoza Dolores Leticia¹, García Tatiana², M. de J. Gómez Nora², Alvarez Miguel Angel², Sobrevilla Nora²

¹ IMSS San Luis Potosí; ² IMSS

El síndrome de Wunderlich, se define como una hemorragia espontánea no traumática subcapsular renal y retroperitoneal, fue descrito en 1856. Es poco frecuente, y su causa más común es la tumoral (57-61%). Constituye la segunda causa de sangrado retroperitoneal. La presentación clásica (triada de Lenk) incluye: dolor súbito o insidioso en flanco, masa palpable en flanco y choque hipovolémico. Clínicamente se manifiesta con lumbalgia (83%), hematuria (19%) y choque hipovolémico (11%). La tomografía computada es el estudio de elección para el diagnóstico con una sensibilidad del 100%; en ocasiones debe realizarse angiografía, en casos donde la tomografía no revela la causa subyacente. El tratamiento en caso de inestabilidad hemodinámica es quirúrgico, siendo la nefrectomía el más utilizado, seguido del drenaje abierto o percutáneo. El manejo conservador se sugiere solo en caso de estabilidad hemodinámica, duda en la etiología y en caso de lesiones vasculares susceptibles de embolización.

Palabras clave: síndrome de Wunderlich, coriocarcinoma.

Folio: 1289

Tema: Endocrinología

Cardiopatía mixta desencadenado por bocio tóxico asintomático

Laguna María Guadalupe, Beristain María Berenice, Cortéz Brenda Guadalupe, Orozco Francisco Javier, Mijangos Alejandra Madeleine

Hospital Regional 1º de Octubre. ISSSTE

Introducción: La tormenta tiroidea es un estado crítico y poco frecuente que condiciona disfunción de múltiples órganos por el efecto del exceso de las hormonas tiroideas, que genera entre otras alteraciones fiebre, taquicardia, alteraciones gastrointestinales, cardiovasculares y del sistema nervioso central.

Objetivo: Reporte de caso de una mujer sin patología tiroidea previa que debutó como tormenta tiroidea. **Caso clínico:** Mujer de 47 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus de 5 años de evolución. Inició su padecimiento con tos de predominio vespertino, en accesos, disneizante, acompañado de náuseas, vómito y evacuaciones diarreas sin moco ni sangre, agregándose fiebre de 40 grados sin respuesta a antipirético. Además de palpitaciones, y dolor retroesternal con irradiación a mandíbula y brazo izquierdo, con datos de descarga adrenérgica y sensación de muerte inminente. Exploración física: TA 160/100mmHg, FC:150 latidos por minuto, temperatura 41 grados, 22 respiraciones por minuto. Cuello con nódulo tiroideo en lóbulo izquierdo de 1 cm,



doloroso, no desplazable, inducido. Reflejos osteotendinosos aumentados. EKG: taquicardia sinusal. Laboratorio: biomarcadores cardiacos negativos, glucosa:267, BHC,ES y PFH sin alteraciones. T3:3.99mcg, T4 libre:5.78, T4 total: 15.5, TSH:0.01, Anticuerpos contra receptor de TSH: 31.1.USG tiroideo: bocio nodular difuso y quiste coloide izquierdo. Doppler color con patrón hiper vascular. **Conclusión:** Paciente con criterios de Burch y Wartsfky con 55 puntos de 140, compatibles con tormenta tiroidea grado TS1 . La cual aparece en el 1-2% de las tirototoxicosis, con mortalidad del 20-30%, y cuyo tratamiento va dirigido a detener la sintesis de hormonas tiroideas. En este caso hubo buena respuesta a tratamiento con metimazol, propranolol e hidrocortisona.

Folio: 1290

Tema: Infectología

Nefritis tubulointerstitial granulomatosa en paciente con VIH

Patlan Hazel Ali, Chapa Oswaldo, De la Maza Salvador, Gudiño Pedro, Hernandez Ana Karen, Ortiz Arturo
Hospital Dr. Ignacio Morones Prieto

Antecedentes: Nefritis tubulointerstitial granulomatosa (NTIG) es una entidad rara en menos de 1% de todas las biopsias. Se ha asociado a antibióticos y aine. Otras etiologías

son infecciones tuberculosis, fungicas, sarcoidosis, y poliangeitis con granulomatosis. En hasta 43 .6% de pacientes con VIH elegidos al azar se ha encontrado algún espectro de lesión renal. **Objetivo:** Presentar opciones diagnósticas ante un reporte histopatológico de NTIG en un paciente con lesión renal y VIH. **Caso clinico:** Masculino de 36 años que inhala toluenos desde hace 3 años, con diagnóstico de VIH hace 18 meses en tratamiento con ATRIPLA. PA: 2 meses de evolución con tos productiva amarillenta, de predominio matutino, en accesos cortos, acompañado además de pérdida ponderal, disnea y evacuaciones diarreas durante 2 meses. EF: TA 120/100mm/hg, FC 90 lpm, FR 20 rpm Sat 95% sin compromiso neurológico, no síndromes pleuropulmonares y precordio rítmico. Ademas Creat 8.56mg/dL, Urea de 164mg/dL. FeNa de 19.3% y FeUr 180%, Us Renal: Normal. Baciloscopias de lavado gástrico positivas para BAAR por lo que inicia manejo con DoTBal. Se realiza biopsia renal que reporta: Nefritis Túbulo Interstitial Granulomatosa. Se decide iniciar TRUVADA. **Conclusiones:** Esta lesión renal tipo NTIG puede explicarse por el daño directo por M tuberculosis sin embargo no fue posible detectar BAAR, otras coinfecciones también reportadas en la literatura y no demostradas en el paciente son etiologías fungicas como

histoplasma. Destaca que el paciente tiene al momento de la biopsia utilizando ATRIPLA 18 meses para lo cual se han reportado casos de SIRI sin embargo el tiempo transcurrido lo hace poco probable, en cuanto a las etiologías mas probables son las medicamentosas con antecedente de haber recibido ATRIPLA y con reciente inicio de DoTBal que de sus 4 componentes nos hace sospechar de Rifampicina como la etiología mas probable en este paciente. **Palabras clave:** nefritis tubulo interstitial granulomatosa, VIH.

Folio: 1291

Tema: Oncología

Reporte de caso: melanoma y terapia dirigida

Ramírez Ricardo Javier, Cancel Luis Antonio, González Juan Francisco, Decanini Horacio, Coronado Edgar Ulises, Purón Emma
Hospital Christus Muguerza/ UDEM

Paciente masculino de 39 años, sin antecedentes personales y/o familiares relevantes. Inicia su padecimiento actual en octubre 2010, al detectarse en revisión dermatológica, una lesión melanocítica de 8 mm diámetro, asimétrica y de bordes irregulares en región pectoral izquierda la cual fue reseca, bordes profundos positivos, sin embargo, fue reportado como nevo displásico. En diciembre 2015, se autodetecta tumoración en región axilar ipsilateral,

de 2 cm, biopsia guiada por ultrasonido reporta positivo para melanoma metastásico, PET-CT con FDG negativo para enfermedad a distancia, se procedió a resección de la adenopatía, acompañada de disección axilar, siendo el resto de los ganglios negativos para malignidad. Se ofreció terapia adyuvante en base a Interferón y bevacizumab, sin embargo, dicho esquema fue suspendido por toxicidad. Posteriormente se continuó adyuvancia con ipilimumab a 10 mg/kg, presentando posterior al cuarto ciclo de tratamiento toxicidad inmuno-mediada, presentando diarrea grado 3, acompañado de cuadros de sangrado intermitente, fiebre e inestabilidad hemodinámica. Al estudio colonoscópico se visualizó intensa inflamación de la mucosa colónica y múltiples úlceras en todo el trayecto colónico, biopsia de las úlceras resultaron positivas para virus del Epstein-Barr, al no responder al manejo médico (hidratación, corticoesteroides a dosis altas e infliximab) se optó por realizar colectomía total, logrando control del cuadro agudo. En abril 2017, se detecta progresión de la enfermedad clínica y radiológica, en PET-CT con FDG, se observa la presencia de adenopatías en hemicuello izquierdo, región axilar izquierda, cadena mamaria interna y mediastino, nódulos subcutáneos en región pectoral y parrilla costal izquierda, nódulo subpleural,

nódulos pulmonares e infiltración a músculos torácicos izquierdos, revisión de laminillas se detecta mutación para BRAFV600E y PD-L1 < 1%. En dicho momento, tras presentar enfermedad metastásica diseminada, baja expresión de PD-L1, elevación de DHL, y presencia de mutación BRAF se decide iniciar bloqueo BRAF (Dabrafenib) y MEK (Trametinib), 150 mg VO cada 12 horas y 2 mg VO cada 24 horas respectivamente, presentando de manera inicial pirexia asociada al bloqueo BRAF y rash acneiforme, en PET-CT de control (junio 2017) presentado respuesta radiológica completa, tras 7 meses libres de recurrencia, se decide suspender tratamiento por hepatotoxicidad asociada al tratamiento y al consumo de alcohol excesivo por parte del paciente. En noviembre 27, 2017, se identifica metástasis cerebral asintomática, recurrencia de conglomerado cervical e implantes en tejidos blandos abdominales, el paciente fue sometido a craniectomía y metastectomía, posteriormente se reinicia terapia blanco, presentando nuevamente respuesta clínica y radiológica completa, la cual se mantuvo hasta junio 2018, 7 meses adicionales libres de recurrencia y/o progresión. Dado a que el paciente presenta adenopatías hipermetabólicas en huesos poplíteos, implantes musculares e implantes plantares de manera bilateral, en junio 2018, tras la

progresión se inició tratamiento en base a pembrolizumab 200 mg, actualmente con respuesta y sintomática completa

Palabras clave: melanoma, mutación BRAF, dabrafenib, trametinib, ipilimumab, pembrolizumab.

Folio: 1292

Tema: Hematología

Síndrome hemofagocítico como forma de presentación de un linfoma anaplásico de células grandes

Valdivieso Jorge Arturo¹, Salas Juan Carlos², Vázquez Felipe¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán; ² HGR 1 Lic. Ignacio García Téllez IMSS

Paciente masculino de 32 años, originario y residente de Belice. Soltero, testigo de Jehová, secundaria completa, ocupación: vendedor. Abuelo con carga genética para HAS. Padres sanos, Hermanos 2 sanos, 1 hijo sano. Niega antecedentes personales patológicos, refiere alcoholismo de manera ocasional, tabaquismo negado y consumo de marihuana hace 20 años. Inicia su padecimiento actual 9 meses previos a su llegada a nuestra unidad, con presencia de fiebre, no cuantificada, sin predominio de horario, asociada a diaforesis, tratado con paracetamol con mejoría transitoria y recurrencia de la misma, diariamente por un mes agregándose linfadenopatías cervicales indoloras,



posterior se agregan linfadenopatías inguinales bilaterales, acudiendo a múltiples valoraciones medicas sin concluir un diagnóstico. Desde hace 2 meses se agrega coluria, por lo que acude a valoración medica nuevamente y se decide envío a unidad de apoyo para abordaje diagnóstico. A la exploración se encuentra ectomórfico, Fitzpatrick VI, icterico, adenomegalias cervicales bilaterales de 1.5 cm, móviles, no dolorosas, localizadas en triángulo submandibular, y occipital bilateral, abdomen con hepatoesplenomegalia. Los laboratorios al ingreso: Hemoglobina 12.7 gr/dl, Leucocitos 3010, neutrófilos 1460/ml, plaquetas 75,000/ml. TP 16.7 seg, TTP 44.2, INR 1.22, BT 5.38 mg/dl, BD 5.08 mg/dl. Durante su estancia en este servicio se interconsultó al servicio de oncología quirúrgica para realización de toma de biopsia de ganglio cervical, durante sus laboratorios de seguimiento, se encontró disminución de neutrofilos de 950/cc, plaquetopenia de 55,000/ml, prolongación de tiempos de coagulación, fibrinógeno indetectable, triglicéridos 432 md/dl, ferritina 696.11 ng/ml, ante la sospecha de síndrome hemofagocítico asociado a probable linfoma, se realiza aspirado de médula ósea encontrándose 1-2% del conteo celular con hemofagocitosis. Se realizó Tomografía contrastada abdominopélvica la cual confirma bazo de bordes lisos

aumentados de tamaño de hasta 190 mm, sin evidencia de lesiones focales. Se realizó biopsia de cuello con reporte histopatológico: gánglio linfático con neoplasia maligna de células grandes con necrosis, linfoma de células Grandes de tipo linfocítico, linfoma de células Grandes T anaplásico. Se dio tratamiento con ciclosporina y dexametasona, posteriormente con Doxorubicina y vincristina, sin embargo, fallece por choque séptico. Los resultados de la Inmunohistoquímica: CD 45 2B11+PD7/26 > 30 Queratina de amplio espectro AE1/AE3 0 CD 20 L26 + CD 3 F7238 > 60 Ki 67 MIB-1 > 85 CD 5 SP19 > 40 CD 45RO UCHL1 > 60 CD 7 LP15 > 40 CD 30 BER-H2 ++ CD 2 EP222 > 70 CD 4 RBT-CD5 + CD 8 C8/144B > 60 CD 68 KP-1 > 60 ALK 1 SP8 No concluyente **Palabras clave:** síndrome hemofagocítico, linfoma no Hodgkin, linfoma de células grandes.

Folio: 1293

Tema: Endocrinología

Paciente con insulinoma no detectado mediante estudios de imagen: la importancia del diagnóstico bioquímico

Fierros Kevin Alexis, Ceceña Laura Elena, Cruz Antonio, Solis Fabio

Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La presencia de periodos de hipoglucemia en un paciente no diabético,

obligan a iniciar un protocolo diagnóstico estructurado, el cual consiste en descartar paso a paso las diferentes posibilidades de dicha entidad, para esto, los estudios de imagen son siempre un apoyo importante para el clínico, sin embargo, el diagnóstico bioquímico brinda la pauta para cuando no se encuentra una causa aparente mediante otros medios, como es el caso que presentamos a continuación. **Caso clínico:** Paciente masculino de 36 años de edad con antecedente de enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal con hemodialisis desde hace 6 meses. Quien inicia su padecimiento actual aproximadamente hace 8 meses con astenia, adinamia acompañada de periodos de desorientación así como disminución del estado de consciencia. Es encontrado en varias ocasiones desde entonces por sus familiares en sueño profundo con dificultad para recobrar el estado de alerta mediante estímulos simples. Acude al servicio de urgencias por presentar cuadro clínico con las mismas características y al encontrarlo con hipoglucemia refractaria se ingresa para protocolo a cargo de nuestro servicio. Durante su abordaje inicial durante un periodo de hipoglucemia se realiza la toma de glucosa central, insulina, peptido-c, proinsulina y B-hidroxitirato. De los cuales obtenemos de manera inicial

insulina en rangos elevados (26.5) así como hipoglucemia (43mg/dl). Solicitamos tomografía de abdomen contrastada donde se reporta páncreas con ausencia de lesiones. Solicitamos ultrasonido endoscópico del cual se obtienen resultados no concluyentes. Posteriormente se programa resonancia magnética la cual se reporta con las mismas características. Al recabar los resultados de los demás paraclínicos obtenemos péptido-c 10.7 (elevado), proinsulina 50.7 (elevado) B-hidroxibutirato 1 (normal). Debido a la alta sospecha del diagnóstico de insulinoma, a pesar de la ausencia de lesiones por imagen. Consideramos necesario realizar la medición de insulina en la vena hepática común, después de la inyección de gluconato de calcio de forma selectiva en cada arteria peripancreática, resultando positiva la prueba al encontrar valores de insulina de hasta 55.9 en la arteria esplénica proximal. Con estos resultados se envió interconsulta al servicio de cirugía de páncreas quien se encuentran en espera de tiempo quirúrgico para extirpar la lesión. **Discusión:** La incidencia de insulinoma se reporta en 0.4/100,000 habitantes, los cuales pueden presentarse como tumores únicos o como parte de un síndrome de neoplasia endocrina múltiple. El abordaje diagnóstico está encaminado en un principio a evidenciar hiperinsulinemia

en periodos donde se esperaría encontrar niveles séricos de insulina bajos o suprimidos (hipoglucemia). Los estudios de imagen a pesar de ser operador dependiente, encuentran desde un 70% (tomografía trífase) hasta un 85% (ultrasonido endoscópico) de los insulinomas. Se utilizan como pruebas de primera elección debido a que son no invasivas, a diferencia de la cateterización selectiva de las arterias peripancreáticas con inyección de gluconato de calcio, que al ser un método invasivo se reserva para los casos en los que la imagen no aporta datos concluyentes. Este estudio puede identificar hasta un 98% de los insulinomas al encontrar la hipersecreción de insulina al menos dos veces por encima de su nivel basal de forma selectiva en la arteria que irriga la zona donde se encuentra la lesión, de modo que además de hacer el diagnóstico, también ayuda a identificar la zona del páncreas donde se localiza. Destacamos la importancia de este caso, ya que es un claro ejemplo de que la ausencia de lesiones por medio de estudios de imagen no excluyen un diagnóstico endocrinológico. Así mismo, conocer todas las pruebas dinámicas disponibles hoy en día, dan la ventaja de estar a la vanguardia para realizar estos diagnósticos.

Palabras clave: insulinoma, páncreas, hipoglucemia, insulina.

Folio: 1294

Tema: Infectología

Mucormicosis rinocerebral de evolución subaguda a propósito de un caso

López Giovana Lucia, Álvarez Alfredo, Miranda Luis, Santillan Wendy, Ortega Horus, Suarez Edgar, Rodríguez Nayely
Hospital Regional Pemex Salmamanca

Introducción: La mucormicosis es una enfermedad infecciosa de origen micótico la cual a pesar de tener una incidencia y prevalencia relativamente baja, presenta una mortalidad estadísticamente muy elevada. Su presentación es predominante en pacientes inmunosuprimidos y suele afectar con mayor predominio a pacientes cuyo principal factor de riesgo es el inadecuado control de la diabetes en cualquiera de sus tipos. La principal vía de inoculación es a través de trauma auto-inducido. Aunque su presentación clínica suele ser inespecífica sus características iniciales se manifiestan por una placa necrótica la cual es rápidamente progresiva e invasiva. El éxito para la supervivencia de los pacientes afectados por esta entidad depende de un diagnóstico pronto, y que permita establecer el tratamiento médico y quirúrgico a la brevedad posible, y con la máxima intensidad, ameritando tratamiento médico antifúngico específico a base de anfotericina, idealmente de tipo lisosomal en conjunto



con tratamiento quirúrgico intenso. Aún con el oportuno establecimiento de estos tratamientos médico-quirúrgicos, existen distintas limitaciones que condicionan un desenlace fatal. **Caso clínico:** Hombre de 72 años de edad, con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial de larga evolución, con Hba1C de 17.1% quien ingresó por lesión ulcerativa de aspecto necrótico con bordes irregulares en paladar de cuatro semanas de evolución, acompañada de dolor EVA 4/10 de tipo ardoroso, asimetría facial por aumento de volumen abarcando región geniana y labial, además de desviación de comisura bucal derecha, parálisis facial House Brackmann IV. Se inició Anfotericina B liposomal ante la sospecha diagnóstica de mucormicosis. Se realizó Tomografía de macizo facial y senos paranasales con resultado de ocupación total de los senos paranasales con densidad similar a tejidos blandos, pérdida de la continuidad en paladar duro. Estudio Gram con pseudohifas similares a *Candida albicans*, resultado de impronta con células epiteliales necrosadas y biopsia excisional con necrosis e inflamación aguda y crónica secundario a infección por microorganismos micóticos morfológicamente compatibles con mucormicosis. Se realizó resección de paladar óseo de 4 x 4 mm, con exposición de hueso, y cirugía endoscópica de senos paranasales, con pos-

terior debridación de herida quirúrgica de paladar duro. Cumpliendo 26 días de estancia hospitalaria, 21 días de esquema antimicrobiano con Anfotericina B, se da de alta.

Palabras clave: rinocerebral, mucormicosis, sinusitis, anfotericina.

Folio: 1295

Tema: Misceláneos

Paciente psicótico con polidipsia e hiponatremia, reto para el internista

Ramírez María Leslye¹, Villanueva Jonathan¹, Arista Nayeli Xendali¹, González David², Baddillo Sandy³

¹ Hospital General de Ticoman;

² Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez;

³ Hospital General

Introducción: Son múltiples las causas médicas asociadas a la presencia de psicosis. Las variaciones en los niveles de electrolitos séricos, especialmente el sodio, pueden cursar con diversos grados de alteración neuropsiquiátrica, expresándose de muy diversas maneras. Estas incluyen cambios de personalidad, en las funciones mentales y la memoria, así como anomalías neurológicas. Dichas alteraciones son frecuentemente el primer síntoma del desequilibrio y en otros casos representan manifestaciones importantes de la misma. La importancia de detectar estos síntomas radica en que la

corrección del problema subyacente invierte generalmente estos cambios. **Objetivo:** Presentar el caso clínico y abordaje de un paciente con psicosis e hiponatremia. **Presentación clínica:** Femenino de 54 años con antecedente de diagnóstico de esquizofrenia desde su juventud, tratamiento actual con decanoato de haloperidol 50 mg IM c 21 días; mirtazapina 15 mg por la noche; fluoxetina 40 mg cada 24 hrs; carbamacepina 200 mg cada 24 hrs. Es traída al servicio de urgencias por paulatino deterioro neurológico, caracterizado por somnolencia excesiva hasta llegar a estupor. Dentro del abordaje inicial se documenta hiponatremia de 118 mEq/L, glucosa 168 mg/dL, Creatinina 0,7 mg/dL y resto de electrolitos normales. La tomografía de cráneo solo mostró atrofia corticosubcortical. La terapéutica inicial encaminada a la normalización de sodio sérico tuvo un resultado inicial exitoso, mostrando mejoría de estado neurológico. Sin embargo 48 hrs posteriores la paciente se muestra confusa, desorientada, manifestando ideas delirantes de daño (describe personal le quiere hacer daño) así como alucinaciones auditivas complejas (escuchar que la gente le insulta). Así mismo se muestra demandante solicitando líquidos de forma continua, consumiendo agua del grifo cuando no era supervisada. En este momento el sodio se encontraba ya en parámetros

normales. Osmolaridad Sérica: 291 mOsm/kg, osmolaridad urinaria: 338 mOsm/kg, densidad urinaria: 1.005 g/ml, Na urinario 142 mmol/L. Na sérico inicial: 141 mEq/L. Inicialmente se atribuyó la presencia de hiponatremia a los fármacos utilizados por la paciente, sin embargo, su avidez por ingerir líquidos llamó la atención a iniciar protocolo diagnóstico. Se documentó ingesta hídrica de hasta 4 L/día. Los niveles séricos de carbamacepina en 9 µg/mL. Ante dichas alteraciones neurológicas se realizó ajuste de psicofármacos para realizar prueba de privación de líquido, tras 14 hrs, densidad urinaria 1.020 g/ml, Na sérico 141 mEq/L. Perfil tiroideo: TSH 3,25 µUI/mL; T4 Total: 5 µg/dL; T4 Libre: 0,8 ng/d, T3 Total: 85 ng/dL; T3 Libre: 2,8 pg/mL. Tras protocolo diagnóstico se concluye que la causa de la hiponatremia fue la presencia de potomanía, secundaria a la esquizofrenia. **Discusión:** El objetivo del abordaje diagnóstico y terapéutico de la hiponatremia en un paciente psiquiátrico será detectar las causas subyacentes para su corrección, sobre todo porque cada entidad etiológica ameritaría un diferente tratamiento. Además, existe cierto rechazo al abordaje de los síntomas psicóticos por muchos especialistas, lo que contribuye al retraso e incluso al deterioro de los pacientes.

Palabras clave: sodio, potomanía, esquizofrenia, hiponatremia.

Folio: 1296

Tema: Cardiología

Linfoma no Hodgkin cardíaco primario como causa de taponamiento cardíaco, una entidad poco usual. Reporte de caso

Velázquez Daniel, Vázquez Omar, Piñero Claudia Monserat, Campos Gerardo
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El linfoma cardíaco primario posee una incidencia del 0.0017% hasta 0.21%, obteniendo su diagnóstico mayoritariamente mediante necropsia dada su presentación clínica poco específica que le otorga la baja sospecha. La presentación clínica más frecuente que se describe en la literatura es de insuficiencia cardíaca. Otros cuadros descritos son derrame pericárdico hemático recidivante y taponamiento cardíaco, rotura cardíaca, infarto agudo de miocardio, arritmias ventriculares, bloqueo auriculoventricular, síndrome de vena cava superior y muerte súbita. **Objetivo:** Presentación de caso y abordaje diagnóstico de derrame pericárdico severo de etiología neoplásica. **Caso clínico:** Masculino de 60 años, originario de Guerrero, con hipertensión arterial sistémica de 2 meses de diagnóstico en tratamiento con enalapril, fu-

rosemide e hidroclorotiazida. Inicia su padecimiento tres meses previos con dolor torácico opresivo, intensidad 6/10, sin irradiación que aumentaba con los esfuerzos y disminuía con el reposo, sin descarga adrenérgica, asociado a disnea progresiva hasta ser de mínimos esfuerzos. Edema de 1 mes de evolución en miembros pélvicos, ascendente, aumento de perímetro abdominal y edema facial. Acude a urgencias por incremento en la intensidad del dolor torácico. Al interrogatorio refiere caída de cabello, xerosis y constipación. A la exploración física inicial TA 130/80 mmHg FC 92 lpm FR 18 rpm. Cuello con ingurgitación yugular grado III, signo de Kussmaul, sin soplos; ruidos cardíacos rítmicos, disminuidos en intensidad; abdomen con ascitis leve, extremidades con edema de miembros pélvicos 3+. Electrocardiograma ritmo sinusal, FC 65, eje normal transición normal, voltajes disminuidos, alternancia eléctrica, bloqueo incompleto de rama derecha del Haz de His, sin datos de isquemia. Radiografía de tórax posteroanterior, ensanchamiento mediastinal con desplazamiento de tráquea a la derecha, índice cardior torácico 0.66, parénquima pulmonar con hipertensión venocapilar II. Se realiza ecocardiograma encontrando derrame pericárdico global severo (2000 cc) con compromiso mecánico y hemodinámico, colapso con-



tinuo de la pared libre de la aurícula derecha, movimiento septal paradójico con variabilidad del flujo transmitral 68%. Se observa imagen hiperecoica sugestiva de masa adosada a pericardio visceral de 38x41 mm. Hipertrofia concéntrica del VI FEVI 55%, PSAP 35 mmHg, dilatación biauricular sin trombos. Se realizaron laboratorios destacando los siguientes: Troponina I 1.0. BNP 1640, AST 129, CK 601, DHL 1825, CKMB 229, BNP 2110. Durante su estancia comienza con hipotensión y ante la sospecha de taponade cardíaco se decide realizar pericardiocentesis guiada por ECO drenando 1250 ml de líquido serohemático. Citológico y citoquímico: Turbio, rojizo, Leucocitos 1000, PMN 18% Monocitos 82% eritrocitos incontables, bacterias 3+ pH 7.5 Glucosa 35 Proteínas 3.7. ADA 12.7. Ante los hallazgos se decide realizar TAC cervicotoraco-abdominal identificando múltiples crecimientos ganglionares a nivel submandibular, cervicales, paraórticos, paracavales e inguinales. Además, se encuentra lesión lítica en cuerpo vertebral T10, sugestiva de actividad metastásica. Se realiza biopsia de tejido pericárdico encontrando linfocitos atípicos inmersos en fondo hemorrágico, compatible con proceso linfoproliferativo maligno. Inmunohistoquímica: CD79a +, CD20+, CD3 +, CD30 +, BCL2 +, BCL6 +, CD 10 -, CD 5 -, ALK 1 -, Ki67 positivo 80. Se con-

cluye diagnóstico de Linfoma No Hodgkin Difuso de células grandes B Inmunofenotipo CD 20 Positivo. Conclusión El derrame pericárdico de etiología neoplásica es una entidad de baja incidencia, pero se debe sospechar de linfoma cardíaco ante un cuadro de enfermedad sistémica acompañado de disfunción cardíaca de rápida evolución y la presencia en el ecocardiograma de masas nodulares en cavidades derechas. Al ser tumores de rápida evolución, el diagnóstico histológico precoz será de vital importancia por su letalidad.

Palabras clave: linfoma no Hodgkin, taponamiento cardíaco, derrame pericardico.

Folio: 1297

Tema: Otros

Correlación de índices somatométricos y riesgo cardiometabólico

Delgado Francisco, Sagarnaga Eduardo, Lira Liliana

Hospital Angeles del Pedregal

Objetivo: Determinar si existe relación directa entre la circunferencia de cintura, índice de masa corporal y el índice circunferencia de cintura/talla; para factores de riesgo cardiometabólico (CM). Valorar si los índices y coeficientes estudiados, pueden ser utilizados como método de tamizaje en el diagnóstico o seguimiento para el riesgo CM. Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, retrolectivo,

descriptivo y analítico en un grupo de 448 personas, 142 son hombres (H) y 306 mujeres (M). Se realizó Correlación de Pearson (CP) para Circunferencia de cintura (CC), Índice Circunferencia de cintura/Talla (CC/T) e índice de masa corporal (IMC) contra peso, talla, edad, tensión arterial sistólica (TS), tensión arterial diastólica (TD), glucosa sérica en ayuno (Glu), colesterol total serico (Col) en ayuno, HDL serico en ayuno (HDL), Colesterol No HDL serico en ayuno (CNHDL) y al Índice aterogénico de Castelli (IAC(Colesterol total/HDL) Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valor predictivo positivo (VPP), Valor predictivo negativo (VPN) y Razón de momios (OR) para al menos 3 resultados positivos considerados como criterios de síndrome metabólico (SM) (IMC > 30 kg/m², TS ≥ 140 mmHg o TD ≥ 90 mmHg, Glu > 100 mg/dl, HDL < 40 mg/dl en hombres y < 50 mg/dl en mujeres) y para el IAC (tomando como de alto riesgo > 4.5 con los siguientes valores: CP en el grupo de H [CC (Peso (0.811), talla (0.149), edad (0.245), TS (0.407), TD (0.342), Glucosa (0.152), Col (0.172), HDL (-0.345), CNHDL (0.245), IAC (0.376)]; [CC/T (peso (0.604), talla (-0.240), edad (0.404), TS (0.411), TD (0.352), Glu (0.186), Col (0.204), HDL (-0.349), CNHDL (0.278), IAC (0.416)]; [IMC (peso (0.821), talla (-0.082), edad (0.196), TS (0.405), TD (0.454), Glu (0.112),

Col (0.181), HDL (-0.356), CN-HDL (0.256), IAC (0.415)]. CP en el grupo de M [CC (peso (0.827), talla (0.053), edad (0.192), TS (0.314), TD (0.254), Glu (0.169), Col (0.099), HDL (-0.197), CNHDL (0.163), IAC (0.248)]; [CC/T (peso (0.713), talla (-0.238), edad (0.269), TS (0.338), TD (0.246), Glu (0.196), Col (0.124), HDL (-0.189), CNHDL (0.186), IAC (0.254)]; [IMC (peso (0.888), talla (-0.128), edad (0.159), TS (0.329), TD (0.288), Glu (0.193), Col (0.071), HDL (-0.257), CNHDL (0.152), IAC (0.278)]. S, E, VPP, VPN y OR en el grupo de H para SM [CC (S (0.667), E (0.423), VPP (0.096), VPN (0.932), OR (1.467)], [CC/T (S (1), E (0.241), VPP (0.082), VPN (1)], [IMC (S (0.75), E (0.869), VPP (0.346), VPN (0.974), OR (19.941)]. S, E, VPP, VPN y OR en el grupo de M SM [CC (S (0.947), E (0.291), VPP (0.159), VPN (0.975), OR (7.389)], [CC/T (S (0.946), E (0.219), VPP (0.143), VPN (0.967), OR (4)], [IMC (S (0.569), E (0.8), VPP (0.363), VPN (0.903), OR (1.487)]. S, E, VPP, VPN y OR en el grupo de H para IAC [CC (S (0.795), E (0.594), VPP (0.674), VPN (0.732), OR (5.662)], [CC/T y S (0.904), CC/T y E (0.391), CC/T y VPP (0.611), CC/T y VPN (0.794), CC/T y OR (6.061)], [IMC y S (0.315), IMC y E (0.942), IMC y VPP (0.852), IMC y VPN (0.565), IMC y OR (7.475)]. S, E, VPP, VPN y OR en el grupo de M para IAC [CC y S (0.845), CC y E

(0.326), CC y VPP (0.434), CC y VPN (0.775), CC y OR (2.637)], [CC/T y S (0.888), CC/T y E (0.253), CC/T y VPP (0.420), CC/T y VPN (0.787), CC/T y OR (2.678)], [IMC y S (0.328), IMC y E (0.779), IMC y VPP (0.475), IMC y VPN (0.655), IMC y OR (1.717)]. **Conclusiones:** En ambos grupos de sexo, la CC, CC/T y el IMC tienen una correlación negativa para el HDL, la CC y el IMC están mayormente correlacionados al peso, sin embargo el CC/T en ambos grupos predomina como el de mayor CP. La S para el SM e IAT es mejor el índice CC/T, en cuanto a E para SM e IAC es mejor el IMC. El uso en conjunto de los coeficientes e índices de riesgo CM más el contexto clínico son métodos que nos permiten identificar a los sujetos de población general en riesgo.

Palabras clave: cardiometabólico, factor, riesgo, cintura, masa corporal, talla.

Folio: 1298

Tema: Infectología

Reporte de un caso: asociación de tratamiento a base de anti TNF alfa (adalimumab) en un paciente con espondilitis anquilosante con desarrollo de histoplasmosis diseminada

Gallardo Miguel, García Yunuen
Instituto Mexicano del Seguro Social, UMAE T1 CMN Del Bajío

Introducción: La histoplasmosis es la micosis endémica más

prevalente en humanos. La mayoría de las infecciones son asintomáticas o autolimitadas, algunas personas desarrollan infecciones pulmonares agudas o infecciones diseminadas graves y progresivas. Gran parte de los pacientes con histoplasmosis diseminada tienen condiciones subyacentes que afectan su capacidad de defensa contra los patógenos intracelulares, como son: SIDA, Inmunodeficiencia primaria u otros trastornos inmunosupresores, medicamentos inmunosupresores, como glucocorticoides, terapias antirrechazo en receptores de trasplantes de órganos sólidos o terapias con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF)-alpha, por lo que se debería dar el enfoque correspondiente. **Objetivo:** Confirmar la asociación que existe con la instauración de enfermedades oportunistas en pacientes inmunocomprometidos asociados a fármacos en pacientes con enfermedades autoinmunes. **Caso clínico:** Masculino de 45 años, originario y residente de Leon, Gto., es repartidor de pan, carga genética para diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica (padres y tres hermanos), además de una hermana actualmente en tratamiento por tuberculosis pulmonar diagnosticada hace 6 meses. Antecedente de tabaquismo durante 27 años, IT 7 paq/año, alcoholismo inicio a los 17 años y suspendió hace 1 año, consumo de 128 gr



semanal, consumo de cocaína desde hace tres años, cada 15 días; Diabético de 12 años de diagnóstico en manejo (insulina NPH 35 UI c/24 h y MTF 850 mg cada 24 h) y espondilitis anquilosante desde los 14 años (celecoxib 200 mg vo c/24 horas, sulfazalina 500 mg c/24 h y adalimumab 40 mg c/14 días) con mal apego a tratamiento. Valorado por Reumatología 12.01.18: refiriendo presencia de dolor articular cuello, rodillas y talones con: Hb 15 g/dl, Pla_q 160 mil, Leu 7.09 mil, VSG 21 con QS, PFH y EGO dentro de parametros normales, PPD 5 mm, sin administracion de adalimumab desde hace cuatro meses por motivos personales, Basdai 9.4 y Basfoi 8, por lo que se decide reiniciar manejo con (adalimumab, celecoxib, y sulfazalacina) y continuar en seguimiento en la consulta externa. Padecimiento actual: Acude por presentar cuadro clínico de dos semanas de evolución, caracterizado por la presencia de dolor abdominal generalizado de predominio en epigastrio e hipocondrio derecho, tipo cólico, intensidad 8/10, sin irradiaciones, intermitente sin atenuantes o exacerbantes, síntomas generales, náusea e hiporexia. Posteriormente aparece fiebre 38.5°C, tinte icterico con coluria, por lo que decide acudir a valoración a su unidad el día 17/02/18. A su ingreso, manifiesta dolor abdominal y se encuentra febril 38.3 °C, FC

115 lpm, FR 26 rpm, Sat 82% con FiO₂ 21%, a la exploracion fisica, consciente, alerta, orientado en sus tres esferas, intranquilo, cooperador, tinte icterico generalizado, facies algica, precordio ritmico con ruidos cardiacos de adecuada intensidad y aumentados en frecuencia sin agregados, campos pulmonares con murmullo vesicular disminuido discretamente en base de hemitorax derecho sin estertores o sibilancias, abdomen globoso a expensas de tejido adiposo, peristalsis audible, blando, depresible, doloroso a la palpación media en epigastrio e hipocondrio derecho sin datos de irritacion peritoneal, hepatomegalias de 2 cm por debajo del reborde costal, puntos ureterales negativos, extremidades integras, simetricas, hipotroficas sin edema con los siguientes paraclínicos Hb 14 g/dl, pla_q 173 mil, Leu 10.3 mil, PMN 30 mil, ALT 302 UI, AST 295 UI, FA 432 UI, BT 2.8 mg/dl y BD 2 mg/dl, por lo que se decide hospitalizar para continuar con abordaje diagnostico. Durante su estancia a cargo de servicio de Medicina Interna, se realizo USG abdominal con evidencia de Hepatoesplenomegalia, via intra y extrahepática sin litos en su trayecto sin dilatación de colédoco, vesícula sin evidencia de litos ni proceso inflamatorio actual, asi como TAC toracoabdominal: sin evidencia de tumoracione.

Palabras clave: histoplasmosis diseminada, espondilitis anquilosante, anti TNF alfa (adalimumab).

Folio: 1300

Tema: Gastroenterología

Cirrosis hepática de rápida evolución inducida por fármacos

Gaytán Andrés, Pérez Ome
Sanatorio Durango

Introducción: El daño hepático inducido por fármacos (DILI) se ha estimado una incidencia anual entre 10 a 15 por 10,000 a 100,000 personas expuestas a prescripción de medicamentos. DILI abarca aproximadamente el 10% de todos los casos de hepatitis aguda. Los adultos mujeres tienen mayor riesgo de DILI. El abuso de alcohol y malnutrición predisponen a DILI en algunos casos. El daño crónico puede imitar otras causas de enfermedad hepática crónica. En raros casos hay progresión a cirrosis y finalmente a falla hepática. **Objetivo:** Describir un caso clínico de desarrollo de cirrosis de rápida evolución en una paciente con hepatitis inducida por fármacos. **Caso clínico:** Femenino de 38 años de edad sin comorbilidades, que acude a la consulta de gastroenterología refiriendo ictericia de 18 días de evolución, coluria, acolia y dolor en epigastrio. Como antecedente refiere únicamente consumo de suplementos para la pérdida de peso (Dermograss, Pronasur labs). A la exploración paciente con mucosas deshidra-

tadas, ictericia generalizada, abdomen con hepatalgia, rueda dentada positivo, asterixis presente. Laboratoriales del 11/05/16: Glucosa 60 mg/dl, BT 14.56 mg/dl, BD 8.13 mg/dl, BI 6.43 mg/dl, FA 16 U/L, GGT 348 U/L, TGP 1568 U/L, TGO 1758 U/L, DHL 648 U/L, albúmina 3.9 g/dl, leucocitos 12,500 mm³ con neutrofilia. Se realizó una colangiografía sin evidencia de obstrucción, hígado sin alteraciones. Por tal motivo es enviada a urgencias. Ingresó el día 26 de mayo de 2016 BT 26.88 mg/dl, BD 22.51 mg/dl, BI 4.37 mg/dl, TGO 1255 U/L, TGP 1392 U/L, GGT 379.4 U/L, FA 138 U/L, TP 17.5 s, INR 1.47, TPT 32.7 s, albúmina 4.5 g/dl; se realizaron inmunológicos y antivirales siendo todos negativos, por lo que se dio diagnóstico de daño hepático inducido por medicamento (Dermograss). Se mantuvo hospitalizada para observación mostrando mejoría de los niveles de bilirrubina, enzimas hepáticas, tiempos de coagulación y sin datos de falla hepática aguda. Se realizó seguimiento mes con mes en la consulta externa de gastroenterología con mejoría parcial de laboratoriales, tras no ver mejoría de enzimas y ultrasonido a los tres meses del cuadro con reporte de cirrosis y esplenomegalia, en febrero de 2017 se realizó biopsia hepática percutánea en el INNSZ con diagnóstico de cirrosis con actividad leve sin displasia. Durante

el seguimiento presentó mejoría clínica, sin datos de encefalopatía hepática, laboratorios oct-17: Plaquetas 110,000 mm³, INR 1.16, Glucosa 76 mg/dl, BT 0.39 mg/dl, albúmina 4.4 g/dl, FA 65 U/L, AST 22 U/L, ALT 29 U/L, GGT 56 U/L. Por desarrollo de cirrosis de rápida aparición, fue enviada al INNSZ para protocolo de trasplante hepático. **Conclusión:** Clásicamente los fármacos se han considerado responsables de menos de 1% de los casos de afectación hepática crónica y cirrosis. No existen casos, al menos reportados, de una evolución rápidamente hacia cirrosis debido a hepatitis por medicamentos. DILI es una entidad frecuente y muy importante en nuestro país ya que muchas personas utilizan remedios naturistas sin prescripción incrementando el riesgo de desarrollar daño hepático crónico. **Palabras clave:** cirrosis, fármacos, hepatitis, rápida evolución, insuficiencia hepática, suplemento alimenticio.

Folio: 1302

Tema: Hematología

A propósito de un caso de leucemia eritroide pura como diagnóstico diferencial de anemia megaloblástica

De Lira Roberto Carlos, Martínez Raul, Nucamendi Freeman Isaac
UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

La eritroleucemia aguda pura es un tipo raro de leucemia

que representa menos del 1 % del total de las LMA, tiende a presentar una evolución clínica agresiva, asociado con un pobre pronóstico, la mediana de supervivencia es solo de 3 meses, edad de presentación séptima década, con una relación hombre-mujer de 2 a 1, se define como una expansión de eritroblastos primitivos detenidos por maduración (proeritroblastos) que constituyen al menos el 80% de las células en médula ósea, sin mieloblastos, su presentación clínica usualmente es: pancitopenia importante y gran involucro medular. Masculino de 84 años de edad, con antecedentes de exposición a solventes, EPOC y malos hábitos alimenticios, inicia su padecimiento 3 semanas previas a hospitalización con debilidad, astenia, adinamia y dolor en miembros pélvicos, es valorado en UMF, se indica hierro oral sin mejoría alguna, un día antes de su ingreso, presenta falta de respuesta al medio por lo que acude al hospita, laboratorios iniciales Hb 2.9, VCM 119, Leu 0.7 Neu 1.2, Plt 13 000., BT 2.13, BD1.26, BI 0.87, DHL 3962, Coombs directo negativo; se da apoyo transfusional, se estabiliza, debido a presentación clínica, macrocitosis, DHL elevada, se aborda como anemia carencial, se inicia tratamiento con reposición de hematinicos sin respuesta, con alto apoyo transfusional, por este motivo se realiza AMO: celularidad



del 80- 90 %, con presencia de eritoblastos y marcada displasia, eritoblastos de 80 %, serie mieloide escasa en todos su estadio de maduración, se solicita citometría de flujo: blastos CD45 -/ CD34 -/ CD117 ++ / CD 35 +/- HLA-DR -/ CD 71 +++ y niveles de folatos y vitaminas normales. Conclusión este caso se presenta con datos de anemia macrocítica, hemólisis y malos hábitos alimenticios inicialmente se sospecha de anemia carencial, siempre en el abordaje de toda pancitopenia, en un grupo etario de alto riesgo, se debe descartar malignidad o clonalidad con AMO y citometría de flujo.

Folio: 1303

Tema: Misceláneos

Amiloidosis familiar relacionada con la mutación Ser50Arg en el gen de la transtiretina, reporte de un caso

Barba Fernando¹, Malagón José¹, González Alejandra², Ramírez De Aguilar Jimena¹

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social; ² Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La amiloidosis familiar asociada a transtiretina (TTR) es un trastorno hereditario autosómico dominante poco frecuente, que condiciona el depósito gradual y progresivo de amiloide en los tejidos. La mutación Ser50Arg se ha asociado a un inicio temprano de la sintomatología y un cur-

so más agresivo en el género masculino. **Objetivo:** Exponer un caso de amiloidosis familiar por la mutación Ser50Arg, resultando el paciente número 140 con mutación TTR y 105 con la mutación Ser50Arg en nuestro país. **Material y métodos:** Para el abordaje diagnóstico se solicitó ultrasonido hepatoesplénico, estudio de neuroconducción nerviosa, biopsia de grasa periumbilical, resonancia magnética cardíaca, electroforesis e inmunofijación de proteínas en suero y orina, y estudio genético del gen de la transtiretina. **Exposición del caso:** Masculino de 44 años de edad, originario de Morelos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de 8 años de diagnóstico e hipotensión ortostática de 1.5 años de diagnóstico; referido a nuestra unidad para protocolo de estudio de diarrea crónica, caracterizada por hasta 20 deposiciones líquidas al día, sin moco o sangre, con restos de alimentos sin digerir; acompañado de pérdida ponderal significativa de hasta 70 kg en dos años, disfunción eréctil, dolor en extremidades inferiores de carácter neurítico y debilidad progresiva hasta incapacitar la marcha. Durante el abordaje diagnóstico se efectuó panel viral resultando negativo; ultrasonido hepatoesplénico reportando hepatopatía crónica METAVIR 4; estudio de neuroconducción anormal con patrón polineuropático sensitivo-motor de carácter axonal

con datos de desmielinización secundaria; biopsia de grasa periumbilical con depósito amorfo e irregular en dermis positivo para tinción Rojo Congo; inmunofijación en suero y orina sin pico monoclonal; la resonancia magnética cardíaca documentó reforzamiento tardío mosocárdico global difuso, compatible con enfermedad de depósito; el estudio genético resultó positivo para la mutación Ser50Arg (p.S70R) del gen de la transtiretina. Debido a la neuropatía grado 3 que presentaba el paciente no resultó candidato al trasplante de hígado; actualmente se encuentra en protocolo para manejo farmacológico con tafamidis. **Conclusiones:** La amiloidosis hereditaria es una enfermedad poco frecuente, requiriendo alta sospecha diagnóstica y estudios de secuenciación genética no ampliamente disponibles en nuestro medio, dificultando su diagnóstico precoz.

Palabras clave: amiloidosis familiar, amiloidosis hereditaria, amiloidosis por transtiretina, enfermedad por depósito, amiloidosis cardíaca, polineuropatía amiloide familiar.

Folio: 1304

Tema: Gastroenterología

Hepatocarcinoma variedad fibrolamelar metastásico no asociado a infección viral crónica ni daño hepatocelular crónico

García Garcilazo Laura Anahi, Aguiñiga Ariadna, Guzmán

Perla Marlene, Morgan Diana
Selene, Mondagrón Héctor,
Mondragon Lidia Aurora
Hospital Central Norte Pemex

Introducción: Esta rara variante difiere del hepatocarcinoma clásico (hcc) en que ocurre en adultos jóvenes, tanto en hombres como en mujeres, en ausencia de infección por hepatitis b y cirrosis. Los tumores a menudo son grandes en la presentación y la α fp generalmente es normal. La histología del tumor revela hepatocitos malignos rodeados por un estroma fibroso denso. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Esta variante de hcc tiene un mejor pronóstico después de la cirugía que un hcc de tamaño equivalente, dos tercios de los pacientes sobreviven más allá de los 5 años. La variedad fibrolamelar del carcinoma hepatocelular es poco frecuente en la población general, ya que representa menos de 1% de todos los casos de carcinoma hepatocelular. Se presenta fundamentalmente como una masa tumoral hepática única, frecuentemente de gran tamaño, no asociada a cirrosis y rodeada de una cápsula fibrosa. Su diseminación es preferentemente a través de metástasis linfáticas regionales. El diagnóstico en la mayoría de los pacientes se realiza en forma incidental y en etapas avanzadas de la enfermedad. Pese a esto, el pronóstico es más favorable que el del carci-

noma hepatocelular habitual. En los casos que ya presentan enfermedad metastásica, el tratamiento queda supeditado a la factibilidad técnica de lograr resecciones quirúrgicas completas. **Objetivos:** Identificar factores de riesgo asociado y pronósticos de la enfermedad. **Resumen clínico:** Femenino de 34 años, alergias negadas, etilismo y tabaquismo negado, sin otras toxicomanías. Crónico degenerativos: diagnóstico hace 2 años de diabetes mellitus tipo 2 sin tratamiento farmacológico únicamente medidas generales. Quien inicio su padecimiento actual a principios de enero 2018 asociado a dolor abdominal intermitente, inespecífico de intensidad variable, hiporexia, pérdida de peso gradual mas de 20 kilos de enero agosto 2018. Asociado a incremento del diametro abdominal. Acude para protocolo de estudio por tumoración hepática. Se realiza tomografía abdomen contrastada con reporte: gran lesión tumoral de aspecto maligno localizado en lobulo derecho con un volumen de 1400cc, con lesiones redondas en el resto del parenquima compatibles para actividad metastasica. Nódulos linfáticos retroperitoneal, a considerar actividad tumoral. Hallazgos en laboratorios de trombocitosis severa, conteo plaquetario en 1660, valorada por hematología quien refiere diagnóstico de probable síndrome mielodisplásico. Además de niveles normales

de alfafetoproteína, ca 19-9 y no presentar infección viral crónica ni daño hepatocelular crónico, ante panel viral negativo. Se realiza biopsia guiada por intervencionismo a nivel hepático con reporte de: fibrosis intensa, proliferación vascular, hepatocitos con pigmento biliar (hepatocitos malignos rodeados por un estroma fibroso denso) asociado a histología que reporta: carcinoma hepatocelular variedad fibrolamelar moderadamente diferenciado, asociado a permeaciones tumorales vasculares y linfáticas. Se complementó el estudio con un pet que mostró un marcado aumento de volumen del lóbulo hepático derecho, que se encontraba extensamente infiltrado por una masa e intenso hipermetabolismo heterogéneo de 18f-deoxiglucosa. Paciente rechaza opciones quirúrgicas e inicia terapia con sorafenib. **Conclusiones:** La variedad fibrolamelar del carcinoma hepatocelular representa una situación clínica infrecuente que afecta a adolescentes y adultos jóvenes, es frecuentemente metastásica al momento del diagnóstico y su tratamiento es quirúrgico. Los principales factores pronósticos negativos después de una resección serían la presencia de múltiples tumores, la invasión vascular (micro o macroscópica), el compromiso linfonodal. El pet demostró ser un buen método de imágenes para realizar la etapificación inicial y para



detectar en forma precoz focos de recidiva en el seguimiento. La sobrevida va determinada por el tratamiento quirúrgico, no concluyente a la terapia vía oral.

Palabras clave: hepatocarcinoma, fibrolamellar, quirúrgico, sorafenib, jóvenes, histología.

Folio: 1305

Tema: Infectología

Derrame pericárdico como manifestación de adenocarcinoma de pulmón. Reporte de un caso

Aguilar Georgina

Hospital General de México
Eduardo Liceaga

Derrame pericárdico como manifestación de adenocarcinoma de pulmón CASO Hombre de 43 años, albañil, residente del Estado de México. Inicio su padecimiento actual en Noviembre de 2017 con disminución peso corporal, infección respiratoria de frecuencias además de diarrea sin presencia de moco, con disminución de peso corporal total en promedio de 2 kilogramos, dificultad respiratoria, disnea y cifras bajas de saturación. Teniendo como factores de riesgo contactos sexuales de alto riesgo sospechando de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, con radiografía de su ingreso con patrón sugestivo de tuberculosis miliar por lo cual se inicio tratamiento con Dotball. Posteriormente presento derrame pericárdico de 1700ml aproxi-

madamente de características hemáticas por lo que amerito pericardiocentesis, con análisis citopatológico el cual mostro abundantes células del revestimiento respiratorio, compatibles con epitelio cilíndrico ciliado y macrófagos alveolares. Dentro del abordaje diagnóstico se solicitó de manera externa prueba para galactomanano el cual fue positivo por lo que la sospecha diagnóstica al momento es adenocarcinoma de pulmón con infección por *Aspergillus* con manifestación paraneoplásica por derrame pericárdico masivo. Debido al deterioro respiratorio fue ingresado a terapia intensiva de infectología.

Palabras clave: derrame pericardico, galactomanano, adenocarcinoma.

Folio: 1306

Tema: Hematología

Anemia microcítica hipocrónica severa: síndrome Rendun Osler Weber: reporte de caso Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

González Karen Victoria, Aguilar Georgina, Rodríguez Ricardo, Jimenez Luis Antonio, Camacho Raul

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El síndrome de Rendu-Osler-Weber, también conocido como Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria, es un desorden vascular cuya prevalencia se estima que afecta a uno de cada 5-8.000

individuos. Se trata de una alteración vascular displásica multisistémica de carácter autosómico dominante, asociada a dos genes, HHT1 y HHT2, que determinan mutaciones en el gen endoglinina (ENG), localizado en el cromosoma 9, y por mutaciones en el gen ALK1, localizado en el cromosoma 12. **Presentación de caso clínico:** Femenino de 65 años con antecedentes de importancia diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en tratamiento, anemia crónica de etiología carencial en tratamiento con sulfato ferroso y multivitaminicos desde hace 8 años. Presencia de episodios de epistaxis desde los 35 años. Inicia su padecimiento al presentar un mes previo a su ingreso con astenia, adinamia, acompañado de disnea de medianos esfuerzos, progresando a disnea de pequeños esfuerzos asociado con sensación de palpitaciones. Presencia de equimosis en miembros superiores. Asi como palidez de tegumentos. Presentando exacerbación de la sintomatología con imposibilidad para deambular, dos días previos a su ingreso con presencia de epistaxis en dos ocasiones por lo que decide acudir a este hospital. A su ingreso se realizan paraclínicos presencia de anemia severa, presentando cuadro clínico de Cor anémico se transfunden concentrados eritrocitarios estabilizando a paciente. Durante su hospitalización se inicia el

abordaje de anemia microcítica hipocromica se solicita perfil de hierro presencia de difit de hierro, presentando valores normales de vitamin B y folatos. Se realiza panendoscopia reporta angiectasia vasculares en cavidad oral, cuerpo y antro gástrico, probable síndrome de Osler Weber Rendú. Se realiza colonoscopia reportando enfermedad diverticular sin datos de telangiectasia, sin datos de sangrado. Se interroga sobre antecedentes familiares refiriendo padre y dos sobrinas con presencia de telangiectasias en cara. Es valorada por el servicio de genética de acuerdo al árbol genealógico orienta a un patrón herencia autosómica dominante. **Conclusiones:** De acuerdo a los criterios de Curacao cumple con 3 criterios diagnósticos. La base de la sintomatología clínica es debida a la formación irregular de vasos sanguíneos. Las telangiectasias en la mucosa nasal y el sangrado nasal son los síntomas más tempranos y comunes en el 95%, telangiectasias gastrointestinales, de forma más frecuente en estómago y parte superior del duodeno; el 25% de los afectados mayores de 60 años presenta sangrado gastrointestinal generalmente asociado a melena o anemia. El sangrado es lento y persistente, y puede empeorar con la edad. Las trombosis o embolias son complicaciones de las malformaciones arteriovenosas y pueden aumentar con el paso

del tiempo, se continua con su seguimiento con angioresonancia cerebral para descartar malformaciones arteriovenosas, angioresonancia pulmonar y dopler hepático.

Palabras clave: anemia, microcítica, crónica, síndrome Osler, autosómica dominante, genética.

Folio: 1307

Tema: Oncología

Tumoración apical gigante en tórax como manifestación de tumor fibroso solitario: reporte de un caso

Villegas Juan Manuel, Najera Rubí Janday

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción: Tumor de origen mesénquimal, con características fibroblásticas, presentación bien definida en cualquier sitio y características benignas con crecimiento lento. Incidencia de 2.8 casos por 100 000 personas por año, representa menos de 5% de los tumores de pleura, 80% se originan de pleura visceral, mayor incidencia en adultos jóvenes. De hallazgo incidental por radiografía. Los síntomas asociados son en relación crecimiento del tumor en la cavidad torácica, tales como tos, disnea, dolor pleurítico y ocasiones hemoptisis. La orientación diagnóstica se basa en realizar inmunohistoquímica, positivo para CD 34 y bcl2 y negativo para citoqueratina.

Objetivo: Mostrar de forma

ilustrativa una forma de presentación de tumor generalmente benigno y poco habitual en nuestro medio. **Caso clínico:** Femenino de 55 años antecedente de exposición a humo biomasa más de 6 horas por día desde los 16 años (Índice de exposición 234 horas/año). Hipertiroidismo de 3 meses de diagnóstico en tratamiento con tiamazol 5mg/día. 4 meses antes de su ingreso refiere pérdida ponderal aproximada de 4 kg, periodos de diaforesis intermitente, disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos a lo cual el mes previo a su ingreso se agrega dolor torácico tipo pleurítico, EVA 9/10, disnea de pequeños esfuerzos y periodos de ortopnea, tos productiva de secreción blanquecina. A la exploración física destacando síndrome de condensación derecho de región apical hasta quinto espacio intercostal izquierdos. Destaca en radiografía de tórax la presencia de una región de radioopacidad en apice de hemitorax derecho con alcance hasta el séptimo EIC y que desplaza traquea y estructuras vasculares. TAC concordante con imagen de tumoración aparentemente dependiente de pleura visceral. La inmunohistoquímica de biopsia reporta posteriormente CD34 +, S100 +, Actina y B-catenina +. Se le realiza posteriormente lobectomía superior derecha.

Palabras clave: tumor fibroso solitario.



Folio: 1308

Tema: Infectología

Prevalencia y factores de riesgo de pacientes detectados con hepatitis B que acuden a donación de banco de sangre

Jiménez Diego Francisco, Sánchez Virginia Hipolita, Arreguín Dulce María, Cano Lilian Guadalupe

Hospital General de México

La hepatitis B es una infección altamente transmisible por vía parenteral, sexual y vertical, el 5% de los pacientes expuestos a la infección desarrollan curso crónico de la enfermedad. Conductas relacionadas con la infección por hepatitis B incluyen la inyección de drogas intravenosas, uso de equipos compartidos y de rehuso para acceso vascular sin el adecuado métodos de esterilización, contactos sexuales de riesgo, transmisión perinatal y relacionada con el manejo de componentes sanguíneos, en las unidades encargadas de la selección de donadores de sangre se pueden identificar varios pacientes con estudios de screening sin que estos pacientes tengan sintomatología u otra evidencia de infección. En este reporte se dan las características de los pacientes que llegaron como candidatos a donación que en los estudios de screening resultaron positivos al antígeno de superficie del virus de hepatitis B así como buscar una relación con los factores de riesgo. Entre 2016

y 2017 hubo 85126 personas candidatas a donación en el servicio de banco de sangre, con 54 casos reactivos, con prevalencia de 0.063%, de estos 54 casos reactivos 63% hombres y 37% mujeres. La gran mayoría de ellos en el grupo de edad 21 a 40 años en un 57%, los pacientes con nivel educativo secundaria fueron los más afectados. Dentro de los factores de riesgo se evidenció que el más importante fue la colocación de tatuajes y perforaciones (9 de los 54 pacientes) sin diferencia estadísticamente significativa, el uso de drogas intravenosas y las prácticas sexuales de riesgo no tuvieron impacto en esta población. Tomando en cuenta la literatura internacional, la incidencia y prevalencia de Hepatitis B disminuyó desde las políticas de vacunación y la mejora de los screening a las personas candidatas a donación, se cuenta con prevalencia menor al 1%, lo reportado a nivel global y con factores de riesgo sin impacto para la transmisión de la enfermedad.

Palabras clave: hepatitis B, prevalencia, factores de riesgo, donadores.

Folio: 1309

Tema: Reumatología

Frecuencia de los criterios clínicos ACR 1997 y SLICC/ACR 2012 y su correlación con el puntaje de actividad de la enfermedad (Mex-SLEDAI) en la evaluación basal de pa-

cientes con sospecha de lupus eritematoso sistémico

García Sergio¹, García Imelda¹, Leví Carlos²

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca; ² Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac Oaxaca

Introducción: Los criterios de clasificación para lupus eritematoso sistémico (LES) SLICC/ACR 2012 han demostrado tener mayor especificidad en comparación con los ACR 1997. Aunque la presencia de autoanticuerpos es fundamental, con relativa frecuencia en la evaluación basal los criterios clínicos son el sustento para orientar el protocolo de estudio de un paciente con sospecha de LES, por lo tanto, es importante que los conjuntos de criterios permitan detectar el mayor número de anomalías clínicas en la evaluación basal. **Objetivo:** Cuantificar la frecuencia con la que se cumplen los criterios clínicos (ACR 1997 y SLICC/ACR 2012) en la evaluación basal de pacientes con sospecha de LES; establecer la correlación entre el número de criterios clínicos cuantificados en la evaluación basal y el puntaje de actividad medido por Mex-SLEDAI. **Pacientes y métodos:** Análisis retrospectivo de expedientes de pacientes que han sido atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca entre el 1° de agosto de 2009 y el 30

de junio de 2018, incluimos expedientes de pacientes que en el seguimiento cumplieron criterios clínicos e inmunológicos para LES. Analizamos las variables demográficas (edad actual, edad de diagnóstico y sexo), criterios clínicos documentados en la evaluación basal (ACR 1997 y SLICC/ACR 2012), actividad de la enfermedad (puntaje Mex-SLEDAI). Análisis estadístico descriptivo: medias con desviación estándar para variables cuantitativas y medianas con rangos intercuartilares (RIQ) para las variables cualitativas; comparación de variables mediante U de Mann-Whitney, el análisis de correlación lo realizamos con prueba de Spearman. **Resultados:** Analizamos los datos de 114 mujeres y 11 hombres, con edad de 37.0 (29.0-47.0) años y la edad de diagnóstico fue de 32.0 (24.5-41.0) años. La mediana de criterios clínicos ACR 1997 y SLICC/ACR 2012 fue semejante [3.0 (4.0-5.0)]. Los criterios clínicos más frecuentes fueron la artritis (76%), fotosensibilidad (60.8%), hematológicos (56.8%), afección renal (36.8%), eritema malar (34.4%), serositis (15.2%), úlceras orales (10.4%), neurológicos (9.6%) y eritema discoide (5.6%) por otra parte, los criterios clínicos SLICC/ACR tuvieron las siguientes frecuencias: artritis (76.0%), cutáneo agudo (64.8%), leucopenia (40.8%), renal (26.8%), alopecia no cicatrizante (24.0%), anemia

hemolítica (19.2%), trombocitopenia (18.4%), neurológico (15.2%), serositis (15.2%), úlceras orales o nasales (14.4%) y cutáneo crónico (12.8%). En el análisis de correlación observamos correlaciones moderadas y significativas entre el puntaje de actividad Mex-SLEDAI (alta o baja actividad) y el número de criterios clínicos documentados en la evaluación basal (0.480 con $p = 0.001$ para ACR 1997 y 0.537 con $p = 0.001$ para SLICC/ACR 2012). **Conclusión:** A pesar de que los criterios SLICC/ACR permiten documentar manifestaciones clínicas que no permitían los ACR 1997 la frecuencia con la que se documentaron los criterios clínicos en nuestros pacientes con sospecha de LES fue semejante, de forma adicional, la correlación entre el número de criterios clínicos y el puntaje de actividad tiene una correlación significativa. **Palabras clave:** lupus eritematoso sistémico, criterios clínicos, ACR 1997, SLICC/ACR 2012, Mex-SLEDAI, comparación.

Folio: 1310

Tema: Infectología

Intoxicación por *Bertholletia excelsa* (semilla de Brasil)

Santander Guillermo Alejandro, Salas Arturo
Hospital Regional Ciudad Madero, Pemex

Mujer de 42 años, previamente sana, que inicia dos semanas previas a su ingreso, con cefalea

intensa, pérdida de cabello, diarrea, así como dolor abdominal leve progresivo, que progresa a incapacitante, acompañado de intolerancia a la vía oral, destaca a la exploración física, hepato-esplenomegalia (corroborado por TC simple de abdomen), así como dolor a la palpación superficial, se ingresa por protocolo de síndrome linfoproliferativo en estudio, al interrogatorio dirigido, refiere ingestión de semilla de Brasil, durante 18 meses, con pérdida aproximada de 35 kg, se obtiene biometría hemática con leucocitosis a expensas de neutrofilia, (sin foco infeccioso aparente), anemia microcítica hipocromica, grado I de la OMS, y trombocitopenia (plt: 20,000), DHL normal, niveles de ácido fólico, ferritina y folatos, dentro de parámetros normales, resto paraclínicos básicos sin alteraciones, por sospecha de LES, se solicitan ANA hep 2 por IFI, anti cardiolipinas y anticoagulante lupico, reportados negativos, perfil TORCH, así como panel viral de virus hepatotropos, y AC anti HIV, siendo estos negativos, se comenta caso con hematología, quien por sospecha de trombocitopenia inmune primaria, realiza aspirado de médula ósea, reportándose normocelular, se inicia agonista de trombopoyetina (rombiplostim), y se suspende ingestión de *Bertholletia excelsa* (semilla de Brasil), mostrando marcada mejoría en las cifras de plaquetas, así como en el



resto de paraclínicos, se egresa del servicio con seguimiento a 1 mes en consulta externa de hematología, donde se aprecia biometría hemática de control dentro de parámetros normales, asintomática, negando pérdida de peso no intencionada.

Palabras clave: semilla de Brasil, *Bertholletia excelsa*, síndrome linfoproliferativo.

Folio: 1311

Tema: Misceláneos

Crisis addisoniana en paciente con tuberculosis pulmonar y meníngea, reporte de caso

Rivas Francisco Javier, Ochoa Montserrat Guadalapue, Macías Diego Jarek

Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

Introducción: Enfermedad de Addison fue descrita por Thomas Addison en 1855, utilizado para referirse a insuficiencia adrenal crónica primaria; sin importar la etiología, considerando adrenalitis autoinmune como primera causa en países de primer mundo y tuberculosis como principal causa en países en vías de desarrollo. **Objetivo:** Reporte de caso Masculino de 39 años de edad con clínica de 13 días de evolución caracterizada por cefalea de alta intensidad acompañada de vómito, disnea y tos no productiva. Dicha clínica persiste durante 12 días hasta que empeora la cefalea y se agrega epistaxis. Antecedente de diagnóstico de Enfermedad de Addison en

tratamiento con prednisona 25 mg cada 12 horas, combe clase 0 y hospitalización un mes previo a su ingreso por neumonía adquirida en la comunidad. A la exploración física inicial con TA 78/46 mmHg destaca hiperchromía de piel y mucosas, soplo anórico en ápice pulmonar izquierdo, cefalea con succusión positiva. En exámenes de laboratorio con leucocitosis a expensas de neutrofilia y monocitosis, trombocitopenia e hiponatremia, ACTH de 217 pcg/ml (rango 0 - 41). BAAR incontables en expectoración, punción lumbar con líquido agua de roca glucosa 44 mg/dl (sérica 117) proteínas 100, PCR positivo para *M. tuberculosis*. Radiografía de tórax con radiopacidades bilaterales en patrón reticular e imagen sugestiva de cavitación en ápice pulmonar izquierdo. TAC toracoabdominal que revela cavitaciones pulmonares bilaterales y calcificación de glándulas suprarrenal derecha y TAC simple cráneo sin alteraciones. Recibió tratamiento con hidrocortisona IV y terapia hídrica, para el estado de choque, así como DOTBAL para tuberculosis pulmonar y meníngea con mejoría clínica. Discusión Tuberculosis puede afectar varias glándulas endocrinas incluyendo hipotálamo, pituitaria y tiroideas, sin embargo la más afectada comúnmente es la glándula adrenal. Dentro de los hallazgos en imagen, las glándulas adrenales se encuentran agrandadas en la fase

inicial de la enfermedad por tuberculosis con posterior atrofia y disminución de tamaño.

Palabras clave: crisis addisoniana, tuberculosis.

Folio: 1312

Tema: Misceláneos

Disfagia como manifestación inicial de amiloidosis, a propósito de un caso.

Cedillo José Ramón

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La amiloidosis es un trastorno crónico causado por depósito de fibras de amiloide que alteran el funcionamiento normal de los tejidos que genera una gama amplia de manifestaciones de acuerdo al tipo de fibras de amiloide producidas y de los sitios de depósito, a continuación se presenta caso clínico de masculino de la séptima década de la vida que cursa con cuadro inicial de disfagia progresiva Masculino de 67 años de edad, originario de Michoacan, residente de la ciudad de México, escolaridad primaria completa, casado, religión católica., quien cuenta con los siguientes antecedentes de importancia. **Antecedentes:** Antecedentes personales patológicos: Alérgico a penicilina, uso crónico de medicamentos o remedios negado. Quirúrgicos: facoemulsificación hace 13 años. Liberación de túnel de carpo derecho en 2017. Tabaquismo: Positivo durante 40 años con

4 cigarrillos al día con IT 8, ya suspendido. Etilismo social, niega uso de drogas o tóxicos. Hospitalizaciones recientes: Noviembre 2017 por cirugía de túnel de carpo. Enfermedades crónico-degenerativas: Refiere hiperuricemia con antecedente de gota en tratamiento con previo con Alopurinol, ya suspendido. Síndrome de túnel del carpo bilateral de evolución no especificada. Padecimiento actual y evolución clínica: Refiere cuadro de 8 meses de evolución que inicia con presencia de lesiones papulo eritematosas en región peribucal, no pruriginosas, dolorosas, con limitación para la apertura oral, presentando en las semanas subsiguientes a sus aparición disfagia orofaríngea a sólidos, con progresión a líquidos, en la semana posterior a su aparición inicia con sintomatología a nivel de sistema nervioso periférico caracterizado por parestesias en ambas manos, persistentes durante los siguientes 15 días, después de lo cual se agrega debilidad de inicio distal y extensión proximal referida por incapacidad para sostener objetos pequeños, así como limitación para la movilización de la lengua. Tres meses después ya con intolerancia a líquidos, decide acudir a valoración a unidad de segundo nivel, donde se inicia protocolo de estudio por servicios de gastroenterología y reumatología, sin documentarse por estudios realizados patología

estructural o reumatológica, por lo que es referido a nuestra unidad para valoración integral, encontrándose a paciente con franco deterioro funcional con un índice de Katz F y un índice de masa corporal de 20.92 kg/m², con pérdida ponderal en los 6 meses previos a su ingreso de 10 kilogramos, equivalentes a 12% de su peso corporal. Al examen físico se encuentra paciente con palidez generalizada de tegumentos, con presencia de nodulaciones supraciliares bilaterales de 1 cm, móviles, bien circunscritas; la cavidad oral con lengua eritematosa, al tacto pétreo, con incremento evidente de tamaño, dolorosa a la palpación, con masa palpable a nivel cervical anterior de consistencia pétreo, no móvil. Extremidades hipotróficas con reflejos bicipitales, tricipitales, patelares y aquileos: +/+++-. Fuerza proximal y distal 4-/5 en las cuatro extremidades. Sin rigidez o rueda dentada, ni temblor fino o asterixis. Cursa estancia hospitalaria durante 15 días con abordaje diagnóstico dirigido a amiloidosis sistémica en base a los hallazgos clínicos descritos, realizándose pruebas de conducción nerviosa positivas para neuropatía mixta, así como aspirado de médula ósea con celularidad de células plasmáticas del 54% y biopsia lingual con tinción de rojo Congo positiva para presencia de amiloide, por lo que se concluye diagnóstico de amiloidosis sistémica secundaria a mieloma

múltiple, y se decide envío a servicio de hemato oncología para continuar tratamiento dirigido.

Palabras clave: amiloidosis, mieloma, disfagia, misceláneo, sistémica.

Folio: 1313

Tema: Misceláneos

Anomalías cerebrales en RMN posterior a intoxicación por monóxido de carbono

Martínez Juan Manuel¹, Cerda Christopher¹, Guerra Manuel Nicolás², Nández Homero¹

¹ Hospital Universitario-UANL;

² Hospital Christus Muguerza

La intoxicación por monóxido de carbono persiste en nuestra población como una de las causas de muerte accidental más prevalentes, siendo mayor el impacto en invierno al buscar combatir bajas temperaturas con métodos de alto peligro para la salud. Presentamos un caso no fatal, aunque con consecuencias neurológicas severas secundaria al uso de fuente de calor rudimentaria. Femenino de 24 años de edad, con tabaquismo inactivo. Inicia padecimiento al encontrarse en su domicilio, en temporada de invierno y con calentador de carbón y nula ventilación. Es encontrada en su domicilio con alteración del estado de alerta. Trasladada de urgencia e ingresa a urgencias en estado de coma por ECG, manejo con protección de vía aérea y oxígeno al 100%. Continúa



manejo de soporte en hospitalización. Diez días después persiste estado de coma. Se realiza RMN simple de cerebro presentando atrofia córtico subcortical, ectasia ventricular compensatoria, múltiples áreas de gliosis y encefalomalacia de corona radiada periventricular, se encuentran sin alteraciones el cerebelo, cuarto ventrículo y tallo. Egresa paciente con encefalopatía metabólica secundaria a intoxicación por monóxido de carbono. **Discusión:** A pesar de que está documentado los cambios crónicos cerebrales de la intoxicación por monóxido de carbono, es de interés encontrar estos hallazgos dentro del primer mes desde el incidente. No se conoce si la evaluación temprana por neuroimagen tenga algún valor pronóstico, por lo que la posterior evaluación temprana podría llevar a responder más preguntas para mejorar pronóstico en este tipo de pacientes.

Palabras clave: monóxido de carbono, cerebro, resonancia magnética.

Folio: 1314

Tema: Hematología

Caracterización clínica de un caso de coagulación intravascular diseminada crónica (CIDC) secundaria a neoplasia de primario no identificado

Sepúlveda Jesús¹, Bulos Pedro¹, Tevera Monica Georgina², Rizo Mario¹, Vera Olga Lidia³, Cornejo Victor¹, Ocaña Manuel Jesús¹, Ramirez Juan Carlos¹, Cetina José Hiram¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud;
² HGZ No. 1 IMSS Tapachula;
³ Hospita de Especialidades del Centro Médico La Raza

Introducción: La coagulación intravascular diseminada (CID) es un síndrome clínico patológico caracterizado por activación de la cascada de coagulación y fibrinólisis inducida por sustancias procoagulantes. Se subdivide en 2 tipos: aguda, que presenta manifestaciones clínicas severas (falla renal, déficit neurológico, choque) y crónica, que se asocia a neoplasias, tales como: cáncer pancreático, gástrico o prostático. **Objetivo:** se presenta el caso de una CIDC asociado a lesiones líticas diseminadas, sin tumor primario identificable. **Caso:** Hombre de 56 años, sin antecedentes patológicos, que inició su padecimiento con pérdida de peso de 17kg, atribuida a dieta. Presentó episodio súbito de gingivorragia y equimosis múltiples. Fue internado, detectándose bicitopenia (anemia, y trombocitopenia) y coagulopatía, realizándose aspirado de médula ósea por sospecha inicial de leucemia aguda promielocítica, sin embargo, no se logró documentar dicho diagnóstico. Se extendió protocolo para descartar coagulopatía asociada a tumor sólido, y se detectó elevación sustancial de antígeno prostático. Fue valorado por urología, tomándose biopsias

transrectales que descartaron dicho diagnóstico motivo por el cual el paciente fue referido a medicina interna. Durante su protocolo, que incluyó dos internamientos de larga estancia, cursó con síndrome hemorrágico, coagulopatía caracterizada por trombocitopenias cíclicas recurrentes, hipofibrinogenemia severa (< 100). Por imagen se detectaron lesiones líticas diseminadas en columna y huesos largos, además de una lesión lítica destructiva en cresta iliaca izquierda y una imagen tumoral semisólida, que fue biopsiada, tratándose solamente de un hematoma previo contenido, sin tejido tumoral identificable. Se integró el diagnóstico de CIDC y durante su estancia fue tratado con ácido tranexámico, complejos protrombóticos y apoyo transfusional. Se extendió protocolo con tomografía con emisión de positrones (PET), detectándose incremento del metabolismo en lesiones líticas y cresta iliaca, con predominio del incremento en una lesión lítica espinal, que no pudo ser biopsiada debido a que el paciente fue perdido durante el seguimiento. **Conclusión:** La CIDC es un cuadro potencialmente grave que pone en peligro la vida de un paciente. Generalmente se asocia a tumores sólidos intestinales o prostáticos, sin embargo, en este caso no se logró identificar ninguno de ellos a pesar de realizarse el protocolo esta-

blecido. El caso tuvo un curso atípico, con lesiones líticas diseminadas asintomáticas y el abordaje fue complejo debido a las complicaciones hemorrágicas secundarias a la CIDC. Se programó para biopsia de mínima invasión de vértebra, sin embargo, fue perdido durante el seguimiento. Es importante tener en mente este tipo de casos, dado que su abordaje requiere el apoyo multidisciplinario de varias especialidades, sobre todo en presentaciones atípicas como esta.

Palabras clave: coagulación intravascular diseminada crónica, lesiones líticas.

Folio: 1315

Tema: Oncología

Frecuencia de tumores malignos en pacientes \geq 65 años. Registro de cáncer de la UMAE-Mérida-Yucatán

Cimé Erik Antonio, Acevedo Francisco, Cruz Roxana Azalea, Leal Yelda Aurora

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Debido a los cambios fisiológicos evolutivos en las personas mayores, la falta de protección frente a infecciones, la acción prolongada de los carcinógenos, los cambios histológicos de diversos órganos, entre otros, la edad es un claro factor de riesgo de padecer cáncer y a mayor edad, se acompaña de comorbilidad excesiva y grave, lo que implica un riesgo añadido que afecta la

expectativa y calidad de vida. Aunque se presenta en todos los grupos de edad, el cáncer es considerado en general como la “enfermedad del viejo”. El desarrollo del cáncer ha generado un incremento en la morbilidad y mortalidad del adulto mayor. El cáncer es la principal causa de muerte en los países desarrollados y la segunda en los países en desarrollo, ocasionada principalmente por el crecimiento poblacional y el envejecimiento de sus poblaciones, aumentando la incidencia de cáncer conforme aumenta la edad. El conocer esta información nos permitirá enfocar los esfuerzos en la detección y tratamiento oportuno del cáncer en nuestra población. **Objetivo:** Conocer la frecuencia anual y distribución por género de los principales tumores malignos en Mérida, Yucatán en pacientes \geq 65 años en el período del 01 de enero del 2015 al 31 de diciembre del 2017. **Metodología:** Los registros se obtuvieron de la base de datos del registro de cáncer en el período del 2015 al 2017 referido. Posteriormente se capturaron en la base de datos de Excel y en el software CanReg5 de acuerdo a los lineamientos de la OMS. Los resultados se analizaron de acuerdo al número de sujetos con cáncer \geq 65 años, relación hombre:mujer anual y principales tipos de cáncer de acuerdo al género, con el software estadístico SPSS versión 25.0. **Resultados:** Del 01 de enero

del 2015 al 31 de diciembre del 2017 se documentaron 1866 casos en la UMAE de Mérida Yucatán; de los cuales, 784 (42%) ocurrieron en $>$ 65 años. La distribución anual fue: 2015 = 235 (30% 2016 = 228 (29% y 2017 = 321 (41%). La relación hombre:mujer anualmente fue: 2015 = 1:1.18, 2016 = 1:1.28, y 2017 = 1:1. Los principales cánceres en mujeres fueron: 1) Mama, 2) Cérvix, 3) Riñón, 4) Gástrico y 5) Linfomas; en Hombres: 1) Próstata, 2) Riñón, 3) Linfomas, 4) Vejiga y 5) Gástrico. **Conclusiones:** Encontramos un aumento gradual de cáncer en $>$ 65 años; predominando en mujeres. Los tipos más frecuentes fueron: 1) Mama, 2) Próstata, 3) Cérvix, 4) Gástrico, 5) Riñón y 6) Linfomas. Nuestros resultados permitirán conocer las neoplasias hacia las cuales enfocar la detección, tratamiento oportuno; o mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes $>$ 65 años. Los presentes son resultados preliminares del registro de cáncer en Yucatán México, el cual cuenta con número de folio avalado por la OMS.

Palabras clave: mayores 65 años, cáncer, registro de cáncer, descriptivo.

Folio: 1316

Tema: Infectología

Linfoma primario del sistema nervioso central relacionado con síndrome de inmunodeficiencia adquirida en un paciente



con sarcoma de Kaposi en fase temprana macular

Pablo Claudia, Cordova Cesar
Instituto Mexicano del Seguro Social

Masculino de 35 años de edad originario y residente de Ciudad de México, escolaridad licenciatura, cohabita con su pareja, viajes recientes a EE UU en febrero de 2018, consumo de metanfetaminas. Inicia su padecimiento a inicios de Julio cursa con astenia, adinamia, hiporexia, fiebre de 41 GC de predominio vespertino, diaforesis nocturna. Posteriormente el 19 del mismo mes presenta hemiparesia fasciocorporal izquierda hasta dificultar la deambulacion asi como crisis convulsivas tonico clonico generalizadas. Acudio a valoración donde se le realiza tomografía de craneo simple sugestivo de evento vascular cerebral isquemico sin embargo se realiza resonancia magnetica compatible con lesion tumoral neoplasica en region parietal derecha. Se envió a valoración por Infectología donde se lleva a cabo Gammagrama cerebral con talio con aumento de metabolismo en corteza parietal derecha hacia ganglios de la base izquierda, talamo y region temporal izquierda, se envía a Neurocirugia donde se practica toma de biopsia con reporte de linfoma No Hodgkin. Durante su estancia cursa con lesion macular oral, se toma biopsia con reporte de Sarcoma de Ka-

posi en fase temprana macular. El sarcoma de Kaposi es un tumor mesenquimatoso con involucro de los vasos sanguíneos y linfáticos, originado por el herpesvirus humano 8, también conocido como sarcoma de Kaposi asociado a herpesvirus. Fue descrito originalmente por Moritz Kaposi, dermatólogo húngaro en la Universidad de Viena en 1872, y conocida como una de las enfermedades definitorias del SIDA desde la década de 1980, identificando así al herpesvirus humano 8 como agente causal hasta 1994. El sarcoma de Kaposi es una enfermedad sistémica que puede presentarse con lesiones cutáneas con o sin involucro interno. La boca es un sitio de afectación (5%) única por el sarcoma de Kaposi y, a menudo, es el primer o único sitio donde aparece la lesión.

Palabras clave: sarcoma de kaposi, SIDA, linfoma primario.

Folio: 1317

Tema: Toxicología

Análisis descriptivo en pacientes con intoxicación aguda con tolueno/thinner inhalado que se presentan con acidosis metabólica e hipokalemia

Enriquez Raul Valeriano, Canel Alejandra, González Linda Ivette, Nañez Homero, Vera Raymundo, Gongora Juan Fernando

Hospital Universitario UANL

Introducción: En nuestro país y su población, el uso de sus-

tancias ilegales tiene altos índices de prevalencia. El tolueno o thinner, una droga inhalada, es barata y fácil de conseguir, ya que se usa como solvente en productos como pinturas y productos de limpieza. La presentación típica en una intoxicación por tolueno inhalado es acidosis metabólica, hipokalemia severa y parálisis muscular. **Objetivo:** Se diseñó un estudio descriptivo para evaluar las características clínicas y de laboratorio de los pacientes que acuden al servicio de Urgencias de nuestro hospital por intoxicación con tolueno inhalado con acidosis metabólica e hipokalemia. **Material y métodos:** Se recopiló los datos de laboratorio con los cuales ingresaban a la sala de urgencias, se hacía un seguimiento a las 24 horas de haber ingresado y el desenlace final. Además se recolectó información demográfica de los pacientes y datos como colocación de catéter venoso central y antropometría, de octubre 2017 a Julio 2018. Se realizó un análisis de frecuencias de los datos obtenidos y se obtuvo una tabla con el percentil 50, el percentil 25 y 75 de cada variable que se recopiló. **Resultados:** Se recopilaron los datos de 16 pacientes durante el periodo antes mencionado. El diagnóstico fue realizado con antecedente de inhalación de tolueno y el cuadro clínico compatible con intoxicación con tolueno inhalado. Los datos más relevantes

fueron los siguientes: el género fue de 50% masculino y 50% femenino; se colocó catéter venoso central en el 75% de los pacientes; el IMC promedio fue de 22.34; el pH de inicio fue 7.18 y a las 24 horas de 7.35 promedio, y la edad promedio fue de 25 años. **Conclusión y discusión:** Este estudio tiene relevancia clínica debido a que no existe algún estudio como este, principalmente por ser un problema de países en vías de desarrollo. Es importante para en un futuro poder conocer la mejor terapéutica a seguir.

Palabras clave: intoxicación, tolueno, acidosis, hipokalemia.

Folio: 1318

Tema: Dermatología

Hipersensibilidad a fármacos: síndrome de DRESS

Ramirez María Leslye

Hospital General de Ticoman

Introducción: El síndrome de DRESS (reacción farmacológica con eosinofilia y síntomas sistémicos) es una reacción de hipersensibilidad rara, idiosincrática, potencialmente mortal e inducida por fármacos que incluye erupción cutánea, anomalías hematológicas (eosinofilia, linfocitosis atípica), linfadenopatía y afectación de órganos internos (hígado, riñón, pulmón). El mecanismo patogénico aún es desconocido.

Presentación clínica: Femenino de 59 años sin antecedentes patológicos. Refiere tres semanas previas a padecimiento actual

presencia de cuadro diarreico que fue tratado sintomáticamente (loperamida y otros fármacos no especificados), con resolución espontánea. Acude por presencia de malestar general, fiebre no cuantificada y presencia de eritema difuso, predominantemente en cara, cuello y tronco. EF: Exantema máculo-papular pruriginoso, predominante en cara, extremidades superiores y tronco, edema facial, periorbitario y acral. Se palpa linfadenopatía cervical bilateral. La analítica reportó: Leucocitosis 14.2 x103/mm3, eosinófilos 450/μL, glucosa 103 mg/dL, creatinina 1.6 mg/dL, ALT 42 U/L, AST 58 U/L, Bilirrubina total 1 mg/dL. Radiografía de tórax y EKG sin datos patológicos. Valorada por el servicio de dermatología, se concluyó la presencia de síndrome de DRESS secundario a loperamida. Se decidió hospitalización por la afección de 50% de SCT y vigilancia de datos de falla orgánica. **Discusión:** El síndrome de DRESS se caracteriza por una larga latencia entre la exposición al fármaco y la aparición de la enfermedad, presenta como dificultades la falta de criterios diagnósticos, lo que hace que la incidencia real de la enfermedad sea difícil de estimar.

Palabras clave: DRESS, farmacodermia, exantema.

Folio: 1319

Tema: Neurología

Meningitis aséptica como primera manifestación de cáncer

pulmonar de células no pequeñas

Muñoa Eduardo Daniel, Mata Martha Patricia, García Claudia, Pérez Mitzel del Carmen
Hospital Juárez de México

Femenino de 63 años de edad, originaria de Guerrero, sin antecedentes hereditarios relevantes. Alcoholismo y tabaquismo (-). Crónicos y degenerativos: DM tipo 2 de 10 años de diagnóstico, en descontrol. Inicia su padecimiento en diciembre del 2017, con caídas recurrentes de su propia altura, con posterior fractura en húmero derecho, tratada con osteosíntesis. Presenta discapacidad motora generalizada con dificultad para realizar actividades cotidianas. En enero presenta cefalea holocraneana intensidad 7/10 en la escala de EVA, acompañada de dolor cervical, los cuales remiten con analgésicos. En marzo cursa con hiperemia conjuntival, acompañada de disminución de la agudeza visual e irritabilidad intermitente. Motivo por el que ingresa al HJM (07/03/2018). A la EF con irritación conjuntival, Glasgow 14/15, pensamiento desorganizado, ideas delirantes, alucinaciones y agitación psicomotriz. Kerning y Brudzinsky (+). Se integra probable encefalitis viral con ingreso a Neurología. Cursa con crisis convulsivas y agitación psicomotriz que requiere sedación. Se realiza punción lumbar, con envío de LCR para citoquímico,



cultivo de bacterias, hongos, PCR para virus y citopatológico (células atípicas sugerentes de malignidad). Por lo que se realiza TAC tórax, abdomen y pelvis (múltiples lesiones infiltrativas pulmonares, con hipodensidad ovoidea, anterior al cayado aórtico de 28X30mm y actividad ganglionar mediastinal). Se realiza toma de biopsia guiada por intervencionismo, con envío a patología (carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado queratinizante). Se diagnóstica cáncer pulmonar de células no pequeñas, con carcinomatosis leptomeningea. **Palabras clave:** meningitis, aséptica, cáncer, pulmón.

Folio: 1321

Tema: Epidemiología

Agentes etiológicos aislados en cultivos de pacientes con infección urinaria en hospital de segundo nivel durante el periodo enero-junio de 2018

Cobos Orestes de Jesús, Hernández Paulina, Del Ángel Mariela, Ramírez Sandra María, Lozano Flor Magdalena, Trejo Nancy
Instituto Mexicano Del Seguro Social

Introducción: Las infecciones de vías urinarias son un problema importante de salud, su prevalencia a nivel hospitalario amerita especial atención ya que comúnmente se encuentran asociadas a enfermedades crónicas que complican su manejo, son el grupo de infecciones bacteria-

nas más frecuentes. *Escherichia coli* persiste como el agente causal más frecuente, con unas implicaciones económicas muy importantes a nivel hospitalario así como en la vida económica de los pacientes. Este trabajo pretende brindar evidencia de la situación actual sobre los principales patógenos implicados en la población del hospital general de zona 27 internados en el servicio de medicina interna. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo con los urocultivos desde enero de 2018 hasta junio de 2018. Se utilizó estadística descriptiva y se evidenció con tablas por su frecuencia y porcentaje.

Resultados: De 360 cultivos de orina, se obtuvieron frecuencias absolutas de los patógenos aislados y sus porcentajes. Patógeno Frecuencia Porcentaje *Escherichia coli* BLEE + 120 33.33 *Escherichia coli* BLEE - 76 21.11 *Candida* 48 13.33 *Enterococcus faecalis* 33 9.16 *Klebsiella pneumoniae* 24 6.66 *Enterococcus faecium* 14 3.88 *Enterococcus gallinarum* 11 3.05 *Pseudomonas aeruginosa* 10 2.77 *Klebsiella oxytoca* 4 1.11 *Proteus mirabilis* 4 1.11 *Staphylococcus haemolyticus* 4 1.11 *Staphylococcus epidermis* 3 0.83 *Serratia fonticola* 3 0.83 *Staphylococcus aureus* 3 0.83 *Acinetobacter baumannii* 2 0.55 *Streptococcus agalactiae* 1 0.27. Se documentó acorde a la literatura, una mayor prevalencia de infecciones asociadas a *E. coli* como agente

causal (54.44%), en este grupo, la mayoría se reportaron como productoras de betalactamasas de espectro extendido (33.33%). Otros agentes de relevancia fueron de naturaleza fúngica, el género *Candida* se reportó en 13.33% de los casos. **Conclusión:** Las bacterias con resistencia extendida son un problema de salud serio, y es necesario conocer su epidemiología en nuestra región. Conocer los agentes etiológicos más comunes en nuestro entorno permite enfocar adecuadamente las herramientas terapéuticas disponibles desde el punto de vista de la medicina preventiva, es importante extender este tipo de revisiones con mayores muestras en un tiempo más significativo y analizar los datos reportados de la susceptibilidad antimicrobiana.

Palabras clave: infecciones urinarias, urocultivos, microbiología.

Folio: 1322

Tema: Nefrología

Factores predictivos de mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica terminal y hemodiálisis urgente

Rosales Yuridia Evangelina¹, Olivo Mara Cecilia², Nández Homero¹, Wah Martín Iván¹, Rivera Daniel¹

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Servicio de Nefrología, Departamento de Medicina Interna

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: Los pacientes con enfermedad renal crónica que se encuentran en terapia de sustitución renal presentan de 6.3 a 8.2 veces mayor riesgo de mortalidad al compararse con la población general, considerándose como causa principal los eventos cardiovasculares. Se ha documentado en la literatura que el inicio de la terapia de sustitución renal de forma no planeada o urgente se asoció a un aumento en la mortalidad y morbilidad, encontrándose como predictores de mortalidad la edad, alto nivel de urea (definido como $> 3\text{g/L}$ o el equivalente a 140mg/dl de BUN), acidosis ($< 10\text{mmol/l}$) y anemia ($< 7\text{g/dl}$), índice de comorbilidades de Charlson con un puntaje > 4 y los niveles bajos de vitamina D ($< 15\text{ng/ml}$). Actualmente en nuestro país solo existen cohortes retrospectivas con análisis descriptivo de nuestra población, sin estimar si existen factores predictivos de mortalidad similares a los documentados previamente. **Objetivo:** Determinar si existe factores predictivos de mortalidad en una cohorte de pacientes con inicio de hemodiálisis urgente. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico de una cohorte retrospectiva de pacientes con enfermedad renal crónica terminal, criterios de hemodiálisis urgente y colocación de catéter Mahurkar o Niágara, durante el periodo del

1° de enero al 31 de diciembre de 2017, que ingresaron al área de urgencias del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Se recabaron del expediente clínico: datos demográficos, comorbilidades previas y tiempo de evolución: diabetes mellitus, hipertensión arterial, EVC, enfermedad cardiovascular, hepatopatía crónica o enfermedad renal crónica ya conocida. Además de diagnóstico de ingreso y egreso, laboratorios, criterio de hemodiálisis urgente, tiempo entre ingreso y colocación de catéter, días de estancia hospitalaria, costo de hospitalización y causa de defunción. Se realizó a través de SPSS correlación de Spearman y análisis de regresión multivariable en relación a mortalidad. **Resultados:** De los 221 pacientes analizados, 89 fueron mujeres (40%) y 132 hombres (60%). El promedio de edad fue de 53.8 ± 15 años. La etiología más común de ERC fue la diabetes mellitus (33.4%), seguido de hipertensión arterial (28.5%) y el 21.7% diabetes mellitus e hipertensión arterial. De los 221 pacientes, 42 pacientes (19%) fallecieron y 179 pacientes (80%) se egresó a domicilio. Las causas más comunes de defunción fue las enfermedades infecciosas (45.2%). Se realizó un estudio de correlación entre las variables estudiadas y la mortalidad, utilizando la prueba de Rho de Spearman y las variables que

tienen mayor correlación con mortalidad son la edad con una correlación mínima de 0.13 ($p < 0.05$) y el nivel de glucosa al ingreso 0.166 ($p < 0.01$), correlación baja la presencia de enfermedad hepática 0.28 ($p < 0.05$), nivel de hemoglobina al ingreso 0.15 ($p < 0.02$) y el lactato 0.325 ($p < 0.05$) y correlación fuerte si requirió intubación orotraqueal 0.628 ($p < 0.05$). Asimismo, se realizó un análisis de regresión multivariable con todas las características de nuestra población encontrándose que la edad (OR 1.045), género (OR 2.04), presencia de hipertensión arterial (OR 1.5), hiperlactatemia (OR 1.7) son las que tienen mayor significancia en relación a la mortalidad. **Conclusiones:** Las variables que se relacionaron con mortalidad son la edad, el género femenino, la presencia de hipertensión y la hiperlactatemia, sin encontrar significancia con el índice de Charlson ni niveles de uremia, acidosis o hiperpotasemia. Por lo tanto con los resultados obtenidos de nuestro trabajo, realizaremos un score para predecir mortalidad desde el ingreso del paciente y realizar su validación en una cohorte prospectiva, con la finalidad de detectar a los pacientes de alto riesgo y disminuir la mortalidad asociada.

Palabras clave: hemodiálisis, mortalidad, factores predictivos, urgente, enfermedad renal, uremia.

**Folio: 1324****Tema: Misceláneos****Síndrome de takotsubo en paciente con esclerosis lateral amiotrófica variante bulbar de reciente diagnóstico. Reporte de caso**

Méndez Herón Gaspar, Yáñez Christian Delfino, Zapata Adriana, Ramos Karime Berenice

Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

Masculino de 60 años, con HAS con cuadro de 3 años de evolución, con disestesias y fasciculaciones en ambos miembros pélvicos, predominio distal, adinamia, astenia, pérdida ponderal de 30 kg, disfagia a sólidos, se realiza endoscopia concluyendo: gastritis erosiva leve antral, hernia hiatal por deslizamiento. Se agrega disfonía la cual progresa, se realiza laringoscopia por ORL, descartando tumores. Presenta cuadro de ángor en este período, acude a valoración y se realiza cateterismo cardiaco con: Arterias coronarias epicárdicas sin estenosis angiográficamente significativas. VI con hipocinesia inferior y posterior, hipercinesia basal. FEVI 55%, CK, CK-MB dentro de valores normales, troponina T discretamente elevada, BNP < 10, se egresa a paciente con tratamiento antiisquémico. Sin embargo, el paciente presenta disnea que progresa de mMRC 2 a mMRC 4 realizando es-

pirometría y documentando patrón restrictivo moderadamente severo (FEV1 56%, FVC 60%), ante la alta sospecha de patología neuromuscular, se realiza electromiografía y velocidades de conducción nerviosa, con: reducción de neuroconducción motora en extremidades inferiores, ondas F tardías con latencias normales en 4 extremidades. EMG aumento de duración de potenciales de inserción, frecuentes ondas agudas, ++ potenciales de fibrilación, fasciculaciones bifásicas, trifásicas y polifásicas frecuentes, el paciente cumplió criterios para ELA. Durante su estancia con nuevo cuadro de ángor, se solicita ECOTT: discinesia del ápex, acinesia de pared anterior del septum interventricular y pared anterior del VI, FEVI 23%. Función sistólica ventricular derecha preservada, presentando cambios por ECG de lesión subepicárdica, se descarta durante su estancia feocromocitoma y miocarditis, como parte de criterios diagnósticos, confirmándose el diagnóstico de miocardiopatía de Takotsubo. En la literatura existen casos esporádicos de esta asociación sobretodo en Asia Oriental, con pronóstico adverso.

Palabras clave: takotsubo, miocardiopatía, parálisis, enfermedad coronaria, discinesia miocárdica, esclerosis lateral amiotrófica.

Folio: 1325**Tema: Otros****Neurotoxicidad por cefepime, a propósito de un caso**

Campoverde Carlos Andrés, Zapata Rogelio, Robiou Enrique José, Cruz Rodrigo Zenón
Hospital General de México

La cefepime es una cefalosporina de cuarta generación que presenta actividad frente a bacterias aerobias gram positivas y negativas, incluyendo *P. aeruginosa*. Se distribuye ampliamente por los tejidos incluyendo el líquido cefalorraquídeo con excreción renal (>80%) con necesidad de ajuste de dosis TFG < 50ml/min. En pacientes con alteración de la función renal, cefepime se acumula en el SNC debido al aumento de la circulación del medicamento y una mayor penetración de la barrera hematoencefálica produciendo neurotoxicidad. Los síntomas incluyen la presencia de confusión, mioclonos, somnolencia, coma, encefalopatía y convulsiones. La aparición de síntomas neurológicos tiene varió de 1 día a 1 mes después del inicio de la terapia. Se reporta el caso de mujer de 46 años con antecedente de HAS y DM tipo 2 con complicaciones microvasculares, nefropatía diabética con insuficiencia renal crónica terminal KDIGO 5 desde hace 1 año en terapia de remplazo con hemodiálisis. Cuadro que inició el día 20.02.18 con fiebre y escalofríos durante

sesión de hemodiálisis, acompañada de astenia, adinamia, náusea, vómito gastrobiliar y evacuaciones diarreicas. Se documenta presencia neumonía nosocomial izquierda y bacteremia asociada a catéter de hemodiálisis, hemocultivos: aislamiento de *P. aeruginosa* sensible a cefepime, por lo que se inició tratamiento a base de este, con dosis de 1g cada 24 horas. Se realizó recambio de acceso venoso vascular, así como tratamiento intermitente con hemodiálisis cada 72 horas. Completo esquema por 19 días con remisión de cuadro infeccioso. El 10.03.18 la paciente presentó deterioro progresivo del estado de despierto, disminución de la interacción con el medio, afasia motora, confusión, agitación y mioclonias. Laboratorios: glucosa 77, urea 56.7, creatinina 8, sodio 137, potasio 3.5, calcio 8.4, fósforo 7.1, L 3500, N 2000, Hb 9.8, Plt 187000. Procalcitonina 1.81, hemocultivos sin desarrollo, líquido cefalorraquídeo: normal. tomografía simple de cráneo: sin evidencia de lesiones intra o extra-axiales y electroencefalograma que reporta actividad eléctrica anormal con disfunción generalizada, se sospechó de intoxicación por medicamentos. Se realizaron sesiones de hemodiálisis consecutivas, presentando mejoría sintomática significativa, y tras dos sesiones tuvo remisión de sintomatología neurológica completa.

Discusión: La asociación entre eventos adversos inducidos por cefepima ha sido poco documentada. El algoritmo de causalidad de Karl-Lasagna establece como “probable” la relación entre la administración de cefepima y la aparición de neurotoxicidad. En pacientes con insuficiencia renal aguda o crónica, la cefepima se acumula en el sistema nervioso central debido al aumento de la circulación del medicamento acumulación de ácidos orgánicos que inhiben competitivamente el transporte activo de la droga y la disfunción y una mayor penetración de la barrera hematoencefálica. Los síntomas incluyen confusión, mioclono, somnolencia, coma, encefalopatía (1%) y convulsiones (0.1%). La aparición de síntomas neurológicos puede presentarse desde el primer día hasta dentro de los primeros 30 días después de haber iniciado el tratamiento. El siguiente caso expone la probable presencia de neurotoxicidad secundaria a cefepime, en donde se descartaron todas las posibles causas que pudiesen haber condicionado el deterioro neurológico, sugiriendo que se debe de tener un control estricto sobre el ajuste y la administración de dosis de cefepime en paciente con función renal alterada, así como el adecuado tratamiento de sustitución de la función renal.

Palabras clave: cefepima, neurotoxicidad, función renal.

Folio: 1327

Tema: Infectología

Pancolitis (fulminante) secundaria a *Entamoeba histolytica* en una paciente inmunocompetente

García Jorge Óscar¹, Kúsulas Deyanira², Nieva Julio², Rojo Leticia², Darwich Akram², Chablé Fredy³, López Eric⁴

¹ Instituto Nacional de Cancerología; ² Fundación Clínica Médica Sur; ³ Hospital San Ángel Inn Universidad; ⁴ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: *E. histolytica* es el agente causal de la amebiasis, enfermedad con presentación predominante gastrointestinal y potencialmente letal, aún en la era antimicrobiana. Destruye tejidos por mecanismos imprecisos. El modelo más extendido es citotoxicidad mediada por secreción y dependiente de contacto, particularmente la presencia de amebaporos (pertenecientes a la familia de las proteínas “saposina-like” -SAPLIP-), la pancolitis fulminante amebiana es la complicación más devastadora, asociada a alta mortalidad y morbilidad. **Caso clínico:** Mujer 36 años, O/Jalisco y R/Ciudad de México. Practicante de hipismo (14 a 28 años), consume diariamente alcohol (2 copas). Tiene hipotiroidismo y síndrome depresivo, bajo tratamiento y control. Inició 2 semanas previas a su ingreso e inmediato a vaca-



ciones en Vallarta y Jalisco -1 mes-, con mialgias, artralgiyas y fiebre de hasta 38.3°C (intermitente). Posteriormente, se agregó mareo, náusea, vómito gastroalimentario y dolor en FID 7/10, opresivo, irradiado al resto del abdomen, asociado a evacuaciones disminuidas en consistencia, Bristol 6-7, sin moco y sangre (++) . Fue valorada en otra institución donde diagnosticaron “colitis” y prescribieron paracetamol/naproxeno, trimebutina y difenidol. Al EF datos clínicos de abdomen distendido, aumento de volumen en FID, signos de McBurney (+), Rovsing (+), psoas, obturador y talo-percusión (+/-). Laboratorios: leucocitosis (16.8/mm³), neutrofilia 90% y hematuria (+++). Se realizó TAC abdomen: engrosamiento de pared, de ciego a sigmoides; se realizó pancolonoscopia con múltiples úlceras profundas de diverso tamaño, desde ciego hasta sigmoides. Todas las biopsias colónicas mostraron trofozoítos de *E. histolytica*. Se inició tratamiento con metronidazol IV, seguido de hidoxiquinoleína PO. 2 meses después hay resolución completa. **Discusión:** En la mayoría de pacientes inmunocompetentes y particularmente inmunocomprometidos, la causa de la colitis inicialmente se diagnostica erróneamente; 40% de los casos no presentaron ningún síntoma gastrointestinal; en muchas ocasiones, inclusive les inician esteroides, consideran-

do CUCI. La razón que solo un subconjunto de personas infectadas con amebiasis desarrolle una enfermedad clínica es poco conocida, dada la complejidad de las interacciones huésped-E. histolytica. En última instancia, es la combinación de los factores de virulencia amebianos y las respuestas destructivas inflamatorias del huésped las que median la lesión tisular observada, como en este caso de pancolitis amebiana fulminante.

Palabras clave: *Entamoeba histolytica*, pancolitis, inmunocompetente, virulencia, citotoxicidad, fiebre origen desconocido.

Folio: 1328

Tema: Infectología

Encefalitis aguda por virus Epstein Barr (EBV) combinado con pancreatitis aguda asintomática

García Jorge Óscar¹, Blaz Agustín², Leyva Adolfo³

¹ Instituto Nacional de Cancerología; ² Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México;

³ Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Introducción: EBV es uno de los virus más prevalentes en la población mundial; se estima que más del 90% está infectado. Mientras que la infección en niños es asintomática, en adolescentes y adultos, a menudo causan mononucleosis

infecciosa sintomática. Algunas complicaciones infrecuentes son anemia aplásica, trombocitopenia, miocarditis, hepatitis y complicaciones neurológicas. Entre las últimas están encefalitis, meningitis aséptica, mielitis transversa y síndrome de Guillain-Barré. **Caso clínico:** Mujer 33 años, O/ y R/Ciudad de México. Ama de casa, (2 niños, 5 y 3 años), con antecedente de 1 año de artralgiyas en articulaciones IF sin conclusión diagnóstica. Acude por 3 semanas de cefalea universal intensa, sin alivio pese a dosis progresivamente mayores de AINE's, 10 días antes tuvo TAC simple de cráneo, sin masas o desviación de la línea media, disminución de volumen de ambos ventrículos laterales; acude a valoración por falta de mejoría, no recibió ATB's. Viaje a la Marquesa, Edo. Méx, sin consumo de animales salvajes o picadura de garrapata. Al EF desorientada, c/bradilalia, afebril. Datos de afección de VIII par craneal (vestibulitis), no náusea, vómitos ni diarrea, rigidez de nuca (++) . Laboratorio: Biometría con leucocitosis (14.5/mm³), neutrofilia (85%), marcadores inflamatorios: PCR y procalcitonina 0.975 mg/dL y 0.05 ng/mL. PFH: TTSS normal. VIH 1 y 2 (-), VDRL (-), FR (-), AntiDNA DS (-). PL: LCR turbio, presión de apertura 510 mm/H₂O. Eritrocitos 0/mm³, leucocitos 600/mm³ (PMN 20%, mononucleares 80%), proteínas 400 mg/dL, glucosa LCR 30 g/dL

(glucosa sérica 100 mg/dL). En la evaluación inicial LCR: PCR HSV-1 y HSV-2, Enterovirus (-). Inició ampicilina, ceftriaxona, aciclovir empíricamente por diagnóstico preliminar de meningoencefalitis. RMN mala resolución pero similares hallazgos a TAC, con aumento de contraste parietotemporal izquierda; no hubo deterioro del nivel de conciencia y/o Glasgow. Se agregó doxiciclina, albendazol y esteroides IV. Posteriormente se recibieron PCR de VZV (-), al igual que MTB. Citología (-) a neoplasia o estructuras parasitarias y serología Cisticercosis LCR (-). Lyme (-). Finalmente, PCR cualitativa (+) de EBV, CV en LCR 4,300 copias/mL y (-) en sangre periférica. Se suspenden antimicrobianos y antiparasitario. Durante la 3er semana de estancia intrahospitalaria presenta marcada elevación asintomática de amilasa y lipasa, que mejoran sin otra intervención.

Discusión: la enfermedad diseminada por EBV y en particular la encefalitis (definición histopatológica de inflamación cerebral) es una enfermedad a menudo fatal. Sin embargo, la encefalitis por EBV, raramente se halla en inmunocompetentes. En este caso se describe un caso de una paciente inmunocompetente, con los datos típicos de encefalitis, aunado a pancreatitis de los cuales hay 10 casos descritos en la literatura médica.

Palabras clave: encefalitis, Epstein-Barr virus,

inmunocompetente, pancreatitis, enfermedad sistémica, fiebre.

Folio: 1329

Tema: Infectología

Síndrome de Swyer James Macleod secundario a infección por coronavirus NL63 en un adulto mayor

García Jorge Óscar¹, Guerra Dulce², Dajer Walid³, Noffal Víctor⁴, Sansores Raúl⁴

¹ Instituto Nacional de Cancerología; ² Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México;

³ Hospital General de México;

⁴ Fundación Clínica Médica Sur

Introducción: En 1953, P.R. Swyer, G. James y 1954 W.M. Macleod, describieron un grupo de pacientes, con pulmón hiperluciente unilateral; desde entonces, el síndrome Swyer-James-Macleod (SSJM) es una entidad que describe cuadros de bronquiolititis obliterante postinfecciosa generalmente en niños; los cuadros en adultos son escasos. Está asociado generalmente a Paramyxovirus, *Bordetella pertussis*, *M. tuberculosis*, *Mycoplasma pneumoniae*, influenza A y Adenovirus tipos 3, 7 y 21. La asociación al recientemente descrito Coronavirus NL63 no ha sido descrita. **Caso clínico:** Hombre 79 años, O/ y R/Ciudad de México. Director de escuela primaria, fumó hasta los 55 años (IT-35), con antecedente de 1 semana de astenia, tos

inicialmente escasa y posteriormente productiva -mucoide-, fiebre, disnea en las últimas 48 horas. Sus síntomas habían comenzado después de cuadro de coriza. No hay antecedentes de infección grave del tracto respiratorio, hospitalizaciones, ni uso frecuente de antibióticos y/o broncodilatadores, ocasionalmente se vacuna para influenza estacional. Al EF, consciente, orientado, T/A 119/77 mmHg, FC 92/min, FR 20/min y SpO2 90% AA. Exploración pulmonar con disminución de murmullo broncovesicular hemitórax izquierdo. Laboratorios: GB: 13.8/mm³, PMN 92%, PLT 414/mm³, Hb 11.6 g/dL, Hto 34%. CrS 2.04 mg/dL (previo normal), NUS 28.9 mg/dL electrolitos séricos, pruebas de función hepática en límites normales. Radiografía de tórax de ingreso pulmón izquierdo hiperlúcido y bronquiectasias. PCR de exudado naríngeo (+) para HCoV NL63, resto negativo (adenovirus, HCoV HKU1, HCoV 229E, HCoV OC43, HMPV, VSR, Influenza, Parinfluenza). Al finalizar la 2da. semana de EIH, la TAC demostró bronquiectasias quísticas difusas en pulmón izquierdo; hallazgos consistentes con SSJM. En TAC de tórax de alta resolución (HRCT) -semejante a SARS-, con bordes de neumotórax unilateral e incremento de hiperlucencia y bronquiectasias; se coloca sonda pleural, decorticación y lobectomía media, mejora con oxígeno a alto



flujo. **Discusión:** Los primeros casos de infección por HCoV-NL63 fueron en niños con ITR baja severa en ambientes hospitalarios. Aunque también desde los primeros casos se describieron complicaciones fatales en adultos mayores. HCoV-NL63, como HCoV-229E y HCoV-OC43, pueden causar un cuadro grave en niños, pero particularmente en adultos mayores e inmunocomprometidos, sin embargo, no hay casos descritos de SSJM en adultos mayores.

Palabras clave: neumonía, adulto mayor, coronavirus, síndrome Swyer-James-Macleod, bronquiolitis obliterante.

Folio: 1330

Tema: Endocrinología

Coexistencia de insulinoma y diabetes mellitus tipo 2: reporte de caso

Achach Ahmed, Jimenez Julio Cesar

Hospital O'Horan Secretaría de Salud Yucatán

Introducción: El insulinoma es una causa rara de hipoglicemia habitualmente en el contexto del protocolo de estudio de hipoglicemia en paciente no diabético. Presentación de caso Femenino de 61 años de edad con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de 20 años, en manejo con insulina glargina. Ingresó por alteración del estado de alerta y diaforesis, se documenta glicemia capilar de 34 mg/dl y mejora con adminis-

tración de glucosa. Durante su estancia presentó hipoglicemias

Palabras clave: insulinoma, hipoglicemia, diabetes.

Folio: 1331

Tema: Nefrología

Factores de morbilidad que intervienen en la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis

Mena Jorge¹, Huerta Ana Patricia², Borjas Jaime Antonio³

¹ Departamento de Medicina Interna, Hospital Central Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, México; ² Laboratorio de Biofarmacia y Farmacocinética, Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México; ³ Departamento de Nefrología, Hospital Central Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, México

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con enfermedades crónicas presenta actualmente un detrimento comparada con la población en general, situación que repercute de manera negativa en la evolución y pronóstico, con incremento en el número de hospitalizaciones y la mortalidad. Actualmente se describen en la literatura diferentes variables que intervienen de manera negativa. **Objetivo:** Identificar y correlacionar variables que impactan en la CVRS en pacientes mexicanos en hemodiálisis. **Material y Método:** Estudio observacional, transversal, descriptivo y de correlación; se

incluyeron pacientes en hemodiálisis, mayores de 18 años de edad, con tres o más meses en hemodiálisis, que no sufrieran discapacidad o trastorno psiquiátrico; las variables estudiadas son: género, edad, nivel socioeconómico, grado académico, estado de actividad actual, localidad de origen, etiología de la enfermedad renal, tiempo en hemodiálisis, número de sesiones por semana, número de sesiones acumuladas a lo largo de la evolución y tipo de acceso vascular; se utilizó el índice de Charlson y Karnofsky para la evaluación de comorbilidad y funcionalidad, en el caso de la calidad de vida se evaluó a través del cuestionario Kidney Disease Quality of Life –Short form 36; posteriormente cada variable fue sometida a un análisis descriptivo e inferencial utilizando el programa SPSS versión 20 para Windows. **Resultados:** Se analizaron 108 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, con edad media de 50 años, 52.8% hombres. La etiología principal fue diabetes mellitus (49.1%). La mediana en el tiempo durante el cual han recibido hemodiálisis fue de 18 meses, 74.1% recibió dos sesiones por semana, 52.8% utilizó catéter permacath como acceso vascular, 53.7% presentó alta comorbilidad, el índice de funcionalidad de Karnofsky presentó una mediana 85 puntos, el cuestionario KDQOL-SF36 presentó un pun-

taje promedio de 73.75 (DE 9.1 puntos) y se encontró que dentro de las cinco sub escalas el componente físico (PCS), el componente mental (MCS) y la sub división carga de la enfermedad (BKD) presentaron en promedio las puntuaciones más baja con 38.41, 46.87 y una mediana de 25 puntos respectivamente, mientras que los componentes síntomas/ listado del problema (SP) con una media de 81.86 puntos y el efecto de la enfermedad (EKD) con una media de 71.74 puntos fueron las sub divisiones mejor evaluadas. Se observo que en pacientes diabéticos, se afectaron las 5 sub escalas, la comorbilidad alta afecto el PCS, MCS, BKD y SP, mientras que la funcionalidad baja solo no afecto el PCS, a mayor edad se afectaron el PCS, MCS Y BKD, el menor número de sesiones por semana afecto el PCS y un bajo grado de escolaridad afecta el MCS ($p < 0.5$).

Discusión y Conclusiones: La CVRS en hemodiálisis presenta un detrimento, tal como lo demuestran otros estudios, esto relacionado a la presencia de factores. En este caso se demostró que fue asociado a un menor grado de escolaridad, comorbilidad alta, mayor edad, menor funcionalidad, menor número de sesiones recibidas por semana y la presencia de diabetes mellitus.

Palabras clave: hemodialisis, calidad de vida relacionada a la salud, diabetes mellitus.

Folio: 1333

Tema: Reumatología

Granulomatosis con poliangeitis: caso de alta severidad

Vergara Adriana, Meneses Blanca A, Piña Monserrat, Salero Débora

Hospital Angeles Metropolitano

Masculino de 31 años, tabaquismo positivo 20 cigarros/día, alcoholismo positivo 5 veces por semana, consumo de marihuana, viaje reciente a Acapulco 1 semana previa. Presenta fiebre, malestar general, mialgias y debilidad en extremidades inferiores que limita la marcha, así como pérdida de 7 kg en dos semanas y hematuria asociada a disuria y tenesmo. Se manejó ambulatorio con levofloxacino sin mejoría. A su ingreso con tos productiva hemoptoica y limitación para la bipedestación; hiperemia conjuntival, mácula violácea en paladar duro, adenomegalias cervicales dolorosas < 1 cm. Pulmonar con ruidos respiratorios disminuidos. Extremidades pélvicas hipotróficas dolorosas a la palpación en región proximal, fuerza muscular 3/5 miembro pélvico izquierdo, 4/5 resto de extremidades. ROTS conservados. TACAR de tórax con presencia de nódulo en segmento latero basal derecho subpleural, de 1.7x2.0x1.6cm de bordes irregulares y espiculados; cavitada, paredes de 1cm. Electromiografía con bloqueo parcial sensitivo-motora de nervio tibial izquierdo. Marcadores

tumorales negativos, c-ANCAs positivos, biopsia pulmonar con hallazgo de vasculitis granulomatosa necrotizante. Tratamiento con bolos de metilprednisolona y posteriormente ciclofosfamida. Análisis: Por las características de la lesión observada en la TAC, fue necesario hacer diagnóstico diferencial con una neoplasia, sin embargo el resultado de los cANCAs y marcadores tumorales guiaron el diagnóstico que se confirmó mediante biopsia. El paciente tenía score de Birmingham de 41 puntos al inicio, que indica actividad intensa asociada a afección neurológica (poco común). Presentó un cuadro agresivo de afección pulmonar que meses después se complicó con TEP llevándolo a la muerte por falla respiratoria.

Palabras clave: granulomatosis con poliangeitis, falla respiratoria.

Folio: 1335

Tema: Hematología

Factores de mal pronóstico en pacientes hematológicos con neutropenia febril

Reyes Mondragón Alan Ledif, Cantú Olga Graciela, Nández Homero, Garza Andrea Cecilia, Villalobos Leonel

Hospital Universitario Dr. José E González UANL

Dentro de nuestra población compuesta por pacientes con diagnóstico Hematológico de base, 81 pacientes fueron incluidos en nuestro protocolo



de seguimiento, muestreo y análisis con captura de datos a través del expediente clínico. Múltiples variables clínicas y bioquímicas se registraron, con la intención de encontrar una correlación sobre los factores de mal pronóstico asociados con la mortalidad de dichos pacientes. Es conocida que la sepsis es la principal causa de mortalidad en pacientes con fiebre y neutropenia con malignidad hematológica o sólida bajo tratamiento antineoplásico. Se han descrito factores de riesgo durante el periodo de neutropenia para la adquisición de bacteremia y consecuentemente un aumento en la mortalidad; la presencia de hipofosfatemia (< 0.8 mmol/L), hipoproteinemia (< 62 g/L), se han identificado como factores de riesgo independientes en pacientes neutropénicos para el desarrollo de sepsis como niveles bajos de bicarbonato (< 17 mmol/L), hiperlactatemia, niveles elevados de procalcitonina, niveles bajos de factor VIIa (< 0.8 ng/mL) y disminución de antitrombina ($< 70\%$). Nuestro estudio unicéntrico, prospectivo, no randomizado de 3 años de seguimiento en pacientes neutropénicos con diagnóstico hematológico con un seguimiento hasta 30 días después del ingreso o hasta su fallecimiento a nuestra Institución Hospitalaria. Mediante análisis estadístico utilizando SPSS versión 22.0, encontramos como principales variables de

mal pronóstico asociadas con mortalidad a diferencia de lo reportado en la literatura; fueron BUN (11.5 vs 19mg/dL), elevación de Creatinina (0.7 VS 1.1mg/dL), hipoalbuminemia (2.9 vs 2.6g/dL), hipocalcemia (8.05 vs 7.58 mEq/L) y la presión parcial de dióxido de carbono (32.5 vs 29 mmHg) estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

Palabras clave: fiebre, neutropenia, pronóstico, hematológico, mortalidad.

Folio: 1336

Tema: Infectología

Caso inusual de infección de vías urinarias de repetición por *Mycobacterium chelonae* en paciente no inmunocomprometida

Ortega María José, Moreno Lorena Guadalupe, Soler Fernando, Díaz Enrique, Rodríguez Federico

Hospital Angeles del Pedregal

Femenino de 58 años, residente de la Ciudad de México, originaria de Guatemala. Antecedente de alergia a las sulfas, 2 cesáreas, niega presencia de crónico degenerativos, refiere que en la juventud nadaba en ríos por lo menos una vez a la semana. Acude por infección de vías urinarias de repetición de al menos 30 años de evolución por lo que había sido tratada en múltiples ocasiones con diferentes antibióticos con posteriores recaídas presentando estos episodios de 4 a 6 veces

al semestre, múltiples urocultivos sin desarrollo. Se realiza abordaje diagnóstico, con TAC de abdomen sin presencia de abscesos o alteraciones anatómicas a nivel gineco-urinario, se sospechan patógenos atípicos solicitando urocultivo en medios especiales entre los que se encontraba el MGIT donde se identificó de *Micobacterium chelonae*. Posteriormente fue tratada con claritromicina y etambutol con mejoría clínica a las dos semanas de inicio de tratamiento.

Palabras clave: infección de vías urinarias, no inmunocompromiso, femenino, *Micobacterium chelonae*.

Folio: 1337

Tema: Nefrología

Complicaciones infecciosas en paciente con trasplante renal de febrero de 2012 a abril de 2018 en el Hospital Ángeles del Pedregal

Mellado Raúl, Sánchez Diana, Guajardo Jaime, Díaz Enrique Juan, Rodríguez Federico L, Rojas Alejandro

Hospital Ángeles del Pedregal

Introducción: El Hospital Ángeles del Pedregal (HAP), ubicado al sur de la ciudad de México, es una de las instituciones privadas con mayor número de trasplantes renales realizados dentro de nuestro país. El objetivo de este trabajo es describir la incidencia de complicaciones infecciosas del HAP de febrero de 2012 a abril de 2018. Las

infecciones son uno de los determinantes pronósticos de un trasplante de órgano sólido. Son también la segunda causa de morbi-mortalidad en pacientes post-trasplantados. El tipo de órgano trasplantado, el grado de inmunosupresión, entre otros afectan la incidencia de infecciones después del trasplante. Existe principalmente 3 intervalos de tiempo a considerar cuando se habla de infecciones post-trasplante: 1) temprana (0-30 días), intermedia (30-180 días) y tardía (> 180 días). En la etapa temprana las infecciones bacterianas e infecciones por *Candida* son las más predominantes. En la etapa intermedia las infecciones relacionadas clásicamente con los trasplantes son las más comunes. La mayoría de las complicaciones infecciosas en el primer mes post-trasplante está relacionada con la cirugía. Estas incluyen infecciones de sitio quirúrgico por *Candida*, neumonía, infección de vías urinarias, sepsis intravascular relacionada por catéter y *Clostridium difficile*. **Materiales y métodos:** El presente es un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó todos los trasplantes renales realizados en el HAP durante febrero de 2012 a abril de 2018. Se excluyó a los pacientes cuyo expediente clínico no contaban con datos completos para su análisis. Se describen las complicaciones infecciosas en pacientes trasplantados en base al expediente

clínico. **Resultados:** De febrero de 2012 a abril de 2018 en el HAP, se realizaron 33 trasplantes renales, de los cuales se excluyeron 3 expedientes por no contar con suficientes datos clínicos. Las complicaciones infecciosas se presentaron en el 50% (15) de los pacientes post-trasplantados. En total se registraron 32 complicaciones infecciosas de las cuales el 15% (5) ocurrieron en el periodo temprano (< 30 días), 28% (9) en el periodo intermedio (30-180 días) y el 56% restante (18) en el periodo tardío. Las infecciones de vías urinarias fueron la complicación infecciosa más común, representando el 37.5% (12) de las infecciones totales, seguido por las gastroenteritis infecciosas con un 15.6% (5) y posteriormente a la infección por CMV con el 12.5% (4).

Discusión y conclusiones: En el HAP, las complicaciones infecciosas post-trasplante pueden compararse con lo encontrado en la literatura, así como con otros centros de referencia.

Palabras clave: trasplante, nefrología, infecciones, complicaciones, renal.

Folio: 1338

Tema: Infectología

Validación de escala predictora de severidad y mortalidad en pacientes con influenza

Gamboa Carmen Magdalena¹, Aguirre Gloria Mayela¹, Elizondo Rogelio Andrés¹, Gamboa Augusto Andrés², Camacho Adrián²

¹ Universidad de Monterrey;

² Universidad Autónoma de Nuevo León

Objetivo: Validar una escala de severidad y mortalidad en pacientes con Influenza confirmado por prueba rápida y/o PCR. **Material y métodos:** Se desarrolló un estudio observacional, incluyendo 125 pacientes con diagnóstico de influenza de Christus Muguerza Alta Especialidad (CMAE). Los factores de riesgo estudiados incluyeron: comorbilidades, síntomas, signos vitales, laboratorios y radiografía de tórax. Severidad se definió como: estancia intrahospitalaria mayor a 3 días, uso de oxígeno suplementario, uso de vasopresores, sobreinfección bacteriana y muerte. En base a los resultados obtenidos, se realizó una escala para estratificar el riesgo. **Resultados:** Dentro de los factores en el grupo CMAE, la edad > 65 (p= 0.004), Índice de masa corporal > 30 (p= 0.05), Diabetes Mellitus tipo 2 (p= 0.03), Hipertensión arterial sistémica (p= 0.001), Alteración del estado mental (p= 0.04), Frecuencia respiratoria > 22 rpm (p= 0.01), saturación < 90% (p= 0.002), BUN > 19 (p= 0.01), deshidrogenasa láctica elevada (p = 0.02), y una radiografía de tórax anormal (p= 0.006) se asociaron de manera independiente con severidad mientras que la alteración del estado mental (p= 0.03) y lactato deshidrogenasa elevada (p=



0.02) se correlacionaron con mortalidad. Dentro del análisis multivariado, la deshidrogenasa láctica elevada ($p=0.05$) se asoció de manera estadísticamente significativa con mortalidad. Se desarrolló una escala de severidad/mortalidad dando un total de 12 puntos, clasificando en 0-1 puntos como riesgo leve, 2-3 puntos moderado e igual o mayor a 4 alto de presentar complicaciones. La escala que se desarrolló en este grupo obtuvo un área bajo la curva (ABC) de: 0.74 (0.65-0.83), $p=0.001$ para severidad y ABC .83 (0.75-0.92), $p=0.001$ para mortalidad. En el grupo al que se le aplicó la escala en fase 2 del Christus Muguerza del noreste de México (CMNE) se encontró un ABC de 0.63 (0.53-0.74)($p=0.013$) para severidad y ABC =0.901 (0.82-0.97) ($p=0.007$) para mortalidad. **Conclusiones:** La escala elaborada en este estudio demostró buena sensibilidad y especificidad para detección de pacientes con Influenza en riesgo de presentar complicaciones, contrario a lo que se ha visto con otras escalas al ser aplicadas en infecciones virales.

Palabras clave: influenza, virus, escala, factores de riesgo, severidad, mortalidad.

Folio: 1339

Tema: Infectología

Manifestaciones de la tuberculosis extrapulmonar (TBEP) más frecuentes. Reporte de caso y revisión de la literatura

Meza Patricia A, Flores Cándido, García Rafael

Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca, SSA Edo. de México

Introducción: La tuberculosis (Tb) es un importante problema de salud mundial, puede aparecer como una enfermedad multisistémica. *Mycobacterium tuberculosis* es responsable del 97-99% de la enfermedad. Hasta un 25% de los casos presentan TbEP. Los lugares más comunes en afectación son los ganglios linfáticos, pleura y sistema osteoarticular. Siendo un problema el diagnóstico definitivo, debido a la diversidad de manifestaciones. El tratamiento de estos tipos de Tb no difiere del tipo pulmonar, siendo aconsejable extensiones de tratamiento en afección a sistema nervioso central y en enfermedad de Pott. **Objetivo:** Dar a conocer un caso de Tb extrapulmonar (manifestaciones articulares/genitourinaria). **Material y métodos:** **Caso:** Mujer de 76 años de edad residente del Edo de México, con escolaridad básica, Combe negativo y antecedente de exposición al humo de leña por 15 años por 12 horas diarias, sin diabetes mellitus. Es valorada en noviembre 2015 por Reumatología por referir artralgias en manos, pies y rodillas, lumbalgia de tipo mecánico, artritis en manos y pies, rigidez articular matutina de hasta 30 min de duración y fatiga

vespertina. A la exploración física los arcos de movilidad con crepitación y dolor a la rotación de ambos hombros, con nódulos de Heberden en ambas manos, no se documenta artritis. Revalorada en diciembre 2016 por persistir con los mismos síntomas. Sus estudios muestran: VSG 43, PCR 38.94, FR 17.6, anti - PCC < 0.5, EGO: proteínas +, Hb + +, esterasa leucocitaria + +, eritrocitos 2-5 x C, leucocitos 25 - 50 x C, bacterias moderadas. Urocultivo negativo. Se concluye AR negativa y se inicia manejo con metotrexato. Se aborda la piuria estéril. En marzo 2017: PCR Tb en sangre negativa, Quantiferon Tb positivo, Urocultivo de micobacterias: *Mycobacterium tuberculosis*. Se suspende tratamiento para AR. US renal: hidronefrosis derecha, sin poder evidenciar causa obstructiva, así como cambios por nefropatía crónica. Se inicia manejo como tuberculosis diseminada por 12 meses con esquema de primera línea: isoniazida/rifampicina/pirazinamida/etambutol. Al concluir tratamiento en abril 2018, se solicita urocultivo de control siendo negativo para el aislamiento de micobacterias. **Discusión:** La incidencia reportada de TbEP 4.5-53.8% en estudios en países como Turquía, con una relación hombre-mujer 1.5:1.6 a nivel mundial. La artritis por Tb puede ocurrir en cualquier articulación, pero tiende a presentarse mayormente en rodilla

y cadera. La Tb genitourinario es una forma común de TbEP, es a menudo asintomática, con la progresión de la enfermedad puede aparecer síntomas urinarios bajos junto con piuria estéril y hematuria microscópica hasta en 90% de los casos, representa el 6.5% de todos los casos, es más común en hombres que en mujeres. Aspectos epidemiológicos, clínicos, son esenciales para sospechar la enfermedad. En este caso se concretan manifestaciones articulares, así como el diagnóstico de certeza de Tb genitourinaria por cultivo, con tratamiento establecido, se concluye la curación de la misma. **Conclusiones:** Considerar aspectos epidemiológicos es fundamental para sospechar de manifestaciones extrapulmonares de Tb. Se corrobora en este caso una de las primeras manifestaciones extrapulmonares de Tb.

Palabras clave: auberculosis, axtrapulmonar, articular, genitourinaria, artritis.

Folio: 1340

Tema: Oncología

Síndrome de Trousseau como manifestación paraneoplásica de enfermedad metastásica. A propósito de un caso

Enriquez Kevin Giuseppe, Teran José Oscar, López Rogelio, Gonzaga Teres, Alvarez María Elena, Sanson Lizeth, Ramos Miguel Angel

Hospital Central Norte

Introducción: El cáncer se asocia a un estado de hipercoagulabilidad que tiene un origen multifactorial. En 1865 A. Trousseau describió la asociación de la tromboflebitis superficial migratoria con la presencia de una neoplasia visceral oculta, un gran porcentaje de enfermos con cáncer mueren por manifestaciones tromboembólicas. El síndrome de Trousseau es síndrome paraneoplásico que se caracteriza por un estado de hipercoagulabilidad asociado a eventos tromboembólicos. Se incluye, por tanto, la trombosis arterial, embolia arterial, endocarditis trombotica no bacteriana y el tromboembolismo venoso.

Caso clínico: TA 110/60, FC 80, FR 20, T 36.6 P. 106 T 1.69 IMC 37.1 Femenino de 62 años de edad, cuenta con los siguientes antecedentes médicos: hipertensión arterial sistémica de 15 años, tromboembolia pulmonar crónica y dos episodios de trombosis venosa profunda en ambas extremidades pélvicas (marzo y diciembre de 2017 colocación de filtro en vena cava inferior y tratamiento con rivaroxaban 10 miligramos cada 12 horas. Acude al servicio por datos compatibles con nuevo episodio trombotico documentándose con ultrasonido doppler que reporta trombosis venosa aguda desde vena cava superior que se extiende a vena subclavia izquierda, humeral, axilar y vena radial izquierda, se inicia tratamiento con heparina de

bajo peso molecular a dosis terapéuticas, además de abordaje diagnósticos de coagulopatias anticuerpos anticoagulante lúpico 1.20, antib2gi 2.79 (< 10), IgG 2.61 (< 20), IgA 2.64 (< 12), anticardiolipinas IgG < 2 (0-20), se realiza TC debido a que se habían descartado causas reumatológicas encontrándose datos compatibles con enfermedad metastásica multivel de primario desconocido, se realiza biopsia de lesión hepática que reporta adenocarcinoma ductal infiltrante de origen mamario, se continua con anticoagulación indefinida y quimioterapia paliativa. **Conclusiones:** Se han desarrollado múltiples teorías que tratan de explicar la relación entre los estados de hipercoagulabilidad y el cáncer. Se sabe que la generación de trombina y la formación de fibrina están aumentadas en pacientes con enfermedades malignas, lo que determina el desarrollo de un estado de hipercoagulabilidad, en estos paciente el tratamiento se basa en anticoagulante a dosis terapéuticas, la sobrevida re relaciona directamente con el estadio y estirpe oncológica que presente el paciente.

Palabras clave: síndrome de Trousseau, tromboembolismo, síndrome paraneoplásico.

Folio: 1341

Tema: Cardiología

Prevalencia de disfunción diastólica en pacientes con pancreatitis aguda y su pre-



dicción basada en variables clínicas

Carrizales Edgar Francisco¹, Vera Raymundo¹, González Sergio Pablo², De La Cruz Olga Norali¹, Flores Ana Cristina², Pacheco Adán³, Flores Ramiro¹

¹ Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José E González, Monterrey Nuevo León, México; ² Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México; ³ Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E González, Monterrey, Nuevo León, México

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) se asocia con un estado inflamatorio sistémico y fallo multiorgánico que empeora el pronóstico de los pacientes. Durante un episodio de PA puede haber disfunción cardíaca, lo puede tener implicaciones importantes tanto para el abordaje terapéutico como para el pronóstico. En este estudio, describimos la prevalencia de disfunción diastólica (DD) en paciente con PA, y su predicción basada en variables clínicas. Material y métodos Estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes con pancreatitis aguda. Se realizó un ecocardiograma transtorácico estándar con adquisición de imágenes de acuerdo a las guías de la ASE para disfunción diastólica de 2009. Se realizó descripción de variables ca-

tegóricas con frecuencias y de numéricas con mediana y q25-q75; para el análisis se usó prueba de chi cuadrada y pruebas u de Mann-Whitney. Se consideraron significativas solo valores de $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes. La prevalencia de disfunción diastólica en el grupo fue de 22.85%. Se encontró una diferencia relacionada a la edad, la presencia de hipertensión arterial y DMT2. Se realizó una regresión lineal para buscar relaciones independientes con la DD. Se encontró colinearidad al valorar edad ($p=0.053$) y DMT2 ($p=0.211$). Se encontró una relación independiente con la presencia de HTA ($p=0.003$). La presencia de HTA confería un OR=7.467 (CI 95%, 2.35-23.7). **Discusión:** Encontramos relación entre la edad, y el antecedente de DM e HTA con la presencia de DD. Se necesitan estudios para aclarar si la presencia de DD durante un episodio de PA se asocia con peores desenlaces y si en realidad tiene implicaciones terapéuticas relevantes.

Palabras clave: pancreatitis aguda, disfunción diastólica, ecocardiograma, falla cardíaca, falla multiorgánica.

Folio: 1342

Tema: Infectología

Tuberculosis en el embarazo, presentación de un caso de tuberculosis peritoneal en un embarazo de 17 semanas de gestación

Orozco Gerardo, Carrera Fabian Armando

Hospital General Gea González

Introducción y Antecedentes:

Descrita por primera vez en 1843, la tuberculosis peritoneal se debe al desarrollo del bacilo de Koch en el peritoneo, este es uno de los sitios extrapulmonares poco comunes de la infección por tuberculosis. El diagnóstico de esta enfermedad sigue siendo un desafío debido a su naturaleza insidiosa, se necesita una alta sospecha cuando se confronta a una ascitis inexplicable, particularmente en pacientes de alto riesgo. La peritonitis tuberculosa debe considerarse en el diagnóstico diferencial de todos los pacientes que presentan ascitis linfocítica inexplicada y aquellos con un gradiente de albúmina ascítico en suero < 1.1 g/dL. La incidencia reportada entre todas las formas de TB varía de 0.1% a 0.7% en todo el mundo. Por otro lado, pocos casos de peritonitis tuberculosa en el embarazo han sido registrados. En estos pacientes, el diagnóstico precoz es importante para prevenir la morbilidad obstétrica y neonatal. Se asemeja a otras enfermedades y la presentación clínica generalmente no es específica, lo que puede llevar a un retraso diagnóstico y al desarrollo de complicaciones. **Presentación del caso:** Femenino de 16 años, sin antecedentes personales patológicos sin importancia,

cursando embarazo de 17 semanas de gestación. Inició con dolor abdominal en hipogastrio, fiebre, y aumento rápido del perímetro abdominal, se realizó ultrasonido abdominal en el que reportaron presencia de líquido abdominal y ultrasonido obstétrico con producto único vivo de 17 sdg. Se realizó paracentesis con líquido aspecto claro, color amarillo, glucosa 24, proteínas 3.57, albúmina 1.32, células 900 (mononucleares 60%, polimorfonucleares 40%). Albúmina sérica 1.57, Gradiente albumina sérica-albumina de ascitis: 0.27. CA-125: 975. ADA: 72. Se inició tratamiento anti-tuberculosis, la paciente presentó abortó espontáneo. Posteriormente con el tratamiento la paciente continuó con adecuada evolución clínica y desaparición de los síntomas y de la ascitis. **Conclusiones:** La tuberculosis peritoneal es una presentación poco común, y en pacientes embarazadas se cuenta con escasa información. Es importante no retrasar el diagnóstico debido al mal pronóstico que presentan, como lo sucedido con el caso que se expuso. El gold estándar para el diagnóstico es histopatológico con la observación de granulomas en la biopsia de peritoneo mediante laparoscopia. Sin embargo debido a que se trata de un procedimiento invasivo, en este caso se realizó el diagnóstico mediante la sospecha clínica, los resultados en los análisis del líquido de ascitis,

los niveles de ADA aumentados y la respuesta favorable al tratamiento.

Palabras clave: tuberculosis, tuberculosis peritoneal, tuberculosis en el embarazo, tuberculosis extrapulmonar.

Folio: 1343

Tema: Cardiología

Uso de la deformación longitudinal global medida por ecocardiografía para predecir la presencia de disfunción diastólica en pacientes con diabetes mellitus

Carrizales Edgar Francisco¹, Vera Raymundo¹, De la Cruz Olga Norali¹, Ordaz Alejandro², Flores Ramiro², Nañez Homero¹

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Servicio de Cardiología Hospital Universitario Dr. José E González, Monterrey, Nuevo León, México

Introducción: La presencia de disfunción diastólica (DD) es una de las alteraciones más tempranas en la miocardiopatía diabética (MCD). La medición de la deformación longitudinal global (DLG) por ecocardiografía permite detectar alteraciones sutiles en la función del ventrículo izquierdo (VI) antes de que se manifiesten como disfunción sistólica o diastólica. El objetivo de este estudio es evaluar la capacidad de predicción DD utilizando la medición de DLG en pacientes con diabetes mellitus. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo. Se incluyeron

pacientes con diagnóstico previo de DMT2, sin antecedentes de ECV o falla cardíaca previamente conocida. Se excluyeron pacientes con amputaciones o complicaciones micro o macrovasculares conocidas. Se realizó un ecocardiograma de acuerdo a las guías clínicas vigentes. La clasificación de disfunción diastólica se realizó de acuerdo a las guías ASE 2009. Se realizó medición de la DLG utilizando la técnica de seguimiento de partículas. Para evaluar la capacidad de predicción de la DLG se calculó el área bajo la curva (AUC) y se presentó como curvas ROC. Para todos los análisis aquí presentados se consideró como significativa una $p < 0.05$

Resultados. Se incluyeron 105 pacientes. Se encontró que la alteración en la DLG predice la presencia de disfunción diastólica en pacientes con diabetes mellitus con un AUC de .644 ($p = 0.013$). **Conclusiones:** Este estudio demuestra que la presencia de DD puede predecirse con un buen rendimiento utilizando la medición de la DLG en paciente con diabetes mellitus. **Palabras clave:** diabetes mellitus, deformación longitudinal global, disfunción diastólica, miocardiopatía diabética.

Folio: 1344

Tema: Epidemiología

Estudio epidemiológico de la mortalidad por enfermedad renal crónica terminal en yucatán 2013-2015



Morales Yareni María¹, Méndez Nina Isabel¹, Marín José Manuel²

¹ Universidad Marista de Mérida; ² Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es la pérdida progresiva e irreversible de la tasa de filtrado glomerular, que, en estadio terminal (ERCT) es incompatible con la vida sin alguna terapia sustitutiva de la función renal (TSFR). La Organización mundial de la salud (OMS) estima que afecta a uno de cada diez adultos en el mundo y se ha observado un incremento en su prevalencia e incidencia. En 2013, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportó: incidencia de 377 casos por millón de habitantes y prevalencia de 1,142; aproximadamente 52,000 requirieron TSFR. **Objetivo:** Analizar las tendencias epidemiológicas de mortalidad por ERCT en el Estado de Yucatán entre 2013 y 2015. Metodología. Estudio epidemiológico observacional, descriptivo, transversal. Analizamos la base de datos de acceso abierto del Sistema Nacional de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía; codificada en Excel2013, analizada con Stata14. Realizando tablas y gráficas para representación de datos. **Resultados:** En Yucatán se registraron 37,923 defunciones; 506 por ERCT. Después de ajustar

por las variables sociodemográficas, se identificó que de 2013 a 2014 pasó de 1.06 % a 1.25 % con una diferencia de 0.19 % y de 2014 al 2015 a 1.64 % con 0.39 %; en el análisis de regresión lineal, la estadística mostró ser significativa. Se documentó que las personas cuya residencia habitual se encontraba en el interior del Estado, estuvo asociada a mayor mortalidad en 2015. Edad al fallecimiento: hombres 68.4 ± 1.04 (IC95% 66.3-70.4), mujeres 65.3 ± 1.3 (IC95% 62.6-67.9) $p < 0.03$; siendo menor en quienes hablaban una lengua indígena. **Conclusiones:** Los casos de mortalidad asociados a ERCT en Yucatán tuvieron un incremento anual significativo de 2013 a 2015; factores como: sexo femenino, nivel de escolaridad menor a educación básica y hablar lengua indígena estuvieron asociados a mortalidad más temprana; aquellos con un empleo fijo, vivieron en promedio, más años.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, epidemiología, mortalidad, determinantes sociales.

Folio: 1345

Tema: Cardiología

Trombofragmentación mecánica con catéter en tromboembolia pulmonar masiva posterior a fracaso del tratamiento con trombólisis. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Márquez Obed Adrián, Henne Orlando Luis, Robledo Julio

César, Barrueta Jesús Manuel, Torres Jorge Alonso Joaquín
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús

Introducción: La tromboembolia pulmonar masiva es causa de muerte cardiovascular. El tratamiento es con anticoagulación pero los pacientes de alto riesgo requieren medidas como trombolisis y trombofragmentación.

Objetivo: Presentar un caso en donde la tromboembolia pulmonar masiva no respondió a tratamiento con trombolisis y fue manejada exitosamente con trombofragmentación.

Descripción: Femenino, 61 años, hipertensión arterial 5 años diagnóstico en tratamiento, historia litiasis renal, herida por proyectil de arma de fuego a nivel cervical que involucró carótida derecha sometida a reparación quirúrgica de la arteria, inmovilización y hospitalización prolongada, sin secuelas. Después de 29 días de la intervención quirúrgica y durante la hospitalización inició súbitamente con disnea de reposo, ortopnea, hipoxemia y SaO₂ 89 %, al examen físico PAM 60 mmHg FC 120 FR de 45, campos pulmonares con disminución de ruidos respiratorios, estertores roncales en ambos hemitórax, precordio rítmico, hiperdinámico; abdomen asignológico, edema de miembros inferiores. Fue admitida en unidad de cuidados intensivos, requirió intuba-

ción, ventilación mecánica y vasopresores; la radiografía de tórax mostró patrón lineal difuso, derrame pleural bilateral y cardiomegalia grado II; electrocardiograma: taquicardia sinusal FC 129, PR 0.12 s, QRS 0.61 s, QT 0.22 s y QTc de 0.33 s. el eje eléctrico AQRS a 101 grados, con onda S en DI, onda Q y aplanamiento de onda T en DIII (fenómeno de Mc Ginn White) y el ecocardiograma transtoracico mostró dilatación severa del ventrículo derecho leve dilatación de aurícula derecha y arteria pulmonar, HAP moderada PSAP de 52 mmHg y trombo en silla de montar a nivel de la bifurcación de la arteria pulmonar; en la tomografía se visualizaron imágenes hipodensas a nivel del tronco de la pulmonar y sus dos ramas y trombosis venosa profunda en ambas extremidades inferiores.. Se inició anticoagulación con enoxaparina a 1mg/kg dosis cada 12 horas y, ese mismo día se efectuó trombolisis sistémica rtPA 100mg en infusión dos horas, sin embargo, no hubo mejoría clínica, persistió con hipoxemia, PaO₂/FiO₂ 75, PaO₂ 53 mmHg, SaO₂ de 88 % a pesar de apoyo ventilatorio mecánico parámetros FiO₂ al 70 y PEEP 16cmH₂O. Al día siguiente de haber presentado el evento fue trasladada a nuestro hospital e ingresada en la unidad de cuidados coronarios y, 24 horas después se llevó a cabo trombofragmentación mecánica directa con catéter

pigtail 5F en sala de hemodinamia, la angiografía posterior al procedimiento mostró defectos de llenado en ramas apicales bilaterales hacia la periferia pero no hubo defectos de llenado en el tronco de la arteria pulmonar ni en sus grandes ramas, posterior al procedimiento la PAM 82 mmHg, PAMP 50 mmHg, 24 horas después se retiraron inotrópicos y vasopresores. Se diagnosticó una neumonía asociada a ventilador y recibió tratamiento antimicrobiano de amplio espectro, se efectuó traqueostomía a 18 días de ingreso y 4 días después del procedimiento de traqueostomía se retiró exitosamente del ventilador. Se mantuvo con enoxaparina a dosis de anticoagulación, inició sildenafil 25mg cada 12h para tratamiento de HAP residual; evolucionó de manera favorable y fue egresada con dabigatrán 150mg cada 12 horas por tiempo indefinido y se encuentra con buen desempeño funcional 6 meses después del egreso por la consulta externa de medicina interna. **Conclusión:** Esta paciente tenía factores de riesgo para enfermedad tromboembólica lesión vascular, cirugía reciente, edad avanzada e inmovilización prolongada; se clasificó de alto riesgo por la inestabilidad hemodinámica. La trombofragmentación guiada por catéter es un procedimiento disponible en algunos centros de referencia y es una opción de manejo en aquellos pacientes

con inestabilidad hemodinámica y contraindicaciones para trombolisis. En nuestro centro de referencia tenemos hasta el momento 6 casos tratados exitosamente.

Palabras clave: tromboembolia, pulmonar, masiva, refractaria, trombolisis, trombofragmentación.

Folio: 1346

Tema: Cardiología

Comparación de las características clínicas y ecocardiográficas de una población de pacientes diabéticos con y sin disfunción diastólica

Vera Raymundo¹, Carrizales Edgar Francisco¹, Ordaz Alejandro², Flores Ramiro², Nañez Homero¹

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Servicio de Cardiología Hospital Universitario Dr. José E González, Monterrey, Nuevo León, México

Introducción: La diabetes mellitus (DM) se asocia a la presencia de alteraciones en la función cardiaca independiente de la presencia de afección coronaria o de sobrecarga sistólica del ventrículo izquierdo (VI), lo que se conoce como miocardiopatía diabética (MCD). En este estudio analizamos las características clínicas y ecocardiográficas de una población mexicana con diabetes mellitus y disfunción diastólica (DD). **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo y comparativo.



Se incluyeron pacientes con diagnóstico previo de DMT2, sin antecedentes de ECV o falla cardíaca previamente conocida. Se excluyeron pacientes con amputaciones o complicaciones micro o macrovasculares conocidas. Se realizó un ecocardiograma de acuerdo a las guías clínicas vigentes. La clasificación de disfunción diastólica se realizó de acuerdo a las guías ASE 2009. Para descripción de variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes, con prueba de Chi cuadrada para comparaciones; para las variables cuantitativas se determinó su normalidad con prueba de Kolmogorov-Smirnov, y fueron comparadas de acuerdo a esta con t de Student o U de Mann Whitney. Para todos los análisis aquí presentados se consideró como significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 148 pacientes. Dentro de la historia clínica y la somatometría, se identificó que la edad, la duración de la DMT2 y la presencia de HTA eran menores en pacientes sin DD. Dentro del ecocardiograma, se identificaron múltiples valores diferentes dentro del GLS, siendo el global de -20 (-18- 23) en pacientes sin DD y de -18 (-15-21).

Conclusiones: La DD es una de las primeras alteraciones en la función del VI en la MCD. Conocer las características clínicas de los pacientes que presentan DD nos puede permitir reconocerlos de manera más temprana

para iniciar medidas terapéuticas adecuadas y efectivas.

Palabras clave: diabetes mellitus, miocardiopatía diabética, disfunción diastólica

Folio: 1347

Tema: Hematología

Falla hepática aguda en relación a linfoma no Hodgkin de células B grandes infiltrante, caso clínico

Hernandez Adrian, Morgan Diana Selene, Sánchez Eduardo, López Rogelio, Paz Alan, Hernandez Roberto

Hospital Central Norte Pemex

Introducción: La falla hepática aguda es una entidad de etiología múltiple, conformada por alteración de enzimas hepáticas, hipertransaminemia, aumento del INR > 1.5 , y presencia de encefalopatía; principalmente relacionada a daño farmacológico y etiología viral, con alto porcentaje de mortalidad.

Caso clínico: Femenino de 75 años portadora de diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial sistémica en control con metformina/vildagliptina y losartán. Acude por hiporexia, fiebre de hasta 39.5°C de 2 semanas sin automedicación. Neurológicamente íntegra, con dolor en hemiabdomen izquierdo con puntos ureterales medios. Leucocitos $2.8 (10^3/\text{ul})$, Hemoglobina 9.7 g/dL , plaquetas 77 mil, creatinina 1.08 mg/dl , EGO café claro, cetonas 5, sangre 25, pH 5.0, proteínas 25, uru-

bilinogeno 8.0, bilirrubinas 1.0, leucocitos 100, eritrocitos 30, bacterias ++, nitritos negativos. Por lo que se inicia abordaje de sepsis; presenta ictericia y datos de encefalopatía, complementos bioquímicos con TGO 273 UI/L , TGP 98 UI/L , DHL 3344 UI/L , FA 665 U/L , BT 4.5 mg/dl , BD 4.2 mg/dl , GGT 527 UI/L , TP 20 seg., INR 1.33, Albúmina 2.8 gr/dL , USG abdominal con engrosamiento de pared vesicular y proceso inflamatorio hepático. Se sospecha colangitis a descartar autoinmunidad. Se obtiene Anti HIV 1 y 2 negativos, VHB y VHC negativos, HV 1 y 2 IgG positivos, CMV + a 142.2, rubeola IgG + 130.3, Toxo IgG + 47.5. TAC con lesiones difusas en bazo, adenopatías inguinales y paraorticas, y lesiones suprarrenales con realce. AFP 0.75 ng/ml , ACE 2.7 ng/dl , CA $19.9 < 2.0$, CA 125 143.5 . Persiste con encefalopatía, trombocitopenia severa y TP prolongado pese a transfusiones, subsecuentemente deterioro hemodinámico y muerte, concluyendo mediante estudio histopatológico por autopsia linfoma No Hodgkin de células B grandes.

Discusión: Mujer con cuadro febril, pancitopenia y adenopatías infiltrativas con criterios de falla hepática aguda con presentación inicial de sepsis y negatividad de pruebas virales y asociación farmacológica con desenlace fatal, cuya histopatología por autopsia fue concluyente para linfoma No

Hodgkin infiltrante de células B.

Conclusiones: La presencia de falla hepática aguda se relaciona a trastornos hematológicos alrededor del 1%, siendo el linfoma no Hodgkin la más frecuente (16-22%), con una mortalidad reportada en 94% por Robatham, et al. Siendo la quimioterapia paliativa la opción terapéutica.

Palabras clave: falla hepática, falla hepática aguda, linfoma, linfoma no hodgkin, células B grandes.

Folio: 1348

Tema: Infectología

Binomio sarcoma de Kaposi y tuberculosis diseminada en un paciente con SIDA, atención de paciente en un hospital de escasos recursos del sureste mexicano

Márquez Obed Adrián, Flores Oscar Israel, Barrueta Jesús Manuel, Torres Jorge Alonso Joaquín

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús

Introducción: El sarcoma de Kaposi (SK) asociado a VIH es más frecuente en hombres homosexuales coinfectados por HHV-8 y CD4 menos de 200cel por uL; además con bajas cuentas celulares CD4 existe un riesgo mayor de infección extra pulmonar por M. tuberculosis. **Objetivo:** Presentar un caso de paciente con SIDA con binomio TB y SK con que evolucionó hacia la gravedad.

Descripción: Varón de 32 años, homosexual con diagnóstico de 2 años de diagnóstico, inició TARV (ATRIPLA) dos meses previos a su ingreso. Acudió al hospital por fiebre de 38.3 grados Celsius, disfagia a que, disnea mmrc 2, tos con expectoración hemoptoica; además de pérdida de 11kg. Los SV su ingreso con PAM 70 mmHg FC 94 FR 20 T 36 grados Celsius. Al examen físico se encontraba delgado, con lesiones nodulares confluentes, algunas forman placas, de coloración violácea de distribución centrífuga, se integró síndrome de consolidación basal derecho. El hemograma mostró anemia grado III de la OMS, normocítica, normocrómica y arregenerativa, además de leucopenia y trombocitopenia severa. En la radiografía de tórax se observó patrón nodular en campo pulmonar derecho, con masas y nódulos espiculado con zona de consolidación basal y media derecha con masas confluentes, patrón corroborado por tomografía axial. El abordaje del paciente fue como una NAC hipoxémica en paciente VIH, se descartó TB por BK y cultivos en desarrollo, no había bacterias aerobias en los cultivos. La evolución fue hacia el deterioro con incremento de la insuficiencia respiratoria con mayor hipoxemia, incremento de los infiltrados, e incremento de la falla medular, posteriormente paro respiratorio y muerte. Los resultados de cultivo mostraron

tuberculosis en medula ósea, SK en pulmón, médula ósea y piel. **Conclusión:** A pesar de la reducción de la prevalencia del SK con la introducción de los fármacos antirretrovirales, todavía se asocia a mortalidad significativa, sobre todo asociado a infecciones oportunistas.

Palabras clave: VIH, SIDA, sarcoma, Kaposi.

Folio: 1349

Tema: Gastroenterología

Insuficiencia hepática hiperaguda: presentación atípica de un caso de hepatitis autoinmune

García Iliana Esmeralda, Gomez Martha Estefania, López Juan Roberto

Hospital General del Sur de Puebla Eduardo Vazquez Navarro

Introducción: Rara y silenciosa, sin embargo, fácil de ser tratada la hepatitis autoinmune (AIH) es una entidad de hepatitis crónica que debe distinguirse de la hepatitis viral crónica, la hepatitis inducida por el alcohol y la hepatitis crónica idiopática.

Caso clínico: Femenino de 20 años sin antecedentes relevantes para el padecimiento actual. Inicia su padecimiento en febrero, 4 meses previos a su ingreso a Medicina Interna, con astenia, adinamia, somnolencia diurna, coluria, acolia, náuseas y vomito de contenido alimentario, ictericia y hepatalgia, 2 meses después se agrega ascitis, edema de extremidades, dis-



minución de la concentración, calculo y atención. Es manejada por facultativo con Ribavirina, L-aspartato, Ornitina, furosemide por aparente diagnóstico de Hepatitis B. A su llegada a urgencias destaca inatención, bradipsiquia, ictericia de piel y tegumentos, a la auscultación del tórax con disminución del murmullo vesicular basal del lado derecho, estertores subcrepitantes, precordio rítmico, hemodinamicamente estable, abdomen hepatalgia, ascitis grado II, orina de aspecto colurico, edema de extremidades con fóvea de 1cm. En exámenes bioquímicos destaca AST 1006, ALT 542, GGT 226, ALP 192, BT 7.1, BD 6.4, BI 0.81, PLT 190, HB 12, TP 17, TTP 45, INR 3. Ingres a medicina interna para continuar protocolo de estudio por hiperbilirrubinemia de patrón citotóxico con relación AST/>LT de 2.9. Se envían bioquímicos complementarios. Panel viral negativo, anti DNA < 10UI/mL. IgG 1476, anticuerpos antinucleares 1:320, anti LKM < 1:40, ferritina, ceruloplasmina y transferrina en parámetros normales. Se realiza RMN de hígado y vías biliares de alto teslaje que reporta áreas hiperintensas difusas en los segmentos VI y VIII, proceso que sugiere como primera opción proceso inflamatorio difuso focal, vías biliares intra y extrahepáticas son normales. Se realiza biopsia hepática. Se inicia manejo con prednisona. Durante el tratamiento con es-

teroiide cursa con disminución del nivel de transaminasas y bilirrubinas séricas > al 50%, se egresa 10 días posteriores por mejoría clínica con doble terapia supresora, azatioprina dosis 1mg/kg/día y prednisona a dosis reducción. Se recaba biopsia que confirma el diagnostico reportando hepatitis de interfase con actividad inflamatoria moderada, linfoplasmositosis, colestasis y fibrosis grado 2. **Discusión:** La hepatitis autoinmune debe considerarse en el diagnostico diferencial de los pacientes de cualquier edad que acuden con alteraciones bioquímicas y clínicas compatibles con insuficiencia hepática aguda, sin hepatopatía crónica previamente documentada. En esta ocasión se trata de paciente del sexo femenino que presenta hiperbilirrubinemia de patrón citotóxico, e insuficiencia hepática aguda, con datos de encefalopatía hepática grado I a su llegada a urgencias. Se aplican criterios simplificados y revisados para hepatitis autoinmune, con estos últimos se confirma diagnóstico de dicha patologia con la siguiente puntuación: Sexo femenino (2 puntos), relación ALP/AST < 1.5 (2 puntos), anticuerpos ANA positivos 1:320 (3 puntos), γ -Globulina o inmunoglobulina G (IgG) normal (0 puntos) anticuerpos mitocondriales (0 puntos), panel viral negativo (3 puntos), ausencia de uso de fármacos hepatotóxicos (1 punto), consumo de alcohol < 25g/

día (2 puntos), histopatológico positivo a hepatitis interfase (3 puntos), respuesta completa al tratamiento inmunosupresión (3 puntos). Total 19 puntos (Confirmación de diagnóstico > 17 puntos). **Conclusiones:** Se trató de un caso de hepatitis autoinmune tipo 1, que debuta con datos de insuficiencia hepática hiperaguda, de presentación atípica por no cumplir con elevación de γ -globulinas en ausencia de cirrosis, ya que en > 90% de los casos presentan elevación de éstas; sin embargo, con diagnostico confirmado por medio de los criterios revisados por presentar más de 17 puntos totales. Actualmente en remisión completa de la enfermedad.

Palabras clave: hepatitis, esteroide, ictericia, autoinmunidad, citotoxicidad, encefalopatía.

Folio: 1350

Tema: Infectología

Análisis de supervivencia en neumonía adquirida en la comunidad y el uso de antibiótico previo a ingreso hospitalario en un hospital de referencia

Sierra Sarai¹, Ruiz Jesus Arturo², Pascual Julio Cesar¹, Ramos Pilar³, Sánchez Denisse¹, López Karla Elizabeth¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casaus; ² Hospital del Sureste AC; ³ Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutricion Salvador Zubiran

Antecedentes: No existe estudio prospectivo realizado en

Tabasco, que evalúe si el uso de antibióticos previos tiene repercusión en la mortalidad de pacientes con NAC. **Objetivos:** El objetivo es conocer la tasa de incidencia, de supervivencia, mortalidad intrahospitalaria así como factores asociados con este desenlace. Secundario: Evaluar el uso de antibiótico y hospitalización previa como factor de riesgo en el desenlace. **Material, métodos y análisis estadístico:** Se realizó un estudio de cohorte fija y prospectiva con casos prevalentes, longitudinal, observacional y descriptivo. Tiempo cero ingreso al hospital. Variable de desenlace: fallecimiento o mejoría. Secularidad: Mayo a Agosto 2018. Hospital Regional de Alta Especialidad Juan Graham Casasús. Criterios de inclusión: > de 18 años, datos clínicos y radiológicos de neumonía; aceptar participar en estudio y se descartaron pacientes con datos de neumonía nosocomial. Se recabaron variables de respuesta, fallecimiento-egreso, estancia hospitalaria y complicaciones graves. Así como variables independientes como antibióticoterapia previa, comorbilidad, PSI. Estadística descriptiva. Tasa de Incidencia de ventilación mecánica, tasa de supervivencia, mortalidad. La evaluación de las variables fue de acuerdo a su tipo y distribución paramétrica o no paramétrica: promedio, desviación estándar o mediana y rangos intercuartiles. Estadística inferencial.

Análisis univariada, con chi cuadrada, exacta de Fisher (análisis estratificado con Mantel-Hansen para búsqueda de modificadores y confusores) y análisis multivariado con curva de supervivencia Kaplan-Meier y Análisis de riesgo proporcionales de Cox para evaluar Hazard-ratio e intervalos de confianza a 95%. Se aceptó una significancia estadística significativa $p < 0.05$. Análisis realizado con SPSS versión 20 y STATA versión 15. **Resultados:** Se analizaron 63 pacientes (seguimiento completo de 61), mujeres 39.7% y hombres 60.3%. Se registraron 12 fallecimientos (19.7%). El 66.3% fueron referidos de otra unidad; 15.9% unidad privada, 17.5% hospital general y 14.3% hospital municipal. Las comorbilidades frecuentes fueron DM2 (36.5%) e HAS (38.1%). El 33% tuvo hospitalización previa y 57.1% recibieron tratamiento previo con cefalosporina y penicilina (15.9%), cefalosporina y macrólido (4.8%), quinolona (3.2%), aminoglucósido (3.2%), macrólido (3.2%). Patrón radiológico más frecuente: intersticial (11.1%) y nodular (12.7%), con derrame pleural en 39.7%. Con PSI de I (4.8%), II (33.3%), III (14.3%), IV (31.7%) y V (15.9%). 20 pacientes tuvieron foco infeccioso asociado (31.7%) con urinario de 14.3%. 26.2% utilizaron ventilación mecánica invasiva y 3.2% no invasiva. Continuación de esquema en 33.3% y

63.5% se escaló. LRA, principal complicación grave con 25.4%. Hemocultivo tomado a 4.8%. Media de supervivencia de 38 días con IC (30-47.2 días). En análisis univariado, PSI y asistencia mecánica ventilatoria, variables que mostraron independencia con significancia $p < 0.05$. Por modelo de Stepwise Wald y Enter se encontró para PSI un HR de 1.94 con IC (1.09-3.45), así como DM2 HR 1.3 y Hospitalización previa HR 2.6. Uso de Antibiótico previo no fue significativo con Modelo de Stepwise Wald y Enter. **Conclusión:** En esta muestra de pacientes con alto uso de antibióticos y hospitalización previa se observó que las variables independientes asociadas a mortalidad son: el índice de gravedad de neumonía y la asistencia mecánica ventilatoria invasiva.

Palabras clave: neumonía adquirida en la comunidad, supervivencia, antibiotico previo, mortalidad, estudio de cohorte.

Folio: 1351

Tema: Infectología

Microorganismos y su resistencia microbiana en neumonía adquirida en la comunidad en hospital de referencia del sureste de México

Sierra Sarai¹, Ruiz Jesus Arturo², Pascual Julio Cesar¹, Ramos Pilar³, Ruiz Jesus¹, López Karla Elizabeth¹, Sánchez Denise¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús; ² Hospital del Sureste



AC; ³ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran

Antecedentes: Estudios en México reportan resistencia por arriba del 65% en pacientes sometidos a tratamiento empírico basado en guías de la IDSA.

Objetivos: Documentar los microorganismos causantes de NAC así como su resistencia microbiana. **Objetivo secundario:** 1) Evaluar efecto de tratamiento antimicrobiano empírico prehospitalario, 2) Evaluar factores de riesgo, asociación con mortalidad y estancia hospitalaria, 3) Evaluar comportamiento de marcadores de respuesta inflamatoria y procalcitonina.

Metodología: Se realizó un estudio de cohorte fija y prospectiva con casos prevalentes, longitudinal, observacional y descriptivo. Tiempo cero ingreso al hospital. Variable de desenlace: fallecimiento o mejoría. Secularidad: Mayo a Agosto 2018. Hospital Regional de Alta Especialidad Juan Graham Casasús. Criterios de inclusión: > de 18 años, datos clínicos y radiológicos de neumonía; aceptar participar en estudio y se descartaron pacientes con datos de neumonía nosocomial. Se recabaron variables de respuesta, fallecimiento-egreso, estancia hospitalaria y complicaciones graves. Así como variables independientes como antibióticoterapia previa, patógenos aislados por respirímetro y cultivo convencional,

y resistencia antimicrobiana. Estadística descriptiva. Tasa de Incidencia de ventilación mecánica, tasa de supervivencia, mortalidad. La evaluación de las variables fue de acuerdo a su tipo y distribución paramétrica o no paramétrica: promedio, desviación estándar o mediana y rangos intercuartiles. Estadística inferencial. Análisis univariada, con chi cuadrada, exacta de Fisher (análisis estratificado con Mantel-Hansen para búsqueda de modificadores y confusores) y análisis multivariado con curva de supervivencia Kaplan-Meier y Análisis de riesgo proporcionales de Cox para evaluar Hazard-ratio e intervalos de confianza a 95%. Se aceptó una significancia estadística significativa $p < 0.05$. Análisis realizado con SPSS versión 20 y STATA versión 15. Maniobra: Se evaluaron atípicos con Respirímetro Smart 22 Versión 2.0 en INCMNSZ y Cultivos de secreción bronquial en HRAEDJGC.

Resultados: Se analizaron 63 pacientes (seguimiento completo de 61), mujeres 39.7% y hombres 60.3%. Se registraron 12 fallecimientos (19.7%). Por cultivo de secreción bronquial se obtuvieron 42 patógenos (66.6%) no significativos: con 4.7% biota normal, 7.9% colonización, 23.8% negativos y a 30.1% no se tomó muestra; los patógenos significativos fueron 31.7%, con 6.3% de *P. Aureginosa* y *E. Coli*, *Klebsiella* 4.76%, *M. Catarrhalis* 3.17% y otros

con 1.5% (*S. Haemolyticus*, *S. Aureus*, *Aspergillus*, *S. Maltophilia*, *E. Cloacae*, *Acinetobacter*). Se aislaron virus influenza y otros atípicos. Se desconocían en 11.1% el antimicrobiano previo, y los conocidos más frecuentes fueron cefalosporinas 23.8% (3ra generación 20.6%), macrólidos 12.6%, penicilinas 6.3%, 4.7% sulfas y quinolonas, 3.17% aminoglucosidos y antivirales. Con PSI de I (4.8%), II (33.3%), III (14.3%), IV (31.7%) y V (15.9%). 26.2% utilizaron ventilación mecánica invasiva y 3.2% no invasiva. Media de supervivencia de 38 días con IC (30-47.2 días). En análisis univariado, PSI y asistencia mecánica ventilatoria, variables que mostraron independencia con significancia $p < 0.05$. Por modelo de Stepwise Wald y Enter se encontró para PSI un HR de 1.94 con IC (1.09-3.45), así como para DM2 HR 1.3 y Hospitalización previa HR 2.6. El uso de Antibiótico previo no fue significativo con Modelo de Stepwise Wald y Enter. **Conclusión:** Encontramos aislamiento de microorganismos gram negativos en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en un alto porcentaje y el esquema más utilizado fue ceftriaxona, este esquema fue escalado en un alto porcentaje debido a un constructo dentro de los cuales el cultivo fue útil en la toma de esta decisión.

Palabras clave: neumonía adquirida en la comunidad, antimicrobianos, resistencia.

Folio: 1352

Tema: Infectología

Enfermedad de Pott

Dominguez Carlos, Infante Hector, González Jocelyn Raquel, Rivera Cesar, Monera Fernando, Esquivel Cesar Manuel

Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

Introducción: A nivel mundial, la Tuberculosis es la segunda causa principal de muerte en lo que respecta a enfermedades infecciosas. La tuberculosis es común en países en desarrollo y se ha asociado con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Según la OMS se estima una incidencia de 28 casos por 100,000 habitantes en México. La afectación de los cuerpos vertebrales por la tuberculosis (Enfermedad de Pott) es una complicación seria debido a la diseminación hematogena de *Mycobacterium tuberculosis* a la columna vertebral que puede tener consecuencias importantes sino se toma a consideración en el diagnóstico diferencial.

Objetivo: Documentar el caso de un paciente con enfermedad de Pott. **Exposición del caso:** Masculino de 40 años, ocupación campesino, residente del estado de México, refiere prueba rápida para VIH positiva en Noviembre 2017 por presentar candidiasis oral, acude a Clínica Condesa el 15/12/17 donde se realiza prueba confirmatoria positiva y un conteo de CD4 de 31 por lo que se inicia terapia con Atripla 1 tab c/24 horas,

Itraconazol 100 mg c/24 horas y TMP-SMX 160/800 mg c/24 horas. Presenta cuadro de seis meses de evolución con fiebre y diaforesis nocturna, cuatro meses previos se agrega dolor abdominal difuso intermitente de intensidad leve localizado en epigastrio, tos productiva sin hemoptoicos, pérdida ponderal no intencionada de 15 kg en las últimas seis semanas (70 a 55 kg) y disminución de la fuerza en extremidades inferiores. A la exploración física mucosa oral con presencia de candidiasis oral, sin adenomegalias, se palpa hepatomegalia de 2 cm por debajo del borde costal, abdomen doloroso a la palpación media y profunda en mesogastrio, con reflejos osteotendinosos aumentados en las cuatro extremidades, fuerza de extremidades inferiores 4/5. Se reportaron los siguientes paraclínicos. Laboratorios de ingreso: LEU 5.8, NEU 5.3, LIN 0.4, HB 9.3, HCT 27, PTS 154, GLU 96, UREA 84, BUN 39, AU 5.79, CREA 2.18, NA 124, K 4.1, CL 99, CA 8.2, P 5.29, PT 7.08, ALB 2.06, BT 0.6, TGO 262, TGP 114, DHL 296, FA 1239, PROCA 1.71, PH 7.39, PCO2 22, PAO2 92, HCO3 13, BE -11, LAC 0.7. Carga viral de VIH, DETECTABLE menor de 40 copias. CD4 de 13 células/microlitro (6%). Rx tórax, en parénquima se observan radiopacidades con patrón micronodular difuso bilateral y vidrio deslustrado. GENEXPTERT MTB de lavado

bronquioalveolar, positivo. USG de hígado y de vías biliares, abscesos, localizados a nivel del proceso uncinado y posterior al cuerpo del páncreas, se confirmó con TAC de abdomen. Gammagrama oseo de tres fases, Lesiones de aspecto lítico no captantes en 7mo arco costal izquierdo, columna dorsal y lumbo-sacra, así como en huesos iliacos de etiología a determinar; la posibilidad de mal de Pott deberá considerarse, nódulos pulmonares bilaterales, derrame pleural bilateral, de predominio derecho, hepato-esplenomegalia. Se descartaron otras infecciones propias de pacientes con VIH, con los estudios completos se estableció el diagnóstico de Tuberculosis diseminada con afectación pulmonar, intestinal y vertebral. Fue valorado por el servicio de Cirugía General quienes comentaron no requería abordaje quirúrgico. El servicio de Infectología inicio terapia con DOTBAL y continuó con tratamiento anti-retroviral con Atripla y profilaxis para neumocistosis por bajo conteo de CD4. Semanas después de iniciar terapia dirigida, cedió la fiebre, mejoraron los síntomas respiratorios, presentó ganancia de peso y aumento de la fuerza en extremidades inferiores, el dolor abdominal también cedió por completo. **Conclusiones:** La enfermedad de Pott es un diagnóstico difícil de realizar ya que es una complicación rara de la Tuberculosis diseminada,



clínicamente puede cursar subclínico hasta que existe un daño más extenso de las vertebrae, estamos obligados a pensar en esta patología en pacientes con VIH y clínica de Tuberculosis ya que con el tratamiento oportuno podemos limitar el daño y prevenir secuelas neurológicas graves.

Palabras clave: *Mycobacterium*, tuberculosis, Pott, VIH, complicaciones, vertebra.

Folio: 1353

Tema: Reumatología

De enfermedad indiferenciada a enfermedad mixta del tejido conectivo: reporte de un caso con 8 años de historia

Del Valle Eugenio¹, Cruz Claudia²

¹Hospital General Dr. Gaudencio González Garza UMAE La Raza; ²Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret UMAE La Raza

Se presenta el caso de un paciente hombre con dificultades en el diagnóstico de padecimiento reumatológico de 8 años de evolución. Inició en 2010 con cuadros recurrentes de rigidez articular matinal de corta duración sin sinovitis, con pérdida de peso y edema de ambas manos, siendo manejado por medio particular con diagnóstico de artritis reumatoide aún sin haber cumplido criterios para ello. Se instaló tratamiento a base de metotrexate, leflunomida y prednisona con nula mejoría de la sintomatolo-

gía. Durante la evolución de su padecimiento se agregaron diferentes manifestaciones clínicas. Ya en 2016, se había documentado la presencia de fenómeno de Raynaud, así como cambios tróficos en la piel de los dedos de las extremidades superiores. Se sospechó diagnóstico de esclerodermia y se solicitaron en pruebas inmunológicas que reportaron ANA 1:1,280 patrón moteado fino y Anti-Scl-70 en 3.46 UI. Se cambió el manejo con ciclosporina inicialmente 50 mg día llegando a 100 mg día. Por presentar elevación de cifras tensionales asociado al tratamiento, se cambió a ácido micofenólico 1 g al día desde marzo del presente año. El paciente persistió con mal estado general y deterioro en su clase funcional, llegando a clase III de la ACR, no pudiendo elevar brazos por arriba de su cabeza, incapaz de levantarse por su propia cuenta. Es referido a nuestro centro en julio de este año, donde a su llegada se sospecha de un síndrome de sobreposición esclerodermia-polimiositis. Completamos diagnóstico con medición de anti-RNP y Sm, encontrando el primero positivo y el segundo débilmente positivo. Además, por TAC-AR encontramos datos de enfermedad intersticial pulmonar. Por criterios de Alarcón-Segovia, no cumplió con los títulos a niveles necesarios de RNP para enfermedad mixta del tejido conectivo, pero por criterios de Kahn, integramos

el diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo. Este caso muestra la dificultad en el diagnóstico de padecimientos del tejido conectivo, donde de forma inicial hasta una cuarta parte son casos indeterminados que requerirán entre 5 a 10 años para realizar el diagnóstico definitivo.

Palabras clave: esclerodermia, polimiositis, enfermedad mixta, artritis reumatoide.

Folio: 1354

Tema: Reumatología

Síndrome antisintetasa y polimiositis con pobre respuesta a la primera línea de tratamiento. ¿Ahora que sigue? Reporte de un caso y revisión de la literatura

Jiménez Sergio, Najera Emmanuel

Centro Médico ISSEMyM Toluca

Masculino de 38 años de edad únicamente con antecedente de tabaquismo por 15 años con un IT de 15 paquetes/año, etilismo positivo esporádico sin llegar a embriaguez. Resto de antecedentes negados. Inicia su padecimiento 8 semanas previo a su ingreso con debilidad muscular de miembros pélvicos que le ocasiona caída, agregándose artritis de articulaciones metacarpo falángicas, rodillas y muñecas por lo que acude a médico particular quien indica dexametasona en dosis única con remisión parcial de los síntomas. Se agrega fiebre no

cuantificada intermitente de predominio vespertino mejoría parcial con AINE (no especificado). 3 semanas previas a su ingreso se encuentra con mialgias, artralgias, ataque al estado general y debilidad en miembros pélvicos de tipo proximal que incapacita para realizar sus actividades de la vida diaria. Por lo que ingresa a nuestro servicio A su ingreso se encuentra en las siguientes condiciones: Síntomas generales: Fiebre, ataque al estado general, astenia y adinamia, Neurológico: Cefalea pulsátil holocraneana 4/10 que acompaña a la fiebre, parestesia y disestesia en miembros pélvicos y tóxicos, Osteo-muscular: Debilidad de miembros pélvicos, artralgias de muñecas, codos, rodillas y tobillos, niega pérdida de peso y diaforesis nocturna. Labs de ingreso: Leu 15.11, Neut 13.27, Hb 12.5, Plaquetas 513 mil, Glu 76.5, BUN 11, Urea 23, Crea 0.61, AU 4.74, Col tot 147.8, Trig 198, Ca 8.88, P 3.82, Mg 1.89, Na 138.5, K 4.9, AST 360.7, DHL 1383, CK 9876, MB 193.3, EGO den 1.012, pH 6, eritro 5 XC,,Leu 5 XC, Bact 150. Evolución clínica • Ingres a al servicio de MI el 03/11/17 se inicia manejo para rabdomiolisis con aporte hídrico parenteral. • Se documenta proceso infeccioso a nivel urinario por lo que se inicia manejo con cefalosporina de 3ª generación • Ante presencia de sospecha de miopatía inflamatoria se inicia manejo

con prednisona a disminución de enzimas musculares. • Se realizan estudios para clínicos para descartar patología autoinmune vs infecciosa, así como se realiza biopsia muscular. • Se encuentra anti Jo-1 fuertemente positivo, con electromiografía de miembros torácicos y pélvicos con patrón miopático difuso. • La biopsia muscular con discretos infiltrados linfocitarios en el perimisio • TC de alta resolución de parenquima pulmonar con afección intersticial patrón de neumonía intersticial no específica. Evolución post-hospitalaria: • Se egresó 17-11-17 al normalizarse enzimas musculares y ya sin datos de respuesta inflamatoria sistémica tratamiento con: o Azatioprina 50 mg c/ 24 hrs o Prednisona 60 mg c/ 24 hrs o Hidroxicloroquina 200 mg/día • Sin embargo, presenta recaída por sintomatología musculoesquelética y elevación enzimática por lo que se inicia infusión de gammaglobulina a 2 gr/kg con lo que se logró normalización de enzimas musculares y se egresó. • Se aplica un 2º bolo de gammaglobulina 08-01-18 sin complicaciones de manera ambulatoria en la clínica de infusiones. • El día 16-02-18 presenta una CK 544 U/L por lo que se indica 3ª infusión de gammaglobulina IV y se ajusta manejo: o Micofenolato 740 mg/12 hrs o Prednisona 5 mg/día • Es valorado en la consulta externa en mayo 2018 con una CK total 344 U/L, asintomático

se continua mismo manejo y seguimiento.

Palabras clave: polimiositis, antisintetasa, EPID.

Folio: 1355

Tema: Gastroenterología

Carcinomatosis peritoneal secundaria a linfoma difuso de alto grado con primario en apéndice cecal: a propósito de un caso

García Valeria, Arzate Victor, Mendoza Héctor, Mora Cecilia, Sánchez Fernando, Gomez Damayanti, Solis Damayanti
ISSSTE Tacuba

Reporte de caso: Masculino de 48 años de edad con antecedentes de: Tabaquismo pasivo positivo por 10 años. Etilismo negado. Sin antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas, alérgicas, traumáticas o transfusionales. Inicia su padecimiento 3 semanas previas a su ingreso con: astenia, adinamia, distensión abdominal, agregándose disnea de medianos esfuerzos, plenitud gástrica, estreñimiento, dolor abdominal tipo cólico generalizado con Escala Visual Análoga del dolor 5/10, sin agravantes ni atenuantes, no sintomatología B. Acude a urgencias por ascitis a tensión, es catalogado como insuficiencia hepática e ingresado a servicio de Medicina Interna donde se inicia protocolo para identificación de etiología. Se realizan marcadores tumorales con: alfafetoproteína de 1.38, Antígeno carcinoembrionario



0.905, Ca 19-9 4.69, Ca 125 de 271, serología viral no reactiva para VHB, VHC y VIH. Se realiza endoscopia con esofagitis B de los Ángeles, gastritis crónica, compresión extrínseca del estómago de etiología a determinar. Colonoscopia reportando enfermedad diverticular. Se solicita Tomografía de abdomen encontrándose datos compatibles con carcinomatosis peritoneal. Se realizó paracentesis obteniéndose líquido quiloso con: pH 7.49, proteínas 500 mg/dl, células de predominio linfocitos incontables, eritrocitos de 20-25 XC, LDH 200 UI, glucosa 59 mg/dl, triglicéridos 394 mg/dl, con índice de GASA 0.9. Se envía muestra a patología con reporte de líquido inflamatorio con incontables linfocitos y neutrófilos, sin observarse morfológicamente elementos compatibles con células neoplásicas, sin embargo con sospecha de linfoma; por lo que se solicita valoración por servicio de cirugía general para toma de biopsia y ganglio centinela. El 21/02/2018 se realiza laparoscopia más toma de biopsia de epiplón mayor más colocación de drenaje, con hallazgos de: líquido de características lechosa, espeso, imposibilidad para movilización de asas intestinales y mesenterio engrosado. Posteriormente es revalorado por cirugía general secundario a hemoperitoneo de aprox 500 cc con sitio de hemorragia en epiplón, cuadrante superior

izquierdo con múltiples implantes en cara anterior de estómago y en epiplón gastrocolico, cuadrante inferior izquierdo con colon descendente con apéndices epiplicicos hipertróficos, Intestino delgado con edema linfático, raíz mesenterio fibrosa, carcinomatosis con múltiples ganglios indurados, zonas hemorrágicas y natas de fibrina, colon ascendente tejido linfoide hipertrófico, apéndice cecal edematosa de aproximadamente 20 cm longitud y 5 cm de diámetro, friable, natas de fibrina, vasos de neoformación. Con evolución tórpida a disfunción orgánica múltiple, ameritando manejo con sesión de hemodiálisis, hemodinámicamente inestable con apoyo vasopresor con datos de choque mixto (séptico e hipovolémico), con persistencia de sangrado de mucosas y sitios de punción considerando cuadro de coagulación intravascular diseminada, se ofreció soporte vital máximo sin respuesta favorable. Paciente fallece. Debido a la evolución y el deterioro progresivo se realiza necropsia con reporte de: Linfoma difuso de alto grado, primario apendicular. Inmunohistoquímica: CD45 positivo en células neoplásicas, CK AE1/AE3 negativo en células neoplásicas, CD56 negativo en células neoplásicas. Coagulación intravascular diseminada con microtrombos en capilares pulmonares, microtrombos en capilares esplénicos, esteatohepatitis micro y macrovacuolar

grado 2, quiste hepático simple, gastritis crónica folicular con bacilos compatibles con *H. pylori*, esofagitis crónica con datos histológicos de reflujo.

Palabras clave: carcinomatosis, linfoma, apéndice cecal, ascitis, quilo.

Folio: 1356

Tema: Infectología

Colitis por citomegalovirus en paciente con infección por VIH. Reporte de caso

Godos Yesenia Saharai, López Alin Cristela, Bustos Gracia María, Niño Sandra Kira, Fernandez Joaquin Hernan, Vargas Carlos Guillermo

Centro de Alta Especialidad Rafael Lucio

Introducción: 2 de cada 3 pacientes con infección por VIH desarrollan diarrea. El CMV es la causa del 5-10% de los casos de diarrea en estos pacientes.

Presentación de caso: Hombre de 31 años de edad con antecedente de infección por VIH sin tratamiento antirretroviral desde hace 6 meses. Inició 1 año previo a ingreso con evacuaciones diarreicas Bristol 6 y dolor abdominal tipo cólico 3/10 de la EVA, intermitente sin recibir tratamiento. Tuvo aumento de la sintomatología con dolor hasta 10/10 de la EVA que disminuía con AINES, persistiendo evacuaciones diarreicas agregándose moco y sangre, alzas térmicas no cuantificadas de predominio nocturno, diaforesis, astenia

y adinamia. Se indicó tratamiento con nitaxozanida con empeoramiento de los síntomas a pesar de este. Tuvo pérdida de peso de 15 kilos en 4 meses y por persistencia de síntomas acude a valoración. EF: Temp: 36.8°C, FC 94 lpm, FR 18 rpm, TA 89/65 mmHg. Consciente, subhidratado. Tórax sin compromiso. Abdomen doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior, timpánico, sin megalias, peristalsis aumentada. Laboratorio: Hb 11.7, Linfocitos 1510, CD4: 31 células, Carga viral: 29079 copias, Ac antiCMV IgG reactivo 500.9. Colonoscopia: pancolitis ulcerada y erosiva. La biopsia de colon reportó inclusiones basófilas citomegálicas compatibles con infección por CMV por lo que se inició tratamiento con valganciclovir cursando con mejoría clínica sin embargo con citopenias como efecto adverso. **Discusión:** Paciente con infección por VIH con CD4 < 50 células que le confiere riesgo para infección por CMV. **Conclusiones:** Se estima que entre el 70 al 90% de los pacientes con VIH con CD4 < 100 células pueden tener una reactivación de la infección de CMV, siendo la colitis la segunda presentación en frecuencia y la causa de diagnóstico de VIH hasta en el 25% de los casos. Los hallazgos en la endoscopia son similares a la colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn y colitis pseudomembranosa por lo que el diagnóstico definitivo se

realiza por biopsia que muestre inclusiones citomegálicas en "ojo de búho". El tratamiento es con valganciclovir de elección por 3 semanas con buena respuesta al tratamiento sin presencia de complicaciones, siendo las citopenias uno de los acontecimientos adversos más comunes que revierten a los 3 a 7 días de suspensión del fármaco.

Palabras clave: colitis, citomegalovirus, VIH.

Folio: 1357

Tema: Infectología

Mononucleosis infecciosa y criptococosis diseminada en paciente no inmunocomprometido

Cerino Victoria Matilde, López Carlos Ramón, Chávez Samantha Daphne Georgina, Sierra Sarai, Ramón Isabel Cristina, Márquez Obed Adrián, Torres Jorge Alonso Joaquín
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús

Introducción: La mononucleosis infecciosa se caracteriza por la triada fiebre, faringoamigdalitis y linfadenopatías. El agente etiológico más común es el herpesvirus Epstein-Barr. La mayoría de los casos ocurren en pacientes adolescentes o adultos jóvenes y se comporta como un proceso autolimitado que sólo requiere manejo sintomático. **Objetivo:** Presentamos el caso de una paciente con síndrome mononucleósico, he-

morragia digestiva y epistaxis, en quien se realizó diagnóstico de infección activa por virus Epstein-Barr y Criptococosis diseminada por mielocultivo positivo. **Descripción:** Femenino de 24 años, soltera, médico pasante, epilepsia en manejo con levetiracetam 1000 mg/día, cefalea tensional en manejo con irregular con amitriptilina, trastorno depresivo en manejo con ISRS. Padecimiento actual de 1 mes de evolución con fiebre de predominio vespertino, automedicada con paracetamol, concomitante a aparición de adenopatías cervicales y retroauriculares no dolorosas menores a 1 cm. El día previo a su ingreso presenta epistaxis, dolor abdominal leve difuso y evacuación melénica por lo que decide acudir al área de urgencias. A su ingreso con restos hemáticos orales, amígdalas hiperémicas y aumentadas de volumen, adenopatías cervicales superficiales no dolorosas, sin otros hallazgos de relevancia en la exploración física. En sus paraclínicos iniciales Hb 12.2 g/dl Hto 37.3% Leuc 13.4 mil cél Linfocitos 69% Monocitos 9.4% Plaquetas 2 mil cél TP 12.8 INR 0.9 TTP 49.7 Bilirrubina total 0.3 mg/dl Albúmina 3.9 g/dl ALT 304 UI/L AST 262 UI/L FA 140 UI/L DHL 1229 UI/L Creatinina 0.43 mg/dl BUN 8.9 mg/dl. Rx de tórax: derrame pleural bilateral escaso. TC simple y contrastada de cuello a pelvis: múltiples adenopatías difusas, derrame pleural bila-



teral, hepato-esplenomegalia. Ante trombocitopenia severa se transfundieron concentrados plaquetarios y se realizó protocolo diagnóstico del síndrome con sospecha inicial hematooncológica, procediendo a biopsia de ganglio cervical posterior con reporte de hiperplasia inmunoblástica e hibridación in situ con EBER 1+/2+. La biopsia por aspirado de médula ósea en frotis por hematología se reportó como médula reactiva, por patología con celularidad del 70% de aspecto reactivo. Se solicitaron los anticuerpos séricos para VEB: VCA-IGG, VCA-IGM, EBNA IGG y EA-D, todos con resultados francamente positivos, por lo que se mantuvo manejo de sostén y se buscaron causas de inmunodeficiencia celular, con reporte de ELISA para VIH no reactivo, carga viral indetectable, conteo normal de linfocitos CD4 y CD8. Se solicitan ANAs, Anti-DNA y Anti-Smith que se reportan negativos. Por persistencia de sangrado oral y trombocitopenia se decide, previa procalcitonina y cultivos hasta el momento negativos, administrar 3 pulsos de 1 gramo de metilprednisolona con lo que eleva recuento plaquetario. Durante su estancia no se documentó fiebre, la trombocitopenia persistió en grado moderado, pero el sangrado remitió. Presentó disnea e hipoxemia por lo que se realiza ECO TT que reportó HAP moderada. Con las transaminasas en descenso paulatino

y clínicamente estable se egresa para ser revalorada de forma ambulatoria, sin embargo, se reporta mielocultivo positivo, incluso en la re-siembra, para levaduras capsuladas compatibles con el género *Criptococos*. Se solicita a patología tinciones especiales en muestra de hueso siendo estas negativas. Se ingresa a hospital para valorar inicio de terapia con anfotericina B, solicitándose antígeno urinario para *criptococo* (pendiente reporte) y de acuerdo al conteo de plaquetas punción lumbar como parte del protocolo. Así mismo, por no contar con estudios de inmunología, aún no descartamos posibilidad de inmunodeficiencia combinada.

Conclusión: La mononucleosis infecciosa sigue siendo simuladora y disfraz de múltiples padecimientos que conciernen al abordaje del internista, por lo que es de relevancia conocer presentaciones atípicas y patologías concomitantes como en este caso.

Palabras clave: virus Epstein-Barr, mononucleosis infecciosa, síndrome mononucleósico, *criptococosis* diseminada, inmunosupresión, síndrome mononucleósico.

Folio: 1358

Tema: Misceláneos

Asociación entre hipotiroidismo y enfermedad litíásica de la vía biliar en pacientes tratados en el Hospital General Regional no. 1 Ignacio García Téllez de la ciudad de Mérida, Yucatán

Acevedo David Humberto¹, Mendez Nina¹, Reza Carlos²

¹ Universidad Marista de Mérida; ² IMSS UMAE

Introducción: En los últimos años se ha investigado en algunos países, principalmente europeos, la asociación entre la coledocolitiasis y el hipotiroidismo. La incidencia de enfermedad litíásica biliar en el estado de Yucatán es superior a la media nacional, lo que a su vez pudiera impactar en la frecuencia de hipotiroidismo.

Objetivo: Estimar la frecuencia de hipotiroidismo en pacientes postcolecistectomizados en función de su sexo, estado nutricional, y comorbilidades.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en el cual se evaluaron las comorbilidades (Hipertensión, dislipidemia, diabetes e IMC en 50 pacientes con enfermedad litíásica de vía biliar. Se obtuvo estadística descriptiva y pruebas de comparación de hipótesis estableciendo valor de $p < 0.05$. **Resultados:** Se estudió a un total de 50 pacientes (74% mujeres), con una edad promedio de 47.2 ± 5.09 años e IMC promedio de 26.64. Un 62% de los pacientes era portador de al menos una, 12% tenían dos y el 4% tres o más comorbilidades, respectivamente. La frecuencia de hipotiroidismo en la muestra estudiada fue de 14%. Los pacientes con hipotiroidismo tuvieron significativamente mayor IMC, pero no se observaron

diferencias significativas en la edad. Aquellos con hipotiroidismo fueron diagnosticados con coledocolitiasis (n=5) con más frecuencia que colelitiasis (n=2), mediante ultrasonido (n=5), colecistografía (n=1) y Cepre (n=1). La frecuencia de hipotiroidismo ajustada por sexo, no mostró diferencias significativas y tampoco por número de comorbilidades.

Conclusiones: Se observó una frecuencia de 14% de hipotiroidismo entre pacientes con enfermedad litiasica de la vía biliar. El hipotiroidismo no se asoció significativamente al sexo o comorbilidades.

Palabras clave: hipotiroidismo, enfermedad obstructiva biliar, TSH, colelitiasis, coledocolitiasis.

Folio: 1359

Tema: Neurología

Determinantes clínicos de riesgo cardiovascular alto en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática

Castro Ana Gabriela, Cerda Christopher, Andrés Sergio, Soto Carlos Alberto, Chávez Beatriz, Estrada Ingrid, Góngora Fernando

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La enfermedad de Parkinson idiopática (EPI) es el segundo trastorno neurodegenerativo más frecuente, seguida de la enfermedad de Alzheimer; con una heterogeneidad clínica considerable,

presentando distintos subtipos con diferente respuesta a tratamiento y evolución natural; al enfocar el tratamiento en los síntomas motores, se pasan por alto los factores de riesgo cardiovascular, y por tanto no se emprenden acciones preventivas apropiadas. Se desconoce la prevalencia o severidad del riesgo y factores de riesgo cardiovascular; por lo cual, realizamos un análisis retrospectivo de los determinantes clínicos de riesgo cardiovascular en pacientes con EPI. **Objetivo:** Describir los determinantes clínicos de riesgo cardiovascular alto en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo. Revisión de expedientes de pacientes con diagnóstico de EPI de la consulta de trastornos del movimiento. Que tuvieran evaluación de mediante escalas de severidad (Hoehn & Yahr), motoras (MDS-UPDRS III), no motoras (NMSS), y cognitivas (MoCA además de antropometría (peso, talla e índice de masa corporal). Se calculó el riesgo cardiovascular mediante QRISK3, y se categorizó a los pacientes en riesgo alto (> 10%) y no alto (< 10%). Se realizó un análisis comparativo de variables clínicas y escalas según el riesgo cardiovascular; adicionalmente, se realizó un análisis de regresión logística en búsqueda de predictores de riesgo cardiovascular alto (RCV), incluyendo el tiempo

de evolución, la edad al inicio de síntomas, subtipo motor (tremorígeno/no tremorígeno), escalas motoras (MDS-UPDRS III), cognitivas (MoCA) y no motoras (NMSS). Resultados Se incluyeron 84 pacientes (género masculino 69%; edad 58.4±9.7; años con EPI 7.0 ±5.4; edad al diagnóstico 53.5±10.2 años; Hoehn & Yahr 2.3±0.8). Se encontró una prevalencia de riesgo cardiovascular alto de 40.5% (n= 34). Al comparar los pacientes con RCV alto con los de riesgo bajo-moderado, encontramos una mayor prevalencia de género masculino (91% vs 54%, p < 0.001), diabetes mellitus (41.2% vs 6.0%; p < 0.001), hipertensión arterial (50% vs 14%; p < 0.001), y tabaquismo inactivo (52.9% vs 20%; p < 0.001), y edad al momento del diagnóstico (60.9±7.6 vs. 48.5±8.6 años; p < 0.001). Encontramos peor puntuación en escalas cognitivas en pacientes con RCV alto (MoCA 23.1±4.0 vs. 25.2±4.1; p=0.006). Sin diferencias significativas en escalas de severidad, motoras, y no motoras. El análisis de regresión logística encontró que el edad al inicio de enfermedad, y el tiempo de evolución, tuvieron una diferencia estadísticamente significativa para predecir el RCV alto, con un OR de 1.44 (IC95% 1.21-1.71; p < 0.001), y 1.41 (IC95% 1.16-1.72; p=0.001) respectivamente. **Conclusión:** Encontramos una prevalencia elevada de riesgo cardiovas-



cular alto; con mayor edad al inicio y el tiempo de evolución de la EPI, como predictores estadísticamente significativos de riesgo cardiovascular alto. Los pacientes con RCV alto presentan un peor desempeño cognitivo; sin diferencias en escalas de severidad, síntomas motores, no motores o cognitivos. Se requieren estudios prospectivos que evalúen a profundidad la relación entre el riesgo cardiovascular y la enfermedad de Parkinson.

Palabras clave: Parkinson, enfermedad, riesgo, cardiovascular, idiopática, degenerativa.

Folio: 1360

Tema: Otros

Efecto de la hospitalización en la fuerza de prensión en pacientes mayores de 70 años

Peña Mónica Elizabeth¹, Gomez Merit¹, Cisneros Daniela¹, Palos Jaime Dante², Tapia Mónica¹, Díaz Alejandro¹, Regalado Justino¹

¹ Hospital Angeles Lomas;

² Instituto Nacional de Rehabilitación Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra

Introducción: La fuerza de prensión manual (FPM) es una medida simple que se utiliza para estimar la fuerza muscular. Se sugiere actualmente que puede ser un buen marcador de salud global y funcionalidad, similar a un nuevo signo vital. Se cuenta ya, con publicaciones que asocian esta medición con mortalidad cardiovascular,

riesgo de caídas, discapacidad y complicaciones postquirúrgicas. **Objetivo:** Determinar si la hospitalización modifica la fuerza de prensión en pacientes mayores de 70 años.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal y observacional. Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia en pacientes mayores de 70 años ingresados en el Hospital Ángeles Lomas. Se utilizó el dinamómetro Takei Mod. 5001, Grip A, se realizaron 3 mediciones consecutivas a la mano dominante y posteriormente 3 mediciones a la mano no dominante, en todas las ocasiones con un minuto de espacio entre cada toma y tomando como referencia el puntaje mayor de cada extremidad. Las mediciones se realizaron con el paciente en sedestación a 90°, con los brazos en extensión y junto al tórax, previa autorización y firma del consentimiento informado. Se registraron los días de estancia hospitalaria, el número de fármacos administrados durante su hospitalización y el motivo de ingreso. Se realizó el análisis estadístico con paquete SPSS v. 22 efectuando estadística descriptiva, pruebas de normalidad, pruebas t para muestras independientes y relacionadas, así como ANOVA de un factor. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 93 pacientes mayores de 70 años, en el periodo de marzo 2017 a marzo 2018, de los cuales únicamente

77 cumplieron con los criterios de inclusión. Las medias para fuerza máxima de egreso e ingreso fueron de 19.87 y 17.98, respectivamente. El resultado de la prueba t para muestras relacionadas, fue de 1.88 (media), con un mínimo de 1.1 y un máximo de 2.6, ($p = 0.0001$), con lo cual asumimos una mejoría de aproximadamente 2kg en la FPM al final del periodo de hospitalización de los pacientes. Se encontró significancia estadística de $p = 0.001$ al realizar la misma prueba, creando una variable de la diferencia de medias de la FPM de ingreso y egreso, así como del porcentaje de cambio. No se encontró asociación significativa al analizar la diferencia de la FPM de egreso e ingreso, con el número de días de hospitalización ni el número de fármacos utilizados. Sin embargo cuando la diferencia de medias de la fuerza de egreso e ingreso se tomó como un porcentaje de cambio y se asoció al número de fármacos, existió una asociación significativa ($p = 0.04$), encontrando que el porcentaje de aumento de FPM fue cercano al 25% (< 5 fármacos) y únicamente de 10% (> 5 fármacos). **Conclusiones:** Hubo aumento de la FPM al egreso con respecto al ingreso de la hospitalización de manera significativa. Las fuerzas promedio para hombres y mujeres fueron menores a las reportadas en la literatura de población mexicana. Sería de utilidad determinar de acuerdo

al tipo de condición, el porcentaje de disminución de FPM basal para ver si esto influye en la recuperación o aumento de la fuerza al egreso.

Palabras clave: fuerza de prensión manual, hospitalización, dinamómetro.

Folio: 1361

Tema: Educación

Aprendizaje significativo para proporcionar reanimación cardiopulmonar en estudiantes de medicina de pregrado empleando simulación médica de alta fidelidad

Inurreta Martín, Cetina Gregorio, Puga Herberth, Cambranis Joëana, Aguilar Esteban, Novelo José Patricio, Alvarez Alberto
Universidad Marista de Mérida

El empleo de la simulación de alta fidelidad ha mostrado su eficacia en la enseñanza de los aspectos procedimentales de la práctica clínica y combinado con el análisis crítico y autocrítico acompañado de la retroalimentación constructiva, pueden facilitar el aprendizaje de los alumnos mediante la práctica continuada hasta alcanzar el nivel deseado. De acuerdo con lo propuesto por David Ausubel, el aprendizaje significativo es un tipo de aprendizaje en que un estudiante relaciona la información nueva con la previamente adquirida; reajustando y reconstruyendo ambas informaciones en este proceso, mientras el aprendizaje situado

consiste en el reforzamiento de los conocimientos obtenidos mediante su puesta en práctica, de manera que el alumno logra integrar, incrementar y aplicar el conocimiento en escenarios idóneos. El aprendizaje situado y el aprendizaje significativo pueden verse facilitados en la educación médica de pregrado mediante el empleo de la simulación médica de alta fidelidad, ya que esta permite generar los escenarios que asemejan las situaciones reales a las cuales han de enfrentarse los futuros médicos durante su práctica profesional. Algunos aspectos que se ven igualmente favorecidos mediante la simulación médica son los relacionados con la comunicación, coordinación y autoconfianza de los médicos en formación.

Objetivo: Determinar el aprovechamiento académico para efectuar reanimación cardiopulmonar en distintos momentos de la formación médica de pregrado en 210 alumnos de tercer, cuarto y quinto año de la carrera de médico cirujano. **Material y métodos:** Los alumnos de distintos años escolares, inicialmente, atendieron a la presentación teórica de las bases que fundamentan la correcta realización de la reanimación cardiopulmonar. Posteriormente, se llevó a cabo el desarrollo de una actividad de aprendizaje en el centro de simulación Montagne, en la cual, los alumnos debían llevar a cabo la reanimación

cardiopulmonar y recibir retroalimentación por parte de los instructores del centro de simulación médica. Se evaluó con una lista de cotejo previamente validada. La calidad de las compresiones fue registrada electrónicamente, la comunicación y la coordinación con el equipo fueron registrados. Los datos fueron registrados y analizados mediante Stata 14 estableciendo el valor de $p < 0.01$. No se identificaron diferencias significativas intra-grupos por edad o por sexo. Los puntos de mejora más comúnmente identificados en el grupo de tercer año fueron la falta de profundidad y frecuencia inadecuada de las compresiones cardíacas, así como la rotación inadecuada para proporcionar la posición lateral de seguridad. En cuarto año se identificaron estos mismos puntos, pero con menor frecuencia. En quinto año, la profundidad de las compresiones persistió en algunos casos, pero principalmente se identificó como puntos de mejora a los aspectos relacionados con el liderazgo, coordinación y comunicación con el equipo. **Discusión y conclusiones:** Consideramos que el aprendizaje para proporcionar reanimación cardiopulmonar basado en simulación en los alumnos es significativo y se incrementa continuamente, siempre que se inicie de manera temprana en su formación de pregrado. Dar seguimiento y registrar los aprendizajes de los alumnos de



manera constante y sistemática permite identificar áreas comunes de mejora que pueden incorporarse a la enseñanza no solo de los alumnos que hayan fallado en un aspecto particular, sino para reforzarlo en el aprendizaje de los alumnos en general. Conforme los alumnos avanzan en la carrera de medicina es posible que la integración de nuevos aprendizajes teórico-prácticos y las prácticas continuas les permitan mejorar sus técnicas en diversos aspectos, logrando así un aprendizaje significativo.

Palabras clave: educación médica, pregrado, medicina, reanimación cardiopulmonar, simulación médica de alta fidelidad.

Folio: 1362

Tema: Neurología

Crisis oculógiras como presentación de crisis psicógena; reporte de caso

Delgado Daniela, Guajardo Jaime Alberto, García Frade Luis Fernando, Cuevas Carlos Fredy
Hospital Ángeles del Pedregal

Introducción: Las crisis oculógiras se definen como desviaciones involuntarias, conjugadas y paroxísticas de la mirada, generalmente hacia arriba, de segundos a minutos de duración, acompañadas de nistagmus vertical con normalidad en los movimientos horizontales que remiten y recurren un número variable de veces hasta su resolución,

sin compromiso de conciencia. Se trata de una entidad de buen pronóstico y autolimitada. Dichos trastornos se observan con mayor frecuencia en la etapa infantil aunque pueden iniciar durante la adultez, se consideran forma de distonía focal. Las distonías consisten en contracciones musculares involuntarias, repetitivas, rotatorias, sostenidas al final del movimiento, lentas o rápidas, que pueden llegar a generar posturas anormales o en torsión. Afectan frecuentemente a los músculos de la región craneocervical y axiales y producen diferentes cuadros clínicos. Pueden asociarse a fármacos, principalmente antipsicóticos 96 horas tras su administración, suelen presentarse en varones jóvenes. Se reporta paciente femenino de 33 años que presenta cuadros de cefalea hemisférica izquierda de intensidad 9/10 EVA tipo pulsátil sin irradiaciones, posteriormente se presenta holocraneana acompañada de náusea sin llegar al vómito, acúfenos, fotofobia, visión borrosa y diplopía aisladamente, se automedica con analgésicos sin mejoría, posteriormente se agrega bradipsiquia con desconexión del medio de segundos de duración, con recuperación ad integrum sin periodo postictal, progresa hasta aumentar en frecuencia y duración, acompañándose de endotropía de ojo izquierdo por lo que acude a valoración

médica y se ingresa para abordaje, se realiza Resonancia Magnética referida con datos de hipertensión intracraneana sin contar con reporte, así como Punción Lumbar con discreto incremento en la presión de apertura sin otros datos patológicos, se inicia tratamiento con Topiramato, Acetazolamida, Ketorolaco y Prednisona dosis no especificada, tras el último presenta debilidad de miembros pélvicos con limitación para la marcha, se realizan 2 punciones lumbares de control sin alteraciones por lo que se egresa. 2 semanas posteriores persiste con sintomatología por lo que es valorada por especialista quien realiza Angio Resonancia Magnética apreciándose Aracnoidocele sillar y granulaciones aracnoideas sin datos de hipertensión endocraneana y Electroencefalograma sin foco irritativo, se ingresa a terapia intermedia para vigilancia estrecha donde presenta múltiples crisis. Durante exploración inicia con bradilalia y bradipsiquia, a las maniobras para desencadenar nistagmus y revisión de pupilas presenta infraversión y endotropía de ojo izquierdo de aproximadamente minuto y medio de duración con dificultad para articular, con recuperación ad integrum espontánea. Se termina de revisar encontrándose nistagmus horizontal fatigable, fuerza 4/5 en las 4 extremidades, reflejo plantar extensor negativo, funciones mentales superior-

res conservadas, marcha con discreto incremento de base de sustentación con Romberg positivo. Se nota probable relación desencadenante con cambios de posición y exploración de campos visuales, se inicia tratamiento con Escitalopram, Alprazolam y Ketorolaco presentando mejoría, tras un periodo sin presentar crisis se decide su egreso, al no encontrar lesiones o fármacos asociados como desencadenante se da el diagnóstico de crisis psicógenas con presentación de crisis oculogiras.

Palabras clave: crisis oculogiras, crisis psicógenas.

Folio: 1363

Tema: Reumatología

Características clínicas, bioquímicas y farmacológicas de una cohorte de pacientes con nefritis lúpica en la primera recaída renal

Martínez Javier, Saavedra Miguel Ángel, Sánchez Reyna Elizabeth, González Francisco Rafael, Martínez Michel Augusto, Jiménez María del Pilar, Mendoza Jaime Miguel, Rodríguez Luis Carlos

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

Antecedentes: La nefropatía lúpica o nefritis lúpica (NL) es la más frecuente de las manifestaciones graves del LES, afectando a más del 50% de los pacientes, puede cambiar radicalmente el estado general, el pronóstico y

sobreviva de los pacientes. La frecuencia del LES, su forma y grado de afectación presenta variaciones dependiendo de la raza, el sexo y la edad, en la cohorte del Grupo Latinoamericano para el Estudio del Lupus (GLADEL) el 51.7% de los pacientes presentó NL, 58% de los mestizos y afro-latinoamericanos y 43.6% de los blancos latinoamericanos. En la cohorte EUROLUPUS, con 1.000 pacientes, 97% de ellos caucásicos, 16% tenía NL al inicio de la enfermedad y 36% durante su evolución. Son predictores clínicos de recaída renal la raza negra, el sexo masculino, el debut de la enfermedad a edades tempranas, los altos índices de actividad y cronicidad, los valores bajos de complemento, los títulos altos de anticuerpos anti-ADN de doble cadena, la creatinina sérica elevada, la proteinuria en rango nefrótico, la anemia grave, la hipertensión arterial sistémica y haber tenido una respuesta parcial a la terapia inmunosupresora frente a los que tuvieron una respuesta completa. El curso de la NL es variable con una alta tasa inicial de remisiones, pero con recaídas, recidivas o cambios de clase histológica, que hacen que una buena respuesta inicial al tratamiento no se correlacione necesariamente con el resultado final.

Objetivos: Describir las características, clínicas, bioquímicas y farmacológicas de una cohorte

de pacientes con NL en su primera recaída renal. **Material y métodos:** Estudio descriptivo de cohorte retrospectiva. Se expresan los resultados en medias y medianas según la distribución. **Resultados:** Se incluyeron 62 pacientes, 54 mujeres y 8 hombres, edad promedio al diagnóstico de 24.8 años, 6 de inicio juvenil, 77.3% Clase IV de NL, de los cuales 61.7% tuvieron respuesta completa al tratamiento de inducción a la remisión, en los primeros 6 meses, el periodo libre de recaída promedio fue de 75.5%, hipoalbuminemia 40.3%, anemia 21%, leucopenia 30%, trombocitopenia 3.2%, proteinuria en rango nefrótico 29%, sedimento activo 58%, hipocomplementemia 67.7%, AntiDNAs, 98.4%.

Palabras clave: reumatología, lupus, nefritis, tratamiento, recaída, cohorte.

Folio: 1364

Tema: Misceláneos

Frecuencia de incontinencia urinaria y su impacto en la calidad de vida en los participantes del programa de adultos mayores de la Universidad Marista de Mérida

González Luis Alberto, Mendez Nina, Martínez Gisselly Dessiree, Martínez Carlos Omar, Mendoza Julio Ramon, Pech Paola Ivette

Universidad Marista de Mérida

Introducción: La incontinencia urinaria es un padecimiento



frecuente y se le considera un síndrome geriátrico si bien no es exclusivo de dicho grupo. En Yucatán los estudios sobre la incontinencia urinaria son escasos, lo que podría significar en un desconocimiento significativo acerca de la enfermedad en nuestro medio y su impacto en la calidad de vida de los pacientes. Existen más de 200 millones de individuos en el mundo con algún grado de incontinencia y se considera la segunda causa de internamiento en casas de ancianos. Un estudio realizado en la Ciudad de México reportó que en las Unidades de Medicina Familiar el diagnóstico de las enfermedades crónico-degenerativas son las más frecuentes mientras que los llamados “gigantes de la geriatría (demencias o problemas de salud mental, inmovilidad, caídas e incontinencia urinaria)” pasan desapercibidas en las clínicas de primer nivel y cuando sí son diagnosticadas, la prevalencia más alta corresponde a la incontinencia urinaria. Las causas que llevan al desarrollo de este problema son diversas e intervienen no solo factores físicos, sino igual cognitivos, funcionales y psicosociales. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de incontinencia urinaria en los participantes del programa de los adultos mayores y su repercusión en la calidad de vida. **Material y métodos:** En este estudio de tipo observacional prospectivo, se realizaron entrevistas y encues-

tas previamente validadas para población mexicana para evaluar la calidad de vida y estimar la frecuencia de incontinencia urinaria en los participantes del Programa de Adultos Mayores de la Universidad Marista de Mérida en el ciclo académico 2016- 2017. Los datos fueron registrados y analizados mediante Stata 14, estableciendo el valor de $p < 0.05$. **Resultados:** De los 112 participantes, 62 cursan con incontinencia urinaria, siendo la incontinencia de urgencia más frecuente que la incontinencia de esfuerzo y la mixta, de acuerdo con los criterios del ICIQ-SF. En cuanto al nivel de afectación percibida en la calidad de vida, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre quienes padecen (17/20) y quienes no padecen (10/20) incontinencia urinaria. Los participantes con incontinencia urinaria por urgencia refirieron significativamente mejor calidad de vida que aquellos con incontinencia por esfuerzo. Un 58% de los participantes nunca había platicado con su médico sobre los síntomas de incontinencia urinaria. Finalmente, 108 de los participantes (96.42%) considera que si vale la pena tratar la incontinencia urinaria. **Conclusión:** Entre los adultos mayores que asisten al Programa de Adultos Mayores de la Universidad Marista de Mérida la frecuencia de incontinencia urinaria es de 62%, siendo la forma más común

la incontinencia por urgencia cuando se comparó con la de esfuerzo y la mixta. La calidad de vida percibida por los adultos mayores fue mejor entre quienes no padecen incontinencia urinaria y en aquellos que padecen la incontinencia por urgencia, cuando se les comparó con aquellos con incontinencia por esfuerzo.

Palabras clave: incontinencia urinaria, adultos mayores, geriatría, calidad de vida.

Folio: 1365

Tema: Misceláneos

Síndrome de Job: reporte de un caso del servicio de Inmunología y Alergia del Hospital Juárez de México

Castro Senyassen Sairí, Hernández Leticia, Guerrero Diana Valeria, De los Santos Julio Alfonso, Cruz Ruben
Hospital Juárez de México

Masculino de 18 años de edad sin APNP de importancia con APP Dermatitis atópica de 15 años de evolución en tratamiento con cremas humectantes. Otitis media crónica desde los 12 años con perforación de membrana timpánica como complicación. Inicia su padecimiento hace 1 año con aumento de volumen de miembro pélvico derecho, calor, rubor, doloroso a la palpación, sin condicionar la movilidad de la extremidad acude a facultativo quien indica tratamiento no especificado, con mejoría parcial. 2 meses después re-

fiere nuevamente presentar de forma súbita aumento de volumen en tobillo derecho, sin presencia de cambios de coloración o de la temperatura, dolorosa a la movilización y palpación que condiciona dificultad para la deambulación, acudiendo a facultativo quien prescribe antibióticos orales no especificados, sin mejoría de la sintomatología. Al interrogatorio dirigido refiere presentar prurito intenso de manera generalizada que lo ha llevado a lesionar piel, aumento de volumen en dos ocasiones de manos y piernas que ha cedido a tratamientos médicos. Onicomycosis que no mejora con tratamiento médico. Placa blanquecina en boca en repetidas ocasiones. A la exploración física lesiones en piel por rascado, liquenificación en cara y manos. Cabeza: fascies toscas frente prominente, piodermatitis de cuero cabelludo, cicatrices varioliformes en frente, ojos hundidos, puente nasal ancho, boca con palidez, Doble hilera de dientes, múltiples caries, prognatismo. Extremidades inferiores eccema, cicatrices varioliformes, zonas de liquenificación, región anterior de tibia derecha con presencia de aumento de volumen y de temperatura, dolorosa a la palpación sin evidencia de salida de material purulento, onicomycosis en ambos pies. Se inició el abordaje de dermatitis atópica con estudios de biopsia de piel con reporte de infiltrado

de células T inespecíficas y se inicia tratamiento con factor de transferencia por un año, sin mejoría de la sintomatología. Presenta un reporte de BH con eosinófilos totales en 2000 UI, se envió a maxilofacial por diente supernumerario en zona nativa del maxilar superior y canino superior izquierdo. BH leucos: 5.04, Hb: 13.6 g/Dl, Hto: 40.6%, VCM: 78.1ftL, HCM: 26.2 pg, Plt: 140, neutros tot: 3.02, Linfos tot: 1.47, Eosin tot: 0.08. Ig E total 2420 UI/mL, Antriestreptolisina "O" 2800 UI/mL. Por la presencia de celulitis se realiza radiografía en ambos miembros pélvicos sin evidencia de lesión en hueso o presencia de gas. Rx de tórax con lesiones sugestivas de bronquiectasias, por corroborar con TAC de tórax. Ante la presencia de eccema crónico, datos clínicos sugestivos de Hiper IgE y por reunir 24 puntos de la escala de Grimbaches, se envía a genética por sospecha de herencia autosómica dominante con probable mutación en STAT3

Palabras clave: hiper IgE, síndrome Job, eccema crónico, infección piel repetición, dientes supernumerarios, fascies toscas.

Folio: 1366

Tema: Nefrología

Medición de la tasa de filtrado glomerular en pacientes mayores de 85 años, mediante la fórmula de Cockcroft-Gault, MDRD4 y CKD-EPI y su

correlación en pacientes hospitalizados

Navarro Edgar Felipe¹, Martínez María del Rosario

Hospital Juárez de México

El objetivo del presente estudio, fue comparar en pacientes mayores de 85 años de edad, sin enfermedad renal crónica conocida, las diferentes fórmulas para calcular la tasa de filtrado glomerular con el estándar diagnóstico de depuración de creatinina de 24 horas, a fin de establecer la mejor correlación entre las formulas MDRD, CKD-EPI y Cockcroft-Gault. Se incluyeron 25 pacientes que se ingresaron al servicio de Geriátrica del hospital Juárez de México, en el periodo comprendido entre Junio de 2017 a Junio de 2018. **Resultados:** La tasa de filtrado glomerular promedio medida por depuración de creatinina en 24 horas fue de 48.35 ml/min/ 1.73 m²; según la fórmula de Cockcroft y Gault fue de 41.49 ml/min/ 1.73 m², significativamente menor que con MDRD y CKD-EPI 64.98 ml/min/ 1.73 m² respectivamente. Hay una correlación de manera directa entre los distintos tipos de fórmulas, sin embargo la que tiene mayor poder estadístico y reciprocidad es Cockcroft y Gault siendo estadísticamente significativa. **Conclusiones:** En pacientes ancianos mayores de 85 años de edad las estimaciones medidas por las diferentes tasas de filtrado glomerular no



son intercambiables, mostrando ventaja por Cockcroft y Gault, siendo estadísticamente significativo.

Palabras clave: tasa, filtrado, glomerular, ancianos.

Folio: 1367

Tema: Hematología

Variables clínicas y de laboratorio de 410 donadores y su relación con el rendimiento plaquetario

Jiménez Raúl Alberto, Vázquez Karina Elizabeth, Herrera José Luis, Jaime José Carlos

Hospital Universitario Dr. José E González

Introducción: Los separadores de células automatizados han mejorado la eficiencia de la aféresis plaquetaria. Sin embargo la cantidad de plaquetas obtenida no es la misma en cada donador, por lo cual el objetivo del presente trabajo es evaluar las características clínicas y de laboratorio de los donadores y su impacto en el rendimiento plaquetario. **Objetivo:** Determinar la asociación entre las variables clínicas y de laboratorio y el rendimiento plaquetario real y el dado por el software.

Material y métodos: En el presente estudio se evaluaron las variables clínicas y de laboratorio de 546 procedimientos de aféresis plaquetaria en 410 donadores en el servicio de hematología del Hospital Universitario Dr. José E. González obtenidas por la máquina Trima Accel versión 6.0 y su relación

con el rendimiento plaquetario.

Resultados: Se realizaron 546 procedimientos de aféresis plaquetaria en 410 donadores. De estos 410, 354 (86.3%) son hombres y 56 (13.7%) mujeres. El índice de masa corporal fue evaluado y en 135 (24.7%) donadores se encontraba normal, 251 (45.9%) tenían sobrepeso y 160 (29.4%) obesidad. Previo a la aféresis plaquetaria, la mediana de hemoglobina fue de 15.3 (rango: 12.5-18.9) g/dL, mediana de leucocitos de 6647 (rango: 2300-12600), plaquetas de $246 \times 10^3/\mu\text{L}$ (rango: 150-435). En el análisis bivariado, la cuenta plaquetaria previo a la donación fue el valor de laboratorio con mejor correlación en la obtención de un mayor rendimiento plaquetario por software y en el rendimiento plaquetario real ($r = 0.665$, $p < 0.001$, $r = 0.486$, $p < 0.001$), respectivamente.

Palabras clave: donadores, aféresis, plaquetas.

Folio: 1368

Tema: Gastroenterología

Covariabilidad de la oxidación lipídica-proteica con amoniaco y severidad de la encefalopatía hepática por cirrosis hepática

Montes Daniel¹, Cruz María del Pilar², Martínez Michel², Olivares Ivonne³

¹ Hospital General CMN La Raza, IMSS; ² Especialidades CMN La Raza, IMSS; ³ Escuela Superior de Medicina IPN

La encefalopatía hepática (EH) en cirrosis hepática, se asocia

a hiperamonemia. La intoxicación por amoniaco induce estrés oxidativo (OxS) y nitrosativo en el cultivo neuronal y el modelo in vivo, pero se desconoce la relación entre el amoniaco y el OxS en pacientes con HE. **Objetivo:** Evaluar y comparar la oxidación lipídica-proteica plasmática con el amoniaco y con diferente grado de gravedad de EH y en voluntarios saludables. **Material y métodos:** Incluimos 60 sujetos, divididos en 2 grupos; a) 30 voluntarios sanos, b) 30 pacientes con HE y cirrosis hepática. Se midieron la peroxidación lipídica, la oxidación de proteínas y la concentración de amoniaco en plasma, y se cuantificó el puntaje de West-Haven para el grado de severidad de HE. Se observó un incremento de concentraciones y correlación directa entre las concentraciones de peroxidación lipídica: malondialdehído (MDA $16 \pm 6,19$ vs a $6,6 \pm 3,1$ $\mu\text{mol} / \text{l}$, $p < 0,0001$). Oxidación de proteínas: carbonilos de proteínas; $3,93 \pm 1,73$ (IC del 95%: 3,28 a 4,58) frente a $0,75 \pm 0,38$ (IC del 95%: 0,60 a 0,91) osazona nmol/mg de proteína, $p < 0,0001$. Amoniaco 189 ± 89 frente a 44 ± 12 μmol de amoniaco/L, $p < 0,0001$, en HE y cirrosis en comparación con individuos saludables, respectivamente. También encontramos correlación inversa entre HE y estos biomarcadores.

Conclusión: El estrés oxidativo lipídico-proteico y amoniaco

están directamente relacionados entre ellos pero no con la severidad de la HE, sugiriendo que los antioxidantes endógenos podrían tener participación compensatoria.

Palabras clave: cirrosis hepática, encefalopatía hepática, estrés oxidativo, amoniaco.

Folio: 1369

Tema: Reumatología

Relación entre actividad en artritis reumatoide de inicio reciente con funcionalidad y fuerza de prensión

Cruz María del Pilar², Montes Daniel¹, Lira Joseph², Alcalá Magdalena², Carrión Isaac²

¹ Hospital General CMN La Raza, IMSS; ² Especialidades CMN La Raza, IMSS

Introducción: La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica, autoinmune que afecta articulaciones y produce limitación en las actividades de la vida diaria. **Objetivo:** Determinar la correlación entre la fuerza de prensión, DAS28 y HAQ en pacientes con artritis reumatoide de inicio reciente.

Material y métodos: Es un estudio cohortes prospectivo, se valoraron pacientes de primera vez en consulta externa de Reumatología del Hospital de Especialidades Dr Antonio Fraga Mouret CMN La Raza, al inicio y dos meses después. Incluyendo datos demográficos, antropométricos, evaluación de discapacidad (escala HAQ) y actividad de la enfermedad

(DAS28), y fuerza de prensión (Dinamómetro). Por cada paciente se buscaron dos controles pareados por edad y sexo. Se utilizó correlación de Pearson, para variables paramétricas analizamos con T de Student, considerándose significativa $p < 0.05$. **Resultados:** Incluimos 26 fueron sexo femenino y 3 masculino, edad de 41 ± 14.5 años. Se encontró correlación negativa significativa entre los kilogramos de fuerza de prensión de ambas manos con DAS28 y HAQ. Encontramos que además la talla pero no el peso esta en correlación directa con la fuerza de prensión. Al compararse con sus controles, los pacientes tuvieron entre 3 a 5 kilogramos de menor fuerza de prensión y recuperaron de 1 a 3 kg en la segunda valoración.

Conclusión: La actividad de la enfermedad reduce significativamente la fuerza de prensión y esto le produce importante discapacidad las manos en AR temprana, y esta no es completamente revertida solo con tratamiento farmacológico.

Palabras clave: artritis reumatoide, discapacidad, HAQ, DAS28.

Folio: 1370

Tema: Cardiología

Eficacia del tratamiento con levosimendan en la sobrevida de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica agudizada (CF III/IV NYHA) en un periodo de un año en comparación con dobutamina y terapia convencional

Gomez Luis Carlos, Callejas Gerardo, Ceballos Martha, Rivera Héctor

Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez

Introducción: La Insuficiencia Cardiaca (IC) es un síndrome clínico que se caracteriza por una elevada morbimortalidad, son frecuentes los reingresos hospitalarios, así como prolongación de la estancia hospitalaria. El uso de medicamentos inotrópicos en estadios avanzados y crónicos ha generado controversia. **Antecedentes:** Se dispone de 4 estudios clínicos principales que analizan el efecto clínico de levosimendan, 2 a favor: Lido y Ruslan y 2 en contra Revive y Survive. El estudio LIDO comparó los efectos a corto plazo de la infusión por 24 horas de levosimendan vs dobutamina, el punto final primario fue la mejoría hemodinámica definida como incremento mayor 30% del gasto cardiaco y una disminución mayor 25% de la presión capilar pulmonar (PCP), siendo superior levosimendan a dobutamina al reducir la PCP y la mortalidad a los 6 meses ($P=0.0029$).

Objetivo: Comparar la eficacia en la sobrevida de pacientes que presentan Insuficiencia Cardiaca Crónica Agudizada (Clase Funcional III/IV NYHA) tratados con levosimendan, dobutamina y tratamiento convencional. **Metodología:** Tipo de estudio: Ensayo clínico



controlado. Estudio prospectivo a un año, aleatorizado un total de 97 pacientes con insuficiencia cardíaca crónica agudizada clase funcional III/IV NYHA. Tres grupos: levosimendan, dobutamina adicional al tratamiento estándar y tratamiento estándar, levosimendan a razón de 0.05 mcgrs/kg/min durante 24 horas, dobutamina a 5 mcgrs/kg/min durante 24 horas. Se evaluó mortalidad, así como días estancia y reingresos hospitalarios. Criterios de Inclusión: pacientes de 35 a 90 años con IC crónica agudizada con clase funcional III/IV NYHA hospitalizados en el servicio de medicina interna y que acepten ingreso al protocolo de investigación. Criterios de Exclusión: Pacientes con antecedentes de Torsade de Pointes u otros trastornos del ritmo, hipotensión arterial sistémica no corregida, Insuficiencia Renal Crónica IV o V (FG menor de 30 ml/min/1.73m²) o hepática y pacientes con choque hipovolémico o séptico. **Resultados:** La mortalidad fue 22.6% con levosimendan en comparación con 25.8% en los otros grupos (Log Rank 0.938). Los días de estancia hospitalaria levosimendan vs tratamiento estándar (8,1 vs 11,6; p = 0.003) (IC 95%), levosimendan vs dobutamina (8,1 vs 10,03; p = 0.12) (IC 95%). Los reingresos hospitalarios con levosimendan vs tratamiento estándar (21 vs 33, p = 0.011) (IC 95%). **Discusión:** Este estudio no evidencio una

diferencia significativa respecto a la mortalidad entre los grupos (Log Rank 0,938), contrasta con los hallazgos obtenidos en el estudio LIDO que registró una disminución de la mortalidad a 6 meses. Los días de estancia hospitalaria fueron menores en el grupo de levosimendan vs tratamiento estándar (p < 0,03) hallazgos discordantes con el estudio REVIVE II. Los reingresos hospitalarios en el grupo levosimendan respecto al tratamiento estándar fueron menos, lo cual fue estadísticamente significativo (p < 0.011). Estos resultados se relacionan con los datos expuestos por Comin J. et al en su estudio Lion Heart. **Conclusiones:** El tratamiento con levosimendan en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica agudizada (CF III/IV NYHA) adicional al tratamiento estándar no disminuyó la mortalidad en un periodo de 12 meses de seguimiento comparado con el tratamiento con dobutamina y tratamiento convencional. El tratamiento con levosimendan en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica agudizada (CF III/IV NYHA) condujo a una estancia hospitalaria menor, así como un menor número de reingresos hospitalarios lo cual fue estadísticamente significativo (p < 0,03 y p < 0.011) respectivamente.

Palabras clave: insuficiencia cardíaca, inotrópicos, mortalidad, levosimendan, dobutamina.

Folio: 1371

Tema: Endocrinología

Evaluación del cumplimiento de metas ADA 2017 en pacientes diabéticos que acudieron a una unidad integral comparado con pacientes diabéticos de consulta externa durante un año de seguimiento

Morgan Diana Selene, Aguiñiga Ariadna, Guzmán Perla Marlene, Mondragón Lidia Aurora, García Laura Anahí, Andoney Jéssica Valeria, Mondragón Hector

Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ha mostrado ser un gran problema para la salud pública mundial. El promedio nacional de pacientes con al menos una indicación de medición de glucemia en ayunas al año fue de 43.1%, con estos datos se puede decir que el control metabólico en los servicios de salud de primer nivel es incompleto. En el programa de prevención de diabetes como estrategia para evitar el desarrollo de diabetes en paciente con alto riesgo, en un seguimiento de 2.8 años determina que la incidencia de diabetes en adultos se redujo en un 58% con intervención intensiva en el estilo de vida y en un 31% con metformina en comparación con el placebo. Una unidad de manejo integral para pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 mediante un apego estricto al

control glucémico y cambios en el estilo de vida mejora la supervivencia de los pacientes con diabetes. Este análisis nos dará a conocer si una unidad de manejo integral ayudó al paciente a obtener un mejor control de sus condiciones clínicas y metabólicas, todo esto mediante la evaluación del seguimiento que llevaron desde su primera visita al programa, basándonos en parámetros marcados por guías actualizadas como la ADA 2017 que mencionan criterios para determinar un adecuado control de la enfermedad. **Objetivo:** Conocer el cumplimiento de las metas ADA 2017 en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo dos que acudieron a una unidad de manejo integral de pacientes diabéticos comparando el cumplimiento de estas metas en pacientes diabéticos que tuvieron seguimiento por consulta externa de medicina interna durante un año de seguimiento en el periodo 2016 - 2017. Para comparar los cambios antes y después de asistir a la unidad integral utilizaremos prueba de chi cuadrado y T de student. La significancia estadística con $p < 0.05$. **Resultados:** Se reunieron un total de 287 pacientes, 149 pacientes del grupo que acudió a la unidad de manejo integral y 138 pacientes del grupo que únicamente acudió a consulta externa de medicina interna. Se evaluaron de cada grupo las

siguientes características: edad (años), años de diagnóstico, peso inicial (kg), peso última consulta (kg), IMC inicial y final (kg/m^2), perímetro abdominal inicial y final (cm), colesterol inicial y final (mg/dl), colesterol HDL inicial y final (mg/dl), triglicéridos inicial y final (mg/dl), glucosa en ayuno inicial y final (mg/dl), HbA1c inicial y final (%), Número total de consultas en un año. La edad y los años de diagnóstico fueron estadísticamente significativos. Años de diagnóstico 11.50 ± 8.47 vs 15.00 ± 8.58 ($p < 0.001$). El promedio de edad en años de los pacientes que acudieron a la unidad fue de 65.87 y los que no acudieron fue 69.53 ($p = 0.001$). Se reorganizaron los dos grupos estudio, en 4 variables de control: controlado-controlado (16.4%), controlado-descontrolado (32.8%), descontrolado-controlado (45.3%) y descontrolado-descontrolado (5.6%). La comparación de ambos grupos no presenta datos estadísticamente significativos para demostrar diferencia entre cada grupo de control, por lo que los pacientes que fueron atendidos por consulta externa de medicina interna se controlaron de la misma manera que los pacientes que asistieron a la unidad integral de pacientes diabéticos. **Conclusión:** Podemos inferir que la participación multidisciplinaria que integra la unidad integral para pacientes diabéticos no

mejoró significativamente durante este año de seguimiento a los pacientes descontrolados con respecto a la atención y seguimiento otorgado por los médicos especialistas de medicina interna. Por otro lado el perfil del médico internista está capacitado como especialista en la atención integral de pacientes adultos con enfermedad de alta prevalencia con preparación formal para realizar acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento, factor importante en el análisis.

Palabras clave: diabetes, control, metas, ADA, unidad, integral.

Folio: 1372

Tema: Reumatología

Características de adherencia y alianza terapéutica en pacientes con lupus eritematoso sistémico en un hospital de tercer nivel

Cano Lilian Guadalupe, Alvarez Everardo, Lajud Francisco Antonio, Vargas David Alejandro
Hospital General de México

Introducción: La adherencia y alianza terapéutica son componentes asociados al éxito del tratamiento, se define a la adherencia terapéutica al grado en el que un paciente sigue las recomendaciones dadas por el médico tratante, tiene dos componentes: la compliance (grado de conformidad con las recomendaciones prescritas en relación con el tratamiento) y la



persistencia (tiempo que dura tomando el tratamiento desde el inicio hasta su interrupción). La alianza terapéutica es la relación médico paciente que permite que el enfermo participe de forma activa en su tratamiento lo que involucra compromiso y comprensión mutua. En pacientes con lupus (LES), se realizó un estudio en 2007 en estados unidos donde por medio del instrumento Medication Adherence Self-report Inventory (MASRI) se evaluó la adherencia a hidroxicloroquina y prednisona donde encontraron que el 39% de los pacientes tenían adherencia a la prednisona y el 51% a la hidroxicloroquina. **Objetivo:** Describir las características de la adherencia y alianza terapéutica en pacientes mexicanos con LES. **Justificación:** Conocer las características nos ayudará para determinar estrategias para mejorar el impacto del tratamiento. **Sujetos y métodos:** Es un estudio observacional, prospectivo en el que se incluyeron 71 pacientes con LES mayores de 18 años, de ambos sexos, se les solicitó que firmaran una carta de consentimiento informado. Se recabaron datos sociodemográficos y se les aplicó el cuestionario de adherencia y alianza TAQRDis el cual está diseñado para medir la alianza terapéutica en pacientes con enfermedad reumatológica consta de 21 preguntas (nueve sobre observancia y 12 sobre la relación médico-paciente) con 34 elementos. Es validado

por análisis de Rasch, permite una buena discriminación y ajuste en la medición de alianza terapéutica. **Resultados:** Se revisaron un total de 71 expedientes de la clínica de LES, de los cuales 65 (91.5%) fueron mujeres, la edad promedio de los pacientes fue de 40.2 años, Se revisaron un total de 71 expedientes de la clínica de LES, de los cuales 65 (91.5%) fueron mujeres, la edad promedio de los pacientes fue de 40.2 años. La adherencia al tratamiento fue de 91%, teniendo valores de adherencia de 47% hasta 100%. El 61.9% respondió que no suspendieron el medicamento ningún día y 52.9% suspendieron el medicamento al menos un día de la semana, el 54.9% siguieron un horario específico, solo 47.9% contestó que tomaban medicamentos siguiendo las instrucciones de sus médicos. El 16.9% no tomó sus medicamentos durante el fin de semana, el 64.7% presentó persistencia de la adherencia durante todo el tiempo del esquema de tratamiento, la causa más frecuente por la que los pacientes no tomaron su medicamento fue el desabasto con un 18.8%. **Conclusiones:** Los resultados previamente reportados nos muestran que hay aparentemente un buen índice de adherencia terapéutica, sin embargo, sólo la mitad toman sus medicamentos con un horario específico, y siguen las instrucciones que les indica su médico.

Palabras clave: adherencia, tratamiento, lupus, alianza, pronóstico.

Folio: 1373

Tema: Dermatología

Eritema elevatum diutinum ampolloso, reporte de caso

Vázquez Dayana¹, Alvarado Erika Stephania², Ramírez Tania Gissel², Guevara Rosa María², Pulido Nancy²

¹ IMSS Hospital General Dr. Gaudencio González Garza Centro Médico Nacional La Raza; ² IMSSs Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret Centro Médico Nacional La Raza

Se presenta caso de vasculitis crónica rara, ya que solo se han reportado 100 casos en la literatura; de etiología aún desconocida, con presentación inusual cuyo diagnóstico histopatológico permite descartar diagnóstico diferencial de púrpura de Henoch-Schönlein. Se trata de masculino de 28 años, sin antecedentes cronicodegenerativos; episodio de podagra posterior a consumo de alcohol, dos meses previos a padecimiento actual, con resolución espontánea sin tratamiento. Niega antecedentes quirúrgicos alérgicos o transfusionales. Refiere alcoholismo desde hace 10 años hasta llegar al estado de embriaguez una vez por semana, niega tabaquismo. Inicia con dermatosis localizada en planta de pie izquierdo con mácula violácea de 7cm dolorosa, con

diseminación simétrica ambos maleolos. Dos días posterior a inicio de dermatosis presenta artralgias en ambas rodillas, acude a hospital de segundo nivel y recibe tratamiento con AINE con mejoría del dolor. 24 hrs posterior al inicio de sintomatología, aparecen lesiones púrpuricas palpables menor a 1 cm de diámetro diseminadas en forma simétrica en brazos, tronco y miembros pélvicos; agregándose artralgias en codo derecho, carpos y articulaciones metacarpofalángicas. Recibe tratamiento con AINE y esteroide sistémico con disminución de los síntomas. Sin embargo 1 día después con progresión de dermatosis, con petequias y ampollas de contenido seroso, periferia violácea, bordes regulares y bien definidos. Se realiza biopsia por sacabocado de 4x5mm de lesiones localizadas en pierna izquierda, con diagnóstico histopatológico de vasculitis leucocitoclástica en vasos de pequeño y mediano calibre con dermatitis neutrofílica compatibles con eritema elevatum diutinum, se descartan asociación con enfermedades de tejido conectivo así como enfermedades infecciosas. Se inicia sistémico con esteroide. Actualmente con respuesta al tratamiento, clínicamente sólo presenta maculas residuales en extremidades inferiores.

Palabras clave: eritema elevatum, dermatosis ampollosa,

vasculitis crónica, vasculitis neutrofílica, vasculitis leucocitoclástica, petequias.

Folio: 1374

Tema: Reumatología

Púrpura de Henoch Schonlein con criterios de severidad y su resistencia al manejo inmunomodulador. Reporte de un caso

Marcial Josué, Jimenez Jesus, López Misael Alejandro
Centro Médico ISSEMyM Lic. Arturo Montiel Rojas

Femenino de 19 años, soltera, estudiante, residente de Toluca, Estado de México. Enfermedades crónicas degenerativas alérgicas, quirúrgicos, tabaquismo, alcoholismo y transfusionales negativo. Núbil. fenómeno de Raynaud ocasional. Cuadro de faringoamigdalitis en octubre de 2017, recibió medicación antibiótica por 7 días. 6 días después de acabar antibioticoterapia inicia el cuadro clínico de su padecimiento actual. primer estancia en urgencias se documenta en Noviembre 2017 por dermatitis generalizada, involucrando tórax, extremidades, cabeza, respetando la cara, lesiones púrpuricas no dolorosas, confluentes en placas edematosas violáceas, pruriginosas con fiebre, ataque al estado general e hiporexia. valorada por dermatología sospechando dermatitis reaccional post faringoamigdalitis y manejan con Prednisona 50mg dosis – reducción durante 21 días. 10 de

noviembre se presenta a urgencias por persistencia de lesiones, ahora dolorosas, asociado a linfopenia, Se decide ingreso, toma de muestras para ACanti-MPO y PR3, ANA, Anti DNA, biopsia de piel. manejo con prednisona 50mg cada 24 hrs. El día 13 de noviembre refiere dolor abdominal tipo urgente, acompañado de melena y melanemesis, sin datos de irritación peritoneal, se agrega artralgias en rodillas, codos, muñecas. Reporte TC abdomen simple y contrastada: bazo heterogéneo al medio de contraste, homogéneo en fase simple, riñones con adecuada captación del medio de contraste, sin quistes. Útero con contenido de densidad líquida. IgA normal, con IgE e IgM elevadas. Se inicia bolo de metilprednisolona cumpliendo con 3g dosis total, con lo que mejora. El día 17 Alta; manejo con azatioprina 50mg, prednisona 50. El día 21 de noviembre se hospitaliza nuevamente por artritis y artralgias en rodillas, codos, muñeca, con recurrencia y exacerbación de púrpura. Se inicia pulso de esteroide gammaglobulina calculada a 2g/kg. 24 de noviembre reporte histopatológico: vasculitis leucocitoclástica en vasos de pequeño calibre. Concluye bolos de esteroide e infusión de gammaglobulina. Egresada 28 de noviembre con azatioprina 500mg cada 12 hrs y prednisona 50mg cada 24 hr. Presentó hemateme-



sis y hematoquecia el 4 de diciembre, se realizó endoscopia encontrándose duodenitis erosiva severa con evidencia sugestiva de vasculitis; Se realiza determinación de IgE encontrándose elevada, EGO proteinuria, eritrocituria con sedimento positivo con eritrocitos dismórficos del 80%, hipocomplementemia. Se inicia micofenolato mofetilo a dosis plenas, con nueva administración de 3 g de metilprednisolona y gammaglobulina, remitiendo sangrado de tubo digestivo y la glomerulonefritis. Se considero Púrpura de Henoch Schonlein con criterios de severidad un mes después se decide iniciar bolos de ciclofosfamida 750mg/mensual, recibiendo 6 pulsos totales. Terapia de mantenimiento con micofenolato 720mg cada 12 hrs y prednisona dosis reducción de 10mg cada 24 hrs. Con lo cual ha mejorado y ha estado en seguimiento por consulta externa. La importancia de la presentación de caso clínico es que difiere en cuanto a la epidemiología, acorde a la literatura es más frecuente en la infancia, con una relación 2:1 afectando mayormente al género masculino, describiendo una presentación de tetrada clásica: purpura palpable artritis, dolor abdominal y afección renal, precedida de un cuadro de vía aérea superior. Criterios que se cumplieron en nuestro paciente. Se habla de una resolución espontanea hasta en el 94% de

los casos, sin embargo en la paciente el curso fue insidioso, presentando incluso sangrado de tubo digestivo. Recibió tratamiento con esteroides, sin embargo poca respuesta a los mismos. Con resolución del cuadro posterior al uso de inmunomoduladores.

Palabras clave: artralgiyas, epigastralgia, purpura, glomerulonefritis, esteroide, inmunomoduladores.

Folio: 1375

Tema: Oncología

Síndrome de compresión medular de origen neoplásico: serie de casos y revisión de la literatura

Garcilazo Alexandra¹, Cruz Antonio¹, Quiñonez María Santa Juana¹, Ayala Osdelia¹, Cano Lilian Guadalupe¹, Lajud Francisco Antonio¹, Salazar Claudia Nai¹, Medina Juan Manuel², Artega Daniela¹, Arredondo Francisco Javier¹, Gallegos Belen¹

¹ Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga; ² ISSE-MyM

Introducción: El síndrome de compresión medular neoplásico es una urgencia oncológica que de no ser atendida a tiempo condiciona secuelas incapacitantes. Se presenta una serie de casos en la cual los pacientes desconocían patología neoplásica y debutaron con síndrome medular completo.

Caso 1: Hombre de 53 años, padecimiento 1 año previo

con dolor en región lumbar. Diez días previos a su ingreso presentó peljia en miembros pélvicos y pérdida de control de esfínteres. Exploración síndrome raquimedular: síndrome de cauda equina con nivel sensitivo a nivel de L1. RM: cuerpo vertebral de L1 fractura por compresión. TAC: actividad tumoral en pulmón derecho e izquierdo, suprarrenal izquierda, riñón derecho, columna lumbar (L1) y pelvis ósea. Biopsia renal: carcinoma renal de células claras. Paciente no candidato a tratamiento por tiempo de evolución, se inició tratamiento con dexametasona. **Caso 2:** Hombre de 18 años con padecimiento de 12 semanas de evolución con dolor en región lumbar. Dos meses previos a su ingreso se agregó aumento de volumen de testículo izquierdo, eritema, y cambio en la consistencia de blanda a pétrea. Dos semanas previas a su ingreso: peljia de ambos miembros miembros pélvicos asociado a pérdida en control de esfínteres. TAC: conglomerado retroperitoneal, fractura de cuerpo vertebral T2. Biopsia ganglionar: tumor germinal mixto. Se inicio tratamiento con quimioterapia. **Caso 3:** Hombre de 29 años, padecimiento tres tres meses previos a su ingreso con paraparesia. A su ingreso presentó paraplejía, incontinencia urinaria y fecal. Exploración: síndrome medular completo con nivel sensitivo en L1. TAC: tumoración retroperi-

toneal con extensión cefálica hasta T6 y caudal L5, conducto medular estrecho con mielopatía compresiva. Al conocer hallazgos paciente solicito alta voluntaria. **Conclusiones:** El síndrome de compresión medular debe ser sospechado en todo paciente con probable patología neoplásica. Los síntomas deben ser reconocidos por el paciente y médico de forma oportuna para mejorar pronóstico. **Palabras clave:** síndrome medular, neoplásico, serie de casos, diagnóstico.

Folio: 1376

Tema: Hematología

Anemia microcítica hipocrómica: diagnóstico diferencial en el embarazo

Quintero Aniela, Ibarra David Ricardo, Contreras Sarahi, Farias Alma Leticia, Espericueta Karen, Medina Jesús Emanuel, Dehesa Edgar
CIDOCS

Introducción: La talasemia es un grupo de trastornos en los cuales hay una producción disminuida o nula de las cadenas de globina que componen de manera normal la hemoglobina, causando desequilibrio entre la presencia de cadenas alfa y no alfa (como las cadenas beta), las formas más comunes son la alfa talasemia que como su nombre indica la cadena afectada es la alfa habiendo ausencia de esta y la beta talasemia con ausencia o disminución de las cadenas beta, clínicamente la

severidad de los síntomas son mayores en las beta talasemias que en las alfa talasemias. **Objetivo:** Describir las características clínicas y diferenciación en el perfil laboratorial de la talasemia. **Descripción del caso:** Paciente femenino de 33 años, originaria de Sinaloa de Leyva y residente de Culiacán Sinaloa, con antecedentes familiares de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, niega toxicomanías, menarca a los 12 años, eumenorreica, antecedente de dos gestas obteniendo productos por vía vaginal sin complicaciones. Durante su segundo embarazo se detectó anemia por lo cual recibió tratamiento con sulfato ferroso vía oral durante 4 meses y posteriormente aplicación de hierro intramuscular en una ocasión sin corrección completa de la anemia, por lo que es enviada una vez resuelto su embarazo a valoración al servicio de hematología con biometría hemática presentando anemia leve microcítica e hipocrómica con ADE elevada. En el abordaje diagnóstico se buscó de primera instancia descartar deficiencia de hierro por lo que se solicitó perfil completo del mismo, mostrando capacidad de fijación normal y ferritina sérica elevada, con el cual se descarta deficiencia de hierro, se calculó índice de Eshani e índice de Mertz ambos en rangos talasémicos, por lo que se solicitó electroforesis de hemoglobina y conteo de

reticulocitos mostrándose 5% corregidos y aumento en presencia de hemoglobina A2 con lo cual se diagnosticó talasemia beta, se instauró tratamiento con eritropoyetina y continúa actualmente en vigilancia. **Discusión:** El abordaje diagnóstico en Talasemia puede iniciar con la historia clínica y exploración pero no siempre es un cuadro tan característico, es común encontrar un síndrome anémico y la ictericia es un signo común, el abordaje mayormente suele iniciar al contar con un conteo de células sanguíneas completo evidenciando anemia con microcitosis, un aspecto clave en el abordaje es la realización de perfil de hierro completo donde los niveles séricos de hierro, saturación de transferrina y ferritina suelen estar elevados sobre todo en las formas graves e intermedia, posteriormente y ante la sospecha un estudio confirmatorio como electroforesis son necesarios. **Conclusiones:** El diagnóstico de talasemia debe tomarse en cuenta, sospechar y realizar abordaje diagnóstico sobre todo en aquellos pacientes que sean refractarios al tratamiento con hierro.

Palabras clave: talasemia, ferropenia, ADE, Mertz, Eshani.

Folio: 1377

Tema: Otros

Tromboembolismo pulmonar crónico sin presencia de hipertensión pulmonar, presentación de caso clínico



Arias Karina Ivonne, Cueto Guillermo, Cruz Rodrigo Zenón, Cruz Miguel Ángel, Jurado Merly Yamile
Hospital General de México

La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) se define como la presencia de obstrucción vascular por un material trombofibrótico y un incremento en la presión media de la arteria pulmonar (PmAP) > 25 mm Hg. Clínicamente, al momento de diagnóstico la mayoría de los pacientes se encuentran en clase funcional III de la OMS. Se ha identificado un número creciente de pacientes con disnea persistente después de TEP aguda en ausencia de hipertensión pulmonar (PmAP < 25 mmHg). El término enfermedad tromboembólica crónica (ETEC) se ha utilizado para estos pacientes, y se ha sugerido que la causa de los síntomas persistentes se asocia a un incremento del espacio muerto. Se desconoce la incidencia de ETEC, llegando a reportar una incidencia de 13.3%. Masculino de 34 años con antecedente de trombosis venosa profunda a los 19 años, documentada por estudio de imagen en miembro pélvico izquierdo, así como en julio del 2017, en esta ocasión de miembro pélvico derecho, acompañado de tromboembolia pulmonar aguda. La angio tomografía de tórax reporta defectos de llenado en arterias pulmonares principales, lobar superior e

inferior derecha, lobar inferior izquierda y subsegmentaria. Gamagrama pulmonar perfusorio de alta de probabilidad para tromboembolia pulmonar. El ecocardiograma transtorácico reporta diámetros y función de cavidades cardíacas derechas normales, presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) de 46 mmHg, siendo manejado con ribaroxavan durante 6 meses. Suspendió temporalmente el uso del anticoagulante, debido a protocolo de estudio por servicio de hematología. Dos meses posteriores se documentó tromboembolia pulmonar recurrente que requirió hospitalización. Se realizó angio tomografía que confirma defectos de llenado intraluminal y calcificaciones en ambas arterias pulmonares. Tronco de la arteria pulmonar de 32 mm hg. Datos sugestivos de tromboembolia pulmonar crónica. Ecocardiograma reporta cavidades cardíacas derechas normales. FEVI 65%. TAPSE 22. PSAP de 45 mmHg. Durante su estancia se realizó cateterismo cardíaco derecho y angiografía pulmonar. La presión media de la arteria pulmonar se reporta en 24 mmHg. Presión de oclusión de la arteria pulmonar de 8 mmHg. Índice cardíaco de 3.3 litros con RVP de 2.3 UW. La angiografía pulmonar reporta defecto de llenado del lóbulo superior e inferior derecho. Defectos de llenado del lóbulo superior izquierdo. Dímero D 9175 ug/L. Péptido natriurético cerebral 100 pg/ml. Gasometría

arterial sin hipoxemia. Resto de laboratorios sin alteraciones. EKG rítmico con frecuencia cardíaca 70. AQRS +90. Bloqueo incompleto de rama derecha del haz de his. **Conclusión:** Se reporta el caso de un paciente con una probable trombofilia, en quien se ha documentado la presencia de enfermedad pulmonar tromboembólica crónica, sin evidencia de elevación de la PmAP. La ausencia de HP en reposo en estos pacientes puede deberse a que la cantidad de segmentos ocluidos es insuficiente para afectar la resistencia en reposo o la vasculopatía secundaria no se ha desarrollado, sin embargo, aún no se cuenta con una causa clarificada del motivo de que, aunque exista evidencia clara de oclusión de la arteria, no se presente alteración hemodinámica. El siguiente caso ejemplifica la presencia de enfermedad pulmonar tromboembólica crónica, documentada mediante estudio tomográfico, gammagrama y angiografía y que no cuenta con alteraciones hemodinámicas documentadas mediante cateterismo.

Palabras clave: tromboembolia pulmonar, hipertensión pulmonar.

Folio: 1378

Tema: Neurología

Parálisis flácida periódica tirotóxica: revisión de la literatura y reporte de caso en un hospital universitario mexicano de alta especialidad

Sierra Manuel¹, Muñoz Wallace Rafael Arturo¹, Izquierdo Carlos Daniel¹, Lara Aldo Enrique¹, Vega Carolina², Medina Raul¹

¹ Hospital Medica Sur; ² Universidad Nacional Autonoma de México, Facultad de Medicina

La parálisis periódica tirotóxica es una complicación mortal de la tirotoxicosis caracterizada por hipopotasemia súbita, parálisis muscular y tirotoxicosis. La parálisis periódica tirotóxica, aunque cada vez es más frecuente en nuestro medio todavía no se diagnostica de forma oportuna debido a la falta de familiaridad y la sutileza de la sintomatología referida. El reconocimiento temprano por parte del médico de primer contacto puede prevenir la mortalidad de dicha enfermedad. El diagnóstico precoz no solo ayuda en el tratamiento definitivo con betabloqueadores no selectivos y en la corrección del hipertiroidismo, sino que también previene el riesgo de hiperpotasemia de rebote debido al reemplazo excesivo de potasio. La TTP es curable una vez que se logra un estado eutiroides. Se presenta un caso raro de parálisis flácida tirotóxica (PT) en un Hospital Universitario Privado Mexicano en una mujer sin antecedentes crónico degenerativos de importancia.

Palabras clave: parálisis, flácida, tirotoxicos, hipokalemia, Guillain Barre, tiroides.

Folio: 1379

Tema: Reumatología

Prolactina y sulfato de dehidroepiandrosterona en mujeres con lupus eritematoso sistémico activo versus crónico inactivo

Vera Olga Lidia, Vásquez Enzo Christopher, Cruz María Pilar, Jara Luis J

¹ Unidad Medica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret. Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: En pacientes con lupus eritematoso sistémico existe hiperprolactinemia (HPRL) asociada con actividad, por lo que se considera que la prolactina (PRL) tiene un papel patogénico. En contraste, se ha observado disminución de concentraciones de sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS) en pacientes con LES activo que existe con la actividad y la cronicidad de la enfermedad. Método: Se realizó un estudio transversal analítico en mujeres con LES para evaluar la correlación entre la actividad de la enfermedad y la concentración de PRL y DHEAS. Las pacientes se clasificaron en 3 grupos, LES activo a los que se les aplicó el Índice de

Objetivo: Determinar las concentraciones de PRL y DHEAS en pacientes con LES activo de recién diagnóstico y enfermedad crónica inactiva contra controles sanos y la relación Actividad de LES (SLEDAI), LES inactivo y se aplicó el Índice de

daño (SLICC) y un grupo control de mujeres sanas. Se les midió concentración de PRL y DHEAS. Se realizó estadística inferencial mediante U de Mann Whitney para estudiar diferencia de medias entre cada grupo. Se realizó correlación de Spearman entre la concentración de hormonas y la calificación del SLEDAI y SLICC. **Resultados:** fueron incluidas 15 pacientes con enfermedad aguda (26.93 ± 5.04 años), 20 con enfermedad inactiva (41.5 ± 8.97 años) y 20 controles (34.25 ± 6.70 años). La media de SLEDAI fue de 13.4 ± 6.64 y de SLICC de 4.1 ± 1.45 . La media de PRL fue 27.82 ± 9.96 en los pacientes con enfermedad aguda, 20 ± 5.02 en enfermedad crónica y de 19.58 ± 4.57 en los controles. La media de DHEAS fue de 14.58 ± 9.26 , 19.36 ± 7.21 y 154.43 ± 50.88 respectivamente. La media de prolactina en los pacientes con enfermedad aguda fue mayor en comparación con los controles ($p = 0.002$) y con los pacientes con enfermedad crónica ($p = 0.008$). La media de DHEAS en los pacientes con enfermedad aguda fue menor en comparación con los controles ($p < 0.001$) y con los pacientes con enfermedad crónica ($p = 0.01$). La media de DHEAS fue menor en los pacientes con enfermedad crónica en comparación con los controles ($p < 0.001$). Se demostró correlación lineal positiva entre la concentración de prolactina y la calificación de



SLEDAI (Rho 0.92, $p = 0.001$). Se demostró correlación lineal negativa entre la concentración de DHEAS y la calificación de SLICC (Rho -0.46, $p = 0.039$).

Conclusiones: En pacientes con LES activo las concentraciones de PRL son mayores que en pacientes con LES crónico y en mujeres sanas, mientras que la concentración de DHEAS son menores en las mujeres con LES agudo y crónico versus mujeres sanas. Los niveles de PRL se correlaciona positivamente con el SLEDAI en las mujeres con LES activo y las concentraciones de DHEAS muestran correlación negativa con el SLICC en las pacientes con LES crónico inactivo.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, sulfato de dehidroepiandrosterona, hiperprolactinemia, SLICC, SLEDAI.

Folio: 1380

Tema: Endocrinología

Síndrome de Cushing no dependiente de ACTH secundario a carcinoma corteza suprarrenal.

Reporte de caso

Olvera Oscar, García Gustavo, García Erica, González Francisco

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El carcinoma adrenocortical (ACC) es una neoplasia de presentación rara, de comportamiento agresivo y mal pronóstico, predomina en mujeres de la tercera y cuarta década de la vida. Los sínto-

mas son asociados a efecto de masa (30-40%), síntomas B, asociados a hipersecreción hormonal (85%) como síndrome de Cushing, secreción de glucocorticoides (45% Glucocorticoides y andrógenos (45% Andrógenos (10%) y aldosterona (1%). Se debe buscar asociado hipercortisolismo, aldosteronismo o feocromocitoma. Para diagnóstico la TAC o RMN tienen una sensibilidad del 93% y especificidad 24%, La biopsia se recomienda si las metástasis son poco probables la biopsia por adrenalectomía abierta. Tienen mala respuesta a quimioterapia o radioterapia, responde a mitotano. Con alta mortalidad y supervivencia con alto índice de metástasis principalmente pulmón e hígado. **Objetivo:** Correlacionar la presentación de síndrome de Cushing en patología neoplásica suprarrenal en paciente joven y así evidenciar la efectividad del tratamiento en la supervivencia del paciente. **Exposición del caso:** Masculino de 23 años, solo antecedente de tabaquismo con IT de 9 paquetes/año, inicia en diciembre 2017 con cefalea holocraneana, intensidad 7/10 de predominio matutino, acompañada de fosfenos y visión borrosa, mareos, mejorando con AINE's, acude a valoración detectando TA de 170/100mmhg diagnóstico de Hipertensión Arterial sistémica de 8 meses de evolución de difícil control, múltiples hospitalizaciones por crisis

hipertensivas. Presenta nueva crisis hipertensiva en marzo, se agregándose epigastralgia con irradiación a hipocondrio derecho, intensidad 4/10 de tipo cólico, distensión abdominal, plenitud gástrica, hiporexia y pérdida de peso de 10 kg en 2 meses. Se realiza protocolo de estudio para hipertensión secundaria, descartándose hiperaldosteronismo: Aldosterona: 4.80 ng/dl; Renina: 0.15 ng/ml/hr; feocromocitoma por catecolaminas séricas y metanefrinas urinarias negativas (Dopamina: < 30 pg/m; Adrenalina < 15 pg/ml Noradrenalina: 108.1 pg/ml; Metanefrinas totales: 210 μ /24 h; se demuestra hipercortisolismo endógeno independiente de ACTH por; cortisol matutino 11.07 μ /dl, cortisol libre urinario 474.88 μ /24 h cortisol posterior a prueba de dosis baja de dexametasona 11 μ /24 h y nivel de ACTH: 5.96 pg/ml. Angiotomografía abdominal: gran lesión de morfología irregular, aspecto sólido, tipo infiltrante, bordes irregulares, imprecisos y mal definidos de 27 x 20 x 25 cm, aparente origen de glándula suprarrenal derecha con infiltración a segmentos hepáticos V, VI, VII y VIII, zonas de necrosis. Irresecable, se realizó biopsia de tumoración guiada por TAC, reporte histopatológico: Carcinoma de corteza suprarrenal por inmunohistoquímica por inhibina positivo 2 +, AE1E3, positivo 3 +, MART 1, positivo 3 + citoplasmáticos y cromo-

granina, sinaptofisina, enolasa, CD56, PS100 negativos. Se inicia tratamiento paliativo, bloqueo hormonal y quimioterapia coadyuvante. **Conclusión:** El síndrome de Cushing independiente de ACTH asociado a carcinoma de corteza suprarrenal con una presentación clínica de hipertensión arterial secundaria de difícil control, es poco frecuente esta estirpe de neoplasia, sobre todo en hombres. Son de crecimiento lento, es rara la presentación de tumor gigante productor de hormonas lo que le confiere un mal pronóstico, riesgo de Metástasis del 75% y alta mortalidad con un 65-95% en 5 años.

Palabras clave: hipertensión, Cushing, tumoración, ACTH, suprarrenales.

Folio: 1381

Tema: Nefrología

Microangiopatía trombótica un reporte de caso

González Enrique, Nañez Homero, Villarreal Jaime Adrian, Ramirez Guadalupe, Garza Carlos

Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: La microangiopatía trombótica (MAT) son un conjunto de procesos que cursan con una alteración del endotelio vascular y presentan hallazgos característicos en el frotis de sangre periférica de anemia hemolítica microangiopática (caracterizada por la presencia de esquistocitos),

datos de laboratorio como reticulocitosis y elevación de DHL así como trombocitopenia y daño a órgano blanco. Las entidades más importantes dentro de las MAT son la purpura trombocitopénica trombótica (PTT) en sus variantes adquirida y congénita, el síndrome hemolítico urémico (SHU) típico asociado a infección por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga y el Síndrome Hemolítico Urémico atípico (SHUa). **Caso clínico:** Masculino de 24 años de edad con antecedente de toxicomanías (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, lsd, cristal y otros no especificados) y antecedente de hematuria en la infancia resuelto sin secuelas. Inicia cuadro clínico 20 días previos a su ingreso al presentar cefalea atenuándose con fármaco no especificado se agrega escotoma central en ojo izquierdo seguido de escotoma temporal en ojo derecho, se agrega náusea y vómito de contenido alimentario acompañado de diarrea acuosa motivo por el cual decide acudir al departamento de oftalmología quien a la exploración se encuentra con datos de papiledema y emergencia hipertensiva por lo que es referido al departamento de urgencias para su estudio. En sus estudios bioquímicos se encuentra Anemia Normocítica Normocrómica (Hb 4.3 g/dl), Trombocitopenia (93 K/uL), Cr 18 mg/dL, BUN 99 mg/dL, DHL 540 mg/dL, TP 11 seg, INR

1.03, TTP 33 seg, Fibrinógeno 595 mg/dL, Examen general de orina con 693 proteínas en muestra única. Frotis de sangre periférica 2-3 esquistocitos por campo, Coombs directo (-). Por lo que se sospecha MAT. Se extiende abordaje solicitando panel viral: Anticuerpos anti VIH1/VIH2 (-), Anticuerpos anti VHC (-), Antígeno superficie VHB (- abordaje buscando autoinmunidad: ANAs 1:160 patrón nucleolar, pANCA (-), cANCA (-), AntiMBG (-), C3-53, C4-25.4, cardiolipinas IgG < 2, IgM < 2, IgA < 2, Ac's Antiglicoproteína IgG, IgM, IgA negativos. Se decide abordar probable SHU- Haptoglobinas < 7.9, Toxina Shiga (-), Ac IgG ADAMTS 13 - 3.3, Actividad ADAMTS13 - 0.68, Homocisteína sérica 24.99. En los estudios de gabinete se solicita US Doppler renal encontrándose con anatomía renal normal, flujos arteriales con resistencias aumentadas y venas renales sin datos de trombosis. Se le decide realizar Ecocardiograma que se reporta sin alteraciones. Se toma biopsia renal el cual reporta: Microangiopatía trombótica activa/crónica glomerular y arteriolar con arteriopatía obliterativa fibromixoides de la íntima avanzada con esclerosis global y difusa. **Discusión:** La microangiopatía trombótica al ser una enfermedad incapacitante se debe buscar intencionadamente el origen de esta ya que en la mayoría de los casos es secun-



daria a un proceso subyacente dentro de los cuales las causas mas comunes son infección por E. coli productora de toxina shiga, infección por VIH; enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido, escleroderma; neoplasias como linfoma, cáncer de estomago, páncreas, pulmón; secundario a toxicidad por fármacos tanto por mecanismo inmune como dosis-dependiente.

Conclusión: El diagnóstico de Microangiopatía trombótica se debe sospechar al presentar datos clínicos y paraclínicos compatibles con la enfermedad. Es una enfermedad que se debe abordar de manera agresiva para evitar la progresión de esta y tratar de recuperar la mayor funcionalidad del órgano afectado. Se debe realizar un abordaje multidisciplinario e invasivo en caso de ser necesario. Es una enfermedad potencialmente incapacitante y en casos mortal si se retrasa el diagnóstico.

Palabras clave: microangiopatía, trombótica, ADAMTS13, microangiopática.

Folio: 1382

Tema: Hematología

Primigesta con hipercoagulabilidad por deficiencia de proteína S

Ramírez Sandra María, Cobos Orestes de Jesús, Del Ángel Mariela, Hernández Paulina
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El embarazo reduce la proteína S al aumentar cantidad de proteína de unión C4b y la disminución de la cantidad de proteína S libre. Respecto a los fenómenos tromboembólicos en el embarazo, la deficiencia de proteína S se ha reportado en un 2%. La deficiencia de proteína S es un trastorno autosómico dominante asociado a estados de hipercoagulabilidad. El potencial coagulopático de las trombofilias adquiridas ha sido escasamente investigado. Aquí describimos un caso de deficiencia adquirida de proteína S que se presentó como embolia pulmonar en una paciente primigesta con embarazo de 10 semanas y trombosis venosa profunda. **Caso clínico:** Mujer de 27 años de edad sin antecedentes de importancia. Inicia padecimiento con tos, disnea de medianos esfuerzos, dolor retroesternal y pérdida súbita del estado de alerta. Durante su hospitalización presenta disnea en reposo, incremento en volumen de miembro pélvico izquierdo y fiebre. Es valorada por ginecología por sangrado transvaginal espontáneo quienes demuestran embarazo de 10,4 semanas, sin viabilidad fetal por ultrasonido; tratada con legrado uterino. Doppler con datos de trombosis venosa profunda y superficial de pierna izquierda. Por imagen se diagnostica tromboembolia pulmonar bilateral. Se coloca filtro de vena cava y terapia con

heparina. Corroborándose déficit de proteína S total y libre; obteniendo valores normales hasta 12 semanas después.

Discusión: La proteína S es una glucoproteína dependiente de vitamina K que está presente en las plaquetas y se sintetiza en el hígado y células endoteliales. La proteína S es un cofactor para la proteína C activada, facilita la degradación de los factores coagulantes Va y VIIa, disminuyendo así la formación del coágulo y promoviendo la fibrinólisis. La deficiencia de proteína S puede presentarse en 1 de cada 20 000 personas, de forma congénita o adquirida; pero solo se encuentra como causa del 1% de todos los fenómenos trombóticos. Puede ser adquirida durante enfermedad hepática, síndrome nefrótico, lupus, coagulación intravascular diseminada, diabetes mellitus tipo I, infección por VIH, uso de warfarina o factores hormonales tales como estrógenos y en el postparto o embarazo como es en este caso. La literatura ha reportado una asociación entre recidiva de pérdidas gestacionales (< 13 semanas) y deficiencia de proteína S (OR de 14.72. Durante el embarazo se ha visto relacionada además a muerte fetal, bajo peso para edad gestacional y anomalías placentarias debido a que su deficiencia puede inducir trombosis en vasos deciduales y afectar la placentación a través de hipercoagulabilidad e inflamación,

causando complicaciones en el embarazo. **Conclusiones:** La medición de proteína S total y libre es parte de la evaluación necesaria en mujeres jóvenes con antecedente de aborto recurrente y trombosis para el manejo oportuno e individualizado.

Palabras clave: hipercoagulabilidad, proteína S, tromboembolia pulmonar, trombosis, coagulopatía, embarazo.

Folio: 1383

Tema: Infectología

Absceso por Salmonela en paciente con infección por VIH. Reporte de caso

Bustos Gracia María, Niño Sandra Kira, López Alin Cristela, Fernandez Joaquin Hernan, Vargas Carlos Guillermo
Centro de Alta Especialidad Rafael Lucio

Introducción: La incidencia de abscesos esplénicos en autopsias es de 0.7-1.14%. Los factores predisponentes son cáncer, quimioterapia, diabetes, esteroides, postransplantados y VIH. La causa más común es infección por contigüidad.

Presentación de caso: Hombre de 46 años de edad con antecedente de infección por VIH, diagnóstico reciente por ELISA positiva, sin TARV. Inició 3 meses previos a ingreso con dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo, fijo 3/10 de la EVA y fiebre no cuantificada. Tuvo aumento del dolor hasta 7/10 de la EVA disnea, diaforesis,

astenia y adinamia. Pérdida de peso de 10 kilos en 3 meses y por persistencia de síntomas acudió a valoración. EF: Temp: 36.7°C, FC 125 lpm, FR 26 rpm, TA 100/60 mmHg. Consciente, hidratado. Tórax con matidez a la percusión, disminución del murmullo vesicular y frémito vocal izquierdos. Abdomen blando, globoso, doloroso en palpación media, percusión mate, sin megalias, peristalsis normal. Laboratorio: Hb 11.10, Htc 32.80, Linfocitos 290, CD4: 85 células, Líquido Pleural: turbio, celularidad 16850 células, PMN 93%, MN 7%, Glucosa 5, Proteínas 4.80, DHL 9097, BAAR, cultivo y GeneXpert para TB negativas. Se solicitó USG que evidenció colección subdiafragmática de material semilíquido con desplazamiento del bazo en sentido inferior, la TAC confirmó la naturaleza intraesplénica del absceso. Citológico de líquido subdiafragmático: 8850 cels/mcl, PMN 93%, MN7%, DHL 5869, Cultivo positivo para salmonella group sensible a ciprofloxacino. Cumplió 14 días con remisión total de la sintomatología y disminución en el tamaño del absceso. **Discusión:** Paciente con infección por VIH con CD4 < 100 células y riesgo para infecciones oportunistas; con derrame pleural complicado y absceso por salmonella independiente. **Conclusiones:** El absceso esplénico, entidad poco frecuente, tiene dificultad diagnóstica y tiene letalidad

si no se trata. La triada fiebre, dolor en hipocondrio izquierdo y masa dolorosa se presenta en 32-50% de los casos. La TAC es el método de elección con sensibilidad de 95% y especificidad de 92%. El antibiótico inicial debe ser de amplio espectro y luego deberá basarse en el resultado del cultivo. Se recomienda durante 14 días.

Palabras clave: absceso esplénico, salmonela, VIH.

Folio: 1384

Tema: Infectología

Factores asociados a mortalidad en pacientes con infección por A. baumannii y patrón de resistencia a antimicrobianos

Vera Olga Lidia¹, Martínez Alberto¹, Terrazas José Juan¹, Sepulveda Jesus²

¹ Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Especialidades. Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza; ² Hospital Regional Alta Especialidad, Tapachula Chis.

Antecedentes: *Acinetobacter baumannii* (Ab) es una bacteria gram negativa, es una causa muy importante de infecciones nosocomiales graves en todo el mundo, tanto por su frecuencia, como por su difícil tratamiento y elevada mortalidad. Se caracteriza por causar infecciones asociadas al cuidado de la salud, principalmente neumonía, pero también infección de tracto urinario, infecciones de heridas y bacteremias. **Ob-**



jetivos: Determinar factores asociados a mortalidad a 30 días en infecciones por Ab y resistencia a antimicrobianos (RA). **Métodos:** Diseño: casos y controles. Se estudiaron a pacientes hospitalizados de 2011 a 2015 con infección por Ab. Lo casos fueron pacientes muertos (< 30 días) y controles (pacientes sobrevivientes > 30 días). Se calculó razón de momios (OR) para mortalidad a 30 días: Edad > 65 años, neumonía, bacteremia, hospitalización en UCI, diabetes mellitus (DM), enfermedad renal crónica (ERC), inmunosupresión farmacológica (ISF), ventilación mecánica (VM), choque, cáncer, leucemia aguda, enfermedad autoinmune (EAI), coinfección y APACHE II ≥ 20 . **Resultados:** 40 casos y 40 controles pareados por edad y sexo. La edad promedio en años para los casos fue 47.9 ± 9.17 y los controles 51.6 ± 17 , p NS. Los OR: edad > 65 años 0.55 (IC 95% 0.19 -1.63), P= 0.28, DM 0.89 (IC 95% 0.24-2.29), P = 0.8, ERC 1.0 (IC 95% 0.21-1.31), P=1, ISF 1.75 (IC 95% 0.51 - 5.9), P 0.3, VM 3.85, (IC 95% 1.38 -10.76), P= 0.008, EAI 1.23 (IC 95% 0.34 - 4.43), P = 0.74, cáncer 1.28 (IC 95% 0.31 - 5.18). Choque, OR 7.0 (IC 95% 2.61 -18.73), P < 0.001, APACHE II ≥ 20 6.61 (IC 95% 1.55 - 28.16), P = 0.007, neumonía 2.25 (IC 95% 0.92 - 5.52), P = 0.07, y leucemia aguda 5.5 (0.62 - 50.03), P 0.09. Factores significativos asociados a mortalidad: cho-

que, VM y APACHE II ≥ 20 . La RA: tigeciclina 25%, carbapenémicos 90%, aminoglucósidos 67.5%, cefalosporinas 100%, quinolonas 90%, sulbactam 60%, piperacilina/tazobactam 93.8%, colistina 0%. En general los principales tipos de infecciones fueron: neumonía 52%, bacteriemias 17%, infección vías urinarias 10%, tejidos blando 5%, intraabdominales 3%, bacteremia más otras 11.3. **Conclusiones:** El choque séptico y el APACHE II ≥ 20 se asocian a mayor mortalidad a 30 días en los pacientes con infección por *A. baumannii*. Se encontró multidrogoresistencia a Ab en 100%, con mayor frecuencia a carbapenémicos y tigeciclina, sin resistencia a colistina.

Palabras clave: *Acinetobacter baumannii*, infección nosocomial, neumonía, multidrogoresistencia, factores de riesgo, bacteremia.

Folio: 1385

Tema: Nefrología

Prevalencia de enfermedad renal crónica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Cruz Nydia Karen¹, Estefan Janette², Obrador Gregorio Tomás³, Villa Antonio Rafael⁴

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social; ² Instituto de Petróleos Mexicanos; ³ Universidad Panamericana; ⁴ Universidad Nacional Autónoma de México

Antecedentes: La enfermedad renal crónica (ERC) es un pro-

blema de salud pública a nivel mundial que se asocia con una alta morbi-mortalidad, cuyo tratamiento tiene un alto costo económico y social. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de ERC en dichos sujetos. **Métodos:** Estudio transversal al que ingresaron todos los adultos (≥ 18 años de edad) que hubieran sido diagnosticados con DM2 y tratados en el hospital. Se excluyeron los pacientes que estaban recibiendo tratamiento sustitutivo con diálisis-hemodiálisis o trasplante renal, los que tuvieran historia de nefrectomía o cáncer renal. La información fue recabada del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012. Se definió como ERC como la presencia de albuminuria ≥ 30 mg/g y una estimación de filtración glomerular (TeFG) ≥ 60 ml/min/1.73 m² de superficie corporal o bien cuando la TeFG fue < 60 ml/min/1.73 m² de superficie corporal, la TeFG fue estimada por la fórmula de Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration; los estadios fueron definidos con lo propuesto en las guías de práctica clínica internacionales de Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO). **Resultados:** De 3 465 pacientes identificados con DM2, se escogieron aleatoriamente 990 y se revisaron los primeros 300 expedientes, de los cuales la edad promedio fue de 63.4 + 11.4 años y el 54% fue de sexo femenino. La mediana del tiempo de evolución de la

DM2 fue de 6 años (rango de 3 - 9 años). El 62% de los sujetos tenía hipertensión arterial (HTA) diagnosticada con una mediana de tiempo de evolución de 9 años (rango de 6 - 11 años) el 66% tenía dislipidemia y el 81% sobrepeso u obesidad (n 278). El control glucémico crónico fue inadecuado (HbA1C > 7% y/o glucemia > 130 mg/dl) en el 48% y 39% de los casos respectivamente. El tratamiento de estos pacientes incluía dos tipos de hipoglucemiantes orales (54%), la combinación más frecuente fue biguanidas con sulfonilureas (40.3%). El 28% de los pacientes presento algún tipo de complicación microvascular, mientras que sólo el 1% de los pacientes tuvieron diagnóstico de complicaciones macrovasculares. El control en la tensión arterial fue inadecuado (> 130/80 mm Hg) en el 44% (n 171) de los casos con HTA, mientras que el 12% (n 280) presentaban tensión arterial elevada aún sin tener diagnóstico; los fármacos más empleados fueron los IECA y ARA-II (44%). El 54% y el 52% (n 252) presentan un colesterol total y triglicéridos dentro de los límites normales, mientras que sólo el 25.5% y 40% (n 240) tienen colesterol HDL y colesterol LDL dentro de límites normales respectivamente. En cuanto al tamizaje anual de ERC la detección de albuminuria ocurrió en al menos una ocasión en 258 pacientes (88%) mediante EGO (81%) y colección de

orina de 24 horas (21%). Ocho pacientes (3%) tuvieron albuminuria positiva y 44 pacientes (18%) tuvieron una TeFG < 60 ml/min/1.73 m² de superficie corporal. La prevalencia de ERC fue de 19%, estando la mayoría de los pacientes en estadio 3 (14%). No se encontró documentación de este diagnóstico en el expediente en el 15% de los casos detectados.

Conclusiones: En los sujetos investigados existe co-existencia de diferentes patologías, lo cual dificulta el control de las mismas, sin embargo, son una población con un control regular de ellas, en cuanto a los pacientes con tensión arterial elevada sin diagnóstico de HTA pudieran ser pacientes con HTA incipiente o bien aún no han sido identificados. El tamizaje anual de la ERC en pacientes con DM2 es infrecuente pues no incluye microalbuminuria en el 80% de los casos, lo cual interfiere con la detección oportuna de la ERC.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, diabetes mellitus, prevalencia.

Folio: 1386

Tema: Gastroenterología
Pancreatitis aguda asociada a metotrexate, una entidad poco común pero de gran relevancia para nuestro medio

Correa Freddy, Rojas Michelle Encarnacion, Hernandez Alejandro, Rivera Cesar, González Jocelyn Raquel, Marquez Cintia Monica, Carrillo Edgar

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

Introducción: La pancreatitis aguda es una inflamación del páncreas que varía en gravedad de leve a potencialmente mortal; mientras que la aguda leve conlleva una mortalidad de < 1%, las tasas de mortalidad en la forma severa pueden alcanzar el 30%. Los medicamentos son responsables de 0.1% - 2%. La prevención requiere de conocimiento actualizado de las drogas que pueden desarrollarla. Mujer de 65 años, la cual cuenta con los siguientes antecedentes; artritis reumatoide de 13 años de diagnóstico, en tratamiento con esteroides durante 2 años suspendido por desarrollo de síndrome de Cushing, actualmente en tratamiento con metotrexate, 15mg a la semana, Etilismo y uso de Azatioprina negados.

Presentación de caso: Acude a nuestra unidad por presentar de forma súbita dolor en epigastrio de tipo opresivo, 6/10, posterior al consumo de 3 tabletas de metotroxate (7.5mg) en ayuno, que se irradia a mesogastrio, el cual aumenta a la deambulacion e ingesta de alimentos, con síntomas acompañantes: náuseas las cuales llegan a la emesis, 2 horas posteriores aumenta la intensidad a 10/10, con irradiación en hemicinturón por lo que acude a nuestra unidad. Paraclínicos; Leucocitos



14.6, Amilasa de 560, Lipasa de 750, triglicéridos 120, colesterol 189, calcio corregido 9.5. Ecografía abdominal sin presencia de litiasis vesicular. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica sin patología estructural. Tomografía computarizada abdominal con reporte de pancreatitis Balthazar C. Se inicia hidratación intravenosa, analgesia y ayuno de 2 días, evolucionando de manera exitosa con posterior inicio de la vía oral y egreso a la consulta externa de nuestra unidad. Conclusiones. Este caso describe a una paciente con pancreatitis asociada a fármacos después de la ingesta de metotrexate, excluyendo las causas más comunes de pancreatitis. Enfatizamos la importancia de identificar y reportar casos de pancreatitis asociada a fármacos, para crear conciencia entre médico y clínicos.

Palabras clave: pancreatitis, pancreatitis por fármacos, metotrexate.

Folio: 1387

Tema: Hematología

Evolución clínica de los pacientes con leucemia mieloide aguda bajo tratamiento con quimioterapia durante el periodo 2008 al 2017 en hospital de referencia

Sánchez Silvia Berenice, Amador Lauro Fabian, Álvarez José Antonio de Jesús

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Introducción: La leucemia mieloide aguda (LMA) tiene un fenotipo y genética heterogénea, caracterizada por la acumulación de células blásticas no funcionales en médula ósea y sangre periférica. El Tratamiento se divide en una primera fase de Quimioterapia (QT) de Inducción con la finalidad de lograr la Remisión Completa (RC) con un esquema conocido como 7+3 que utiliza infusión intravenosa consta de infusión intravenosa de Citarabina 100 mg/m²SC durante 7 días combinado con Daunorrubicina 60 mg/m²SC durante 3 días para continuar con una segunda etapa llamada Consolidación con Dosis Altas de Citarabina (HIDAC) 1.5 g/m²SC cada 12 hrs por 3 días. Objetivo Conocer la Evolución clínica de los pacientes con LMA bajo tratamiento con QT.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes con diagnóstico de LMA, con edad de 18-60 años que recibieron QT de inducción con esquema 7+3. Enero de 2008 a Diciembre de 2017 en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) y exclusión de pacientes con LMA Promielocítica. Los datos obtenidos se registraron en una base de datos para su análisis. Se emplearon medidas de estadística descriptiva según la naturaleza de las variables. Para determinar las tasas de supervivencia se empleó el método de Kaplan-Meier y se evaluó un

análisis de riesgos proporcionales de Cox. Se consideró como significativo un valor $p < 0.05$.

Resultados: Se analizaron 30 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión; 19 del género femenino (63.3%) y 11 del género masculino (36.7%). La Mediana de edad fue de 38 años (intervalo de 18 a 57 años). El 100% recibió esquema de QT esquema 7+3 cumplieron con criterios de RC 16 pacientes (53.3%), de éstos 3 (10%) pacientes requirieron de un 2do esquema de QT de Reinducción. La recuperación de la Neutropenia con una media de 22.3 días y RC con una media de 23.2 días. La Mortalidad registrada durante la QTI fue en 14 pacientes, (46.6%). De los 16 pacientes que lograron la RC, el número de ciclos de QT de Consolidación con HIDAC, 1 ciclo en 2 pacientes (12.5%) 2 ciclos a 7 (43.5%) de los pacientes. 3 ciclos a 2 (12.5%) pacientes y 4 ciclos a 5 (31.25%) de ellos. (46.6%). De los 16 pacientes; 10 (62.5%) presentaron recaída de su enfermedad, ameritando nuevos esquemas de Quimioterapia por lo que La Supervivencia Libre de Enfermedad (SLE) fue de 10.7 meses y la Supervivencia Global (SG) de 15.6 meses. **Discusión:** Se encontró una mediana de edad de 38 años, lo cual es menor a lo reportado en la literatura (60 años con una mayor proporción de género masculino (63.3%) respecto al femenino (36.7%). El Porcentaje

de RC que se obtuvo tras la administración del esquema de QT 7+3 fue del 53.2%, el cual se encuentra dentro del rango que los estudios reportados que va del 50-70%. Durante la aplasia medular se registró una Mortalidad del 46.6%; siendo la principal causa eventos hemorrágicos en un 50% seguido de Sepsis en un 42.86%; mayor a lo reportado en otros estudios que va del 30 al 37% durante el esquema de QT Inducción. La SLE fue de una mediana 10.74 meses y La SG fue de una mediana de 15.61 meses, con un porcentaje del 22.5% a 15 meses de seguimiento, el cual es menor a lo expresado en la literatura que es de 33% a 24 meses. **Conclusión:** La mortalidad registrada durante la aplasia medular en la QT de Inducción así como la mediana de SG y SLE respecto a lo reportado en la literatura, constituye una diferencia relacionada con el tamaño de la muestra. Consideramos que el Protocolizar a los pacientes de manera adecuada previo inicio de QT es necesario para disminuir la comorbilidad durante el tratamiento de los pacientes con LMA El uso de técnicas para la caracterización citogénética y molecular de la enfermedad y el empleo de la enfermedad mínima residual en Nuestro País deben de ser implementadas para la correcta estratificación de riesgo y uso de nuevas terapias.

Palabras clave: leucemia mieloide aguda, quimioterapia de inducción, respuesta a tratamiento, supervivencia libre de enfermedad, supervivencia global.

Folio: 1388

Tema: Reumatología

Gota tofácea grave con manifestaciones cutáneas atípicas pústulas y úlceras

Barrientos Corazon de Jesus, Noyola Maura Estela, Anda Juan Carlos, Toledo Sebastian, Tovar Yovani, Jimenez José Omar
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: En la gota, los tofos se desarrollan en tejido a vascular y sitios acrales, las manifestaciones cutáneas atípicas son pústulas, úlceras y paniculitis. Se ha definido como artropatía gotosa crónica grave casos con más de 4 tofos o al menos 1 complicado. Se presenta un caso de gota crónica grave ulcerada asociada a infección de tejidos blandos.

Caso clínico: Hombre de 49 años, diagnóstico de gota tofácea de 18 años de evolución en tratamiento con alopurinol, colchicina y esteroides. Inmovilizado desde hace 3 meses por depósito de cristales en glúteos, en las últimas 3 semanas con astenia, adinamia y dolor articular, 72 hrs previas a su ingreso con fiebre, salida de material caseoso por tofos acompañado de disnea, tos y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, se observaron incontables

nódulos de diferentes tamaños de 0.5 a 3 cm, firmes y móviles, algunos con piel supra yacente eritematosa y otras de color blanco nacarado, úlceras de diferentes tamaños 1-2 cm que drenaban de manera espontánea material blanco filante localizados en brazos, antebrazos manos, muslos, piernas, glúteos y abdomen inferior, con leucocitosis, lesión renal aguda e hiperuricemia. Se inició hidratación y antibióticos con mejoría clínica. Recibió dosis de estrés de esteroide con dosis reducción. Se descartó proceso infeccioso bacteriano a nivel articular y óseo. Se aisló *S. aureus* de la secreción sensible a meticilina con inicio de alopurinol a dosis escalonada, actualmente en 600mg/dl, último ácido úrico en 9.6. **Conclusiones:** Se presenta un caso de gota tofácea crónica con manifestaciones dermatológicas las cuales son extremadamente raras. En la revisión de la literatura solo se encuentran reportes de casos de los cuales uno de ellos se refiere a paniculitis gotosa y solo 4 casos hacen referencia a gota tofácea ulcerosa. En los casos de gota grave un reto es el tratamiento las opciones terapéuticas son alopurinol a dosis elevadas, otras opciones son Febuxostat, rasburicasa

Palabras clave: gota, úlceras, manifestaciones cutáneas.

Folio: 1389

Tema: Hematología



Púrpura trombocitopénica trombótica refractaria a uso empleo de rituximab

Alvarado Citlalli, Tafolla Edgar Jesús, Olán Francisco, Morales Zoila, Morales Erick, Lechuga David Emmanuelle, Hernández Jesús Manuel

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo Roviroso Pérez

Introducción: La púrpura trombocitopénica trombótica (Enfermedad de Moschowitz) se caracteriza por trombocitopenia profunda (< 100 mil plaquetas) y anemia hemolítica microangiopática. En algunos casos se puede acompañar de fiebre, disfunción renal y déficit neurológico. Afecta principalmente a mujeres, con una mayor incidencia entre la tercera y quinta década de la vida. Esta patología se relaciona con el grado de deficiencia de la proteína ADAMTS13 la cual, en condiciones normales interviene en el procesamiento del factor Von Willebrand (vWF), resultando defectuosa o faltante en la PTT. El tratamiento actual incluye recambio terapéutico plasmático, glucocorticoides, terapia biológica (Rituximab), esplenectomía y otros fármacos inmunomoduladores. **Descripción del caso:** Femenino, de 57 años, comerciante, originaria y residente de Villahermosa, Tabasco. Sin antecedentes heredofamiliares, ni personales patológicos de relevancia para el padecimiento actual, el cual

inicia dos semanas previas a su ingreso con cefalea occipital tipo opresiva sin irradiación, intermitente, sin prevalencia de horario sin ceder al reposo ni aplicación de ácido acetil salicílico, EVA 6/10 acompañado de náuseas sin vómito. Acude con facultativo particular quien le solicita estudios de laboratorio encontrando bicitopenia (anemia y trombocitopenia), siendo referido a este nosocomio. A su ingreso se corroborando bicitopenía, llamando la atención incremento de la DHL y bilirrubinas a expensas de la indirecta. A la exploración se encuentra somnolienta, mucosa oral deshidratada, escleras ictericas, pupilas normorefléxicas. Tórax con ruidos cardiacos rítmicos, latidos cardiacos aumentados en frecuencia e intensidad. Campos pulmonares sin sibancias ni crepitantes. Abdomen globoso por panículo adiposo, peristalsis normal y timpánico sin dolor y sin visceromegalias palpables. Extremidades superiores e inferiores hipotróficas, llenado capilar 5 segundos, REMS presentes y normales. Paraclínicos de ingreso: Hb 5.6 g/dL, Hto 18%, VCM 102 fl, HbCM 32 pg, plaquetas: 6 mil, Leucocitos: 9 mil, Neutrofilos 6.70, linfocitos 1.70, glucosa: 114 mg/dL, creatinina: 1.42, BUN: 21.86, Urea: 46.78, Na 147, K 4.40, Cl 117, BT: 3.10, BI: 2.70, BD: 2.70, FA: 75, AST: 67, ALT: 27, HDL 986, VSG 38, PCR 0.70, COOMBS

Directo: negativo, reticulocitos corregido 5.0%, Frotis de sangre periférica: Esquistocitos. EGO: orina ligeramente turbia, sin glucosuria, sin cetonuria, proteinuria de 30, pH 6.0, densidad 1.015, esterasa (-), sedimento con células epiteliales moderadas, bacterias ausentes. Se inicia tratamiento con pulsos de glucocorticoide, sin respuesta alguna, por lo que se inicia tratamiento con Rituximab sin mejoría, razón por la cual se decide recambio plasmático terapéutico, con mejoría posterior a la 12a sesión. **Discusión:** En el 88-98% de los diagnósticos se encuentra la pentada Moschowitz, que se caracteriza por fiebre, púrpura o hemorragias asociadas a trombocitopenia, anemia hemolítica con esquistocitos en el frotis de sangre, manifestaciones neurológicas y grados variables de la disfunción renal. Niveles muy altos de lactato deshidrogenasa en el momento del diagnóstico se asociaron con una mayor mortalidad y refractariedad del tratamiento.

Palabras clave: púrpura trombocitopénica trombótica, rituximab, recambio plasmático terapéutico.

Folio: 1390

Tema: Educación

Diálisis peritoneal: el beneficio de la capacitación ambulatoria

Terán José Oscar, Urtiz Cesar A, Lagunas Maricarmen, Guzmán Perla Marlene

Hospital Central Norte de Pemex

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es la resultante de diversas enfermedades cronicodegenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, fenómeno que ocurre de manera similar en todo el mundo y que, lamentablemente, conduce hacia un desenlace fatal si no es tratada. Las cifras de morbilidad y mortalidad son alarmantes; en México, esta es una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias. Está considerada una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos limitados, la detección tardía y altas tasas de morbilidad y mortalidad en programas de sustitución². Actualmente la capacitación del programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) se lleva a cabo en hospitalización lo cual implica un costo alto, por lo que es importante encontrar nuevas estrategias de capacitación que sean más costo-efectivas. **Objetivo:** Comparar la diferencia en costo, número de hospitalizaciones, días de estancia hospitalaria y episodios de peritonitis entre dos técnicas de capacitación para pacientes con enfermedad renal crónica que ingresarán al programa DPCA. **Material y método:** Se trata de un estudio observacional, prolectivo, longitudinal, prospectivo, ana-

lítico, tipo casos y controles. Se compararon dos técnicas de capacitación para pacientes con enfermedad renal crónica estadio KDIGO G5 con requerimiento de tratamiento sustitutivo de la función renal que cumplían los criterios de inclusión al programa de DPCA: la técnica tradicional de capacitación (Técnica 1- controles) que consiste en hospitalizar al paciente dos días por semana durante 3 semanas, para realizar 20 cambios de solución dializante; la técnica propuesta (Técnica 2- casos) que consiste en sesiones de diálisis ambulatoria 5 días por semana durante el turno matutino con 5 cambios de solución dializante. Se realizó una comparación de costo, número de hospitalizaciones, días de estancia hospitalaria y episodios de peritonitis entre casos y controles. Para la evaluación de costos se contabilizó el número de días de hospitalización de los pacientes que se integraron al programa de DPCA en el periodo comprendido entre enero del 2016 a diciembre 2017. Se realizó un muestreo por conveniencia incluyendo a todos los pacientes que ingresaron al programa DPCA en el periodo establecido y se formaron dos grupos: casos (n=18) y controles (n=18). En ambos grupos se brindó la capacitación por el mismo personal a los familiares asignados para el programa. Se realizó seguimiento por un año durante el cual se documentaron el nú-

mero de ingresos hospitalarios, días de estancia hospitalaria, episodios de peritonitis y costo asociado a días de hospitalización. Análisis estadístico: Con los datos obtenidos de ambas técnicas de capacitación se realizó la comparación del número de hospitalizaciones, días de estancia hospitalaria y episodios de peritonitis. Se utilizó U de Mann-Whitney para la edad, el número de hospitalizaciones y días de hospitalización. Para la frecuencia de los episodios de peritonitis se empleó Chi cuadrada. En cuanto al cálculo de costos se realizó con respecto a las medias de días de hospitalización y de acuerdo a los costos publicados en el Diario Oficial de la Federación diciembre 2017. **Conclusión:** Con los datos anteriores podemos establecer que la capacitación ambulatoria para diálisis peritoneal ofrece significativas ventajas como menor número de hospitalizaciones y días de estancia hospitalaria, que se traduce en menor costo para el sistema de salud. Se propone a la capacitación ambulatoria como una técnica más costo-efectiva que la técnica tradicional de ingreso a los programas de DPCA. **Palabras clave:** diálisis, peritoneal, capacitación, ambulatoria.

Folio: 1391

Tema: Hematología



Hiperleucocitosis: presentación inicial de leucemia linfocítica aguda en un paciente de 32 años

Gomez Julieta, Ungson Mariana, Ezquerro Alejandro, Ramírez Karen, Cortés Fernando, Terremos Eduardo

Hospital Ángeles Mocol

En 2017, se diagnosticaron 6000 pacientes con leucemia linfoblástica aguda (LLA) y aproximadamente 1500 muertes en Estados Unidos. Cabe mencionar que en la actualidad no se cuenta con información sobre las tasas de incidencia de LLA en el adulto joven en México. La hiperleucocitosis se define como un recuento de glóbulos blancos superior a 100.000 en pacientes afectados por leucemia aguda y se asocia a un aumento en la morbilidad y mortalidad, la cual puede ser hasta del 40% si no se reconoce a tiempo. Citogenéticamente las traslocaciones t (4;11), t (1;19) y t (9;22) se han asociado a leucocitosis y a un peor pronóstico. Masculino de 32 años, residente de la Ciudad de México, arquitecto, IT menor a 1. Inició con dolor tipo punzante en antebrazo izquierdo, de intensidad 3/10, sin agravantes, atenuado con el movimiento y con el baño caliente. El dolor fue incrementando hasta llegar a ser de intensidad 9/10 además de presentarse también en rodilla izquierda. Refiere pérdida no intencional de peso de 6 kg en 3 meses, astenia y adinamia en la última

semana, niega fiebre, diaforesis, cefalea, sudoración nocturna. Hb 14.9 Hto 44.4 Plaquetas 65 Leucocitos 133,000 Neutrófilos 3,990 Linfocitos 113,050; Frotis: 12 blastos, El tratamiento inicial fue con solución salina 0.9% 1000 cc + 1 ampula de bicarbonato de Na a 250 cc/hr, alopurinol 300 mg VO cada 24 hrs, dexametasona 4 mg IV cada 12 horas. . Reporte histopatológico de biopsia de medula ósea con leucemia linfoblástica B. Reporte inmunohistoquímica: anticuerpo mieloperoxidasa (+) CD34 (+) CD20 (+). A siete días de su ingreso inicia con quimioterapia Fase A de esquema R-HYPERCVAD (Rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina, dexametasona). **Conclusión:** Las leucemias agudas hiperleucocíticas son una emergencia médica que necesita reconocimiento inmediato e inicio de la terapia para prevenir complicaciones y disminuir la mortalidad.

Palabras clave: leucemia linfocítica aguda, hiperleucocitosis.

Folio: 1392

Tema: Neurología

Eventos vasculares cerebrales de tipo isquémicos asociados a etiología ESUS

Nanez Homero, Morales Eliu Jefe, Gongora Fernando, Nacoud Alfredo

Hospital Universitario UANL

El accidente cerebrovascular es la principal causa de discapacidad en los adultos y forma

parte de las primeras 5 causas de mortalidad en México. El abordaje etiológico es la clave específica para reducir el riesgo de un evento posterior. Aproximadamente un tercio de todos los accidentes cerebrovasculares isquémicos son de etiología indeterminada y son más frecuentes entre los adultos jóvenes, el término criptogénico ha sido ampliamente utilizado en la literatura para describir este subtipo. En 2014, el grupo de trabajo internacional CS / ESUS acuñó el término accidente cerebrovascular embólico de fuente no determinada (ESUS). ESUS se refiere a un infarto no lacunar infarto subcortical ≤ 1.5 cm en CT o ≤ 2.0 cm en MRI en ausencia de lo siguiente: aterosclerosis extracraneal o intracraneal que causa $> 50\%$ de estenosis luminal en la arteria que abastece a la región isquémica, principales fuentes cardiomebólicas como fibrilación auricular permanente o paroxística, aleteo auricular sostenido, trombo intracardiaco, válvula cardíaca protésica, mixoma auricular u otros tumores cardíacos, estenosis mitral, infarto de miocardio en las últimas 4 semanas, fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida. Se describe una serie de casos de 32 pacientes con infarto cerebral con etiología ESUS en los cuales se tomaron en cuenta parámetros ecocardiograficos así como patologías diversas y factores de riesgo asociados.

Palabras clave: ESUS, ecocardiograficos, eventos, isquemicos, serie de casos, características.

Folio: 1393

Tema: Toxicología

Diferencias clínicas y serológicas en pacientes con esclerosis sistémica con y sin sobreposición con otras enfermedades autoinmunes

Vera Olga Lidia, Ruvalcaba Oswaldo, Cruz María Pilar

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades, Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza

Antecedentes: Existen varios síndromes de sobreposición (SSP), en especial la enfermedad mixta del tejido conjuntivo (EMT), esclerosis sistémica (ES)- dermatomiositis (DM), esclerosis sistémica- artritis reumatoide (AR), entre otras. Se ha calculado que aproximadamente un 20% de pacientes atendidos en las clínicas de ES cursan con SSP. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de síndromes de sobreposición en pacientes mexicanos con Esclerosis Sistémica (ES) y las diferencias clínicas y serológicas entre estos dos grupos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo. Estudio realizado en un Hospital de tercer nivel durante un periodo de 5 años. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ES y dividieron en tres grupos: Pacientes con sobreposición, Esclerosis

sistémica difusa (ESd) y esclerosis sistémica limitada (ESl). De cada grupo se buscaron los principales anticuerpos relacionados con los diferentes síndromes de sobreposición, las manifestaciones clínicas para: LES, DM, EMTC, Síndrome de Sjogren (SS), cirrosis biliar primaria (CBP), Hipotiroidismo Autoinmune, Síndrome Anticuerpos Antifosfolípidos (SAAF), además se analizó su relación con fibrosis pulmonar. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. **Resultados:** Fueron 84 pacientes: 80 mujeres y 4 hombres. La prevalencia Síndrome de Sobreposición fue de 30% (25 pacientes), de ESl 28 pacientes y ESd 31 pacientes. La sobreposición más común fue ES más SS 33% (9 pacientes), el 100% de los pacientes con sobreposición presento anticuerpos antinucleares (ANA) positivos, el SSP fue más frecuente en el grupo de ESd 64%. El 40% de los pacientes con SSP presento fibrosis pulmonar. Los anticuerpos más frecuentes en el SSP fueron los ANA y los Anti Ro en un 40%. **Conclusión:** En los pacientes con Esclerosis Sistémica la prevalencia de síndrome de sobreposición fue del 30%. El SSP más frecuente fue con el síndrome de Sjogren. El 40% de los pacientes con sobreposición presento fibrosis pulmonar.

Palabras clave: síndrome de sobreposición, esclerosis sistémica, síndrome de Sjogren, anticuerpos antinucleares, lupus.

Folio: 1394

Tema: Infectología

Aprendizaje de los errores de medicación

Terán José Oscar, Lagunas Maricarmen, López Rogelio
Hospital Central Norte de Pemex

Introducción: El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) define a los errores de medicación como: cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente por la utilización inapropiada de los medicamentos cuando estos están bajo el control de los profesionales de la salud. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional con los procedimientos o con los sistemas en cualquiera de las fases de la medicación (selección y adquisición, prescripción, dispensación, preparación, administración, etc.). Los errores de medicación se producen como fallas en el proceso de utilización de los medicamentos y se deben analizar como errores de sistema. **Objetivo:** Conocer la frecuencia de los tipos y fases en las que ocurren los errores de medicación en el área de hospitalización del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos (HCN PM). **Material y método:** Se realizó un estudio observacional, prolectivo, transversal, prospectivo, descriptivo, en el cual se observaron los errores de medicación



de todos los servicios de hospitalización del HCN PM en el periodo comprendido de enero a junio de 2018. La recolección de datos fue con la cédula institucional creada por el comité de Manejo y Uso de Medicamentos (MMU), los errores de clasificaron de acuerdo a la fase en la que ocurrieron, así como si se trataba de errores de medicación o cuasifallas.

Resultados: De un total de 2600 pacientes hospitalizados durante el periodo del estudio, se encontraron 342 errores de medicación que corresponden al 13.15% de pacientes que sufrieron alguna cuasifalla o error de medicación durante su hospitalización. El servicio que más errores de medicación o cuasifallas presentó fue el servicio de Medicina Interna, esto en relación al mayor número de pacientes hospitalizados en este servicio y por tanto mayor probabilidad de cometer errores. Con respecto a la frecuencia de los errores de medicación por etapa se encontró que en la preparación y preescripción es en donde se cometen más errores. Se cometieron mayor número de cuasifallas que errores de medicación, aunque no hubo diferencia significativa en los turnos. **Discusión:** El tema de la medicación es un proceso complejo; esta complejidad es enemiga de la seguridad y por lo tanto requiere de un manejo adecuado y monitorizaciones periódicas. Existen reportes con diferentes frecuencias de errores

de medicación que oscilan desde el 12 al 34%. Se considera que las diferencias metodológicas, los distintos niveles de atención y la falta de estandarización de los estudios son las causantes de tanta variación en los resultados. Por otra parte se logró evaluar la frecuencia de errores de medicación en cada una de las etapas del sistema de medicación, información que permite evaluar el sistema de manera integral, por lo tanto el conocimiento y la clasificación de los errores permiten implementar estrategias dirigidas principalmente a las etapas más susceptibles, en este caso la preparación y prescripción, con especial énfasis en la administración ya que aunque no es una de las más frecuentes, si es la que puede causar mayor impacto en el paciente. **Conclusión:** Los resultados confirman la necesidad de mejorar la calidad y la atención de los pacientes. Se propone la generación y utilización de protocolos que permitan la estandarización en el uso de fármacos. Además de la capacitación continua del equipo de salud en calidad de la atención y seguridad de los pacientes. Los datos aportados a los funcionarios que toman decisiones interesados por reducir los errores de medicaciones deberían de considerar la implementación de estrategias dirigidas principalmente a las etapas más susceptibles, ajustadas a las necesidades de

cada institución. Finalmente, debido principalmente a la falta de estandarización, estos datos aportados podrían extrapolarse para el resto de las unidades de los Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos.

Palabras clave: errores, medicación.

Folio: 1395

Tema: Hematología

Mieloma múltiple en paciente menor de 40 años

Palmeros Francisco Sebastian, Rodríguez Olga Veronica, Avedaño Ulises, Rodríguez Ana Laura, Moreno Angelica
Instituto Mexicano del Seguro Social

Paciente masculino de 39 años de edad con antecedentes de importancia no patológicos tabaquismo durante 3 años 1 cajetilla al día dejado 15 años, de antecedentes patológicos crónicos negados quirúrgicos colecistectomía hace 1 año por colecistitis litiasica, paciente que presente dolor lumbar de 1 mes de evolución aprox. Manejado con analgésicos vía oral, sin mejoría con exacerbación de los síntomas por lo que acude le solicitan exámenes bioquímicos de control encontrando elevación de azados, anemia, e hipercalcemia, en urgencias se inicia manejo con soluciones parenterales con sospecha de lesión renal aguda vs glomerulopatía. Exámenes de laboratorio de hace 1 año bh normal qs normales

electrolitos normales, pruebas de función hepática con globulina de 6 resto normales. exámenes de laboratorio de ingreso glu 98 urea 147 urea 147 bun 68 creat 6.1 relac bun creat 11 ac urico 15.4 p 5.8 calcio 16.5 Mg 2.1 Na 135 K 4.9 cl 87 TFG 10.6 IgG 428 IgA 7290 IgM 11 globulina 8.7 usg normal, por lesión renal aguda, hipercalcemia, dolor óseo, por inmunoglobulinas elevadas se sospecha de mieloma múltiple aunque por edad es del menos del 1% de la población, por lo que se inicia protocolo de estudio en donde se realiza reporte de aspirado de médula ósea: celularidad del 60 y 70%, monotonía, infiltración por un 99% de células plasmáticas, compatible con mieloma, inmunoglobulinas iga 6695 IgG 334 IgM 12 complemento C3 88 C4 30.2, bhcg 10 hto 29 vcm 101 hcm 35 plt 228 mil leucos 7200 coombs indirecto negativo proteína de Bence Jones positiva, b2 microglobulina 13.2 de mal pronóstico, inmunofenotipo expresa CD138 mal pronóstico, cariotipo hipotetraploidia 46 XY.

Palabras clave: mieloma múltiple, mieloma iga, hipercalcemia maligna, lesión renal aguda por mieloma, talidomida.

Folio: 1396

Tema: Nefrología

Asociación de la variabilidad de fósforo y mortalidad en los pacientes en hemodiálisis crónica
Villalobos Montserrat, Escamilla

David, Arce César Alejandro, Sebastián Mario Alberto

Hospital Central Sur de Alta Especialidad Pemex

Introducción: Las alteraciones en el metabolismo de calcio y fósforo se consideran factores de riesgo independientes para mayor mortalidad cardiovascular en los pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT). No obstante los niveles de fósforo en los pacientes en hemodiálisis son volátiles y presentan muchos factores que los modifican; por lo que un valor aislado no es representativo. Se propuso evaluar la asociación entre la fluctuación de los niveles de fósforo (variabilidad) y el riesgo de mortalidad en nuestra población de hemodiálisis.

Materiales y métodos: Se realizó una cohorte prospectiva de los pacientes incluidos en el programa de hemodiálisis del HCSAE en el periodo comprendido de enero 2017 a junio de 2018. Se excluyeron pacientes con un seguimiento menor a 3 meses y se eliminaron aquellos que cambiaron de modalidad. Se registró la medición mensual de fósforo y se calculó la variabilidad por un modelo de regresión lineal con mínimos cuadrados y otro modelo de cambio absoluto por medio del promedio de la variación aritmética. Se documentó si el paciente alcanzaba el desenlace primario (mortalidad). Se realizó la comparación de medias de los valores obteni-

dos para ambos modelos de variabilidad entre los pacientes vivos y finados por t de Student. Después se clasificó a los pacientes en el grupo con fósforo en metas y variabilidad baja que se comparó contra el grupo de fósforo elevado y variabilidad alta por medio de χ^2 . Se consideró significativo una $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyeron 58 pacientes de los cuales se excluyeron 6 y se eliminó 1. De los 51 pacientes incluidos en el análisis el 54.9% eran hombres con media de edad de 63.8 (+15.3) años y una media de 21.4 (+23.6) meses de estancia previa en hemodiálisis. Durante el tiempo de seguimiento el 19.6% de los pacientes fallecieron. Se calculó la variabilidad de hemoglobina y se dividieron por la mediana en alta o baja variabilidad. El modelo de regresión lineal no tuvo diferencias al comparar vivos contra finados ($p=0.553$), mientras que el modelo de cambio absoluto confiere riesgo de mortalidad $t=2.2$ ($p=0.3$) para los pacientes con mayor variabilidad. En la comparación de los grupos de mayor contraste no se observan diferencias significativas con ambos modelos. Como método de evaluación de los modelos de variabilidad se realizó una correlación de Pearson que resultó baja positiva alta ($r=0.38$). **Discusiones y Conclusiones:** Está demostrado el aumento en el riesgo de mortalidad cardiovascular que confiere la hiperfosfatemia, sin embargo



el valor no siempre refleja el balance del metabolismo. En estudios recientes con un análisis padecido al nuestro se observa que existe mayor mortalidad a mayor variabilidad, aunque sólo se observa en uno de los modelos. Una limitación principal estriba en que no existe un modelo establecido que ejemplifique la variabilidad y la correlación entre los presentados es muy baja. La segunda limitación viene dada por el carácter observacional que no permite establecer relaciones de causalidad. Se requiere continuar evaluando los criterios considerados meta de tratamiento para que estos reflejen el estado real del paciente.

Palabras clave: variabilidad, fósforo, hemodiálisis, mortalidad.

Folio: 1397

Tema: Reumatología

Enfermedad hepática inducida por lupus eritematoso sistémico. Reporte de caso

Navarro Miryam Nayeli, González Jessica, Maldonado Uriel, Camberos Carlos Arturo, Peña Mitzi

Hospital General Regional 1 Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro

Objetivo: Identificar enfermedad hepática inducida por lupus eritematoso sistémico. Femenina de 63 años, sin antecedentes crónico degenerativos, niega etilismo, niega uso de fármacos, IMC 21.3.

Inicia 2 meses previo a ingreso con astenia, adinamia, ictericia, ascitis y edema de miembros pélvicos, acude a valoración por facultativo, se realiza ultrasonido hepático con afección parenquimatosa difusa, disminuido de tamaño, vena porta 18 mm. se inicia furosemide y se establece diagnóstico de Hepatopatía crónica. Se agrega somnolencia, desorientación en tiempo y espacio. A su ingreso con datos de encefalopatía hepática grado II, ascitis grado 2, plaquetas 7,000/L y leucocitos 2,800/L. Paracentesis diagnóstica con un GASA > 1.1 g/dL y proteínas totales < 2.5 g/dL. Panendoscopia con varices esofágicas grandes de Baveno. Se comienza abordaje para determinar etiología de hepatopatía, VHC y VHB negativo, sin datos sugerentes de esteatosis hepática. Comienza con disnea en reposo, radiografía de tórax con cardiomegalia grado III, derrame pleural bilateral 20%. Ecocardiograma con derrame pericárdico 550 cc con repercusión hemodinámica moderada. Ante evidencia de serositis, linfopenia y trombocitopenia se solicitan ANA positivo patrón homogéneo 1:640 Anti DNA DC 1371 UI/L, C3 36.6 mg/dL, C4 4.5 mg/dL, estableciéndose diagnóstico de LES; se solicitan anticuerpos anti mitocondriales y anti-musculo liso, a descartar síndrome de sobreposición, siendo negativos; niveles de hierro, ferritina y transferrina dentro de valores normales;

sin evidencia de otra etiología causante de afección hepática, se establece daño hepático inducido por LES. **Conclusión:** La evidencia actual que sustente la existencia de enfermedad hepática inducida por LES es discutida aún, debido a la falta de evidencia histopatológica que confirme su relación con LES, se ha propuesto la determinación de auto anticuerpo Anti-ribosomal P para determinar de manera objetiva esta relación.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, enfermedad hepática.

Folio: 1398

Tema: Nefrología

Nefritis lúpica con anticuerpos ANCA positivos: reporte de caso

Gomez Damayanty, Mendoza Hector, Islas Juan Paulo, Lorenzo Adrian, Macias Ana Patricia, Solis Damayanty

Hospital General Tacuba ISSSTE

Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo se detectan en aproximadamente 20% de los pacientes con diagnóstico de LES, siendo el patrón más común p-ANCA hasta en un 15% y en menos de un 5% c-ANCA. En la literatura mundial, hay pocos reportes de nefritis lúpica y anticuerpos c-ANCA. Mujer de 31 años de edad, sin antecedentes de importancia. 4 meses previos a su ingreso, con eritema en región periorbitaria y malar

bilateral, caída de cabello, edema de miembros pélvicos, facial, artralgias y mialgias generalizadas. Ingresa por síndrome nefrótico. EF: TA 120/80 mmHg, FC 86 lpm, FR 17 rpm, T 36 °C. Edema generalizado, máculas eritematovioláceas en cara con predominio párpados y región malar, así como cuello y brazos las cuales no desaparecen a la digitopresión. Ruidos cardiacos rítmicos, adecuada intensidad, tono y frecuencia, derrame pleural bilateral, abdomen con ascitis no a tensión, peristalsis adecuada, miembros pélvicos con edema +++. 01/07/13 Leucos 3980, Neut 70.4%, linf 13.7%, Hb 9.8, Hto 29.4%, CMV 90.3, HCM 30.1, plaq 192,000. Glucosa 83, Urea 45, Creat 1.10, Ac úrico 10.68 Colesterol 250 Triglicéridos 241, Potasio 5.2, Na 141, inmunoglobulinas normales, C3 30.8, C4 6.9, Anticuerpos anti-DNAcd IgG 46 UI/ml, anticuerpos anti-Sm 113.7U/ml, anticuerpos anti citoplasma del neutrófilo 1:160. Proteinuria: 1.33g/24hrs. EGO: Densidad 1.030 sangre 200, pH 5, proteínas 300 mg/dL, nitritos negativo, leucocitos 0-5 p/c. Urocultivo negativo. Sedimento urinario: Cuerpos ovales, leucocitos, eritrocitos dismórficos abundantes y cilindros eritrocitarios. Biopsia renal que reporta glomerulonefritis lúpica focal, con cambios membranosos acentuados y proliferación extracapilar activa. Clase III+V (ISN/RSP). Fibrosis intersticial

grado I-II. Arteriopatía leve. Necrosis fibrinoide segmentaria y semilunas celulares activas. IF: Positivo con patrón granular en MBG para IgA, IgG, C1q,C3c. La presencia de AN-CAS se asocia a mayor número de recurrencias.

Palabras clave: nefritis, lupica, lupus, ANCA, vasculitis.

Folio: 1399

Tema: Infectología

Enfermedad de Lyme manifestada por fiebre de origen desconocido y esplenomegalia masiva

Uresti Eileen Liberata, Guizar Luis Alberto, Anda Juan Carlos, Toledo Sebastian Eduardo, Diaz Jorge Javier

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Masculino de la cuarta decada de la vida quien cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: madre finada por EVC a los 32 años de edad, IT de 4 paq/año, resto interrogado y negado. Inicia su padecimiento actual en diciembre del 2017 con ataque al estado general caracterizado por mialgias, artralgias de predominio en codos y hombros, debilidad generalizada, dolor toracico opresivo irradiado a espalda y sintomas respiratorios superiores con rinorrea hialina, acompañado de anorexia, nausea y perdida de peso, los sintomas respiratorios remiten pero persiste y empeora debilidad generalizada, mialgias y artralgias así

como dolor toracico al mismo tiempo se añade fiebre episódica de hasta 38°C diariamente, posteriormente 3 veces a la semana de predominio nocturno acompañada de diaforesis y escalofrio con una perdida de peso de aproximadamente 26 kg, en abril del 2018 es enviado a nuestra unidad por presencia de melena, en nuestro instituto se descarta sangrado de tubo digestivo. Durante su seguimiento se detecto esplenomegalia de 16 cm por tomografía así como ganglios mediastinales de aspecto inflamatorio además de incremento de DHL hasta llegar a 1100 U/L, B2 microglobulina en 3375 mg/L, marcadores tumorales negativos, perfil inmunológico negativo, se realiza serología para CMV, VIH, VHC, VHB, TORCH, siendo no reactivos, estudio de neuroconducción con poliradiculopatía de predominio en miembros pélvicos, gammagrama con galio sin alteraciones, por alta sospecha de enfermedad de Lyme se realiza ELISA y western blot, las cuales se reportan como positivas 5 bandas IgG vs borrelia burgdorferi, se inicia tratamiento con ceftriaxona 2gr IV en infusión por 28 días y doxiciclina 100mg cada 12 horas por 7 días por sospecha de coinfección sin embargo PCR negativas, tras concluir tratamiento el paciente continuaba con fiebre aproximadamente 1 vez por semana, se sospecha de que el bazo pudiera ser reservorio del agente infeccioso



por lo que se decide realizar esplenectomía se manda a histopatología bazo, biopsia de hígado, epiplon, ganglio para-aortico las cuales se reportan solo con cambios inflamatorios agudos y crónicos, en bazo congestión vascular generalizada midiendo 18x13.8x5.5cm, tras esplenectomía cede fiebre y recupera peso de 10 kg hasta la actualidad.

Palabras clave: enfermedad de Lyme, fiebre, esplenomegalia masiva.

Folio: 1401

Tema: Endocrinología

Eficacia y seguridad de la radioterapia fraccionada en el tratamiento de la acromegalia

Martínez Karen Belén, González Baldomero José Gregorio, Ortega Guadalupe, García Octavio René

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La acromegalia es originada en su mayoría por un adenoma hipofisario secretor de hormona del crecimiento (GH). Caracterizada por acrocrecimiento, visceromegalia y enfermedades cardiometabólicas. El tratamiento de elección es cirugía transesfenoidal con curación del 80% en microadenomas; en macroadenomas o tumores invasores al seno cavernoso es del 30%, por lo que los pacientes requieren tratamiento secundario para el hipersomatotropismo. El tratamiento con análogos de

somatostatina y/o agonista dopaminérgico es la segunda línea, con esta terapéutica el 70% tiene concentraciones de GH menores de 2.5 ng/ml e IGF-1 normales, con un máximo efecto posterior a 10 años, sin embargo son costosos y de difícil acceso. La radioterapia fraccionada (RTF) es la tercera línea, con reducción de GH y del IGF-1 del 60% a 10 años siendo menos costoso y fácil acceso. **Objetivo:** Evaluar el estadio bioquímico de los pacientes con acromegalia a quienes se les administró RTF. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo, se revisaron expedientes de la Clínica de Acromegalia del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, CDMX. Se incluyeron a ambos géneros, posoperados de acromegalia, que durante su evaluación postoperatoria permanecieron con HG e IGF-1 elevados, que ameritaron RTF como tratamiento adyuvante. Se registraron las concentraciones hormonales previas a la RTF y durante seguimiento a 1, 3, 5, 10 y 15 años. Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y de dispersión acorde a la distribución de variables. Se estableció normalidad con Shapiro-Wilk, comparación de proporciones con X² o prueba exacta de Fisher de acuerdo al valor esperado para las variables categóricas. Para las variables

cuantitativas en grupos independientes se utilizó t-student o U-MannWitney y para las variables cuantitativas en grupos dependientes se utilizó prueba de Wilcoxon. **Resultados:** 101 pacientes con acromegalia, la media de edad al momento de la RTF de 52.3 ± 13 años, 97 pacientes con cirugía y 4 con RTF como tratamiento primario, al inicio del estudio 18% tuvieron un microadenoma, 79% un macroadenoma, 34% hipotirodismo, 18% hipocortisolismo, 72% hiperprolactinemia, 22% hipogonadismo, 22% DM2, 18% intolerancia a los carbohidratos, 31% HAS, 6% cardiopatía isquémica y/o hipertrófica y 28% dislipidemia mixta. Se determinó hormona del crecimiento basal (GHb) y factor de crecimiento similar a la insulina ajustado para edad y género (IGF-1 index) previo a la RTF y posteriormente al año, 3, 5, 10 y 15 años. Los valores en porcentaje de reducción de GHb y con seguimiento al año fue del 54%, a los 3 de 74%, a los 5 de 82%, a los 10 de 86% y a los 15 de 92%. Los pacientes en los que la GHb fue menor de 1ng/ml a 1 año posRTF fueron 11%, a los 3 de 31%, a los 5 de 41%, a los 10 de 44% y a los 15 de 60%. La reducción de IGF-1 a un rango normal a un año posRTF fue de 19.7%, a los 3 de 42%, a los 5 de 50.8%, a los 10 de 61% y a los 15 de 66.6%. 46 pacientes llegaron a seguimiento de 10 años posRTF, tuvieron 63%

hipotiroidismo, 54% hipocortisolismo, 39% hipogonadismo, 29% DM2, 24% intolerancia a los carbohidratos, 37% HAS, 42% dislipidemia, sin cambios en la incidencia de cardiopatía, 1 paciente con neuritis óptica y otro EVC. 5.1% tenían un segundo tumor del SNC al momento del diagnóstico, sin aumento de la prevalencia.

Discusión: La eficacia de los análogos de somatostatina y de la RTF son comparables en cuanto al control de la GH, aunque se ha observado una reducción más rápida en los niveles de IGF-1. **Conclusiones:** La radioterapia convencional es un tratamiento adecuado y efectivo para el hipersomatotropismo en la acromegalia; el hipopituitarismo como principal efecto adverso, una afección sustituible, por lo que los beneficios (bajo costo y mejor acceso) la hacen un pilar fundamental en países con recursos restringidos en donde la terapia farmacológica no es una opción asequible.

Palabras clave: eficacia, seguridad, radioterapia, fraccionada, tratamiento, acromegalia.

Folio: 1402

Tema: Infectología

Mucormicosis rinocerebral no fatal asociado a trombosis parcial de la carótida interna

Marmolejo Manuel Alejandro, Aguilar Leonardo Rene, Nañes Homero

Universidad Autónoma de Nuevo Leon

Hombre de 42 años de edad con DM2 e HAS de larga evolución y mal apego al tratamiento. Acudió por cuadro de dos semanas de evolución caracterizado por rinorrea hialina-purulenta manejado inicialmente con tratamiento sintomático, agregándose dolor y aumento de volumen periorbitario izquierdo. Exploración física: eritema periorbitario izquierdo. Paladar duro sin alteraciones con parálisis del VI PC izquierdo. Exámenes de laboratorio: leucocitos 27 K/uL, glucosa 431 mg/dL, pH 7.34, HCO₃ 18 mmol/L, pCO₂ 35 mmHg. TC/cráneo contrastada: sinusitis de senos paranasales izquierdos, oclusión parcial por trombosis en la arteria carótida derecha interna e hipodensidad en territorio de arteria cerebral anterior y media izquierda mayor a un tercio del territorio. Se solicitaron improntas de seno maxilar, cornete medio izquierdo y septum donde se identificaron hifas aseptadas, irregulares con aspecto de ribbon-like sugestivas de Zygomycetos. Se inició AmBd a 1 mg/kg, se intensificaron medidas de control metabólico y se realizó desbridamiento transnasal endoscópico con desfuncionalización de senos y exenteración de globo ocular izquierdo (cultivo de tejido; Rhizopus spp.). En el periodo postquirúrgico presento disminución del estado de conciencia con hemiparesia corporal izquierda por lo que se

realizó IRM/cráneo contrastada con progresión de trombosis carotídea y datos sugerentes de arteritis. Se decidió continuar con el tratamiento establecido, al término de dos semanas de tratamiento el paciente presento buena evolución clínica (Rankin 4) hasta su egreso.

Palabras clave: mucor, zygomycetos, tromosis carotídea.

Folio: 1403

Tema: Oncología

Quilotórax masivo no traumático, asociado a linfoma no Hodgkin: reporte de caso

Flores Ilse Lucero, Magallanes Alberto, Pérez Fernando, Moreno Ernesto, Guzmán Nicolas
Hospital Ángeles Lomas

Introducción: El quilotórax es el depósito de líquido linfático rico en quilomicrones y triglicéridos en la cavidad pleural, puede ocasionarse por obstrucción y dificultad de evacuación de la linfa, como ocurre en laceración del conducto torácico secundario a trauma, neoplasias, infección o trombosis venosa. Dentro de las causas no traumáticas destacan las condicionadas por adenopatías tuberculosas, por linfoma no Hodgkin y otras malignidades. El diagnóstico de quilotórax se realiza demostrando en el líquido pleural: triglicéridos > 110mg/dl, relación: triglicéridos líquido pleural/sérico > 1 y relación: colesterol-líquido pleural/sérico < 16. El tratamiento debe individualizarse



dependiendo de la etiología, el manejo conservador consiste en drenaje plural y dieta exenta de lípidos o ayuno y nutrición parenteral prolongada. Se suele realizar ligadura del conducto torácico por medio de intervención quirúrgica o radiología intervencionista en pacientes con falla al tratamiento conservador. El octreotide (análogo sintético de somatostatina) inhibe la secreción de algunas hormonas hipofisarias y gastrointestinales, aumentando la resistencia arteriolar esplácnica, disminuyendo flujo gastrointestinal y por consecuencia el linfático, ha sido usado en el tratamiento conservador. La pérdida de líquido linfático genera hipoalbuminemia, alteraciones hidroelectrolíticas, de coagulación e inmunodeficiencias, por lo tanto es importante la monitorización continua de dichos estudios de laboratorio. **Caso clínico:** Paciente masculino de 54 años de edad con antecedente de linfoma no Hodgkin células B etapa clínica IVA, diagnosticado un año previo a su ingreso, en tratamiento con R-CHOP dos ciclos hasta el momento. Sin antecedentes heredofamiliares de importancia, alérgico a penicilina, antecedente de orquidopexia a los 8 años de edad, niega uso de tabaco, alcohol u otras toxicomanías. Acude por presentar tos seca en accesos de forma intermitente, malestar torácico de carácter opresivo el cual progresó de

forma paulatina y un día previo a su ingreso se agregó disnea de medianos esfuerzos asociada a palpitations. Al examen físico con saturación 90% al aire ambiente, FC 102 lpm, FR 24 rpm, TA 130/90 mmHg, T 36.4°C. Campos pulmonares con disminución de movimientos de amplexión y ampliación en hemitórax izquierdo, disminución de la transmisión de la voz y ruidos respiratorios disminuídos en base izquierda, así como matidez a la percusión ipsilateral, integrando síndrome de derrame pleural izquierdo. Los estudios de laboratorio iniciales mostraron BUN 26.5, creatinina .94, ES normales, albúmina 2.9, globulinas 2.3, DHL 266, Hb 13.3, leucocitos 34.6, neutrofilos 29.8. Se realizó tele de tórax y lateral observando derrame pleura masivo izquierdo, que desplaza las estructuras de la línea media y la silueta cardiaca hacia hemitorax contralateral. Se decide realizar toracocentesis obteniendo líquido plural lechoso y espeso, el citoquímico del líquido pleural: pH 8.5, Densidad 1.01, glucosa 144, proteínas 5.42, DHL 138, colesterol 101, Eritrocitos 5200, leucos 523, PMN 51%, Mononucleares 39%, Triglicéridos 1516 mg/dL. Debido a los resultados del citoquímico se concluye quilotórax por probable ruptura del conducto torácico, secundario a infiltración por Linfoma no Hodgkin. Se decide su ingreso manteniendo al paciente en

ayuno enteral, NPT con ácidos grasos de cadena media, se indica sandostatina 0.1 mg SC cada 8 h y colocación de sonda endopleural. Debido a evolución poco favorable con manejo conservador se decidió realizar toracotomía videoasistida izquierda, ligadura del conducto torácico y pleurodesis izquierda.

Palabras clave: quilotórax masivo, derrame pleural masivo, linfoma no Hodgkin.

Folio: 1405

Tema: Otros

Caracterización de los pacientes con enfermedad de Fabry en tratamiento con agalsidasa alfa en comparación con agalsidasa beta

Carreño Paulina, Pineda Luis Francisco

Hospital de Especialidades CMN La Raza

Antecedentes: La enfermedad de Fabry es secundaria a la alteración del gen de la enzima alfa galactosidasa ácida, que resulta en su deficiencia o ausencia y acumulación de globotriasilceramida. Resultando en una enfermedad crónico degenerativa con manifestaciones en distintos órganos. Se cuenta con dos enzimas para el tratamiento, agalsidasa alfa (Replagal) y agalsidasa beta (Fabrazyme), ambas han demostrado eficacia y seguridad. **Material y métodos:** Estudio longitudinal, retrospectivo, comparativo de las características clínicas de

los pacientes con enfermedad de Fabry en Terapia de reemplazo enzimático, valorados en el periodo de 2011-2018 en la Clínica de Referencia Nacional de Enfermedades Lisosomales. El objetivo fue determinar si existen diferencias entre las características de ambos grupos. Se utilizó la valoración clínica realizada mediante el puntaje de severidad MAINZ pre tratamiento y luego de al menos 12 meses. El análisis de las variables se obtuvo mediante T de Student o U de Mann Whitney. **Resultados:** Se valoraron 47 pacientes, 31 pacientes con MAINZ completo y 17 pacientes con determinación de LYSO GL3, 27 hombres y 20 mujeres. Todos los pacientes mostraron una reducción del puntaje MAINZ ($x = -3.5$, $sd = 8.2$), la categoría con más cambio fue el MAINZ neurológico ($x = -1.7$, $sd = 3.3$), pero sin diferencia significativa entre AA y AB ($p = 0.42$), se observó una tendencia de mayor cambio con AB. **Conclusiones:** En la población estudiada las diferencias entre TRE con AA y AB no fueron estadísticamente significativas, sin embargo, si se demostró una tendencia de mayor cambio de puntaje MAINZ con AB.

Palabras clave: enfermedad de Fabry, terapia de reemplazo enzimático.

Folio: 1406

Tema: Infectología

Meningitis tuberculosa fulminante de presentación atípica: reporte de un caso

Alvarado Armando, Valadez Maritza Jacqueline, Varela Diana Selene, Hernández José Francisco

Instituto Mexicano del Seguro Social UMAE T1 CMN Del Bajío

FI: ORI, femenino de 25 años, casada, empleada en tienda departamental. AHF: DM2 y ERC por madre. APNP: fauna nociva (-), inmunizaciones completas, transfusiones (-), tatuajes y perforaciones agregadas (-), viajes (-), COMBE (-), Exposición a biomasa (-). AGO: Menarca 12 años, regular 28 X 3, última menstruación el 25/08/2018, G:3, P:3, NPS: 2, MPF: DIU. APP: tabaquismo (-), alcoholismo ocasional sin llegar a embriaguez, toxicomanías negadas. Quirúrgicos y fracturas (-), hospitalizaciones previas (-). Lumbalgia crónica traumática sin manejo específico PA: Inició 15 días previos a ingreso hospitalario con dolor lumbar intenso no especificado, recibiendo analgésicos desconocidos. días posteriores se agrega dolor abdominal, náuseas, vómitos y 10 días previos a su ingreso cefalea frontal intensa con posterior irradiación a región occipital, acompañada de fotofobia, confusión y desorientación. A su ingreso a urgencias se encontraba somnolienta, desorientada, con agitación psicomotriz, e indiferencia al medio, con Kernig presente e hiperreflexia generalizada, así como Binda +, continuando con deterioro

hasta requerir intubación orotraqueal. Durante su estancia en UCI fue valorada por los servicios de neurología, infectología y epidemiología, coincidiendo en una probable meningitis tuberculosa, debido a datos clínicos sugestivos, LCR de punción lumbar a su ingreso a esta unidad con Gram (-), Criptococos (-) Baar (-), Incoloro, Claro, Coagulación (-), Leucocitos 8 cel/mm³, hipoglucoorraquia, hiperproteinorraquia, DHL 245. Así como resonancia magnética de cráneo que presenta aracnoiditis basal, además de realce de leptomeninges y datos compatibles con infarto de fórnix. Se realizó abordaje para exclusión de causas secundarias, tales como panel viral, TORCH, panel inmunológico, múltiples cultivos, incluso de LCR, así como ADA sérica para tuberculosis, con resultados negativos que pudieran orientar a una etiología definitiva. A pesar de esto la paciente presentó deterioro progresivo con datos de edema cerebral recurrente, falleciendo a pesar de manejo específico con antifímicos y para meningitis bacteriana, así como tratamiento de soporte, dos semanas posteriores al inicio de los síntomas. El reporte anatomopatológico de necropsia reporta Enfermedad granulomatosa pleural (sugestiva de tuberculosis) y Meningitis inespecífica, ya que no se encontraron microorganismos específicos. **Conclusiones:** paciente joven



inmunocompetente que presentó una evolución rápida y progresiva de deterioro neurológico, con cuadro compatible por datos clínicos, análisis de LCR e imagenológicos con tuberculosis meníngea, así como reporte de diagnósticos anatomopatológicos y exclusión de causas secundarias. Es interesante debido a que cursó con un cuadro muy sugestivo, a pesar de no haberse encontrado un microorganismo causal, así como haber recibido tratamiento específico para la enfermedad sospechada, y es de importancia destacar el caso debido a las características ya mencionadas, esto debido a que la tuberculosis meníngea se presenta en alrededor de sólo 1% de todos los casos de tuberculosis, y de estos, sólo el 10% de estos presentan la infección en otro sitio anatómico. A pesar de que no hay características específicas en las neuroimágenes de MTB, la tomografía computarizada y la imagen por resonancia magnética (IRM) pueden ser útiles en el diagnóstico temprano. Se han descrito cuatro hallazgos en MTB: realce meníngeo basal, hidrocefalia, infartos y tuberculomas intracranianos. Según el consenso actual, la definición de caso de tuberculosis meníngea se define por criterios clínicos de entrada y determinando tres tipos de MTBC de acuerdo con el nivel de certeza: definitiva, probable y posible, apoyado en un puntaje basado en la clínica,

hallazgos en el LCR, imágenes cerebrales y evidencia de TBC en una localización distinta al SNC. En nuestro caso, se cumplen criterios diagnósticos para probable, debido a la ausencia de la presencia de baciloscopías positivas.

Palabras clave: meningitis, tuberculosis, radiología, atípica.

Folio: 1407

Tema: Oncología

Presentación de LNH variante NK con afección nasal unilateral confundidor de rinosinusitis micótica alérgica

Torres José David, Petarra Stefania, Cruz Dalia, Ramírez Clotilde Guadaupe, Avila Alfredo, Medina Eloy
Hospital Ángeles del Carmen

Objetivo: Presentar un caso de sinusitis crónica unilateral destructiva micótica que termina en diagnóstico de LNH variante NK descartando Granulomatosis con Poliangeitis.

Material y métodos: Masculino de 32 años con antecedente de rinitis alérgica con inmunoterapia e IgE elevada. Acude por congestión nasal importante de 3 años de evolución de predominio derecho con grandes tapones mucosos. Se somete a septumplastía y antrectomía con recurrencia a los 7 meses agregándose descarga retro-nasal mucopurulenta fétida, costras, halitosis y anosmia, con pobre respuesta a lavados quirúrgicos y antibióticos a base de ceftriaxona y quino-

lonas. A la exploración física: Faringe hiperémica, adenomegalias submaxilares dolorosas, mucosa nasal con residuos mucosanguinolentos; septum con mucosa erosionada y friable, secreción espesa costrosa fétida amarillento-negrucza, perforación cartilaginosa y microperforaciones en hueso. Ausencia de cornete medio e inferior derecho y de mucosa en rama ascendente de maxilar derecho. Estructuras endonasales izquierdas conservadas. Resto de la exploración normal. Laboratoriales de importancia: Hb 12g/dl, VCM 85.4 fl, HCM 27.8 pg, leucocitos 12 600/ Ml: neutrófilos 80%, bandas 1% linfocitos 11%, monocitos 7%, eosinófilos 1%, plaquetas 444 000/ Ml. Cr 0.91 mg/dl, PCR 65.3 mg/dl, VSG 40 mm/h, procalcitonina menor a 0.05 ng/ml. **Resultados:** Se hospitaliza nuevamente por fiebre y se realiza endoscopia nasal con toma de biopsia. Se obtiene *S. aureus* en cultivo de secreción nasal. Anticuerpos P ANCAS y ANA negativos. En SPECT con ubiquidina se observa captación de material a nivel de senos paranasales. La biopsia muestra Linfoma CD 20+ Y CD 56+. **Conclusiones:** Siempre descartar malignidad ante la presencia de lesiones nasales unilaterales a pesar de apariencia benigna. La clasificación de Ann Arbor no es adecuada para la clasificación de los linfomas NK, se debe utilizar la nueva clasificación propuesta por

el Índice Pronóstico Koreano ó CA (Grupo Oncológico del SurOeste de China y Asia). Este linfoma tiene involucro de la médula ósea sólo en un 10% y síntomas B sólo en el 35%.

Palabras clave: linfoma no Hodgkin, linfoma NK, rinosinusitis micótica alérgica, rinosinusitis unilateral, perforación septal.

Folio: 1408

Tema: Endocrinología

Más sujetos lograron reducciones compuestas de $\geq 1\%$ de HbA1c, $\geq 5\%$ de peso corporal y ≥ 5 mmHg de PAS con semaglutida versus comparadores (SUSTAIN 1-5, 7)

Leon Jonathan¹, Dungan Kathleen², R Vanita³, Krag Filip⁴, A Lawrence⁵, Leonora Nanna⁶, Lindberg Søren⁶, Meier Juris⁷, Arrieta Elsa⁸

¹ Hospital Médica Sur; ² The Ohio State University, Columbus, Oh, USA; ³ Medstar Health Research Institute; ⁴ Center for Diabetes Research, Gentofte Hospital, University of Copenhagen, Hellerup, Denmark; ⁵ Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, University of Toronto, Ontario, Canada; ⁶ Novo Nordisk A/S, Søborg, Denmark; ⁷ Diabetes Division, St. Joséf Hospital, Ruhr-University Bochum, Bochum, Germany; ⁸ Hospital Ángeles del Pedregal, Novo Nordisk, México

Semaglutida es un nuevo análogo de GLP-1 para el tratamiento una vez a la semana de la dia-

betes tipo 2 (DT2). A través del programa de ensayos clínicos SUSTAIN, los sujetos con DT2 lograron mayores reducciones en tres factores de riesgo cardiovasculares (CV) con semaglutida frente a placebo o comparadores (dulaglutida, liberación prolongada de exenatida, insulina glargina o sitagliptina): HbA1c, peso corporal (PC) y sistólica presión arterial (PAS). Se evaluaron seis ensayos de SUSTAIN (SUSTAIN 1, 5 y 7) para determinar en qué medida los sujetos lograron reducciones clínicamente significativas en todos estos factores de riesgo (punto final compuesto: disminución de $\geq 1\%$ en HbA1c, $\geq 5\%$ de pérdida de peso corporal, y $\geq 1\%$ Reducción de PAS de 5 mmHg). En todos los ensayos, los valores basales medios de HbA1c, el peso corporal y los rangos de PAS fueron de 8.1-8.4%, 89.5-95.8 kg y 128.8-134.8 mmHg, respectivamente. Significativamente más sujetos lograron el punto final compuesto con semaglutida (0.5 mg: 14-20%; 1.0 mg: 15-37%) vs comparadores (1-12%; $p < 0.001$ para todas las comparaciones. Con la semaglutida, un número significativamente mayor de pacientes logró mejoras clínicamente significativas en el compuesto de las reducciones de HbA1c, PC y PAS frente a los comparadores, lo que puede promover un mejor perfil general de riesgo CV con semaglutida frente a los comparadores.

Palabras clave: semaglutida, diabetes tipo 2, peso corporal, presión arterial sistólica, HbA1c, SUSTAIN.

Folio: 1409

Tema: Endocrinología

HbA1c y reducción del peso corporal consistentes con semaglutida, independientemente de la duración de la diabetes: SUSTAIN 1-5 y 7 metaanálisis a nivel del paciente

Nava Alfredo¹, Rosenstock Julio², Chaykin Louis³, Lüdemann Jörg⁴, Madsbad Sten⁵, Rask Julie⁶, C. Stephen⁷, Arrieta Elsa⁸

¹ Médica Sur; ² Dallas Diabetes Research Center at Medical City, Dallas, Tx, USA; ³ Meridian Research, Bradenton, FL, USA; ⁴ Diabetes-Falkensee, Diabetes Centre and Centre for Clinical Studies, Falkensee, Germany; ⁵ Hvidovre Hospital, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; ⁶ Novo Nordisk A/S, Søborg, Denmark; ⁷ School of Medicine, Swansea University, Swansea, Wales, UK; ⁸ Hospital Ángeles del Pedregal, Novo Nordisk, México

Lograr metas glucémicas es un desafío, y la capacidad de respuesta a la terapia puede disminuir con el tiempo en DT2. Semaglutida, un nuevo análogo de GLP-1 semanal para el tratamiento con DT2, mostró reducciones superiores en HbA1c y peso corporal (PC) en SUSTAIN 1-5 y 7 ensayos clínicos frente a placebo o comparadores activos. Este



metanálisis evaluó la eficacia y la seguridad de 0,5 mg de semaglutida y 1,0 mg de acuerdo con la duración de la diabetes. Los datos de eficacia agrupados en 3 066 sujetos se analizaron mediante la duración de la DT2 (≤ 5 [1,174], > 5 a ≤ 10 [988] y > 10 años [904]). La semaglutida redujo consistentemente la HbA1c (1.4-1.8%) y el peso corporal (3.8-5.8 kg) desde la línea de base comparativamente a través de los subgrupos. La proporción de sujetos con semaglutida (ambas dosis) vs comparadores que informaron eventos adversos fue del 69.6% (≤ 5 años), 69.9% (> 5 a ≤ 10 años) y 73.5% (> 10 años) frente a 65.9, 70.8 y 69.0%. Los eventos adversos graves se informaron en 6.2, 7.2 y 8.3% frente a 6.6, 6.0 y 6.3%, respectivamente. Las náuseas se informaron en 20.5, 20.7 y 20.1% frente a 9.3, 9.1 y 9.5%; vómitos por 9.4, 7.2 y 8.7% frente a 4.5, 4.2 y 4.3% de los sujetos que recibieron semaglutida vs comparadores, respectivamente. La interrupción prematura del tratamiento debido a eventos adversos fue reportada por 7.7, 7.9 y 8.5% contra 3.6, 3.6 y 4.6% con semaglutida versus comparadores. En conclusión, la semaglutida redujo consistentemente la HbA1c y el PC, independientemente de la duración de la diabetes. El informe de eventos adversos con semaglutida no se vio afectado por la duración de la diabetes.

Palabras clave: diabetes tipo 2, HbA1c, peso corporal, semaglutida, SUSTAIN, metaanálisis.

Folio: 1410

Tema: Cardiología

Semaglutida reduce consistentemente el riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes tipo 2 independientemente del nivel de riesgo cardiovascular inicial: análisis posthoc del programa de ensayo SUSTAIN

Morales Enrique¹, Bain Stephen², Réa Rosângela³, Warren Mark⁴, Gaarsdal Anders⁵, Vrazic Hrvoje⁵, Madsbad Sten⁶, Arrieta Elsa⁷

¹ Centro Investigación Cardio-metabólica Aguascalientes; ² School of Medicine, Swansea University, Swansea, Wales, UK; ³ Federal University of Paraná, Paraná, Brazil; ⁴ Physicians East, Greenville, NC, USA; ⁵ Novo Nordisk A/S, Søborg, Denmark; ⁶ University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; ⁷ Hospital Ángeles del Pedregal, Novo Nordisk, México

Semaglutida es un análogo de péptido-1 similar al glucagón para el tratamiento una vez a la semana de la diabetes tipo 2 (DT2). El tratamiento con semaglutida produjo reducciones significativas en la HbA1c y el peso corporal frente a todos los comparadores en el programa de ensayo clínico SUSTAIN fase 3a. En SUSTAIN 6, 3.297 sujetos con DM2 y enfermedad

cardiovascular (CV) establecida o alto riesgo CV (evidencia subclínica de enfermedad CV) fueron aleatorizados a semaglutida subcutánea (0.5 o 1.0 mg) o placebo, agregado al estándar de tratamiento; la duración media del seguimiento fue de 2.1 años. Los pacientes tratados con semaglutida tuvieron un 26% menos de riesgo significativo de eventos cardiovasculares mayores adversos (MACE: resultado compuesto primario de infarto del miocardio no fatal [IM], accidente cerebrovascular no mortal o muerte CV) frente a aquellos que recibieron placebo durante 2 años (riesgo relación [HR], 0,74; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,58; 0,95). **Propósito:** Evaluar la consistencia del efecto CV de la semaglutida en los subgrupos con diferentes niveles de riesgo CV en SUSTAIN 6. Examinar el riesgo de MACE en los ensayos de la fase 3a de SUSTAIN 1-5, que incluyeron sujetos con menor riesgo CV (n = 4,807) **Métodos:** En SUSTAIN 6, se realizaron dos análisis de subgrupos post hoc, cada uno dividiendo la población en dos niveles de riesgo CV al inicio: 1) IM previo o accidente cerebrovascular (sí / no) 2) factores de riesgo CV versus enfermedad CV establecida (accidente cerebrovascular previo, cardiopatía isquémica [incluido el infarto de miocardio previo], enfermedad arterial periférica, estenosis arterial $\geq 50\%$ [cualquier arteria] o insuficiencia

cardíaca). También se realizó un metanálisis post hoc de MACE en los ensayos de SUSTAIN 1-5. **Resultados:** En SUSTAIN 6, los HRs para MACE estuvieron sistemáticamente por debajo de 1,0 en los subgrupos sin interacciones significativas. El HR para MACE en los ensayos de SUSTAIN 1-5 fue de 0,85 (IC del 95%: 0,35 a 2,06), y el IC amplio reflejó el bajo número de eventos. **Conclusión:** Se observó una reducción constante del riesgo CV con semaglutida frente a los comparadores en las poblaciones de T2D a diferentes niveles de riesgo CV al inicio del estudio.

Palabras clave: diabetes tipo 2, riesgo cardiovascular, SUSTAIN 6, semaglutida, nivel de riesgo cardiovascular, SUSTAIN.

Folio: 1411

Tema: Cardiología

La reducción de la presión arterial sistólica con el tratamiento con semaglutida no se debe solo a la pérdida de peso: datos de SUSTAIN 1-5

Pavía Abel Alberto¹, C Stephen², Davies Melanie³, Krag Filip⁴, Vrazic Hrvoje⁵, Vang Trine⁵, Lingvay Ildiko⁶, Arrieta Elsa⁷

¹ Centro Médico ABC; ² Swansea University, Swansea, UK; ³ University of Leicester, Leicester, UK; ⁴ University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; ⁵ Novo Nordisk A/S, Søborg, Denmark; ⁶ University of Texas Southwestern, Dallas, Tx, USA; ⁷ Hospital Ángeles del Pedregal, Novo Nordisk, México

Antecedentes: La presión arterial elevada (PA) y el exceso de peso corporal (PC) son comunes en la diabetes tipo 2 (DT2). La pérdida de peso corporal (PPC) se asocia con una reducción en la PA. Los efectos de clase de agonista del receptor de péptido-1 (GLP-1) de tipo glucagón incluyen la reducción de glucosa en sangre, PC y PA. Semaglutida, un análogo de GLP-1 para el tratamiento de la DT2, redujo significativamente la HbA1c, el peso corporal y la presión arterial sistólica (PAS) frente a los comparadores en el programa de ensayo clínico fase 3a SUSTAIN. Propósito Investigar la contribución de PPC a la reducción de la PAS asociada con el tratamiento con semaglutida en SUSTAIN 1-5. **Métodos:** SUSTAIN 1-5 incluyó sujetos con DT2 inadecuadamente controlada, aleatorizados a semaglutida subcutánea una vez a la semana, 0.5 o 1.0 mg (1.0 mg en SUSTAIN 3), o comparadores durante 30 o 56 semanas. Los comparadores fueron placebo (SUSTAIN 1 y 5), sitagliptina (SUSTAIN 2), exenatida de liberación prolongada (SUSTAIN 3) e insulina glargina (SUSTAIN 4). Los análisis de mediación se realizaron a posteriori para cuantificar la contribución relativa de PPC (mediador) al efecto del tratamiento de la semaglutida sobre la PAS; Se consideró que PPC era un efecto indirecto (mediado por PPC), el efecto no mediado por PPC se consideró un efec-

to directo de la semaglutida sobre la PAS (independiente de PPC). La reducción en PAS también se evaluó en todas las categorías de cambio de peso. Los análisis se realizaron en ensayos individuales, debido a las diferencias en las poblaciones, los comparadores y la terapia de fondo. **Resultados:** En los ensayos SUSTAIN 1-5 (n = 3.918), los cambios promedio en la PAS (valores basales de 128.8-134.8 mmHg) variaron de -2.6 a -5.1 mmHg y -2.7 a -7.3 mmHg, con semaglutida de 0.5 y 1.0 mg, respectivamente, frente a -1.0 a -2.3 mmHg con comparadores (p < 0.02 vs comparador para todos los ensayos excepto SUSTAIN 1 [ambas dosis] y SUSTAIN 5 [dosis más baja]). Los cambios medios en peso corporal (línea de base 89.5-95.8 kg) variaron de -3.5 a -4.3 kg y de -4.5 a -6.4 kg con semaglutida de 0.5 y 1.0 mg, respectivamente, vs -1.9 a +1.2 kg con los comparadores (p < 0.0001 vs comparador para todos los ensayos). Los efectos de la semaglutida, mediada por PPC e independiente de PPC, sobre la reducción de PAS para cada ensayo se muestran. Hubo mayores reducciones en la PAS con semaglutida (versus comparadores) en todas las categorías de cambio de peso evaluadas. En la categoría > 4.0 kg WL, el cambio promedio en la PAS fue de -3.0 a -6.8 y -4.4 a -9.3 mmHg con semaglutida de 0.5 y 1.0 mg, respectivamente, vs -4.0 a +1.1



mmHg con los comparadores. En la categoría 0-4.0 kg PPC, el cambio promedio en la PAS fue de -2.0 a -4.8 mmHg y -0.7 a -5.2 mmHg con semaglutida de 0.5 y 1.0 mg, respectivamente, vs .2.1 a -2.2 mmHg con los comparadores. Para sujetos sin ganancia de PPC / PC, el cambio promedio en la PAS fue -1.5 a +1.5 mmHg y -5.4 a +1.0 mmHg con semaglutida de 0.5 y 1.0 mg, respectivamente, vs -1.0 a +1.1 mmHg con comparadores. **Conclusión:** Con la semaglutida, una mayor PPC generalmente se asoció con mayores reducciones en la PAS. Sin embargo, la reducción de PAS observada con semaglutida fue impulsada tanto por mecanismos mediados por PC como por mecanismos independientes de PC.

Palabras clave: presión arterial sistólica, peso corporal, pérdida de peso corporal, SUSTAIN, semaglutida, reducción presión arterial sistólica.

Folio: 1412

Tema: Endocrinología

Deterioro glucémico reducido con exposición prolongada a liraglutida en el estudio leader

González Guillermo¹, A. Michael², B. John³, Bosch Heidrun⁴, Frimer Helle⁴, D. David⁴, Zinman Bernard⁵, Arrieta Elsa⁶

¹ Instituto Jaliscience Investigación Diabetes y Obesidad;

² Division of Diabetology, St. Josef-Hospital (Ruhr University), Bochum, Germany; ³ University of North Carolina School of

Medicine, Chapel Hill, NC, USA; ⁴ Novo Nordisk A/S, Søborg, Denmark; ⁵ Lunenfeld-Tanenbaum Research Institute, Mt. Sinai Hospital, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁶ Hospital Ángeles del Pedregal, Novo Nordisk, México

Antecedentes: El ensayo LEADER (N = 9340) comparó los resultados cardiovasculares (CV) del tratamiento con liraglutida versus placebo, cuando se agregó al estándar de tratamiento, en pacientes con diabetes tipo 2 con alto riesgo CV. Más allá del resultado CV primario, LEADER brindó la oportunidad de evaluar la efectividad glicémica a largo plazo (hasta 5 años) con liraglutida. **Objetivo:** Para describir la durabilidad glucémica de liraglutida versus placebo además del estándar de tratamiento, para un período de tratamiento de hasta 5 años.

Métodos: Se utilizó el modelo de sub-riesgos proporcionales de Fine y Gray, ajustando la muerte por todas las causas como un riesgo competitivo, para analizar el tiempo hasta el deterioro glucémico en pacientes tratados con liraglutida versus estándar en el ensayo LEADER. El deterioro glicémico se definió como un compuesto de HbA1c $\geq 8,0\%$ y reducción $< 0,5\%$ desde la visita previa, o un aumento en el fármaco insulínico/oral antihiper glucémico (OAD; inicio de OAD o nuevo OAD; inicio de insulina; aumento de dosis de insulina \geq

10 unidades, o adición de insulina de acción rápida o mixta a insulina basal). Este punto final de deterioro glucémico fue diseñado para capturar aumentos en HbA1c, y eventos donde los pacientes con HbA1c basal elevada no respondieron / dejaron de responder al tratamiento para alcanzar los objetivos del tratamiento (HbA1c $< 7.0\%$ o individualizados para cada paciente). También se examinó el tiempo para los componentes individuales de este punto final compuesto usando el modelo Fine y Gray. **Resultados:** Los pacientes (liraglutida n = 4668, placebo n = 4672) se emparejaron bien entre los grupos de tratamiento con una edad media de 64 años, duración de la diabetes de 12,8 años y HbA1c de 8,7% y 45% con insulina al inicio del estudio. La HbA1c se redujo desde el inicio con liraglutida y estándar de atención, y esta reducción fue mayor con liraglutida (cambio promedio en el mes 36: -1.16% con liraglutida versus -0.77% con la atención estándar, diferencia de tratamiento estimada en el mes 36: -0.40%, IC 95%: -0.45; -0.34) a pesar de la adición de más medicamentos anti-hiperglucémicos en el grupo de tratamiento estándar. Además, hubo menos episodios de hipoglucemia con liraglutida versus tratamiento estándar. Los pacientes tratados con liraglutida tenían un riesgo menor del punto final combinado de deterioro glicémico, así como

cada uno de los componentes individuales versus pacientes tratados estándar: el 69% de los pacientes tratados con liraglutida experimentaron un deterioro glucémico durante 5 años en comparación con 85% de pacientes tratados con cuidados estándar.

Palabras clave: LEADER, riesgo cardiovascular, liraglutida, diabetes tipo 2, HbA1c, deterioro glucémico.

Folio: 1413

Tema: Cardiología

Efecto de liraglutide en los resultados cardiovasculares en pacientes ancianos en el ensayo leader

González Guillermo¹, P Matthew², C. Stephen³, Franek Edward⁴, Jodar Esteban⁵, Nauck Michael⁶, Pratley Richard⁷, Réa Rosângela⁸, Saraiva José⁹, Rasmussen Søren¹⁰, Tornøe Karen¹⁰, Johan Bernt¹⁰, Buse John¹¹, Arrieta Elsa¹²

¹ Instituto Jaliscience Investigación Diabetes y Obesidad;

² Department of Medicine, The Robert Larner, MD College of Medicine at The University of Vermont, Burlington, Vt, USA; ³ Institute of Life Science, Swansea University, Swansea UK; ⁴ Mossakowski Medical Research Centre, Polish Academy of Sciences, Warsaw, Poland; ⁵ Quirónsalud Madrid University Hospital,

Madrid, Spain; ⁶ Diabetes Center Bochum-Hattingen, Medical Department I, St. Josef-Hospital, Ruhr-University of Bochum, Bochum, Germany; ⁷ Florida Hospital, Translational Research Institute for Metabolism and Diabetes, Orlando, FL, USA; ⁸ Clinical Hospital of the Federal University of Parana (Sempr), Curitiba, Brazil; ⁹ Pontificia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brazil; ¹⁰ Novo Nordisk A/S, Soeborg, Denmark; ¹¹ Department of Medicine, University of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill, NC, USA; ¹² Hospital Ángeles del Pedregal, Novo Nordisk, México

Antecedentes: La carga de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2 (DM2) y las comorbilidades asociadas aumenta con el envejecimiento, lo que hace que los ancianos sean más vulnerables a los posibles efectos secundarios del tratamiento médico. La información sobre el efecto de la terapia antihiper glucémica sobre los eventos cardiovasculares (CV) en los ancianos es limitada. Liraglutida redujo el riesgo de eventos CV en el ensayo LEADER en comparación con placebo, y este análisis post hoc evalúa el riesgo de eventos CV y la mortalidad por todas las causas en pacientes

de edad avanzada con DM2.

Métodos: En el ensayo LEADER, 9.340 pacientes con DT2 con alto riesgo de eventos CV fueron asignados al azar 1: 1 a liraglutida o placebo, ambos por encima del nivel de atención, y seguidos por hasta 5 años. El resultado compuesto primario se definió como el tiempo hasta la primera aparición de muerte por causas CV, infarto de miocardio no mortal (IM) o accidente cerebrovascular no mortal. Los resultados secundarios incluyeron el resultado combinado ampliado y la mortalidad por todas las causas. En este análisis, los resultados se evaluaron en pacientes ≥ 75 años. **Resultados:** Entre las personas de edad ≥ 75 años, las características basales fueron muy similares entre los grupos de tratamiento (N = 418 para ambos grupos de tratamiento). En comparación con el placebo, liraglutida redujo significativamente el riesgo del resultado compuesto primario, resultado compuesto ampliado, infarto de miocardio no mortal, revascularización coronaria, muerte por cualquier causa y muerte por causas no CV.

Palabras clave: diabetes tipo 2, riesgo cardiovascular, LEADER, liraglutida, reducción riesgo cardiovascular, ancianos.

ITALDERMOL[®]

Triticum vulgare

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN

Crema

Fórmula: Cada 100 g de crema contienen:

Extracto acuoso de *Triticum vulgare* 15 g

Aditivo, agente antimicrobiano o conservador: 2-Fenoxietanol.. 1 g

Excipiente cbp 100 g

INDICACIONES TERAPÉUTICAS

Tratamiento tópico, en general, de todas las alteraciones del tejido dérmico que necesitan reactivación de los procesos de neoformación epitelial o que impliquen una alteración químico-histológica:

- Quemaduras de cualquier grado y extensión.
- Alteraciones ulcero-distróficas (úlceras por decúbito, llagas)
- Retrasos en la cicatrización de heridas.
- Cirugía plástica y estética.
- Dermatitis, úlceras del pezón durante la lactancia y dermatitis del pañal.

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.

El Italdermol es bien tolerado y no se conoce a la fecha contraindicación alguna.

PRECAUCIONES GENERALES

El uso prolongado de todos los productos de uso tópico puede ocasionar la aparición de fenómenos como la dermatitis medicamentosa. En caso de suceder esto, se debe suspender el tratamiento.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

No se conocen a la fecha. En caso de Embarazo o Lactancia, consulte a su médico.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS

Italdermol es bien tolerado y no se conocen efectos secundarios.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO

No se conocen a la fecha.

PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD

En los estudios llevados a cabo en ratas y conejos por administración sistémica y aplicación tópica, Italdermol resultó exento de efectos nocivos durante la gestación y de actividad teratogena, tanto por administración sistémica (dosis de 1 mL/Kg por vía I.M.) como por aplicación tópica (2 mg/Kg de crema igual a 300 mg/Kg de extracto acuoso de *Triticum vulgare*).

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN

Aplicar suavemente y en suficiente cantidad para cubrir la lesión, dos veces al día por vía tópica. La duración del tratamiento se determinará de acuerdo a la respuesta de la lesión.

MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL

Si ocurre ingesta accidental, debe considerarse la administración de un vomitivo y el paciente debe recibir medidas generales de apoyo.

PRESENTACIONES

Caja con tubo con 10 g o 30 g.

LEYENDAS DE PROTECCIÓN

Literatura exclusiva para médicos.

Su venta requiere receta médica.

No se deje al alcance de los niños.

Reporte las sospechas de reacción adversa al correo:

farmacovigilancia@cofepris.gob.mx

LABORATORIO

Italmex, S.A.

Calzada de Tlalpan No. 3218

Col. Santa Úrsula Coapa C.P. 04850,

Deleg. Coyoacán, D.F. México.

REGISTRO

Reg. No. 114M92 SSA IV

Clave IPP: 143300422A0142

® Marca Registrada.



Lunarium®

Bromuro de Pinaverio (Micronizado) / Dimeticona

Lunarium®

Bromuro de pinaverio / Dimeticona.

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN

Cápsulas.

Cada cápsula de gelatina blanda contiene:

Bromuro de pinaverio micronizado..... 100 mg

Simeticona equivalente a..... 300 mg

de dimeticona

Excipiente cbp..... 1 cápsula

INDICACIONES TERAPÉUTICAS Primer bromuro de pinaverio micronizado combinado con dimeticona indicado en el tratamiento integral del síndrome del intestino irritable (SII) por su triple mecanismo de acción: antiespasmódico, regulador del tránsito intestinal y antiflatulento. El tamaño de sus partículas (10-20 μm) permite una mejor permeación de las capas musculares del intestino. La combinación mejora el control de la hipersensibilidad intestinal como los trastornos motores del SII. Indicado en el síndrome de intestino irritable (colitis) en cualquiera de sus subtipos de acuerdo a los criterios de Roma III (estreñimiento predominante, diarrea predominante, mixto y no clasificable), colitis nerviosa. Indicado también en las disfunciones intestinales inespecíficas de la motilidad intestinal y otros padecimientos funcionales que cursan con flatulencia, dolor y distensión abdominal postprandial. **CONTRAINDICACIONES** Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. **PRECAUCIONES GENERALES** Ninguna. **RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA** Tanto el bromuro de pinaverio como la dimeticona son principios activos de acción tópica pobremente absorbidos a la circulación sistémica. Hasta el momento son escasos los datos disponibles sobre el uso de esta combinación durante el embarazo y lactancia. Queda bajo la responsabilidad del médico su prescripción. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS** El bromuro de pinaverio, por su efecto local, presenta baja incidencia de reacciones secundarias. Sin embargo, en algunas personas sensibles puede presentarse prurito, rash y náusea. Por su parte, a la fecha no se han reportado reacciones secundarias y adversas debidas a la administración de dimeticona. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO** No se han reportado a la fecha interacciones medicamentosas para el bromuro de pinaverio ni la dimeticona. **PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD** No se han encontrado datos potenciales de carcinogenicidad, mutagenicidad o fertilidad tanto para bromuro de pinaverio como para dimeticona. **DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN** Oral. Una cápsula tres veces al día durante la fase aguda. Una cápsula dos veces al día durante la fase de mantenimiento. Es recomendable que las cápsulas se tomen con un vaso de agua 10 a 15 minutos antes de los alimentos. **MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL** No se han obtenido datos de toxicidad para bromuro de pinaverio ni para dimeticona en estudios toxicológicos. **PRESENTACIONES** Caja con 14, 28, 42, 56 ó 64 cápsulas. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN** Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños. Literatura exclusiva para médicos. Contiene colorante Azul No.1 que puede producir reacciones alérgicas. Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@cofepris.-gob.mx El empleo de este medicamento durante el embarazo o lactancia queda bajo la responsabilidad del médico. **LABORATORIO** Italmex, S.A. Calzada de Tlalpan No. 3218 Col. Santa Úrsula Coapa C.P. 04850, Coyoacán, Ciudad de México, México. **REGISTRO** Reg. No. 425M2014 SSA IV IPP. No. 173300415Q0003 ® Marca registrada. **Aviso No.** 183300202C6903 SSA.

1. Junghanns JU, Müller R. Nanocrystal technology, drug delivery and clinical applications. Int J Nanomedicine 2008; 3(3):295-309.

2. Christen MO, Tassignon JP. Pinaverium bromide: a calcium channel blocker acting selectively on the gastrointestinal tract. Drug Devel Res 1989; 18(2):101-112.

3. Remes-Troche JM, Gómez-Escudero O, Nogueira-de Rojas JR, et al. Tratamiento farmacológico del síndrome de intestino irritable: revisión técnica. Rev Gastroenterol Mex 2010; 75(1):42-66.

4. Martínez MA, Vázquez G, González JA. Effect of antispasmodic agents, alone or in combination, in the treatment of Irritable Bowel Syndrome: Systematic review and meta-analysis. Rev Gastroenterol Mex 2012; 77(2):82-90

Italmex
P H A R M A

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN

Tabletas

Fórmula: Cada tableta contiene:

Fenitoína sódica..... 100 mg
Excipiente cbp..... 1 tableta

INDICACIONES TERAPÉUTICAS

Anticonvulsivante.

Epilepsia gran mal, epilepsia focal, motora o sensorial, epilepsia psicomotora o del lóbulo temporal.

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad al fármaco y en pacientes con padecimientos coronarios graves, insuficiencia hepática, anemia aplásica, lupus eritematoso y linfoma.

PRECAUCIONES GENERALES

El tratamiento con FENIDANTOIN S® nunca debe suprimirse bruscamente si no en forma paulatina. La interrupción brusca de la fenitoína en pacientes epilépticos puede precipitar un *status epilepticus*. Toda reducción, interrupción o sustitución de la droga debe hacerse reduciendo la dosis gradualmente.

FENIDANTOIN S® deberá usarse con precaución en pacientes con insuficiencia hepática, ya que el metabolismo del principio activo puede estar disminuido por ambos fármacos. No está indicado para el tratamiento del petit mal.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA

El empleo de este medicamento durante el embarazo deberá hacerse valorando los beneficios contra los posibles riesgos, ya que ha sido reportada ampliamente su

relación con efectos congénitos del tubo neural de gravedad variable. No se use durante la lactancia.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS

Puede presentarse hiperplasia gingival con la terapia a largo plazo, reacciones alérgicas cutáneas, nistagmo, diplopía, ataxia, vértigo, disartria, confusión mental, mareo, insomnio, nerviosismo, calambres y cefalea; así como náuseas, gastralgia, anorexia, vómito y estreñimiento, también se han reportado erupciones, dermatitis eritematosa e hirsutismo.

Los efectos adversos serios como los cutáneos, en la médula ósea y el hígado, son probablemente manifestaciones de alergia a la droga. Aunque raros, exigen el raro de esta última.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO

El metabolismo de la fenitoína puede verse alterado por el empleo simultáneo de barbitúricos, que pueden aumentar su velocidad de metabolización. Los anticoagulantes cumarínicos, disulfiram, fenilbutazona, isoniazida y sulfafenazol pueden aumentar las concentraciones séricas de la droga por inducir un bajo metabolismo.

Los antidepresivos tricíclicos pueden precipitar ataques epilépticos.

PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD

Existen algunos reportes que sugieren una relación entre el uso de fármacos anticonvulsivantes y una frecuencia más alta de alteraciones congénitas en niños cuyas madres los recibieron durante el embarazo.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN

Oral.

Adultos: 1 tableta tres veces al día por vía oral después de las comidas.

MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL

La sobredosis por vía oral produce signos imputables al cerebelo y al sistema vestibular. Los efectos tóxicos de la medicación crónica son también principalmente efectos cerebeloso-vestibulares relacionados con la dosis, pero incluyen otros efectos sobre el SNC, cambios en la conducta, mayor frecuencia de la crisis, síntomas gastrointestinales, hiperplasia gingival, osteomalacia y anemia megaloblastica.

El hirsutismo es un efecto indeseable en las mujeres jóvenes. Estos fenómenos se soportan generalmente con un reajuste de la dosis.

La toxicidad en el sistema nervioso central y periférico es el efecto más constante de la sobredosis de fenitoína. Nistagmo, ataxia, diplopia, vértigo y otros efectos cerebelo-vestibulares son comunes.

También hay visión borrosa, midriasis, oftalmoplejia y reflejos tendinosos hiperactivos. Los efectos sobre la conducta incluyen hiperactividad, confusión, incoherencia, somnolencia y alucinaciones. En algunos pacientes se presentan neuropatías periféricas.

Se recomienda asistencia respiratoria y circulatoria y medidas de soporte; en casos de sobredosis agudas se puede considerar el uso de otros fármacos depresores del SNC, inclusive el alcohol.

PRESENTACIONES

Caja con 50 o 100 tabletas.

LEYENDAS DE PROTECCIÓN

Literatura exclusiva para médicos.

Su venta requiere receta médica.

No se deje al alcance de los niños.

Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@cofepris.gob.mx

LABORATORIO

ITALMEX, S. A.

Calzada de Tlalpan No. 3218
Col. Santa Úrsula Coapa C.P. 04850,
Deleg. Coyoacán, D.F. México.

REGISTRO

Reg. No. 54346 SSA IV

® Marca Registrada

IPP No. 14330023AI0006

Italmex
F H A R M A

BIBLIOGRAFÍA:

¹ Tudur Smith C, Marson AG, Clough HE, Williamson PR. Terapia única con carbamazepina versus fenitoína para la epilepsia. (Revisión Cochrane traducida). 2008 (2). Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

² Talati R, Scholle JM, Phung OJ, et al. Effectiveness and Safety of Antiepileptic Medications in Patients With Epilepsy. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011 Dec. Report No.: 11(12)-EHC082-EF.

³ Flórez, J., Armijo, JA., Mediavilla, A. Farmacología humana; Cap.29 Fármacos antiepilépticos y anticonvulsivos. 5ª ed. Masson 2008; 489-511

Bredelin®



Bredelin®. Levofloxacin. Tabletas y solución inyectable. Antibiótico. **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada tableta contiene: Levofloxacin hemihidrato equivalente a 500 mg de Levofloxacin. Excipiente cbp 1 tableta. Cada frasco ampula contiene: Levofloxacin hemihidrato equivalente a 500 mg de Levofloxacin. Vehículo cbp 100 ml. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Infecciones del tracto respiratorio alto y bajo incluyendo sinusitis, exacerbación aguda de bronquitis crónica, neumonía adquirida en la comunidad y nosocomial. Infecciones de la piel y anexos como impétigo, abscesos, furunculosis, celulitis, erisipela. Infecciones urinarias incluyendo pielonefritis aguda, prostatitis crónica bacteriana. Osteomielitis y en infecciones producidas por agentes bacterianos sensibles a levofloxacin. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, epilepsia, pacientes con antecedentes de lesión de tendones relacionada a la administración de fluorquinolonas, niños en fase de crecimiento, embarazo y lactancia. **PRECAUCIONES GENERALES:** Debe ser usado con precaución en pacientes con predisposición a convulsiones, pacientes tratados con Fenbufen y AINES o fármacos que bajen el umbral de las crisis convulsivas como Teofilina. Pacientes con diarrea severa, persistente y/o sanguinolenta durante o después del tratamiento ya que puede tratarse de colitis pseudomembranosa causada por *Clostridium difficile*. Se recomienda que durante el tratamiento con levofloxacin no se exponga a la luz solar ya que puede presentarse reacciones de fotosensibilidad. Levofloxacin debe indicarse con precaución en pacientes con defecto de la actividad de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa ya que puede presentarse reacciones hemolíticas. **RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** No se use durante el embarazo o lactancia. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Comunes: Náusea y diarrea. Poco comunes: prurito eritema, anorexia, vómito, dolor abdominal, dispepsia, cefalea, vértigo, somnolencia, insomnio, astenia, sobrecrecimiento micótico y proliferación de otros microorganismos resistentes. Raras: urticaria, broncoespasmo/disnea, diarrea sanguinolenta que puede ser enterocolitis o colitis pseudomembranosa, depresión, ansiedad, reacciones psicóticas (alucinaciones), parestesia, temblor, agitación, confusión, convulsiones, taquicardia, hipotensión, artralgias, mialgias, tendinitis. Muy raras: angioedema, hipotensión, choque anafiláctico, fotosensibilidad, hipoglucemia sobre todo en diabéticos, hipoestesia, trastornos visuales y auditivos, trastornos del gusto y olfato, ruptura de tendón, debilidad de tendón, debilidad muscular, hepatitis, insuficiencia renal aguda, neumonitis alérgica y fiebre, síntomas extrapiramidales, vasculitis por hipersensibilidad, crisis de porfiria. Aisladas: erupciones bulosas severa, necrólisis epidérmica tóxica y eritema exudativo multiforme, rbdomiolisis. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** Levofloxacin puede interactuar con sales de hierro, antiácidos a base de calcio, magnesio y aluminio y multivitamínicos conteniendo zinc por lo que se sugiere administrarlo dos horas antes o después de su administración. El Sucralfato disminuye la biodisponibilidad de Levofloxacin. Teofilina, y otros AINES pueden disminuir el umbral de crisis convulsivas. La administración de levofloxacin con fenbufen puede incrementar en un 13% los niveles de levofloxacin. Probenecid y Cimetidina disminuyen la depuración renal de Levofloxacin. La administración conjunta con antagonistas de la vitamina K han reportado sangrado o aumento en las pruebas de coagulación. **PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** Levofloxacin no tiene efectos de carcinogénesis, mutagénesis, teratogénesis ni sobre la fertilidad. Sin embargo al igual que otras quinolonas puede producir alteraciones a nivel del cartilago de animales jóvenes. **DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN:** Oral. La dosis recomendada por VO es de 500 o 750 mg cada 24 horas e Intravenosa en infusión continua de 250 mg durante 30 minutos y de 60 minutos con 500 mg sin embargo la duración dependerá del tipo y severidad de la infección por lo que se recomienda lo siguiente:

Indicación	Dosis de acuerdo a la severidad	Duración del tratamiento
ITU no complicada	250 mg c/24 h	3 días
ITU complicada incluyendo pielonefritis aguda		7 a 10 días I.V.
Sinusitis aguda	500 mg c/24 h	10 a 14 días V.O.
Exacerbación de bronquitis crónica		5 a 7 días V.O.
Neumonía adquirida en comunidad		7 a 14 días
Prostatitis crónica bacteriana		28 días
Infecciones intraabdominales		7 a 14 días en combinación con un antibiótico para anaerobios
Infecciones de piel y tejidos blandos		7 a 10 días
Osteomielitis		6 a 12 semanas
Infecciones complicadas de piel y tejidos blandos	750 mg c/ 24 h	7 a 14 días

Soluciones compatibles: Cloruro de sodio al 0.9%, Dextrosa al 5%, Ringer en Dextrosa al 2.5% y combinaciones para nutrición parenteral.
Pacientes con insuficiencia renal (\leq de 50 ml/min de depuración de creatinina)

Depuración de creatinina ml/min	Dosis inicial mg	Dosis subsecuente mg
50-20	250	125 mg c/24 h
	500	250 mg c/12 o 24 h
19-10	250	125 mg c/48 h
	500	125 mg c/24 o 48 h
<10, hemodiálisis y Diálisis peritoneal crónica ambulatoria (DPCA)	250	125 mg c/48 h
	500	125 mg c/24 h

MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL: Hasta el momento no se han reportado. **PRESENTACIONES:** Caja con 7 tabletas de 500 mg cada una. Caja con frasco ampula con 500 mg en 100 ml. **RECOMENDACIONES SOBRE ALMACENAMIENTO:** Consérvese en lugar fresco y seco a temperatura ambiente a no más de 30°C. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** No se deje al alcance de los niños.

HECHO EN MÉXICO POR:
Laboratorios Senosiain S.A. de C.V.
Camino a San Luis Rey 221, 38137 Celaya, Gto.,
Reg. No. 400M2006 SSA IV, KEAR 06330021830182/R2006
Reg. No. 220M2006 SSA IV, GEAR 06330021830084/R2006
No. de entrada: 083300203A2039

BRED-01A-08

Cetus®

Senosiain®

OKSEN®

TELMISARTAN, HIDROCLOROTIAZIDA



FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN

Cada Cápsula contiene:

Telmisartán	80	mg
Hidroclorotiazida	12.5	mg
Excipiente cbp	1	cápsula

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: OKSEN®, está indicado en el tratamiento de la hipertensión arterial cuando la monoterapia es insuficiente.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, embarazo, lactancia, obstrucción biliar e Insuficiencia hepática, insuficiencia renal grave, anuria, hipocalcemia refractaria, hipercalemia, pacientes menores de 18 años de edad. **PRECAUCIONES GENERALES:** Existe riesgo de hipotensión arterial e insuficiencia renal cuando los pacientes que presentan estenosis bilateral de la arteria renal, o bien estenosis de la arteria de un riñón funcional único, son tratados con fármacos que afectan el sistema renina-angiotensina-aldosterona. En pacientes con insuficiencia renal se recomienda efectuar controles periódicos de los niveles plasmáticos de potasio y creatinina. En pacientes que presentan disminución del volumen plasmático o de la concentración de sodio en plasma debido a tratamiento diurético intensivo, dieta restrictiva en sal, diarrea o vómitos, puede presentarse hipotensión arterial. Por lo que deben corregirse estos trastornos antes de iniciar el tratamiento con OKSEN®. Al igual que con otros vasodilatadores se recomienda precaución en pacientes con estenosis de la válvula aórtica y mitral, cardiomiopatía obstructiva hipertrofica. No se recomienda su uso en pacientes con aldosteronismo primario. Pacientes con alteración de la función renal y/o insuficiencia cardiaca pueden presentar hiperpotasemia. Telmisartán se elimina por la bilis, los pacientes con trastornos obstructivos biliares o insuficiencia hepática grave pueden presentar un retardo en su eliminación. OKSEN® al igual que con cualquier otro fármaco antihipertensivo, la disminución excesiva de la presión sanguínea en pacientes con cardiopatía isquémica o enfermedad cardiovascular isquémica puede producir infarto de miocardio o accidente cerebrovascular. No hay datos del uso de OKSEN® y manejo de vehículos o maquinaria; sin embargo, puede suceder mareo o somnolencia como resultado del tratamiento antihipertensivo.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARZO Y LA LACTANCIA: No se administre durante el embarazo ni en el periodo de lactancia. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** A dosis recomendada OKSEN® es bien tolerado sin embargo, se han descrito: sepsis, incluyendo desenlaces fatales, infecciones del tracto respiratorio superior, y del tracto urinario (incluso cistitis), anemia, trombocitopenia, eosinofilia, reacción anafiláctica, hipersensibilidad, hipercalemia, ansiedad, insomnio y depresión, síncope (desvanecimiento), visión anormal, vértigo, bradicardia, taquicardia, hipotensión, hipotensión ortostática, disnea, dolor abdominal, diarrea, sequedad de boca, dispepsia, flatulencia, malestar estomacal, vómitos, función hepática anormal/trastornos hepáticos, angioedema, eczema, eritema, prurito, hiperhidrosis, urticaria, erupción producida por drogas, erupción tóxica, rash, también artralgia, dolor de espalda, espasmos musculares (calambres o dolor en las piernas) o dolor en las extremidades (dolor de piernas), mialgia, dolor en los tendones (síntomas tipo tendinitis), insuficiencia renal incluyendo falla renal aguda, dolor torácico, síntomas tipo gripe, astenia (debilidad). **INTERACCIONES**

MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: OKSEN® puede aumentar el efecto de otros antihipertensivos. En pacientes a quienes se coadministró digoxina se observó un aumento de 20% del promedio de los niveles plasmáticos (39%), por lo cual se aconseja monitorear y controlar los niveles plasmáticos de digoxina. En un estudio, la coadministración de telmisartán y ramipril llevaron al aumento de hasta 2.5 veces en el AUC₀₋₂₄ y C_{máx.} del ramipril y ramiprilato. Se ha reportado toxicidad y aumentos reversibles de la concentración plasmática de litio en caso de administración concomitante, coadministración con antagonistas de la angiotensina II, incluso con OKSEN®, se aconseja monitorear y controlar los niveles plasmáticos de litio. El tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, AINEs, puede dar insuficiencia renal aguda en pacientes con deshidratación, por lo que se deben hidratar y monitorear la función renal al iniciar el tratamiento conjunto. Compuestos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina, como telmisartán, pueden tener un efecto sinérgico. Se ha reportado una reducción del efecto antihipertensivo en drogas como telmisartán, durante el uso combinado con AINEs, por inhibición del efecto vasodilatador de las prostaglandinas. Puede aumentar el nivel de ácido úrico sérico. Con otros antihipertensivos puede tener efecto aditivo o potencializante de sus efectos. Probenecid o sulfonilpirazona por el efecto hiperuricémico de las tiazidas puede disminuir su eficacia. Con relajantes musculares puede haber un aumento probable de la respuesta al relajante muscular. El uso concomitante de diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal a base de potasio u otros productos medicinales que pueden producir aumento del potasio (heparina, etcétera), pueden asociarse a un aumento en los niveles plasmáticos de potasio. Por esta razón, la administración de estos fármacos con telmisartán debe hacerse con prudencia. **PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** No hay evidencia de efectos carcinogénicos, de mutagenicidad, ni teratogénicos, pero los estudios en animales indicaron peso corporal inferior, retraso en abrir los ojos, mortalidad más elevada. No hubo evidencia de actividad clastogénica. **DÓSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN:** Dosis: Oral. La dosis recomendada es una cápsula al día. No debe administrarse en pacientes con insuficiencia renal grave ni insuficiencia hepática, en pacientes con insuficiencia renal leve a moderada se sugiere monitorear la función renal. No hay experiencia en pacientes pediátricos y adolescentes, no se recomienda usar OKSEN® en niños menores de 18 años de edad. **MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:** No hay experiencia de sobredosificación con OKSEN® en humanos. Las manifestaciones de sobredosis con telmisartán fueron hipotensión y taquicardias, bradicardias. En este caso se recomienda en el manejo tratamiento de soporte. **PRESENTACIÓN:** Cajas con 14 ó 30 cápsulas de 80 mg/12.5 mg. **RECOMENDACIONES SOBRE EL ALMACENAMIENTO:** Consérvese a no más de 25°C y en lugar seco. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños. No se use en el embarazo, en la lactancia ni en niños menores de 18 años. Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@cofepris.gob.mx **NOMBRE Y DOMICILIO DEL LABORATORIO:** Laboratorios Senosiain S.A. de C.V. Camino a San Luis No. 221 Ex Hacienda Santa Rita C.P. 38137 Celaya, Guanajuato, México. No. de Reg. 052M2015 SSA IV

BIBLIOGRAFÍA: 1. Bhushan B, Gupta S, Khajuria V, Kumar D, Lal M, Kumar D, Bhat S, Sharma A. Comparative efficacy and safety of triple therapy (ramipril, telmisartan, hydrochlorothiazide) vs dual anti hypertensive therapy (ramipril or telmisartan, hydrochlorothiazide) in stage 2 hypertensive patients. J Clin Diagn Res. 2014 Aug;8(8):HC25-B. doi: 10.7860/JCDR/2014/8851.4720. Epub 2014 Aug 20.

NÚMERO DE ENTRADA: 173300202C4474

OKSN-A01-17

Viravir®



FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN

Cada cápsula contiene:

Pregabalina	75 mg	150 mg
Excipiente cbp	1 cápsula	

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Pregabalina es un análogo del ácido gamma-aminobutírico, con actividad analgésica, anticonvulsivante y ansiolítica. Está indicada en **dolor neuropático** (periférico y central), **fibromialgia**, como coadyuvante en el tratamiento con **epilepsia parcial** o **sin generalización secundaria**, y en el **Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)** en adultos.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula y menores de 18 años de edad. **PRECAUCIONES GENERALES:** Pregabalina se ha asociado con mareo y somnolencia, pérdida de la consciencia, confusión, y alteración de la función mental por lo que se requiere vigilancia sobre todo en la población de adultos mayores o en quienes conducen o usan máquinas de precisión. Algunos pacientes diabéticos que ganan peso con el tratamiento con Pregabalina pueden necesitar ajustar sus medicamentos hipoglucemiantes. En algunos pacientes se ha observado síntomas de supresión tras la interrupción del tratamiento con Pregabalina tanto a corto como a largo plazo. En caso de hipersensibilidad ó angioedema Pregabalina debe discontinuarse inmediatamente. La pregabalina debe discontinuarse inmediatamente si ocurren síntomas de angioedema, tal como hinchazón facial, perioral, o de las vías respiratorias. Los pacientes deberán notificar a su médico tratante la presencia de cambios en la visión. Existen datos limitados sobre pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva severa tratados con Pregabalina; sin embargo, se requiere precaución en este grupo de pacientes. No existe experiencia en niños.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: **VIRAVIR®** no debe administrarse durante el embarazo ni la lactancia. Según la Clasificación de la FDA de la escala de riesgo durante el embarazo, Pregabalina se encuentra en el apartado "C".

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Las reacciones adversas reportadas con más frecuencia fueron mareo y somnolencia pero en general fueron de intensidad leve a moderada. Frecuencia: **muy común** (> 1/10), **común** (> 1/100, < 1/10), **poco común** (> 1/1000, < 1/100) y **raro**, (< 1/1000). Las siguientes reacciones adversas pudieron asociarse con enfermedades subyacentes y medicamentos concomitantes. **Muy común:** mareo, somnolencia, visión borrosa y diplopía. **Común:** incremento del apetito, confusión, desorientación, irritabilidad, estado de ánimo eufórico, disminución de la libido, insomnio, ataxia, coordinación anormal, trastornos del equilibrio, amnesia, trastornos de atención, deterioro de la memoria, coordinación anormal, temblor, disartria, parestesias, sedación, letargo, vértigo, vómito, distensión abdominal, constipación, xerostomía, flatulencia, disfunción eréctil, edema periférico, edema, caminar anormal, sensación de embriaguez, sentirse anormal y fatiga. **Poco común:** nasofaringitis, anorexia, despersonalización, anorgasmia, nerviosismo, depresión, agitación, cambios en el estado de ánimo, dificultad para encontrar las palabras, alucinaciones, sueños anormales, aumento de la libido, ataque de pánico, apatía, trastorno cognitivo, hipostesia, nistagmo, defecto del campo visual, alteraciones del lenguaje, mioclonía, hiporreflexia, disquinesia, hiperactividad psicomotora, mareo postural, hiperestesia, ageusia, sensación urente, temblor intencional, estupor, síncope, trastorno visual, ojos secos, inflamación ocular, disminución de la agudeza visual, dolor de ojos, astenopia, aumento en el lagrimeo, hiperacusia, bloqueo atrioventricular de primer grado, taquicardia, hipotensión, hipertensión, enrojecimiento, bochornos, frío periférico, disnea, tos, sequedad nasal, hipersecreción salival, reflujo gastroesofágico, hipostesia oral, sudoración, exantema papular, espasmo muscular, inflamación articular, calambres musculares, mialgia, artralgia, lumbalgia, dolor en extremidades, rigidez muscular, oliguria, insuficiencia renal, eyaculación retardada, disfunción sexual, opresión torácica, edema generalizado, dolor, escalofríos, astenia y sed. **Raro:** neutropenia, hipoglucemia, desinhibición, euforia, hipoquinesia, parosmia, disgrafia, fotopsia, irritación de ojos, midriasis, oscilopsia, percepción de profundidad visual alterada, pérdida de la visión periférica, estrabismo, resplandor visual, taquicardia sinusal, arritmia sinusal, bradicardia sinusal, congestión nasal, epistaxis, rinitis, ronquidos, sensación de opresión en faringe, ascitis, distadgia, pancreatitis, sudor frío, urticaria, espasmo cervical, dolor en columna cervical, rabdomiolisis, amemiorrea, mastalgia, supuración mamaria, dismenorrea, hipertrofia mamaria y pirexia. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** De acuerdo a las características farmacocinéticas, Pregabalina tiene poca probabilidad de producir interacciones farmacocinéticas clínicamente relevantes. La Pregabalina puede potenciar los efectos del etanol y lorazepam. La experiencia post-comercialización señala insuficiencia respiratoria y coma en pacientes que toman Pregabalina y otros medicamentos depresivos SNC. La Pregabalina parece tener un efecto aditivo en la alteración de la función cognitiva y motora causada por oxycodona. Existen reportes post-comercialización de eventos relacionados con una disminución en la función del tracto gastrointestinal inferior (ejemplo: obstrucción intestinal, ileo paralítico, constipación) cuando Pregabalina fue administrada concomitantemente con medicamentos que tienen el potencial de producir constipación como los analgésicos opioides.

PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: Hasta el momento no se han reportado efectos de carcinogénesis, mutagénesis, teratogénesis ni sobre la fertilidad. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** El rango de dosis es de 150 a 600 mg por día, dividiendo su administración en dos o tres tomas, con o sin alimentos.

Padecimiento	Dosis inicial	Dosis máxima día de acuerdo a la tolerancia y respuesta clínica
Dolor neuropático	75 mg c/12 h (de 3 a 7 días)	300 mg c/24 h, 450 mg c/24 h, 600 mg c/24 h
Fibromialgia	75 mg c/12 h	300 mg c/24 h, 450 mg c/24 h, 600 mg c/24 h
Convulsiones parciales	75 mg c/12 h	300 mg c/24 h, 450 mg c/24 h, 600 mg c/24 h*
Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	75 mg c/12 h	300 mg c/24 h, 450 mg c/24 h, 600 mg c/24 h. Se debe reevaluar de forma periódica la necesidad del tratamiento
Mantenimiento	75 mg a 150 mg c/12 h	300 mg c/24 h
Deterioro renal		
Dep. Cr. 30 a 60 mL/min	75 mg c/24 h	300 mg/día dividida cada 8 o 12 h
Dep. Cr. 15 a 30 mL/min	25 mg-50 mg c/24 h	150 mg/día dividida c/12 h
Dep. Cr. <15 mL/min	25 mg c/24	75 mg/día

En caso de discontinuar la administración de **VIRAVIR®** se recomienda hacerlo gradualmente durante un mínimo de una semana, ya que el paciente puede presentar insomnio, náuseas, cefalea y diarrea después de discontinuar en forma abrupta el tratamiento con Pregabalina. **MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:** Se ha descrito trastorno afectivo, somnolencia, estado de confusión, depresión, agitación, e inquietud. En caso de que se presente, se recomienda medidas generales y sintomáticas, inclusive hemodiálisis si fuese necesario. **PRESENTACIÓN:** Caja con 28 cápsulas de 75 mg y 150 mg. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños. Literatura exclusiva para médicos. Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@cofepris.gob.mx Este medicamento puede producir somnolencia y afectar el estado de alerta por lo que no deberá conducir vehículos automotores ni maquinaria pesada durante su uso. No se use en menores de 18 años No se use en el embarazo ni durante la lactancia. **NOMBRE Y DOMICILIO DEL LABORATORIO:** Laboratorios Senosiain S.A. de C.V. Camino a San Luis Rey No. 221 Ex Hacienda Santa Rita, C.P. 38137, Celaya, Guanajuato. México. **NÚMERO DE REG.** 300M2014 SSA IV.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Horga de la Parte, J.F. y cols.- Pregabalina. Aportaciones de los ligandos $\alpha 2\delta$ de canales de calcio en el tratamiento de la epilepsia y el dolor neuropático. Rev Neurol 42(4): 223-237, 2006. 2. Wang D y cols.- Pregabalin for the treatment of neuropathic pain in adults: a systematic review of randomized controlled trials. Int J Clin Exp Med 10(1): 16-29, 2017. 3. Bhusal S y cols.- Clinical utility, safety and efficacy of pregabalin in the treatment of fibromyalgia. Drug Healthcare and Patient Safety 8: 13-23, 2016. 4. Campos D y Kimiko R.- Neuropatías periféricas dolorosas. Rev Bras Anestesiol 61(5): 351-360, 2011.

No. de entrada: 173300202C5643

VIRA-A01-17

ALTIA®

Senosiain®