

# MEDICINA INTERNA de México



ISSN 0186-4866

Volumen 29  
Suplemento 1, 2013

**Resúmenes del**

**XXXVI** Congreso Nacional del Colegio  
de Medicina Interna de México

**13 al 16 de noviembre, 2013  
Villahermosa, Tabasco**

REVISTA DEL COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DE MÉXICO

Indizada en: Artemisa (CENIDS) • Periódica • Directorio de Revistas Latindex • LILACS • Nivel 1. Institutos Nacionales de Salud • EBSCO  
[www.nietoeditores.com.mx](http://www.nietoeditores.com.mx) • [www.medinet.net.mx](http://www.medinet.net.mx)

# Medicina Interna

## de México



### COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DE MEXICO AC

#### Consejo Directivo 2012-2013

#### Presidente

Jesús Ruiz Macossay

#### Vicepresidente

Alejandro Cárdenas Cejudo

#### Primer Secretario Propietario

Eduardo Meneses Sierra

#### Tesorero

María Luisa Orduña Garrido

#### Segundo Secretario Propietario (Actividades Científicas)

César Alejandro Arce Salinas

#### Vocal de Admisión y Filiales

Rodolfo René Acosta Domínguez

#### Vocal de Comunicación Social

Jorge Escobedo de la Peña

#### Primer Secretario Suplente

Carlos Lenin Pliego Reyes

#### Subtesorero

Aurora María Cristina Orzechowski Rallo

#### Segundo Secretario Suplente (Actividades Científicas)

Alfredo Torres Viloria

#### Vocal de Admisión y Filiales

José Luis Antonio Toriz Melchor

#### Vocal de Comunicación Social

Virginia Hipólita Sánchez Hernández

#### Editor

Manuel Ramiro H.

#### Coeditor

Asisiclo de Jesús Villagómez

#### Consejo Editorial

David Kersenobich

Alberto Lifshitz G.

Adolfo Martínez-Palomo

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)

#### COMISIONES ESPECIALES

#### Comisión de Educación Médica

Dr. Cesar Alejandro Arce Salinas

Dr. Francisco Rafael Anaya Gómez

#### Comisión de Ética Médica y Bioética

Dra. María del Carmen Cedillo Pérez

Dra. María Antonieta Calderón Márquez

#### Comisión de Peritos y Servicio Social Profesional

Dr. Joaquín Zúñiga Madrazo

Dr. Eduardo Meneses Sierra

#### Comisión Editorial

Alberto Lifshitz

Jose Halabe

Ricardo Juárez Ocaña

#### Comisión de Honor y Justicia

Dr. Manuel Ramiro Hernández

#### Comisión de Relaciones Internacionales

Dr. Víctor Huggo Córdoba Pluma

Dr. Haiko Nellen Hummel

#### Comisión de Investigación

Dra. Guadalupe Castro Martínez

Dr. Alberto F Rubio Guerra

#### Comisión de Difusión de la Medicina Interna

Dr. Rodolfo de Jesús Palencia Vizcarra

**Volumen 29**  
**Suplemento 1, 2013**

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 (MedicLatina) y en LILACS.

Publicación realizada, comercializada y distribuida por **EDICIÓN Y FARMACIA, SA de CV**. Domicilio de la publicación: José Martí 55, colonia Escandón, México 11800, DF. Tel.: 5678-2811. Fax: 5678-4947. E-mail: [articulos@nietoeditores.com.mx](mailto: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 Pedrito 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.



El contenido de este suplemento se reproduce tal cual  
se recibió por parte de los autores

## ÍNDICE

- S1 Evaluación de las escalas de severidad SOFA y APACHE II en pacientes con pielonefritis enfisematosa**  
*Del Castillo N, Avalos J, Suarez R, Halley M, Díaz J, González J*
- S1 Amiloidosis sistémica con afectación cutánea a propósito de un caso con mieloma múltiple**  
*Paredes O, Medina D, Quiroz R*
- S2 Síndrome de Bartter, reporte de un caso**  
*Sánchez S, González J, Delgado, Rodríguez R, Villarreal M, Galarza D*
- S2 Correlación entre el nivel de bilirrubina sérica y el grado de encefalopatía hepática en comparación con el amonio sérico**  
*Peniche K, Gutiérrez & Aacute, Sánchez J, Carrillo M, Morales N*
- S3 Adenocarcinoma pulmonar de presentación atípica**  
*Quiñonez C, Isordia J, Galarza D, Villarreal M*
- S3 Ascitis quilosa, manifestación inicial de cáncer de colon**  
*De la Torre V, Ayala N, Cervantes A, Tapia E, Ortiz E, Sandoval M, Espinoza A*
- S4 Miocardiopatía dilatada reversible**  
*Quiñonez C, Isordia J, Galarza D, Villarreal M*
- S4 Variabilidad cardiovascular en pacientes mexicanos con enfermedad de Parkinson**  
*Delgado G, Estañol B, Rodríguez M*
- S5 Histoplasmosis diseminada en paciente inmunocompetente**  
*Jiménez M*
- S5 Linfoma cutáneo de células T: reporte de un caso y revisión de literatura**  
*Cabrera A, González J, Olvera V*
- S5 Tuberculosis pulmonar complicada con absceso pulmonar en paciente con atresia pulmonar**  
*Sánchez J, Villanueva E, Contreras F, Cerecedo M*
- S6 Pie diabético: datos demográficos**  
*De la Cruz K, Fernández F, Magdaleno F, Avalos J, Calcaño G, Alfonso M, Vidal T, Bastar A, Custodio L*
- S7 Amiloidosis sistémica: frecuencia, presentación clínica y factores asociados en un hospital de tercer nivel. Una revisión de 14 años**  
*Reyes J, Vera O, Padilla Y, Vela J, Hernández J, Torres E*
- S7 Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 usando hemoglobina glicosilada en pacientes con factores de riesgo en Nuevo León**  
*Rangel I, Valdovinos S, Villela L, Tinoco A, Pérez L*
- S8 Reporte de un caso de pénfigo vulgar y sus factores de riesgo**  
*Santana R*
- S8 Relación de la hemólisis intravascular microangiopática y la disfunción renal en pacientes con preeclampsia**  
*Duarte J*
- S9 Variables de riesgo, construcción de un modelo de predicción y análisis a través de curva ROC para amputaciones en pacientes con pie diabético en el estado de Tabasco. Estudio de cohorte**  
*De la Cruz I, De la Cruz K, López A, Soto M, Fernández F, Magdaleno F, Robledo J*
- S9 Expresión de autoinmunidad y resistencia a la insulina: informe de un síndrome poliglandular autoinmune (spa) tipo IIIC**  
*Cab J, Gómez N, Barrientos F, Hernández E*
- S10 Pancreatitis aguda secundaria a hipercalcemia manifestación inicial de hiperparatiroidismo primario**  
*Ortiz A, Santana R, González A, Duarte J, Del Moral J, Lee Eng V*
- S11 Paresia general como manifestación de neurosífilis**  
*Gallegos & Oacute, Miralrio G, Escobedo R*
- S11 Reporte de un caso de pénfigo vulgar y sus factores de riesgo**  
*Santana R, Del Moral J, Ortiz A, González A, Duarte J*
- S12 Síndrome de Mauriac, una rara complicación de la diabetes mellitus tipo 1: informe de un caso**  
*Cab J, Gómez N, Barrientos F, Hernández E*
- S12 Hematuria y disnea como datos iniciales de síndrome antifosfolípido (SAAF) primario: reporte de un caso**  
*Cab J, Gómez N, Barrientos J, Hernández E*
- S13 Síndrome neuroléptico maligno. Un diagnóstico de exclusión a través de una labor llena de preguntas y respuestas durante una evolución tórpida**  
*Velasco J, Urquieta K*
- S13 Endocarditis por *Enterococcus faecalis* en paciente en hemodiálisis con FAVI en Hospital Regional Ciudad Madero Petróleos Mexicanos**  
*Sánchez J, Villanueva E*
- S14 Curso clínico y factores pronósticos en pacientes tratados con tuberculosis multifarmacoresistente (TB MFR) en el estado de Tabasco. Estudio de colaboración. Cohorte observacional**  
*Manuel M, Robledo J*

- S14** Adenocarcinoma de colon asociado a poliposis adenomatosa familiar  
*De La Cruz J, Ruíz E, Calderillo G, Díaz C, Muñoz W, Alegría J, Flores D, García Y*
- S15** Tumor neuroendocrino no funcional de páncreas  
*De La Cruz J, Ruíz E, Calderillo G, Díaz C, Muñoz W, Alegría J, García Y*
- S15** Pancreatitis aguda por hipercalcemia, como primera manifestación de mieloma múltiple en paciente de 27 años VIH positivo  
*González A, Enríquez M, Ortiz A, Santana R, Duarte J*
- S16** Mieloma múltiple y coccidioomicosis diseminada. Presentación de un caso  
*Zúñiga J, Alegría J, De La Cruz J*
- S16** Presentación de cáncer de próstata en un paciente menor de 50 años: reporte de un caso  
*González V, González A, Paredes G*
- S16** Adultos mayores, vulnerabilidad y relaciones de poder: conflictos bioéticos en la solicitud de renuncia terapéutica: resultados de una tesis de maestría en bioética  
*Consejo C*
- S17** Pancreatitis aguda más cetoacidosis diabética posterior a quimioterapia con L-asparaginasa y prednisona en leucemia linfoblástica aguda  
*Flores M*
- S17** Pioderma gangrenoso. Presentación de caso y revisión bibliográfica  
*Aguilar C*
- S18** Frecuencia de colonización por *Candida* en la unidad de cuidados intensivos  
*Aguilar C*
- S18** Hemorragia alveolar difusa, presentación clínica de rickettsiosis en una paciente embarazada  
*Treviño M, Chávez C, Caballero P, Castillo C, Ramírez G*
- S18** Colangiocarcinoma, una neoplasia poco común. Experiencia de 6 años en el Hospital San José Tec de Monterrey  
*Caballero P, Sánchez M, Morales L, Barajas A, Barbosa A, Rodríguez C*
- S19** *Achromobacter xylosoxidans* is a rare cause of bacteremia. We report the case of a patient with community-acquired pneumonia, secondary a infection by *Achromobacter xylosoxidans* concurrent with common variable immunodeficiency  
*Barron C, Callejas G*
- S20** Coccidioomicosis pulmonar primaria suplantada por un carcinoma broncoalveolar: reporte de un caso  
*Caballero P, Treviño M, Casar A, Barajas A*
- S20** Intoxicación por ingesta crónica de tolueno  
*Flores O, Camara C, Ibarra H*
- S20** Enfermedad de Behcet con HLA A02\*B35, reporte de un caso  
*Vega E, Gómez N*
- S21** HER2 en cáncer gástrico prevalencia y experiencia del Hospital General Naval de Alta de Especialidad  
*Alonso D, Espino E, Quintana M, Álvarez T, Flores O*
- S21** Reporte de un caso: Criptococosis meníngea en un paciente inmunocompetente  
*Alonso D, Espino E, Ramiro E*
- S22** Presentación atípica de colitis ulcerativa crónica inespecífica en edad de baja prevalencia  
*Ramírez C, Ornelas R, de la Torre A*
- S22** Tumor del estroma gastrointestinal duodenal tratado con pancreatoduodenectomía en paciente femenino de 28 años  
*Castillo C, Marrufo C, Carrizales J*
- S23** Síndrome de hiperinfección por *Strongyloides stercoralis* en paciente masculino de 71 años con antecedente de glioblastoma multiforme  
*Castillo C, Suárez A, Ayala J*
- S23** Enfermedad de Still del adulto refractaria al manejo convencional: eficacia de rituximab  
*Hernández E, Barrientos J, Gómez N, Cab J*
- S24** Abordaje de adenocarcinoma de origen desconocido: a propósito de un caso  
*Sosa J, Martínez R, Luna R, Arellano H*
- S24** Trombosis de seno sagital superior, reporte de un caso  
*Zamora R, Arellano H, Martínez R, Díaz C*
- S25** Abordaje diagnóstico de síndrome de Cushing. A propósito de un caso  
*Ron G, García E, Arellano H*
- S25** Derrame pleural atípico en paciente con nefropatía  
*Cepeda E, Cerecedo M, Salas A, Villanueva E, Quilantan M, González J*
- S25** Granulomatosis con poliangeítis. Reporte de un caso y revisión de la literatura  
*Salas A, López J, Cerecedo M, Villanueva E, González J*
- S26** Taponamiento cardíaco en paciente con cáncer de pulmón  
*Cárdenas D, Mendoza L*
- S26** Síndrome de choque tóxico estreptocócico  
*Cárdenas D, Mares M, Mendoza C*
- S27** Peritonitis bacteriana espontánea en pacientes con ascitis y cirrosis hepática, en un hospital de segundo nivel  
*Cárdenas D, Castro J*
- S27** Síndrome de *overlap* asociado con hipotiroidismo: Presentación de un caso  
*Castro J, Cárdenas D*
- S28** Perforación intestinal como complicación en granulomatosis de Wegener  
*Godínez L*
- S28** Hemorragia alveolar difusa en paciente con enfermedad de la colágena: presentación de un caso  
*Cárdenas D, Mendoza L*
- S28** Síndrome de Pancoast como causa de dolor torácico. Reporte de caso  
*Fernández J, López A*
- S28** Enfermedad de Hodgkin con depleción linfóide como causa de fiebre de origen desconocido. Reporte de caso  
*Fernández J, López A*
- S29** Síndrome antifosfolípido catastrófico presentación de un caso que sobrevive  
*Bermúdez K*
- S29** Peritonitis tuberculosa en un paciente en diálisis peritoneal  
*Alvarado X, Vásquez F, Ramírez L, Navarro Q, Pérez G*
- S30** VIH y falso positivo de lupus eritematoso generalizado (LEG): a propósito de un caso  
*Huerta M, Olán F, Hernández E, Morales Z, Vargas A, Andrade L, Peraza M, Batún J, Mateos J, Martínez E*
- S30** Cordoma metastásico a sitios inusuales: tejidos blandos y piel  
*Bourlon M, Ceja A, Huitzil F*
- S31** Expresión de malignidad en una paciente con artritis psoriásica (Psa): informe de un caso  
*Mateos J, Hernández E, Morales Z, Olán F, Huerta M, Vargas A, Andrade L, Peraza M, Batún J, Martínez E, Valenzuela J*
- S31** Diagnóstico diferencial de BAAR positivo y coexistencia de dos infecciones oportunistas: tuberculosis pulmonar (Tbp) y nocardiosis  
*Batún J, Hernández E, Olán F, Morales Z, Huerta M, Valenzuela J, Vargas A, Peraza M, Andrade L, Mateos J, Martínez E, Valencia N*

- S32** Endocarditis bacteriana de válvula nativa aórtica: una causa de fiebre de origen desconocido  
*Ramírez L, Vásquez F, Hernández J, Alvarado X, Pérez G*
- S32** Cardiomiopatía periparto (CMPP): la sospecha hace la diferencia  
*Núñez M, Castrejón A, Hernández I, Galarza D*
- S33** Síndrome de ápex orbitario secundario a mucormicosis rino-sinusal-orbitaria. Reporte de un caso  
*Hernández C, Flores P, Alegría J, Jiménez M*
- S33** Más allá de la asimetría facial: síndrome de Parry Romberg asociado a síndrome de Costen reporte de un caso y revisión en la literatura  
*Forero M, Flores M*
- S33** Profilaxis para tuberculosis en pacientes tratados con corticoides sistémicos por tiempo prolongado: reporte de caso y revisión de la literatura  
*Forero M*
- S34** Lumbociática subaguda y signo de la hermana María José, como primera manifestación de carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de vesícula biliar multimetastásico. Reporte de caso  
*Zapata R, Forero M, Espinosa J*
- S34** Vasorreactividad cerebral medida por doppler transcranial y su correlación con el perfil de lípidos en adultos mayores de 60 años en el noreste de México  
*Isordia J, Gongora F, Soto A, Espinosa M*
- S34** Utilidad del test de la espátula para el diagnóstico clínico en un caso de tétanos del adulto: informe de un caso  
*Valenzuela J, Hernández & Eacute;, Valencia N, Martínez E, Andrade L, Batún J*
- S35** Pielonefritis enfisematosa (PE) en una paciente con síndrome icterico  
*Peraza M, Hernández E, Olán F, Morales Z, Valencia N, Huerta M, Valenzuela J, Vargas A, Andrade L, Martínez E, Mateos J, Batún J*
- S36** Leptospirosis anictérica reporte de caso  
*Ruiz A, Álvarez L, Solís D, Armijo E*
- S36** Histoplasmosis diseminada en paciente con VIH: reporte de un caso  
*Escobedo R, Gallegos O*
- S37** Incidentaloma en un paciente con trauma craneoencefalico (TCE): expresión de un mieloma múltiple (mm)  
*Batún J, Hernández E, Valenzuela J, Mateos J, Huerta A*
- S37** Síndrome de sobreposición: LES con afección mucocutánea, articular, hematológica, renal y vasculitis de SNC. Esclerosis sistémica limitada  
*Ruiz P*
- S37** Síndrome de Cowfukase o POEMS, diagnóstico diferencial. Reporte de un caso  
*Aguíñiga A, Jardines G, Castro R, Velázquez T, Duarte J, Cortez J*
- S38** Curva ROC, valor predictivo, razones de verosimilitud y correlación de linfocitos y adenosindesaminasa (ADA) en líquido pleural para el diagnóstico de tuberculosis pleural. ¿Cuál es la prueba más rentable para el internista?  
*Manuel M, Robledo J, Tandazo S, Torres J, Barrueta J, Damián W, Hernández J, López J, Pérez A, León A, Ortiz J, Soto M, Esquivel J, Bañales J, Salazar M*
- S39** Parálisis periódica tirotóxica hipokalémica. Reporte de un caso en un hombre latino  
*Patiño M, Fernández Y*
- S39** Reporte de caso: ruptura de septum interventricular postinfarto agudo al miocardio  
*Valencia C, Leaños Y, Olivas L, Guerrero F, Ramírez J*
- S40** Enfermedad tromboembolicavenosa como primera manifestación de mieloma múltiple  
*Ruiz A, Álvarez L, Castro P, Armijo E*
- S40** Enfermedad inflamatoria idiopática: síndrome antisintetasa reporte de caso  
*Ruiz A, Álvarez L, Castro P, Armijo E*
- S41** Comportamiento pseudotumoral de absceso piógeno idiopático en fosa posterior reporte de caso  
*Ruiz A, Álvarez L, Castro P, Natanael E*
- S41** Fibrosis pulmonar idiopática familiar. Reporte de un caso  
*Vallejo L, Reyes J, Flores A, Rivera D*
- S42** Enfermedad de Castleman multicéntrico de células plasmáticas. Reporte de un caso  
*Vallejo L, Reyes J, López J, Rivera D*
- S42** Presentación de un caso de linfoma de Hodgkin celularidad mixta maligno en un paciente de 24 años y su abordaje clínico  
*Santana R, González A, Del Moral J, Ortiz A, Duarte J*
- S43** Dermatomiositis tipo III secundaria a adenocarcinoma invasor de recto sigmoides. Presentación de caso  
*Alegría J, Márquez N, Hernández C, Castillo J, Cortés J*
- S43** Incidencia de complicaciones vasculares postcateterismo transradial  
*Álvarez L, González V, Vela A*
- S44** Utilidad de la reserva fraccional de flujo coronario (FFR) durante el cateterismo cardíaco en la toma de decisión para angioplastia coronaria  
*Álvarez L, Sosa J*
- S44** Registro estatal de hipertensión pulmonar en Tabasco. Estudio de colaboración  
*Manuel M, Robledo J, Del Prado M, Tandazo S, Henne O, Ortiz J, Torres M, González J, Olán F, Wilson G, Hernández E, Reyna V, Toledo E*
- S45** Dolor torácico condicionado por pericarditis y esofagitis viral coexistente en paciente inmunocompetente  
*Álvarez L, Ruiz A, Cabrera A*
- S46** Reporte de un caso de pénfigo vulgar y sus factores desencadenantes  
*Santana R, Del Moral J, Ortiz A, González A, Duarte J*
- S46** Síncope neurocardiogénico como manifestación inicial de carcinoma neuroendocrino primario de pulmón reporte de un caso y revisión de la literatura  
*Álvarez L, Ruiz A, Cabrera A*
- S47** Síndrome de mano diabética tropical, reporte de casos en un Hospital Universitario de Referencia en el Estado de Tabasco. Revisión de la literatura  
*De la Cruz I, Fernández F, Magdaleno F, Robledo J*
- S47** Pericarditis viral: Reporte de un caso en un hospital de segundo nivel  
*Gil A, Panecatí J, Padrón J, Ruiz F*
- S48** Trombosis venosa esplénica como diagnóstico diferencial de pancitopenia en pancreatitis recurrente  
*Martínez E, Hernández E, Olán F, Morales Z, Huerta M, Vargas A, Martínez L, Mateos J, Batún J*
- S48** Trombosis venosa esplénica como diagnóstico diferencial de pancitopenia en pancreatitis recurrente  
*Martínez E, Hernández E, Olán F, Morales Z, Huerta M, Vargas A, Martínez L, Mateos J, Batún J*
- S49** Arteriopatía urémica calcificante en pacientes con insuficiencia crónica renal (IRC): a propósito de un caso  
*Batún J, Hernández E, Olán F, Muñoz H, Morales Z, Valenzuela J, Huerta A*
- S49** Diabetes insípida post-resección transesfenoidal de un macroadenoma hipofisario productor de GH: reporte de un caso  
*García S, Rodríguez F*



- S50** Asociación entre hernia diafragmática de Bochdalek y neumonía aguda grave en el adulto  
*Álvarez L, Ruiz A, Armijo E, Cabrera A*
- S51** Recurrencia de pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia, presentación de un estudio de casos y controles  
*Colunga P, Rendón E, Quintanilla D, Corral S, Gallardo J, Galarza D, Villarreal M*
- S51** Síndrome de Hamman en un paciente con crisis hiperglucémica moderada: reporte de un caso y revisión de la literatura  
*Álvarez L, Flores E, Ruiz A*
- S52** Factores de riesgo para infección de vías urinarias asociada a catéter en el paciente hospitalizado  
*Quintanilla D, Mendoza A, García M, Concepción M, Villarreal M*
- S52** Síndrome del seno carotídeo en un paciente con carcinoma espinocelular en hipofaringe  
*Pezina C, Quintanilla D, Contreras D, Campos M, Villarreal M*
- S53** Cricofaringotomía intraluminal endoscópica en pacientes con divertículo de Zenker experiencia en 5 años  
*Ruiz A, Álvarez L, Natanael E, Cabrera A*
- S53** Hepatitis aguda fulminante por uso de herboristeria  
*Ruiz A, Álvarez L, Natanael E, Cabrera A*
- S54** Úlcera esofágica por citomegalovirus en paciente con infección por VIH: Reporte de caso  
*Flores N, Morales R, Jiménez M, De la Cruz J, Alegría J, Belmont L, Rodríguez M, Cano J*
- S54** Anemia aplásica asociada a parvovirus B 19 en paciente con virus de inmunodeficiencia humana. Reporte de caso  
*Belmont L, Contreras A, Mendoza A, Rodríguez M, Cano J, Morales R*
- S55** La estrategia restrictiva de transfusión dentro del curso clínico hospitalario de la hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA) en un hospital de referencia del estado de Tabasco (760 mmhg sobre el nivel del mar)  
*Romo R, Robledo J, López A, Madrigal R, Mares M, Cisneros E, Wilson G, Marroquín D*
- S55** Relevancia en elevación de creatina quinasa en pancreatitis aguda  
*Lara R, Cámara C, Galarza D, Villarreal M*
- S56** Impacto de un programa de prevención de caídas en un Hospital Universitario  
*Lara R, Alcazar C, Baena I*
- S56** Prevalencia de infecciones nosocomiales que condicionan sepsis en el paciente hospitalizado en el servicio de Medicina Interna  
*Armijo E, Álvarez L, Solís D, Ruiz A*
- S57** Neumotórax espontáneo recurrente secundario a neumocistosis. Reporte de caso  
*Alegría J, Rodríguez M, Flores C, Jiménez M, Belmont L, Morales R, De La Cruz J*
- S57** Nivel de conocimiento acerca de su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una unidad de medicina familiar, posterior a una estrategia educativa de tipo participativa  
*Celestino L, Andrade H, Gómez F, Mendoza M*
- S58** Fistula coronaria: Reporte de un caso y revisión de la literatura  
*Amador J*
- S58** Derrame pericárdico incidental: abordaje diagnóstico y terapéutico  
*Corona J, Frutos E, Medina E*
- S59** Atención oportuna de tromboembolia pulmonar masiva  
*Corona JO, Colomé R*
- S59** Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos en una masculino  
*Matías M, Olaguez V*
- S60** Endocarditis infecciosa con embolismo renal  
*Corona J, López C, Medina E*
- S60** Taponamiento cardiaco como manifestación de adenocarcinoma pulmonar reporte de caso  
*Contreras A, Cano J, Corral J*
- S61** Síndrome multiorgánico autoinmune paraneoplásico secundario a linfoma no Hodgkin  
*Aguilar J, Velázquez M, Ugalde L*
- S61** Histiocitosis pulmonar de células de Langerhans: a propósito de un caso  
*Sosa J, Gutiérrez M, Robledo C*
- S62** Infección por VIH, nefropatía por vasculitis, púrpura de Henoch-Scholein  
*Reyes I*
- S62** Hemosuccus pancreaticus, como causa de sangrado digestivo alto. Repote de un caso  
*Ugalde L, Aguilar J, Velázquez M*
- S63** Insuficiencia hepática aguda secundario a crisis tirotóxica  
*Flores C, Rodríguez M, Belmont L, De la Cruz J, Alegría J, Morales R, Jiménez M*
- S63** Cirrosis biliar primaria y enfermedad de Graves-Baseow: una asociación poco frecuente. Presentación de un caso en un varón de 40 años de edad  
*Ramírez L, Vásquez F, Hernández J, Navarro Q, Tafoya F, Martínez L*
- S64** Parkinsonismo vascular ¿patología vascular o degenerativa? Características basales epidemiológicas y su correlación radiológica en una población mexicana  
*Gómez A*
- S65** Síndrome de Stokes Adams: cardio-toxicidad por idarubicina en paciente con leucemia mieloide aguda  
*Rojas F, Martínez Y, Montesinos G*
- S65** El volumen plaquetario medio como marcador de actividad en pacientes con pénfigo vulgar  
*Cámara Lemarroy C, Camara D, Villarreal M*
- S66** Mionecrosis diabética: reporte de un caso y revisión de la literatura  
*Galarza D, Villarreal M, Isordia J, Chávez S, Rivera C*
- S66** Insuficiencia hepática aguda como presentación de melanoma corioideo: reporte de caso  
*Hernández B, Escobar E, Galarza D, Villarreal M*
- S67** Tuberculosis esofágica: reporte de un caso  
*Hernández B, Mendoza A, Borjas O, Galarza D, Villarreal M*
- S67** Características clínicas de los pacientes con leucemia linfocítica crónica en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán  
*Torres J, Aguayo & Aacute*
- S68** Síndrome de Guillain Barré y puerperio a propósito de un caso  
*Esparza H, González D*
- S68** Frecuencia y características clínicas de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda o descompensada en el INCMNSZ  
*Pérez G, Orea A, Castillo L*
- S69** Ependimoma vs neurocisticercosis en un síndrome de cauda equina  
*González M, Vicente B, Sifuentes J, Lara J*
- S69** Valor pronóstico de la lesión renal aguda y factores de riesgo en el paciente con sepsis  
*Gutiérrez R, Mariscal I, Lim G*

- S70** Correlación entre concentraciones de fibrinógeno y hemoglobina glucosilada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2  
*Pedro A, Huerta S, Cerda F*
- S70** Ingesta de AINES como predictor en la evolución del dengue. Revisión de casos en hospital de segundo nivel de zona endémica  
*Cárdenas D, Castro J, Mares M, López W*
- S71** Factores de riesgo independientes asociados a mortalidad en los reingresos de pacientes con pie diabético en un hospital universitario de Tabasco. Aplicando distribución Poisson, densidad de incidencia y regresión logística binaria  
*De la Cruz I, De la Cruz K, Fernández F, Magdaleno F, Soto M, López J, Robledo J*
- S71** Hepatitis autoinmune tipo 1. Reporte de caso  
*Castellanos D, Cruz A*
- S72** Mucormicosis. Presentación de un caso clínico asociado a causa no cetósica  
*Cruz A, Castellanos D*
- S72** Manejo de nutrición parenteral total en paciente con pancreatitis aguda necrotizante y fístula duodenal secundaria. Reporte de caso  
*Valero G*
- S73** Alternativa de terapia combinada en mielitis transversa (MT) por falla a pulso de esteroides: reporte de un caso  
*Vargas A, Hernández E, Olán F, Morales Z, Huerta M, Peraza M, Andrade L, Martínez E, Mateos J, Batún J*
- S73** Abordaje de masa en cuello: reporte de un higroma quístico  
*Hernández E, Olán F, Morales Z, Vargas G, Huerta M, Peraza M, Andrade L, Martínez E, Mateos J, Batún J, Vargas A, Valenzuela J*
- S74** Vasculitis cutánea presentación inicial de granulomatosis de Wegener. Reporte de caso  
*Ortiz A, Santana R, González A, Duarte J, Rodríguez F*
- S75** Arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (CADASIL). Reporte de caso  
*Piña S, Fajardo A, López R, Jaimes A, de la Fuente J*
- S75** Correlación entre nivel de gamma glutamil transpeptidasa y grado de severidad de la abstinencia etílica  
*Valdez N, Jiménez N, Cerda F, Armendáriz M, Guzmán I, Santiago J*
- S76** Macroglobulinemia de Waldenström: presentación de tres casos  
*Ortiz J, Padilla Y, Escobar C*
- S76** Hepatitis alcohólica severa: Pentoxifilina como tratamiento de rescate en pacientes no respondedores a esteroides  
*Arredondo S, Elizalde C, Vargas G*
- S77** Rabdomiólisis secundaria a fenoverina. Reporte de caso.  
*Pacheco J, Valdés M, Guerrero F, Ramírez J, Guadiana R*
- S77** Infarto vertebral como signo confirmatorio de infarto medular  
*González K, Gómez R*
- S78** Endocarditis infecciosa multivalvular en paciente con CIV perimembranosa, a propósito de un caso  
*Leyva N, Ramos C, Olvera A*
- S78** Concordancia entre una prueba de ELISA para la detección de toxinas A/B (mini vidas) y una prueba (PCR) de amplificación de ácidos nucleicos (Xpert C. *difficile* epi) para el diagnóstico de enfermedad asociada a C. *difficile*  
*Flores N, González P, Bobadilla M, Sifuentes J*
- S79** Porfiria aguda intermitente. A propósito de un caso  
*Leyva N, Ramos C, Vázquez C*
- S79** Policondritis recidivante con dilatación aneurismática de la aorta torácica. Reporte de caso  
*Corral J, Morales R, Quintana H, Contreras A, De León B*
- S80** Presentaciones atípicas del síndrome de Guillain-Barré. Reporte de dos casos  
*Méndez V, Alonso F, Millán J*
- S80** Fenómeno de Lucio. Reporte de un caso y revisión de la literatura  
*Ramírez A, Romero M*
- S80** Reporte de caso: sibilancias que no responden a esteroide. Tumor traqueal  
*Morfin L, Arroyo D, Mendoza L, Loeza J, Fernández F, Sánchez F, Hernández D, Pulido T, Plascencia T*
- S81** Degeneración combinada subaguda y deficiencia de vitamina B12. Reporte de un caso  
*Hernández J, Rodríguez, León M, Rojas F, Valdez E*
- S82** Enfermedad crónica inflamatoria desmielinizante; reporte de caso  
*Orozco J, Lugo A, Fernández J, Cabrera A, Hernández M, Vera V, Hernández D*
- S82** Tromboembolia pulmonar crónica, secundaria a síndrome nefrótico por glomerulopatía membranosa primaria  
*Ugalde L, Velázquez M, Sánchez V*
- S82** Evaluación de la adherencia al tratamiento y su impacto en la evolución de los pacientes con LGC. Experiencia de un solo centro  
*Cantú O, Sánchez M, Gómez D, Jaime J, Gutiérrez C*
- S83** Evaluación de la prescripción inadecuada de transfusión sanguínea en un hospital de referencia del noreste de México  
*Cantú O, Sánchez M, Gómez D, Jaime J, Gutiérrez C*
- S83** Carcinoma adrenal cortical con ruptura capsular. Reporte de un caso  
*Santiago M, Vidales R, León P, Gama U, Hernández A*
- S83** Poliuria simulando diabetes insípida en una paciente con lesión medular cervical: presentación de un caso y revisión de la literatura  
*García C*
- S84** Tuberculosis miliar que condicionó falla multiorgánica en un paciente joven VIH seronegativo con linfopenia persistente: presentación de un caso y revisión de la literatura  
*García C, Gracia A, Gutiérrez C, Benítez D*
- S85** Absceso hepático gigante en el siglo XXI  
*Medina E, Orduña M*
- S85** Pancolitis por citomegalovirus asociada a infección por VIH  
*Martínez H, Olaguez V*
- S86** Hiponatremia severa como primera manifestación de hipotiroidismo primario. Reporte de caso y revisión de la literatura  
*Ramírez A, García F*
- S86** Enfermedad de Poncet  
*Olaguez V, Martínez H*
- S87** Hígado metastásico como presentación de melanoma de coroides  
*Evía J*
- S87** Coloración azul-grisácea secundaria a uso de perfenazina  
*Ugalde L, Velázquez M, Sánchez V*
- S87** Hemorragia de tubo digestivo alto secundario a lesión de Dieulafoy  
*Ugalde L, Velázquez M, Sánchez V*

- S88** Endocarditis bacteriana con embolismo sépticos a sistema nervioso central  
*Amador A, Nava R, Hernández A*
- S88** Pancreatitis aguda secundaria a hipercalcemia como primera manifestación de cáncer renal  
*Amador A, García M, Santiago M, Valdez A*
- S88** Mujer joven con debilidad muscular proximal: Un cuadro típico de una enfermedad atípica: Dermatomiositis, reporte de caso  
*Torres A, Fonseca S*
- S89** Síndrome de Evans. Presentación de caso  
*Rosas C, Duarte J, Rodríguez F*
- S89** Prevalencia de genes relacionados con la diabetes y la obesidad en una población del noreste de México  
*Villarreal J, Gallardo H, Lavallo F, Carrillo P, Martínez L, Villarreal M, Teniente A, Cerda R, Torres I*
- S90** Femenino de 18 años con lupus eritematoso sistémico y tuberculosis miliar  
*Leaños Y, Díaz A, Esparza H, González D, Arenas J, Valencia C*
- S90** Púrpura trombocitopénica inmunológica asociada a tuberculosis pulmonar asintomática: Reporte de un caso  
*Colunga P, Rendón E, Morales R, Flores M, Villarreal M*
- S91** Trombosis coronaria e intracardiaca con embolismo cerebral asociado a toxicidad antineoplásica  
*Corona J, Frutos E, Hernández G, Medina E*
- S91** Impacto de la disparidad de sexo entre donador y receptor en el trasplante alogénico de células hematopoyéticas con un esquema de acondicionamiento no mieloablativo  
*Borjas O, Gutiérrez C, Cantú O, Jaime J, González O, Gómez D*
- S92** Eficacia de la rotación ipsilateral del cuello para la prevención de la migración cefálica del catéter intravenoso por vía subclavia durante la colocación percutánea. Ensayo clínico con asignación al azar  
*González M*
- S93** Correlación entre los niveles de biopterinas y el grosor íntima-media en pacientes diabéticos tipo 2 hipertensos  
*Rubio A, Vargas H, Del Valle L, Maceda A, Huerta S, Duran M, Escalante B*
- S94** Eficacia de levofloxacino en el manejo de neumonía adquirida en la comunidad en la Secretaría de Salud del Distrito Federal  
*López C*
- S94** Prevalencia de malnutrición en el paciente que ingresa al servicio de Medicina Interna en el Hospital General de Puebla Dr. Eduardo Vázquez Navarro en el periodo de mayo a octubre de 2012  
*Valentin M*
- S94** Herpes simple diseminado en paciente inmunocompetente reporte de caso y revisión de la literatura.  
*Álvarez L, Ruiz A, Solís D, Flores E*
- S95** Síndrome piramidal como manifestación inicial de osteosarcoma craneal reporte de un caso y revisión de la literatura  
*Álvarez L, Ruiz A, Cabrera A*
- S96** Síndrome hipereosinofílico con afección multiorgánica, probablemente secundario a leucemia eosinofílica crónica  
*De la Cruz I, González M, Nolasco C, Rodríguez R, Chablé F*
- S96** Manifestaciones extraintestinales de enfermedad inflamatoria intestinal  
*Alcántara I, González S, Armas A, González V, Mateos J, Díaz A*
- S97** Síndrome de shock tóxico por *Staphylococcus aureus*  
*González S, Armas A, Alcántara I, González V, Mateos J, Díaz A*
- S97** Púrpura trombocitopénica trombótica adquirida. Abordaje y diagnóstico en un hospital de segundo nivel. Reporte de caso  
*González K, Romero S, Morales G, Santillán W, Alemán D*
- S98** Glomeruloesclerosis nodular idiopática en paciente no diabético. Reporte de un caso  
*Sánchez N, González C*
- S98** Glomerulonefritis mesangiocapilar asociada a síndrome de Sjögren. Reporte de un caso y revisión de literatura  
*Álvarez C*
- S99** Impacto de la hipertensión arterial en los valores de adipocinas en pacientes diabéticos.  
*Rubio A, Vargas H, Lozano J, Rodríguez L, Suárez J, Duran M, Escalante B*
- S99** Menor variabilidad intrasujeto en la concentración media de glucosa sanguínea con insulina degludec vs. insulina glargina: metanálisis de pacientes con diabetes tipo 2  
*Alexanderson G, Meneghini L, Harris S, Evans M, Rasmussen S, Johansen T, Pieber T*
- S100** Progresión de pre-diabetes a diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con y sin exposición a esteroides sistémicos. Estudio de cohorte a 12 y 24 meses  
*Vázquez D, Arce C*
- S100** Tumor de Ewing: reporte de un caso  
*Sánchez J, Arellano M, García A, Zúñiga J*
- S101** Uso de inmunoglobulina intravenosa en pacientes con miastenia gravis refractaria a piridostigmina para tratamiento a largo plazo  
*Lozano F, Pérez C*
- S101** Efecto en el desarrollo de aptitudes clínicas en lupus eritematoso sistémico posterior al pase de visita médica cotidiana vs un pase de visita estructurado y problematizado en residentes de medicina interna  
*Olvera A, Uribe J, Carrillo A*
- S102** Carcinoma de células claras. Presentación de un caso clínico  
*Gálvez Y, Vargas D, Hernández M, Cornish M, Gutiérrez F*
- S102** Enfermedad de Hodgkin variedad esclerosis nodular. Presentación de un caso clínico  
*Cornish M, Vargas D, Hernández M, Gálvez Y, Gutiérrez F*
- S103** Uso de neuropéptido (cerebrolisin) como coadyuvante en el manejo de hidrocefalia normotensa y demencia vascular  
*Calzada P, Rivera D, Estrada M*
- S103** Aneurisma micótico aórtico por *Salmonella arizonae*: reporte de caso y revisión de la literatura  
*Steta J, Martínez J, O'Farrill A*
- S103** Ruptura de aneurisma del seno coronario secundario a endocarditis infecciosa: presentación de un caso y revisión de la literatura  
*Aceves G*
- S104** Neumonía intersticial inducida por nitrofurantoina. Reporte de caso  
*Reyes J, Galeana M, Contreras J*
- S104** Correlación entre el grado de anemia en pacientes con enfermedad renal crónica y el grado de hiperfosfatemia y producto de solubilidad  
*Santiago J, Rodríguez L, Sánchez G*
- S104** Distribución topográfica y anticuerpos asociados a calcinosis en esclerodermia  
*Cruz M, García G, Lizcano N, Hernández S, Aguilar G, Vera O*



- S105 Hemorragia alveolar difusa secundaria a lupus eritematoso sistémico en mujer gestante**  
*Liñán J*
- S106 Causas de cambio de agentes biológicos en artritis reumatoide, estudio multicéntrico de 2002 a 2011**  
*Zamora R, Arce C*
- S106 Factores asociados a la mortalidad en pacientes con pielonefritis enfisematosa**  
*Del Castillo N, Ávalos J, Halley M, Díaz J, Suárez R, González J*
- S107 Importancia de medir el índice brazo tobillo en la evaluación del riesgo cardiovascular en adultos menores de 40 años**  
*Rubio A, Morales H, Huerta S, Garro A, Vargas G, Durán M*
- S107 Niveles séricos de gama glutamil transpeptidasa como indicador pronóstico de mortalidad intrahospitalaria en hepatitis alcohólica severa**  
*Geuguer L, Pedro A, López C, Elizalde C, Guerrero J*
- S108 Hipotermia controlada: Una intervención terapéutica rezagada en la medicina**  
*Bourlon R, Pérez I, Palma R, Revuelta L, Galindo*
- S108 Factores asociados a la resistencia a la insulina en niños y adolescentes mexicanos con hiperinsulinemia**  
*Mota V, Rivas L, Maldonado E*
- S109 Efecto de un proyecto de educación en nutrición en pacientes mexicanos con diabetes tipo 2**  
*Mota V, Rivas L, Maldonado E*
- S109 Feocromocitoma con metanefrinas plasmáticas y urinarias normales**  
*Rodríguez R, Quintanilla D, Zapata M, Teniente A, Bautista M, Lavalle F*
- S110 La terapia antibiótica empírica y prolongada en medicina interna**  
*Bourlon R, Pérez I, Revuelta L, Palma R, Galindo M, Mora T*
- S111 Calcinosis cutis: hasta donde síndrome paraneoplásico**  
*Bourlon R, Pérez I, Varela A, Palma R, Revuelta L, Galindo M, Mora T*
- S111 Parálisis periódica hipokalemica tirotóxica. Reporte de un caso**  
*Noriega J*
- S111 Eficacia de la determinación temprana de Hemoglobina y Hematocrito de control Post-transfusión en pacientes con enfermedad renal crónica**  
*González K, Flores A, Pequeño M, Flores L, Gómez R*
- S112 Caso clínico de dos eventos de infección nosocomial en prótesis de rodilla por *Enterococcus* spp**  
*Leo G*
- S112 Hepatitis submasiva aguda secundaria a albendazol: Reporte de caso en México**  
*Leo G*
- S113 Inusual caso de calcificación del seno maxilar en una paciente con esclerosis sistémica.**  
*García G, Cruz M, Vera O*
- S113 Anemia hemolítica autoinmune de anticuerpos mixtos secundaria a linfoma Hodgkin**  
*Paredes O, Briceño F, Iniestra F, De los Santos R*
- S114 Dengue en el paciente anticoagulado, adulto mayor. Reporte de un caso**  
*Ruiz F, Panecatí J*
- S114 Linfoma plasmablastico en cavidad oral y nódulos subcutáneos como primera manifestación en paciente con VIH: llegando al diagnóstico**  
*Camacho L, López A, Cruz A*
- S115 Uso de esteroides (CE) ciclofosfamida (CFM) en intoxicación por biperidilos (IPB): reporte de un caso**  
*Andrade L, Vargas G, Hernández E, Valenzuela J, Huerta M*
- S115 Hallazgo incidental de arco aórtico derecho en un adulto mayor: a propósito de un caso**  
*Andrade L, Morales Z, Hernández E, Valenzuela J, Huerta M*
- S116 15 años de flebotomías, síntomas constitucionales y síndrome anémico-macroglobulinemia de Waldenström**  
*Escobedo M, Hughes M, Cuéllar J, Villarreal M, Galarza D*
- S116 Síndrome de Brugada sin mutación del gen SCN5A: reporte de un caso**  
*Fonseca J, Arroyo D*
- S117 Síndrome de Hurler-Sheie: mucopolisacaridosis tipo I**  
*Moranchel L, Pineda L*
- S118 Diabetes insípida secundaria a adenoma hipofisiario, principal manifestación en una paciente con enfermedad de Cushing: reporte de un caso**  
*Cortés C*
- S118 Histoplasmosis diseminada en paciente inmunodeprimido por VIH**  
*Mondragón D*
- S118 Caso clínico de infección en tejidos blandos por *Enterococcus faecalis***  
*Leo-Amador GE, González-Fregoso R., García- G M.C., Ávila- Morales J*
- S119 Úlceras orales-genitales, eritema nodoso, trombosis venosa profunda y haplotipo hla a02\*b35 como datos de presentación de un caso de enfermedad de Behçet en México**  
*Vega E, Gómez N, Hernández E*
- S119 Tuberculosis peritoneal**  
*Pérez E, Velasco J*
- S120 Cuidados paliativos respiratorios. Reporte de un caso**  
*Gutiérrez J, Avella J*
- S120 Hombre de 52 años con glomerulonefritis rápidamente progresiva y afectación articular**  
*Rodríguez M, Archundia I, Ramírez N*
- S121 Tiroiditis de Hashimoto presentándose con miopatía: Reporte de un caso y revisión de la literatura**  
*Martínez E, González A, Hernández A, Sánchez H, Maya A*
- S121 Co-infección por *Mycobacterium tuberculosis* y *Mycobacterium avium* en un paciente con el virus de la inmunodeficiencia humana. Presentación de caso clínico**  
*Martínez J, Ayala I, Malagon J*
- S122 Síndrome de Sjögren con síntomas iniciales neurológicos**  
*Castruita M, Abundez A, Salazar E*
- S112 Relación entre mieloma múltiple de cadenas ligeras e hiperparatiroidismo. Reporte de caso**  
*Montañez S, Anguiano A, Romero N*
- S123 Aspergilosis pulmonar crónica recidivante: a propósito de un caso**  
*Romero L*
- S123 Comparación de PPD contra Quantiferon en el diagnóstico de TB latente en diabéticos**  
*Rendón A, Olivo M, Rendón A*
- S124 Síndrome de encefalopatía posterior reversible asociado a hipercalcemia maligna: reporte de un caso**  
*González E, Camara C, Ortiz J, Yeveverino S, Villarreal M, Galarza D*
- S124 *Acinetobacter baumannii*, un patógeno emergente: Estudio prospectivo en una unidad de terapia intensiva respiratoria**  
*Martínez E, Sánchez L, González A*
- S124 Infecciones incidentes en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con agentes biológicos**  
*Escalante C, Arce C*

- S125** Manifestaciones de vasculitis de sistema nervioso central en un síndrome de sobreposición (lupus eritematoso sistémico y esclerosis sistémica difusa). Reporte de un caso clínico  
*Hernández J, Olvera A, Mendoza S*
- S126** Paciente con preeclampsia severa, lupus eritematoso sistémico y síndrome encefalopatía reversible posterior  
*Ramírez F, Torres A*
- S126** Nivel de autoconcepto en médicos internos de pregrado de un Hospital de Segundo Nivel de Atención  
*Celestino L*
- S127** Programa de atención al paciente hospitalizado del Departamento de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Subprograma Úlceras por Presión: Resultados 2012  
*Galindo S, Baena L, Galarza D*
- S127** Mieloma múltiple y coccidioidomicosis diseminada. Presentación de un caso  
*Zúñiga J, Alegría J, De La Cruz J*
- S128** Absceso hepático de probable etiología amebiana, drenado por punción percutánea en paciente con SIDA  
*Sánchez V, Ugalde L*
- S128** Oftalmoplejía como forma aislada de recidiva de leucemia mieloide aguda. Presentación de un caso y revisión de la literatura  
*Ramírez C, Ayala D*
- S129** Neumotórax espontáneo recurrente secundario a neuromocistosis. Reporte de caso  
*Alegría J, Rodríguez M, Flores C, Jiménez M, Belmont L, De La Cruz J, Morales R*
- S129** Absceso hepático piógeno drenado con éxito en paciente con infección por virus de la inmunodeficiencia humana  
*Sánchez V, Ugalde L*
- S129** Primer reporte sobre el uso y sobreuso de estudios de imagen: Experiencia en un hospital universitario  
*Flores M, Monreal R*
- S130** Síndrome de eritrodismesestesia palmo-plantar tras la aplicación de tercer ciclo de quimioterapia R-CHOP, reporte de un caso  
*Vega E, Morales F*
- S130** Síndrome hiperosinofílico, reporte de un caso  
*Ferrer G, Barajas C, Miguel N*
- S130** El espectro de las alteraciones hepáticas en dengue: patrones y comportamiento, durante el curso clínico. ¿Epifenómeno o no?  
*Salomón M, López J, Robledo J, Soto M*
- S131** Cromoblastomicosis: reporte de una serie de cuatro casos en el estado de Tabasco  
*Salomón Montero M, Manuel V*
- S131** Pancreatitis aguda como factor desencadenante de síndrome urémico hemolítico atípico (SUH-A)  
*Vélez C, Escobedo M, Monreal R, Galarza D*
- S132** Nefropatía hiperuricémica juvenil familiar *de novo*, como modelo de los efectos del ácido úrico a nivel renal  
*Ramos F, Flores G*
- S133** Evaluación del impacto de la implementación de un programa de calidad para la colocación de accesos vasculares  
*Colunga P, Quiñonez C, González J, Sánchez M, Galindo J, Baena L, Galarza D*
- S133** Fístula carótida cavernosa posterior a traumatismo craneoencefálico. Reporte de un caso  
*Lara J, Valdés L, Madinaveitia J, Morales O, Herrero M, Riestra A*
- S134** Carcinoma de los conductos de Bellini. Rara neoplasia renal, cuyo tratamiento es distinto al habitual de estos tumores  
*Amador M, Zuloaga C, Medina E*
- S134** Lesiones urticariformes como manifestación inicial de síndrome de vena cava superior en paciente con linfoma no Hodgkin  
*Santana N, Barrera C, Erazo E, Pérez F*
- S134** Susceptibilidad *in vitro* de las especies de *Candida* a los antifúngicos en el hospital de especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente  
*Ortigoza E, Arroyo D*
- S135** Abordaje del paciente con síndrome medular en medicina interna: Serie de 3 casos  
*Martínez E, González A, Briones S, Guerra V*
- S135** Síndrome de Boerhaave secundario a adenocarcinoma de esófago. Reporte de un caso  
*Muñoz N, González A, Loaiza J, Villagómez A*
- S136** Alteraciones asociadas a síndrome metabólico en pacientes hospitalizados con insuficiencia renal crónica en el Hospital General de Atizapán  
*Flores L, Calderón M*
- S136** Disnea, síntoma principal en la sarcoidosis  
*Rubio M, Alonso D, Gaxiola M, Montaño E, García J, Gracia C*
- S137** Síndrome de reacción cutánea con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) asociado a glutamato monosódico  
*Castrejon M, Casarrubias M, Alfaro J*
- S137** Índice creatinina / talla como factor de riesgo para peritonitis asociada a catéter de diálisis peritoneal en población de la Secretaría de Salud del Distrito Federal  
*Meraz R, Huerta S, Castro D, Jiménez N*
- S138** Correlación entre remisión por das 28 y los hallazgos ecográficos en pacientes con artritis reumatoide  
*Sánchez S, Vega D, Esquivel A, Ornelas G, Elizondo G, Villarreal M, Galarza D*
- S138** Síndrome de erupción cutánea con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) asociado a alopurinol  
*Castrejón M, Casarrubias M*
- S139** Comparación de la sensibilidad y especificidad diagnóstica de los anticuerpos anti-vimentina citrulinada modificada (Anti-MCV) y anticuerpos anti-péptidos citrulinados cíclicos (Anti-CCP) en artritis reumatoide  
*Castro U, Arroyo D, Gámez I, González L, Díaz M*
- S139** Espondiloartritis axial, reporte de un caso  
*Estrada M*
- S140** Parálisis bilateral del hipogloso como manifestación de granulomatosis de Wegener. Presentación de un caso y revisión de la literatura  
*Ramírez C*
- S140** Endocarditis por *Lactobacillus* con afección de válvula mitral y aórtica. Reporte del primer caso en México  
*Naranjo J, Vázquez Z*
- S141** Ondas J de Osborn en paciente VIH positivo con neuroinfección e hipotermia  
*Serna G, Quintanilla D, Calderón J, Galarza D*
- S141** Enfermedad de Castleman: Características clínico-patológicas y experiencia en el INCMNSZ  
*Naranjo J, Aguayo A*
- S141** Linfoma hepatoesplénico de células T e histoplasmosis generalizada: reporte de un caso  
*Nellen H, García C, Cervantes A*
- S142** Una extraña causa de fiebre, tos y expectoración... Difícil de tragar  
*Borjas O, Pacheco A, Galarza D*
- S143** Neumonía eosinófila crónica asociada a síndrome de Churg Straus  
*Cabrera A, Laguna M, Ramos M, Bonilla I, Ibarra S*

- S143 Trombosis venosa portal en paciente no cirrótico. Presentación de un caso en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos**  
*Meza D, Alemán G, Porras C, Cruz A, Rodríguez M, Rosales O, Morones I, Salgado T, Gonzaga T, Castro L, Terán J, Labastida M, Reyes A*
- S144 Lupus eritematoso sistémico de inicio tardío**  
*Laguna M, Pantoja E, Cabrera A*
- S144 Implementación de taller de ajuste de dosis de insulina basal en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 no controlados de la UNEME EC Aguascalientes**  
*Rodríguez L, Cortez A*
- S145 Frecuencia de hipotiroidismo, hipotiroidismo subclínico y síndrome de T3 baja en pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia de sustitución renal del Hospital General de México**  
*Salazar R, González A*
- S145 Disfunción renal aguda en paciente con hepatitis A**  
*Velasco J, Urquieta K, Rodríguez F*
- S146 Interacciones fármaco-fármaco en centenarios de la Ciudad de México**  
*Gallegos M, Valdés P, Ruiz A, Rosas O*
- S146 Hiponatremia severa secundaria a secreción inapropiada de hormona antidiurética como única manifestación de un macroadenoma hipofisario invasor**  
*Álvarez L, Orozco J*
- S147 Bloqueo aurículo ventricular completo congénito**  
*Cervantes O, Urquieta K, Ramírez J*
- S147 Síndrome cerebeloso como presentación de anemia perniciosa: Reporte de un caso**  
*Hernández A, González A, Martínez E, Maya A, Pérez D*
- S148 Elevación del fibrinógeno como marcador de riesgo para peritonitis en pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5 KDOQI, en tratamiento sustitutivo de la función renal con diálisis peritoneal**  
*Cortés L, Elizalde C, Flores M, González D*
- S148 Enfermedad de Niemann Pick**  
*Moranchel L, Pineda L*
- S149 Trombosis venosa cerebral presentación de un caso**  
*Alegria A, Hidalgo B, Akaki J*
- S149 Vasculitis cutánea con afección sistémica asociada a acenocumarina; reporte de un caso y revisión de la literatura**  
*De Los Santos R, Briceño F*
- S150 Evolución clínica de la enfermedad de Fabry con terapia de reemplazo enzimático: reporte de 2 casos**  
*Moranchel L, Pineda L, Santana L*
- S150 Evento vascular cerebral transitorio secundario a foramen oval permeable**  
*Orozco P, Sarre D, Díaz E, Rodríguez F*
- S151 Síndrome de Cushing secundario a adenoma suprarrenal con foco de miolipoma**  
*Reyes D, García E, García M, Brea E, Jiménez J, Pérez Y, Naranjo C*
- S151 Fiebre y granuloma para-rectal a propósito de un caso**  
*Gutiérrez S, Moranchel L, De León G, Casarubias M*
- S152 Hiper cortisolismo secundario a microadenoma hipofisario: reporte de un caso**  
*Alcázar C, Morales R, Pezina C, Rodríguez R, Galarza D*
- S152 Síndrome destructivo de la línea media (SDML) por linfoma centrofacial NK; una patología con múltiples posibilidades diagnósticas**  
*Gasca R, Jiménez J, García E, Brea E, Mendoza B*
- S153 Meningoencefalitis como manifestación inicial de mononucleosis infecciosa en infección por virus de Epstein Barr en mujer no inmunocomprometida**  
*Mendoza B, Jiménez J, García E, Brea E, Gasca R*
- S154 Tuberculosis extrapulmonar: ganglionar y cutánea en paciente inmunocompetente. Reporte de un caso**  
*Balderrábano C*
- S154 Deficiencia severa de vitamina D y folatos secundario a enfermedad celiaca. A propósito de un caso**  
*Arellano H, Sandoval N*
- S155 Falla hepática fulminante por asociación de hepatitis viral tipo A y abuso de paracetamol. Reporte de un caso**  
*Cano N, Castañeda A, Barrientos J, Vega E*
- S155 Expresión de CD73 y A2A en células T reguladoras CD39 de sujetos con obesidad y diabetes mellitus tipo 2**  
*Guzmán J, Cortez N, Portales D*
- S156 Programa de Farmacovigilancia del Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José E. González**  
*Hinojosa J, Gutiérrez E, Villarreal M, Galarza D, Martínez E, Rodríguez G, Yeverino S*
- S156 Linfoma no Hodgkin difuso CD20 positivo con recaída a sistema nervioso central en el paciente con SIDA: reporte de un caso**  
*Kishimoto F, Fonseca J, Gómez J, Arroyo D*
- S157 Antimicrobianos y neumonía en el Hospital General de Matamoros ¿Hay lineamiento en cuanto a Guías de Manejo?**  
*Mares M, Rangel J*
- S157 Enfermedad por adyuvantes presentación de caso clínico**  
*Álvarez R, Macías A*
- S158 Úlcera inguino escrotal como primer manifestación de granulomatosis con poliangeítis**  
*Díaz A*
- S158 Linfoma linfoblástico de células precursoras T. Reporte de caso**  
*Osorio D, Fuentes P, Reyes P, Belmont L*
- S159 Esclerosis múltiple: variante pseudotumoral (enfermedad de Marburg). Reporte de un caso**  
*Sánchez A, Vázquez A*
- S159 Vasculitis anca asociada, manifestada por hemorragia alveolar difusa. Reporte de un caso y revisión de la literatura**  
*Morales R, Alcázar C, Pezina C, Galarza D, Villarreal M*
- S160 Infecciones de transmisión sexual en estudiantes de medicina de H. Matamoros, Tamps. A propósito de la percepción y conocimiento**  
*Martínez B, Coll J, Flores A, Mares M, Rangel A*
- S160 Toxicidad medular por antirretrovirales complicada con poli-infección de agentes oportunistas (histoplasmosis diseminada aspergilosis invasiva) Reporte de un caso**  
*Pérez A, Peña M, Guerrero F*
- S161 Experiencia en el uso del ultrasonido de bolsillo como complemento de la exploración física para la evaluación de ascitis y la guía de paracentesis**  
*Keil DO, Terrazas H*
- S161 Mesotelioma epitelial. Reporte de un caso**  
*Loaiza J, Muñoz N, González A, Lozano J*
- S162 Bodymets: futuro en el diagnóstico temprano de enfermedad metastásica**  
*Bourlon R, Pérez I, Mora T, Sarre D, Campos L, Revuelta L, Palma R, Valera A, Galindo M*
- S162 Amiloidosis sistémica, reporte de un caso con afección intestinal y de músculo esquelético**  
*Piedra H, Malagon J, Nellen H*
- S163 Hepatitis aguda grave en síndrome de DREES por rifampicina y ciprofloxacino**  
*González G*

- S163** Síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes asociado a sustancias modelantes e implantes mamarios de silicón y la producción de autoanticuerpos  
*Martínez C, Vera O*
- S164** Un secreto bien guardado: Presentación de un caso de fiebre de origen desconocido  
*Guerra V, Camacho L, Martínez E, González A*
- S165** Efecto de moexipril sobre el índice brazo-tobillo en pacientes diabéticos  
*Rubio A, Medina R, Morales H, Lozano J, Durán M*
- S165** Tratamiento comparativo de sildenafil, dosis convencionales bajas (FDA) vs. dosis altas en pacientes con cor pulmonale crónico (CPC) e hipertensión pulmonar severa (HAPS).  
*Jiménez J, García E*
- S166** Resistencia microbiana a antibióticos de primera línea en pacientes con peritonitis bacteriana espontánea del Hospital Metropolitano de Monterrey, N.L.  
*Pérez L, Sánchez M, Morales L, Valdovinos S*
- S166** Polineuropatía periférica y glomerulonefritis rápidamente progresiva como manifestación inicial de granulomatosis de Wegener.  
*González R, Rivera D, Casasola J*
- S167** Linfoma cutáneo de células T  
*Medina E, Maya A, Del Olmo E, Moreno F, Mercadillo P*
- S167** Mejoría en las manifestaciones neuropsiquiátricas de lupus con el uso de rituximab  
*Hernández B, Muñoz S, Gutiérrez S*
- S168** Mujer de 36 años con mieloma múltiple: reporte de un caso poco común  
*Pérez G, Soto F, Rivera D, Romero J, Estrada M*
- S168** Reporte de un caso: interrupción del arco aórtico en un hombre adulto  
*Amador L, Cabello S*
- S169** Efecto de la hemodiálisis en la función ventricular de pacientes del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro  
*Cárdenas E, Villaseñor S, García J, Reynoso M, Villaseñor S, García J, Reynoso M*
- S169** Manifestaciones gastrointestinales de polangeitis granulomatosa a propósito de un caso  
*Solís D, Armijo E, Ruiz A, Álvarez L*
- S170** Macroadenoma hipofisario no productor en el adulto mayor. Reporte de un caso  
*Díaz L, Pérez F, Corona P, Vázquez I, Rivera D*
- S170** Malaria por *P. falciparum*: Reporte de caso  
*Bermúdez P, Valdés R, Calderón S, Arreaga J, Sánchez A, Palpacelli M, Zulaica H, Jáuregui L*
- S170** Gota tofácea secundaria  
*Hernández B, Muñoz S, Espino E, González S*
- S171** Infección polimicrobiana de tejidos blandos multiresistente en un paciente con anemia aplásica: éxito del sinergismo antimicrobiano en paciente gravemente inmunocomprometido  
*Pérez F, Díaz L, Romero J, Acosta N, Hermida E, Rivera D*
- S171** Enfermedad de Still: abordaje diagnóstico a propósito de un caso  
*González M, Pérez A, Guerrero F, Pliego C*
- S172** Factores asociados a mortalidad en pacientes con enfermedades reumatológicas ingresados en la unidad de cuidados intensivos  
*Mendoza J, Torres A, Rodríguez P, Ortiz Y, Jaimes J, Rivera D*
- S173** Asociación de anticuerpos p-ANCA y anticuerpos antimembrana basal glomerular en un paciente con síndrome nefrítico  
*Guerrero F, Pérez A, González M, Peña M*
- 173** Parálisis hipokalémica asociada a consumo de productos Herbalife  
*González O, García A, Taboada J, Hernández C, Zúñiga J, Ovando D, Pérez R*
- S174** Frecuencia de los componentes del síndrome metabólico al momento del ingreso hospitalario en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y características clínicas laboratoriales asociadas  
*Hernández A, Nava A*
- S174** Síndrome miasteniforme (Eaton Lambert) asociado a cáncer pulmonar de células pequeñas  
*Fuentes P, Ariza R*
- S175** Síndrome de Briquet -trastorno de somatización, diagnóstico de exclusión en el abordaje de deterioro neurológico agudo. Presentación de caso  
*Guerrero F, Pérez A, González M, Peña M*
- S175** Trombosis venosa yugular externa reporte de caso y revisión de la literatura  
*Solís E, García-Frade L, Cedillo J*
- S176** Pelagra carcinóide como primera manifestación de tumor neuroendocrino de páncreas no funcional  
*Zapata S, Romero L, Bonilla L, Tenorio E*
- S176** Reporte de 4 casos de paniculitis y manifestaciones clínicas  
*Pineda L, Carrasco A, Rojo O, Guerra K*
- S177** Endocarditis infecciosa como manifestación de fiebre Q crónica: reporte de caso y revisión de la literatura  
*Navarrete R, Cárdenas M, Badillo L*
- S178** Neutrofilia asociada a mieloma múltiple de cadenas ligeras: presentación de un caso  
*Torres N, Pérez E*
- S178** Impacto del trasplante de células hematopoyéticas de intensidad reducida vs el tratamiento convencional  
*Sánchez M, Cantú O, Treviño O, Gómez D, Jaime J*
- S178** Mioclonías como manifestación de degeneración hepato cerebral adquirida en cirrosis biliar primaria: Reporte de un caso  
*Monreal R, García E, Estrada I*
- S179** Crioglobulinemia mixta esencial: reporte de un caso  
*Jiménez N, García V, Miranda S, Méndez J, Uribe G, Serrano R*
- S179** Síndrome de superposición: RUPUS y síndrome antifosfolípidos: Reporte de un caso.  
*Zapata S, Hernández I, Arriaga D, Rivera V, González R, Rodríguez P*
- S180** Poliarteritis nodosa que se presenta como eritema nudoso: reporte de un caso  
*Méndez J, Jiménez N, García V, Serrano R, Uribe G, Ferrusquía D, Miranda S*
- S180** Hígado graso agudo del embarazo de resolución atípica. Presentación de un caso  
*Rodríguez B, Alfaro J, Valdez E, Casarrubias M*
- S181** Falla medular con afección multilínea secundaria a infección por parvovirus B-19 y virus de inmunodeficiencia adquirida: reporte de un caso  
*Serrano R, Miranda S, Jiménez N, Méndez J, Uribe G, García V*
- S181** Linfoma pulmonar primario y síndrome de Sjögren: presentación de un caso y revisión de la literatura  
*Peña D, Herrero R, Alcántara I*
- S182** Síndrome nefrótico como manifestación inicial de carcinoma renal de células claras. Reporte de caso  
*Badillo L, Cárdenas M, Solís O, Herrera J*
- S182** Neumonía criptogénica organizada: una rara causa de fiebre de origen a determinar  
*García S, Renpenning E, Borjas O*



- S183** **Coccidioidomicosis diseminada**  
*Lozano H*
- S184** **Malformación arteriovenosa pulmonar en el adulto: reporte de caso y revisión de la literatura.**  
*Peña D, Holling A*
- S184** **Comparación de dos métodos moleculares (Xpert MTB/RIF y TIB MOLBIOL) en el diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar en un hospital de tercer nivel**  
*Jaramillo V*
- S185** **Enfermedad de Rosai y Dorfman cutánea. Presentación de un caso y revisión de la literatura**  
*Rodríguez B, Domínguez J, Alonso F, Rivera D*
- S185** **Diagnóstico incidental de amiloidosis manifestada por cólico biliar**  
*Mondragón D*
- S186** **Eficacia de erradicación del *Helicobacter pylori* con tratamiento secuencial, comparado con la terapia triple estándar a 14 días. Ensayo clínico**  
*López E, López S, Martínez C*
- S186** **Presentación atípica de enfermedad por priones (enfermedad de Creutzfeldt-Jacob) reporte de un caso**  
*Heredia A, López J, Hernández D, Orozco J, Carballar C*
- S187** **Enfermedad ósea de Paget (osteítis deformante). Reporte de un caso tardío**  
*Lezama J, Ramírez N, González M*
- S187** **Efecto de la pioglitazona sobre la función endotelial en pacientes con lupus eritematoso sistémico: análisis mediante 13N-amonio PET y parámetros bioquímicos**  
*Marroquin L, Alexánderson E, Juárez J, Posadas C, Peñarrieta E, Juárez L*
- S188** **Tuberculosis miliar: presentación asociada a espondilitis anquilosante y embarazo**  
*Jáuregui L, Bermúdez P, García A, Hernández C*
- S188** **Enfermedad de Devic asociada a tiroiditis autoinmune**  
*Mendoza E, Reyna M, Lozano J*
- S189** **Endocarditis de Libman-Sacks: expresión de lupus eritematoso sistémico**  
*Mendoza E, Lozano J, Merino J*
- S189** **Reporte de caso: Mieloma hiposecretor**  
*Cruz A, Rodríguez M, Gonzaga T, Mijangos F, Castro L, Reyes E*
- S190** **Hemorragia subaracnoidea como signo neurorradiológico de trombosis venosa cerebral. Presentación de un caso en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos**  
*Meza D, Morones I, Salgado T, Ramírez R, Alemán G, Porras C, Cruz A, Rodríguez M, Rosales O, Gonzaga T, Bautista A, Castro L, Terán J, Labastida M, Reyes A*
- S190** **Relación entre la carga viral sérica para CMV y el desarrollo de SIRA en pacientes con VIH y neumonía**  
*López Estrada E*
- S191** **Selvester Wagner Score como estimador de FEVI en hipertensos e hipertensos diabéticos**  
*Mendoza E, Lozano J, Álvarez L, Prieto G, Mendoza V*
- S191** **Colitis microscópica como causa de diarrea crónica: una entidad poco sospechada en poblaciones de bajos recursos**  
*Lepe B, Aguirre C, Melgoza F*
- S192** **Neumonía organizada criptogénica: reporte de un caso**  
*Laguna M, Morales A, Díaz M*
- S192** **Reporte de caso clínico de enfermedad de Castleman, variante localizada monocéntrica en mujer adolescente, con síndrome paraneoplásico tipo polimiositis**  
*Reyes P, Fuentes P, Osorio D, Hernández C*
- S193** **Uso de la hemoglobina glicosilada A1c (hba1c) como prueba diagnóstica en personas asintomáticas mexicanas con factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 (DMT2)**  
*Figueroa E, Acosta G*
- S193** **Enfermedad del viajero. Histoplasmosis diseminada en paciente inmunocompetente**  
*Espino E, Felipe R, Flores O, Alonso D, Alonso D*
- S194** **Trombosis séptica del seno cavernoso causada por sinusitis de senos: etmoidal, esfenoidal y maxilar**  
*Orozco J, Vargas A, Nepomuceno M*
- S194** **Uso de cocaína y sus derivados acelera la progresión de daño renal en insuficiencia renal crónica terminal (IRCT)**  
*Alegria A, Valdez R*
- S195** **Síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) asociado a insuficiencia renal crónica (IRC): reporte de un caso**  
*Pérez E, Torres N*
- S195** **Pérdida ponderal como manifestación de amiloidosis con afectación multisistémica. Reporte de un caso**  
*Valdez E, Alfaro J, Casarrubias M, Rodríguez B, Portillo E, Navarro W*
- S196** **Hemoptisis masiva secundario a aneurisma de Rasmussen: diagnóstico por angiotac y embolización con espiral: reporte de un caso**  
*Olivo M, Rendón A*
- S196** **Manifestaciones oftalmológicas y neuro-oftalmológicas en lupus eritematoso sistémico**  
*Ruiz P, Vargas S, Alfaro J, Casarrubias M*
- S197** **Mucormicosis rinosinusal en un paciente diabético: reporte de un caso**  
*Pérez L, González G*
- S197** **Reducción en las tasas de hipoglucemias nocturnas en adultos mayores con insulina degludec comparada con insulina glargina: metanálisis de los estudios clínicos fase 3a**  
*Mena J, Sorli C, Warren M, Mersebach H, Johansen T, Oyer D*
- S198** **Miocarditis linfocítica por dengue. Reporte de un caso**  
*Orozco P, Sarre D, Pérez C, Díaz E, Rodríguez F*
- S198** **Expresión e impacto pronóstico de la proteína fosfatasa de tirosina 1B en pacientes con cáncer de mama y su asociación con la presencia de obesidad, resistencia a la insulina o diabetes mellitus tipo 2**  
*Villanueva L, León E, Escobar E*
- S199** **Eficacia de la variabilidad glucémica como parámetro de control en el paciente con DM2 estratificado por hemoglobina glicosilada y tratamiento estandarizado en el centro medico Issemym Toluca**  
*Reyes D, Brea E, García E, Jiménez J, García M, Lugo L*
- S199** **Colecistitis alitiásica, presentación infrecuente como manifestación de lupus eritematoso sistémico. Presentación de un caso y revisión bibliográfica**  
*Flores Q, Torres P, Ballesteros P, Gallegos M, Irazoque F*
- S200** **Varón de 18 años de edad con malaria complicada y enfermedad de Caroli: reporte de caso**  
*Goicoechea E, Balderas J, Tenorio E, Ortíz Y, De los Ríos A, Corazón K*
- S200** **Niveles de troponina I en pacientes con insuficiencia renal crónica asintomáticos para la detección de síndrome coronario agudo**  
*Hernández A, Maya A, Martínez E, Sánchez M*
- S201** **Taquicardia ventricular monomórfica sostenida secundaria a intoxicación por *Ibervillea sonora* (tratamiento alternativo para diabetes)**  
*Vázquez H, Avella J, Romero L, Suárez L*
- S201** **Marcadores séricos tempranos de isquemia miocárdica en el paciente diabético asintomático**  
*Trejo D*

- S201 Síndrome de Behçet. Reporte de caso**  
*Araujo L, Macías M, Handal V*
- S202 Dolor abdominal como síntoma inicial en un paciente con endocarditis por *Staphylococcus aureus*, absceso cerebral y endoftalmítis**  
*Valdez A, Amador A, Ku A, Hernández A, Román H, Lechuga A, Lemus J, Huebe J*
- S202 Síndrome de Charcot Marie Tooth y síndrome de Turner. Reporte de caso clínico**  
*Araujo L, López A, Handal V*
- S203 Sarcoma de Kaposi variedad linfangiomatosa: reporte de un caso y revisión de la literatura**  
*Lemus J, Olazarán Z, Salazar J, Treviño J, Salas J, Solís S*
- S203 Neumonía organizada como manifestación inicial de artritis reumatoide**  
*Mateos H, Pérez A, Rodríguez J, Gutiérrez J, Peña E, Mejía M, García M*
- S203 Características clínicas y respuesta terapéutica en pacientes mexicanos con enfermedad de Behçet**  
*Gracia A, Bernard G, Casarrubias M, Flores D, García M, Pérez M, Pineda F, Olguín M, Muñóz O, Xibele D, Vera O*
- S204 Rabdomiólisis por estatinas: reporte de caso**  
*Sarre D, Orozco P, Díaz E, Ángeles J*
- S205 Rabdomiólisis secundaria a ejercicio físico. Reporte de un caso**  
*Ovando D*
- S205 Síndrome de hiper IgG4. Reporte de un caso**  
*Vera O, Pineda L, Sepúlveda J, Carrasco A, Venancio M, Becerril M*
- S206 Incidencia de complicaciones postoperatorias de pacientes diabéticos sometidos a cirugía no cardiovascular**  
*Moranchel L, Alfaro J, Casarrubias M, Díaz O*
- S206 Tuberculosis diseminada en edad geriátrica. Presentación de caso clínico**  
*Sánchez D, Navarro L, Hernández M, Ontiveros P, Vargas D*
- S207 Disección aórtica (Standford A) con fístula aorto-bronquial**  
*Gutiérrez M, Vargas D, Gálvez Y, Martínez E, Hernández M*
- S207 Neumopatía intersticial secundaria a esclerosis sistémica rápidamente progresiva: reporte de un caso**  
*Jiménez N, Serrano R, Méndez J, Uribe G, Miranda S, García V*
- S208 Angioma cavernoso intracraneal. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura**  
*García A, Cajuste F*
- S208 Abdomen agudo y lupus eritematoso sistémico en un paciente masculino**  
*Navarro L, Xibillé D, Vargas D, Hernández M, Gálvez Y, Sánchez D*
- S209 Síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvante (ASIA) inducido por Restilen® (ácido hialurónico)**  
*Vera O, Hernández C, Gayosso A, Medina G, Cruz M*
- S209 Apego al tratamiento y control de los pacientes diabéticos en la comunidad**  
*Amezcuca A, Rodríguez F, Díaz E, Mendoza C*
- S209 Gastritis flenomonosa en un paciente inmunocompetente: reporte de caso**  
*Cid L, Diez de Sollano A*
- S210 Linfoma plasmablastico manifestado por tumoraciones en tórax, compresión medular y falla renal. Reporte de un caso y revisión de la literatura**  
*Alcázar C, Morales R, Pezina C, Galarza D, Villarreal M*
- S211 Infección recurrente por *Clostridium difficile*: un reto terapéutico**  
*Miranda V, Luis E, Rosales V*
- S211 Úlcera arterial como presentación inicial del síndrome de Loeys Dietz tipo II**  
*Constantino M, Lugo L, García E, Jiménez J, García M, Brea E, Guiza Y*
- S212 Arteritis de Takayasu, reporte de un caso**  
*Acosta N, Grajales A, Casasola J, Rivera D, Corona P*
- S212 Grado de respuesta al tratamiento con esteroide según el modelo de Lille que presentaron los pacientes con hepatitis alcohólica del Hospital General Dr. Manuel Gea González del año 2007 a 2011**  
*Ortiz Y, Mendoza J, Fuentes A, Torres A, Maya H, Rivero J, Pineda J, Jaimes J*
- S213 Caso catastrófico de síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes**  
*Pestaña C, Cruz P, Medina G, Vera O*
- S213 Serie de casos EVC isquémico en adultos jóvenes**  
*Pérez P, Lugo A, Cabrera A, Fernández J, Hernández D*
- S214 Síndrome antifosfolípido asociado a insuficiencia suprarrenal. Reporte de un caso**  
*Medina G, Barrera P, Muñoz A, Jara L*
- S214 Frecuencia de dislipidemia y glucosa alterada en ayuno en sujetos con sobrepeso y obesidad sin co-morbilidades en un Hospital público de tercer nivel**  
*Neri J, Barranco L, Flores F, Cuevas T, Anastasio A*
- S215 Neumonía de focos múltiples de repetición, multirresistente, que simulaba influenza y tuberculosis pulmonar. Caso de choque séptico secundario a melioidosis**  
*López M*
- S215 Meningoencefalitis en un paciente inmunocompetente**  
*Navarro L, Hernández M, Vargas D, Gálvez Y, Vázquez A*
- S216 Hombre de 52 años de edad con disnea y dolor torácico a causa de un tumor híbrido de la vaina del nervio**  
*Valente B, Lozada A, Buendía E, Díaz F, Gómez A*
- S216 Vasculitis leucocitoclástica secundaria a administración de cefalosporina: reporte de un caso**  
*González M, Luna T, Flores M, Infante H, Del Moral M*
- S216 Modificación del perfil aterogénico en pacientes con tratamiento hipolipemiente**  
*Juárez A, Rivera V, Rivera D, Arriaga D, Nieto Z, Pineda A, Torres A*
- S217 Reporte de caso y revisión de la enfermedad: cuadro atípico de hepatitis asociada a salmonelosis**  
*Rodríguez y M, Cruz A, Gonzaga T, Meza D, Porras C, Alemán G, Rosales O, Morones I, Salgado T, Reyes E, Castro L, López D*
- S217 Trombocitopenia asociada a vacuna de influenza en paciente con infección crónica por hepatitis C, reporte de un caso**  
*Rosales O, Alemán G, Porras C, Meza D, Cruz A, Rodríguez B, Cavazzani M, Lagunas M, Bautista A, Reyes A, Castro L*
- S218 Impacto del número de horas de sueño sobre el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2**  
*Rivera V, Juárez A, Lazcano I, Bonilla L, Martínez I, Zapata S, Torres A*
- S218 Reporte de caso: Estenosis aórtica severa en el tercer trimestre del embarazo**  
*Rodríguez y M, Cruz A, Rangel F, Gonzaga T, Porras C, Meza D, Rosales O, Alemán G, Morones I, Salgado T, Terán O, Reyes E, Castro L, Rivas R*
- S219 Síndrome esclerodermiforme como presentación paraneoplásica de un osteoma osteoide en humero derecho**  
*Lugo L, Estrada E, Cornejo M, Constantino A, Méndez Y, Osorio A*

- S219** Crisis ósea como presentación inicial de la enfermedad de Gaucher tipo 1 en un adulto caucásico del noreste del país  
*González J, Delgado G, Herrera J, González E, González X, Villarreal M, Galarza D*
- S220** Hipercalcemia secundaria a enfermedad granulomatosa: reporte de un caso  
*Juárez A, Hernández I, Gandarilla N, Tenorio E, Fuentes A*
- S220** Sarcoidosis como dx. diferencial de adenopatías mediastinales en un paciente joven, presentación de caso clínico  
*Hernández J*
- S221** Éxito de la plasmaféresis en el tratamiento de la glomerulonefritis lúpica rápidamente progresiva refractaria en el HECMR  
*Hernández J, Alfaro J, Casarrubias M, Cabrera M*
- S221** Incidencia de brucelosis en un hospital rural de Nuevo León de agosto del 2012 a agosto del 2013  
*Gutiérrez E, Bujanos I*
- S222** Discondrostenosis de Léri-Weil, reporte de un caso  
*Hernández C, García A, Zúñiga J, Taboada J, González O*
- S222** Frecuencia de candidosis de decúbito en pacientes hospitalizados en el Hospital General Dr. Manuel Gea González  
*Romero M, Arenas R, Fuentes A, Moreno G, Fernández R, Salazar E, Lazcano I, Juárez A*
- S223** Vasculitis sistémicas primarias asociadas a síndrome antifosfolípidos: reporte de 3 casos clínicos  
*Hernández J, Pineda L, Alfaro J*
- S223** Prevalencia y manejo del dolor en la sala de medicina interna de un hospital universitario  
*López A*
- S224** Linfoma de sistema nervioso central y trasplante autólogo de células hematopoyéticas  
*Arriaga J*
- S224** Esclerosis tuberosa reporte de un caso  
*Salgado L, Rosas J, Álvarez F*
- S225** Mielodisplasia asociada a síndrome de Meigs  
*Arredondo A, Gracia C, Rubio M, Huerta D*
- S225** Glomerulonefritis membranosa secundaria a leucemia linfocítica crónica  
*Hernández H, Casarrubias M*
- S226** Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto, linfadenopatía poco frecuente en el diagnóstico del síndrome febril  
*Aguilar J, Flores M, Camacho J, Alexanderson E, Servín A*
- S226** Infección por *Helicobacter pylori* y falla al tratamiento en pacientes con trombocitopenia inmune  
*Moreno I, Majluf A*
- S227** Hidatidosis pulmonar. Causa de dolor torácico en un adulto mayor  
*Miranda V, Luis E, Rosales V*
- S227** Degeneración medular combinada subaguda y enfermedad de Crohn  
*Hernández H, Camacho D, Casarrubias M*
- S227** Hipotiroidismo de presentación atípica: Miopatía hipotiroidea hipertrófica presentación de un caso  
*Álvarez F, Hernández H, Alfaro J, Casarrubias M*
- S227** Rabdomyosarcoma a propósito de un caso raro de diagnóstico diferencial de tumor mediastinal anterior en Centro Médico Issemym Toluca  
*Constantino M, Lugo L, García E, García M, Brea E, Guevara A*
- S228** Evento vascular cerebral isquémico en paciente joven  
*Melchor A, Ramírez A, Muñoz E*
- S228** Reporte de un caso de criptococosis meníngea en un paciente inmunocompetente en el HE del CMN SXXI  
*Gómez F*
- S229** Tumor fibroso solitario e hipoglucemia. "Síndrome de Doege Potter"  
*Arriaga J*
- S229** Osteomalacia hipofosfatémica como síndrome paraneoplásico: Informe de caso  
*Álvarez F, Hernández H, Armijo R, Casarrubias M*



## Mensaje del presidente del Colegio de Medicina Interna de México

Con este suplemento del volumen 29 de Medicina Interna de México les entregamos los trabajos libres del XXXVI Congreso Nacional de Medicina Interna.

Como apreciarán ustedes el número de trabajos es muy grande, ocupan prácticamente todas las áreas de interés del Internista y los hay que tienen además de un gran rigor metodológico una gran calidad. Todos demuestran como muchos de los Internistas destinan un tiempo sustancial de su tarea cotidiana para realizar labores de investigación, naturalmente que de diferente profundidad, no sabemos el número de trabajos propuesto al congreso y por lo tanto los que fueron rechazados.

Si agregamos al número de Congresos Nacionales que se han llevado a cabo, la Reuniones Anuales, así se llamaron al arranque de la AMIM, en una muestra de discreción y modestia; ésta es la trigésima octava vez que los internistas nos reunimos para compartir e intercambiar experiencias, en un foro que ha ido constantemente creciente,

no sólo en número sino indudablemente en calidad. Acuden a él no sólo los internistas sino muchos subespecialistas interesados en otras áreas a las que dedican exclusivamente sus acciones primordiales.

Por el entusiasmo del actual Consejo Directivo, su interés para que no sólo las Conferencias Magistrales y el resto de las sesiones académicas sean del mayor interés y calidad sino que también el desarrollo de las sesiones de trabajos libres sea lo más exitoso posible, estamos seguros del éxito del Congreso. A éste contribuirá seguramente el entusiasmo que puntualmente muestran los internistas que acuden.

También queda claro que el futuro del Congreso Nacional se avizora halagüeño, porque el futuro Consejo Directivo ha demostrado gran entusiasmo anunciando planes ambiciosos e interesantes.

**El Editor**  
***Manuel Ramiro H.***





## XXXVI Congreso Nacional del Colegio de Medicina Interna de México\*

### Folio 004

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Infectología

**Evaluación de las escalas de severidad SOFA y APACHE II en pacientes con pielonefritis enfisematosa**

*Del Castillo N<sub>o</sub>, Avalos J<sub>o</sub>, Suarez R<sub>o</sub>, Halley M<sub>o</sub>, Díaz J<sub>o</sub>, González J<sub>1</sub>*  
0. Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos; 1. Instituto México del Seguro Social

**Antecedentes:** existen múltiples escalas de severidad con el fin de determinar la mortalidad de los pacientes, las más utilizadas SOFA y APACHE II, sin embargo una entidad poco comprendida es la pielonefritis enfisematosa (PE). **Objetivo:** determinar la utilidad de las escalas de SOFA y APACHE II, en pacientes con PE. **Material y métodos:** cohorte prospectiva realizada en pacientes con diagnóstico de pielonefritis enfisematosa del 2009 al 2011, en la cual se determinó medidas de tendencia central, T student, curva ROC y chi cuadrada. **Resultados:** 25 pacientes. 76% del sexo femenino, edad media de 51.8±15 años, sin diferencias clínicas evaluadas por t de student, de los cuales falleció el 24% (n=6), los días de sintomatología 13.2±30, el

tiempo de diagnóstico 2.3±3.4 días, los días de estancia 14.2±1.7, los cuales recibieron 4±2 antibióticos durante la estancia hospitalaria. El 96% con DM, 24% con HAS, 16% uropatía obstructiva. La evaluación de SOFA en sobrevivientes fue de 6.1±3.6, y no sobrevivientes de 11.3±2.4 (P=0.0034), y APACHE II en sobrevivientes de 18.6±6.1 y no sobrevivientes de 22.8±6.1 (P=0.157). Se realizó curva ROC para la escala SOFA, con ABC=0.864, significancia de P=0.008, determinándose como punto de corte 6.5, se analizó el valor de 6 y 7 puntos con valor de P=0.022, sensibilidad 100%, especificidad 53%, VPP 40%, VPN 100% y P=0.003, la sensibilidad es del 100%, con especificidad del 68%, VPP 50%, VPN 100% respectivamente. Al realizar curva ROC para APACHE II, ABC=0.706, la significancia de P=0.135. **Conclusiones:** la escala de evaluación es SOFA, los valores entre 6 y 7 se supera a la escala de APACHE II, la cual en este estudio carece de significancia estadística. Por lo cual, sugerimos el uso de la escala SOFA como un mejor predictor para esta entidad.

**Folio:0005**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Dermatología

**Amiloidosis sistémica con afectación cutánea a propósito de un caso con mieloma múltiple**

*Paredes O<sub>o</sub>, Medina D<sub>o</sub>, Quiroz R<sub>1</sub>*  
0. Centro Médico Nacional Raza Hospital Especialidades IMSS; 1. Hospital General de Zona 220 Toluca IMSS

Femenino de 63 años sin antecedentes de importancia que inicia hace un año con artralgias en rodillas y tobillos, así como edema de articulaciones interfalángicas proximales, tos seca, irritación faríngea y dolor tipo ardoroso en dorso de las manos así como pérdida ponderal de 8 kg en 3 meses, con dermatosis diseminada a cabeza, tronco y extremidades de los que afecta párpados superiores, lengua, manos y región umbilical con neoformaciones de aspecto papuloso, algunas color piel normal y otras de aspecto vascular, en lengua de aspecto vegetante asintomáticas y evolución crónica. Presentó además compromiso renal, cardíaco, articular, nervioso. Se le realiza biopsia periumbilical y en lengua con reporte rojo congo positivo realizado el diagnóstico de amiloidosis asociado a mieloma múltiple (MM) el cual se diagnosticó con aspirado médula ósea. Concluyendo amiloidosis sistemática con manifestaciones cutáneas asociado a MM.

\* El contenido científico y editorial de estos resúmenes no es responsabilidad de *Medicina Interna de México*.

**Folio:0006****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Nefrología**Síndrome de Bartter, reporte de un caso***Sánchez S<sub>o</sub>, González J<sub>o</sub>, Delgado<sub>o</sub>, Rodríguez R<sub>o</sub>, Villarreal M<sub>o</sub>, Galarza D<sub>o</sub>*

0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Se trata de un trastorno autosómico recesivo que causa anormalidades metabólicas: Alcalosis metabólica hipokalemia hiperreninemia hiperaldosteronismo hipomagnesemia Riesgo elevado de rabdomiolisis y muerte súbita por alteraciones hidroelectrolíticas. Trastornos en el crecimiento y desarrollo cognitivo. Poliuria y polidipsia debido a una capacidad de concentración de la orina disminuida. Excreción de calcio normal o aumentada. Concentración de magnesio normal o disminuida. Hipofosfatemia ocasional debida a hiperparatiroidismo secundario. La prevalencia del síndrome de Bartter en el reporte del estudio Framingham fue de 1 en 1 000 000. Reporte de caso: Masculino de 24 años, soltero, desempleado, originario de Veracruz, ingresa a Urgencias por tetania en extremidades superiores, la cual inició 24 hrs previo a su ingreso como espasmos leves, progresando hasta su estado de ingreso, acompañado de náusea, vómito de contenido alimentario e historia de evacuaciones diarreicas de 3-4 ocasiones por día en la última semana las cuales remitieron sin tratamiento, con AHF de un hermano y un tío con enfermedades renales no especificadas, sin requerir TRR. El paciente fue un producto a término, sin complicaciones durante el embarazo, refiere internamientos

a los 5 meses de edad y 8 años por deshidratación, 4 internamientos en la adolescencia por CCTCG, no especifica tratamiento ni abordaje diagnóstico. Internamiento en 2009 por somnolencia, acompañado de alucinaciones visuales, hipocloremia, alcalosis metabólica, durante dicho internamiento presentó un evento de arresto cardiaco, con RCP avanzado, estancia prolongada en UCI y desarrollo de NAV, se egresa sin diagnóstico, con sospecha de tubulopatía por los desequilibrios hidroelectrolíticos y ácido-base ya comentados. A su ingreso con signos vitales normales, alcalosis metabólica, hiponatremia hiposmolar hipovolémica, hipocloremia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia. Se coloca CVC, se inician reposiciones parenterales y via oral, mejora el cuadro clínico inicial. Se solicitan electrolitos urinarios, con CIU > 20 mEq/L, se evidencia rabdomiolisis, con CPK > 2000 UI/L. Se cuantifica calcio en orina de 24 hrs, 1237 mg/24hrs (normal: 100-300 mg/24hrs). Se descarta nefrocalcinosis por estudios de imagen, Se inicia tratamiento con espironolactona, IECA y se egresa con diagnóstico de síndrome de Bartter.

**Folio:0008****Tipo de Presentación:** oral**Tema del resumen:** Gastroenterología**Correlación entre el nivel de bilirrubina sérica y el grado de encefalopatía hepática en comparación con el amonio sérico***Peniche K<sub>o</sub>, Gutiérrez & Acute<sub>o</sub>, Sánchez J, Carrillo M<sub>o</sub>, Morales N<sub>o</sub>*

0.Hospital Regional de Veracruz ; 1.Hospital de Beneficencia Española; 2.Universidad de Veracruz

**Antecedentes:** la encefalopatía hepática (EH) es un trastorno neuropsiquiátrico común en pacientes con insuficiencia hepática crónica descompensada; en la etiología están implicadas varias neurotoxinas como el amonio y manganeso. La bilirrubina indirecta es una molécula capaz de atravesar la barrera hematoencefálica y producir daño neurológico. **Objetivos:** evaluar el nivel sérico de bilirrubina y el grado de encefalopatía hepática comparado con los niveles séricos de amonio. **Material y métodos:** se reclutaron pacientes con el diagnóstico de insuficiencia hepática crónica y EH en el Hospital Regional de Veracruz en el tiempo comprendido entre Julio de 2012 a septiembre de 2012. Se determinó a su ingreso niveles séricos de amonio, electrolitos y pruebas de función hepática; se valoró el grado de encefalopatía hepática de acuerdo a la clasificación de West-Haven. Se vació la información en una base de datos, se efectuó cálculo de medidas de tendencia central y correlación de variables. **Resultados:** se incluyeron 19 pacientes, de los cuales el 73.7% fueron del género masculino. La media de edad fue de  $59.52 \pm 14.03$ . El grado EH en el 42.1% los pacientes fue el grado 1, grado 2 con 31.5%, grado 3 con 15.7% y grado 4 con 10.5%. Al correlacionar el grado de EH y las concentraciones de bilirrubina total se observó correlación positiva pero no significativa ( $r=0.298$   $p=0.229$ ). Al correlacionar el grado de EH y las concentraciones de amonio observamos una correlación inversa pero no significativa ( $r=0.243$   $p=0.42$ ). Existe correlación inversa y significativa entre el potasio y el grado de EH ( $r=0.497$   $p=0.030$ ) no así con los demás electrolitos. **Conclusiones:**

la EH no se relaciona con los niveles séricos de amonio aunque sí de bilirrubina sérica. El desenlace fatal de los pacientes no se asocia con el nivel de bilirrubina ni con amonio sino con el desequilibrio hidroelectrolítico.

**Discusión:** el nivel de amonio no se correlaciona con el grado de EH a diferencia de la bilirrubina sérica la cual se encontró más elevada en los pacientes con encefalopatía grado 3 y 4; la hipocalemia fue un factor común en pacientes que fallecieron; se reconoce a la bilirrubina como neurotoxina sin embargo no como un agente etiológico o agravante de la EH; se requiere continuar con estudios experimentales o bien retrospectivos y descriptivos para apoyar esta teoría.

**Folio:0011**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Oncología

**Adenocarcinoma pulmonar de presentación atípica**

*Quiñonez C<sub>o</sub>, Isordia J<sub>o</sub>, Galarza D<sub>o</sub>, Villarreal M<sub>i</sub>*

0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González Monterrey, N.L. México.; 1.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González Monterrey, N.L. México

Paciente masculino 42 años de edad, odontólogo, sin antecedentes de importancia. El cual inicia con disfonía de 2 semanas de evolución, realizándole una nasoendoscopia con el hallazgo de paresia de cuerda vocal izquierda, se agrega disnea de grandes esfuerzos al subir escaleras de 48hrs evolución y acude a urgencias. Se aborda con TeleRadiografía de tórax; se documenta infiltrado intersticial bilateral reticulonodular y los laboratorios sin anormalidades;

ELISA VIH (-), se realiza una TAC tórax contrastado con tumoración de 7x7 en segmento superior del lóbulo inferior izquierdo y múltiples nódulos en ambos parénquimas pulmonares de predominio apical y adenopatía mediastinal y derrame pericárdico moderado; se realiza broncoscopia con lavado bronquialveolar y biopsia transbronquial con adenocarcinoma poco diferenciado con inmunofenotipo primario de pulmón caracterizado por tinciones inmunohistoquímicas CK7 positivo difuso 100% con predominio citoplasmático y TTF-1 positivo 90% con patrón nuclear, se reportan negativos BAAR y KOH, posteriormente se reporta FISH negativo para amplificación del gen EGFR. A las 72 hrs de su ingreso hospitalario la disnea progresa rápidamente a reposo, se realiza ecocardiograma transtoracico con fisiología de taponamiento cardiaco, pericardiocentesis terapéutica y diagnostica con salida de líquido sanguinolento; la citología con invasión de células de adenocarcinoma en el líquido pericárdico, por lo cual cumple con un estadio avanzado, etapa IV y se procede a ventana pericárdica. También durante su estancia se documentó tromboflebitis de brazo derecho y posteriormente tromboflebitis migratoria y trombosis venosa profunda de pierna izquierda corroborado por ecografía doppler. En el paciente la presentación fue atípica ya que apenas 2% debutan con disfonía según las guías de la ACCP, CHEST Journal "Evaluation of the patients with Lung Cancer 2007". Los síntomas respiratorios presentan una evolución rápidamente progresiva caracterizada por disnea en reposo secundaria a taponamiento cardiaco, el tamponade no se reporta en la literatura como causa

de los síntomas respiratorios iniciales en el Adenocarcinoma pulmonar. También se documenta un síndrome paraneoplásico el síndrome Trousseau con la aparición de tromboflebitis migratoria.

**Folio:0012**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Ascitis quilosa, manifestación inicial de cáncer de colon**

*De la Torre V<sub>o</sub>, Ayala N<sub>p</sub>, Cervantes A<sub>p</sub>, Tapia E<sub>p</sub>, Ortíz E<sub>p</sub>, Sandoval M<sub>p</sub>, Espinoza A<sub>i</sub>*

0.Hospital Juárez de México; 1.Hospital de Alta Especialidad del Bajío

**Antecedentes y objetivo:** la ascitis quilosa como primera causa es por trauma directo a los vasos linfáticos. Son pocas causas atraumáticas, como medicamentos o neoplasias, siendo esporádicos los casos en la que esta no es linfática. El diagnóstico se hace con cifras de triglicéridos en líquido > 200 mg/dl. El tratamiento fundamental es el manejo de la causa de base. El objetivo es reportar un caso de cáncer de colon con Ascitis quilosa como manifestación inicial. Presentación del caso Mujer de 59 años con Insuficiencia Hepática CHILD B secundario a Hepatitis Autoinmune, en tratamiento con Espironolactona, Furosemida, Omeprazol, Azatioprina y Prednisona. Su padecimiento inició en el año 2012 con ascitis grado IV, sometida a 3 eventos de paracentesis con cito químicos normales. En mayo 2013 presenta vómito gastrobiliar, fiebre, dolor abdominal. A la exploración tiene ascitis grado III, se realiza paracentesis donde se obtuvo líquido amarillo turbio, se analiza y se reporta



cifra de triglicéridos de 655 mg/dl. Por lo anterior, se investiga diagnóstico etiológico, se manda líquido a patología, reportándose células neoplásicas de carcinoma, se solicita Tomografía de abdomen y endoscopia que no evidencian lesión maligna primaria, se realiza colonoscopia con hallazgo de lesión nodular eritematosa friable de aspecto infiltrativo a 10cm del ángulo hepático, se biopsia con resultado un adenocarcinoma de moderadamente a poco diferenciado infiltrante con permeación vascular. Discusión: La ascitis quilosa es una entidad poco frecuente, siendo un dato cardinal de una patología subyacente que debe investigarse. En este caso, ninguno de los fármacos que toma la paciente se asocia a ascitis quilosa. Los niveles de triglicéridos en líquido de ascitis no es un estudio de rutina solo se hace si las características del líquido son sospechosas, pero puede no ser de color blanco lechoso y aún así contener cifras de triglicéridos en rango para una ascitis quilosa. En este caso, el mecanismo fisiopatológico es por la invasión de nivel de los vasos linfáticos peritoneales, pero esta no se observa en la tomografía. En la literatura se reportan cuarenta y un etiologías diferentes. En segundo lugar están las neoplásicas como sarcomas, tumores neuroendocrinos, linfomas y leucemias, siendo el Cáncer de colon una causa poco reportada de ésta, y una presentación atípica del mismo.

**Folio:0013**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología

**Miocardopatía dilatada reversible**

*Quiñonez C<sub>o</sub>, Isordia J<sub>o</sub>, Galarza D<sub>o</sub>, Villarreal M<sub>o</sub>*

0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González Monterrey, N.L., México

Paciente masculino de 34 años de edad sin antecedentes de importancia, que inicia con anasarca de 1 mes de evolución y pancitopenia, laboratorios con Hb 10g/dl, Leucocitos 3mil y plaquetas 128mil, diferencial manual sin blastos, colesterol total 265, triglicéridos 212, albumina sérica 1g/dl y proteinuria 5gr/24hrs; creatinina, BUN, Bilirrubinas totales, transaminasas, DHL y electrolitos normales, y también panel viral negativo. A la EF se le encuentran adenopatías cervicales, axilares e inguinales, realizándose biopsia excisional ganglio cervical resultando el diagnóstico de Linfoma de Hodgkin variedad celularidad mixta y síndrome nefrótico secundario a neoplasia hematológica, por TAC toraco-abdominal se clasifico un estadio IIIA de Ann Harbor en agosto 2010. Se inicia esquema ABVD 50mg Doxorubicina, 15uds bleomicina, 10mg vinblastina y 720mg dacarbazina. En Septiembre 2010 un mes después de la quimioterapia acude a urgencias por presentar síndrome de falla cardiaca con edema agudo pulmonar cardiogenico, un ecocardiograma transtoracico reporto dilatación de 4 cavidades, con hipoquinesia global y una FEVI del 15%; una miocardopatía dilatada secundaria a la administración de la antraciclina; se inició manejo óptimo de falla cardiaca con mejoría sintomática y se egresó a su domicilio. A los 6 meses de recibir quimioterapia acude al hospital por celulitis de extremidad inferior izquierda, y durante su estancia cursa con disnea en reposo con cifras de TA 220/120 se realiza nuevo ecocardiograma

transtoracico y reporta recuperación total de miocardopatía dilatada con una contractilidad global y segmentaria preservada con FEVI 50%; se da tratamiento con nitroglicerina IV por emergencia hipertensiva, pero cursa con hemorragia intracerebral abierta a ventrículo y fallece. Es un caso interesante principalmente porque solo se han descrito 3 casos de miocardiopatía dilatada reversible por antraciclinas en el journal del "Annals of Internal Medicine" de 1987. Las dosis descritas asociadas al desarrollo de miocardopatía dilatada son > 300mg/m<sup>2</sup>SC y también cabe destacar que en nuestro caso se desarrollo la miocardopatía dilatada con una dosis total mucho menor, la cual fue de 90mg/m<sup>2</sup>SC de doxorubicina.

**Folio:0014**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

**Variabilidad cardiovascular en pacientes mexicanos con enfermedad de Parkinson**

*Delgado G<sub>o</sub>, Estañol B<sub>p</sub>, Rodríguez M<sub>2</sub>*,  
0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González; 1.Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; 2.Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

**Objetivo:** la variabilidad cardiovascular (CVV) ha sido evaluada en pacientes con enfermedad de Parkinson (PD) en otros países. Sin embargo, ésta presenta diferencias étnicas. Estudiamos la variabilidad de la frecuencia cardíaca (HRV) y de la presión arterial (BPV) en pacientes mexicanos con PD y además las comparamos entre este grupo y controles jóvenes sanos (YHC) con el fin de estimar,

por primera vez en nuestro país, la magnitud de la diferencia. **Método:** veinte pacientes (edad promedio: 60.9 ± 6.27 años) fueron examinados. Los parámetros temporales y espectrales fueron evaluados durante supinación, ortostatismo activo (AS) y respiración controlada. Estas mediciones fueron comparadas con aquellas de 20 YHC (37.6 ± 8.84 años). **Resultados:** en las tres condiciones, nuestro estudio mostró un decremento en casi todos los parámetros de la HRV en los pacientes con PD. Por el contrario, parámetros disminuidos de la BPV se hallaron con menor frecuencia y sólo durante supinación y AS. **Conclusiones:** al igual que en otros países, los resultados indican que la HRV está afectada en la PD. Algunos parámetros de la BPV están también disminuidos, pero son necesarios más estudios. Hasta donde sabemos, este trabajo es el primero en documentar la CVV en pacientes mexicanos con PD.

**Folio:0015**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Histoplasmosis diseminada en paciente inmunocompetente**

*Jiménez M<sub>o</sub>*

0.Hospital Juárez de México

Masculino de 57 años originario de Michoacán, campesino, tabaquismo positivo con índice tabáquico de 30 cajetillas por año. Cuadro clínico de tres meses de evolución con presencia de astenia, adinamia, dolor abdominal, fiebre de 39°C y pérdida de peso de 6 Kg en los últimos dos meses, recibió tratamiento como infección gastrointestinal. Acude a nuestro hospital el 23 de marzo por persistencia de malestar general y fiebre de predominio noc-

turno. La exploración física muestra palidez de tegumentos, se auscultan estertores subcrepitantes en región subespacular de forma bilateral, sin datos de dificultad respiratoria, hígado y bazo palpable, no se evidencia sangrado activo, biometría hemática con Hb 7.9g/dl, Hto 26% plaquetas 12 000, leucocitosis de 12 790 con neutrofilia (10, 810) TP 16 seg, TPT 39,3 seg INR 1.3, LDH 1710, BT: 0.99 BD: 0.42 TGO: 94 TGP: 37. La radiografía de tórax demuestra opacidad heterogénea de bordes irregulares en la base de campo pulmonar derecho. Falla renal aguda AKI I (Creatinina 2.1, BUN 41.2mg/dl). Se inició levofloxacino por sospecha de foco infeccioso a nivel pulmonar, sin observar mejoría clínica. Tras 72 horas de su ingreso se encuentra con deterioro clínico, progresión de la falla hepática (BT 2.29, BD 1.76, TGO: 476, TGP 119), descenso de plaquetas (7000), cultivos de expectoración negativos, panel viral negativo para Hepatitis B, C y VIH. Se realizó aspirado de medula ósea y se observa presencia de hemofagocitosis severa, describiendo cuerpos de inclusión en citoplasma de neutrófilos y macrófagos. Inició tratamiento con Anfotericina B ante la sospecha de Histoplasmosis. Sin embargo, presenta mayor deterioro clínico, dificultad respiratoria que requiere apoyo mecánico ventilatorio, ocho horas después presenta paro cardiaco que no responde a maniobras de reanimación cardiopulmonar y se declara muerte. La tinción de PAS y Grocott en aspirado de medula ósea confirmó diagnóstico de Histoplasmosis diseminada.

**Folio:0016**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Dermatología

**Linfoma cutáneo de células T: reporte de un caso y revisión de literatura**

*Cabrera A<sub>o</sub>, González J<sub>o</sub>, Olvera V<sub>o</sub>*  
0.Hospital Ángeles, Clínica Londres

Los linfomas cutáneos primarios representan un grupo heterogéneo de linfomas, desde el punto de vista clínico, histológico, inmunofenotípico y pronóstico. EORTC-WHO han llegado a un consenso para clasificar estas patologías. Se expone el caso de un femenino 72 años, que inicia cuadro pruriginoso, secundario a dermatosis, de 3 meses de evolución. Presentando múltiples placas de tamaño variable con descamación, en tórax y extremidades, posteriormente generalizando. Se realiza biopsia cutánea y protocolo diagnóstico encontrando linfoma de inmunofenotipo T, en etapas iniciales. Los LCCT son una de las enfermedades dermatológicas malignas más frecuentes, se aproxima una incidencia de 6 casos por millón, predominando varones 2:1 e incrementa con la edad. Debido al buen pronóstico en etapa inicial y a la ausencia de tratamiento curativo se proponen múltiples regímenes para su manejo, para las cuales se debe tener en cuenta el tipo clínico de linfoma y especialmente el estadio del mismo.

**Folio:0017**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Tuberculosis pulmonar complicada con absceso pulmonar en paciente con atresia pulmonar**

*Sánchez J<sub>o</sub>, Villanueva E<sub>o</sub>, Contreras F<sub>o</sub>, Cerecedo M<sub>o</sub>*

0.Hospital Regional de Ciudad Madero de Petróleos Mexicanos

Los abscesos pulmonares por *Pseudomonas aeruginosa* se encuentran presentes por deficiencia de fibronectina salival, asociado a malnutrición (disminución de IgA), comorbilidades crónicas. Sin embargo no existe registro de incidencia de tuberculosis pulmonar sobreinfectada con *Pseudomonas aeruginosa*. Femenino de 21 años de edad, originaria de Tamaulipas. Antecedentes personales: atresia pulmonar con CIV, PO de anastomosis tipo Blalock-Taussig en 1992 y en 1996, actualmente anastomosis derecha disfuncional e izquierda con flujos bajos. Evolución: Inicio 1 mes previo a ingreso con hiporexia, pérdida ponderal, fiebre, tos productiva y disnea, recibió antibioticoterapia no especificada. Ingresa hipotensa, taquicárdica, polipneica, febril, presencia de esputo hemoptoico, campos pulmonares con estertores finos en hemitórax derecho, ruidos cardiacos con soplo mesosistólico en foco pulmonar irradiado a base escapular izquierda. Leucocitosis de 19,500, neutrofilia y gasometría arterial con PO<sub>2</sub>: 30, PCO<sub>2</sub>: 39, pH: 7.38, HCO<sub>3</sub>: 18.8, SatO<sub>2</sub>: 74%. Rx tórax con infiltrado e imagen redondeada, de bordes bien definidos de radiodensidad aumentada en lóbulo superior derecho segmento posterior de 7X5cm, cardiomegalia grado II. Ante sospecha de Neumonía y epidemia de Influenza se inició tratamiento con fluoroquinolona y Oseltamivir, persistiendo con fiebre a pesar de múltiples esquemas; 3 hemocultivos (negativos), 4 BAAR en expectoración (negativos). Se planteó fibrobroncoscopia contraindicándose por hipoxemia severa. TAC Tórax con absceso pulmonar de 7x5cm. Se inició antituberculosos (H, R, Z, E) remitiendo la fiebre solo por 12 días.

Ecocardiografía sin vegetaciones, CIV con cortocircuito de derecha a izquierda. Se realizó punción guiada por TAC obteniendo 30cc líquido hematurpuroso, reportando *Pseudomonas aeruginosa* y PCR para *Micobacterium tuberculosis*. Completó 15 días con carbapenemico / netilmicina y esquema antituberculoso por 9 meses, asintomática y con remisión radiológica del absceso y la cavitación. Discusión: Se ha observado que los pacientes con Blalock Taussig Shunt se encuentran con riesgo incrementado para presentar neumonías (20%), trombosis (20%), atelectasias (27%), la sobrevida observada hasta el momento es de 3 a 34 meses postoperados.

**Folio:0018**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Pie diabético: datos demográficos**

De la Cruz K<sub>o</sub>, Fernández F<sub>o</sub>, Magdaleno F<sub>o</sub>, Avalos J<sub>o</sub>, Calcaneo G<sub>o</sub>, Alfonso M<sub>o</sub>, Vidal T<sub>o</sub>, Bastar A<sub>o</sub>, Custodio L<sub>o</sub>

0.Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús

**Introducción:** la prevalencia mundial de Diabetes Mellitus (DM) supera actualmente los 200 millones de casos. En México existen aproximadamente 4,654,000 diabéticos. En la encuesta nacional de salud y nutrición del 2006 la prevalencia es del 9.5%. El pie diabético es la complicación más común de la DM, con una incidencia anual de 1-4 %. **Objetivo:** 1. Conocer la prevalencia puntual de pie diabético 2. Conocer los datos demográficos 3. Clasificar el pie diabético por Wagner, Pedis. 4. Mortalidad. **Métodos:** cohorte. 1ºEnero-30 Junio 2013. Pacientes

con pie diabético (PD) American Diabetes Association ingresaran a hospitalización de medicina interna. Un observador clasificó la lesión y el grupo multidisciplinario decidió el tratamiento para cada caso. Seguimiento hasta el egreso. Estadística. Descriptiva. Cálculo de prevalencia puntual mensual. Análisis estratificado. **Resultados:** se incluyeron 81 pacientes y 98 eventos, masculino 59.3%, M:F 1.45:1, edad X=58.7 años, hombres 59.2 ± 14, femenino 58 ±15. DM tipo 2 (97.5%) y Tipo 1 (2.5%). Pie izquierdo más afectado 44.4%, derecho 47%, bilateral 8.6%. Comorbilidades: HAS 42.9%, IRC 18.4%, insuficiencia arterial periférica 3.1%,HIV, I. Renal aguda, demencia senil, CaCu cardiopatía cada una con 1%, un 20.4% presentaban más de una comorbilidad. Clasificación Wagner I (1%), II (10.2%), III (31.6%), IV (48.9%), V(7.1%), Pedis I (1%), II (19.4%), III (64.3%), IV (14.3%), tiempo de evolución DM 13.5±7 años, glucosa de ingreso 227±134, tiempo de estancia hospitalaria 7.7 ±5 días. La prevalencia de amputaciones 59%, reingresos 7.5%, Motivos de egreso: resolución del evento 73.5%, alta voluntaria 18.4 %, mortalidad 7%.máximo beneficio 1%. **Conclusiones:** la prevalencia puntual de pie diabético fue 16 casos/mes. 2. Predominio en DM2(97.5%), predominio hombres M:F 1.45:1, pie izquierdo más frecuentemente afectado (51%) 3). Los casos más frecuentes son Wagner III y IV con 53% y 49% respectivamente. 4. Mortalidad 7%. El tratamiento del PD en nuestro hospital es predominantemente cirugía radical; Wagner IV se amputan en 62% mientras que los restantes reciben tratamiento médico, Wagner III con

esta escala queda poco definido su pronóstico al ingreso por lo que se justifica llevar a cabo una evaluación más detallada. Existen muchos casos de alta voluntaria por no aceptación de intervención propuesta desde el ingreso.

**Folio:0020**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Amiloidosis sistémica: frecuencia, presentación clínica y factores asociados en un hospital de tercer nivel.**

**Una revisión de 14 años**

*Reyes J<sub>o</sub>, Vera O<sub>o</sub>, Padilla Y<sub>o</sub>, Vela J<sub>o</sub>, Hernández J<sub>o</sub>, Torres E<sub>o</sub>*

0.UMAE Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional La Raza

**Antecedentes:** la amiloidosis es un grupo de enfermedades raras y de causa desconocida, que se caracterizan por el depósito de sustancia amorfa fibrilar, en los espacios extracelulares de diversos órganos y tejidos condicionando alteraciones funcionales y estructurales según la localización e intensidad del depósito. **Objetivo:** conocer la incidencia, características clínicas al diagnóstico y los factores asociados a amiloidosis en un hospital de 3er nivel. **Material y métodos:** se incluyeron a pacientes mayores de 18 años, ambos géneros, con diagnóstico de amiloidosis realizado por biopsia, y quienes acudieron al departamento de medicina interna en el hospital de especialidades centro medico nacional la raza desde enero de 1998 y hasta diciembre de 2012, se incluyeron también pacientes en clínica de amiloidosis del departamento de hematología y nefrología que tuvieran seguimiento al menos 6 meses previos a la realización del

trabajo. Se analizaron datos demográficos, afección orgánica, diagnóstico principal asociado y tratamiento específico con melfalan. prednisona y clorambucil, se catalogo la afección orgánica en renal, cardiaca, articular, digestiva y presencia de neuropatía periférica. **Resultados:** se encontraron 30 pacientes, de los cuales 9 fueron eliminados del estudio, 6 por perdida de seguimiento sin protocolo completo y 3 por no encontrar expediente clínico en nuestro archivo. Con una incidencia de 2.1 casos por año, con un promedio entre el inicio de síntomas y el diagnóstico de 32 meses, la edad media encontrada fue de 56 años, con un rango de 34 a 72 años, 11 (52%) del género femenino y 10 (48%) del masculino. 80% de los casos fueron amiloidosis primaria. Presentaron falla renal 16 de los 21 pacientes (76%), de ellos 15 de 16 asociado a síndrome nefrótico, se encontró macroglosia asociada a disfagia en el 52% 11 de 21, y afección miocárdica por miocardiopatía restrictiva en el 28 % (6 de 21), se encontró neuropatía periférica en el 48% de los pacientes, con síndrome del túnel del carpo 24%. En 1 se documento liquen amiloide. El 100% presento perdida de peso significativa, el 90% recibió tratamiento con melfalan y prednisona, al momento de recolectar datos habían fallecido 7 de 21 pacientes 33%. **Conclusiones:** la amiloidosis es una entidad rara aun en nuestro centro de concentración, con mal pronostico a mediano plazo a pesar del tratamiento.

**Folio:0021**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 usando hemoglobina glico-**

**silada en pacientes con factores de riesgo en Nuevo León**

*Rangel I<sub>o</sub>, Valdovinos S<sub>p</sub>, Villela L<sub>o</sub>, Tinoco A<sub>p</sub>, Pérez L<sub>2</sub>*

0.Instituto Tecnológico de Monterrey de Estudios Superiores; 1.Secretaria de Salud de Nuevo León.; 2.Instituto Tecnológico de Monterrey de Estudios Superiores y Secretaria de Salud de Nuevo León

La DM2 es un problema de salud a nivel mundial, su prevalencia va a la alza en los últimos 10 años. México es un país con una prevalencia de la enfermedad mayor al promedio mundial, Se estima que mas del 80% de las muertes relacionadas a la DM2 ocurren en países en vías de desarrollo. En 2009 la ADA y la OMS agregaron a los criterios diagnósticos de DM2 la Hemoglobina glicosilada (HbA1c) con punto de corte igual o mayor a 6.5% para el diagnóstico de la enfermedad. Actualmente existe evidencia científica de que el punto de corte debe ser individualizado en cada región, ya que existe variabilidad genética. En nuestro país no existe a la fecha ningún estudio que valide el uso de HbA1c como método diagnóstico para DM2. Nuestro objetivo es determinar la eficacia diagnóstica de la HbA1c DM2 en pacientes con factores de riesgo para DM2 y compararla con el método diagnóstico considerado estándar de oro, la Curva de Tolerancia a la Glucosa (CTG) para buscar científicamente el punto de corte para la población de Nuevo León y comparar dicho resultado con el punto de corte sugerido por la ADA. Invitamos a la población mayor a 18 años de la zona Metropolitana de Monterrey, Nuevo León, sin diagnóstico previo de DM, que tuvieran al menos un



factor de riesgo para la enfermedad. Los participantes, previo consentimiento informado, recibieron una valoración antropométrica completa y se obtuvieron muestras séricas en ayuno para enviar HbA1c y glucosa basal de CTG, posteriormente ingirieron 75 gramos de glucosa anhidrica para la realización del reto, la CTG, obteniendo nueva muestra sérica en 2 horas para completar valoración. Se realizaron curvas ROC para determinar el valor optimo de HbA1c para el diagnóstico de DM2, evaluando además sens, espec, VPP y VPN. Reclutamos 160 pacientes, con edad media de 40 años y con una mediana de 2 factores de riesgo para DM2. La incidencia de DM2, diagnosticada por CTG, fue de 13.54%. El área bajo la curva usando ROC fue 0.97% (IC 95%; 0.935-1.0) para HbA1c con un punto de corte optimo de 5.95%. La sensibilidad fue de 95% y especificidad de 96%. Valor predictivo positivo de 72% , valor predictivo negativo 94%. La prevalencia de DM2 fue mas alta en nuestra población. El punto de corte sugerido de HbA1c en nuestra población es mas bajo que el sugerido por la ADA. Se necesitan mas estudios en otras regiones del país para validar el método.

**Folio:0022****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Dermatología**Reporte de un caso de pénfigo vulgar y sus factores de riesgo***Santana R<sub>0</sub>*

0.Instituto de Salud del Estado de México

**Antecedentes:** masculino 43 años, agricultor, sin antecedentes importantes. Acude, por cuadro de 3 meses

con ampollas diseminadas. Múltiples tratamientos sin respuesta. A su ingreso dermatosis diseminada incluso en cuero cabelludo; respetando palmas, plantas y conjuntivas; lesiones polimorfos, con placas costrosas, áreas desnudas con base eritematosa y secreción purulenta; cuero cabelludo con alopecia no cicatrizal, áreas costrosas seborreicas, Nikolsky Positivo. Se realizó biopsia que confirma diagnóstico. **Objetivo:** presentación de un caso y sus factores de riesgo. **Análisis y métodos:** estudio clínico e histopatológico. **Discusión:** paciente diagnosticado en un inicio como infección antimicrobiana, múltiples tratamientos, sin mejoría. Ingresó con deterioro importante, áreas de piel infectadas secundarias a polifarmacia. Se realizó diagnóstico clínico de Pénfigo Vulgar corroborado por histopatología, recibió esteroides sistémicos y cefalosporina de tercera generación; obteniendo remisión progresiva de lesiones. Es importante continuar con el seguimiento del paciente, ya que al ser una enfermedad crónica y contar con factores de riesgo precipitantes detectados, puede presentar recidivas y complicaciones, lo que se debe evitar para mantener una buena calidad de vida y mejorar el pronóstico. **Conclusiones:** el Pénfigo Vulgar es una enfermedad inmunológica poco frecuente debido a su baja prevalencia en nuestro medio. Este comportamiento se explica por la asociación con HLA-DR4 (90%) el cual es expresado principalmente en población judía. Sin embargo la población mexicana no es exenta, se debe continuar las investigaciones para detectar los factores de riesgo que precipitan la enfermedad en los individuos con predisposición genética.

El conocimiento de esta entidad y sus factores precipitantes contribuyen al cuidado de los pacientes, disminuyendo los episodios de exacerbación en quienes ya la padecen, disminuyendo la incidencia de complicaciones y su mortalidad así como la mejora en su calidad de vida.

**Folio:0024****Tipo de Presentación:** oral**Tema del resumen:** Hematología**Relación de la hemólisis intravascular microangiopática y la disfunción renal en pacientes con preeclampsia***Duarte J<sub>0</sub>*

0.Hospital General Dr. Nicolás San Juan

**Introducción:** la presencia de hemólisis intravascular microangiopática es una manifestación de grave disfunción endotelial y tiene relación con los problemas perfusorios sistémicos en las pacientes con preeclampsia entre ellos disfunción renal. **Material y método:** se incluyeron pacientes con preeclampsia ingresadas a la unidad de tococirugía, clasificándose con disfunción renal a las pacientes con niveles de creatinina iguales o mayores de 0.9 mg/dl y pacientes con función renal normal, se analizó la presencia de hemólisis intravascular microangiopática si presentaban frotis de sangre periférica positivo, hemoglobinuria positiva, elevación en los niveles de deshidrogenasa láctica y trombocitopenia. **Resultados:** se incluyó a 81 pacientes con preeclampsia, al ingreso a la unidad de tococirugía, 23 (28.3%) con disfunción renal y 58 (71.7%) con función renal normal. A las 24 hr 35 pacientes (43.2%) con disfunción renal y 46 (56.8%) con función renal normal. La hemólisis



intravascular microangiopática se presentó en 6 pacientes al ingreso y a las 24 hr (7.40%). Al ingreso 17.3% de las pacientes con disfunción renal presentaron hemólisis intravascular microangiopática y solo en el 3.4% de las pacientes con función renal normal, OR 5.89 (IC95 0.9-34.7)  $p=0.031$ . A las 24 hr, 11.4% de las pacientes con hemólisis intravascular microangiopática tenían disfunción renal y 4.3% presentaron función renal normal, OR de 2.83 (IC95 0.4-16.4)  $p=0.2$ . Con respecto al frotis de sangre periférica, al ingreso de las pacientes, el 60.8% presentaron disfunción renal y 36.2% tenían función renal normal, OR de 2.74 (IC95 1.01-7.40)  $p=0.0043$ . A las 24 hr, 60% tenían disfunción renal y 30.4% presentaron función renal normal, OR de 3.42 (IC95 1.36-8.62)  $p=0.008$ . **Conclusiones:** la presencia de hemólisis intravascular microangiopática presenta un comportamiento inconsistente en relación a la disfunción renal, a diferencia de la presencia de esquizocitos en el frotis de sangre periférica.

#### Folio:0025

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Variables de riesgo, construcción de un modelo de predicción y análisis a través de curva ROC para amputaciones en pacientes con pie diabético en el estado de Tabasco.**

**Estudio de cohorte**

De la Cruz I<sub>o</sub>, De la Cruz K<sub>o</sub>, López A<sub>o</sub>, Soto M<sub>o</sub>, Fernández F<sub>o</sub>, Magdaleno F<sub>o</sub>, Robledo J<sub>o</sub>

0.Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casás

**Antecedentes:** la diabetes mellitus (DM) en México tiene prevalencia de

9.5%, la prevalencia del pie diabético (PD) es de entre 8 y 15%. En Tabasco la prevalencia de DM es 6.2%. El PD causa 20 a 30% de admisiones hospitalarias, mortalidad de 3 a 7% y 50% en los tres años siguientes.

**Objetivos:** 1. Conocer prevalencia puntual de amputaciones de PD que se hospitalizan en un centro de referencia de Secretaría de Salud de Tabasco. 2. Conocer las variables independientes preoperatorias de amputación de PD. 3. Construir un modelo predictivo con todas estas variables para amputación en esta población. **Material y métodos.** *Diseño:* cohorte, longitudinal, observacional, maniobra, descriptivo. Con una base de datos de pacientes con PD, en el período del 1 de enero al 30 de junio 2013 se hizo evaluación clínica y se decidió el tratamiento por el equipo médico-quirúrgico. Se clasificó según escala de Wagner (EW), Universidad de Texas y PEDIS. *Análisis estadístico.* Prevalencia puntual. Estadística descriptiva e inferencial. Análisis del grupo total y estratificado por EW. Análisis univariado con la finalidad de encontrar variables asociadas independientemente con amputación a través de X<sup>2</sup> y exacta de Fisher. Análisis multivariado: regresión logística binaria por método forward, stepwise para ajustar confusores y variable dependiente la presencia de amputación. Se obtuvo el indicador puntual OR, IC 95 %, significancia estocástica  $p<0.05$ . **Resultados:** se incluyeron 81 pacientes F:40.7% M: 59.3%, edad 58.7 años. Evolución DM 13.7 años. Compromiso 47% pie derecho y 44.4% izquierdo. EW I (1%), II (10.2%), III (31.6%), IV (48.9%), V (7.1%). Se amputaron 58 eventos (59%) de los cuales cirugía mayor

41% y cirugía menor 58.6%. En el análisis estratificado hubo una diferencia estadísticamente significativa en el tiempo de estancia hospitalaria, con  $p<0.0001$ . Se buscó asociación de la EW y amputación encontrándose una asociación independiente con  $p<0.006$ . En curva ROC la EW tuvo un AUC= 0.68 IC 95% (0.56-0.79). En el análisis de regresión logística la única variable independiente asociada a la amputación fue la EW OR 1.66 IC 95% (1.01-2.75). **Conclusión:** la prevalencia de amputaciones fue 68%. La EW fue la variable independiente asociada a amputación con una predicción del 66% de riesgo IC 95% (1.01-2.75). La estancia hospitalaria de los pacientes amputados es mayor con  $p<0.0001$ .

#### Folio:0026

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Expresión de autoinmunidad y resistencia a la insulina: informe de un síndrome poliglandular autoinmune (SPA) tipo IIIC**

Cab J<sub>o</sub>, Gómez N<sub>o</sub>, Barrientos F<sub>o</sub>, Hernández E<sub>o</sub>

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** SPA es una endocrinopatía caracterizada por enfermedad autoinmune de 2 glándulas endocrinas, asociado a otras patologías inmunológicas y anticuerpos órgano-específicos. Según la clasificación de Neufeld y Blizzard (modificado por Eissenbarth) se divide en tres: I, II, III (A,B,C). El SPA Tipo III se caracteriza por enfermedad tiroidea autoinmune asociado a otra endocrinopatía, excluyendo insuficiencia Adrenal. El Tipo IIIC comprende tiroiditis autoinmune

asociada a enfermedad órgano específico y/o enfermedad autoinmune sistémica. **Caso:** mujer 29 años, sin antecedente de autoinmunidad. Inicia hace 8 meses con incremento ponderal, dolor abdominal, artralgias de codo, MCF, IFP y rodillas, usó azatioprina, antipaludico, esteroide y AINE. Acude por artralgias y prurito. EF fenotipo metabólico, hirsutismo, facies cushingoide, sinovitis en carpo, xerosis cutánea y huellas de rascado. Paraclínicos: TSH elevada y T3/T4 depletadas, PFH: TGO 110 U/L, TGP 179.0 U/L, GGTP 640 U/L y FA 655 mU/ml. VSG 52 mm y PCR(1:80), FR( ) y aCCP(79.7 UI/ml). Acs Anti-Mitocondriales 67.5 U/mL, antitiroglobulina 1100 U/ml y antiperoxidasa 1350 U/mL. La PTO: glicemia basal 110 mg/dl y 2 hrs 178 mg/dl, la HbA1c 5.9%. USG hepático con esteatosis. Rx manos: osteopenia yuxta-articular, esclerosis subcondral y estrechez en MCF e IFP. Biopsia hepática: destrucción de conductos biliares intrahepáticos y BAAF de tiroides: cels epiteliales con citoplasma amplio oxifílico en fondo inflamatorio con fibrosis. Se concluye SPA, se inicia: biguanida, esteroide, azatioprina, coxib y ac ursodesoxicólico con respuesta favorable. **Discusión:** el SPA tipo III se asocia a respuesta inmune y susceptibilidad genética ligada al HLA Clase II haplotipo DRB1. Su incidencia mundial es desconocida, predomina en mujeres de 14-30 años. Horie y cols(2012) reportan en estos pacientes retardo en la aparición de Diabetes hasta por 7-10 años. Por acs anti-tiroideos alterados con hallazgos histológicos se considera tiroiditis de Hashimoto. Por acs anti-mitocondriales positivos, transaminasemia < 200

U/L, FA > 500 mU/ml, prurito y cambios en biopsia hepática se establece Cirrosis biliar primaria. Por serología positiva, VSG y PCR elevadas, actividad articular y cambios radiológicos reúne criterios para Artritis Reumatoide. Además datos de resistencia a la insulina (fenotipo, PTO alterada y valores de HbA1c). Expresa autoinmunidad y endocrinopatía múltiple. Concluimos SPA tipo III C.

**Folio:0027**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Pancreatitis aguda secundaria a hipercalcemia manifestación inicial de hiperparatiroidismo primario**

*Ortiz A<sub>o</sub>, Santana R<sub>o</sub>, González A<sub>o</sub>, Duarte J<sub>o</sub>, Del Moral J<sub>o</sub>, Lee Eng V<sub>o</sub>*  
 0. Hospital General de Toluca Dr. Nicolás San Juan, Instituto de Salud del Estado de México

**Antecedentes:** la pancreatitis aguda tiene una gran variedad de etiologías, es aceptado que el consumo de alcohol y la litiasis biliar son las responsables de por lo menos 80 - 90% de todos los casos. La hipercalcemia aguda ha sido considerada responsable de lesiones directas de las células acinares y ductales del páncreas, con formación de precipitación proteicas intracanaliculares; también puede producirse activación del tripsinógeno. La hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo es una causa rara de pancreatitis aguda variando entre 1.5%-7%. **Objeto de estudio:** describir caso de pancreatitis aguda secundaria a hipercalcemia como manifestación inicial de hiperparatiroidismo primario. **Material y métodos:** paciente masculino 16 años de edad que acude al Hospital

por presentar dolor abdominal en epigastrio, transfixivo e irradiado en hemicinturón hacia lado izquierdo, de un día de evolución. Presencia de fiebre (38°C), nauseas y vómito de contenido gastrobiliar. Paciente sano, sin antecedente de alcoholismo, tabaquismo o toxicomanías, sin ingesta de medicamentos. Ante la sospecha de cuadro de pancreatitis aguda, solicitamos enzimas pancreáticas reportándose con hiperlipasemia e hiperamilasemia, estableciendo diagnóstico de pancreatitis aguda. Se descarta etiología biliar a través de US hígado y vías biliares reportándose en características normales, sin presentar hipertrigliceridemia y como única alteración hipercalcemia. Se realiza Hormona Paratiroidea Intacta (i PTH) encontrándose elevada, confirmándose Hipercalcemia secundaria a Hiperparatiroidismo. **Resultados:** ingreso con Lipasa 3934 U/L, Amilasa 650 U/L, AST 36 U/L, ALT 46 mg/dl, Triglicéridos 138 mg/dl, colesterol 180 mg/dl, Glucosa 95mg/dl BUN 15mg/dl Cr 0.9mg/dl Urea 32mg/dl, Sodio 135 mEq/L, potasio 4.3 mEq/L, calcio 13.2 mg/dl, Fosforo 2.2mg/dl. Valores de iPTH 267.4pg/ml. **Discusión:** los pacientes con hiperparatiroidismo e hipercalcemia presentan un incremento del riesgo de sufrir pancreatitis aguda cerca de 10 veces más que la población general, sin embargo es una complicación rara en estos pacientes, ocupa 2%. Se realizó un diagnóstico oportuno, que al momento de confirmación de hiperparatiroidismo primario, se realizó manejo quirúrgico, de esta manera existió resolución de hipercalcemia y sus complicaciones, así como cuadros recurrentes de pancreatitis.

**Folio:0028****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Infectología**Paresia general como manifestación de neurosífilis***Gallegos & Oacute\_o, Miralrio G, Escobedo R\_o*0.Hospital General de Ticoman;  
1.CMNR Hospital de Infectología

Masculino de 39 años, residente del DF, empleado, católico, bachillerato. Diagnóstico de infección por VIH en 2005, < 200 CD4 e inicio de terapia con lamivudina/ zidovudina Efavirenz. En 2011 valorado por Psiquiatría, diagnosticado con trastorno bipolar, recibió tratamiento con sertralina, sin mejoría, se cambia efavirenz por atazanavir y ritonavir. Alergias, traumáticas y transfusionales negados. Toxicomanías negadas. IVSA 18 años, IPS, coinfectada con VIH, uso ocasional de preservativo. PA: Inicio en 2012, con alteraciones de la memoria, incapacidad para concentración, atención dispersa, apatía. Desde hace 3 meses con irritabilidad y cambios de personalidad. EF: Alerta, orientado en persona y lugar no así en tiempo. Glasgow 15. Pupila derecha arreactiva a la luz pero reactiva a la acomodación. Cavidad oral sin lesiones. Cuello sin adenopatías. Ruidos cardíacos conservados, no soplo en foco aórtico. Campos pulmonares con murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y depresible, peristalsis conservada, esplenomegalia. Genitales sin lesiones. Extremidades íntegras, sin lesiones dérmicas, fuerza muscular y RTP conservados. **Análisis:** masculino de 39 años, con infección por HIV, el cual curso con deterioro cognitivo de un año de evolución, con alteraciones de la

memoria, personalidad, irritabilidad, apatía y alteraciones pupilares (pupila Argyl Robertson). Este cuadro junto con la presencia de un VDRL sérico positivo sugieren fuertemente la posibilidad de neurosífilis. Se realizó protocolo para neurosífilis, mostrando LCR pleocitosis 50 cel/ml (90% linfocitos) así como hierproteorraquia (73mg/dl) y normoglucorraquia (40 mg/dl), con VDRL en LCR positivo en un título 1:32, se confirma el diagnóstico de neurosífilis. La variedad de neurosífilis que presentó el paciente es compatible con paresia general, por la presencia de alteraciones cognitivas, cambios de personalidad e irritabilidad así como la presencia de la pupila de Argyl-Robertson. Esta variedad puede presentarse desde 2 hasta 30 años posteriores a la adquisición de la infección primaria. La RM de cráneo con atrofia corticosubcortical, sin lesiones ocupantes, sin lesiones isquémicas o hemorrágicas. Se indica penicilina G sódica durante 15d, 24 millones UI/d con mejoría del cuadro clínico.

**Folio:0029****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Dermatología**Reporte de un caso de pénfigo vulgar y sus factores de riesgo***Santana R\_o, Del Moral J\_o, Ortiz A\_o, González A\_o, Duarte J\_o*

0.Instituto de Salud del Estado de México

**Antecedentes:** masculino 43 años, agricultor, sin antecedentes importantes. Acude, por cuadro de 3 meses con ampollas diseminadas. Múltiples tratamientos sin respuesta. A su ingreso dermatosis diseminada incluso en cuero cabelludo; respetando palmas,

plantas y conjuntivas; lesiones polimorfas, con placas costrosas, áreas denudadas con base eritematosa y secreción purulenta; cuero cabelludo con alopecia no cicatrizal, áreas costrosas seborreicas, Nikolsky Positivo. Se realizó biopsia que confirma diagnóstico. **OBJETIVO** Presentación de un caso y sus factores de riesgo. **Análisis y métodos:** estudio clínico e histopatológico. **Discusión:** paciente diagnosticado en un inicio como infección antimicrobiana, múltiples tratamientos, sin mejoría. Ingresó con deterioro importante, áreas de piel infectadas secundarias a polifarmacia. Se realizó diagnóstico clínico de Pénfigo Vulgar corroborado por histopatología, recibió esteroides sistémicos y cefalosporina de tercera generación; obteniendo remisión progresiva de lesiones. Es importante continuar con el seguimiento del paciente, ya que al ser una enfermedad crónica y contar con factores de riesgo precipitantes detectados, puede presentar recidivas y complicaciones, lo que se debe evitar para mantener una buena calidad de vida y mejorar el pronóstico. **Conclusiones:** el Pénfigo Vulgar es una enfermedad inmunológica poco frecuente debido a su baja prevalencia en nuestro medio. Este comportamiento se explica por la asociación con HLA-DR4 (90%) el cual es expresado principalmente en población judía. Sin embargo la población mexicana no es exenta, se debe continuar las investigaciones para detectar los factores de riesgo que precipitan la enfermedad en los individuos con predisposición genética. El conocimiento de esta entidad y sus factores precipitantes contribuyen al cuidado de los pacientes, disminuyendo los episodios de exacerbación en

quienes ya la padecen, disminuyendo la incidencia de complicaciones y su mortalidad así como la mejora en su calidad de vida.

**Folio:0030**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología

**Síndrome de Mauriac, una rara complicación de la diabetes mellitus tipo 1: informe de un caso**

*Cab J<sub>o</sub>, Gómez N<sub>o</sub>, Barrientos F<sub>o</sub>, Hernández E<sub>o</sub>*

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

**Antecedentes:** descrito en 1930 por Mauriac, en niños con DM1, hepatomegalia y descontrol metabólico. Se agrupa en las glucogenosis hepáticas adquiridas y se describe en diabéticos descontrolados. Predomina en mujeres, con niveles bajos de insulina, hepatomegalia, retardo en crecimiento y desarrollo puberal dislipidemia, transaminasemia y HbA1c alta. La hepatomegalia se debe al acumulo de glucógeno por hiperglucemia. Hay aumento de glucosa 6 fosfatasa que perpetua la hiperglucemia y reducción de glucokinasa, eventos que culminan con gran acumulo de glucógeno hepático. Esta complicación era frecuente antes del uso de insulina en la práctica médica.

**Caso clínico:** mujer 16 años con DM1 desde los 8 años, uso irregular de insulina NPH. Varios internamientos en Terapia Intensiva (UTI) por cetoacidosis diabética (CAD). Este internamiento a UTI por datos de CAD: glucosa 324 mg/dl, acidosis metabólica, aliento cetónico, deshidratada y respiración de Kussmaul, EGO con cetonuria y levaduras. Se

inicia sals isotónicas a 50 ml/kg/hr e insulina en infusión. EF neurológico íntegro, taquicárdica, mal hidratada, taquipnea, talla baja, hipogonadismo por retardo en desarrollo puberal (Tanner 2), hepatodinia y hepatomegalia. Durante internamiento estudios complementarios:HbA1c 11.4%,rx manos edad ósea no concuerda con cronológica, GH elevada 3.7 ng/ml, transaminasemia, col-total:258 mg/dl y TGC 542 mg/dl, ecografía hepática esteatosis y hepatomegalia.Biopsia hepática percutánea se informa glucógeno intracitoplasmático. Se corrige descontrol con NPH fraccionada, posterior biguanidas y fibratos. Por adecuado control metabólico alta y seguimiento en consulta. **Discusión:** existen pocos casos informados en la literatura médica. En la fisiopatogenia la hiperglucemia condiciona el depósito de glucógeno hepático y expresa hepatomegalia. Los factores de crecimiento (IGF-1 y GH) se encuentran alterados. Dias y su grupo (2012) reportan de 91 niños con DM1, seis cumplen los criterios de Mauriac, predomina mujeres(5:1),promedio de inicio 7.8 años para DM1, HbA1c media de 8.1%, disfunción en pubertad, talla baja y hepatomegalia. Un diagnóstico temprano y un buen control (insulinización temprana) son ejes básicos del tratamiento. La paciente reúne criterios para síndrome de Mauriac:DM1 en la infancia con uso de NPH a dosis bajas y descontrol persistente con varios internamientos en UTI, talla baja,hepatomegalia,amenorrea primaria y Tanner II.

**Folio:0031**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Hematuria y disnea como datos iniciales de síndrome antifosfolípido (SAAF) primario: reporte de un caso**

*Cab J<sub>o</sub>, Gómez N<sub>o</sub>, Barrientos J<sub>o</sub>, Hernández E<sub>o</sub>*

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

**Antecedentes:** el diagnóstico de SAAF necesita un dato clínico (trombosis arterial o venosa profunda, morbilidad obstétrica) y serología positiva (acs anticardiolipina, anticoagulante lúpico y anti β2gIIcproteína). Estos acs paradójicamente alargan pbas de coagulación pero se asocian con eventos trombóticos. Miyakis y colaboradores en 2006 sugiere manifestaciones agregadas: livedo reticularis, trombocitopenia, anemia hemolítica autoinmune, enfermedad valvular cardíaca (vegetaciones o engrosamiento) y neurológicos. La expresión de hipertensión pulmonar (HAP) se produce por embolismo pulmonar recurrente o trombosis de pequeños vasos. **Descripción del caso:** masculino 31 años, antecedente neumonía atípica 2009 (E. faecalis),posterior trombosis venosa profunda (TVP) de MPI en 2011, recibió anticoagulación y antiagregantes. Ingresó en julio 2013 por hematuria, ictericia y disnea. EF obeso, taquipnea, sin plétora yugular, IIP reforzado, MPI con dermatosis ocre y aumento de volumen, SatO2 85%. Estudios ingreso BT 2.2mg/dl,Hb 13.1gr/dl, VCM 92fl, plaquetas 66mil.TP 19.6segs,TPT 157segs(no corrigen con plasma), EGO eritrocituria, proteinuria, coombs directo y serología positiva. EKG con SIQIII, PT izquierda, posición vertical y sobrecarga sistólica. USG Doppler con evidencia de TVP,TACAR con HVD y ensanchamiento cono pulmo-



nar. ECOTT con dilatación severa de cavidades derechas, insuficiencia tricúspide moderada y PSAP 85mmHg. Reúne criterios de Sapporo para SAAF primario complicado con HAP severa, se inicia anticoagulación, sildenafil, calcioantagonistas y O2 medicinal con mejoría sintomática. Por buena evolución, anticoagulación (INR 2.5) y ausencia de complicaciones se decide su egreso y seguimiento en consulta. **Conclusión:** por TVP, infección bacteriana atípica, Tp/TTp alargadas, datos clínicos del complejo pulmonar de Chávez (confirmado por imagen), trombocitopenia, coombs positivo, HAP severa y serología positiva confirman el diagnóstico de SAAF. El SAAF es más común en mujeres (5:1). Ha sido informado que la presentación inicial más común de SAAF es TVP (29-55%) en un seguimiento a 6 años, de éstos hasta un 50% desarrolla embolismo pulmonar. De acuerdo a Cervera y su grupo, las manifestaciones más comunes son: TVP (31.7%), trombocitopenia (21.9%), ictus (13.1%), embolismo pulmonar (9%), ataque isquémico transitorio (7%), datos semejantes al paciente en mención.

**Folio:0032**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

**Síndrome neuroléptico maligno. Un diagnóstico de exclusión a través de una labor llena de preguntas y respuestas durante una evolución tórpida**

*Velasco J<sub>o</sub>, Urquieta K<sub>o</sub>*

0.IMSS

Masculino 57 años, motivo de ingreso: dificultad respiratoria, oliguria; antecedentes personales patológicos

tabaquismo y alcoholismo, IT: 22, alcoholismo desde los 14 años hasta llegar a la embriaguez (perfumes, cerveza, tonaya, alcohol) Cronico-degenerativos: DM2 diagnosticada hace 5 años tratamiento: glibencamida 5 mg 1 cada 24 hrs (tratamiento que suspende en marzo), HTA diagnosticada hace 8 años tratamiento: losartan 50 mg cada 24 hrs, ICC diagnosticada en abril 2013 tratamiento: con digoxina 0.25 mg ½ cada 24 hrs, furosemide 40 mg cada 12 hrs, es-pironolactona 25 mg vo cada 8 hrs, FA diagnosticada en abril 2013 en tratamiento con amiodarona 200mg 1 cada 24 hrs, dislipidemia en tratamiento con pravastatina 20 mg cada 24 hrs, bezafibrato 200mg cada 24 hrs, IRA y derrame pleural izquierdo diagnosticada en abril 2013, depresión en tratamiento con sertralina y olanzapina. objeto de estudio: determinar como a través de interrogantes durante el tratamiento del paciente se concluye un diagnóstico que por sí mismo lo es por exclusión P: falla orgánica multiple pble evc vs masa encefálica insuficiencia hepática por alcoholismo crónico child pugh B IR probablemente crónica agudizada arritmia y cardiopatía hipertensiva infección respiratoria baja HAS controlada DM controlada obesidad probable hipotiroidismo disfunción diastólica FEVI 58%, en abril también se detecta elevación de azoados 2.2 , depresión y derrame pleural. Ingresó por derrame pleural con disnea importante, fiebre y sospecha de empiema, cuya evolución fue tórpida ya con daño hepático crónico así sugiriéndolo laboratorialmente y por USG, mantiene elevados azoados, glucemia inestable con hiper o hipoglucemia fluctuante además de neutrofilia, EF:

se encuentra despierto, desorientado en tiempo y lugar con periodos de inatención, pupilas dilatadas de aprox 6mm normoreflexicas, movimientos oculares conservados, simetría facial, moviliza las 4 extremidades sin datos de liberación piramidal, ni signos meníngeos, tiene rigidez, temblor bilateral de predominio derecho, diaforético. Análisis: cuadro inicial aparentemente con infección respiratoria secundariamente agitación psicomotriz; se indicó haloperidol a dosis altas, clínica compatible con forma larvada de síndrome neuroléptico, respondiendo adecuadamente y de forma rápida a tratamiento con levodopa/carbidopa y biperideno al 9no día en el hospital.

**Folio:0033**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Endocarditis por *Enterococcus faecalis* en paciente en hemodiálisis con FAVI en Hospital Regional Ciudad Madero Petróleos Mexicanos**

*Sánchez J<sub>o</sub>, Villanueva E<sub>o</sub>*

0.Hospital Regional Ciudad Madero Petróleos Mexicanos

Los Enterococos son el tercer agente etiológico más común de endocarditis infecciosa en todo el mundo (8 a 17%), el *Enterococcus faecalis* causa el 90%. Masculino de 61 años de edad, con antecedente de Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial sistémica, Insuficiencia renal crónica en programa de hemodiálisis, con cuatro accesos vasculares (Mahurkar en subclavia izquierda, Permcath en yugular derecho, Permcath en femoral derecha y FAVI húmero cefálica sintética izquierda). Inicia padecimiento quince días previos a su ingreso con



picos febriles de 39°C y diaforesis profusa, sin predominio de horario y manejada con fluoroquinolona por aparente infección de vías urinarias; posteriormente inicia con disnea progresiva y persistencia de fiebre. A su ingreso polipneico, febrícula, con marcada palidez de tegumentos y mal estado de hidratación, ruidos cardiacos con soplo sistólico en foco aórtico y en extremidades a nivel de FAVI con hipertermia. BH de ingreso con anemia (Hb 6.9) normocítica hipocrómica, leucocitosis (18 100) a expensas de neutrófilos, BUN 71.5, urea 153, creatinina 7.99, con insuficiencia respiratoria tipo 1. EGO y radiografía de tórax sin alteraciones. Cumplió con criterios de síndrome de respuesta inflamatoria (no se documenta foco infeccioso), por lo que se policultivo; sin embargo por hipertermia de FAVI y persistencia de fiebre se inicia antimicrobiano empírico con Vancomicina; ante la sospecha de endocarditis se realiza Ecocardiograma transesofágico reportando válvula aortica con vegetación de 8x8 mm en valva coronaria derecha que produce insuficiencia moderada. Hemocultivo con *E. faecalis* y Urocultivo con *E. faecalis*, con lo cual se decide completar esquema antimicrobiano con Gentamicina (a dosis renal). Se decidió retiro de FAVI y continuar manejo sustitutivo con Diálisis Peritoneal. Completó esquema antimicrobiano por 6 semanas, sin nuevo evento febril y con normalización de Biometría Hemática. Discusión: Se ha encontrado resistencia a vancomicina en un 5% a 7% en *E. faecalis*, nuestro paciente mostró adecuada respuesta ante el manejo con vancomicina/gentamicina, y tolerando una mortalidad intrahospitalaria reportada del 10%

entre los pacientes con lesiones del lado derecho o estreptococos orales, lesiones del lado izquierdo y válvulas nativas, teniendo en cuenta que es el primer caso que se presenta en nuestro hospital.

**Folio:0034**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Infectología

**Curso clínico y factores pronósticos en pacientes tratados con tuberculosis multifarmacoresistente (TB MFR) en el estado de Tabasco. Estudio de colaboración. Cohorte observacional**

*Manuel M<sub>o</sub>, Robledo J<sub>o</sub>*

0.Hospital Regional de Alta Especialidad Juan Graham Casaus

**Antecedentes:** la tuberculosis es una enfermedad reemergente, que requiere detección oportuna, disponibilidad de fármacos y manejo multidisciplinario. **Objetivo:** 1) describir las características clínicas, patrón de farmacoresistencia, tratamiento y curso clínico. 2) Factores pronósticos en pacientes con TB-MFR que han recibido tratamiento. **Material y métodos:** estudio de cohorte. Periodo 2009-2012. Criterios de inclusión: Diagnóstico de farmacoresistencia NOM 006 SSA2-1993, en muestra respiratoria enviada al InDRE utilizando cultivo sólido Lowenstein-Jensen, pruebas de farmacosenibilidad (método de las proporciones) a fármacos primarios, en casos seleccionados a quinolonas y aminoglucósidos. El programa nacional de prevención y control de TB MFR autorizó el abasto de fármacos previo dictamen de COEFAR. Seguimiento por primer nivel de atención hasta completar tratamiento o desenlace. **Resultados:** se diagnos-

ticaron 44 casos. Tratados 14 (32%), incluidos en este análisis. Masculino 79%, femenino 21% (M:F 4:1), edad 45 ± 10 (25-68) años, diabetes 64%, privados de la libertad 14%, no se documentó co-infección por VIH, el dx fue realizado en 93% en muestras de expectoración y en LBA 7%. TB-MFR 85.9% (12) de la muestra total el 28.6% son TB-MFR clásicos (4 casos), un caso resistencia HS (7.1%), HEZ (7.1%). Tiempos y movimientos del proceso: Sospecha fundada al Dx Confirmado InDRE 17%, Dictamen COEFAR 32%, Gestión de fármacos y auditoría 11%, Tiempo de inicio tratamiento hasta última consulta 38%, Realización del diagnóstico 80.9 ± 24 días (58-138), Tiempo de dx a el inicio del tx X=251 (15-882) d. Tratamiento estandarizado (E, Z, Lfx, Am, Pto) 29%. Duración del aminoglucosido 6 meses, conversión bacteriológica promedio 6 meses. Todos presentaron al menos un par de RAFA (melena, vértigo, tendinitis Aquileo, insomnio, distiroidismo, sabor metálico, intolerancia gástrica, disminución función renal) RAFA grave 15%. Dos abandonos 15%, curación 35.7%, mortalidad 28.5% el resto con mejoría clínico-radiológica. La mediana de supervivencia 548 días(1.5 años). **Conclusiones:** el grupo multidisciplinario hospitalario para el diagnóstico y tratamiento de TB MFR en el estado de Tabasco ha superado la curva de aprendizaje, existen abandonos por efectos adversos, los factores pronósticos para mortalidad son: extensión del daño pulmonar y el retraso en el inicio del tratamiento.

**Folio:0035**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Oncología

### Adenocarcinoma de colon asociado a poliposis adenomatosa familiar

De La Cruz J<sub>0</sub>, Ruíz E<sub>1</sub>, Calderillo G<sub>1</sub>, Díaz C<sub>1</sub>, Muñoz W<sub>1</sub>, Alegría J<sub>0</sub>, Flores D<sub>1</sub>, García Y<sub>0</sub>

0.Hospital Juárez de México; 1.Instituto Nacional de Cancerología

**Objetivo:** presentación de femenino de 28 años con diagnóstico de cáncer de colon metastásico con antecedente de poliposis adenomatosa familiar. AFP: Abuelo paterno finado por Ca de colon, padre finado los 40 años por Ca de Colon, 3 tíos con Ca de Colon. Cursa con epigastralgia, aumento del perímetro abdominal, saciedad temprana, fiebre vespertina, diaforesis de 2 meses de evolución. EF: abdomen con hepatomegalia, TAC: múltiples imágenes metastásicas hepáticas, endoscopia: más de 100 pólipos, en colon transverso, descendente y sigmoides. RHP: adenocarcinoma bien diferenciado. ACE:1538ng/ml. **Conclusión:** la importancia de presentar este caso índice, que como causa subyacente tiene una predisposición genética, es que el cáncer se presentará a edades más tempranas que los casos esporádicos y ofrece una excelente posibilidad de prevención y detección temprana de cáncer a otros familiares de alto riesgo, a través de vigilancia colonoscópica de los pólipos, colectomía o pruebas genéticas.

#### Folio:0036

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Oncología

### Tumor neuroendocrino no funcional de páncreas

De La Cruz J<sub>0</sub>, Ruíz E<sub>1</sub>, Calderillo G<sub>1</sub>, Díaz C<sub>1</sub>, Muñoz W<sub>1</sub>, Alegría J<sub>0</sub>, García Y<sub>0</sub>

0.Hospital Juárez de México; 1.Instituto Nacional de Cancerología

**Objetivo del estudio:** presentación de caso clínico. Masculino de 61 años, con epigastralgia, plenitud postprandrial inmediata, vómitos, pérdida de peso (20 kg) de 2 meses de evolución, ictericia, coluria de 10 días y 3 días con melena. Endoscopia: piloro estenosado, bulbo con 2 ulceraciones, CEPRE imposible de realizar. TAC: Dilatación de la vía biliar intra-extrahepática, imagen hipodensa de 31x33mm en cabeza y dorso de páncreas. Se realizó (2009) antrectomía, enucleación del tumor pancreático y derivación bilio-digestiva. RHP: Tumor neuroendocrino de páncreas moderadamente diferenciado, Ki-67 (5%), citoqueratina 19 (+), KIT (-), sinaptofisina (+), bordes positivos. Recibió RT (35.5Gy) adyuvante. En 2011 presenta recaída en cabeza de páncreas y ganglios retroperitoneales (PET-CT GA68-DOTATOC). Recibe sandostatina LAR 5 meses, con progresión locorregional, se cambia a sunitinib (3 meses), nuevamente progresa y recibe everolimus 4 meses con nueva progresión ósea y hepática.

#### Folio:0037

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

### Pancreatitis aguda por hipercalcemia, como primera manifestación de mieloma múltiple en paciente de 27 años VIH positivo

González A<sub>0</sub>, Enriquez M<sub>0</sub>, Ortiz A<sub>0</sub>, Santana R<sub>0</sub>, Duarte J<sub>0</sub>

0.Instituto de Salud del Estado de México

**Antecedentes:** el mieloma múltiple (MM) es una neoplasia de células

plasmáticas, con tres características específicas; 1) proliferación clonal de células plasmáticas malignas en médula ósea, 2) proteínas monoclonales en sangre y orina, y 3) asociación con disfunción orgánica. Los síntomas comunes de presentación son: fatiga, dolor óseo con fracturas frecuentes e infecciones recurrentes. La edad media de presentación es de 62 años. Es extraordinariamente raro en pacientes menores de los 40 años. El MM es raro en personas infectadas con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y cuando existe dicha asociación, el curso de la enfermedad tiende a ser más agresivo. La asociación entre MM y pancreatitis es rara, sin embargo la hipercalcemia como causa de esta ha sido principalmente descubierta como consecuencia a hiperparatiroidismo, variando la incidencia entre un 1.5% a 7% de los casos totales de Pancreatitis.

**Objetivo de estudio:** describir el caso de un paciente de 27 años de edad con pancreatitis secundaria a hipercalcemia por MM. **Material y métodos:** se trata de hombre, soltero, bisexual, 27 años de edad quien acude a urgencias por dolor abdominal súbito, que aumento paulatinamente de intensidad. Pérdida de peso de 6 kilos en 5 meses, a la exploración física con leucoplauquia. Sin antecedentes patológicos. Niega hemotransfusiones y cirugías. Tomografía Axial Computarizada abdominal, con datos de pancreatitis Balthazar ?B?. Serie ósea con lesiones osteolíticas. Aspirado de médula ósea, con 18% de blastos de origen plasmático. Presencia de paraproteïnemia monoclonal (Proteína ?M?) en suero. Con datos de falla renal aguda. **Resultados:** calcio sérico de 19.6mg/dl, creatinina: 1.5mg/dl, Globulinas: 7.5U/L, leucocitos:13,350 con neu-

trofilia. ELISA para VIH positivo. Enzimas pancreáticas; Amilasa 602 U/L, Lipasa 6,626 U/L. DHL en 1,081U/L. **Discusión:** las primeras manifestaciones de MM suelen ser fracturas patológicas, en pacientes con edad promedio de 65 años. En el caso del paciente, la presentación clínica fue atípica, con dolor abdominal por pancreatitis secundaria a hipercalcemia asociada a MM. Dados los reportes de VIH falsos positivos en pacientes con MM, se deberá confirmar resultado de ELISA con Western Blot y en caso de la asociación de ambas enfermedades el curso tiende a ser más agresivo y se presenta a edades más tempranas.

**Folio:0038****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Infectología**Mieloma múltiple y coccidioidomycosis diseminada. Presentación de un caso***Zúñiga J<sub>o</sub>, Alegría J<sub>o</sub>, De La Cruz J<sub>o</sub>*  
0.Hospital Juárez de México

**Caso:** masculino de 49 años, padre con cáncer gástrico, laboró 5 años en fábrica de tintas para imprenta, inmigrante ilegal por dos años en Arizona y Nueva York. DM diagnosticada hace 2 años, tratado con insulina glargina, 3 hospitalizaciones por cuadros neumónicos desde entonces, último egreso con tratamiento primario para tuberculosis por 6 meses. Ingresó por dolor óseo generalizado, aumento de volumen en articulaciones interfalángicas/muñecas, y tumoraciones nodulares en región paraesternal izquierda (3x4cm) y dorso de mano izquierda, firmes, no dolorosas. Se da quimioterapia para mieloma múltiple IgG, aparentemente con plasmocito-

mas asociados, con mejoría del dolor y normalización bioquímica, pero con empeoramiento de las lesiones nodulares en tórax y miembros. La biopsia de éstas reveló necrosis extensa y presencia de *Coccidioides immitis* (PAS/Grocott, cultivo en agar-Sabouraud). **Conclusión:** la coccidioidomycosis diseminada puede representar un reto diagnóstico y terapéutico.

**Folio:0039****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Oncología**Presentación de cáncer de próstata en un paciente menor de 50 años: reporte de un caso***González V<sub>o</sub>, González A<sub>o</sub>, Paredes G<sub>o</sub>*  
0.Hospital General de México Eduardo Liceaga

**Informe de caso:** paciente de 46 años de edad, originario y residente del Distrito Federal, soltero. Como antecedentes de importancia: Refiere 30 parejas sexuales, con relaciones de alto riesgo (sexoservidoras, sin método de barrera). Inicia su padecimiento actual 6 meses previos a su ingreso, con cuadro caracterizado por astenia, adinamia, fatiga, palidez de tegumentos, hiporexia, la cual condicionó pérdida ponderal no cuantificada (disminución de 2 tallas). Doce días previos a su ingreso se añade fiebre motivo por el cual acude a acudir al Hospital General de México Eduardo Liceaga. Exámenes de Laboratorio: Anemia microcítica hipocrómica, trombocitopenia, aumento de deshidrogenasa láctica y prolongación de los tiempos de coagulación. Ultrasonido hepático con hallazgo de imagen ecodensa de 99x95mm, sin otros cambios relevantes. Marcadores tumorales: Antígeno prostático libre

mayor de 90, Antígeno prostático específico mayor de 154. Resto sin elevación. Tomografía Computada: Datos compatibles con tumor primario de hígado de estirpe a determinar y ascitis, crecimiento prostático. Biopsia hepática: Adenocarcinoma poco diferenciado metastásico. Se realiza inmunohistoquímica positiva para AGP y CK 7. **Revisión:** el cáncer de próstata es el quinto cáncer más frecuente en el mundo y el segundo más frecuente en hombres. Más del 95% de los casos son adenocarcinomas. Se localiza más comúnmente en la zona periférica, a nivel de lóbulo posterior (75%). Poco común antes de los 50 años, con una incidencia calculada 0.8-1.1%. La presentación antes de los 50 años tiene con un comportamiento agresivo con mala respuesta al tratamiento. La prostatitis confiere un riesgo relativo 1.6 veces mayor y la gonorrea 1.4 veces, también se ha visto que los pacientes con serología positiva para *Trichomonas vaginalis* tiene más posibilidades de presentar este tipo de neoplasia posteriormente, con un mayor grado histológico (Gleason). **Comentario y conclusiones:** en menores de 50 años se estima una incidencia de cáncer de próstata 0.8-1.1%, la presencia de metástasis hepáticas se estimaron en un 9.7% en algunas series de casos. En el caso del paciente consideramos como factor de riesgo el amplio número de parejas sexuales, asociado con una infección de transmisión sexual.

**Folio:0040****Tipo de Presentación:** oral**Tema del resumen:** Misceláneos**Adultos mayores, vulnerabilidad y relaciones de poder: conflictos bioéticos en la solicitud de renuncia**

### terapéutica: resultados de una tesis de maestría en bioética

Consejo  $C_0$

0.UNAM IMSS

**Objetivos:** 1) Analizar las condiciones de vulnerabilidad en el adulto mayor hospitalizado, cuando solicita renunciar al tratamiento médico en el contexto de enfermedad crónica grave o terminal. 2) Analizar las relaciones de poder existentes, entre médicos, familiares y pacientes, desde la perspectiva de la toma de decisiones y su vínculo con la presentación de conflictos ante la posibilidad de renunciar al tratamiento. 3) Analizar lo observado desde una ética de la responsabilidad. **Metodología:** estudio bioético-cualitativo de caso en un hospital general de atención pública en el Distrito Federal. Construcción de caso, observación no participante, entrevistas semi-estructuradas y abiertas. Análisis a partir de categorías bioéticas de vulnerabilidad, responsabilidad y uso del método integral de análisis de casos propuesto por Diego Gracia. Herramientas teóricas: Hermenéutica de Heidegger, Paul Ricoeur y Diego Gracia. Antropología Médica de Eduardo Menéndez, Arthur Kleinmann y Cecil Hellman. Retomamos el concepto de “poder” del filósofo francés Michel Foucault, para analizar las relaciones de poder en la relación médico paciente. **Resultados:** presentamos el caso de una mujer de 78 años con diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar avanzado y neumonía, dada de alta del hospital bajo indicación médica por rechazar el tratamiento. Las relaciones de poder, así como las prácticas y representaciones ante la enfermedad y el tratamiento ofrecido, se obser-

varon fundamentales para la toma de decisiones. La negativa del paciente para recibir tratamiento se manifestó en un contexto de compromiso de la libertad y autonomía, las cuales fueron violentadas por encontrarse en una situación de maltrato y abandono familiar, así como una situación de coerción por parte del personal de salud. **Conclusiones:** la vulnerabilidad es fuertemente determinada por la disposición que guardan las relaciones de poder en la que se presenta, las condiciones económicas su contexto antropológico y sociocultural. Es indispensable contemplar una propuesta teórica basada en la hermenéutica que permita a los comités hospitalarios de bioética entender a la vulnerabilidad como fenómeno multidimensional y recomendar acciones prácticas encaminadas a proteger y empoderar al paciente vulnerable.

#### Folio:0041

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología  
**Pancreatitis aguda más cetoacidosis diabética posterior a quimioterapia con L-asparaginasa y prednisona en leucemia linfoblástica aguda**

Flores  $M_0$

0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Departamento de Medicina Interna

**Introducción:** la combinación de pancreatitis aguda con cetoacidosis diabética no son tan comunes, posterior al uso de L- asparaginasa y prednisona como tratamiento de soporte para leucemia linfoblástica aguda. Para los casos de pancreatitis aguda debido a L- asparaginasa existe una incidencia reportada alrededor del 10%, en menores de 16 años. Sin

embargo la combinación de estas dos condiciones no existe reporte en la literatura. **Presentación del caso:** presentamos a un masculino de 16 años, en tratamiento con quimioterapia de soporte con mitoxantrona, vincristina, prednisona y L- asparaginasa, debido a una leucemia linfoblástica aguda. Acudió a nuestro hospital refiriendo dolor torácico, náusea, vómito y un episodio de hematemesis, posteriormente desarrollo dolor abdominal. Se sometió a varios laboratorios resultando en hiperglicemia y cetoacidosis además de hiperamilasemia e hiperlipasemia. Debido a la incertidumbre entre los diagnósticos de cetoacidosis y pancreatitis aguda, para la explicación de su dolor abdominal, se sometió a una tomografía computada contrastada, resultando en una pancreatitis Balthazar C. **Conclusión:** el riesgo y severidad de las complicaciones de la diabetes mellitus incrementa cuando L- asparaginasa y esteroides son utilizados en conjunto, pero que generalmente son autolimitadas. Por lo que recomendamos un monitoreo estricto de la glicemia y prever los efectos adversos como la pancreatitis, durante la terapia.

#### Folio:0042

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Dermatología  
**Pioderma gangrenoso. Presentación de caso y revisión bibliográfica**

Aguilar  $C_0$

0.Instituto de Salud del Estado de México HG Texcoco

El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis cutaneoulcerativa poco común asociada a una variedad de enfermedades sistémicas. El diagnóstico puede ser difícil, debido a que es



un desorden cutáneo poco entendido y muchos de los pacientes requieren tratamientos prolongados. Hombre de 44 años. Diabetes mellitus tipo 2 de 13 años tratado con metformina. Padece de 4 meses al presentar pápulas eritematosas dolorosas que se extendieron y destruyeron el tejido adyacente desde la piel hasta exponer músculos y tendones inicialmente en miembros pélvicos en región tibial y posteriormente tórax posterior y nuca. Las lesiones de los miembros pélvicos fueron consideradas como úlceras varicosas pero el USG doppler lo descartó. La biopsia de piel reporta: inflamación aguda, necrosis coagulativa extensa con infiltrado inflamatorio neutrofílico. Se concluyó pioderma gangrenoso se dio tratamiento con esteroide y dapsona. La causa real es todavía desconocida.

**Folio:0043****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Infectología**Frecuencia de colonización por *Candida* en la unidad de cuidados intensivos**Aguilar C<sub>0</sub>

0.Instituto de Salud del Estado de México

La colonización es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de candidiasis invasiva. La incidencia varía del 47 al 60% siendo *Candida* la más común. **Objetivo:** determinar la frecuencia de colonización y distribución por especies de *Candida* en la Unidad de Cuidados Intensivos. **Material y métodos:** estudio observacional, prospectivo y descriptivo. Se incluyeron 54 pacientes. Se tomaron muestra para cultivo en orina, sangre, secreción bronquial y herida quirúrgica.

gica. Análisis estadístico: descriptivo con frecuencias simples y porcentajes.

**Resultados:** del total de pacientes el 42.6% resultó colonizado con alguna especie de *Candida*, 16 fueron hombres (69.59%) y 7 mujeres (30.44%), *C. albicans* se aisló en el 91.3%. *Candida albicans* sigue siendo el género que más coloniza a los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos en un porcentaje mayor al 50%.

**Folio:0045****Tipo de Presentación:** sin preferencia**Tema del resumen:** Misceláneos**Hemorragia alveolar difusa, presentación clínica de rickettsiosis en una paciente embarazada**Treviño M<sub>0</sub>, Chávez C<sub>1</sub>, Caballero P<sub>2</sub>, Castillo C<sub>3</sub>, Ramírez G<sub>4</sub>

0.Hospital San José Tec de Monterrey. Neumología; 1.Hospital San José Tec de Monterrey. Medicina Crítica; 2.Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas ITES-SSNL. Residente de Medicina Interna; 3.Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas ITESM. SSNL. Residente de Medicina Interna; 4.Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas ITES-SSNL. Residente de Medicina Interna

**Antecedentes:** la hemorragia alveolar difusa es una entidad que pone en peligro la vida y se caracteriza por tener infiltrados agudos pulmonares, hemoptisis, falla respiratoria hipoxémica y anemia. Se origina en la microcirculación pulmonar. El estudio patológico aunado a la sospecha clínica, orientan a la identificación de una de las múltiples enfermedades que pueden ser la causa subyacente. El reconocimiento temprano y manejo oportuno son imprescindibles.

**Informe del caso:** se trata de una mujer de 31 años de edad cursando su primer embarazo de 18 SDG, con síndrome de ovario poliquístico como antecedente relevante. Se presenta con un padecimiento de dos semanas de evolución con malestar general y fiebre, recibe tratamiento sintomático en varias ocasiones; cuatro días previos se encuentra con hipotensión. Es hospitalizada y en 48 horas desarrolla disnea y tos hemoptoica que evolucionan a falla respiratoria y estado de choque; dan manejo con ventilación mecánica invasiva que requiere de parámetros altos y vasopresores. Después de 18 días de hospitalización, se recibe sedada; con soporte ventilatorio con PEEP alto. Su radiografía de tórax con infiltrados alveolares difusos. Sus análisis de laboratorio con anemia normocítica normocromica, trombocitopenia, bacteriemia, urianálisis normal, procalcitonina.

**Folio:0046****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Gastroenterología**Colangiocarcinoma, una neoplasia poco común. Experiencia de 6 años en el Hospital San José Tec de Monterrey**

Caballero P<sub>0</sub>, Sánchez M<sub>1</sub>, Morales L<sub>2</sub>, Barajas A<sub>3</sub>, Barbosa A<sub>4</sub>, Rodríguez C<sub>5</sub>  
0.Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas ITES-SSNL. Residente de Medicina Interna; 1.Hospital San José Tec de Monterrey. Gastroenterología-Motilidad; 2.Hospital San José Tec de Monterrey. Gastroenterología; 3.Escuela de medicina y Ciencias de la Salud del Tec de Monterrey.; 4.Hospital San José Tec de Monterrey. Patología; 5.Hospital San José Tec de Monterrey. Cirugía-Trasplante



**Introducción y objetivo:** el colangiocarcinoma, una neoplasia maligna del árbol biliar de baja incidencia y con mal pronóstico dado su diagnóstico tardío. La presentación clínica varía desde síntomas inespecíficos hasta datos de obstrucción biliar. El tratamiento de elección y curativo es la resección tumoral. El objetivo es conocer las características clínicas y la evolución de los pacientes con diagnóstico de colangiocarcinoma en nuestro hospital. **Material y métodos:** se obtuvo el registro patológico de 6 pacientes estudiados en el Hospital San José Tec de Monterrey entre 2006 y 2011. Las características clínicas, de laboratorio y estatus postquirúrgico se analizaron en forma retrospectiva revisando sus expedientes en el archivo clínico. La supervivencia y evolución extrahospitalaria se obtuvo contactando a los médicos tratantes. Se utilizó estadística descriptiva, medianas y rangos. **Resultados:** los pacientes, 5 hombres (83.3 %) y 1 mujer (16.7%), presentaron mayormente dolor abdominal y pérdida de peso (66.7%). La mediana de la edad fue de 60.5 años (rango 42-81). El diagnóstico histológico se realizó mediante biopsia hepática. El 50% se reportó como colangiocarcinoma moderadamente diferenciado; 33.3% bien diferenciado, 16.7% pobremente diferenciado. Un 33.3% se encontró en estadio IIIB y II; 16.7% estadio I y 16.7% estadio IVB. El 83.3% recibió tratamiento quirúrgico; 33.3% quimioterapia adyuvante, combinada con radioterapia en el 16.77%. La supervivencia observada fue de 4 a 57 meses con una mediana de 30.5 meses, se perdió el seguimiento de 2 pacientes (Tabla 1). **Conclusiones:** la mayoría de los casos ocurrieron en hombres

(80%). La edad de presentación fue igual a la reportada en la literatura. La mitad de los casos presentaron un colangiocarcinoma moderadamente diferenciado. El 40% de los pacientes operados lograron una supervivencia mayor a 50 meses, lo que se pudo haber visto favorecido debido a que al momento del diagnóstico tenían un estadiaje menor a IV.

**Folio:0047**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Infectología

***Achromobacter xylosoxidans* is a rare cause of bacteremia. We report the case of a patient with community-acquired pneumonia, secondary a infection by *Achromobacter xylosoxidans* concurrent with common variable immunodeficiency**

*Barron C<sub>p</sub> Callejas G<sub>o</sub>*

0.Hospital General Fernando Quiroz Gutiérrez ISSSTE

Se presenta un masculino de 73 años de edad, soltero de oficio chofer, antecedente de Diabetes Mellitus 2, de 15 años de diagnóstico Hipertensión Arterial Sistémica de 3 meses de diagnóstico sin complicaciones crónicas asociadas. El padecimiento motivo de este reporte se inicia 3 días previos al ingreso, con malestar general, astenia, adinamia, fiebre, diaforesis nocturna, tos durante su estancia en servicio de urgencias desarrolla datos de dificultad respiratoria, a la Exploración física, 100-70 mmHg, Fr 29 xmin Fc: 102 xmin T:36,7C, IMC:17. Caquéctico, aumento de vibraciones vocales en base derecha, matidez a la percusión, así como estertores crepitantes interescapulovertebrales, infraescapulares bilaterales se integra síndrome de condensación basal derecho. Los

estudios paraclínicos iniciales revelaron la presencia de insuficiencia respiratoria tipo 1, Leucocitosis, Linfopenia, Electrocardiograma sin datos relevantes, Teleradiografía de Tórax, con infiltrados en ambos campos pulmonares. Se establece el diagnóstico de Neumonía Adquirida en la comunidad de focos múltiples, se inicia manejo con cefalosporina de 3 generación y macrólido, sin adecuada respuesta, paciente presenta mayor dificultad respiratoria, se inicia AMV, se realiza Tomografía Simple de Tórax con presencia de opacidades en parche e imágenes en vidrio despulido de manera bilateral. Se decide realizar Fibrobroncoscopia la cual reporta lóbulo superior accesorio con manchas negras con secreciones blanquecinas árbol bronquial izquierdo con múltiples manchas negras se obtiene muestras que se envían a citología, cultivos, BAAR, se reportan cultivos con presencia de *Achromobacter xylosoxidans* multiresistente, se indica manejo a base de carbapenémico así como aminoglucósido y vancomicina, se solicita determinación de Inmunoglobulinas IgG:250 mg/dl (700-1500 mg/dl), IgM: 38 mg/dl 60-300mg/dl) paciente presenta adecuada evolución clínica 3 semanas posteriores se egresa sin evidencia de infección en cultivos. **Discusión:** *Achromobacter xylosoxidans*, también llamado, *Alcaligenes xylosoxidans* es un bacilo gram - descrito en 1971 por Yabuuchi y Ohyama Es un microorganismo patógeno capaz de producir diversas infecciones, principalmente bacteriemia, en donde la tasa de letalidad es del 65% en neumonía y la tasa de resistencia natural a antibióticos es alta a antibióticos del tipo aminoglucósidos y quinolonas.

**Folio:0048****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Misceláneos**Coccidioidomicosis pulmonar primaria suplantada por un carcinoma broncoalveolar: reporte de un caso**  
*Caballero P<sub>o</sub>, Treviño M<sub>p</sub>, Casar A<sub>2</sub>, Barajas A<sub>2</sub>*

0.Programa Multicéntrico de Especialidades Medicas ITESM-SSNL. Residente de Medicina Interna; 1.Hospital San José Tec de Monterrey. Neumología.; 2.Escuela de Medicina y Ciencias de Salud Tec de Monterrey

**Antecedentes:** la coccidioidomicosis es transmitida por inhalación de esporas de *C. immitis*; ocurre comúnmente en áreas endémicas durante verano-otoño. Es importante establecer un diagnóstico definitivo para disminuir el número de pruebas invasivas e innecesarias, así como el tratamiento médico agresivo. **Presentación de caso:** mujer de 45 años acude con dolor torácico incapacitante que empeora con la inspiración e historia de 2 días con malestar general y astenia. Al interrogarla comenta viaje a Italia 3 meses previos; exploración física sin datos relevantes. Se inicia manejo con analgésicos y la radiografía de tórax revela nódulo periférico en tercio medio del pulmón izquierdo de 23mm, de bordes definidos y engrosamiento pleural apical bilateral; BH, química sanguínea y EGO normales. El TAC de tórax muestra lesión en lóbulo superior izquierdo de 21x25mm, espiculada, densidad de 32UH, sin calcificación o cavitación, rodeada de halo difuso e hipodenso, con broncograma aéreo. La biopsia por broncoscopia, es tejido altamente friable y reportó inflamación crónica no específica. Por falta de diagnóstico

definitivo e inquietud de la paciente, se realizó biopsia guiada por TAC revelando atipia celular eosinofílica intensa y estructuras alveolares en patrón linear sugestivo de adenocarcinoma broncoalveolar con crecimiento lipídico. Perfil inmunohistoquímico positivo para TTF1, CK7 y CKAE/AE3; negativo para CK20. Se programó para cirugía y PET para estadiaje. Éste mostró 2 focos hipermetabólicos mediastinales. Días siguientes refirió sudoración nocturna y prurito generalizado, manejado con antihistamínicos; laboratorios reportaron leucocitosis con eosinofilia. Se llevó a cabo lobectomía pulmonar y toma de biopsias ganglionares. Patología reportó presencia de esférulas de *C. immitis*. La prueba cutánea de coccidiodina fue positiva; pruebas serológicas evidenciaron enfermedad activa. Se inició Itraconazol, obteniendo recuperación adecuada y rápida remisión de los síntomas. **Discusión** La paciente vivía en un área urbana bajo reconstrucción en el norte de México. La biopsia con aguja contenía células reactivas inmunofenotipo coincidente con carcinoma que enmascaraba el diagnóstico de coccidioidomicosis. En un pequeño porcentaje de casos, la biopsia de pulmón abierta es el único método diagnóstico y la intervención quirúrgica puede estar indicada en ciertos casos.

**Folio:0049****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Toxicología  
**Intoxicación por ingesta crónica de tolueno***Flores M<sub>o</sub>, Camara C<sub>o</sub>, Ibarra H<sub>o</sub>*

0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Introducción:** la droga volátil más comúnmente usada es el tolueno, usado en productos como pinturas y pegamentos. Su uso mediante inhalación y sus efectos son bien conocidos. Presentamos un paciente y sus hallazgos clínicos y de laboratorio que ingiere de manera crónica esta droga.

**Presentación de caso:** masculino de 37 años de edad, quien tenía una historia de ingesta crónica disolventes (tolueno) desde los 13 años de edad, semanalmente ingería alrededor de 3 onzas. Se presentó con una historia de dolor torácico retroesternal asociado a un episodio de hematemesis. Un mes previo, una ingesta diaria de 5 onzas de tolueno. Refirió hematuria macroscópica un mes previo a su ingreso. En sus estudios se encontró hematuria, hidronefrosis severa bilateral, no infección y ningún defecto anatómico.

**Discusión:** las anomalías renales que provoca el tolueno son la falla renal y la acidosis tubular. Ahora describimos un caso de hematuria macroscópica mas falla renal por ingesta crónica de tolueno.

**Folio:0050****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Reumatología  
**Enfermedad de Behcet con HLA A02\*B35, reporte de un caso***Vega E<sub>o</sub>, Gómez N<sub>o</sub>*

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** la enfermedad de Behcet (EB) es una vasculitis inflamatoria de causa desconocida con predominio masculino y asociada a HLA B51. Es rara en nuestro medio, con prevalencia de 0.12-0.64 por cada 100 000 hab. en América. La EB se caracteriza por episodios fluctuantes de úlceras orales

y genitales, junto con lesiones cutáneas, vasculares, gastrointestinales y neurológicas. **Caso clínico:** masculino de 28 años, antecedente de úlceras orales recurrentes desde la infancia, que acude por presentar claudicación y dolor en miembro pélvico izquierdo; cursó con afta oral y genital, edema en muslo izquierdo, además de eritema nodoso bilateral. **Discusión:** el diagnóstico de EB es por exclusión de enfermedades infecciosas, tejido conjuntivo y otras reumatológicas. Se llegó al diagnóstico de EB por cumplir 1 criterio mayor (úlceras orales) y 3 menores (úlceras genitales, eritema nodoso, trombosis venosa profunda) del Grupo Internacional de Estudio de EB, además de haplotipo HLA A02\*B35.

#### Folio:0051

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Oncología

**HER2 en cáncer gástrico prevalencia y experiencia del Hospital General Naval de Alta de Especialidad**

*Alonso D<sub>o</sub>, Espino E<sub>o</sub>, Quintana M<sub>o</sub>, Álvarez T<sub>r</sub>, Flores O<sub>o</sub>*

0.Hospital General Naval de Alta Especialidad; 1. Hospital General Naval de Alta Especialidad

**Antecedentes:** el cáncer gástrico (CG) es la segunda causa de mortalidad en neoplasias malignas siendo la expresión de HER-2/neu un marcador de mal pronóstico. El oncogen HER2 induce la sobre expresión de proteínas en la membrana celular y adquisición subsecuente de una célula maligna.

**Objetivos:** mostrar la prevalencia de HER2 en pacientes con CG y la mortalidad con la expresión de este oncogen identificado por inmunohis-

toquímica (IHQ). **Material y método:** cohorte retrospectiva de pacientes con CG del 2009 al 2013, se recolectaron datos demográficos, tipo histológico según la clasificación de Lauren e información estadio clínico para CG, IHQ y búsqueda de sobreexpresión de HER2. En base a la reactividad de la membrana evaluada por IHQ clasificamos: Sin reactividad de la membrana (0), reactividad membranosa tenue (1), reactividad membranosa débil a moderada (2), membranosa fuerte completa (3). Consideramos negativo puntaje (0 y 1), inespecífico (2) y positivo (3). Realizamos estadística descriptiva para calcular promedios y frecuencias de las variables analizadas con el programa SPSS v 13.0 **Resultados:** analizamos 22 pacientes con mediana de edad 60.8 años, mujeres (63.6%) la distribución por regiones fue pacífico 9(41%), centro 8(36%) y Golfo de México 5(23%). Del total 13(59%) pacientes mostraron variedad difusa de células en anillo y 9 pacientes(40.9%) el tipo intestinal. Diagnóstico temprano (4.5%), Loco-regional (9.09%), localmente avanzado (86.4%). La expresión de HER-2 positiva en (14%) pacientes. Antecedente de alcoholismo en 59% y tabaquismo 45.5% de los pacientes. No se encontraron correlaciones entre la expresión de HER-2 con el género ni con la variedad histológica. No se pudo recolectar la información completa del desenlace de los pacientes para poder analizar la correlación de mortalidad y expresión de HER-2. **Discusión y conclusiones:** el CG es uno de los tumores más frecuentes y es el 2do como causa de mortalidad. HER2 actúa como oncogen, principalmente por el alto nivel de amplificación del gen que induce

una sobreexpresión proteica en la membrana celular y la subsecuente adquisición de propiedades ventajosas para la célula maligna. Aunque en nuestra muestra de estudio no hubo una correlación en cuanto la mortalidad, género e histopatología sigue siendo importante mencionar que la expresión de este marcador se relaciona con un peor pronóstico.

#### Folio:0052

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Reporte de un caso: Criptococosis meníngea en un paciente inmunocompetente**

*Alonso D<sub>o</sub>, Espino E<sub>o</sub>, Ramiro E<sub>o</sub>*

0.Hospital General Naval de Alta Especialidad

**Antecedente:** el Criptococo es un hongo que se encuentra en el suelo generalmente afectando a pacientes inmunocomprometidos pero se han visto casos reportados de pacientes inmunocompetentes siendo la vía la respiratoria la principal forma de entrada y posteriormente diseminándose por vía hematogena teniendo tropismo hacia el Sistema Nervioso Central. El diagnóstico definitivo es en líquido céfalo raquídeo o cultivo de Sabouraud.

**Caso clínico:** masculino 42 años de edad el cual inicia con cefalea de 2 semanas de evolución, holocraneana, sin predominio de horario exacerbaba a cambios de posición tanto a la bipedestación o al decúbito supino. Inicia tratamiento con analgésicos con mejoría. Dos días después con malestar general y fiebre de 38.5 C sin predominio de horario, intermitente regresando al servicio de urgencias. EF Frecuencia cardíaca: 96 lpm, Tensión Arterial 130/80 mmHg, temperatura

39 grados, 22 rpm, Neurológicamente funciones mentales superiores conservadas, pares craneales negativos, fuerza muscular conservada, reflejos de estiramiento muscular normales, sensibilidad conservada, meníngeos negativos, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire sin datos de estertores ni sibilancias, ruidos cardíaco rítmicos de buena intensidad sin datos de soplos, abdomen con peristalsis normal, sin datos de irritación peritoneal miembros torácicos y pélvicos sin datos agregados. BH Leucocitos de 11.200 cel/mm<sup>3</sup>, Neutrófilos absolutos 700 cel/mm<sup>3</sup>, Linfocitos Absolutos 800 cel/mm<sup>3</sup>, Monocitos Absolutos 600 cel/mm<sup>3</sup>, PCR y VSG, Inmunoglobulinas normales, Virus de Inmunodeficiencia Humana negativo, VHB y VHC negativo, Perfil TORCH negativo. TAC y RMN craneo simple y contrastada solo reporto datos de dilatación ventricular y enfermedad de pequeño vaso. Punción lumbar reporto Xantocromia, Leucocitos 40 cel/L, Mononucleares 70 cel/L, proteinorraquia 200 mg/dl, Tinción Gram negativa, Tinta china positiva. Se inicia manejo para una Criptococosis meníngea con Anfotericina B Deoxicolato con Fluconazol por 4 semanas. Se realizaron 3 punciones lumbares el tiempo que estuvo hospitalizado siendo la última negativa en la tinta china. **Conclusión:** el manejo del paciente inmunocompetente difiere del paciente que tiene una alteración inmunológica. Este caso presento respuesta adecuada al Fluconazol con punción lumbar negativa

**Folio:0053****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Gastroenterología**Presentación atípica de colitis ulcerativa crónica inespecífica en edad de baja prevalencia***Ramírez C<sub>o</sub>, Ornelas R, de la Torre A<sub>o</sub>*  
0.Hospital Ángeles del Carmen

**Objetivo:** conocer caso atípico de CUCI en paciente menor de 18 años. Antecedentes Padre y hermano con SII. Informe del Caso Femenino 15 años, 18 hrs de evolución con 10 evacuaciones líquidas, abundantes no sangre o moco, fiebre y dolor abdominal EVA 10/10. A las 6 horas 8 mas sanguinolentas, abundantes, con moco, toxemia. EF TA80/70mmHgFC87x?T38°CFR20x? Deshidratación, dolor en colon izquierdo. Resultados Hb 13.9 g/dL, HTO 42%, Leu 7.9, Band 25%, Linf 15% ES nl, Coprológico Mucoide sanguinolento pH 8 SOH Bil Leu >100 PMN 97% Eritr >100, CDifícile(-). Hb 13.5 g/dL HTO 39.8% Leu 7.3 Band 32% Linf10% Coprocultivo: Enterobacterias (). Colonoscopia: Sangrado, úlceras subepiteliales. Bx: Múltiples abscesos, úlceras, glándulas en pantalón PMN subepiteliales. PUCAI 85, no megacolon tóxico Tx. Hidrocortisona 400mg/día, Mesalazina 4g VO 500mg 1-1-1 enema Budesonida enema. **Discusión:** fue respondedor a esteroides. Casos refractarios utilizar Infiximab Ciclosporina Azatioprina. Vedolizumab y Tofactinib fase 3.

**Folio:0054****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Gastroenterología**Tumor del estroma gastrointestinal duodenal tratado con pancreatoduodenectomía en paciente femenino de 28 años***Castillo C<sub>o</sub>, Marrufo C<sub>o</sub>, Carrizales J<sub>o</sub>*  
0.Hospital San José Tecnológico de Monterrey

**Antecedentes:** los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son poco frecuentes, 10 a 20 por millón, en mayores de 50 años, y se localizan principalmente en estómago. Solo el 4-5% se localizan en el duodeno. **Objetivo:** discutir tratamiento de GIST duodenales en pacientes jóvenes. Informe. Femenino de 28 años sin antecedentes patológicos. Acude por melena de 6 días, dolor abdominal epigástrico y síndrome anémico. Ingresa hemodinámicamente estable, con palidez de tegumentos, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen con dolor leve a la palpación de epigastrio, tacto rectal con datos de melena, resto sin datos relevantes. Exámenes de laboratorio con anemia hipocrómica, resto normales. Endoscopia con tumoración submucosa en la segunda porción duodenal, de 1.5 cm, con proceso ulcerado. Tomografía (TC) de abdomen con lesión intraperitoneal de 61 mm x 31 mm x 19 mm que engloba la pared del duodeno. Resonancia magnética reporta masa a expensas de la cabeza del páncreas. Ca 19-9, Ca 125 y antígeno carcinoembrionario normales. US endoscópico, con tumoración de probable origen duodenal en íntima relación anatómica con el páncreas, BAAF preliminar GIST. La paciente fue sometida a cirugía de Whipple, se observa en el duodeno a 1.5 cm de la papila de Vater, una lesión nodular que a la sección mide 3.0 cm de diámetro mayor, confinada a la pared duodenal. Se resecaron 6 ganglios linfáticos negativos para malignidad (pT2N0MX). Patología reportó una proliferación benigna de células fusiformes, con as-



pecto de músculo liso. El contenido de mitosis es de 0-1 x 50 CSF y no existe atipia celular. Estudio inmunohistoquímico AML-, CD 117 (Ckit), Ki67 del 2% de lo cual su origen son células estromales tipo Cajal GIST de bajo riesgo. Discusión. La presentación de los GIST es inespecífica, desde hemorragia intraabdominal, sangrado de tubo digestivo, perforación u obstrucción intestinal; hasta hallazgos en autopsias. La presentación más común en el duodeno es sangrado (50%). El abordaje incluye una TC contrastada abdominal, endoscopia, ultrasonido endoscópico, pruebas de función hepática, biometría hemática completa y valoración preoperatoria. La biopsia no es indispensable si el tumor es resecable. El único tratamiento curativo es la cirugía. La pancreatoduodenectomía es la cirugía más. Los dos factores pronósticos más importantes con el tamaño y su índice mitótico.

**Folio:0055**

**Tipo de Presentación:** cartel  
**Tema del resumen:** Infectología  
**Síndrome de hiperinfección por *Strongyloides stercoralis* en paciente masculino de 71 años con antecedente de glioblastoma multiforme**  
 Castillo C<sub>o</sub>, Suárez A<sub>o</sub>, Ayala J<sub>o</sub>  
 0.Hospital San José Tecnológico de Monterrey

**Antecedentes:** *Strongyloides stercoralis* es un nematodo intestinal endémico en áreas tropicales, sus manifestaciones van desde eosinofilia asintomática hasta enfermedad diseminada y choque séptico. **Objetivo:** presentamos un caso de hiperinfección por strongyloides con desenlace fatal a pesar de tratamiento médico. Informe de caso: Masculino de 71

años. Antecedente de glioblastoma multiforme de 4 meses de diagnóstico, tratamiento quirúrgico, radioterapia y quimioterapia con temozolomida. Acude por hiporreactividad, fiebre y distensión abdominal. Evolución tórpida con inestabilidad hemodinámica y hemorragia alveolar difusa. Lavado bronquioalveolar y coprológico con larvas de *Strongyloides stercoralis*. Se inicia tratamiento con ivermectina vía oral, el paciente fallece 24 horas después. **Discusión:** e riesgo de hiperinfección aumenta en inmunocomprometidos por malignidad, secundario a la autoinfección con diseminación masiva, alcanzando mortalidad del 80% incluso con el tratamiento.

**Folio:0056**

**Tipo de Presentación:** cartel  
**Tema del resumen:** Reumatología  
**Enfermedad de Still del adulto refractaria al manejo convencional: eficacia de rituximab**  
 Hernández E<sub>o</sub>, Barrientos J<sub>o</sub>, Gómez N<sub>o</sub>, Cab J<sub>o</sub>  
 0.Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** la primera publicación de esta entidad fue en 1896. Dos años después George Still la describe en 22 pacs. En 1971, Eric Bywaters la denomina Enf de Still del adulto. Es una artropatía inflamatoria crónica poco frecuente (prevalencia 1.5 casos/100 mil), de etiología idiopática, caracterizada por: fiebre, rash rosa salmón evanescente, artritis y síntomas sistémicos. El diagnóstico se basa en criterios clínicos y laboratorio (Yamaguchi / Cush). Las citocinas pro-inflamatorias relacionadas son IL-1, IL-6, IL-18 y TNF-alfa, que

justifica uso de biológicos: IL-1 (anakinra), TNF-a (infliximab, etanercept) o IL-6 (tocilizumab). **Descripción del caso:** hombre 33 años con historia de fiebre crónica, leucocitosis, actividad articular, odinofagia y pérdida ponderal. EF neurológico íntegro, adenopatías, dolor y flogosis poliarticular, rash evanescente en tronco y fenómeno de Koebner, limitación funcional severa. Labs: VHB, VHC, VIH, VDRL, acs antinucleares y FR negativos, PCR 1:320, VSG 60 mm/h, Hb 7.4 gr/dl, plaquetas 766 mil, leucocitosis > 15 mil, las PFH alteradas. Policultivos, BAAR y gota gruesa negativos. Se informa ferritina sérica > 1000 ng/ml. Ecografía abdominal sin megalias. Aspirado de médula ósea sin malignidad. Se inicia esquema triple FARME esteroides sin respuesta, se escala a biológicos anti-TNF (infliximab y etanercept) con falla primaria. Se indica Rituximab alcanzado a los 9 meses datos de remisión clínica (ausencia de actividad articular) y bioquímico (Hb 14.2 gr/dl, plaquetas 265 mil, leucos 5.6 mil, VSG 12 mm/h, PCR negativo). Durante seguimiento en consulta a 2 años, continua sin actividad. **Conclusión:** son escasos los informes del uso de anti-CD20 (rituximab) para casos refractarios. Ahmadi-Simab en 2006, informa 2 casos y Mohammed en 2011 reporta un caso, que logran remisión con rituximab. El paciente cumplió los criterios mayores (fiebre, rash, artralgias, leucocitosis) y menores (odinofagia, adenopatías, PFH alteradas y serología negativa) de Yamaguchi, además los puntos de Cush (fiebre, rash, leucocitosis, VSG elevada, serología negativa). Se sugiere que la depleción de cels B regula la liberación de cels T (mediadoras de liberación de cito-



cinas pro-inflamatorias). Rituximab es una alternativa terapéutica en pacs refractarios.

**Folio:0057**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Oncología

**Abordaje de adenocarcinoma de origen desconocido: a propósito de un caso**

*Sosa J<sub>o</sub>, Martínez R<sub>o</sub>, Luna R<sub>o</sub>, Arellano H<sub>o</sub>*

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

Paciente masculino de 38 años de edad, que no cuenta con padecimientos crónicos previos, trabajador industria del calzado con subsecuente contacto con butoxietanol y cromo. Iniciando su padecimiento actual en julio del 2011, conociéndose previamente sano. Debuta con presencia de aumento de volumen submaxilar izquierdo con presencia de dolor 3/10, que posteriormente se vuelve bilateral con evolución a edema facial generalizado no indurado, asociándose posteriormente equimosis peri orbitarias congestión nasal, rinorrea y odinofagia. En agosto 2011 es visto en urgencias por ORL por otalgia izquierda, concluyendo disfunción de articulación temporomandibular y celulitis en hemicara izquierda, que se manejó con dicloxacilina. Se realizó TAC 10/08/12 de oídos y senos paranasales, sin encontrar patología, reportando solo aumento de volumen a nivel de piel y tejido celular subcutáneo de región malar izquierda. En Octubre de 2011, presenta aumento de volumen en la extremidad superior derecha con disminución de fuerza muscular. Se sospecha de trombosis venosa profunda, lo cual se descartó

con estudio Doppler color realizado el 10/10/11. El 8 de Nov. 2011, acude a revisión, con IRM de cuello, se encuentra sialoadenitis submaxilar bilateral, edema de tejidos blandos de hemicuello derecho, crecimientos ganglionares de tipo inflamatorio. En Dic. 2011, presentó linfedema en miembro superior derecho, fiebre, diaforesis y pérdida de 19 Kg en los últimos 4 meses; y dolor óseo por metástasis (lesiones líticas y blásticas demostradas en gammagrama con Tc-99 y en TAC) a lo largo de toda la columna vertebral. PET/CT: Muestra múltiples lesiones óseas con incremento de la actividad metabólica, así como infiltración a la médula ósea. A descartar como primera posibilidad mieloma múltiple versus proceso linfoproliferativo Infiltración de cadenas ganglionares de la cavidad pélvica, mediastino. Se realizaron tres aspirados de médula ósea y biopsias de ganglio linfático inguinales derechos positivas para células en anillo de sello con citoqueratinas positivas, además de abundante necrosis hemorrágica de médula ósea. La búsqueda del tumor primario ha sido infructuosa y se dio un ciclo de quimioterapia por dx. De adenocarcinoma de primario desconocido con epirrubicina, vinblastina, cisplatino y dexametasona el 23 de Marzo de 2012.

**Folio:0058**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

**Trombosis de seno sagital superior, reporte de un caso**

*Zamora R<sub>o</sub>, Arellano H<sub>o</sub>, Martínez R<sub>o</sub>, Díaz C<sub>o</sub>*

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

Paciente femenino de 41 años de edad, que entre los principales antecedentes de importancia se encuentra apendicectomía 2 días previos al inicio de su padecimiento sin complicaciones transquirúrgicas, la cual presenta 24 horas posterior a cirugía cefalea de tipo holocraneana, de inicio gradual, con intensidad en incremento 8/10, que aumentaba con los movimientos y disminuía con el reposo, asociada presencia de diplopía, rigidez de nuca, tratándose como cefalea post punción y colocándose un parche hemático, presentando disminución de cefalea con administración de analgésicos, por lo que es egresada a su domicilio. Continuando con cefalea que aumenta en intensidad siendo de 9/10 en EVA, continuando con presencia de diplopía, rigidez de nuca e iniciando con presencia de hemiparesia derecha con disminución de la sensibilidad al dolor de forma ipsilateral, predominantemente en miembro pélvico; además de presentar ligera desviación de comisura labial hacia hemicara izquierda, acudiendo a servicio de urgencias donde inicia con crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas en dos ocasiones con necesidad de protección de vía aérea mediante manejo ventilatorio avanzado. En exploración física encontrando datos de papiledema bilateral, reflejos pupilares ante estímulos luminosos presentes, rigidez de nuca, arcos de movilidad durante la exploración pasiva normales, con sensibilidad a estímulos dolorosos disminuida en miembro podálico, con presencia de fuerza muscular de 3/5 en miembro torácico superior derecho, mientras que de 2/5 en miembro pélvico derecho, con presencia de reflejos de estiramiento muscular aumentados de forma ipsilateral, con presencia de

Babinsky. Por lo que se realiza una tomografía simple de cráneo la cual se reporta como normal. Solicitándose una resonancia magnética simple mostrando imagen hiperintensa con ensanchamiento y heterogeneidad en mitad posterior de seno sagital superior con presencia de signo de la cuerda, además de imagen hiperintensa de límites precisos que involucra la región cortico-subcortical parietal izquierda correspondiendo a infarto de etiología venosa, haciéndose la correlación clínico-radiológica de un infarto venoso parietal izquierdo secundario a trombosis de seno sagital superior.

**Folio:0059**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Abordaje diagnóstico de síndrome de Cushing. A propósito de un caso**  
*Ron G<sub>o</sub>, García E<sub>o</sub>, Arellano H<sub>o</sub>*  
 0. Instituto Mexicano del Seguro Social

Femenino 27 años de edad sin antecedentes heredofamiliares. Inicio hace 4 años con aumento de peso de manera progresiva de predominio central, no relacionada a la ingesta de alimentos y aumento del vello corporal. Posteriormente con cefalea, palpitaciones, acompañado de náuseas y vomito, por lo que acude con médico donde le diagnostican HAS hace 18 meses, iniciando tratamiento con ARA II. Posteriormente comenzó con presencia de astenia, adinamia, edema de extremidades tanto superiores como inferiores, así como vrices purpúricas y estreñimiento. Se realizó perfil tiroideo hace 9 meses diagnosticándose Hipotiroidismo, en tratamiento con levotiroxina 50mcg

diarios, se realiza medición de ACTH con resultado de 133.4 pg/ml y Cortisol matutino 41.67 mcg/dL por lo que se inicia tratamiento con Ketoconazol durante 7 meses sin mejoría del cuadro clínico y aumento de ACTH 258.3 pg/ml y Cortisol 25.16 mcg/dL por lo que se hospitaliza para protocolo de estudio. Ingresa al servicio de urgencias por crisis hipertensiva tipo urgencias hipertensiva con TA 200/110mmHg, por lo que se inicia tratamiento antihipertensivo y se hospitaliza, resaltando a la exploración física obesidad centripeta, fascies de luna llena, acné, hirsutismo, giba dorsal y estrías purpúricas abdominales y en las 4 extremidades. Se realiza RNM donde reportan microadenoma hipofisario intraselar. Se realiza Campimetria resultando normal. Se inicia con medición de Cortisol nocturno 31.140 mcg/dL posterior Prueba supresión con Dexametasona 1 mg con resultado Cortisol matutino 35.070 mcg/dL. Se realiza Prueba supresión con Dexametasona 8 mg, con resultado de Cortisol matutino 7.90 mcg/dL. Se solicita Cortisol Urinario (18.6 ug/dL) con resultado de 334.8 mcg/dL, por lo que confirma Diagnóstico de Enfermedad de Cushing. Se realiza abordaje transfenoidal con resección completa del microadenoma.

**Folio:0060**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología  
**Derrame pleural atípico en paciente con nefropatía**  
*Cepeda E<sub>o</sub>, Cerecedo M<sub>o</sub>, Salas A<sub>o</sub>, Villanueva E<sub>o</sub>, Quilantan M<sub>o</sub>, González J<sub>o</sub>*  
 0. Hospital Regional de Ciudad Madero de Petróleos Mexicanos

**Presentación del caso:** paciente masculino de 70 años de edad con antecedente de diabetes mellitus hipertensión y enfermedad renal crónica en programa de hemodialisis que inicio con tos con expectoración, se realiza radiografía de tórax con evidencia de derrame pleural izquierdo que no mejoro con hemodialisis por lo que se realiza drenaje obteniendo liquido con características de exudado, se realizaron adenosindesaminasa, cultivos, tinciones, reacción en cadena de polimerasa para micobacteria los cuales resultados negativos. Por la recidiva se decidió la realización de videotoroscopia en la que se evidenciaron múltiples lesiones nodulares las cuales se biopsiaron y el resultado de histopatología reporto reacción granulomatosa y se realizaron tinción de Ziehl-Neelsen la cual resultado positiva con lo que se diagnostico que cursaba con tuberculosis pleural por lo que inicio manejo con antifímicos.  
**Discusión:** para el diagnostico de la tuberculosis contamos con múltiples apoyos diagnósticos como son tinciones, cultivos, biomarcadores e histopatología, en el paciente los resultados iniciales de cultivos, tinciones y biomarcadores en liquido pleural resultaron negativos lo cual complico el abordaje diagnostico del paciente por lo que se requirió de manejo invasivo y realización de biopsia mediante visión directa con lo cual se dio el diagnóstico definitivo.

**Folio:0061**

**Tipo de Presentación:** cartel  
**Tema del resumen:** Reumatología  
**Granulomatosis con poliangeítis. Reporte de un caso y revisión de la literatura**

Salas A<sub>o</sub>, López J<sub>o</sub>, Cerecedo M<sub>o</sub>, Villanueva E<sub>o</sub>, González J<sub>o</sub>  
 0.Hospital Regional de Ciudad Madero de Petróleos Mexicanos

Varón de 42 años de edad, sin antecedentes de importancia. Inicia 7 días antes de su ingreso (14/11/12), con fiebre, mialgias, artralgias y gran hiperemia conjuntival, motivo por el cual acude con el oftalmólogo, quien le diagnóstica glaucoma de ángulo abierto. Al momento de su admisión, el examen físico reveló, fiebre de 39 grados, hiperemia conjuntival bilateral. Exámenes de laboratorio: leucocitos 13.2, neutrófilos 10.1, linfocitos 1.8, hemoglobina 13.4, plaquetas 319, PCR 250, VSG 50, factor reumatoide 66.2, glucosa 92, creatinina 1.02, Na 139, K 4.5, Cl 103, TGO 94, TGP 185, DHL 375, FA 179, albumina 3.6, globulina 4, BT 0.5. Microhematuria y leucocituria. Electrocardiograma, Eco trans-esofágico, tele de tórax, TC toracoabdominal y USG de abdomen, normales. Durante su hospitalización presentó, epistaxis, hemoptisis, dificultad respiratoria, insuficiencia respiratoria tipo 1 (pH 7.47, pCO<sub>2</sub> 32, pO<sub>2</sub> 48, HCO<sub>3</sub> 23), flogosis poliarticular, lesiones purpúricas en brazos y piernas, descenso de hemoglobina de 3grs e incremento de creatinina (1.7mg/dl) Se realizó biopsia de mucosa nasal (vasculitis leucocitoclástica con escasos granulomas), se repitió TC de tórax en la que aparecieron extensos infiltrados pulmonares intersticiales y alveolares bilaterales. Estudios inmunológicos negativos, excepto presencia de anticuerpos antiproteína-3 (12.5). De acuerdo con los criterios clínicos, radiológicos, sedimento urinario, anatomopatológicos e inmunológi-

cos, concluimos granulomatosis de Wegener. Se iniciaron esteroides (prednisona 1mg/kg) y Rituximab (735mg dosis semanal por 4 dosis) con lo que presentó mejoría espectacular, siendo egresado el día 08/12/2012. Discusión: La granulomatosis de Wegener es una enfermedad rara, de causa aún no definida, con incidencia de 0.4 casos por cada 100,000 habitantes. Es más frecuente en hombres de raza caucásica, mayores de 40 años. En México, la prevalencia no difiere a lo publicado en otros países, afecta por igual hombres y mujeres con edad promedio de 47.6 ± 13.8 años. El presente caso debutó con fiebre y manifestaciones oculares, ya durante su estancia, se agregaron manifestaciones nasales, pulmonares osteoarticulares, cutáneas (vasculitis), hematológicas y renales, que quizá sea lo más interesante del presente caso. Descartamos otras enfermedades autoinmunes que cursan con vasculitis ANCA.

**Folio:0062**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia  
**Tema del resumen:** Oncología  
**Taponamiento cardíaco en paciente con cáncer de pulmón**

Cárdenas D<sub>o</sub>, Mendoza L<sub>o</sub>  
 0.Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo L

**Introducción:** el taponamiento cardíaco es una complicación potencial de neoplasias avanzadas. Se trata de masculino de 61 años de edad, que acude por disnea en reposo de 3 días de evolución. Antecedente de tabaquismo intenso, 27 paquetes año. Pérdida de peso 8 kilos en 2 meses. Resto negado. A la exploración física con distres respiratorio, Ingurgitación Yugular II, pulso paradójico, ruidos

respiratorios abolidos en hemitórax derecho, ruidos cardiacos ritmicos, taquicárdicos, hipofonéticos, edema de miembros inferiores. Rx de tórax con derrame pleural y cardiomegalia. Se realiza toracocentesis y ecocardiograma, reportando derrame pericárdico severo. Se realiza ventana pericárdica, se toma biopsia de pericardio que reporta adenocarcinoma de pulmón metastásico a pericardio. Se ingresa a UCI posterior a ventana pericárdica, fallece al cuarto día. **Discusión:** el taponamiento cardíaco por metástasis pulmonares es una entidad rara y potencialmente mortal.

**Folio:0063**

**Tipo de Presentación:** cartel  
**Tema del resumen:** Infectología  
**Síndrome de choque tóxico estreptocócico**

Cárdenas D<sub>o</sub>, Mares M<sub>o</sub>, Mendoza C<sub>o</sub>  
 0.Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo L

**Introducción:** Estreptococo pyogenes causa una gran variedad de infecciones de piel. Raramente causa enfermedad invasiva, la cual se complica con choque toxico en un tercio de los casos. Descripción del caso: Se trata de masculino de 48 años de edad, que acude por fiebre y lesión en la nariz de 4 días de evolución. Diabetes mellitus de 5 años de evolución, mal controlada. Resto negado. A su ingreso se encuentra con fiebre, mal hidratado, taquipneico, lesión en ala izquierda de la nariz con salida de material seropuroloento, hiperemia e hipertermia local, con áreas de necrosis, ojo izquierdo con aumento de volumen, taquicárdico. Glucosa capilar 669 mg/dl. Se ingresa a UCI por datos de sepsis y DM descom-

pensada. Evolución tórpida, requiere intubación orotraqueal al segundo día de estancia. Desarrolla síndrome de distrés respiratorio. Evoluciona a choque séptico. Se recibe hemocultivo que reporta *Streptococo pyogenes*. Fallece en su día 16 de estancia.

**Folio:0064**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Peritonitis bacteriana espontánea en pacientes con ascitis y cirrosis hepática, en un hospital de segundo nivel**

*Cárdenas D<sub>o</sub>, Castro J<sub>o</sub>*

0.Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo L

**Antecedentes:** la peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una entidad que se asocia a ascitis y generalmente se presenta en pacientes con cirrosis hepática de cualquier etiología, y ascitis de larga evolución, además de tener gran impacto en la sobrevida del paciente. **Objetivo:** estimar la prevalencia de PBE en pacientes con ascitis ingresados al área de Medicina Interna del Hospital General de Matamoros. **Materiales y métodos:** estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo que incluyó pacientes que ingresaron a nuestra sala con diagnóstico de ascitis de marzo del 2011 a Junio del 2013. Se realizó paracentesis diagnóstica en todos los pacientes, solicitando celularidad con diferencial para el diagnóstico de PBE, con 250 polimorfonucleares como criterio. Se incluyeron 55 pacientes, de los cuales se excluyeron 4 por ser causa diferente a hipertensión portal. **Resultados:** fueron 51 pacientes, 74.6% sexo masculino y 25.4%

sexo femenino. La edad promedio fue de 54.3 años (31-86 años). El motivo de ingreso de 22 pacientes (43.1%) fue por aumento del perímetro abdominal, 10 ingresaron por hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA) (19.6%), 8 por encefalopatía hepática (15.6%), 4 por dolor abdominal (7.8%), 2 por edema de miembros inferiores, 2 por fiebre y 2 por malestar general (3.9%), 1 paciente ingreso por hemorragia de tubo digestivo bajo (1.9%). La etiología de la cirrosis fue la siguiente: 68.6% de origen alcohólico, 17.6% criptogénica, 5.8% por hepatitis B y 3.9% por hepatitis C. La PBE se presentó en 18 pacientes, de los cuales el 38.8% ingresó por aumento de perímetro abdominal, 22% por encefalopatía hepática, 16.6% por HTDA, 11.1% por edema de miembros inferiores, solamente 1 paciente (5.5%) acudió por fiebre, y 1 paciente (5.5%) por dolor abdominal. Del total de pacientes diagnosticados con PBE, el 55% fue defunción, y el resto fue egresado por mejoría. **Conclusiones:** la PBE sigue siendo una complicación grave y potencialmente letal en pacientes con ascitis y cirrosis hepática. La frecuencia encontrada en nuestra casuística se encuentra por encima de lo reportado en la literatura internacional, además de la poca correlación clínica de este cuadro con el motivo de consulta.

**Folio:0065**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Síndrome de overlap asociado con hipotiroidismo: Presentación de un caso**

*Castro J<sub>o</sub>, Cárdenas D<sub>o</sub>*

0.Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo L

**Introducción:** el término de síndrome de sobreposición se refiere a aquellos casos de enfermedad hepática crónica con componente autoinmunitario y que presenta características mixtas de enfermedad hepática colestásica e inflamatoria, simultáneamente o en diferentes fases de la enfermedad. 5-8% de los pacientes con Hepatitis Autoinmune presentan características clínicas, bioquímicas inmunológicas e histológicas compatibles con Cirrosis Biliar Primaria, mientras que 4,8-19% de los pacientes con Cirrosis Biliar Primaria presentan manifestaciones de Hepatitis Autoinmune. **Descripción del caso:** se trata de femenina de 44 años que acude por presentar sangrado de tubo digestivo alto de 1 día de evolución. Padece hipertensión arterial sistémica de 5 años de evolución, en tratamiento con metoprolol 100 mg c/12 hrs. Colecistectomía 5 meses previo a su ingreso. Transfusiones durante la cirugía por sangrado. Inició su padecimiento 15 días previo a su ingreso, con evacuaciones melénicas, 1 día previo a su ingreso presentó 2 episodios de hematemesis. A la exploración física con palidez de piel y tegumentos, tinte icterico en escleras, soplo sistólico multifocal II/VI, extremidades con edema, resto normal. Laboratoriales con anemia megaloblástica, tiempos de coagulación prolongados, hipertransaminasemia, hiperbilirrubinemia patrón mixto, hipoalbuminemia. USG hepático con datos de cirrosis e hipertensión portal. Endoscopia superior reportó pangastropatía eritematosa, úlceras antrales Forrest III. Perfil tiroideo con hipotiroidismo. Biopsia de estómago gastritis crónica linfocítica folicular. Anticuerpos antinucleares positivos, inmunoglobulinas elevadas.



Se programa para biopsia hepática que reporta imagen histológica compatible con hepatopatía de tipo autoinmune. Se inician esteroides, inmunosupresores y ácido ursodexosólico. Presenta mejoría clínica y bioquímica. **Discusión:** se presenta un caso de síndrome de overlap que se asocia también con hipotiroidismo clínico, lo que confirma su etiología autoinmune. La importancia radica en el diagnóstico de este tipo de patología en un hospital de segundo nivel con su adecuado manejo y evolución.

**Folio:0066****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Reumatología**Perforación intestinal como complicación en granulomatosis de Wegener***Godínez L<sub>0</sub>*

0.Hospital Ángeles Metropolitano

Masculino de 36 años sin antecedentes relevantes con 1 mes de evolución de artralgias, fiebre, pérdida de peso de 7 kg y disnea de medianos esfuerzos asociada a hemoptisis. Se hospitaliza para estudio, con hallazgo de lesiones purpúricas en piel, fiebre, mal estado general, falla renal, anemia, leucocitosis, c-ANCA positivo, TAC de tórax con imágenes hiperdensas parahiliares y vidrio deslustrado. Se realizó broncoscopia con evidencia de hemorragia alveolar difusa y cambios inflamatorios en árbol traqueobronquial. Biopsia renal con glomerulonefritis proliferativa extracapilar con necrosis fibrinoide tipo paucinmune. Se inician bolos con 1 gr metilprednisolona/día por 3 dosis y al 4º día inicia 1 gr de ciclofosfamida. 24 hr después presenta hipotensión y choque séptico de foco abdominal.

Se realiza laparotomía con hallazgo de perforación colónica, mostrando evolución postoperatoria tórpida. Fallece en el postoperatorio inmediato en la unidad de cuidados intensivos. Diagnóstico hispatológico: granulomatosis de Wegener

**Folio:0067****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Reumatología**Hemorragia alveolar difusa en paciente con enfermedad de la colágena: presentación de un caso***Cárdenas D<sub>0</sub>, Mendoza L<sub>0</sub>*

0.Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo L

**Introducción:** la hemorragia alveolar difusa es una complicación rara, catastrófica, de enfermedades reumatológicas. **Descripción del caso:** femenina de 54 años con antecedente de HAS, Artritis reumatoide de 10 años de evolución, en tratamiento, además síndrome de Sjogren. Inició su padecimiento 3 días antes de su ingreso, con disnea progresiva hasta ser de reposo, además de hemoptis. A su ingreso con emergencia hipertensiva, taquicárdica, desaturación de O<sub>2</sub> que requiere intubación orotraqueal, campos pulmonares con estertores roncantes gruesos bilaterales, y crepitantes finos diseminados, ruidos cardiacos taquicardicos, miembros inferiores con livedo reticularis. Presenta anemia, hiperazoemia, albuminuria. ANTI SSA (Ro) positivo. Se decide iniciar pulsos de esteroide, presenta mejoría clínica y es posible su extubación. **DISCUSIÓN:** La paciente cumplió criterios para Lupus Eritematoso Sistémico, que se asocia en su mayoría con la hemorragia alveolar difusa, quien evolucionó favorablemente.

**Folio:0068****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Oncología**Síndrome de Pancoast como causa de dolor torácico. Reporte de caso***Fernández J<sub>0</sub>, López A<sub>0</sub>*

0.Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz Dr. Rafael Lucio

El síndrome de Pancoast (SP) es una neoplasia maligna del ápice pulmonar que lesiona el plexo braquial y nervios simpáticos cervicales con dolor en hombro irradiado hacia axila, escápula y mano. **Descripción:** masculino 66 años, con IT de 80 paquetes año, consumo de alcohol de 90 gr/día. 3 meses previos al ingreso con tos sin expectoración, astenia y adinamia. Evolucionó con hemoptisis, disfonía y disfagia. Dolor pleurítico izquierdo, perdió 15 kg. EXP. FÍSICA IMC 19.53 kg/m<sup>2</sup>. Ptosis palpebral izquierda con anhidrosis facial. Adenomegalias cervicales de 2 cm. Estertores subcrepitantes derechos e hipoaereación izquierda, frote pleural. Edema de miembro torácico izquierdo. Anemia leve de 13.40 g/dL, leucocitosis de 10.41, hiperglucemia 119 mg/dl. **Evolución:** se realizó biopsia pulmonar izquierda guiada por TAC, citología compatible con adenocarcinoma. **Discusión:** se ha evaluado en estadio IIB una tasa de supervivencia a 5 años del 47% y estadios IIIA y IIIB de 14% y 16%.

**Folio:0069****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Hematología**Enfermedad de Hodgkin con depleción linfoide como causa de fiebre de origen desconocido. Reporte de caso***Fernández J<sub>0</sub>, López A<sub>0</sub>*



0. Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz Dr. Rafael Lucio

La enfermedad de Hodgkin (EH) es un cáncer de tejido linfático, caracterizado por células de Reed-Sternberg (RS). La depleción linfóide es el subtipo menos frecuente, aparece en adultos mayores. **Descripción del caso:** femenino 69 años, IT de 20 paq/año. DM2 de 15 años. 7 meses previos a su ingreso con fiebre vespertina, diaforesis y pérdida de 9kg. EXP. FÍSICA IMC 22kg/m<sup>2</sup>. Alerta, pálida, 3 ganglios cervicales derechos, de 1 cm. Abdomen doloroso a la palpación profunda en flancos y fosas iliacas. Hiperglucemia 149 mg/dl, albumina 2.5, globulinas 4.90, VSG 32, PCR 19.7, DHL 303.7, FA 1022, B2 microglobulina 4.23. **Evolución:** se llegó a LAPE con biopsia de ganglio paraaortico y de lesión hepática de 4cm. Por patología se concluyó EH subtipo depleción linfóide. **Discusión:** en estadio I o II tiene una supervivencia a 10 años > 90%. En estadios más avanzados a 5 años es del 90%. El diagnóstico es por biopsia, que debe realizarse de forma temprana para un tratamiento oportuno.

**Folio:0071**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Síndrome antifosfolípido catastrófico presentación de un caso que sobrevive**

*Bermúdez K<sub>0</sub>*

0. Angeles del Carmen

**Objetivo:** caso vivo post SAF catastrófico. Femenino 41 años, tabaquismo, abortos 1. **Material y métodos:** 3 días previos a ingreso IAM anterola-

teral y PI (1), ACP y 2 días después reinfartándose anterolateral y septal media, ACP stent en DA tracolimus, a los 4 días reinfarto(2) trombosis de STENT con implante de STENT in STENT implante de STENT en DA media y distal, disfunción VI severa, postcateterismo presenta IAM lateral alto(3) y se cateteriza. IC reumatología Resultados: oclusión circunfleja distal, trombolisis con actylise TIMI II y apertura rama diagonal de DA, sin cambios en DA distal hemorragia pulmonar EVC parietotemporal derecho trombosis yugular. Labs: PCR 18.50, Ac Lúpico Anticardiolipinas IgG 35.7 IgM42.8, Ac b2glicoproteina1 85.7 ANA patrón moteado fino 1:1280. Tratada inhibidores gpIIbIIIa, ASA e inmunoglobulinas, anticoagulación indefinida esteroides IV. Conclusiones: SAF catastrófico 3 criterios (0.8-1% de los SAF), trombosis acelerada, FOM, mortalidad 50%.

**Folio:0072**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Peritonitis tuberculosa en un paciente en diálisis peritoneal**

*Alvarado X<sub>0</sub>, Vásquez F<sub>1</sub>, Ramírez L<sub>0</sub>, Navarro Q<sub>0</sub>, Pérez G<sub>0</sub>*

0. Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca; 1. Hospital Regional de Alta Especialidad

**Antecedentes:** el riesgo de tuberculosis en los nefrópatas crónicos incrementa debido a la inmunosupresión que presentan. La variante extrapulmonar representa un 40% del total de tuberculosis y el peritoneo involucra el 6% de todos los casos. Las micobacterias son un agente etiológico poco frecuente en la peritonitis asociada a diálisis peritoneal.

**Caso clínico:** masculino de 59 años. Hipertenso, diabético y nefrópata en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal. Cursó con dos cuadros de peritonitis asociada al catéter Tenckhoff en agosto y septiembre de 2012. Fueron tratados con ceftazidima y cefalotina. Inició el 27 de octubre de 2012 con dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho, intenso, calificado 9/10 en la EVA, acompañado de fiebre, náuseas, evacuaciones disminuidas de consistencia y efluente turbio. A la exploración física se encontró abdomen con orificio de salida de catéter Tenckhoff sin secreciones ni cambios de coloración, blando, doloroso a la palpación media y profunda generalizada de predominio en flanco derecho, rebote positivo, timpanismo generalizado, peristalsis disminuida. En los laboratorios se encontró leucocitosis de 12 100 céls/mm<sup>3</sup> a expensas de neutrófilos y en el citológico del efluente 650 leucocitos/mm<sup>3</sup>, con 62% de mononucleares. Se inició antibioticoterapia a base de cefalotina y fluconazol. Evolucionó tórpidamente presentando cuadros intermitentes de suboclusión intestinal que fueron manejados conservadoramente. Se agregó fiebre persistente. Se descartó foco infeccioso a nivel pulmonar, urinario y sanguíneo. Setenta y dos horas después se reportó cultivo de efluente sin desarrollo. Se sometió el efluente a reacción en cadena de polimerasa para *Mycobacterias* mediante Gene Xpert MTB-RIF con resultado positivo. Ese mismo día se retiró el catéter Tenckhoff y se inició hemodiálisis. Se inició tratamiento con etambutol, pirazinamida, isoniazida y rifampicina. Se concluyó tuberculosis peritoneal. La suboclusión intestinal mejoró paulatinamente. Egresó por

mejoría el 29 de noviembre de 2012. **Conclusión:** el diagnóstico de peritonitis tuberculosa debe considerarse en pacientes que no mejoran a pesar de la antibioticoterapia, síntomas prolongados y peritonitis recurrentes con cultivos bacterianos negativos. El manejo consiste en remover el catéter peritoneal e iniciar los antifímicos.

#### Folio:0074

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**VIH y falso positivo de lupus eritematoso generalizado (LEG): a propósito de un caso**

*Huerta M<sub>o</sub>, Olán F<sub>o</sub>, Hernández E<sub>o</sub>,  
Morales Z<sub>o</sub>, Vargas A<sub>o</sub>, Andrade L<sub>o</sub>,  
Peraza M<sub>o</sub>, Batun J<sub>o</sub>, Mateos J<sub>o</sub>,  
Martínez E<sub>o</sub>*

0.Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez

**Introducción:** se han sugerido las infecciones virales como factor disparador en la expresión de autoinmunidad. Demostrar esta asociación es de extrema dificultad, por semejanzas en sus manifestaciones clínicas. Puede confundir al clínico realizar el diagnóstico diferencial entre ambas; más aún, cuando expresan positividad en pruebas serológicas (autoanticuerpos). **Descripción de caso:** mujer 41 años, heterosexual y 2 parejas sexuales. Inicia 8 meses previos al ingreso con lesiones eritematosas, pruriginosas en tronco y extremidades, hiporexia, disfagia, poliartralgias, úlceras orales, fotosensibilidad y equimosis. Se solicita ANA 1:160 con patrón nuclear, Anti B2GPI 27.3 UA, leucopenia 3000, linfocitos 30% y plaquetopenia 85 mil. Reunió criterios de clasificación para considerar LEG y se inicia prednisona 25 mg/día. A

los 3 días desarrolla lesiones herpéticas en miembro torácico derecho y dorso, se da aciclovir y antineuríticos con remisión. Posterior inicia fiebre y persiste leuco-linfopenia, se solicita VIH siendo reactivo, Western Blot positivo (gp 120, gp40), carga viral y conteo de CD4 para inicio de TARAA. **Discusión:** presentamos un caso donde el abordaje inicial es el debut con sintomatología autoinmune (fotosensibilidad, ANA positivo, plaquetopenia).

#### Folio:0075

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Oncología  
**Cordoma metastásico a sitios inusuales: tejidos blandos y piel**

*Bourlon M<sub>o</sub>, Ceja A<sub>p</sub>, Huitzil F<sub>2</sub>*

0.Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán;  
1.Facultad de Medicina de la UNAM;  
2.Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Antecedentes:** los cordomas son 1-4% de las neoplasias óseas con predilección por el esqueleto axial y surgen del remanente de la notocorda con comportamiento agresivo localmente.

**Objetivo del estudio:** presentación de un caso de cordoma metastásico a varios sitios inusuales y revisión de la literatura. Presentación del caso: Hombre de 60 años que debutó con dolor sacro-coccígeo, aumento de volumen en cara medial del glúteo y claudicación. Se encontró una masa redondeada aumentada de consistencia. La biopsia reportó cordoma. Recibió radioterapia (60 Gy) a sacro con respuesta del 80%. A los 5 años presentó recaída local y se sometió a sacrectomía. Presentó disfunción eréctil, incontinencia fecal y alteracio-

nes sensitivas. A los 2 años presentó metástasis a columna torácica con síndrome medular agudo y se sometió a laminectomía. En el 2006 presentó tumoración dependiente de músculo vasto lateral. En el 2007 metástasis a pulmón. En el 2009 lesiones en piel cabelluda compatibles con cordoma cutis y lesión en músculos flexores del ante-brazo izquierdo. En el 2012 presentó progresión de la enfermedad pulmonar y local que ameritó colocación de colostomía por infección del sitio primario que condicionó sepsis. **Resultados:** solo 5% son metastásicos al diagnóstico, pero 60% desarrollan metástasis en el seguimiento en el rango de años a 2 décadas. La sobrevida correlaciona más con la progresión local que con la enfermedad metastásica. Los sitios comúnmente involucrados son pulmón, hueso, piel e hígado; y con menos frecuencia tejidos blandos y sistema nervioso. La evidencia de cordoma cutis e involucro de tejidos blandos está limitada a reportes de caso. El tratamiento es resección en caso de dolor o deformidad. La expresión de PDGFR-B ha motivado el uso de terapia blanco como imatinib. Algunos logran respuesta parcial pero el desenlace suele ser enfermedad estable (meses). El uso de anti-EGFR y e inhibidores de m-TOR está limitado a reportes. **Discusión y conclusión:** los cordomas se caracterizan por un comportamiento localmente agresivo dando morbilidad en el sitio primario. Son radio y quimioresistentes; el tratamiento es la resección con alta morbilidad como se presentó en este caso. La aparición de metástasis en piel y tejidos blandos es rara, la terapéutica recomendada es la resección dado que la utilidad de la terapia blanco es limitada.

**Folio:0076****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Reumatología**Expresión de malignidad en una paciente con artritis psoriásica (Psa): informe de un caso**Mateos J<sub>o</sub>, Hernández E<sub>o</sub>, Morales Z<sub>o</sub>, Olan F<sub>o</sub>, Huerta M<sub>o</sub>, Vargas A<sub>o</sub>, Andrade L<sub>o</sub>, Peraza M<sub>o</sub>, Batún J<sub>o</sub>, Martínez E<sub>o</sub>, Valenzuela J<sub>o</sub>

0.Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez

**Introducción:** la PsA es una artropatía inflamatoria crónica que afecta el 5-42% de pacs con Psoriasis. Mas del 80% desarrolla en forma inicial actividad cutánea, que precede en promedio 10 años la actividad articular. La asociación entre PsA y malignidad es poco descrita, a diferencia de artritis reumatoide con mayor prevalencia. Comunicamos un caso de Ca mama bilateral asociado con PsA. **Descripción del caso:** mujer 38 años, separada, gesta 2 con diagnóstico de Psoriasis en 2002 y 10 años a posteriori refiere dolor e inflamación asimétrico de rodilla, carpo y tobillo, enteropatía aquilea, PCR y VSG elevados, FR negativo. Se concluye PsA con inicio de fármacos modificadores (FARME). Refiere en consulta de seguimiento pérdida ponderal, disnea mMRC-3, fiebre sin predominio de horario y síntomas constitucionales. EF neurológico integro, sarcopenia, pálida, placas cutáneas diseminadas, adenopatía cervical, axilar e inguinal, nódulos en mamas con retracción del pezón, hepatomegalia, sin actividad articular, estudios con anemia macrocítica y leucopenia, se decide hospitalización. US hepático imagen sugerente de mets en segmento VI de Couinaud, hepatomegalia y pólipo vesicular. AMO

con mieloptisis. ECOTT derrame pericárdico, Hipertrofia VI, movilidad asincrónica SIV y pared VD. TAC disminución densidad ósea generalizada, lesiones líticas en sacabocados en columna vertebral, lesiones líticas oseas (patrón infiltrativo metastásico), derrame pleural bilateral, adenopatías subclaviculares y yugulares, derrame pericárdico, hepatoesplenomegalia. Biopsia percutánea mamas reporta carcinoma lobulillar infiltrante bilateral. Biopsia médula ósea con aplasia celular e infiltración células malignas. Solicita su traslado al IMSS para seguimiento por Oncología e inicio de quimioterapia. **Conclusión:** hay escasos estudios que informan PsA y riesgo de malignidad. La Cohorte en Toronto de 665 pacs con PsA, un 10.2% (68 pacientes) desarrollaron malignidad, edad promedio 62.4 años, los órganos más afectados fueron mama (20.6%), pulmón (13.2%) y próstata (8.8%). Es difícil solo atribuir el riesgo de malignidad con PsA, también se ha reportado incidencia asociada con uso de FARME por efecto citotóxico (azatioprina, metotrexato). La asociación entre enfermedad reumática, psoriasis, FARME y expresión de malignidad es compleja.

**Folio:0077****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Infectología**Diagnóstico diferencial de BAAR positivo y coexistencia de dos infecciones oportunistas: tuberculosis pulmonar (Tbp) y nocardiosis**Batún J<sub>o</sub>, Hernández E<sub>o</sub>, Olán F<sub>o</sub>, Morales Z<sub>o</sub>, Huerta M<sub>o</sub>, Valenzuela J<sub>o</sub>, Vargas A<sub>o</sub>, Peraza M<sub>o</sub>, Andrade L<sub>o</sub>, Mateos J<sub>o</sub>, Martínez E<sub>o</sub>, Valencia N<sub>o</sub>

0.Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez

**Introducción:** *Nocardia* bacilo gram positivo, aerobio, filamentosos, débilmente ácido-alcohol resistente, se pueden teñir con técnica ácido-rápido modificado (Kinyoun mancha) y con tinción de Ziehl-Neelsen, relacionado estructural y taxonómicamente con micobacterias. Causa infección pulmonar y sistémica en sujetos con algún tipo de inmunosupresión (VIH, esteroides, trasplantados, oncológicos). La Nocardiosis pulmonar es difícil de diferenciar de tuberculosis (Tb) y las dos infecciones pueden coexistir. La *N. asteroides* es el principal patógeno. Se informa una coexistencia entre 1 y 6%. Se ha realizado estudios para determinar coexistencia entre *Nocardia* y Tb, un estudio en la India en 1991, examinó el esputo de 209 pacs con Tb y se aisló *N. asteroides* en 2.9%. Existen escasos informes de infección concomitante entre *Nocardia* y Tb. **Caso clínico:** hombre 33 años recluso del CEFERESO ingresa por fiebre de larga evolución, tos productiva, dolor torácico, pérdida ponderal, diaforesis nocturna y malestar general. EF campos pulmonares con disminución de los ruidos respiratorios en hemitórax derecho, disminución de las vibraciones vocales, pectoriloquia afona, matidez a la percusión, taquicardico, polipneico. Estudios iniciales: Hb 9.6 gr/dl, linfopenia 700 cels, plaquetopenia 121 mil, VIH y BAAR en esputo negativos, Rx Tórax derrame pleural der. Se inicia ceftriaxona 1 gr IV cada 12 hrs. Persiste fiebre y síntomas generales, expresa paraparesia. TAC simple y contrastada de tórax muestra: (neumopatía, absceso paraespinal en T11-T12, aplastamiento T12, derrame pleural derecho, adenopatías calcificadas, imagen en árbol de gemación), por sospecha clínica se inicia

DOTBAL. Se repite BAAR seriado (abundantes estructuras filamentosas y ramificadas compatibles con Nocardia), se agrega sulfas. IRM con acuñamiento T11-T12, engrosamiento duramadre y colección paravertebral. Se recaba PCR para M. tb (positiva). Mejoría clínica y sintomática, egreso y seguimiento en consulta. **Conclusiones:** se debe considerar la coexistencia de infecciones oportunistas (Nocardia y M. Tb), si no existe respuesta al tratamiento. El caso cumple criterios clínicos, serológicos y radiológicos para TBP complicada con Enfermedad de Pott. El hallazgo en BAAR seriado concluye *Nocardia*. Además de la buena respuesta al manejo con antifímicos y sulfas.

**Folio:0079****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Cardiología**Endocarditis bacteriana de válvula nativa aórtica: una causa de fiebre de origen desconocido**Ramírez L<sub>o</sub>, Vásquez F<sub>o</sub>, Hernández J<sub>o</sub>, Alvarado X<sub>o</sub>, Pérez G<sub>o</sub>

0.Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Masculino de 33 años. Inició en octubre de 2012 con astenia, adinamia y gonartralgia, fue tratado con AINES sin mejoría. 1 semana después inició con hipertermia no cuantificada y diaforesis nocturna intermitente. Se agregó aumento de volumen de dorso de pie izquierdo. En valoración privada se solicita BHC: Lc17800 Nt:13172 Bandas: 5%,Hb: 10.2 g/dl plaquetas:190 000 DHL:180 U/L VSG:26 mm/hr PCR:250mg/L FR:120 U/L, se diagnosticó artritis reumatoide. Inició tx con Metotrexate, prednisona y azulfidina, el cual

suspendió después de una semana por intolerancia gástrica. En enero 2013, acude a nuestro hospital a través de la consulta externa, se documenta pérdida ponderal no intencionada de 11kg en 3 meses, fiebre de 39°C,taquicardia de 110 lpm, lesión nodular de bordes bien definidos de aprox.2cm de diámetro en región dorsal de pie izquierdo, dolorosa a la palpación; en manos 4manchas puntiformes eritematovioláceas de 1-2 mm en cara palmar y 1 mancha violácea en región tenar. EKG normal, TAC de abdomen: Infarto esplénico en polo superior. Ecocardiograma: Insuficiencia aórtica con repercusión importante, FEVI:55%, aorta bivalva con lesión adjunta filiforme de aprox.12x5 mm. PSAP:31mmHg. Se inició Tx con ceftriaxona, Gentamicina y vancomicina. Como estudios complementarios se realiza Resonancia Magnética Cerebral: hiperintensidades en T1 y T2, 3 en región parietal derecha de aprox. 2 mm de diámetro y otra de aprox 0.5 cm en zona adjunta a ventrículo lateral derecho. Fondo de ojo: hemorragia retiniana de centro claro y reforzamiento periférico en terminaciones vasculares. Hemocultivo en pico febril: *Streptococcus sanguinis* con sensibilidad antibiótica a Ceftriaxona. Conclusión diagnóstica: Endocarditis bacteriana de válvula nativa aórtica; Se realizó recambio valvular aórtico con prótesis biológica, se egresa con diagnóstico de aorta bivalva con embolismo sistémico e insuficiencia aórtica importante, ritmo sinusal y clase funcional I de la NYHA **Conclusiones:** como parte del protocolo de estudio en Fiebre de Origen Desconocido la TAC de abdomen juega un papel importante para descartar patologías muchas veces clínicamente

no evidentes. En el presente caso la detección de infarto esplénico fue pauta principal en el Dx por la búsqueda intencionada de un foco embolígeno. El manejo quirúrgico fue preferido por las dimensiones de la vegetación y embolizaciones sistémicas.

**Folio:0080****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Cardiología**Cardiomiopatía periparto (CMPP): la sospecha hace la diferencia**Núñez M<sub>o</sub>, Castrejón A<sub>o</sub>, Hernández I<sub>o</sub>, Galarza D<sub>o</sub>

0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

La CMPP es un trastorno sin causa conocida caracterizado por disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (VI) que aparece al final del embarazo o durante los primeros meses posparto en mujeres sin historia de insuficiencia cardiaca (IC). El diagnóstico se retrasa 1 semana en 48% de los casos y por varias semanas o meses en 30% atribuyéndose los síntomas al embarazo o neumonías. De ahí la importancia de sospechar el diagnóstico, así como iniciar tratamiento temprano. Paciente femenino de 17 años, en puerperio fisiológico de 30 días, cursando un parto y embarazo normoevolutivos, sin otros antecedentes. Inicia su padecimiento hace 3 semanas al presentar disnea de medianos esfuerzo que progresa en 1 semana hasta disnea en reposo, acompañada de tos seca. Acude a valoración se indica antibióticos desconocidos para neumonía por tres días pero al no mejorar decide acudir a valoración, a la exploración física se detecta presión venosa yugular (PVY) de 8cm estertores crepitantes basales bilaterales, S3 e



impulso apical desplazado además edema de miembros inferiores. Se realiza Ecocardiograma con FEVI de 20% y dilatación del VI, se descartan otras causas de IC y se hace el diagnóstico de CMPP se da manejo pertinente presentando mejoría clínica. Discusión: La incidencia varía entre regiones geográficas (1:300 en Haití a 1:6000 en Japón). Las mujeres de raza negra son 2.9 veces más propensas a desarrollarla que las blancas y 7 veces más que las hispanas. Los factores de riesgo son edad materna, multiparidad, ascendencia africana, embarazo gemelar e hipertensión. Se han sugerido múltiples teorías de la causa sin embargo no se acepta nada hasta el momento. Clínicamente las pacientes se presentan con un cuadro de IC. A la exploración física se encuentra aumento de la PVY, S3 y S4, desplazamiento del impulso apical, estertores, hepatomegalia, edema periférico y taquicardia. El método para diagnóstico es el ecocardiograma. Las metas del tratamiento son mejorar el estado clínico y los resultados a largo plazo. El tratamiento es el de la IC, contraindicando los IECA y la espirolactona en el embarazo. Agregar bromocriptina mejora la clase funcional y la FEVI pero aún se estudia. Se debe anticoagular a pacientes con FEVI.

**Folio:0081**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Síndrome de ápex orbitario secundario a mucormicosis rino-sinusal-orbitaria. Reporte de un caso**

*Hernández C<sub>o</sub>, Flores P<sub>o</sub>, Alegría J, Jiménez M<sub>o</sub>*

0.Hospital Juárez de México

Masculino de 51 años, con diabetes mellitus tipo 2 de 15 años de diagnóstico y mal apego terapéutico. Inicia padecimiento 5 días previos a su ingreso, presentó dolor nasal de tipo urente, rinorrea hematópurulenta y descarga retrorrenal, acompañada de cefalalgia frontal, aumento de volumen bpalpebral, disminución bilateral de la agudeza visual y desviación de la comisura labial hacia el lado derecho. En el examen físico se observó edema bpalpebral, con limitación de la apertura ocular, pupilas normorreflécticas al fotoestímulo, incapacidad para la supravisión de ojo izquierdo, parálisis del IV, V y VI nervio craneal derecho, así como descarga retrorrenal hematópurulenta. Paraclínicos: leucocitosis (13,730) con neutrofilia (11,830) y HbA1c de 13%. Examen directo con KOH al 20% demuestra mucormicosis activa rino-sinusal-orbitaria como causa del Sx de ápex orbitario. Se inicia tratamiento con anfotericina B y se realizan maxilectomía y etmoidectomía derechas, con evolución favorable.

**Folio:0082**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Más allá de la asimetría facial: síndrome de Parry Romberg asociado a síndrome de Costen reporte de un caso y revisión en la literatura**

*Forero M<sub>o</sub>, Flores M<sub>o</sub>*

0.Hospital General de México

El síndrome de Parry Romberg es un desorden craneofacial poco común, de etiología no determinada, el objetivo de esta revisión y reporte de caso es dar a conocer la importancia de la valoración integral en caso de

asimetría facial. Estudios multicéntricos sugieren que la patología se encuentra genéticamente ligada al cromosoma X. En un meta análisis publicado 2013, donde se analizan 26 estudios con n= 838, se concluye que es predominantemente encontrado en mujeres RR 2,23 IC 95% (1,77-2,8) p< 0,00001. Más que una consideración estética, esta enfermedad involucra varios problemas funcionales y psicológicos, debidos a la asimetría facial. Hay múltiples casos reportados en la literatura que ratifican la necesidad de conocer respecto a este síndrome. A la fecha, no se ha reportado en la literatura la asociación con agenesia del seno frontal y síndrome de Costen, como en el caso que nos lleva a esta revisión.

**Folio:0083**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Profilaxis para tuberculosis en pacientes tratados con corticoides sistémicos por tiempo prolongado: reporte de caso y revisión de la literatura**

*Forero M<sub>o</sub>*

0.Hospital General de México

La quimioprofilaxis en tuberculosis es un tema en constante debate y continúa revisión, no hay consenso entre las distintas sociedades científicas más relevantes. Su uso en pacientes tratados con fármacos inmunosupresores o esteroides esta normado a discreción del médico tratante y sugerido en caso de prueba de tuberculina positiva. Las estadísticas para México según Plataforma única de información/SUIVE/SSA: Por año hay 18,848 casos nuevos de TB en todas sus formas de los cuales 81.6% pulmonar (TBP).



Se reportaron 15,384 casos nuevos de TBP en 2010, y 1,872 defunciones por TBP (84%). Pacientes en tratamiento con fármacos inmunosupresores tienen de 2-12% de probabilidad de contraerla. En este reporte de caso el paciente recibió tratamiento con Esteroides sistémicos por 6 meses con posterior presentación de tuberculosis pulmonar y ganglionar, lo cual sugiere la necesidad de realizar una valoración global y considerar el inicio de quimioprofilaxis dada la incidencia en el país.

**Folio:0084**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Lumbociática subaguda y signo de la hermana María José, como primera manifestación de carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de vesícula biliar multimetastásico.**

**Reporte de caso**

*Zapata R<sub>o</sub>, Forero M<sub>o</sub>, Espinosa J<sub>o</sub>*  
0.Hospital General de México

El carcinoma de vesícula permanece silente hasta que metastatiza o invade órganos, siendo infrecuente diagnosticarlo en estadios iniciales por su rareza, ausencia de marcadores séricos e infrecuentes síntomas hormonales. Es la neoplasia más frecuente del árbol biliar, su diagnóstico se realiza usualmente tras colecistectomía. Entre 1973 y 2005 se reportaron 19 casos de neoplasia neuroendocrina de células pequeñas de vesícula y ductos extrahepáticos. En este caso la sintomatología fue inespecífica y relacionada con las alteraciones derivadas de las metástasis óseas, y cutáneas, lo cual provocó un diagnóstico tardío. El diagnóstico patológico

*postmortem* Colecistitis crónica litiasica con carcinoma neuroendocrino de células pequeñas con diferenciación epidermoide de vesícula biliar, con metástasis en hígado, ganglios linfáticos, piel cabelluda, periumbilicales, glándulas suprarrenales, epicardio, miocardio, costillas, esternón, vértebras lumbares.

**Folio:0085**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Neurología

**Vasorreactividad cerebral medida por doppler transcraneal y su correlación con el perfil de lípidos en adultos mayores de 60 años en el noreste de México**

*Isordia J<sub>o</sub>, Gongora F<sub>o</sub>, Soto A<sub>o</sub>, Espinosa M<sub>o</sub>*

0.Hospital Universitario Dr José Eleuterio González

**Antecedentes:** debido al aumento de las enfermedades crónicas degenerativas en nuestro país es necesario desarrollar y encontrar métodos tanto clínicos, como de laboratorio e imagen que nos den una idea objetiva del daño a órgano blanco que presenta el paciente cuando se realiza la practica medica cotidiana de una manera cercana, es decir ya sea en el consultorio o al pie de la cama de internamiento. La dislipidemia es una patología que su incidencia se encuentra en aumento con una gran cantidad de pacientes que desconocen su condición; en México la hipoalfalipoproteinemia es la anormalidad lipídica más común. **Objeto de estudio, material y metodos:** la hipertensión arterial sistémica y la dislipidemia en México se encuentra hacia el alza motivo por el cual es de gran interés el investigar las relaciones que presenta con las alteraciones

de la circulación cerebral y su relación con enfermedad cerebrovascular.

**Objetivo primario:** determinar las alteraciones que provoca la hipoalfalipoproteinemia en población abierta mayor de 60 años. Se realizó una estadística descriptiva de las características demográficas de la población de nuestro estudio que representa una muestra de la población que se analiza en el servicio de neurología. Se realizó un análisis estadístico para conocer la asociación entre las variables cuantitativas de edad, talla, peso, IMC, número de paquetes año, colesterol con el score del mini mental. El análisis estadístico será con el software de SPSS versión 18. Medias y desviaciones estándar fueron reportadas de todos los valores. Comparación de los parámetros se realizó utilizando pruebas t-student pareadas y análisis de ANOVA. **Resultados:** se analizaron un total de 62 pacientes, mediana de edad de 72 años (rango intercuantil de 71-77) 30 (43.5%) hombres, 35 mujeres (50.7%). Un total de 35 hipertensos, 29 no hipertensos, los cambios hemodinamicos en la respuesta a vasorreactividad cerebral, en especial con pacientes con colesterol total. **Discusion:** la presencia de dislipidemia en pacientes mayores de 60 años se asocia de manera proporcional a cambios en la vasorreactividad cerebral.

**Folio:0086**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Utilidad del test de la espátula para el diagnóstico clínico en un caso de tétanos del adulto: informe de un caso**

*Valenzuela J<sub>o</sub>, Hernández & Eacute<sub>o</sub>, Valencia N<sub>o</sub>, Martínez E<sub>o</sub>, Andrade L<sub>o</sub>, Batún J<sub>l</sub>*

0.Gustavo A. Rovirosa Pérez ; 1.Gustavo A. Rovirosa Pérez

**Introducción:** la rigidez y espasmos musculares del tétanos son causados por la toxina tetanospasmína, producidas por el *C. tetani*, bacilo anaerobio, cuyas esporas sobreviven en suelo y causan infección a nivel de heridas. Se ha estimado una incidencia mundial de un millón de casos/año. Las tasas de mortalidad son variadas (10 a 90%) en función del acceso a la asistencia sanitaria y con mortalidad del 100% sin tratamiento. El tétanos generalizado es la forma más común, afecta todos los músculos. Los músculos de cabeza y cuello son afectados en forma inicial, con progresión caudal de rigidez y espasmos generalizados. El diagnóstico es clínico, no existe prueba específica. Dentro de los diferenciales están: reacciones distónicas, hipocalcemia, intoxicación por estricnina. **Descripción de caso:** hombre 53 años de oficio carpintero que refiere lesión cruenta en dedos durante su trabajo, ignora esquema de inmunización. Ingresa al hospital por disestesia lingual, disfagia, rigidez de cuello y trismus, con aumento progresivo del tono muscular y posterior contracturas generalizadas. Por sospecha clínica se realiza maniobra de la espátula (positiva). Se pasa a UTI para soporte ventilatorio mecánico, sedación, relajación, analgesia y esquema AB, durante estancia desarrolla falla renal aguda que se recupera. Labs: Hb 14.1 gr/dl, plaquetas 354 mil  $10^3$ /mL, leucocitos 15.4 mil, AST 62 IU/L, gluc 85 mg/dL, creat 0.7 mg/dL (acme 2.64 / dL) control de 0.9 mg/dL, CPK 1625 IU/L, acs anti clostridium tetani de 0.05 UI/L y cultivos sin desarrollo a las 72 hrs. Por intubación prolongada

se realiza traqueostomía y continúa hospitalizado. **CONCLUSIÓN:** El tratamiento incluye soporte ventilatorio, AB, relajantes musculares, Ig antitetánica y prevención de complicaciones. Enfatizar el uso de inmunización completa y profilaxis con gamaglobulina en caso de lesiones. El diagnóstico del tétanos estrictamente es clínico y la maniobra de espátula (espasmo reflejo de los músculos maseteros en contacto con la pared posterior de la faringe) apoyo el diagnóstico temprano. En cultivo solo hay desarrollo en 30% y los anticuerpos son indetectables, considerando positivos con 0.01 UI/L.

**Folio:0087**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Pielonefritis enfisematosa (PE) en una paciente con síndrome icterico**

*Peraza M<sub>o</sub>, Hernández E<sub>o</sub>, Olán F<sub>o</sub>, Morales Z<sub>o</sub>, Valencia N<sub>o</sub>, Huerta M<sub>o</sub>, Valenzuela J<sub>o</sub>, Vargas A<sub>o</sub>, Andrade L<sub>o</sub>, Martínez E<sub>o</sub>, Mateos J<sub>o</sub>, Batún J<sub>o</sub>*

0.Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa

**Introducción:** la PE, infección bacteriana poco frecuente caracterizada por producción de gas en parénquima renal, sistema colector y tejido perirrenal. Se asocia a DM no controlada en >80%, más frecuente en mujeres y generalmente unilateral. La principal etiología es *E. coli* (70-90%), seguido de *K. pneumoniae*. Se expresa por fiebre, dolor abdominal y disuria. El letargo, confusión, falla renal, trombocitopenia y choque, indica formas severas asociadas a sepsis. El tratamiento incluye AB amplio espectro y abordaje quirúrgico. El 72% requiere nefrectomía. La sepsis en sus variedades de sepsis grave,

choque séptico y síndrome de disfunción multiorgánica, constituye en la actualidad la principal causa de mortalidad en Terapia Intensiva (UTI). **Descripción del caso:** mujer 20 años con carga genética para DM, impresiona diagnóstico de DM1 con uso de hipoglucemiantes orales. Historia de fiebre, náusea y emesis, síntomas urinarios (disuria, polaquiuria y tenesmo vesical) con uso de sulfas sin respuesta. Ingresa al servicio por persistir fiebre, deterioro neurológico e ictericia. EF Glasgow 13 puntos, hipotensa, deshidratada, polipneica, icterica, hepato y esplenomegalia con Giordano bilateral positivo. GAS con hipoxemia (65%) y por deterioro neurológico ingresa a UTI. Labs: gluc 540 mg/dl (osmolaridad calculada 319 mOsm/L), Hb 12 gr/dl, plaquetas 12 mil, Leucos 5.8 mil, creat 2.2 mg/dl, Na 122 mmol/L, PFH alteradas y EGO patológico. Hemo y urocultivo con desarrollo de *E. coli*. Por diferencial de fiebre y plaquetopenia se realizo IgM para dengue (positivo). Durante su estancia se descartó leptospira, hepatitis y colédocolitiasis. Uso de ceftriaxona 1gr IV cada 12 hrs por 10 días. Egres a piso de Infectología clínicamente estable; sin embargo, persiste EGO patológico e ictericia, se solicita TAC Abdomen con pielonefritis enfisematosa, que concluyó en nefrectomía. Por adecuada evolución, egreso y seguimiento en consulta. **Conclusión:** lo relevante del caso es la expresión inicial de ictericia en un proceso urinario complicado. La ictericia se asocio a la disfunción orgánica por PE. El sustrato que precipita esta complicación es el descontrol metabólico por uso de hipoglucemiantes en DM1, agregando la infección renal complicada. La justificación de la

trombocitopenia fue multifactorial: proceso febril viral agudo y el consumo de plaquetas en sepsis.

**Folio:0088**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Leptospirosis anictérica reporte de caso**

Ruiz A<sub>0</sub>, Álvarez L<sub>0</sub>, Solís D<sub>1</sub>, Armijo E<sub>1</sub>  
0.Hospital General de Zona 48 IMSS;  
1.Hospital General De Zona 194 IMSS

**Introducción:** la leptospirosis es una zoonosis poco frecuente en nuestro medio. Se contagia por alimentos y agua contaminados. Tiene un amplio espectro, el síndrome de Weil, con afectación hepatorenal, y la variante anictérica, que se manifiesta por síndrome febril no focalizado. Son importantes la sospecha diagnóstica y el inicio de tratamiento precoz. Informe de caso: Femenino de 46 años tabaquismo a razón de 3 cigarrillos diarios. Fibromialgia diagnosticada hace dos años con tratamiento irregular. Derrame pleural hace 7 años asociado a neumonía nosocomial. Inicia su padecimiento actual hace 15 días previo a su ingreso con fiebre, cefalea, dolor abdominal, astenia, adinamia, hiporexia, fatiga, mialgias, artralgias, diaforesis, dolor ocular, tos seca disneizante, edema de extremidades, disnea progresiva por lo que acude a facultativo sin mejoría; laboratorios iniciales sodio 134, potasio 3.2, urea 30, creatinina 0.8, BUN 14, glucosa 226, leucos 4300 Hb 13gr plaquetas 232000, linfos totales 600 neutros totales 3500 VCM 82 CMHB 36, TGO 39 TGP 62 Globulinas 3.3, Albumina 2.5, BT 0.4 BD 0.1, GGT 106 ( control

de 508) DHL 212 ALP 154 (control de 248) FR 17 PCR 7.3 INR 1.12 EGO con proteinuria, cetonuria leucos 6-8/ campo, TSH 3.2. Reacciones febriles negativas colesterol 116 HDL 16 Trigliceridos 221 Amilasa 87 RDW 47.5% Lipasa 212 Calcio 6.9 (corregido 9.4) gasometría PH 7.53 PCO2 38 PO2 89 HCO3 31 EB 8.5 SAT 98% . Exploración con edema en declive, no adenomegalias, campos pulmonares sin agregados y ruidos cardiacos rítmicos, hepatomegalia 4-3-3, USG de hígado y vía biliar con porta de 13mm hígado ecogenico liquido en espacio perihepático y derrame pleural derecho de 10% TORCH negativo, ANA y AntiDNA negativos, sin consumo de complemento, se solicita análisis para *Leptospira* sp. en sangre por videograbación en campo oscuro resultado positivo y *Leptospira* sp en orina por microscopia en campo oscuro resultado positivo se inicia penicilina G procainica mas ceftriaxona mas claritromicina. Cinco días posterior persiste con fiebre y respuesta inflamatoria sistémica se solicita nuevo Urocultivo positivo para *E. coli* sensible a Imipenem se concluye nuevo esquema de antibiótico con mejoría. **Conclusiones:** el diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, pues la clínica y la radiología son inespecíficas, la confirmación se realizará por serología.

**Folio:0089**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Histoplasmosis diseminada en paciente con VIH: reporte de un caso**

Escobedo R<sub>0</sub>, Gallegos O<sub>1</sub>  
0.Hospital Infectología Centro Médico Nacional La Raza, IMSS.;  
1.Hospital General Ticomán

Femenina de 24 años de edad, originaria y residente del DF, unión libre, católica, ama de casa. Carga genética para DM2 e HAS. Habita en casa urbana, con todos los servicios sanitarios básicos, en hacinamiento, alimentación irregular, COMBE negativo. Infección por VIH en 2010 en tratamiento con TARGA suspendió en 2012. Hospitalizada en 2 ocasiones en 6 meses por síndrome febril, dermatitis alérgica y síndrome de Shorgren like. Apendicectomía hace 4 años. Transfusionales positivos. Tabaquismo y alcoholismo ocasional. AGO. Menarca a los 12 años, ritmo 28x5, emenorreica, IVSA a os 18 años, NPS 3 parejas, heterosexuales, G2, P0, C2, A0. FUC 2010. FUM: 13-08-2013. DOCU y. DOCMA 2013 sin alteraciones. Niega ITS. Inicia en enero de 2013 con lesiones maculares, pruriginosas, en ambas manos, brazos, y tronco, posteriormente en marzo 2013 fiebre de 38° C, intermitente, semanal, predominio nocturno, diaforesis, cefalea holo craneal, se acompaña de tos esporádica, expectoración mucoverdosa, que evoluciona en 2 meses hasta presentarse en accesos, blanquecina, disneizante y cianosante, sin hemoptoicos, con adenomegalias en cuello, predominio submandibular izquierdo, hace 2 semanas aumento de volumen abdominal y dolor en hipocondrio derecho, ictericia generalizada, acolia, coluria. Pérdida de peso de 10 kg en 6 meses, debilidad generalizada. TA120/70mmHg, FC90lpm, FR28rpm, Temp37,5°C, SAt94%, Peso46kg, Talla145 cm. EF: deshidratación moderada, ictericia generalizada, huellas de rascado, eritema facial, estado neurológico conservado, pupilas isocoricas normoreflexicas, lesiones umbilicadas peribucales de

5mm, lengua con placas blanquecinas, faringe hiperemica, amígdalas GII criptas sin exudados, cuello con adenomegalias de 8-15mm, predominio izquierdo, sin compromiso cardiopulmonar agudo, abdomen con hepatoesplenomegalia, ascitis libre, peristalsis disminuida, extremidades sin edema. BAARs expectoración negativo, hemocultivos y mielocultivos sin desarrollo, pancitopenia y PFH alteradas patrón colestásico, US hepatoesplenomegalia, TORCH memoria para CMV, Herpes, Rubeola, serología para VHC y VHB negativo. *Ac Treponema pallidum* negativos. CD4 193 CV 1,890 Biopsia de ganglio Histoplasma capsulatum con tinciones especiales. Paciente con factores de riesgo para infecciones oportunistas, con datos de falla hepática y riesgo de disfunción orgánica, amerito manejo específico.

**Folio:0090**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Oncología

**Incidentaloma en un paciente con trauma craneoencefalico (TCE): expresión de un mieloma múltiple (mm)**

*Batún J<sub>o</sub>, Hernández E<sub>p</sub>, Valenzuela J<sub>p</sub>, Mateos J<sub>p</sub>, Huerta A<sub>1</sub>*

0.Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A Roviroso Pérez; 1.Hospital de Alta Especialidad Dr Gustavo A Roviroso Pérez

**Introducción:** el MM es un trastorno de células plasmáticas malignas que se caracteriza por proliferación clonal en microambiente medular, proteína monoclonal en sangre y/o la orina, con disfunción orgánica. La edad media del diagnóstico son 70 años. Un 20 a 30% son asintomáticos y el

diagnóstico es incidental. Para considerar disfunción orgánica se usa los criterios CRAB: hipercalcemia >11.5 mg/dl (16%), falla renal por creatinina > 2 mg/dl (40%), anemia crónica por Hb < 10 gr/dl (73%) y osteoporosis difusa o lesiones líticas (80%). Se necesita ? 10% de células plasmáticas por aspirado de médula ósea (AMO) y proteína monoclonal en suero u orina (criterios Kyle). Se informa un caso de MM como hallazgo incidental en un paciente con TCE. **Caso clínico:** masculino 53 años, historia de etilismo crónico. Ingresa por deterioro neurológico (ECG 13 puntos) secundario a caída de plano de sustentación. TAC de cráneo hematoma epidural derecho que desplaza línea media, fractura temporal derecha y lesión osteolítica en arco cigomático, se realiza drenaje sin incidentes. Labs: Hb 9.8 gr/dl, Ca 8.4 mg/dl, creatinina 2.8 mg/dl, depuración de creatinina orina 24 hrs 21.5 ml/min, proteína Bence-Jones positiva, AMO con cambios reactivos y 9% células plasmáticas. Por criterios de Kyle y CRAB se concluye MM, se envía a hematología con solicitud de albúmina y B2-microglobulina para determinar estadio e inicio de tratamiento. **Conclusión:** el hallazgo del MM en este paciente con TCE fue incidental por estudio de imagen, ya que cursaba asintomático. A pesar de no tener >10% células plasmáticas en AMO según Kyle, por las alteraciones bioquímicas y hallazgos en estudio de imagen cumple con los criterios CRAB.

**Folio:0092**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Síndrome de sobreposición: LES con afección mucocutánea, articular,**

**hematológica, renal y vasculitis de SNC. Esclerosis sistémica limitada**

*Ruiz P<sub>o</sub>*

0.Centro Médico Nacional La Raza

Femenino de 54 años, con antecedente de Lupus Eritematoso Sistémico desde 1996 con afección mucocutánea y articular, caracterizada por artralgiás, artritis, caída de cabello, eritema malar, fotosensibilidad y fenómeno de Raynaud. En 2003 presenta engrosamiento cutáneo distal, úlceras digitales, calcinosis, disnea de medianos esfuerzos, diagnosticando esclerodermia. En septiembre de 2012, inicia el cuadro clínico actual, con edema de miembros pélvicos. 6 meses después presenta movimientos involuntarios a nivel cervical izquierdo, de 2 minutos de duración. Por la sintomatología referida y anticuerpos anti DNA positivo se decide realización de biopsia renal. Por la presencia de mioclonías cervicales se realiza resonancia magnética y panangiografía cerebral describiendo cambios a vasculitis de predominio en hemisferio derecho. Con diagnóstico de síndrome de sobreposición: LES con afección mucocutánea, articular, hematológica, renal, vasculitis de SNC y esclerosis sistémica limitada.

**Folio:0093**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

**Síndrome de Cowfukase o POEMS, diagnóstico diferencial. Reporte de un caso**

*Aguñiga A<sub>o</sub>, Jardines G<sub>o</sub>, Castro R<sub>1</sub>, Velázquez T<sub>o</sub>, Duarte J<sub>o</sub>, Cortez J<sub>o</sub>*

0.Hospital General de Zona numero 48. Instituto Mexicano del Seguro Social; 1.Hospital General de Zona



numero 24. Instituto Mexicano del seguro Social

**Antecedentes:** el síndrome POEMS es un raro trastorno multisistémico de origen paraneoplásico. La característica más prominente es la polineuropatía de progresión subaguda o crónica con franco predominio motor, la cual casi siempre motiva la consulta. **Objetivo:** realizar el diagnóstico diferencial con patologías que cursen con discrasias plasmocitarias y polineuropatía. **Resumen del caso:** masculino de 36 años de edad, sin antecedentes familiares de importancia, historia personal de Diabetes Mellitus tipo 2 de 6 años de diagnóstico en tratamiento con hipoglucemiantes orales; neuropatía diabética en tratamiento con carbamazepina; hospitalizaciones previas hace 4 años por Guillan Barre sin secuelas. Ingresa al servicio de Medicina Interna por cuadro crónico caracterizado por malestar general, artralgias, mialgias, parestesias y dolor muscular de tipo proximal, progresivo que impide la deambulacion, de predominio en miembros inferiores, acompañado de lesiones dérmicas hipercrómicas en miembros pélvicos de predominio distal y fiebre intermitente, de predominio nocturno con pérdida de peso de 14 kilos en 6 meses. A su exploración se confirma debilidad en miembros pélvicos de predominio proximal, lesiones dérmicas descritas con esclerosis, así como hepatoesplenomegalia iniciando protocolo de estudio con CPK MB, perfil tiroideo, panel viral de hepatitis y VIH, perfil TORCH, factor reumatoide (-TAC abdominalopelvica: hepatoesplenomegalia, pruebas de función hepático normal; Resonancia Magnética de columna

lumbo-sacra normal, Electromiografía, polineuropatía sensitivomotora de tipo axonal con compromiso desmielinizante; electroforesis de proteínas en suero: hipergammaglobulinemia IgG y cadenas ligeras lambda, Bence Jones (-). Aspirado de Medula ósea: células plasmáticas 2%. Efectuando el diagnóstico de síndrome de PEOMS. **Conclusiones:** el síndrome POEMS es un raro trastorno multisistémico de tipo paraneoplásico que se asocia a una discrasia de células plasmáticas. Se caracteriza por la presencia de neuropatía periférica, organomegalia, alteraciones endocrinas, presencia de proteína M, cambios en la piel y otras manifestaciones sistémicas. La patogénesis no se conoce bien aunque se relaciona con niveles elevados de citocinas proangiogénicas y proinflamatorias como: IL-1?, TNF-? e IL-6. El tratamiento se relaciona con radioterapia, alquilantes y esteroides.

**Folio:0095**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Infectología

**Curva ROC, valor predictivo, razones de verosimilitud y correlación de linfocitos y adenosindesaminasa (ADA) en líquido pleural para el diagnóstico de tuberculosis pleural. ¿Cuál es la prueba más rentable para el internista?**

*Manuel M<sub>o</sub>, Robledo J<sub>o</sub>, Tandazo S<sub>o</sub>, Torres J<sub>o</sub>, Barrueta J<sub>o</sub>, Damián W<sub>o</sub>, Hernández J<sub>o</sub>, López J<sub>o</sub>, Pérez A<sub>o</sub>, León A<sub>o</sub>, Ortiz J<sub>o</sub>, Soto M<sub>o</sub>, Esquivel J<sub>o</sub>, Bañales J<sub>o</sub>, Salazar M<sub>o</sub>*

0.Hospital de Alta Especialidad Juan Graham Casassus, Villahermosa Tabasco; 1.Laboratorios Frontera Sur; 2.Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias3 Ismael Cosío Villegas, México, D.F

**Introducción:** la tuberculosis pulmonar en el estado de Tabasco es de 23.6/100,000 habitantes, la forma pleural representa un problema diagnóstico. **Objetivo:** 1) Evaluar sensibilidad, especificidad, valores predictivos, razón de verosimilitud positiva, momios preprueba y postprueba del conteo de mononucleares y ADA 2) Construir una curva ROC-AUC para conteo de mononucleares y niveles de ADA en líquido pleural 3) Encontrar la correlación entre los niveles de mononucleares y ADA. **Material y métodos:** estudio tipo utilidad de una prueba diagnóstica. Periodo Enero 2006-Enero 2013. Pacientes hospitalizados, estudio de derrame pleural, exudado linfocítico (>30%) Edad>18 años. Líquido pleural (toracocentesis) para determinación de cuenta celular de mononucleares (un solo laboratorio) y simultáneamente niveles de ADA por método de liberación de amonio (un solo laboratorio). Estándar de oro: constructo (datos clínicos, radiografía, cultivo, biopsia pleural, en algunos casos y respuesta terapéutica a los dos meses con HRZE. Los evaluadores estuvieron cegados e independientes a el diagnóstico. Dictamen diagnóstico: evaluador experto. Estadística: Coeficiente de correlación de Pearson. Curva operante del Receptor (ROC) (sensibilidad-falsos positivos) se calculo AUC. **Resultados:** 40 pacientes; Masculino 77.5% Femenino 22.5%, combe positivo 15%. prevalencia Tb pleural 67.5%. Edad 41±21 años, tiempo de inicio mediana 30 días. ADA (>70) 72.5%, mononucleares 60±33 mediana de 75 (0-98), ADA 82.5±40 (12-200). ADA S=100%, E=84%, la curva ROC ADA mostro un área bajo la curva (AUC)= 0.93 IC de



95% (0.83-1.0), el punto de corte para nuestro grupo fue 78 (S=96% y 15.4% falsos positivos). Mononucleares AUC 0.54 con IC de 95% (0.36-0.73) el punto de corte de 75 que es para este estudio S=51% y falsos positivos de 38.5%, E=30%, no hubo cambios con cortes de 50 y 30. Se calculó razones de verosimilitud positiva ADA=6.49; probabilidad preprueba=0.38; momios postprueba=2.0, probabilidad postprueba=0.66. Para el conteo de linfocitos razón de verosimilitud positiva 1, con un momio postprueba de 0.38 y una probabilidad de 0.5. La correlación entre ADA y mononucleares  $r_p=0.058$ ,  $r_s=0.052$ . **Conclusión:** en un estado con prevalencia alta de tuberculosis la determinación de ADA ofrece una mayor rentabilidad que la cuenta de mononucleares en el diagnóstico de la tuberculosis pleural.

#### Folio:0096

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Parálisis periódica tirotóxica hipokalémica. Reporte de un caso en un hombre latino**

*Patiño M<sub>o</sub>, Fernández Y<sub>o</sub>*

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

**Antecedentes:** La parálisis periódica tirotóxica hipokalémica (PPTH) es una rara complicación de la tirotoxicosis caracterizada por eventos de debilidad muscular e hipokalémia en pacientes con hipertiroidismo. **Objetivo:** reportar un caso de PPTH en un paciente latino. Informe del caso: Masculino de 38 años de nacionalidad mexicana que inicia su padecimiento 3 meses previos a su ingreso con pérdida de peso de 7kg, ansiedad, diaforesis, temblor de extremidades

superiores (ES) y 4 a 6 evacuaciones por día. Un mes después se agrega paresia de extremidades inferiores (EI) caracterizada por dificultad para subir escaleras, evolucionando hasta dificultad para la deambulacion. La noche previa a su ingreso refiere consumo de alimentos hipercalóricos y 12 horas después paresia de ES y EI. En la exploración inicial se encuentran: ansioso, diaforético, ES con fuerza muscular (FM)1/5, reflejos de estiramiento muscular (REMs)0/4. EI con FM2/5 y REMs0/4. Resultados: Se reportó un potasio sérico de 1.4 mEq/l y tras la administración de 280 mEq de KCl presento mejoría del cuadro con una FM4/5, REMs2/4, en las ES, y en las EI FM4/5 y REMs2/4. Se realizó una resonancia magnética con reporte de lóbulo tiroideo izquierdo que se extiende caudalmente hacia el mediastino anterior limitado por la vena braquiocefálica izquierda. Y un estudio de función tiroidea con TSH de 0.005mUI/ml y T4L de 4.89ng/dl. Referido a una unidad de 3er nivel con los diagnósticos de PPTH e Hipertiroidismo primario. Se realizó una centellografía de tiroides con TCO499 con reporte de tiroides aumentada de tamaño en forma global con predominio del lóbulo izquierdo. Y se dio tratamiento con Iodo131 25mCi y Propanolol 20mg cada 8 h con el diagnóstico de bocio toxico difuso. El último reporte de laboratorio muestra una TSH de 0.7 mUI/ml y T4L 0.61 ng/dl en tratamiento con levotiroxina 100mcg cada 24 h. sin nuevos eventos de parálisis. **Discusión:** la PPTH suele afectar más frecuentemente a hombres (20:1). Los casos en pacientes no asiáticos son excepcionales. La edad de presentación, suele ser entre los 22 y los 50 años. La forma de

hipertiroidismo más frecuentemente es la enfermedad de Graves-Basedow, aunque se han descrito asociados a tiroiditis subaguda silente, hipertiroidismo iatrógeno, adenoma tóxico, bocio multinodular.

#### Folio:0097

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología

**Reporte de caso: ruptura de septum interventricular postinfarto agudo al miocardio**

*Valencia C<sub>o</sub>, Leaños Y<sub>o</sub>, Olivas L<sub>o</sub>, Guerrero F<sub>o</sub>, Ramírez J<sub>o</sub>*

0.Hospital Universitario de Saltillo, UAdeC

**Introducción:** el infarto agudo al miocardio (IAM) es la enfermedad coronaria más frecuente y puede tener complicaciones mecánicas durante los primeros días de evolución, como es la ruptura de septum interventricular. **Caso clínico:** femenino de 80 años que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de IAM anterior extenso de > 12 horas de evolución, no candidata a trombolisis. El ecocardiograma reveló un defecto de tabicación del septum interventricular apical de 10.4mm y cortocircuito de izquierda a derecha. Presentó falla multiorgánica y muerte súbita a las 48 horas de su ingreso. **Conclusión:** la ruptura del septum interventricular post-IAM es una complicación mecánica que se presenta en los primeros 5 días del IAM, su incidencia actual es de 0.2% debido al uso de trombolíticos. Tiene una mortalidad del 94% al tratarse conservadoramente y un 47% si se trata con cirugía, sin embargo no existe un consenso de manejo para disminuir la mortalidad.

**Folio:0098****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Hematología**Enfermedad tromboembolicaverosa como primera manifestación de mieloma múltiple***Ruiz A<sub>0</sub>, Álvarez L<sub>0</sub>, Castro P<sub>1</sub>, Armijo E<sub>2</sub>*

0.Hospital General de Zona 48 IMSS;

1.Hospital General de Zona 48 IMSS;

2.Hospital General de Zona 194 IMSS

**Introducción:** el mieloma múltiple se caracteriza por la proliferación de células plasmáticas en la médula ósea y por la sobreproducción de inmunoglobulina monoclonal completa. Representan 0,8% de nuevos casos de cáncer. La etiología se desconoce. Se baraja la hipótesis de que se debe a trastornos del sistema inmunitario relacionados con la edad, mayores de 50 años; más frecuente en raza negra y predominio en género masculino y el inicio de la sintomatología puede ser diversa como en el caso de nuestro paciente que debuto con un evento de trombosis venosa profunda de miembro pélvico. Informe de caso: Masculino 65 años, tabaquismo positivo, transfusionales positivos, hemorragia de tubo digestivo bajo con diagnóstico de proctitis inespecífica y enfermedad diverticular, Anemia crónica con datos de lesión renal crónica. Inicia su padecimiento con lumbalgia incapacitante, paresia de miembros pélvicos, astenia, adinamia, hiporexia, pérdida de peso 30 kg en 3 meses, estreñimiento, hematoquezia, a la EF con macroglosia con glositis, caquexia, adenopatía en región submandibular izquierda y edema unilateral de miembro pelvico derecho cianosis distal ipsilateral y pulsos disminuidos. Laboratorios glucosa

95 creatinina 4.9, BUN 64 urea 233 potasio 4.2, sodio 138, leucos 7100 Hcto 22.1 Hb 7.6gr VCM 33.8, CMhb 35.8 plaquetas 122000, INR 2.28 TTP 63 TP 15 ALB 2.4 ALP 94, AFP 2.57, TSH 2.7, ACE 5.02 SOM con descalcificación, calcio 11mg TSH 2.7, BT 0.9, BD 0.4, TGO 28 TGP 79 GGT 52 DHL 279, Depuración de creatinina 7ml/min, TAC padominopélvica engrosamiento concéntrico irregular de la pared del recto y del conducto anal de hasta 22mm, ganglios paraaórticos y dependientes de la cadena iliaca externa bilateral de 1cm; y finalmente por la presencia de bicitopenia y el grupo etario se decide realización de AMO con serie linfocitocitaria aumentada, con infiltración de células plasmáticas y linfoplasmocitoides 60% algunas células trinucleadas, no células de mott o en flama. Inmunoglobulinas IgG 939, IgA 79.5, IgM 64.5, cadenas kappa 18.15, cadenas lambda 1777 rel K/L 0.01 beta 2 microglobulina de 7.8 (muy elevado). **Discusión:** las manifestaciones clínicas más comunes están relacionadas con la proliferación descontrolada de células plasmáticas anemia, hemorragia, lesión renal, dolor óseo, infecciones. **Conclusión:** el papel del médico internista se centra en la sospecha diagnóstica.

**Folio:0101****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Gastroenterología**Enfermedad inflamatoria idiopática: síndrome antisintetasa reporte de caso***Ruiz A<sub>0</sub>, Álvarez L<sub>1</sub>, Castro P<sub>1</sub>, Armijo E<sub>2</sub>*

0.Hospital General de Zona 48 IMSS;

1.Hospital General de Zona 48 IMSS;

2.Hospital General de Zona 194 IMSS

**Antecedentes:** síndrome antisintetasa la asociación de miopatía inflamatoria idiopática, afección intersticial pulmonar, artritis no erosiva y la presencia de anticuerpos antisintetasas. La etiología y la patogenia se desconocen. Los anticuerpos antisintetasas son IgG dirigidos contra la enzima citoplásmica aminoacilil-ARNt sintetasa, que media la unión del ARN con un determinado aminoácido para formar el ARN transferente (ARNt). En el 25-35% de los casos con polimiositis/dermatomiositis, y el más común es el antihistidil-ARNt (Jo-1), que está en el 20-30%. Informe de caso: Femenino 32 años Neumopatía Intersticial diagnóstico en 2012 con oxígeno en casa y betagonistas mas anticolinérgicos, Artritis reumatoide desde el 2011 en tratamiento con prednisona, sulfasalazina, metotrexateácido fólico. Inicia con astenia, adinamia, hiporexia, paresia de miembros pélvicos, ataxia, debilidad proximal de miembros torácicos, fiebre de 38°, tos productiva con esputo hialino, disnea progresiva, laboratorios sodio 130 potasio 3.9, cloro 97, creatinina 0.5, BUN 8, glucosa 95, TGO 476, DHL 1133 CK 1948 CKMB 396 leucocitos 20300 Hemoglobina 13gr Hematocrito 35% plaquetas 461000, INR 1.3, EGO con hemoglobinuria y leucocituria 4-6/ campo más proteinuria 10mg/dL. PCR 2.58, VSG 52MM Radiografía de tórax cardiomegalia II-III cavidades izquierdas, con infiltrado reticular bilateral sin consolidación. Exploración cardiopulmonar sin integrar síndrome pleuropulmonar y ruidos cardiacos sin agregados, extremidades con Llc2? fuerza extremidades superiores 2/5 e inferiores 3/5, ROT?s ¼; controles de laboratorio con glucosa 94, BUN

8, creatinina de 0.6, sodio 140, potasio 3.8, CK 2119, fracción MB 165, PCR 2.58, VSG 52, depuración de creatinina 36ml/min sin albuminuria, siguiente nivel de enzimas CK2498 fracción MB 176 se inicia pulso de esteroide IV altas dosis con mejoría significativa. **Discusión:** la gravedad de la afectación pulmonar determina el resultado de la enfermedad. En más de un tercio de los casos, puede evolucionar a fibrosis con insuficiencia respiratoria. El manejo temprano puede reducir la gravedad del curso de la enfermedad y mejorar su resultado como fue el caso de nuestra paciente. **Conclusiones:** por tanto, en el abordaje diagnóstico de las miopatías inflamatorias y neumopatías intersticiales idiopáticas es necesario sistematizar la determinación de anticuerpos antisintetasa.

#### **Folio:0102**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Comportamiento pseudotumoral de absceso piógeno idiopático en fosa posterior reporte de caso**

*Ruiz A<sub>o</sub>, Álvarez L<sub>o</sub>, Castro P<sub>o</sub>, Natanuel E<sub>1</sub>*

0.Hospital General de Zona 48 IMSS;

1.Hospital General de Cuautitlan Vicente Villada

**Introducción:** los abscesos cerebrales son procesos supurativos del parénquima cerebral, con importante morbilidad y mortalidad. Leve preferencia por el sexo masculino y más frecuentes en la sexta y séptima década. Factores de riesgo reconocidos inmunodepresión y las cirugías otorrinolaringológicas o neuroquirúrgicas. Con mayor frecuencia se identifica una flora mixta

polimicrobiana. Informe de caso: Masculino de 56 años con alcoholismo y tabaquismo positivo intenso, quirúrgicos refiere drenaje de absceso de pared abdominal flanco izquierdo hace 10 años sin especificar causa con cierre por segunda intención, dislipidemia en tratamiento irregular con bezafibrato, neumopatía crónica por tabaquismo en tratamiento irregular con combivent. Inicia padecimiento con malestar general astenia adinamia hiporexia somnolencia síndrome cerebeloso franco con lateropulsión izquierda, disdiadococinesias, dismetrías, nistagmo horizontal, cefalea holocraneana intensa que se exacerba ante maniobras de valsalva, deterioro neurológico con Glasgow de 6 que amerita hospitalización con apoyo avanzado de la vía área, se realiza TAC de cráneo simple y contrastada encontrando lesión en lóbulo cerebeloso izquierdo sugestivo de neoplasia así como hidrocefalia obstructiva con colocación de válvula de derivación ventrículo peritoneal. laboratorios leucocitos 12500 hemoglobina 16gr plaquetas 150000 glucosa 100 creatinina 1.2 urea 30 sodio 145 potasio 4.5 INR 1.2 TGO 40 TGP 35 BT 1.0 albumina 3.5. En 48 horas nuevamente con deterioro neurológico con sospecha de hernia ascendente que amerita intervención quirúrgica para intentar reseca la lesión en cerebelo izquierdo con diagnóstico preoperatorio de meduloblastoma, y diagnóstico postoperatorio de absceso cerebeloso izquierdo, se inicia antibiótico terapia de amplio espectro. **Discusión:** El paciente no cuenta con factores de riesgo únicamente presenta datos de síndrome cerebeloso lo que al momento de la primera TAC presenta sugestión de meduloblastoma con reforzamiento

y finalmente en el transoperatorio es cuando se determina la presencia de absceso cerebeloso el reporte de la biopsia solo corrobora absceso en una fase inicial con flora mixta. **Conclusiones:** el absceso cerebeloso es un proceso supurativo focal que todavía presenta una elevada mortalidad. El resultado está altamente relacionado con un tratamiento precoz y adecuado.

#### **Folio:0103**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Fibrosis pulmonar idiopática familiar. Reporte de un caso**

*Vallejo L<sub>o</sub>, Reyes J<sub>o</sub>, Flores A<sub>p</sub>, Rivera D<sub>o</sub>*

0.Centro Médico Issemym Ecatepec;

1.Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

La fibrosis pulmonar idiopática familiar (FPIF), se define como fibrosis pulmonar idiopática (FPI) en dos o más miembros de una familia y se caracteriza por depósito de matriz extracelular en el intersticio con inflamación del parénquima pulmonar. Las características clínicas incluyen disnea, tos, estertores crepitantes infra escapulares inspiratorios, radiopacidades pulmonares intersticiales difusas, con restricción de las pruebas de funcionamiento pulmonar, alteraciones en el intercambio gaseoso. Las características clínicas, radiológicas y de función respiratorias son similares a la FPI no Familiar, la única diferencia es la edad de presentación que en el caso de FPIF es más temprana. **Caso Clínico:** Masculino de 53 años de edad, con los siguientes antecedentes de importancia: Hermano finado secundario a Fibrosis Pulmonar Idiopática a los 55 años. Índice tabáquico

de 45 paquetes/año, diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica hace 4 años por presentar disnea y tos no productiva de predominio matutino, en tratamiento con oxígeno suplementario a 3 litros por minuto 24 horas al día, además de combivent, con dos hospitalizaciones por exacerbaciones infecciosas, sin otros antecedentes de importancia. Acude por aumento de disnea con aumento en los requerimientos de oxígeno, y tos con expectoración verdosa, sin otra sintomatología. A la exploración física lo relevante es desaturación 70%, estertores en velcro diseminados y acropaquias. Anticuerpos: ANA (negativos), Anti DNA Doble cadena 6U/ml, Baciloscopia: Negativo, Cultivo de lavado bronqueoloalveolar negativo. Espirometría: FVC 37%, FEV1 32%, FEV1/FVC 69.1 (Sugestiva de Restricción). DLCO: Disminución grave de la difusión de monóxido de carbono. Gasometría con hipoxemia. Lavado Bronqueoloalveolar: Abundantes Macrófagos con hemosiderina y eritrocitos. TAC: Imágenes con engrosamiento septal difuso, panalización que respeta lóbulos superiores de predominio basal y periférico, vidrio despulido difuso. Con los siguientes estudios se realiza diagnóstico de FPIF, por características, clínicas, radiográficas, función respiratoria y antecedente familiar. **Comentario:** es importante tener en cuenta esta entidad para realizar un screening en familiares de pacientes con FPI, ya que el pronóstico va de acuerdo con el número de familiares afectados.

**Folio:0104****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Hematología**Enfermedad de Castleman multicéntrica de células plasmáticas.****Reporte de un caso**

Vallejo L<sub>o</sub>, Reyes J<sub>o</sub>, López J<sub>p</sub>, Rivera D<sub>o</sub>  
0.Centro Médico Issemym Ecatepec;  
1.Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

La enfermedad de Castleman es una enfermedad poco frecuente, con incidencia desconocida, caracterizada por hiperplasia no clonal de los nódulos linfáticos. Por patología se clasifican como vascular hialino, células plasmáticas o celularidad mixta, y clínicamente se puede presentar como localizado o multicéntrico, se ha encontrado relación de esta enfermedad con la infección por VIH. **Caso clínico:** paciente masculino de 22 años de edad, con diagnóstico de infección por VIH hace dos años, en tratamiento con Atripla (Efavirenz, Emtricitabina y Tenofovir), último recuento CD4 de 354 y carga viral indetectable, en abril del 2013. Sin otros antecedentes de importancia. Inicia su Padecimiento actual hace dos meses con malestar general, tos productiva con expectoración hialina sin predominio de horario no disneizante ni cianozante, acompañada de rinorrea hialina, así como fiebre de predominio vespertino cuantificada hasta 39°C, además de palidez de tegumentos, disnea mMRC 2, aumento de volumen en miembros pélvicos. Al ingreso con signos vitales normales, lo relevante a la exploración con adenopatías a nivel cervical, axilar e inguinales bilaterales, no dolorosos, fijos a planos profundos de consistencia pétreo, a nivel de tórax, con disminución de los ruidos respiratorios a nivel infraescapular bilateral con estertores crepitantes de predominio derecho, Gastrointes-

tinal con hepatoesplenomegalia no dolorosa, extremidades con edema importante. Laboratorios de importancia: Leucocitos 14.9, Neutrófilos 10.28, Linfocitos 2.83, hemoglobina 7.3g/dl, VCM 76, HCM 25, Hematocrito 22.1, plaquetas 351,000, Reticulocitos 0.5%, Sodio 129 mmol/l, proteínas 6.45 g/dl, albúmina 1.34 g/dl. TAC Toraco-abdomino-pélvica: Con múltiples adenopatías a nivel cervical, axilar, mediastino, mesentéricos e inguinales, a nivel pulmonar con derrame pleural bilateral, se encuentra hepatoesplenomegalia. Biopsia de Ganglio cervical: Cambios de Enfermedad de Castleman de tipo células plasmáticas, con positividad para Herpes Virus Tipo 8. Paciente se inicia esquema de quimioterapia con Rituximab, Etoposido, Vincristina, Ciclofosfamida, doxorubicina y prednisona. **Comentario:** la enfermedad de Castleman es una entidad poco conocida, la cual no se toma mucho en cuenta en el diagnóstico diferencial de Linfoma, que presenta características clínicas similares, y que se asocian a infección por VIH.

**Folio:0105****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Hematología**Presentación de un caso de linfoma de Hodgkin celularidad mixta maligno en un paciente de 24 años y su abordaje clínico**

Santana R<sub>o</sub>, González A<sub>o</sub>, Del Moral J<sub>o</sub>, Ortiz A<sub>o</sub>, Duarte J<sub>o</sub>  
0.Instituto De Salud del Estado de México

**Material y métodos:** masculino 24 años, originario de Edo. de México, albañil, sin antecedentes relevantes, con un padecimiento de 3 meses,



con adenomegalias generalizadas, pérdida de peso, dolor poliarticular de predominio en piernas, fiebre intermitente, diaforesis nocturna. Multitratado con antibioticoterapia sin mejoría. Admitido para protocolo de Síndrome Febril. Resultados bioquímicos con; eosinofilia, anemia normocítica normocromica, reactantes de fase aguda elevados. Se descarta proceso infeccioso e inmunológico. Se confirma linfoma de Hodgkin, por resultados positivos de histopatología. **Resultados:** VIH: Negativo. AMO: Hiper celularidad mieloide, sin blastos. Biopsia ganglionar: Presencia de células de Reed Sternberg, con población linfocítica. TAC: conglomerado ganglionar en el mediastino. Radiografía tórax: ensanchamiento del mediastino. **Discusión:** paciente ingresa por Síndrome Febril, se inicia protocolo de estudio, resaltando fiebre, artralgia, pérdida de peso y adenopatías. Iniciando con los diagnósticos más probables y de acuerdo a edad; entre ellos las infecciones, se descartan por el cuadro clínico, estudios bioquímicos y cultivos negativos. Posteriormente procesos autoinmunes, se eliminan por hallazgos clínicos y pruebas inmunológicas. Por último las neoplasias, ante la presencia de adenomegalias generalizadas, y síntomas B, se realizó AMO, descartando afección medular y orientando a linfoma. Con la biopsia, se confirmó el diagnóstico. Concluyendo, es necesario realizar un método de abordaje diagnóstico de acuerdo al paciente, a pesar de la generalidad de los síntomas ya que diagnósticos tan severos requieren un tratamiento oportuno para mejorar el pronóstico del paciente.

**Folio:0106**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Dermatología  
**Dermatomiositis tipo III secundaria a adenocarcinoma invasor de recto sigmoides. Presentación de caso**

*Alegria J<sub>o</sub>, Márquez N<sub>o</sub>, Hernández C<sub>o</sub>, Castillo J<sub>1</sub>, Cortés J<sub>2</sub>*

0.Hospital Juárez de México; 1.Instituto Nacional de Rehabilitación; 2.Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM

Femenino de 51 años, sin antecedentes relevantes. Padecimiento de un mes de evolución con astenia, adinamia, mialgias generalizadas y edema bpalpebral con eritema violáceo “en anteojos”, se agrega debilidad muscular proximal bilateral de cinturas escapular y pélvica, incapacitante. Al examen físico, fuerza muscular proximal 2/5 en 4 extremidades, eritema violáceo bpalpebral, dermatosis diseminada, con lesiones descamativas, de fondo eritematoso, confluentes, pruriginosas (costras hemáticas), comprometiendo piel



**Figura 1.**

cabelluda, frente, cuello (poiquidermia), V del escote, cara dorsal de brazos y antebrazos, placas eritematoescamosas/atróficas en codos y rodillas. Electromiografía de bíceps, deltoides y tibial anterior con miopatía inflamatoria en fase aguda, biopsia muscular con pérdida de estriaciones sarcoméricas. Colonoscopia con lesión endofítica en recto sigmoides, del 70% de la circunferencia, cuya biopsia mostró adenocarcinoma invasor moderadamente diferenciado (ACE 96.2 ng/mL).

**Folio:0109**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología  
**Incidencia de complicaciones vasculares postcateterismo transradial**  
*Álvarez L<sub>o</sub>, González V<sub>o</sub>, Vela A<sub>1</sub>*  
0.Hospital Regional 1ero Octubre. ISSSTE ; 1.Hospital Regional 1ero Octubre ISSSTE

**Antecedentes:** desde su introducción para la angiografía diagnóstica por Campeau 1989 y para la terapéutica por Kiemeneji, la vía radial ha sido



ampliamente utilizada en procedimientos endovasculares percutáneos, cardíacos o extracardiácos. Entre los argumentos que sustentan esa alternativa al acceso femoral destacan el mayor bienestar para los pacientes, deambulación más precoz y menores complicaciones, principalmente posteriores al empleo de potente farmacología anti plaquetaria o anticoagulante. No todos los pacientes presentan adecuados calibres en la arteria radial o suplencia de colaterales para el arco palmar un pequeño grupo de pacientes presentan espasmos o alteraciones anatómicas imitantes. La curva de aprendizaje de la técnica ha sido considerada una situación limitante. **Objeto de estudio:** se incluyeron todos los pacientes sometidos a cateterismo cardíaco transradial **Material y métodos:** diseño transversal analítico tomándose en cuenta los estudios realizados vía radial en un periodo comprendido de diciembre del 2011 a noviembre del 2012 en el Hospital R. 1o Octubre ISSSTE Se empleo la prueba de Chi 2 para variables nominales se excluyeron pacientes en los que hubo necesidad de realizar cambio de abordaje hacia arteria femoral, antecedentes de Fenómeno de Raynauld, o pacientes con insuficiencia renal crónica e protocolo para realización de Fistula Arteria Venosa **Resultados:** fueron incluidos 482 pacientes las variables incluidas: genero, edad, antecedente de HAS o Diabetes mellitus, diagnostico angiográfico 142 pacientes del sexo femenino y 339 pacientes del sexo masculino, 3 pacientes pertenecían a grupo de menores de 30 años, 170 pacientes pertenecían al grupo entre 30 y 60 años, y 309 pacientes pertenecían al grupo mayor de 60 años respecto a las complicaciones se

observó que 459 pacientes es decir el 95% no presentó ninguna complicación asociada a cateterismo transradial el 4.56% presentó espasmo durante el procedimiento y tan solo el 0.21% presento hematoma. **Conclusiones:** de todos los centros que cuentan con laboratorio de Hemodinámica en el centro del País este instituto es uno donde se realiza el mayor número a través de esta vía. En nuestro centro la experiencia para el abordaje transradial consideramos es adecuada y el índice de complicaciones es menor del 5% por lo que el perfil de bioseguridad es adecuado y altamente eficaz.

**Folio:0110**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología

**Utilidad de la reserva fraccional de flujo coronario (FFR) durante el cateterismo cardíaco en la toma de decisión para angioplastia coronaria**

*Álvarez L<sub>o</sub>, Sosa J<sub>o</sub>*

0.Hospital Regional 1º Octubre

**Antecedentes:** la reserva fraccional de flujo coronario (FFR) es un índice de la significado fisiológico de una estenosis coronaria y se define como el cociente entre el flujo de sangre máxima en una arteria estenótica a la normalidad de flujo máximo. Se puede medir fácilmente durante la angiografía coronaria mediante el cálculo de la proporción de presión distal coronaria medida con una guía de presión coronaria a la presión aórtica medido al mismo tiempo con el catéter guía. FFR en arterias coronarias normales es igual a 1.0. Un valor de FFR de 0.80 o menos identifica la estenosis coronaria causante de isquemia con una precisión de más del 90%. **Objeto de**

**estudio:** pacientes sometidos a cateterismo cardíaco y hallazgo de lesiones de severidad intermedia. **Material y métodos:** se estudiaron todos los pacientes con medición de FFR y coronariografía de Febrero 2011 a Julio 2011, tamaño de muestra fue limitado por recursos se midió FFR en lesiones intermedias por análisis cuantitativo coronario QCA análisis estadístico: El porcentaje de estenosis analizada fue de 20 a 70% con una media de 45% y una mediana de 50%; el rango de FFR fue de 0.74 a 0.99 con media de 0.87 y mediana de 0.89; de los 15 pacientes analizados 4 pacientes tuvieron una FFR significativa y 11 tuvieron FFR no significativa, la prueba Chi cuadrada dio un valor de 0.0319 Resultados: de los 15 pacientes analizados 14 pacientes originalmente destinados a no ser revascularizados por el análisis angiográfico hubo cambio de decisión en 28.6% de los casos posterior a el estudio con FFR y 1 paciente originalmente destinado a revascularización por estudio angiográfico se cambió esta decisión posterior a estudio con FFR. Del total de los 15 pacientes estudiados se cambio de decisión en el 33% de los casos posterior a la determinación de FFR, principalmente en lesiones con diámetro entre 40 y 70%. **Conclusiones:** la medición del flujo de reserva fraccional permite detectar hasta un tercio de las lesiones coronarias responsables de isquemia que por angiografía coronaria no se consideran significativas.

**Folio:0111**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Cardiología

**Registro estatal de hipertensión pulmonar en Tabasco. Estudio de colaboración**

Manuel M<sub>0</sub>, Robledo J<sub>0</sub>, Del Prado M<sub>1</sub>, Tandazo S<sub>0</sub>, Henne O<sub>0</sub>, Ortiz J<sub>0</sub>, Torres M<sub>0</sub>, González J<sub>0</sub>, Olán F<sub>2</sub>, Wilson G<sub>2</sub>, Hernández E<sub>0</sub>, Reyna V<sub>1</sub>, Toledo E<sub>3</sub>  
 0.Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús. ; 1.Hospital de Alta Especialidad del Niño Rodolfo Nieto Padrón. ; 2.Hospital regional de alta especialidad Gustavo A. Roviroso; 3.Secretaría de Salud de Tabasco

**Introducción:** la hipertensión pulmonar se define como presión pulmonar media > 25 mmHg en reposo. No tenemos conocimiento de un registro de estos casos en Tabasco. **Objetivo:** describir los tipos en la clasificación, clase funcional, datos demográficos, ecocardiográficos, así como, el tipo de tratamiento que han recibido o se encuentran recibiendo estos pacientes que son diagnosticados de hipertensión pulmonar en los hospitales de referencia del estado de Tabasco. **Material y métodos:** cohorte. Criterios de inclusión paciente de todas las edades que tiene diagnóstico de hipertensión pulmonar a través de estudio ecocardiográfico transtorácico. Se recabaron variables demográficas, ecocardiográficas, tipo de fármacos utilizados, tiempo de evolución y seguimiento hasta la última consulta o desenlace. Análisis Estadístico. Global y estratificado por subgrupos de acuerdo a clasificación de Dana. Resultados. Se incluyeron 105 pacientes, F 79.2%, M 20.8%; edad 47±17 (17- 83), T. evolución mediana 24 ( 2-132 ) meses. Disnea WHO clase II 66.7% y III 33.3%; NYHA-HAP clase funcional II 66.7%, III 25.0% y IV 8.3%. Clasificación: Hipertensión arterial pulmonar 50%, cardíacas 20.6%, pulmonares 20.6%,

origen tromboembólico 5.6% y multifactorial 2.9%. Congénitos: pretricuspidéos 60%, posttricuspidéos 20%, cardiopatía compleja 20%. Clasificación anatomofuncional de los congénitos: Eisenmenger 36.4%, HAP cortosistémico por defectos moderados-grandes 36.4%, HAP por defectos pequeños 27.3%. De las causas cardíacas postcapilar: disfunción sistólica 28.6% y valvulares 71.4%. El síntoma predominante fue la fatiga 100%, síncope 8,3%, angina 4.2%, edema de miembros inferiores 45.8%. ECG: RS 95.8%, sobrecarga (VD) 75%. PAPS X= 73.6 ± 27 (35-130) mmHg, dilatación del VD 62,5%. Tratamiento: Sildenafil dosis subóptimas 28.5%, ACO fuera de rango 14.2%, oxígeno 37.5%, bosentan 4.2%, diurético 4.2 %, digoxina 8.3%, dos pacientes 4.2 % fueron tratados con septotomía auricular, estos dos casos tienen seguimiento a tres y un año sin deterioro de la clase funcional. **Conclusiones:** la hipertensión pulmonar parece ser más frecuentemente de lo reportado, predomina grupo I en clase II y requieren tratamientos orales autorizados por FDA ya que tienen un impacto sobre la clase funcional. La septostomía auricular es una alternativa que debe de considerarse en casos en donde existe deterioro funcional.

#### **Folio:0112**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Cardiología

**Dolor torácico condicionado por pericarditis y esofagitis viral coexistente en paciente inmunocompetente**

Álvarez L<sub>0</sub>, Ruiz A<sub>0</sub>, Cabrera A<sub>0</sub>

0.Hospital General de Zona Numero 48 U.M.A.A IMSS San Pedro Xala

**Antecedentes:** el dolor torácico es una de las causas más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencias representando un reto diagnóstico que obliga al médico a realizar un juicio correcto en un breve espacio de tiempo y con los recursos materiales disponibles en cada Centro de Urgencias **Informe de caso:** hombre 32 años de edad sin factores de riesgo cardiovascular ni historia cardiovascular referida no cuenta con otros antecedentes relevantes para su padecimiento iniciado mayo del 2013 al estar deambulando y posterior a ingesta de alimentos refirió malestar retroesternal de carácter punzante predominio hemitórax izquierdo y epigastrio de moderada a severa intensidad 8-10 ACME de 10 minutos sin irradiaciones sin factores exacerbantes o atenuantes acompañado de lipotimia y diaforesis, cefalea y palpitaciones es evaluado en esta unidad considerando el diagnóstico de síncope cardiogénico, un día posterior presento tres salvos de taquicardia supraventricular impregnándose con amiodarona y solicitando valoración por UCI se solicitando ecocardiograma concluyendo: FEVI 60% y pericarditis aguda, Holter no alteraciones de la conducción atrioventricular o inter-ventricular. episodio de frecuencia máximo 134 no TV. Exploración íntegro neurológico Signos vitales TA 130/70mmHg fvm 75 cardiopulmonar ruidos cardíacos rítmicos de adecuada intensidad tono y timbre s1 normal sístole limpia s2 normal diástole limpia sin tercer o cuarto ruido, no pulso paradójico resto clínico sin anormalidades .ECG:supraelevación ST concava inferior, se realiza Endoscopia:Úlceras esofágicas de

probable etiología (Viral), y gastritis erosiva ELISA VIH (-) **Discusión:** el motivo inicial de ingreso dolor torácico que tuvo etiología infecciosa viral y afección cardiovascular y esofágica iniciándose manejo antiviral por 2 semanas mejorando considerablemente **Conclusión:** en este caso de forma inicial se abordó como una pericarditis la cual se constató clínica, eléctrica y ecocardiográficamente sin embargo por patrón de síntomas en relación a status post ingesta se considero posible etiología gastroesofágica evidenciando lesiones con patrón de distribución y morfología de aspecto viral, la tinción histopatológica mostro células gigantes multinucleadas compatibles con infección por Viral por lo que la etiología del dolor tuvo fondo cardiovascular y esofágico simultaneo situación infrecuente.

**Folio:0113****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Hematología**Reporte de un caso de pénfigo vulgar y sus factores desencadenantes***Santana R<sub>o</sub>, Del Moral J<sub>o</sub>, Ortiz A<sub>o</sub>, González A<sub>o</sub>, Duarte J<sub>o</sub>*

0. Instituto de Salud del Estado De México

**Antecedentes:** el pénfigo vulgar es una enfermedad autoinmune poco frecuente debido a su baja prevalencia en nuestro medio. Este comportamiento se explica por la asociación con HLA-DR4 (90%) el cual es expresado principalmente en población judía. Sin embargo la población mexicana no es exenta, se debe continuar las investigaciones para detectar los factores de riesgo que precipitan la enfermedad en los individuos con predisposición

genética. El conocimiento de esta entidad y sus factores precipitantes contribuyen al cuidado de los pacientes, disminuyendo los episodios de exacerbación en quienes ya la padecen, disminuyendo la incidencia de complicaciones y su mortalidad así como la mejora en su calidad de vida. **Objetivo:** presentación de un caso clínico y sus factores de riesgo desencadenantes para pénfigo vulgar. **Material y métodos:** masculino 43 años, agricultor, sin antecedentes importantes. Acude, por cuadro de 3 meses con ampollas diseminadas. Múltiples tratamientos sin respuesta. A su ingreso dermatosis diseminada incluso en cuero cabelludo; respetando palmas, plantas y conjuntivas; lesiones polimorfas, con placas costrosas, áreas denudadas con base eritematosa y secreción purulenta; cuero cabelludo con alopecia no cicatrizal, áreas costrosas seborreicas, Nikolskyp. VIH negativo. Se realizó estudio histopatológico que confirmó diagnóstico de pénfigo vulgar. **Discusión:** paciente diagnosticado en un inicio como infección antimicrobiana, recibiendo múltiples tratamientos, sin mejoría. Ingresa con deterioro importante, áreas de piel infectadas secundarias a polifarmacia. Se realizó diagnóstico clínico de Pénfigo Vulgar corroborado por histopatología, recibió esteroides sistémicos y cefalosporina de tercera generación; obteniendo remisión progresiva de lesiones. Es importante continuar con el seguimiento del paciente, ya que al ser una enfermedad crónica y contar con factores de riesgo precipitantes detectados, puede presentar recidivas y complicaciones, lo que se debe evitar para mantener una buena calidad de vida y mejorar el pronóstico.

**Folio:0114****Tipo de Presentación:** sin preferencia**Tema del resumen:** Cardiología**Síncope neurocardiogénico como manifestación inicial de carcinoma neuroendocrino primario de pulmón reporte de un caso y revisión de la literatura***Álvarez L<sub>o</sub>, Ruiz A<sub>o</sub>, Cabrera A<sub>o</sub>*

0. Hospital General de Zona No 48 U.M.A.A IMSS San Pedro Xalpa, México D.F

**Antecedentes:** el síncope neurocardiogénico es un problema clínico común que ha sido objeto de investigación extensa en los últimos años. Este tipo de síncope, existe una hipoperfusión cerebral como resultado de un control autónomo deficiente de la circulación, que produce hipotensión arterial y bradicardia. La incidencia se estima en un 6% de la población anciana y puede llegar a afectar la calidad de vida de los individuos. **Informe de caso:** mujer 68 años de edad con antecedentes de importancia: tabaquismo desde hace más de 20 años 9-10 cigarrillos suspendido hace 5 meses. Resección de macroadenoma hipofisario hace 3 meses e Hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina Gastritis erosiva y metaplasia esofágica en tratamiento no especificado, hospitalización previa por déficit neurológico y neumonía Toma de biopsia de ganglio supraclavicular izquierdo con reporte de metástasis de carcinoma con morfología neuroendocrina compatible con carcinoma neuroendocrino primario de pulmón padecimiento actual. Iniciándolo 2 semanas previo a su ingreso con astenia adinamia e hiperoxia secundaria a dolor abdominal así como cefalea así como desorientación y habla incoherente presentando posteriormente

sincope en 3 ocasiones aparentemente duración estimada de 1 minuto presentando posteriormente desorientación por lo que es ingresada al servicio de urgencias clínicamente 80/40mmHg FC 80 ptosis izquierda y sordera ipsilateral ganglios axilares, cara lateral de cuello e inguinales cardiopulmonar sin relevantes TAC toracoabdominal ganglios intraparatiroides bilaterales, múltiples ganglios cervicales axilares bilaterales, conglomerado ganglionar mediastinal que involucra niveles prevascularpretraqueal. **Discusión:** si bien es cierto en pacientes con sincope neurocardiogénico no se encuentra algún sustrato anatómico culpable pueden haber factores contribuyentes que condicionen estimulación permanente del seno carotídeo debida a conglomerados ganglionares a nivel de región lateral de cuello, situación que es poco frecuente. **Conclusion:** el síncope puede ser un precursor de muerte súbita, particularmente en pacientes cardiopatas. Deberá descartarse patología estructural la cual se descarto razonablemente en esta paciente En ancianos el síncope puede ser multifactorial y deberán descartarse patologías que condicionen compresión y estimulación del seno carotídeo.

**Folio:0115**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Síndrome de mano diabética tropical, reporte de casos en un Hospital Universitario de Referencia en el Estado de Tabasco. Revisión de la literatura**

*De la Cruz I<sub>o</sub>, Fernández F<sub>o</sub>, Magdalena F<sub>o</sub>, Robledo J<sub>o</sub>*

0.Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús

**Introducción:** las infecciones de la mano en los diabéticos resultan en disfunción importante y de consecuencias fatales. Ello comprende una celulitis localizada con un grado variable de inflamación y ulceración, que puede progresar a sepsis fulminante y gangrena de toda la extremidad. Los criterios para el diagnóstico son: 1) Pacientes con DM tipo 1 o 2, 2) Lesión en la extremidad superior 3) Presencia de Celulitis hasta necrosis y sepsis. Los factores de riesgo independientes para este síndrome son: pobre control de la glucosa, neuropatía, uso de insulina y desnutrición. **Objetivo:** describir dos casos recepcionados de infecciones de mano en paciente diabético en un hospital Universitario de referencia del estado de Tabasco.

**Reporte de caso:** caso 1: Masculino de 56 años, vendedor ambulante, primero de primaria, pentecostés, viudo, T. evolución de DM2 20 años, glibenclamida 5 mg VO c/12 hrs, en el 2008 le realizaron amputación supracondílea derecha; 2009 supracondílea izquierda, 2012 debridación extensa en el dorso de la mano izquierda, 13 febrero 2013 amputación del dedo medio de la mano derecha. PA: Inició a mediados julio 2013 cuando sufre quemadura 1º grado en 1ºel dedo mano derecha posteriormente pústula y úlcera pequeña tx dicloxacilina sin mejoría debido, el 02 08 13 fiebre y aumenta la lesión decide acudir al Hospital el 08 08 13 le realizan debridación quirúrgica amplia y se inicia tx ceftriaxona-clindamicina con mejoría paulatina escala DASH 40%. Caso 2: Femenino de 55 años, hogar, soltera, T. de evolución DM 9 años, glibenclamida 5 mg VO c/12 h, HAS 3 meses de dx. PA Inició el 30 07 13 con herida punzante en el tercer

dedo mano derecha, posteriormente con calor, aumento de volumen, dolor intenso y rubor. Inició tx ampicilina 500 mg VO c/6 h, sin mejoría por lo que ingresó hospital. 05 08 13, 3 días después realizan debridación 3er dedo e inició clindamicina con mejoría, escala DASH 11.6%, puntaje de Semmens-Weinstein 9/10. **Conclusión:** la infección de la mano es una condición rara en el diabético, su fisiopatología es poco comprendida y el tratamiento suele ser radical e incapacitante, el traumatismo solo se encuentra como antecedente de importancia en el 20% de los pacientes. Se requiere un manejo agresivo y multidisciplinario ya que la tasa de amputación aumenta después de 14 días de iniciado el cuadro.

**Folio:0116**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología

**Pericarditis viral: Reporte de un caso en un hospital de segundo nivel**

*Gil A<sub>o</sub>, Panecat J<sub>o</sub>, Padrón J<sub>o</sub>, Ruiz F<sub>o</sub>*  
0.Hospital General de Comalcalco Desiderio G. Rosado Carbajal. SSA; 1.Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús SSA

**Objetivo del caso:** actualmente en el sureste mexicano se observa una importante incidencia de casos de Dengue. En este trabajo describimos un caso de pericarditis diagnosticado y tratado en un hospital de segundo nivel en Comalcalco Tabasco, se sospecha asociación a infección por dengue en el contexto clínico y epidemiológico del paciente. Masculino de 15 años cuenta con los siguientes antecedentes: APNP: habita en medio rural, casa propia construida de material de concreto, cuenta con



servicios básicos, agua, luz, drenaje, adecuados hábitos higiénicos, adecuada alimentación en cantidad y calidad. APP: refiere 3 semanas previas cursar con cuadro de dengue clásico. PA: lo inicia 12 horas antes de su ingreso, con pérdida súbita del estado de alerta, espástico por lo que acuden a urgencias. en la valoración inicial se detecta hiperglucemia de 400 mg/dl por lo que se le administra 10u de IAR, lo paraclínicos iniciales muestra anemia de 10, con elevación de la creatinina 2mg/dl, y proteinuria 100 mg/dl La exploración física inicial se presenta sin alteraciones aparentes A las 24 hrs de su ingreso presenta fiebre y refiere dolor precordial, que aumenta significativamente al decúbito y mejora con la sedestación, neurológicamente sin alteraciones. A las 48 horas se encuentra consciente, orientado, febril, deshidratado, se ausculta frote pericárdico. paraclínicos con glicemias capilares normales, y el electrocardiograma sugestivo de pericarditis con elevación del Segmento ST en todas la derivaciones precordiales. Se reporta ecocardiograma con derrame pericárdico leve a moderado sin datos de compresión en diastole, tricúspide con insuficiencia leve, función ventricular conservada, Presión Sistólica de la Arteria Pulmonar 37 mmhg. Paraclínicos, Velocidad de Sedimentación Globular de 26 mm/hr, factor reumatoide negativo, proteína C reactiva, negativo., anti DNA 7.5, antinucleares negativos. ELISA para Virus de Inmunodeficiencia Humana: no reactivo. Prueba para Dengue: positivo. Presenta mejoría clínica con la administración de Colchicina 1mg vía oral cada 8 horas así como con Indometacina 100mg Tabletadas cada 8 horas, se decide egreso por mejoría.

discusión: sugerimos una asociación directa entre el antecedente de infección por dengue y la pericarditis viral.

**Folio:0117**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Trombosis venosa esplénica como diagnóstico diferencial de pancitopenia en pancreatitis recurrente**

Martínez E<sub>o</sub>, Hernández E<sub>o</sub>, Olán F<sub>o</sub>, Morales Z<sub>o</sub>, Huerta M<sub>o</sub>, Vargas A<sub>o</sub>, Martínez L<sub>o</sub>, Mateos J<sub>o</sub>, Batún J<sub>o</sub>  
0.Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez

**Introducción:** la pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio pancreático por activación enzimática con lesión tisular y respuesta inflamatoria. Las principales etiologías son alcohólica, biliar, metabólica (>1000 TGC), fármacos e idiopática. La etiología metabólica condiciona 210 mil hospitalizaciones/año en EUA, un 20% desarrolla SIRS y/o necrosis pancreática. Se considera recurrente cuando cursa con ?2 episodios de pancreatitis, con resolución absoluta entre ambos y al menos 6 meses de diferencia. Se informa un caso de trombosis venosa esplénica en una paciente con pancreatitis recurrente metabólica y pancitopenia.

**Descripción del caso:** Mujer 57 años con historia de pancreatitis aguda metabólica en 1998 que condicione DM secundaria. Ingresa al servicio por dolor abdominal y datos de respuesta inflamatoria. Por ecografía y enzimas pancreáticas nuevo episodio de pancreatitis aguda metabólica (TGC: 3310 mg/dl). Como marcadores pronósticos PCR >15 mg/dl y TAC Balthazar C con necrosis

de cola 30%. Se inicia soporte con líquidos parenterales, reposo intestinal, analgesia y esquema AB, durante seguimiento adecuada curva enzimática, PCR en descenso y sin fiebre, pero desarrolla pancitopenia. Se descarta fármacos asociados, malignidad, autoinmunidad y por sospecha de complicaciones se realiza nueva TAC (derrame pleural bilateral, atelectasia segmentaria der, condensación basal izq, necrosis cola de páncreas, trombosis venosa esplénica a nivel de hilio). Endoscopia alta con varices fundicas incipientes. Mejoría clínica, egreso y seguimiento en consulta de Medicina Interna y Gastroenterología. **Conclusión:** la paciente de este caso cumplió varios criterios de severidad en pancreatitis (APACHE II >12, BISAP, PCR >15 mg/dl, Balthazar por TAC), además de considerarse un cuadro recurrente. La expresión de pancitopenia fue secundaria por acumulo periférico o secuestro esplénico, siendo el sustrato fisiopatogénico la trombosis venosa esplénica. Habitualmente es asintomático y hallazgo por estudio de imagen, tiene una incidencia de 7-13%. Se han descrito múltiples manejos, persistiendo la esplenectomía como el de elección.

**Folio:0118**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Trombosis venosa esplénica como diagnóstico diferencial de pancitopenia en pancreatitis recurrente**

Martínez E<sub>o</sub>, Hernández E<sub>o</sub>, Olán F<sub>o</sub>, Morales Z<sub>o</sub>, Huerta M<sub>o</sub>, Vargas A<sub>o</sub>, Martínez L<sub>o</sub>, Mateos J<sub>o</sub>, Batún J<sub>o</sub>  
0.Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez

**Introducción:** la pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio pancreático por activación enzimática con lesión tisular y respuesta inflamatoria. Las principales etiologías son alcohólica, biliar, metabólica (>1000 TGC), fármacos e idiopática. La etiología metabólica condiciona 210 mil hospitalizaciones/año en EUA, un 20% desarrolla SIRS y/o necrosis pancreática. Se considera recurrente cuando cursa con 2 episodios de pancreatitis, con resolución absoluta entre ambos y al menos 6 meses de diferencia. Se informa un caso de trombosis venosa esplénica en una paciente con pancreatitis recurrente metabólica y pancitopenia.

**Descripción del caso:** mujer 57 años con historia de pancreatitis aguda metabólica en 1998 que condiciono DM secundaria. Ingresó al servicio por dolor abdominal y datos de respuesta inflamatoria. Por ecografía y enzimas pancreáticas nuevo episodio de pancreatitis aguda metabólica (TGC: 3310 mg/dl). Como marcadores pronósticos PCR >15 mg/dl y TAC Balthazar C con necrosis de cola 30%. Se inicia soporte con líquidos parenterales, reposo intestinal, analgesia y esquema AB, durante seguimiento adecuada curva enzimática, PCR en descenso y sin fiebre, pero desarrolla pancitopenia. Se descartan fármacos asociados, malignidad, autoinmunidad y por sospecha de complicaciones se realiza nueva TAC (derrame pleural bilateral, atelectasia segmentaria derecha, condensación basal izquierda, necrosis de páncreas, trombosis venosa esplénica a nivel de hilio). Endoscopia alta con varices fundílicas incipientes. Mejoría clínica, egreso y seguimiento en consulta de Medicina Interna y Gastroenterología. **Conclusión:** la

paciente de este caso cumplió varios criterios de severidad en pancreatitis (APACHE II >12, BISAP, PCR >15 mg/dl, Balthazar por TAC), además de considerarse un cuadro recurrente. La expresión de pancitopenia fue secundaria por acumulo periférico o secuestro esplénico, siendo el sustrato fisiopatogenico la trombosis venosa esplénica. Habitualmente es asintomático y hallazgo por estudio de imagen, tiene una incidencia de 7-13%. Se han descrito múltiples manejos, persistiendo la esplenectomía como el de elección.

**Folio:0119**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Nefrología

**Arteriopatía urémica calcificante en pacientes con insuficiencia crónica renal (IRC): a propósito de un caso**

*Batún J<sub>o</sub>, Hernández E<sub>o</sub>, Olán F<sub>o</sub>, Muñoz H<sub>o</sub>, Morales Z<sub>o</sub>, Valenzuela J<sub>o</sub>, Huerta A<sub>o</sub>*

0.Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A Rovirosa Pérez

**Introducción:** la calcifilaxis o arteriopatía urémica calcificante se caracteriza por la aparición y rápida progresión de necrosis isquémica con úlceras cutáneas por depósito de sales cálcicas en la capa media de arteriolas dermoepidérmicas. Entidad con mal pronóstico y elevada mortalidad 60-80%. Existen dos tipos: proximal y acral. En los pacientes con IRC se expresa por alteración en el metabolismo del calcio y fósforo, pero con una baja incidencia (1-4%). La prueba gold estándar para confirmar el diagnóstico es por hallazgos histológicos. Se informa un caso de paciente con calcifilaxis en terapia de remplazo por

IRC terminal. **Caso clínico:** masculino 64 años, historia de HAS y DM2 de larga evolución, portador de IRC terminal secundaria a nefropatía diabética, en terapia de remplazo por diálisis peritoneal desde diciembre 2012, usuario crónico de calcio. Inicia dos semanas previas a su ingreso por parestesias distales, posterior desarrolla flictenas en pulpejos y talón derecho, que progresan a úlceras necróticas. Labs: creat 15.7 mg/dl, BUN 152.4 mg/dl, urea 326.14 mg/dl, calcio 9.1 mg/dl, fósforo 8.9 mg/dl, relación Ca x P 80.99, Hb 8.3 g/dl, leucocitos 20,100 mm<sup>3</sup>, PTH 530 pg/ml. Estudios de imagen: Rx tórax botón aórtico prominente y calcificado, Rx pie derecho calcificación arteria tibial anterior y posterior, plantar media, lateral y dorsal, Rx pelvis calcificación arteria iliaca externa y femoral bilateral. Se suspende la ingesta de calcio, esquema AB, anticoagulación, calcitriol y bifosfonatos, se solicita valoración por angiología. El paciente permanece internado con varios factores de mal pronóstico a corto plazo. Conclusiones: Se cumplen los criterios clínicos (lesiones cutáneas), bioquímicos (relación Ca x P > 70, títulos altos de PTH) y de imagen (calcificaciones vasculares). Se difiere toma de biopsia para evitar impetiginización, septicemia o diseminación.

**Folio:0120**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Diabetes insípida post-resección transesfenoidal de un macroadenoma hipofisiario productor de GH: reporte de un caso**

*García S<sub>o</sub>, Rodríguez F<sub>o</sub>*

0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González UANL

**Introducción:** la diabetes insípida es una complicación común tras la resección transesfenoidal de un macroadenoma hipofisario, con incidencia de 10-80% según el tamaño tumoral. En 2-10% de los casos puede ser permanente. Es importante reconocer y tratar esta entidad óptima y oportunamente. **Caso clínico:** un masculino de 24 años acudió a nuestro centro por cefalea holocraneana opresiva, intensidad 10/10, de un año de evolución. Su habitus exterior mostró fascies acromegálica. Al interrogatorio refirió cambios físicos en cara, manos y pies durante 3 años. A la exploración se observó prominencia frontal y mandibular, engrosamiento nasal y aumento de partes acrales. Se midieron niveles de IGF-1, resultando altos para la edad. Se observó supresión inadecuada de GH a la curva de tolerancia oral a glucosa. La RMN de cráneo mostró un macroadenoma hipofisario. Se realizó cirugía transesfenoidal, complicándose con ruptura de la duramadre y fuga de LCR, reparándose quirúrgicamente. En el postoperatorio inmediato, presentó poliuria, hipernatremia y densidades urinarias bajas, diagnosticándose diabetes insípida; persistió por 10 días y mejoró con vasopresina a dosis-respuesta. Presentó fiebre desde el 1° día postoperatorio. Los estudios de LCR fueron compatibles con meningitis bacteriana. Respondió a antibióticoterapia. Tras resolverse estas complicaciones, fue dado de alta. **Discusión** La diabetes insípida es una complicación común tras la resección de un macroadenoma hipofisario. El diagnóstico se basa en volúmenes urinarios > 250 cc/hora por 2-3 horas consecutivas y densidades urinarias < 1.005. Tiende a presentarse en las

primeras 48 horas postoperatorias (fase 1). Puede remitir (causando SIADH, fase 2) y recurrir (fase 3) ocasionando un patrón trifásico. Hasta 25% requerirá vasopresina transitoria, y 0.25% puede causar daño permanente, siendo más común en casos de masculinos, jóvenes, cirugías de microadenomas y fuga de LCR. El tratamiento consiste en vasopresina subcutánea o intranasal, con 3 indicaciones principales: ingesta inadecuada de líquidos, hipernatremia y diuresis mayor a la ingesta. Se administra a dosis-respuesta y se realiza monitoreo estricto de la diuresis, electrolitos y densidades urinarias. La diabetes insípida post-cirugía conlleva gran morbimortalidad si no se detecta a tiempo. Es importante reconocerla y tratarla de manera óptima y oportuna.

**Folio:0121**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Asociación entre hernia diafragmática de Bochdalek y neumonía aguda grave en el adulto**

*Álvarez L<sub>o</sub>, Ruiz A<sub>o</sub>, Armijo E<sub>p</sub>, Cabrera A<sub>o</sub>*

0.Hospital General de Zona No 48 U.M.A.A IMSS San Pedro Xalpa, México D.F; 1.Hospital General de Zona No 149 IMSS

**Introducción:** la hernia diafragmática congénita presenta una incidencia muy baja y su prevalencia varía de 1/2.000 a 1/5.000 recién nacidos vivos. Se han descrito 4 formas diferentes de hernia diafragmática: del hiato, paraesofágica, de Morgagni-Larrey y de Bochdalek La consecuencia es la protrusión de las vísceras abdominales a través del diafragma dentro de la cavidad torácica. La frecuencia

en adultos es del 10% localizándose en el hemitórax izquierdo con más frecuencia **informe de caso:** mujer 65 años de edad sin antecedentes quirúrgicos tuvo exposición a humos orgánicos, su padecimiento de 3 días de evolución con tos seca disneizante, y dolor pleurítico en hemitórax izquierdo, ataque al estado general, disnea y fiebre en 2 ocasiones acude a observación clínicamente con presión arterial 80/60mmHg FVM 110 FR 31 s02 85% neurológicamente en hipersomnia, cardiopulmonar ruidos cardiacos sin relevantes a nivel pleuopulmonar con murmullo vesicular disminuido en región infraescapular e interescapulovertebral y presencia de hiperclaridad pulmonar en esta región los movimientos respiratorios disminuidos, hay dolor a la percusión, llamando la atención en regiones mas apicales de pulmón izquierdo estertores crepitos gruesos. Contralateral relevantes. Paraclínicos. Leucos de 15800 neutrófilos 82% Cr 1.5 gasométricamente PH 7.36 hc03 14 PC022 P02 62 I.KIRBY 103 se toma radiografía de tórax en PA y lateral evidenciando asas intestinales en Hemitorax izquierdo se solicito valoración por cirugía quienes consideran no amerita manejo de urgencia, ante situación hemodinámica y respiratoria se inicia fase 3 de ventilación y apoyo presor, levofloxacino mejorando a las 72 hrs lograndose extubar sin complicaciones es egresada y operada vía programada por defecto herniario. **Discusión:** la hernia diafragmática congénita de Bochdalek se manifiesta frecuentemente como un distrés respiratorio grave cuando se presenta en etapas tempranas y constituye una urgencia. Su diagnóstico en el adulto es excepcional y se han descrito pocos

casos en la bibliografía. **Conclusión:** tras la identificación de estas hernias sintomáticas en la edad adulta, deben ser reparadas de forma inmediata para prevenir posibles complicaciones. el abordaje clásico es la laparotomía y más raramente la toracotomía; sin embargo, en los últimos años se han utilizado técnicas de cirugía mínimamente invasiva.

#### Folio:0122

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Recurrencia de pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia, presentación de un estudio de casos y controles**

*Colunga P, Rendón E, Quintanilla D, Corral S, Gallardo J, Galarza D, Villarreal M*

0.Facultad de Medicina UANL, Monterrey Nuevo León.; 1.Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González Facultad de Medicina UANL, Monterrey Nuevo León

**Antecedentes:** la pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia (PAHT), representa del 1-4% de las causas de pancreatitis aguda (PA), solo después de la etiología biliar y alcohólica. Se ha sugerido que la recurrencia de PA es mayor en este grupo etiológico. La verdadera incidencia y características asociadas a la recidiva no se encuentran bien dilucidadas. **Objetivo:** describir las características clínicas y analíticas relacionadas a la presencia de episodios recurrentes de PAHT. **Material y Métodos:** De 55 episodios consecutivos, se incluyeron 15 pacientes con al menos un episodio previo de

PAHT y se compararon con 15 controles pareados por edad y género. Se recabaron datos correspondientes a historia clínica, esquema terapéutico, escalas de severidad, perfil lipídico y evolución clínica. Datos descriptivos se expresan como media( $\pm$ DE) o mediana (RIC). Para comparar las variables continuas se empleó la prueba de la t de Student o U de Mann-Whitney según la distribución de datos. Se aplicó  $\chi^2$  para variables cualitativas, se consideraron significativos valores de  $P < 0,05$ . **Resultados:** de un total de 55 episodios, quince (27.2%) representaron un episodio de recurrencia. La media de edad de 35.5 ( $\pm 7.1$ ) y el género predominante el masculino (n=13, 81.3%) El número de leucocitos fue significativamente menor en el grupo de pacientes con antecedente de PAHT (6,871 $\pm$ 5289 vs 12,919.49 $\pm$ 7,072,  $P=0.016$ ) y la disminución en triglicéridos(TG) a 24 hrs de hospitalización fue menos eficaz en pacientes con recidiva (957 $\pm$ 672 vs 498 $\pm$ 234,  $P=0.029$ ). No hubo diferencia significativa en peso e IMC ( $P=0.404$ , 0.409 severidad: APACHE II, Ranson ingreso, Ranson 48 hrs, BISAP ( $P=0.804$ , 0.156, 0.186, 0.197 días de internamiento ( $P=0.212$  dosis de insulina requeridas ( $P=0.601$ ). **Discusión:** el curso clínico y seguimiento de pacientes con episodios recurrentes de PAHT es poco conocido. Sus complicaciones y severidad han sido poco descritas. En un país en vías de desarrollo como el nuestro, nos enfrentamos a un problema de bajo apego al tratamiento hipolipemiente, pobre control glucémico y por tanto a mayor riesgo de PAHT recurrente. En nuestro estudio, llama la atención la menor efectividad del tratamiento agudo para la disminución de TG

en este grupo de pacientes. Pudiera ser necesario el empleo de terapias menos conservadoras como el uso de plasmaféresis.

#### Folio:0123

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Síndrome de Hamman en un paciente con crisis hiperglucémica moderada: reporte de un caso y revisión de la literatura**

*Álvarez L, Flores E, Ruiz A*

0.Hospital General de Zona No 48 U.M.A.A IMSS San Pedro Xalpa, México D.F/ ISEM; 1.ISEM H.G Vicente Villada ISEM; 2.Hospital General de Zona No 48 U.M.A.A IMSS San Pedro Xalpa, México D.F

**Introducción:** el enfisema espontáneo mediastínico fue reportado por Hamman1939. La etiología: iatrogena traumática, infecciosa y rupturas esofágicas que ocurre después de vómitos severos. El neumomediastino espontáneo o síndrome de Hamman es la presencia de aire dentro de los confines de las estructuras mediastínicas, uno de sus principales datos clínicos es la presencia de enfisema subcutáneo Cuando la causa no es traumática, habitualmente se debe a cambios de la presión intraalveolar -intramediastinal. Presentamos el caso de un paciente con esta afección en presencia de Cetoacidosis Diabética Moderada (CADM). **Informe de caso:** hombre 21 años de edad diabético tipo 1 tratado con insulina NPH 20-0-10 ui con suspensión de 3 días e iniciando padecimiento con ataque al estado general, Nausea, vomito y dolor abdominal motivo por el cual acude a urgencias concluyendo CADM, labs: glucosa 530mg,



PH 7.22 HC03 9 se descarta Estado Mixto, llama la atención a su ingreso la existencia a la palpación de enfisema subcutáneo en la región maxilar bilateral, cuello, tórax anterior, hasta nivel epigástrico y región posterior de tórax hasta T6, No hubo antecedente traumático, ni alteraciones mecánicas aparentes, Rx Tórax en PA, encontrando datos compatibles con Neumomediastino, se realizó esofagograma con contraste hidrosoluble, descartando lesión esofágica. Se estableció tratamiento hidrometabólico y manejo conservador para neumomediastino. **Discusión:** la existencia de neumomediastino en pacientes con CAD ha sido descrita con anterioridad, ejemplo de esto caso reportado por Makdsi, donde determino que el vomito y la respiración de Kussmaul asociada a CAD puede causar la ruptura alveolar debido al aumento de la presión intra-alveolar con escape de aire posterior a lo largo de las vainas perivasculares hacia mediastino. Es interesante comentar que al momento a nivel mundial hay registrados 60 casos por lo que consideramos pertinente realizar el reporte. **Conclusiones:** el síndrome de Hamman continua siendo un reto diagnóstico La confirmación de la sospecha es a través de métodos de imagen y evolución clínica, la que generalmente es benigna. No requiere cirugía y una vez descartados diagnósticos diferenciales de gravedad la conducta tan solo es expectante y manejo ulterior ambulatorio. El cuadro debe ser diagnóstico diferencial del Dolor torácico en la población joven.

**Folio:0124**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia  
**Tema del resumen:** Infectología

**Factores de riesgo para infección de vías urinarias asociada a catéter en el paciente hospitalizado**

*Quintanilla D<sub>o</sub>, Mendoza A<sub>o</sub>, García M<sub>o</sub>, Concepción M<sub>o</sub>, Villarreal M<sub>o</sub>*

0. Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Introducción:** infecciones urinarias (IVU) representan 40-50% de las infecciones nosocomiales, 80% relacionadas a catéter. Es importante la detección de los factores de riesgo para su desarrollo ya que esto permitirá prevenir complicaciones. **Objetivo:** identificar los factores de riesgo para IVU asociadas a catéter en el paciente hospitalizado. **Métodos:** 634 pacientes con sonda urinaria en el área de medicina interna. Se analizó edad, días/sonda, género, Charlson score, sitio de aplicación, aplicadores y diversas comorbilidades. Resultados: La prevalencia de IVU fue 9.9%. Género femenino, días-sonda, aplicación en UCIA y VIH/SIDA representaron los principales factores de riesgo; mientras que aplicación en urgencias y sonda menos de 4 días se asociaron con menor riesgo. **Conclusiones:** se debe realizar una vigilancia estricta en aquellos pacientes de riesgo para IVU asociada a catéter, ya que esto permitirá optimizar medidas de prevención eficaces así como detección y tratamiento oportunos.

**Folio:0125**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia  
**Tema del resumen:** Cardiología  
**Síndrome del seno carotídeo en un paciente con carcinoma espinocelular en hipofaringe**

*Pezina C<sub>o</sub>, Quintanilla D<sub>o</sub>, Contreras D<sub>o</sub>, Campos M<sub>p</sub>, Villarreal M<sub>o</sub>*

0. Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González; 1. Departamento de Radiología e Imagen, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Introducción:** asociación entre tumores en el cuello y síndrome vaso-vagal ha sido publicada en reportes de caso en donde la tumoración se relaciona con compresión mecánica del seno carotídeo. **Caso:** masculino de 64 años con episodios de bradicardia, hipertensión, diaforesis, visión borrosa, náusea, vértigo y presíncope asociados a compresión mecánica de tumoración de 10 cm en hemicuello izquierdo. A su ingreso: bradicardia sinusal de 36 lpm y TA 160/100 requiriendo marcapasos temporal. TAC de cuello: compresión y desplazamiento de la arteria carótida común en el sitio de su bifurcación. Reporte histopatológico positivo para carcinoma espinocelular del seno piriforme en hipofaringe. **Conclusión:** es importante detectar la presencia de este síndrome asociado a tumores en el cuello ya que ocasionan comorbilidad en el paciente. Adicionalmente, se sabe estos pacientes se benefician poco con la colocación de marcapasos lo cual se debe tomar en consideración en la planeación del tratamiento.

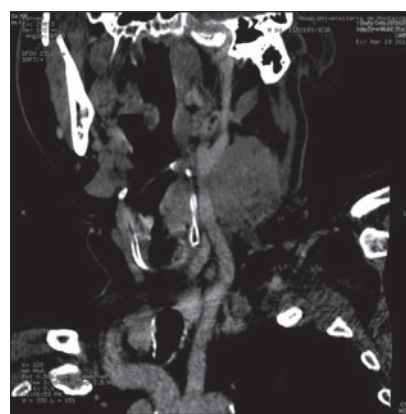


Figura 1.

**Folio:0126****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Gastroenterología**Cricofaringotomía intraluminal endoscópica en pacientes con divertículo de Zenker experiencia en 5 años**Ruiz A<sub>o</sub>, Álvarez L<sub>o</sub>, Natanael E<sub>p</sub>, Cabrera A<sub>o</sub>0.Hospital General De Zona 48 IMSS;  
1.Hospital General de Cuautitlan Vicente Villada

**Introducción:** los divertículos de Zenker son protrusiones de la mucosa faríngea a través del triángulo de Killian. Los pacientes presentan sensación de disfagia, regurgitación, halitosis y presencia de tumoración en cuello. El tratamiento está indicado para evitar complicaciones como neumonía por aspiración y los abscesos pulmonares. En la estrategia de tratamiento se han propuesto 2 vías de acceso diferente: la cirugía abierta o la cirugía endoscópica transoral. Las técnicas de mínima invasión presentan ventajas en cuanto a tiempos de intervención más cortos, un retorno más rápido a la ingesta oral de alimentos, estancias hospitalarias más reducidas y una recuperación más rápida. **Material y métodos:** desde el año 2008 hasta el año 2013 se realizó seguimiento de 10 casos consecutivos con diagnóstico de Divertículo de Zenker. Pacientes características: 4 mujeres y 6 hombres; rangos de edad promedio 67.6 años; tiempo evolución > 1 año; síntomas predominantes disfagia y halitosis; 8 presentaban desnutrición. Se da seguimiento a los 6 meses y un año a todos los pacientes para evaluar la mejoría clínica aplicándose la escala

de Visick adaptada. **Discusión:** Todos los pacientes fueron tratados exitosamente. En todos los casos la mejoría de la disfagia fue inmediata así como la recuperación de su estado nutricional. De los 10 pacientes sometidos a procedimiento endoscópico, 3 fueron sometidos nuevamente al procedimiento por recurrencia mínima de la sintomatología a los 2 a 4 meses. Se presentó enfisema subcutáneo en dos pacientes, quienes se trataron conservadoramente con cefalosporina de tercera generación. Solo uno de los diez pacientes falleció por cardiopatía isquémica sin relación con el procedimiento. Finalmente se evaluó a los pacientes con la Escala de Visick adaptada encontrándose mejoría clínica en todos los pacientes. **Conclusiones:** la cricofaringotomía endoscópica es una técnica atractiva de mínima invasión que permite eliminar de manera efectiva la zona de fibrosis y falta de relajación del cricofaríngeo que produce una zona de alta presión en la hipofaringe a la deglución, creando una sola luz entre el divertículo y el esófago por lo que se elimina la posibilidad de retención de los alimentos en la luz del divertículo. En la técnica endoscópica se ha descrito una remisión total de los síntomas en el 78?96% de los pacientes.

**Folio:0127****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Gastroenterología**Hepatitis aguda fulminante por uso de herboristeria**Ruiz A<sub>o</sub>, Álvarez L<sub>o</sub>, Natanael E<sub>p</sub>, Cabrera A<sub>o</sub>0.Hospital General De Zona 48 IMSS;  
1.Hospital General Cuautitlan Vicente Villada

**Introducción:** la medicina alternativa aún pervive en numerosos países en vías de desarrollo y en determinadas culturas como un elemento autóctono folclórico. Esta nueva filosofía tiene su base en la creencia de que «lo natural» únicamente puede ser beneficioso, de tal modo que los productos botánicos no comportarían los riesgos inherentes a los tratamientos farmacológicos. Sin embargo, no todos los productos de herboristeria carecen de efecto biológico (eficacia y toxicidad), pero por diversos motivos estas propiedades están escasamente contrastadas y documentadas, motivo por el que presentamos un caso de toxicidad por consumo de cynara scolymus (alcachofa). **Informe de caso:** Masculino 33 años, carga genética para DM2, Alérgico a penicilina, orquidopexia en la niñez sin especificar. Inicia con tos seca, odinofagia, inicia automedicación amikacina mas paracetamol, sin mejoría, se agrega fiebre, cefalea, malestar general, artralgias, mialgias, diaforesis, dolor abdominal, laboratorios glucosa 96, BUN 36, urea 143, creatinina 3.5, sodio 130, potasio 3.9, cloro 98, TGO 2527, TGP 1610, GGT 187 DHL 1388 leucos 1700, linfocitos totales 700 neutros 1600, Hb 14gr, Hcto 38.7%, plaquetas 72000, reacciones febriles Tífico H positivo 1:40, tífico O positivo 1:40, TP 39seg TTP 54seg INR 3.02, CK 253 y CKMB 129, RDW35%; presenta encefalopatía grado III, ictericia generalizada, obesidad mórbida y hepatomegalia-hepatalgia; se inicia tratamiento hemodinámico y en 24horas con pH 7.11 HCO3 4mmol, creatinina de 8.5mg, sodio 130, potasio de 5.5, cloro de 100, BD 3mg/dL, TGO 15920, TGP 4037, DHL 5317, GGT 525, CK 1034, leucos 4220, Hb

13.8gr plaquetas 44000; se reinterroga a paciente que comenta la ingesta indiscriminada de capsulas de alcachofa con la intención de disminuir peso. En 12 horas mas desenlace fatal. **Discusión:** sin tratamiento específico para hepatotoxicidad inducida por antibióticos, además su suspensión. El tratamiento comprende cuidados de sostén, colestiramina en caso de prurito, diuréticos o paracentesis para la ascitis, vitamina K o factores de coagulación para los trastornos hemorrágicos y neomicina para la encefalopatía. **Conclusión:** difícil abordaje diagnóstico y tratamiento por la evolución rápidamente progresiva de la encefalopatía, síndrome hemorrágico y hepatorenal lo interesante del caso es la importancia de los antecedentes al reinterrogatorio.

**Folio:0128****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Infectología**Úlcera esofágica por citomegalovirus en paciente con infección por VIH: Reporte de caso**

*Flores N<sub>o</sub>, Morales R<sub>o</sub>, Jiménez M<sub>o</sub>, De la Cruz J<sub>o</sub>, Alegria J<sub>o</sub>, Belmont L<sub>o</sub>, Rodríguez M<sub>o</sub>, Cano J<sub>o</sub>*  
0.Hospital Juárez de México

La enfermedad gastrointestinal por citomegalovirus, es una complicación poco común, pero sería de la infección por VIH. Antes de la aparición de la terapia antirretroviral altamente efectiva, la enfermedad gastrointestinal por citomegalovirus ocurría en más del 5% de los pacientes con VIH, principalmente en aquellos con inmunosupresión avanzada. Se ha demostrado que la presencia de citomegalovirus en sangre, es un factor de riesgo para el desarrollo subsecuente

de enfermedad invasiva, la mayoría de estos pacientes presentan inmunosupresión avanzada, con cuentas de CD4 menores de 50 células. El sitio de involucro gastrointestinal mas frecuente es esófago y colon. Los síntomas de presentación son dependientes de la localización anatómica. En el caso del paciente encontramos un paciente masculino, con antecedente de diagnóstico de infección por VIH 4 años previos al inicio del padecimiento, con inicio de tratamiento antirretroviral no especificado, el cual suspendió, así como infección por hepatitis B, sin tratamiento. Tabaquismo ocasional desde los 19 años, etilismo cada 8 días llegando a la embriaguez. Inhalación de ketamina desde hace 5 años, último consumo 3 semanas previas al ingreso. Acude al servicio de urgencias, por dolor torácico, de tipo penetrante, intensidad 10/10, en región anterior, con irradiación a espalda, disminución con AINEs, se exacerba con el consumo de alimentos fríos, así como disnea de medianos a pequeños esfuerzos, motivo por el cual acude. Odinofagia de 3 semanas de evolución, progresiva hasta ser a líquidos. Náusea llegando a la emesis de contenido gástrico, en 6 ocasiones al día. Pérdida de peso no intencionado de 12 kilogramos en últimos 3 meses, asociado a pobre ingesta. A su ingreso, se realiza panendoscopia por sospecha de esofagitis por candida, con presencia de úlcera de 24 cm de extensión, comprometiendo del 70 al 80% del diámetro, sugestiva de Citomegalovirus, se realiza biopsia de las lesiones y se inicia tratamiento con ganciclovir, cumpliendo 21 días. Reporte de biopsia de úlcera refiere esofagitis crónica focalmente ulcerada y células del epitelio esofágico con

efecto citopático por citomegalovirus. Se realiza seguimiento al día 14 de tratamiento reportando úlcera de 20 cm de extensión involucrando el 25% de la circunferencia, ante mejoría y habiendo cumplido esquema con antiviral, se realiza cambio a profilaxis.

**Folio:0129****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Infectología**Anemia aplásica asociada a parvovirus B 19 en paciente con virus de inmunodeficiencia humana. Reporte de caso**

*Belmont L<sub>o</sub>, Contreras A<sub>o</sub>, Mendoza A<sub>o</sub>, Rodríguez M<sub>o</sub>, Cano J<sub>o</sub>, Morales R<sub>o</sub>*  
0.Hospital Juárez de México; 1.Hospital Juárez de México

El grupo de los parvovirus comprende diversos virus de animales específicos de especie, uno de ellos el B 19, es patógeno para el hombre. Su amplia gama de enfermedades desde el eritema infeccioso o una artropatía aguda pasando por crisis aplásicas transitorias altamente contagiosas y anemias crónicas en pacientes inmunodeprimidos, donde la incapacidad de eliminar la infección puede deberse a la baja producción de anticuerpos IgG específicos contra el virus, como consecuencia una destrucción de los precursores eritroides en la medula ósea y una anemia crónica dependiente de las transfusiones. El diagnóstico de infección activa puede demostrarse ante síntomas compatibles con B19 y presencia de anticuerpos IgM, la presencia de una medula ósea que suele encontrarse pronormoblastos gigantes características e hipoplasia. Se presenta el caso de masculino de 19 años, ocupación mesero con prácticas de riesgo, sin antecedentes crónico

degenerativos que acude por disnea, palpitations y palidez tegumentaria ingresando al servicio de medicina interna por síndrome anémico en estudio, iniciando protocolo de estudio con frotis de sangre periférico con anemia arregenerativa, estudio endoscópico normal, Elisa de 4 generación para VIH positivo, confirmatorio con Western Blot positivo para VHI 1, conteo de CD4 388; se realiza aspirado de médula ósea para descartar infiltración viral con resultado de hiperreactividad de probable origen infeccioso, se toma biopsia de hueso de cresta iliaca con serie eritroide aumentada, con incremento de pro ? eritroblastos, y serie mieloide incrementada con predominio de eosinófilos y madurando a segmentados, serie megacariocita incrementada con dismegacariopoyesis, concluyendo en médula ósea hiper celular con hiperplasia de proeritroblastos y cambios citopáticos por parvovirus B19. Paciente que ingreso con cuadro clínico compatible a cor anémico con riesgo alto de inmunocompromiso por antecedentes andrológicos; sin antecedentes de cuadros consuntivos o diarreicos crónica y única manifestación la anemia severa.

#### **Folio:0130**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**La estrategia restrictiva de transfusión dentro del curso clínico hospitalario de la hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA) en un hospital de referencia del estado de Tabasco (760 mmhg sobre el nivel del mar)**

Romo R<sub>0</sub>, Robledo J<sub>0</sub>, López A<sub>0</sub>, Madrigal R<sub>0</sub>, Mares M<sub>0</sub>, Cisneros E<sub>0</sub>, Wilson G<sub>0</sub>, Marroquín D<sub>1</sub>

0.Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasus.; 1.Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

**Antecedentes:** la HTDA se define como el sangrado originado en el tracto digestivo superior proximalmente al ángulo de Treitz. La HTDA es una de las causas más comunes de hospitalización en México, se ha asociado a pacientes que ingieren AINES y portadores de comorbilidades. **Objetivo:** conocer datos demográficos, curso clínico y causas del HTDA que ingresan al servicio de medicina interna. **Material y métodos:** Diseño: Cohorte. Del 1 Enero 2013-30 de Junio 2013. Criterios de Inclusión: Pacientes mayores de 18 años, cualquier género, con datos clínicos de HTDA, asignados a hospitalización de medicina interna. Se recabaron variables clínicas y de desenlace. Análisis estadístico. Descriptivo: de acuerdo a tipo y distribución de variables, el análisis del grupo total y estratificado de acuerdo a grupo de riesgo y categoría de sangrado, se compararon variables y efectuó prueba de hipótesis X2. Resultados. Incluyeron 58 pacientes, F:50%, diabéticos 41.4%, hipertensos 43.1%, Hepatopatía 46.6%, enfermedad articular 3.4%. Tabaquismo activo 12.1%, alcoholismo activo 41.4%, AINES 10.3%. Pacientes con cirrosis 28: 13 Grado C en la escala de Child-Pugh (CP) y 15 CP B. Endoscopia: 50 pacientes 82.6%, en escala de Blatchford ameritaban hospitalización. El sangrado No variceal en 35 variceal 18 pacientes. T. realización de endoscopia X=1.38 días, estancia intrahospitalaria X=4.7días. Con diagnósticos CIE-10, várices esofágicas el 31%. Sangrado no variceal: gastritis

y duodenitis 24.1%, úlceras gástricas 19%, úlcera duodenal 12.1%, enfermedad de esófago y duodeno sin especificar 8.6%, esofagitis 3.4%. Pacientes con úlcera: Forrest: IA, IB 3.4% y III 94%. Al ingreso: Hb X= 7.5±3.1 gr/dl, TP 14±6.7s, TTP 30.5±24s. Hemoderivados: PFC 38%, plaquetas 1.7%, PG 70.7%. Se encontró asociación entre Hb < a 7.0 mg/dl y hepatopatía crónica = 0.03 y número de paquetes trasfundidos (p<0.0001). Cirrosis CP B-C con Hb < 7 p=0.039. En la regresión logística la hepatopatía crónica fue el factor de riesgo independiente asociado a transfusión OR=3.28 (1.10-9.7). **Conclusión:** La terapia restrictiva de transfusión a nivel del mar en pacientes con HTDA es útil en pacientes con Hb < 7 mg/dl.

#### **Folio:0131**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Relevancia en elevación de creatina quinasa en pancreatitis aguda**

Lara R<sub>0</sub>, Cámara C<sub>0</sub>, Galarza D<sub>0</sub>, Villarreal M<sub>0</sub>

0.Hospital Universitario José Eleuterio González

**Introducción:** pancreatitis aguda es una lesión inflamatoria del páncreas que puede conducir a falla multiorgánica. Rbdomiólisis ha sido asociado, pero la prevalencia y relevancia con respecto a la severidad de la enfermedad no es claro. **Objetivo:** determinar la prevalencia de elevación de creatina quinasa (CK) en pacientes con pancreatitis aguda y su correlación con la severidad de la enfermedad. **Materiales y métodos:** se incluyeron pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda quienes



se presentaron al departamento de Urgencias del Hospital Universitario José E. González con un cuadro de evolución < 24 horas, de julio de 2012 a enero de 2013. La severidad de la enfermedad fue clasificada de acuerdo a la clasificación revisada de Atlanta, escala de Ranson y APACHE II. Análisis estadístico: Diferencias entre grupos de pacientes con enfermedad leve y moderada-severa fueron calculadas usando Student-t test para muestras independientes o Fisher's exact test, según el caso. Significancia estadística fue establecida cuando el valor de  $p < 0.05$ . La información fue analizada utilizando el paquete estadístico SPSS (SPSS Statistics 15.0, SPSS Inc.). **Resultados:** en total se evaluaron 41 pacientes (23 mujeres y 18 hombres). 25 pacientes (60.9%) presentaron pancreatitis aguda leve y 16 pacientes (39.1%) pancreatitis aguda moderada-severa. Aunque los niveles de CK al ingreso fueron más elevados significativamente en pacientes con pancreatitis moderada-severa comparado con pacientes con pancreatitis leve ( $59.1 \pm 41.3$  vs  $105.9 \pm 85.9$ ,  $p = 0.04$ ), solamente un paciente tuvo valores de CK ligeramente por arriba de límite superior normal de nuestro laboratorio. Ningún paciente desarrolló rabdomiólisis. **Conclusión:** elevaciones séricas de CK significativas en pacientes con pancreatitis aguda son raras y pobremente asociadas con la severidad de la enfermedad.

**Folio:0133**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia  
**Tema del resumen:** Misceláneos  
**Impacto de un programa de prevención de caídas en un Hospital Universitario**

Lara R<sub>0</sub>, Alcazar C<sub>0</sub>, Baena I<sub>0</sub>  
 0.Hospital Universitario José Eleuterio González

**Introducción:** las caídas son un problema de salud pública mundial (evento adverso número 1 en hospitales), y repercuten en los pacientes (lesiones accidentales no intencionadas), y hospitales (prolongación de estancias y aumento de costos). **Objetivo:** comparar la eficacia de un programa de prevención de caídas antes y después de su implementación en un Hospital Universitario. **Materiales y métodos:** el personal de enfermería aplica la escala de J. H. Downton para valorar el riesgo de caídas en los pacientes internados en la sala de Medicina Interna; se estratifican en un grupo de riesgo, y se adoptan diversas medidas de seguridad. Análisis estadístico: Comparación anual de caídas según la tasa de caídas por 1000 días paciente. **Conclusión:** son la implementación del programa, se ha permanecido por debajo del estándar internacional de tasa de caídas por 1000 días paciente (1.9-17.9), y la incidencia de caídas disminuyó >

50%. Además, se han identificado las patologías con mayor riesgo.

**Folio:0135**

**Tipo de Presentación:** cartel  
**Tema del resumen:** Epidemiología  
**Prevalencia de infecciones nosocomiales que condicionan sepsis en el paciente hospitalizado en el servicio de Medicina Interna**

Armijo E<sub>0</sub>, Álvarez L<sub>1</sub>, Solís D<sub>2</sub>, Ruiz A<sub>3</sub>  
 0.Instituto Mexicano del Seguro Social HGZ 194; 1.instituto Mexicano del Seguro Social HGZ UMAA 48 San Pedro Xalpa; 2.Instituto Mexicano del Seguro Social HGZ 194; 3.Instituto Mexicano del Seguro Social HGZ UMAA 48 San Pedro Xalpa

**Antecedentes:** en los últimos años se ha producido un aumento en la incidencia de la sepsis y el shock séptico, su mortalidad oscila entre 35-80% esto apenas a variado en las últimas dos décadas a pesar de los enormes progresos en el conocimiento de su fisiopatología y de soporte vital surgidas en los últimos tiempos, considerada una de las principales causas de morbilidad en los servicios de me-

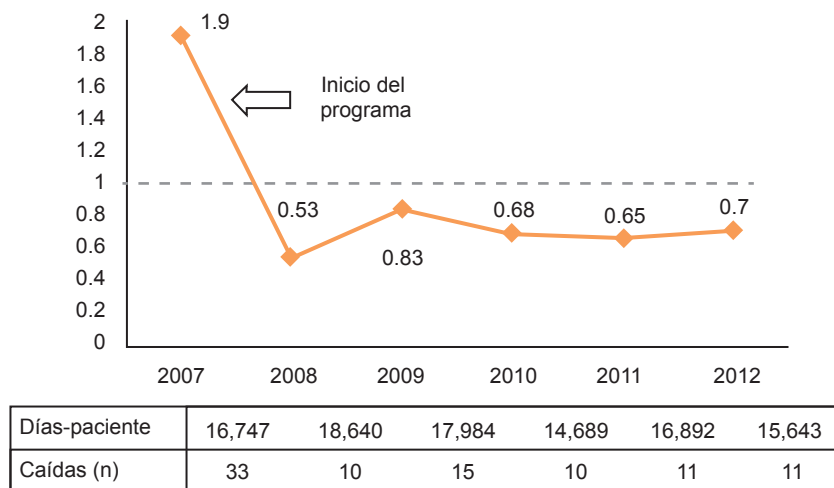


Figura 1. Resultados. Tasa por 1000 días paciente a través de los años.

dicina interna, con una frecuencia que va en aumento en la actualidad con una incidencia de 2.8 pacientes por 100 ingresos hospitalarios. **Objetivo:** determinar la prevalencia de infecciones nosocomiales que condicionan sepsis, en el paciente ingresado al servicio de medicina interna. **Material y método:** se realizó un estudio transversal y analítico, para determinar la incidencia de infecciones nosocomiales, se revisaron los expedientes de los pacientes que ingresaron al servicio de medicina interna entre los meses de abril, mayo y junio del 2014 por una causa no infecciosa, y que durante su estancia desarrollaron al menos una infección nosocomial determinando la frecuencia de éstas en el servicio, la edad de presentación, sexo, diagnóstico de ingreso, tipo de infección y a su vez la frecuencia con que una infección nosocomial condiciona sepsis, la morbimortalidad, y el número de días cama que se requieren cuando éstas se presentan. **Resultados:** el tipo de infección que se presentó con mayor prevalencia fue la infección de vías urinarias en un total de 17 pacientes con un porcentaje de 43.6% el mayor de todos, seguido de procesos neumónicos este presentándose en 8 pacientes con un porcentaje final de 20.5%. De un total de 39 pacientes que se ingresaron al estudio, 26 de ellos cumplieron con criterios de sepsis, 13 de ellos no lo hicieron de estos 6 presentaron choque séptico ocupando un 15.4%. **Discusión y conclusiones:** la sepsis constituye en la actualidad la primera causa de mortalidad de terapia intensiva, produciendo más del 60% de las muertes en este servicio. Fuera del ámbito de terapia intensiva la sepsis grave también ha aumentado su prevalencia que ha pasado de 4.2

a 7.7 casos por 1000.000 habitantes por año.

#### Folio:0136

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología  
**Neumotórax espontáneo recurrente secundario a neumocistosis. Reporte de caso**

*Alegría J<sub>o</sub>, Rodríguez M<sub>o</sub>, Flores C<sub>o</sub>, Jiménez M<sub>o</sub>, Belmont L<sub>o</sub>, Morales R<sub>o</sub>, De La Cruz J<sub>o</sub>*  
0.Hospital Juárez de México

Masculino de 30 años, 3 parejas homosexuales, sin protección. Padecimiento de 20 días de evolución, con ataque al estado general, disnea progresiva hasta ser de pequeños esfuerzos, tos no productiva y elevación térmica no cuantificada. Al examen físico disnea, taquicardia y taquipnea, no se integra Sx. pleuropulmonar. Paraclínicos: alcalosis respiratoria, hipoxemia e hipocapnia; neutrofilia relativa, linfopenia y elevación de DHL, VSG y PCR. Rx tórax con patrón reticular bilateral difuso, predominio basal. TAC tórax con engrosamiento septal interlobulillar, opacidades reticulares en vidrio despulido y lesiones quísticas

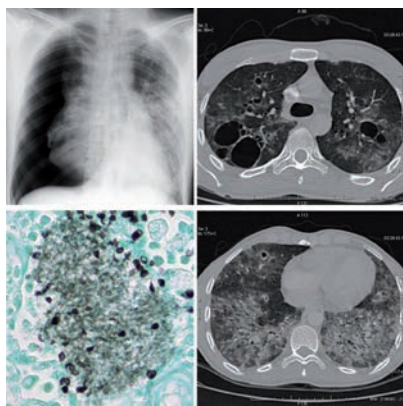


Figura 1.

intraparenquimatosas. Respuesta favorable a TMP-SMX (20 mg/Kg/día) y prednisona. Se corrobora infección por VIH estadio C3 y coinfección por *P. jirovecii* (ascas en tinción de Grocott). Presenta neumotórax derecho espontáneo a tensión en dos ocasiones, requiriendo pleurotomía cerrada urgente, tubo endopleural con succión continua y uso posterior de válvula de Heimlich.

#### Folio:0137

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Nivel de conocimiento acerca de su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una unidad de medicina familiar, posterior a una estrategia educativa de tipo participativa**

*Celestino L<sub>o</sub>, Andrade H<sub>o</sub>, Gómez F<sub>o</sub>, Mendoza M<sub>o</sub>*  
0.IMSS

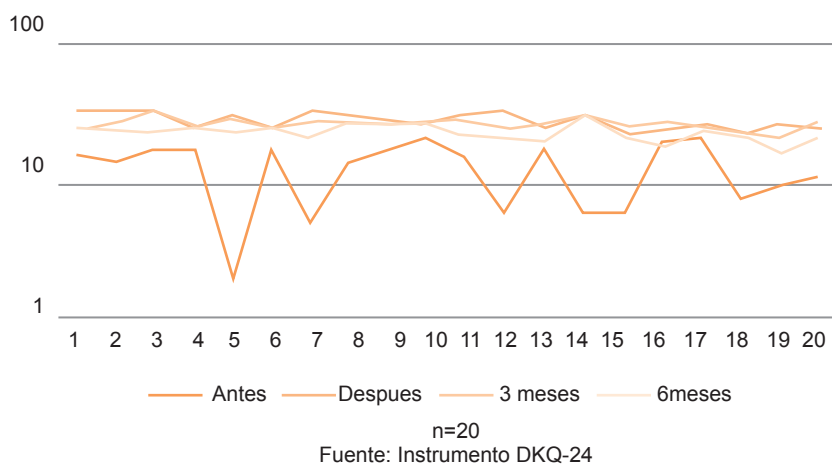
**Antecedentes:** la Organización Mundial de la Salud considera a la educación en diabetes (DM) como la única intervención eficaz para control y prevención de sus complicaciones. **Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimiento acerca de su enfermedad en pacientes con DM de la UMF#47, posterior a una estrategia educativa. **Material y métodos:** cuasiexperimento. La intervención consistió en 5 sesiones: ¿Qué es la DM?, hipo e hiperglucemia, automonitoreo, ejercicio, alimentación, cuidado dental y de pies, apego a tratamiento. Se aplicó el Diabetes Knowledge Questionnaire 24? inicial, final, 3 y 6 meses post-intervención. **Resultados:** participaron 12 mujeres, 8 hombres, edad media 54.4 (20-60). En la evaluación inicial 65% de los pacientes con nivel básico

**Cuadro 1.** Alcance de la estrategia educativa en el nivel de conocimientos

Dominio	Seguimiento a tres meses	Seguimiento a seis meses	Diferencia de medias	t
Conocimientos básicos sobre al enfermedad	9.15±0.87	8.5±0.88	0.65	p<0.04
Control de la glucemia	6.10±0.91	4.85±1.81	1.25	p<0.009
Prevención de complicaciones	5.8±0.61	6.10±0.44	-0.3	p<0.03

N=20.

Fuente: Instrumento DKQ-24.

**Figura 1.** Nivel de conocimiento comparativo.

de conocimiento. Hubo ganancia en nivel de conocimiento post-intervención, la que permaneció a 3 y 6 meses, 95% con nivel alto. **Conclusiones:** la educación participativa logra cambios significativos en conducta a favor de una mejor calidad de vida.

**Folio:0139****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Cardiología**Fistula coronaria: Reporte de un caso y revisión de la literatura**Amador J<sub>0</sub>

0.Hospital de Alta Especialidad ISSSTE Veracruz

Se presenta el caso de paciente femenino de 56 años quien cuenta con los antecedentes de importancia de cáncer de mama izquierda diagnosticado en

el 2006 y manejado con mastectomía radical, además de quimioterapia y radioterapia. Acude a valoración médica por referir disnea de medianos esfuerzos de meses de evolución y precordialgia, dentro del protocolo de manejo se realiza coronariografía la cual se reporta: Sin lesiones arteriales epicárdicas, con múltiples fistulas de la descendente anterior y la primera rama diagonal a ventrículo izquierdo. Las fistulas coronarias son raras anomalías congénitas o adquiridas en las cuales existe una conexión anormal entre una o mas arterias coronarias y una cámara cardiaca, gran vaso u otra estructura, anulando su flujo a la red capilar miocárdica. Su incidencia de acuerdo a series angiográficas varía de 0.3-0.8%, aunque debido al rápido advenimiento de modalidades

diagnosticadas invasivas y no invasivas su detección en la última década ha aumentado. Aunque son patologías poco frecuentes y gran parte de los pacientes se encuentran asintomáticos, están clasificadas dentro de las anomalías coronarias hemodinámicamente significativas pudiendo ocasionar insuficiencia cardiaca, isquemia miocárdica y endocarditis, incluso habiéndose reportado casos que conducen a muerte súbita por ruptura de una fistula aneurismática. La historia natural de esta patología es aun poco clara, habiéndose observado que el 81% de los pacientes pediátricos se encuentran asintomáticos; mientras que tan solo el 37% de los pacientes mayores de 20 años se encuentran asintomáticos. Actualmente se encuentra disponible el cierre quirúrgico y transcáteter, además de la posibilidad de manejo conservador farmacológico. No existe un consenso sobre el tratamiento ideal de estos pacientes, habiéndose optado por el manejo intervencionista en los últimos años; esto es apoyado por el bajo índice de complicaciones y mortalidad asociados. Sin embargo en series de seguimiento recientemente publicadas se ha observado aumento en la incidencia de infarto agudo al miocardio en pacientes manejados de forma quirúrgica, incluso en una serie de la clínica Mayo se observó que la tasa de supervivencia disminuyó significativamente comparada con la población con el mismo género y edad (p=0.03). Se realiza una revisión de la literatura disponible.

**Folio:0140****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Cardiología**Derrame pericárdico incidental: abordaje diagnóstico y terapéutico**

Corona J<sub>o</sub>, Frutos E<sub>p</sub>, Medina E<sub>i</sub>  
0.Hospital Ángeles del Carmen, Guadalajara, Jalisco.; 1.Hospital Ángeles del Carmen

**Antecedentes:** un derrame pericárdico incidental puede representar un reto diagnóstico, y su abordaje no se encuentra consensado en guías. **Objetivo:** documentar un caso clínico de derrame pericárdico descubierto de manera incidental y realizar un algoritmo de abordaje. Informe de caso Mujer de 46 años de edad con bajo riesgo cardiovascular a quien se le detecta incidentalmente un derrame pericárdico por ultrasonido abdominal. A la exploración física y en exámenes de laboratorio sin hallazgos de relevancia. El ecocardiograma reporta derrame pericárdico anterior y posterior de aproximadamente 200 a 300 ml, sin datos de compresión cardíaca. A las 13 semanas con disminución del derrame a 8 mm sin cambios clínicos o laboratoriales. **Conclusión:** se propone un abordaje de manejo basado en las variables de patologías de base, tamaño, efecto hemodinámico, cronicidad y datos de infección o inflamación.

#### Folio:0141

**Tipo de Presentación:** cartel  
**Tema del resumen:** Cardiología  
**Atención oportuna de tromboembolia pulmonar masiva**  
Corona J<sub>o</sub>, Colomé R<sub>i</sub>  
0.Hospital Ángeles Del Carmen, Guadalajara, Jalisco; 1.Hospital Ángeles Del Carmen

**Antecedentes:** la tromboembolia pulmonar masiva suele presentarse como una complicación de pacientes hospitalizados, con pocos

reportes en pacientes ambulatorios. **Objetivo:** presentar un esquema de estratificación de riesgo para gravedad y decisión terapéutica en tromboembolia pulmonar. Informe de caso Femenino de 63 años de edad que se presenta a urgencias tras haber sufrido 3 episodios sincopales con recuperación completa. Al momento de su llegada a urgencias presenta un tercer episodio de síncope y fibrilación ventricular. Recibe RCP avanzada y trasladada al área de terapia intensiva. Ecocardiograma con dilatación severa y disfunción sistólica de cavidades derechas con un TAPSE de 7mm. Vena cava inferior con nulo colapso inspiratorio. USG doppler de miembros pélvicos con trombosis venosa bilateral. **Conclusión:** paraclínicos como BNP, troponina I, dímeros D y mediciones imagenológicas han demostrado utilidad predictiva y pronóstica.

#### Folio:0142

**Tipo de Presentación:** cartel  
**Tema del resumen:** Reumatología  
**Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos en una masculino**  
Matías M<sub>o</sub>, Olaguez V<sub>o</sub>  
0.Hospital Juárez de México

AHF: Hipertensión Arterial Sistémica de 2 años de diagnóstico tratada con enalapril 10mg cada 24 horas. EPOC de 1 año de diagnóstico en tratamiento con budesonida e indacaterol 1 vez por día. Masculino de 45 años de edad, el cual ingresa por presentar desde hace 4 años red venosa colateral, gradual, progresiva en cara anterior de tórax y abdomen superior, así como edema facial y de cuello que se extendía hasta las extremidades superiores, rubicundez, disfonía y nistagmo hori-

zontal bilateral; a la exploración física encontramos paciente endomórfico, íntegro, neurológicamente íntegro, a nivel facial y de cuello con rubicundez y edema, pupilas isocóricas y reactivas al estímulo luminoso, nistagmo horizontal, presencia de red venosa colateral a nivel torácico que se extiende distal y proximalmente hasta abdomen superior, edema de extremidades superiores, cardiopulmonar sin alteraciones, gastrointestinal con normoperistalsis, fuerza muscular y sensibilidad conservadas; por lo cual se realizó una TAC de tórax misma que evidenció la presencia de ganglios paraesofágicos y subcarinales. Habiéndose descartado la presencia de una tumoración a nivel mediastinal se solicita una venografía, en la cual se observó trombosis bilateral de las subclavias y neovascularización a expensas de la misma, redes que desembocan a nivel de la vena cava; de acuerdo al protocolo diagnóstico se realiza ultrasonido endoscópico mismo que reporta varices esofágicas y peroesofágicas, sistema ácidos dilatado, TP 20.7, INR 1.96, actividad 44%, TTP no coagula, solicitamos además perfil de trombofilias reportando homocisteína 16.9 mmol/L, Anticoagulante Lúpico positivo, Ac-Anticardiolipina IgM 48.3, Ac-Anticardiolipina IgG 51.2; iniciando con anticoagulación a base de enoxaparina 40mg cada 12 horas y posteriormente con acenocumarina 8mg. Dx: Trombosis Bilateral de Venas Subclavias, Síndrome de Vena Cava Superior, Síndrome Antifosfolípidos. El síndrome antifosfolípido es una trombofilia autoinmune adquirida que se caracteriza por la presencia de anticuerpos antifosfolípidos y manifestaciones clínicas trombóticas,



mayor prevalencia en mujeres por lo cual es una etiología difícil de pensar como desencadenante de síndrome de vena cava superior en un masculino sin antecedentes importantes; patología con índices de morbimortalidad elevados, cuyo tratamiento médico es efectivo de manera temprana.

#### Folio:0143

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Endocarditis infecciosa con embolismo renal**

Corona J<sub>o</sub>, López C<sub>p</sub>, Medina E<sub>i</sub>

0.Hospital Ángeles Del Carmen, Guadalajara, Jalisco; 1.Hospital Ángeles Del Carmen

**Antecedentes:** la endocarditis infecciosa puede complicarse con embolismo séptico sistémico, siendo el embolismo renal uno de los tres principales sitios. **Objetivo:** presentar un caso de embolismo séptico renal con propuesta de manifestaciones clínicas más frecuentes y abordaje. Informe de caso Mujer de 52 años de edad que se presenta a urgencias con dolor abdominal de 16 horas de evolución en hipocondrio y flanco izquierdo. A la exploración física con soplo mesosistólico II/VI mitral irradiado a axila. Abdomen con descompresión positiva en flanco izquierdo. Leucocitosis de 17,300/uL con neutrofilia, DHL 343 U/L, EGO con proteinuria y eritrocituria. TAC con hiperdensidad inferior renal izquierda, angiografía sin flujo de contraste en mismo territorio. Vegetación mitral en ecocardiograma transesofágico. **Conclusión:** se caracteriza por dolor abdominal unilateral, DHL elevada, hematuria, proteinuria y elevación de creatinina sérica. Se propone algoritmo de abordaje. Figura 1

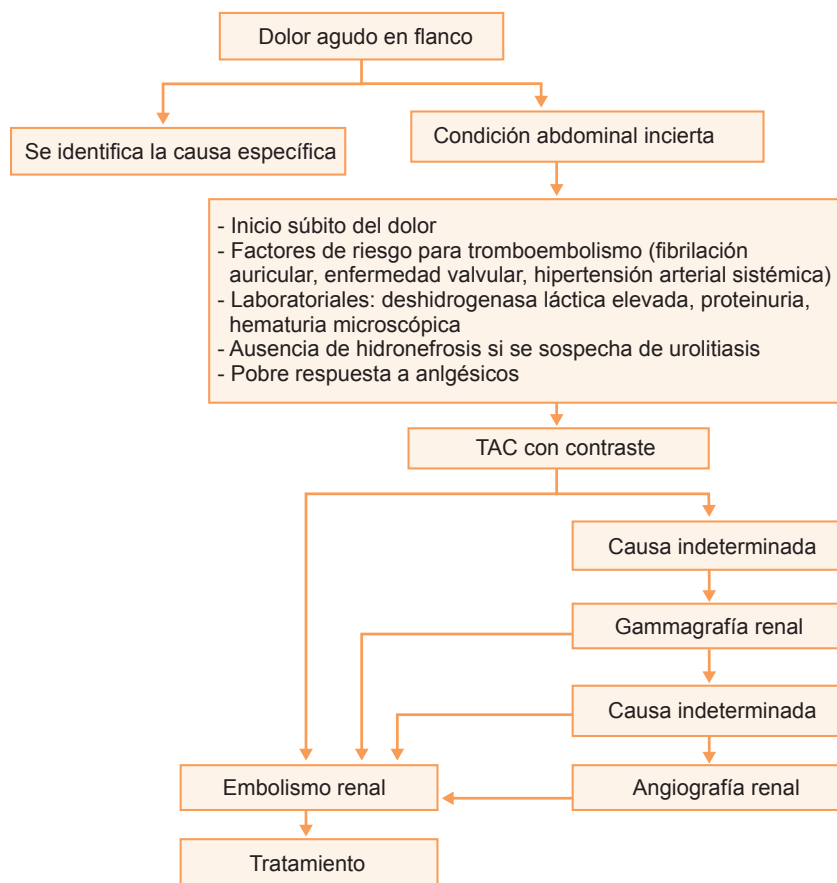


Figura 1. Algoritmo de abordaje.

#### Folio:0144

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Oncología

**Taponamiento cardíaco como manifestación de adenocarcinoma pulmonar reporte de caso**

Contreras A<sub>o</sub>, Cano J<sub>p</sub>, Corral J<sub>i</sub>

0.Hospital Juárez de México; 1.Hospital Juárez de México

El cáncer pulmonar causa anualmente 1350000 muertes a nivel mundial, relacionado principalmente con el tabaquismo, sin embargo, en mujeres el 50% se presenta en no fumadoras, y dentro de este grupo el 60% con un patrón histológico de adenocarcinoma, teniendo como manifestaciones clínicas aquellas relacionadas con

el efecto local que pueda ocasionar la neoplasia, como tos, disnea, dolor torácico, disfonía, hemoptisis, y manifestaciones sistémicas relacionadas con metástasis o síndromes para neoplásicos. Siendo una de estas el taponamiento cardíaco el cual es poco frecuente como manifestación de neoplasias. **Caso clínico:** paciente femenino de 37 años de edad sin antecedentes de importancia iniciando su padecimiento 7 meses previos a su ingreso con tos no productiva, de forma esporádica, agregándose disnea la cual es progresiva hasta llegar a la ortopnea, motivo por el cual acude a nuestra unidad, diagnosticándose derrame pleural bilateral y pericárdico, presentando 24 horas posteriores

a su ingreso, datos compatibles con taponamiento cardíaco, se realizó pericardiocentesis obteniendo 1120 cc, con protocolo de estudio con anticuerpos anti-DNA, anti-SM, anti-nucleares negativos, se realiza broncoscopia con reporte de alteraciones inflamatorias agudas y severas, del árbol bronquial derecho, tejido de granulacion sugestivo de infiltración neoplásica ocluyendo la luz de los bronquios posterior y anterior de lóbulo superior en un 100% y en la pared media del bronquio de lóbulo medio. Con resultado histopatológico de la toma de biopsia bronquial de adenocarcinoma con patrón acinar. **Conclusión:** paciente joven con presentación poco común de proceso neoplásico, con la importancia de considerar las diversas entidades que puedan ocasionar tales manifestaciones clínicas.

#### Folio:0145

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Dermatología

**Síndrome multiorgánico autoinmune paraneoplásico secundario a linfoma no Hodgkin**

*Aguilar J<sub>o</sub>, Velázquez M<sub>o</sub>, Ugalde L<sub>o</sub>*  
0.Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga

El también llamado pénfigo paraneoplásico es una enfermedad ampollosa, rara y fatal, comúnmente inducida por desórdenes linfoproliferativos, siendo el Linfoma no Hodgkin el más común; debido a producción de auto-anticuerpos contra componentes epidérmicos y respuesta citotóxica directa. El desarrollo de mucositis erosiva y erupción dérmica polimórfica es característico de esta patología. Descripción de caso: Masculino de 57años, sin an-

tecedentes de importancia. Inicia su padecimiento en diciembre del 2012 con cuadro de odinofagia, persistente con intolerancia a la vía oral, multitratado como faringitis sin mejoría. Posteriormente se agrega astenia, adinamia, hiporexia, persistencia de disfagia y odinofagia intensa, con aparición de úlceras orales que resuelven espontáneamente, con mejoría parcial con medicamentos tipo antibiótico y tópico no especificado. Refiere además diaforesis nocturna, fiebre no cuantificada, que se hace más frecuente. Pérdida de peso de 35 kg en 5 meses. Cuadros de repetición de mucositis y estomatitis con duración de 2 semanas cada mes. Se agregan al cuadro lesiones ampollosas diseminadas en tórax y miembros pélvicos y torácicos, pruriginosas, con resolución espontánea. Acude a urgencias por cuadro similar por afección total de mucosa oral, dolor intenso e intolerancia a la vía oral. Además de dermatosis ampollosa diseminada, fiebre y mal estado general. Se descartó infección por VIH, serología TORCH, hepatitis A,B y C todos negativos. A la exploración física con adenopatía generalizada de cadena cervical, inguinal y axilar bilateral, no dolorosa. Integrándose derrame pleural derecho de aproximadamente 30% y neumotórax sin compromiso de vía aérea. Se realiza toracocentesis encontrando quilotórax, con colocación de sonda endopleural resolviendo totalmente. En tomografía: conglomerado ganglionar retroperitoneal, axilar derecho e inguinales. Con toma de biopsia de ganglio inguinal encontrándose datos compatibles con linfoma no Hodgkin de células grandes. Por la enfermedad ampollosa se manejó con Prednisona 1g/k/día y ungüentos tópicos con

mejoría de dermatosis y mucositis. Actualmente en tratamiento por Hematología. **Conclusión:** el pénfigo paraneoplásico es una enfermedad rara, e incluso letal por la afección multiorgánica, de importancia diagnóstica por patología subyacente tratable y complicaciones derivadas como sepsis.

#### Folio:0146

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Histiocitosis pulmonar de células de Langerhans: a propósito de un caso**

*Sosa J<sub>o</sub>, Gutiérrez M<sub>o</sub>, Robledo C<sub>o</sub>*  
0.Unidad Médica de Alta Especialidad T1 IMSS. León, Gto.

Femenino de 16 años de edad, estudiante, desempleada. Sin heredofamiliares de importancia. Fauna doméstica negada (pájaros durante un año cuando ella tenía 10 años de edad). Vecinos con vacas, cerdos, gallinas, chivos. Refiere limitación para realizar esfuerzos mayores a los habituales. Sin toxicomanías ó exposición crónica a humo de combustión de biomásas. Combe negativo. Niega alergias. Neumopatía intersticial diagnosticada a los 9 años de edad en tratamiento a partir del 2007, recibe Montelukast, Salmeterol/Fluticasona, Salbutamol/Ipratropio. Inicia su padecimiento hace 10 años atrás con cuadro caracterizado por disnea progresiva que se presentaba inicialmente tras esfuerzos mayores a los habituales posteriormente llegando a ser de pequeños esfuerzos. Se acompañó de tos en accesos del mismo tiempo de evolución, en ocasiones cianósante y disneizante, productiva con presencia de esputo blanquecino, predominio matutino. Se niega fiebre asociada,

diaforesis, cambios ponderales ú otra sintomatología. Exploración física: Paciente femenino con adecuada coloración mucotegumentaria; cuello sin adenomegalias ó plétora yugular, sin auscultar soplos a nivel carotideo; ruidos cardiacos rítmicos con reforzamiento y desdoblamiento de segundo ruido cardiaco, soplo sistólico I/IV en foco tricuspídeo, choque de la punta desplazado a la izquierda; campos pulmonares hipoaereados con estertores de despegamiento bilaterales, SaO<sub>2</sub> 87% (FiO<sub>2</sub> 21%), abdomen asignológico; extremidades sin cianosis ó edema, con hipocratismo digital. Estudios Complementarios: BAAR en esputo y en orina negativos. Lavado Bronco-alveolar: *Pseudomonas aeruginosa*. Cloruro en sudor: 41 mmol/L. Perfil inmunológico negativo. Ecocardiograma: fracción de eyección del VI de 67%, PSAP 42 mmHg. Alfa 1 antitripsina: 151 mg/dL. Estudios de imagen documentan pulmones hiperaereados con cambios quísticos avanzados, áreas de vidrio despulido y en panal de abeja. Biopsia pulmonar con reporte de pleura aumentada de espesor por esclerosis, parénquima pulmonar vagamente nodular. Tinción de Masón manifiesta fibrosis intersticial avanzada. Tinción para hemosiderina negativa. Inmunohistoquímica con proteína S100 positiva, abundantes células de Langerhans en pared de bronquiolos terminales.

**Folio:0147****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Infectología**Infección por VIH, nefropatía por vasculitis, púrpura de Henoch-Scholein**Reyes I<sub>0</sub>

0.Hospital Juárez de México

Masculino de 28 años con los antecedentes tatuaje realizado con material aparentemente estéril. Múltiples perforaciones en cara. Hipertensión arterial sistémica controlada. Diagnóstico de VIH en 2012 en tratamiento. Inicio 6 meses previos con dolor tipo inflamatorios y aumento de volumen en rodillas, codos, muñecas, mialgias generalizadas, asociado a lesiones purpúricas no palpables en extremidades inferiores, aparición posterior en extremidades superiores, simétricas, confluentes, no dolorosas a la digitopresión, con dolor abdominal de tipo cólico, difuso de moderada intensidad, autolimitada. Se acompaña de neuropatía a nivel de piernas con dolor punzante ocasional autolimitado. TA 130/90mmHg FC 78x' FR 18x' T 36.5°. Extremidades íntegras, simétricas, con presencia de dermatosis caracterizada por máculas de tipo purpúricas que no desaparecen a la digitopresión, fuerza muscular conservada 5/5, pulsos presentes, llenado capilar inmediato. Durante su estancia se realizan exámenes de laboratorio y gabinete encontrando en el examen general de orina eritrocitos 10-15 por campo, leucocitos 5-10 por campo, proteínas 30mg/dL. CD4 313. Fosfatidilserina IGG e IGM negativos. Anticoagulante lúpico negativo. Anticardiolipinas IGM negativo, IGG 18.1. Biopsia de piel con vasculitis leucocitoclástica aguda con componente purpúrico, sin granulomas. Biopsia renal percutánea glomérulos con sinequias 10%, atrofia tubular 10%, fibrosis intersticial del 10%, inmunofluorescencia con depósitos mesangiales del IgA, con datos consistentes de púrpura Henoch-Scholein. La púrpura de Henoch-Scholein también conocida

como púrpura anafilactoide, es una vasculitis de pequeños vasos caracterizada por púrpura palpable que se distribuye en extremidades inferiores y glúteos, acompañada de artralgias, síntomas y signos gastrointestinales y glomerulonefritis. Mecanismo patogénesis es por depósitos de complejos inmunes. Inmunoglobulina A es el anticuerpo más frecuente observado en los complejos inmunes de las biopsias renales de estos pacientes. Tratamiento con prednisona 1mg/kg peso al día, dosificado de acuerdo a respuesta, el cual ayuda a disminuir las lesiones dérmicas, artralgias y síntomas gastrointestinales.

**Folio:0148****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Gastroenterología**Hemosuccus pancreaticus, como causa de sangrado digestivo alto.****Reporte de un caso**Ugalde L<sub>0</sub>, Aguilar J<sub>0</sub>, Velázquez M<sub>0</sub>  
0.Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga

Conocido también como pseudo-hematematobilia o Wirsungorragia, es una causa rara de sangrado de aparato gastrointestinal superior, común en pacientes con Pancreatitis crónica, quistes o tumores pancreáticos. Como resultado del daño local crónico se da la formación de un pseudo-aneurisma con comunicación directa con el conducto pancreático. **Caso clínico:** masculino de 40 años, con antecedente de alcoholismo crónico e intenso de 22 años de evolución, con consumo de 120gr. alcohol diarios desde hace 1 año. Cuadro de pancreatitis aguda leve en 2005 sin complicaciones aparentes. Además de consumo de

cocaína ocasional durante el último año. Inicia su padecimiento en junio del 2012 con sangrado digestivo alto el cual no atendió caracterizado por hematemesis y melena escasas, con resolución espontánea, presentando nuevo cuadro de características similares además de lipotimia por lo que se dio tratamiento únicamente con hemotransfusión sin estudio endoscópico en medio particular, con resolución espontánea y mejoría de síndrome anémico. El 17 de junio presenta nuevo evento de sangrado con síndrome anémico y hematemesis importante por lo que acude a urgencias donde se realiza endoscopia la cual evidencia sangrado en duodeno de origen no claro, por lo que se realiza dudodenoscopia encontrándose que es proveniente de conducto pancreático, por ausencia de cuadro de hemobilia se hace diagnóstico de Pbe. Hemosucos Pancreático, además se evidencian datos sugestivos de pancreatitis crónica, se coloca prótesis biliar con resolución de sangrado, se estabiliza hemodinámicamente y se hemotransfunden 2 concentrados eritrocitarios por hemoglobina a su ingreso de 4.2g/dl. Presentando 2 eventos más con 15 y 10 días después, con síndrome anémico importante por hematemesis abundante en repetidas ocasiones y melena. En último evento se realiza angiografía con imagen compatible con Hemosucos Pancreático, por lo que se realiza embolización, siendo satisfactoria. Actualmente el paciente sin evidencia de sangrado, con mejoría de síndrome anémico, sin datos de alteración bioquímica del hígado. Con función endocrina y exocrina del páncreas normal. **Conclusiones:** el diagnóstico es difícil por los cuadros de sangrado intermitente. Habrá de

sospecharse en pacientes con antecedente de patología pancreática, que presenten cuadros de sangrado digestivo alto sin lesiones evidentes a la endoscopia.

**Folio:0149**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Insuficiencia hepática aguda secundario a crisis tirotóxica**

*Flores C<sub>o</sub>, Rodríguez M<sub>o</sub>, Belmont L<sub>o</sub>, De la Cruz J<sub>o</sub>, Alegría J<sub>o</sub>, Morales R<sub>o</sub>, Jiménez M<sub>o</sub>*  
0.Hospital Juárez de México

**Introducción:** la glándula tiroides y el hígado mantienen estrechos lazos fisiológicos y por consiguiente patológicos. El aumento del metabolismo basal asociado a la hiperfunción tiroidea produce alteraciones en los parámetros de función hepática que en determinadas circunstancias se hacen clínicamente relevantes. Por otro lado, ambos órganos pueden ser agredidos por fenómenos autoinmunes. **Caso clínico:** en este caso se presenta a Masculino de 40 años quien debuta con Insuficiencia Hepática Aguda secundario a Tirotoxicosis. Antecedentes: tía materna con DM2 e Hipotiroidismo. APNP Sin antecedentes de importancia. APP: Hepatitis A en la infancia. Hernia hiatal y gastritis crónica. Crisis de ansiedad en manejo con diazepam. PA: Cursa con pérdida de peso (40 kg en 6 meses) y 3 semanas previas a su ingreso hospitalario fatiga, náusea, vómito, ictericia, letariga, fiebre, Taquicardia, dolor abdominal y diarrea. EF: FC 115 ,Tem 38.7, TAM 85mmHg, Ictérico /, somnoliento, ingurgitación yugular Grado 2, Tiroides no palpable, Hepatomegalia 4 cm por debajo de

reborde costal, doloroso a la palpación. Laboratorios y Gabinete: BT 26.4, BD 17.2, TGO 1094, TGP 1676, Amilasa 24, BH: leucocitos: 9 650, Neu:7 970, FA 123, GGT 59; Perfil tiroideo; T4 Total 24.86 TSH 0.02 T3 .68, Panel viral negativo, TAC con Hepatoesplenomegalia, Biopsia Hepática: Cirrosis Micro nodular activa con colestasis intra y extracitoplasmática. Paciente quien posterior a diagnóstico de tirotoxicosis se inicia tratamiento con propanolol y tapazol y medias de soporte, con posterior mejoría inmediata. **Conclusión:** a pesar de la baja frecuencia de la relación ente Insuficiencia hepática Aguda y tirotoxicosis que es de hasta el 5%, ésta puede presentarse confundiendo inicialmente el diagnóstico , con el consecuente retraso de tratamiento idóneo, por lo tanto siempre ante el antecedente de síntomas y signos sugestivos de de hipertiroidismo y debut de falla hepática sin una causa aparente es de importancia considerar el diagnóstico diferencial de Hepatitis tirotóxica, logrando así un tratamiento oportuno y disminución de la tasa de mortalidad.

**Folio:0150**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Cirrosis biliar primaria y enfermedad de Graves-Basedow: una asociación poco frecuente. Presentación de un caso en un varón de 40 años de edad**

*Ramírez L<sub>o</sub>, Vásquez F<sub>p</sub>, Hernández J<sub>o</sub>, Navarro Q<sub>o</sub>, Tafoya F<sub>p</sub>, Martínez L<sub>o</sub>*  
0.Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, Residente de 2do año de Medicina Interna; 1.Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, Servicio de Medicina In-



terna; 2.Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, Cardiología-Ecocardiografía; 3.Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, Depto. de Investigación.; 4.Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, Patología; 5.Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, Endocrinología

Masculino de 40 años de edad, originario de Huautla, Oax. a los 20 años de edad inició con síntomas de hipertiroidismo, no recibió tratamiento. En el año 2008 por exacerbación de su enfermedad acudió a valoración médica privada, perfil tiroideo:TSH 0.1mUI/ml (0.27-4.2mUI/mL) T4 total: 24 ng/mL (5.1-14.1ng/mL), le indicaron tratamiento pero nunca lo inició. El 04/04/13 ingresó al hospital de su comunidad por insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular con respuesta ventricular de 108X', perfil tiroideo: hipertiroidismo primario, iniciaron tratamiento con tiamazol 60mgs/día y propranolol 120mg/día; diez días después presentó ictericia, bilirrubina indirecta 3.75mg/dl, directa de 4.4mg/dl, fosfatasa alcalina 255U/L,ALT 54, AST:45; se atribuyeron las alteraciones al tiamazol y fué suspendido, lo egresan el 29/04/2013 y lo refieren al HRAEO. El 16/05/13 ingresa al HRAEO con insuficiencia cardíaca congestiva, FC de 57X', ictericia, sin oftalmopatía, cuello con bocio difuso apenas palpable. Estudios de laboratorio: fosfatasa alcalina 244 U/L, bilirrubina directa: 2.1 mg/dl, bilirrubina indirecta: 0.74mg/dl, albúmina: 2.1 g/dl, DHL:691U/L,AST:26 U/L, ALT:38 U/L,GGT:133 U/L, tiempos de coagulación prolongados. Tele de tórax con congestión de predominio

derecho y derrame pleural; electrocardiograma: fibrilación auricular, FC: 60X'; ecocardiograma:FEVI:60%, dilatación ligera de cavidades derechas y aurícula izquierda, presión de la arteria pulmonar:45mmHg. La evolución fue favorable pero dos semanas después persistió con ictericia y colestasis, transaminasas normales, tiempos de coagulación prolongados. El USG de hígado y vías biliares mostró hígado disminuido de tamaño, líquido libre, vía biliar normal. Se solicitaron Acs antimitocondriales: positivos 1:1000, Acs antimúsculo liso: (-) ,ANA's positivos 1:1000. Se realizó biopsia hepática con reporte de cirrosis biliar primaria estadificación 3 de Scheuer y 3 de Ludwig. Recibió 20 milicurios de Iodo131 como tratamiento del hipertiroidismo y ácido ursodesoxicólico para la cirrosis biliar primaria, la evolución fue favorable. **Conclusión:** es posible que varias enfermedades autoinmunes coexistan pero la asociación de Enfermedad de Graves y cirrosis biliar primaria es rara, en la literatura médica son pocos los casos reportados y en todos ellos se ha presentado en mujeres, lo cual hace más raro el caso clínico presentado.

#### **Folio:0151**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

**Parkinsonismo vascular ¿patología vascular o degenerativa? Características basales epidemiológicas y su correlación radiológica en una población mexicana**

Gómez A<sub>0</sub>

0.Hospital Regional Valentín Gómez Fariás ISSSTE

**Antecedentes:** se ha identificado al parkinsonismo vascular como una

forma de Parkinsonismo atípico asociado a infartos múltiples lacunares o microangiopatía subcortical y su diagnóstico suele ser un reto. La fisiopatología de esta asociación aun se desconoce. **Objetivo:** identificar factores de riesgo, características clínicas y radiológicas de pacientes mexicanos con probable parkinsonismo vascular. **Métodos:** pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Parkinson (EP) y uno de los siguientes: 1. Antecedente de EVC 2.Inicio súbito de la sintomatología o 3.Alteraciones tempranas y predominantes de la marcha ("parkinsonismo inferior"), atendidos 2008 a 2013. Se realizó historia clínica, aplicación de las escalas de UPDRS,MMNE, Rankin modificada, HyY, SE asi como TAC o IRM de cráneo. El análisis estadístico fue descriptivo. **Resultados:** se incluyeron 21 pacientes, 13 hombres (62%), con edad promedio de 71.28/-8 años, la edad de inicio de los síntomas fue de 67 años. 14 (67%) presentaron alteración predominante en la marcha, 11 (52%) habían presentado un EVC isquémico y 7 (33%) tuvieron inicio súbito de su sintomatología. Ninguno tenía historia familiar de parkinsonismo. 15 (71%) eran hipertensos, 13 (62%) diabéticos, 11 (52%) habían presentado un infarto cerebral y 3 (14%) con dislipidemia. Los síntomas motores iniciales observados fueron parkinsonianos en 17 (81%) y vasculares en el resto 4 (19%): temblor 7 (33%), alteraciones de la marcha 7 (33%), rigidez 2 (9%), en relación a los vasculares todos presentaron hemiparesia y disartria. A 18 (86%) se realizó IRM y a 3 TAC de cráneo, todas las lesiones identificadas fueron isquémicas. 17 (81%) por enfermedad de pequeño vaso, uno (4.7%) por car-

dioembolismo y en 3 (14%) el estudio fue incompleto. Las subcorticales se encontraron en Ganglios Basales en 7 (33%), frontal en 7 (33%), temporal en 3 (14%), 2 en tallo (11%) y 1 en cerebelo. **Conclusiones:** predominan lesiones por enfermedad de pequeño vaso y signos moderados de parkinsonismo. Los hallazgos radiológicos demostraron que solo 1/3 parte de las lesiones se ubican en los ganglios basales y otra 3/2 parte a nivel frontal subcortical. La presencia del deterioro cognitivo temprano y la predominancia de los signos parkinsonianos con alteraciones de la marcha sugieren ser las claves diagnósticas. La balanza parece inclinarse más a una patología degenerativa que vascular.

#### Folio:0152

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología

**Síndrome de Stokes Adams: cardio-toxicidad por idarrubicina en paciente con leucemia mieloide aguda**

Rojas F<sub>o</sub>, Martínez Y<sub>o</sub>, Montesinos G<sub>o</sub>. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Masculino 20 años con diagnóstico histopatológico de leucemia mieloide aguda M2 de 22 meses de diagnóstico en segunda consolidación temprana con 4/2 citarabina/idarrubicina; presenta crisis convulsivas tónico clónico generalizadas asociado a cambios electrocardiográficos compatibles con taquicardia ventricular y posteriormente asistolia. Se concluyó síndrome de Stokes Adams secundario a trastorno del ritmo por cardio-toxicidad inducida por idarrubicina. Estudio Holter: ritmo de base taquicardia sinusal. Fibrilación auricular,

taquicardia ventricular y asistolia durante crisis convulsivas. Salva de taquicardia auricular conducida con aberrancia, taquicardia ventricular y taquicardia supraventricular. El síndrome de Stokes-Adams se define como pérdida de conocimiento con convulsiones. El principal agente quimioterapéutico asociados a trastornos del ritmo es idarrubicina. El tratamiento definitivo es colocación de marcapaso; si no se diagnóstica tienen una mortalidad del 50%.

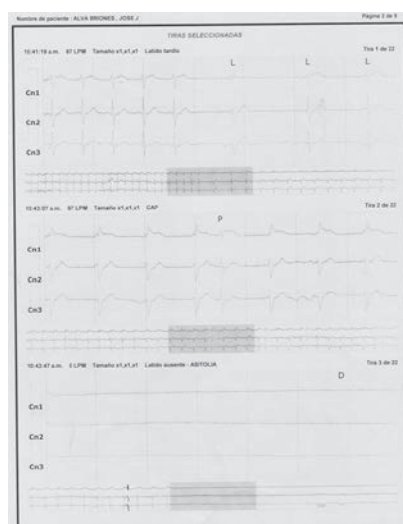


Figura 1.

#### Folio:0153

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Dermatología

**El volumen plaquetario medio como marcador de actividad en pacientes con pénfigo vulgar**

Cámara Lemarroy C<sub>o</sub>, Camara D<sub>o</sub>, Villareal M<sub>o</sub>

0. Departamento de Medicina Interna, Universidad Autónoma de Nuevo León, Hospital Universitario, Monterrey, Nuevo León

**Objetivo e introducción:** el pénfigo vulgar (PV) es una enfermedad

autoinmune específica de la piel caracterizada por acantolisis y formación de ampollas. El mecanismo es mediado por anticuerpos en contra de la desmogleina-3, una proteína desmosomal. El PV se ha asociado a un estado inflamatorio sistémico y a un incremento en el riesgo de infección y mortalidad. El tratamiento consiste en inmunosupresión. La activación plaquetaria es un paso esencial en la fisiopatología de las enfermedades inmunes e inflamatorias. El volumen plaquetario medio (VPM), un parámetro disponible en una biometría hemática de rutina, se ha asociado con estados pro-trombóticos e inflamatorios en el contexto de enfermedades autoinmunes como psoriasis y artritis reumatoide. Nuestro objetivo fue el estudiar los valores de VPM en pacientes con PV. **Materiales y métodos:** se incluyeron pacientes con PV confirmado histopatológicamente. En este estudio revisamos retrospectivamente 11 casos de PV hospitalizados en el Hospital Universitario (Monterrey, Nuevo León) y obtuvimos sus datos demográficos y clínicos así como valores de VPM, y los comparamos con 22 (relación 1:2) controles sanos (pareados por sexo y edad). Se compararon valores de VPM en etapa aguda de la enfermedad así como en periodos de estabilidad clínica. Análisis estadístico: Se utilizó el programa SPSS versión 17.0 para el análisis de los datos. Las pruebas  $\chi^2$ , Kruskal-Wallis, y Mann-Whitney se usaron para comparar los diversos parámetros. Se consideró una  $p < 0.05$  como estadísticamente significativa. **Resultados:** de los 11 pacientes con PV 7 eran hombres y 4 mujeres, con una edad promedio de 52.6 años (18-70). El VPM en enfermedad activa fue

de  $8.42 \pm 1.34$  y en fase estable de  $7.12 \pm 1.42$ . En el grupo control fue de  $7.13 \pm 0.74$ . Se encontró un mayor valor de VPM en pacientes con PV activo en comparación con el grupo control, alcanzando significancia estadística.

**Conclusión:** Valores elevados de VPM se encontraron en pacientes con PV, y estos se asocian con enfermedad clínicamente activa. El VPM pudiera indicar un estado pro-trombotico y utilizarse como marcador de severidad en el contexto de PV.

#### Folio:0154

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología  
Mionecrosis diabética: reporte de un caso y revisión de la literatura

Galarza D<sub>o</sub>, Villarreal M<sub>o</sub>, Isordia J<sub>o</sub>,  
Chávez S<sub>o</sub>, Rivera C<sub>o</sub>

0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

La mionecrosis diabética es una complicación rara de la diabetes mellitus, reportándose hasta hoy cerca de 100 casos, consecuencia de una larga evolución y pobre apego al tratamiento. Por lo general tiene un curso benigno y de buen pronóstico a corto plazo, no así para largo plazo como reflejo de una vasculopatía grave. Afecta tanto a los pacientes con diabetes tipo 1 como de tipo 2 con predilección de la tipo 1. **Reporte de caso:** Paciente masculino de 45 años de edad con historia de diabetes mellitus tipo 2 de 11 años de evolución, pobre control con metformina y glibenclamida. Ya previamente con nefropatía diabética. A su llegada a urgencias por aumento de volumen y dolor en extremidad inferior proximal derecha de 4 días de evolución. Con dolor de moderada intensidad, limitación al movimiento.

Resonancia magnética con reporte de aumento de volumen e intensidad en T2 y en secuencias con supresión de grasa de los músculos del compartimento medial y posterior en toda la extremidad.

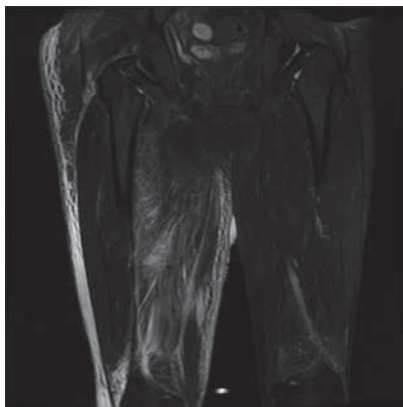


Figura 1.

#### Folio:0155

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Insuficiencia hepática aguda como presentación de melanoma corioideo: reporte de caso**

Hernández B<sub>o</sub>, Escobar E<sub>o</sub>, Galarza D<sub>o</sub>, Villarreal M<sub>o</sub>

0.Hospital Universitario José Eleuterio González

La falla hepática aguda (FHF) es una condición poco frecuente en la cual el deterioro de la función hepática resulta en alteración del estado mental y coagulopatía en individuos sin enfermedad hepática preexistente. La FHF de causa maligna es rara, siendo más frecuente observada en neoplasias hematológicas y solo algunos reportes a causa de melanoma maligno. El hígado es el órgano más frecuentemente afectado en la diseminación a distancia del melanoma corioideo (90%).

Sin embargo la presentación de insuficiencia hepática aguda es un hecho infrecuente aún cuando pueda existir un reemplazo del parénquima por tumor. A continuación se presenta un caso de FHF secundaria a infiltración por melanoma corioideo con desenlace fatal. **Caso clínico:** masculino de 47 años que acude a unidad hospitalaria por cuadro de dos meses caracterizado dolor en hipocondrio derecho, ictericia pérdida de peso y síntomas generales. Refiere disminución de la agudeza visual que progresó en dos meses a ceguera en ojo izquierdo, así como una lesión pigmentaria ipsilateral desde un año previo. Negando etilismo y uso de medicamentos. A su ingreso consciente, hemodinámicamente estable. En ojo izquierdo se observo tres lesiones hiper Cromicas con vascularización superficial en la conjuntiva. Abdomen con hepatomegalia dolorosa. Laboratorios iniciales, con falla renal, tiempos prolongados con INR 1.67. Se inicia manejo a base de líquidos, plasmas frescos y vitamina K. Posteriormente el paciente inicia con hematoquezia y encefalopatía hepática grado 3. A su sexto día de internamiento, inicia con bradicardia que degenera a asistolia no respondiendo a medidas de reanimación, declarándose su defunción. Autopsia revela en globo ocular neoplasia constituida por células pigmentarias, con atipia y pleomorfismo celular que se originan en la coroides. Hígado con infiltración difusa de células pleomórficas con abundante pigmento. **Discusión:** la FHF secundaria a melanoma corioideo suele aparecer tras el tratamiento de la lesión primaria con una latencia de entre 1 a 18 años. La mayoría de los casos de melanoma corioideo se identifica postmortem

debido a la dificultad para realizar biopsia a causa de alteraciones en la coagulación. El pronóstico es malo con una sobrevida media de 2 a 9 meses, ya que las metástasis hepáticas por melanoma son refractarias a tratamiento.

**Folio:0156**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Tuberculosis esofágica: reporte de un caso**

*Hernández B<sub>o</sub>, Mendoza A<sub>o</sub>, Borjas O<sub>o</sub>, Galarza D<sub>o</sub>, Villarreal M<sub>o</sub>*

0.Hospital Universitario José Eleuterio González

**Introducción:** la tuberculosis esofágica es una entidad rara tanto en pacientes inmunocompetentes como inmunocomprometidos, con una prevalencia estimada entre 0.07-0.15%. La mayoría de los casos es secundaria a tuberculosis pulmonar o mediastinal. El primer caso fue descrito por Audoin y Poulain en 1950. La forma principal de sintomatología es la disfagia. A continuación se presenta un caso de tuberculosis esofágica en paciente VIH positivo con evolución satisfactoria. **Caso clínico:** masculino de 40 años con antecedentes de VIH/SIDA sin tratamiento. Ingresó por cuadro de disfagia y fiebre de 1 mes de evolución. Se realizó endoscopia superior mostrando probable fistula traqueoesofágica en tercio medio de esófago con úlceras alledañas, en las biopsias realizadas se reportan datos de esofagitis crónica granulomatosa con presencia de bacilos ácido alcohol resistentes. Se realizó TAC de tórax simple complementado con contraste hidrosoluble deglutido,

no logrando corroborar fistula, en cambio se muestra infiltrado pulmonar micronodular difuso bilateral con discreto engrosamiento septal y presencia de ganglios mediastinales necrosados a nivel de la bifurcación de la carina y en estrecho contacto con esófago. La PCR para *Mycobacterium tuberculosis* de biopsia esofágica se reporta positiva. Se inicia manejo con antituberculosos de primera línea con respuesta espectacular, egresándose asintomático. **Discusión.** La tuberculosis esofágica es una presentación rara sumando el 0.15% de todas las muertes por TB, siendo más frecuente en inmunocomprometidos y en países con alta incidencia. La presentación típica es disfagia, pudiendo haber también dolor torácico, hematemesis y melena. Se han reportado complicaciones como fistula traqueoesofágica, esofagomediastinica, neumonía por aspiración, divertículos por tracción. En este paciente no fue posible corroborar la fistula por estudios de imagen siendo solo sugestiva por endoscopia. La localización más frecuente es la del tercio medio por invasión directa de bacilos proveniente de ganglios mediastinales con centro caseoso como sucedió en este caso. Se conocen tres formas histológicas de lesiones en mucosa esofágica: ulcerosa, hiperplásica y granular. Siendo la de este paciente tipo ulcerosa. El tratamiento es a base de antituberculosos de primera línea. Con esto agregamos un reporte más a la literatura.

**Folio:0157**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

**Características clínicas de los pacientes con leucemia linfocítica crónica en el Instituto Nacional de**

**Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán**

*Torres J<sub>o</sub>, Aguayo & Aacute<sub>o</sub>*

0.Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Antecedentes:** la leucemia linfocítica crónica (LLC) es una neoplasia hematológica B indolente e incurable. El estadio de Rai-Binet, DHL, ?2 microglobulina, timidina cinasa, estatus mutacional de cadena pesada de Ig y cariotipo constituyen sus principales factores de pronóstico. El tratamiento es quimioinmunoterapia y las principales causas de muerte en estos enfermos son infecciones y síndrome de Richter. **Objetivo:** describir las características clínicas de los pacientes con LLC en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) **Material y métodos:** se revisaron retrospectivamente los expedientes de pacientes con LLC en el INCMNSZ de 1993 a 2012, incluyendo aquellos con diagnóstico previo al ingreso. Se obtuvieron las características clínicas, de pronóstico, tratamiento, así como las medianas de sobrevida global y libre de enfermedad por el método de Kaplan-Meier. **Resultados:** de 113 pacientes con LLC, 59% fueron hombres con mediana de edad de 66 años. La comorbilidad más frecuente fue hiperglucemia (36.28%), 16.8% presentó enfermedades del tejido conectivo y 8.8% fenómenos autoinmunes. El 28% de los sujetos estaban asintomáticos. Se vio aumento de DHL y ?2 microglobulina en 10.5% (10/95) y 56.6% (30/53) respectivamente, ZAP-70 en 25% (3/12) y CD38 en 28% (18/64) con mayor mortalidad y menor sobrevida global en estadios avanzados (44.5% y 12 meses vs



17.4% y 120 meses respectivamente). Se obtuvieron las siguientes respuestas globales: clorambucil (88.4%), fludarabina (99.3%), rituximab (75%) y rituximab/fludarabina (100%). Las mejores respuestas completas se obtuvieron con fludarabina y fludarabina/rituximab (85% para cada uno) con medianas de supervivencia libre de enfermedad de 120 y 46 meses respectivamente. Las principales causas de muerte fueron infecciones, principalmente neumonía (9.7%). Ocurrió síndrome de Richter en 4.4% y pérdida de seguimiento de más de 50%.

**Discusión y conclusiones:** la mayoría de los pacientes estaban sintomáticos al diagnóstico con mayor frecuencia de fenómenos autoinmunes y mejores respuestas globales al tratamiento en contraste con la literatura internacional; lo que obliga a homogeneizar la determinación de factores de pronóstico citogenéticos para explicar esta diferencia y estudiar los determinantes del seguimiento de pacientes con neoplasias hematológicas indolentes en nuestra población.

**Folio:0158**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

**Síndrome de Guillain Barré y puerperio a propósito de un caso**

*Esparza H<sub>o</sub>, González D<sub>o</sub>*

0.Hospital Universitario de Saltillo

**Introducción:** síndrome de Guillain Barré se caracteriza por parálisis aguda arrefléctica con disociación albuminocitológica, causa más común de parálisis flácida en el mundo. En occidente tiene incidencia de 0.89 a 1.89 casos/100,000 personas/año. Origen es postinfeccioso principalmente, entre otras causas están: aplicación

de vacunas, medicamentos, eventos como: cirugía, trauma, embarazo y puerperio, el reporte de un estudio epidemiológico Sueco la incidencia es menor durante el embarazo con un incremento después del parto particularmente en las primeras dos semanas

**Caso clínico:** femenino de 28 años, carga genética para diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial, resto de antecedentes negados, al momento del ingreso cursando puerperio fisiológico de 6 días. Inicia padecimiento actual un día previo al ingreso con cefalea frontotemporal, disartria dislalia disminución de la fuerza en miembros pélvicos en 4/5 valorada por obstetricia se detectó TA 180/110 se trató con antihipertensivos se diagnóstica preeclampsia, evoluciona con cifras tensionales variables de normales a elevadas, a los dos días de estancia se agrega dificultad para la deglución parestesias en manos progresa la debilidad hacia incapacidad para deambular y debilidad en miembros torácicos con fuerza muscular 2/5 ausencia de reflejos estiramiento muscular se realiza punción lumbar: aspecto agua de roca células 6/mm<sup>3</sup> diferencial 65% neutrófilos 35% linfocitos glucosa 75 mg/dl proteínas 156 mg/dl electromiografía: polirradiculoneuropatía desmielinizante. Diagnosticó Síndrome de Guillain Barré se trató con inmunoglobulina humana. Evoluciona con mayor disminución fuerza muscular a 0/5 en miembros inferiores y 1/5 en superiores, poco esfuerzo ventilatorio se realiza intubación orotraqueal, posteriormente se evidencia proceso neumónico que progresa a sepsis y finalmente muerte. **Conclusión:** cefalea y síntomas neurológicos en pacientes en postparto usualmente son

diagnosticadas como preeclampsia, sin embargo existe otras causas que hay que considerar, para establecer el tratamiento apropiado. El puerperio no es factor de pobre recuperación en el síndrome de Guillain Barré. En general tiene mortalidad de 5%, las causas son síndrome de distrés respiratoria del adulto sepsis embolia pulmonar y paro cardiaco.

**Folio:0159**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología

**Frecuencia y características clínicas de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda o descompensada en el INCMNSZ**

*Pérez G<sub>o</sub>, Orea A<sub>o</sub>, Castillo L<sub>o</sub>*

0.Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

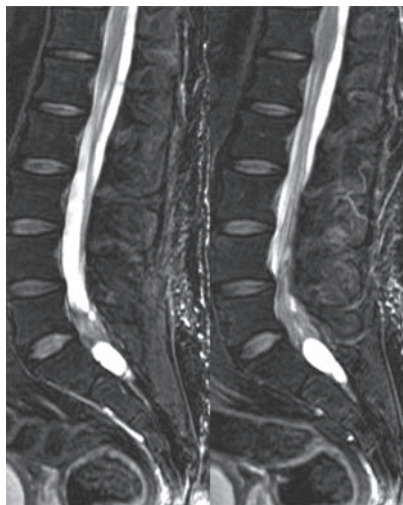
**Antecedentes:** la insuficiencia cardiaca aguda (ICA) es el inicio abrupto o el cambio en los signos y síntomas de la insuficiencia cardiaca (IC), convirtiéndose en una condición que requiere la atención médica inmediata. En México no se tiene conocimiento de la frecuencia de ICA. Tampoco existen estadísticas del tipo de IC más común ni de los desenlaces que tienen este tipo de pacientes, el tratamiento que reciben y las comorbilidades que presentan, por lo que es necesario un registro de ICA en nuestro país. El INCMNSZ al ser un hospital en donde se reciben un gran número de pacientes con padecimientos diversos de medicina interna, resulta un sitio con condiciones adecuadas para realizar éste estudio que ayude a entender mejor a la población con IC en nuestro país. **Objetivo:** conocer la frecuencia y características clínicas de la población con ICA de los

pacientes que acudieron a urgencias del INCMNSZ en el periodo Marzo 2012-Marzo 2013. Material y método: Estudio observacional, longitudinal y retrolectivo. Se revisó el diagnóstico de ingreso/ egreso de los pacientes que acudieron a urgencias del INCMNSZ en el periodo Marzo 2012-Marzo 2013 y se registraron aquellos con diagnóstico de ICA. Posteriormente se analizaron los datos de su evento y sus hallazgos ecocardiográficos en el expediente. **Resultados:** se encontró una frecuencia de ICA de 0.5 %. La edad promedio de presentación fue de 67 años. La mortalidad fue de 9.6%. El síntoma principal fue la disnea y la comorbilidad más frecuentemente observada la HAS (75%). Se encontró 4% de prevalencia de ICA sistólica pura, (48%) de diastólica y (26%) de mixta (sistólica y diastólica). El principal desencadenante fue la falta de apego al tratamiento o falta de ajuste del mismo (39.7%). Se observó SICA (síndrome isquémico coronario agudo) en 22.8% de pacientes. No hubo diferencia en la mortalidad entre grupos con diferente TAS (Presión arterial sistólica). **Discusión y conclusiones:** la frecuencia de ICA en nuestro medio es mayor. El tipo ICA que predomina es la diastólica. La principal comorbilidad es la HAS. La TAS de ingreso no tuvo significancia estadística en la mortalidad contrario a lo observado en otros estudios. A diferencia de lo mencionado en las guías americanas de ICA, el SICA no es la primera causa de ICA en nuestra población sino la falta de apego al tratamiento y falta de ajuste del mismo.

**Folio:0160****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Neurología**Ependimoma vs neurocisticercosis en un síndrome de cauda equina**González M<sub>o</sub>, Vicente B<sub>o</sub>, Sifuentes J<sub>o</sub>, Lara J<sub>l</sub>

0.Hospital Ángeles Pedregal; 1.Hospital Ángeles Lomas

**Antecedentes:** la neurocisticercosis, infección parasitaria que afecta más comúnmente al SNC y es causa común de crisis convulsivas adquiridas. **Objetivo:** reporte de caso de neurocisticercosis intramedular con manifestación clínica principal de síndrome de cauda equina, sin lesiones centrales. Informe de caso: Masculino, 52 años de edad, antecedentes de leucemia mieloide crónica e hipotiroidismo, con lumbalgia incapacitante de 3 años de evolución, debilidad de miembros torácicos y pélvicos, incontinencia fecal y urinaria, disfunción eréctil, hipoestesia en silla de montar, marcha en estepaje, fuerza 3/5 e hiperreflexia. **Resultados:** realizan descompresión lumbar L5-S1 encontrando lesiones quísticas. Patología reporta tejido fibrotico e infiltrado mononuclear, fragmentos de éscolex y cisticercos intradurales.

**Figura 1.**

**Conclusiones:** Los casos aislados de cisticercosis medular son raros, se hace diagnóstico diferencial con neoplasias pero en regiones endémicas debe sospecharse neurocisticercosis.

**Folio:0161****Tipo de Presentación:** sin preferencia**Tema del resumen:** Nefrología**Valor pronóstico de la lesión renal aguda y factores de riesgo en el paciente con sepsis**Gutiérrez R<sub>o</sub>, Mariscal I<sub>o</sub>, Lim G<sub>o</sub>

0.ISSSTE

Sepsis (Sp) es una respuesta inflamatoria excesiva a la infección, de elevadas frecuencia y mortalidad; relacionada con su gravedad y edad del paciente, entre otros, donde la lesión renal aguda (LRA) tiene gran prevalencia, hasta del 60% en algunos estudios. Este trabajo fue diseñado para observar el comportamiento de la función renal en pacientes con Sp de diversos grados de severidad, evaluada al ingreso y al egreso, correlacionándolo con mortalidad e identificando factores de riesgo para LRA. Se excluyeron los pacientes con enfermedad renal crónica. **Resultados:** se estudiaron 247 pacientes con Sp que ingresaron a MI del HRVGF de Enero 2011 a Diciembre 2012. Se incluyeron 212 pacientes sin enfermedad renal previa pero con creatinina mayor a 1.5 mg/dl al ingreso. Análisis estadístico: se emplearon medidas de dispersión, media, desviación estándar, determinación de percentiles 25-75, X<sup>2</sup>, exacta de Fisher, cálculo de riesgo relativo. De los 212 pacientes, 30 presentaban LRA al ingreso (14.15%), quienes tuvieron una mortalidad 29.1% en pacientes sin LRA Vs 26.7% P 0.002 RR 0.9(0.48-1.72)

en pacientes con LRA. Los factores de riesgo para desarrollar LRA fueron género femenino  $p=0.007$ , HTA  $p=0.001$ , FC 87 lpm Vs 89 lpm  $p=0.00$ , TAM 74 mmHg Vs 81.5 mmHg  $p=0.002$ , hematocrito 36.8% Vs 35.9%  $p=0.003$ , bandemia  $p=0.01$ , TPT 30.5 Vs 32.9  $p=0.01$ ; creatinina al egreso 1.14 mg/dl Vs 1.65 mg/dl  $p=0.00$ ; APACHE II 10.2 Vs 19  $p=0.00$ , SOFA 4 Vs 6.8  $p=0.02$ . Los valores corresponden en primer lugar aquellos pacientes sin lesión renal aguda y en segundo lugar el de aquellos pacientes con lesión renal aguda. **Conclusiones:** la LRA no incrementó la mortalidad en nuestra población, encontrando que la incidencia en nuestro hospital es menor que en estudios previos, sin embargo observamos que aquellos pacientes que desarrollaron lesión renal aguda continuaron con niveles alterados de creatinina al egreso. Se encontraron factores de riesgo modificables como parte del tratamiento, como el control de los parámetros hemodinámicos. La LRA permanece al egreso de los pacientes, lo que puede llevar ERC.

#### Folio:0162

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología

#### **Correlación entre concentraciones de fibrinógeno y hemoglobina glucosilada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2**

*Pedro A<sub>o</sub>, Huerta S<sub>o</sub>, Cerda F<sub>o</sub>*

0.Secretaría de Salud del Distrito Federal

**Antecedentes:** se ha descrito una relación fisiopatológica entre el fibrinógeno y la aterosclerosis, inflamación y eventos coronarios; así como entre mejor control glicémico menor número de complicaciones.

**Objetivo:** determinar si existe correlación entre las concentraciones de fibrinógeno y hemoglobina glucosilada en pacientes con Diabetes Mellitus. **Metodología:** estudio transversal analítico. Se recabaron del expediente, 29 pacientes. Se realizó correlación de Pearson para Hemoglobina glucosilada (HbA1C) y fibrinógeno; para variables cualitativas U Mann-Whitney y prueba exacta de Fisher. Se utilizó STATA versión 11. **Resultados:** de los 29 pacientes analizados; se encontró glucosa ( $= 186.9 \text{ mg/dL} \pm 62.7$ ), HbA1c ( $= 9.69\% \pm 2.8$ ), fibrinógeno ( $= 445.6 \text{ mg/dL} \pm 106$ ). Se encontró correlación de HbA1c con fibrinógeno  $r=0.24$ , con  $p=0.19$ . Los pacientes con retinopatía diabética presentaban una media de fibrinógeno  $521 \pm 78 \text{ mg/dL}$  y los pacientes sin retinopatía  $425 \pm 104 \text{ mg/dL}$  ( $p=0.03$ ). **Discusión:** se encontró una correlación de fibrinógeno y HbA1c baja; sin embargo la población estudiada tenía descontrol glicémico, con una media de HbA1c en 9.6%, que puede influenciar en el resultado obtenido. Se establece una media de fibrinógeno de 445 mg/dL, lo cual está por el límite superior normal establecido. La comparación de los grupos con retinopatía, presentaron un incremento de fibrinógeno en los pacientes que presentaban el diagnóstico de retinopatía diabética, lo cual es asociado a complicaciones vasculares. **Conclusión:** no se encontró correlación significativa de fibrinógeno con HbA1c. El fibrinógeno se encuentra asociado significativamente a retinopatía diabética.

#### Folio:0163

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Epidemiología

#### **Ingesta de AINES como predictor en la evolución del dengue. Revisión de casos en hospital de segundo nivel de zona endémica**

*Cárdenas D<sub>o</sub>, Castro J<sub>o</sub>, Mares M<sub>o</sub>, López W<sub>o</sub>*

0.Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo

**Introducción:** Tamaulipas es zona endémica para dengue, siendo causa de alto índice de hospitalizaciones en nuestro hospital. En la literatura no hay estudios que reporten la relación entre las variables identificadas en nuestra investigación, por lo que es importante conocer estadísticas al respecto. **Objetivo:** estimar la relación entre la ingesta de AINES y las manifestaciones hemorrágicas en nuestros pacientes, y esto como factor predictivo en la evolución del cuadro y estancia intrahospitalaria, así como sus posibles complicaciones. **Material y métodos:** estudio prospectivo, transversal y descriptivo, que incluyó todos los pacientes ingresados en nuestro hospital durante los meses de Julio y Agosto del 2013, los cuales integraban el diagnóstico de caso probable de dengue. Se realizó biometría hemática de forma diaria en todos los pacientes, con conteo manual de plaquetas, así como perfil bioquímico completo. Se mantuvieron en aislamiento, y se realizó vigilancia estrecha ante posibles hemorragias. Se tomó en cuenta el primer día de fiebre, partiendo de ahí para valorar la evolución clínica y bioquímica. **Resultados:** se hospitalizaron un total de 40 pacientes, 50% del sexo masculino y 50% del sexo femenino. La edad promedio fué de 32.1 años (rango de edad 14-73 años). Del total de pacientes, solo 5 de ellos (12.5%) tu-

vieron manifestaciones hemorragias. 1 presentó epistaxis, 3 presentaron gingivorragia y 1 presentó gingivorragia más sangrado transvaginal. Del total de pacientes con manifestaciones de hemorragia, solamente 2 (40%) habían ingerido AINES (Naproxeno y Aspirina). Del resto de pacientes sin manifestaciones hemorrágicas, 34 ingirieron paracetamol y 1 Diclofenaco. Por lo tanto, del total que ingirió AINES (3), el 66% presentó algún tipo de hemorragia (2) vs el 8% (3) de los que no consumieron AINES (37). En cuanto al tiempo de evolución intrahospitalaria, desde el inicio de la fiebre y el día de mayor plaquetopenia transcurrían 1 a 9 días, promedio 4.5 días. Ningún paciente desarrolló complicaciones graves. **Conclusiones:** la relación entre la ingesta de AINES y manifestaciones hemorrágicas no está bien establecida en la literatura. Nuestra investigación arrojó resultados que concluyen relación estrecha entre la ingesta de AINES y presentar hemorragias de cualquier tipo.

#### **Folio:0164**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Factores de riesgo independientes asociados a mortalidad en los reingresos de pacientes con pie diabético en un hospital universitario de Tabasco. Aplicando distribución Poisson, densidad de incidencia y regresión logística binaria**

De la Cruz I<sub>0</sub>, De la Cruz K<sub>0</sub>, Fernández F<sub>0</sub>, Magdaleno F<sub>0</sub>, Soto M<sub>0</sub>, López J<sub>0</sub>, Robledo J<sub>0</sub>  
0.Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasis

**Introducción:** en Alemania 25% de pacientes tiene recurrencia del pie

diabético (PD) y Francia reporta hasta 60.9% en cohortes de seguimiento, el costo efectividad por evento se reporta hasta en \$25,000 dólares americanos. **Objetivo:** conocer la densidad incidencia (DI) de reingresos (R) a hospital de Medicina Interna (MI) con diagnóstico de PD, así como también curso clínico intrahospitalario y factores asociados con R en un hospital de referencia de Tabasco. **Material y métodos:** Diseño: cohorte observacional. Periodo: 1 de enero 2013 al 30 de junio de 2013. Tiempo cero: el momento que ingresó a hospital. Variable de desenlace: amputación o mortalidad. Estadística descriptiva: DI, cálculo de probabilidad de R a través de distribución de Poisson. Análisis univariado: chi cuadrada, exacta de Fisher. Regresión logística binaria. **Resultados:** se incluyeron 98 eventos de hospitalización con 8 R (8.1%), 33% con 2 R y 67% un R, días de R X=20.3 (10-38) contra días de no reingresados X=8.3, relación R:I 2.5:1, 67% varones, edad X=55.66 (27-90) años, 33% con enfermedad bilateral de PD; 66% IRC, 17% insuficiencia arterial en extremidades inferiores, 33% HAS, 83.3% presentaban ausencia de pulsos en pie afectado. 75% tenían Wagner (W)4, 12.5% W5 y 12.5% W3. Motivos de R: 83% no aceptó amputación en su primer ingreso. En 4 pacientes (66.7%) hubo mala definición del nivel de amputación. 62.5% fue del pie izquierdo, mortalidad de 16.6%. Intervalo de tiempo entre los R fue de 0.5-16.7 semanas X=5.3. Mediana de supervivencia de los pacientes que ingresan de 13 días IC 8.3-17.6. Análisis de regresión logística: la única variable independiente asociada a mortalidad fue la evaluación del

W OR 9.5 IC 95 (1.17-77.3). DI de 0.071 R pacientes/mes, incidencia acumulada mayor en mayo de 0.05 pacientes/mes. Probabilidad de tener un R por PD es 0.216 y de tener 2 de 0.086. **Conclusión:** los R de PD tienen estancia 3 veces mayor que aquellos que no lo tuvieron, los factores frecuentemente asociados son: falta de aceptación de amputación del paciente, la controversia en el momento del procedimiento quirúrgico. A pesar de mortalidad del 16.6% de los R, el único predictor encontrado en todos los pacientes diabéticos fue la clasificación W que predice hasta 9 veces el riesgo de muerte y que 50% de los pacientes tengan supervivencia de 13 días.

#### **Folio:0165**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Hepatitis autoinmune tipo 1. Reporte de caso**

Castellanos D<sub>0</sub>, Cruz A<sub>0</sub>

0.Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Antecedentes:** hepatitis autoinmune afecta frecuentemente a mujeres, agresiva en adultos. Es rara pero puede ser fatal, con rápida progresión a menos que el tratamiento inmunosupresor inicie rápido. Su clasificación serológica es tipo 1 con positividad a anticuerpos Antinucleares, Smith o ambos y tipo 2 con anti LKM1 y/o anti LKM3. **Caso:** femenino 35 años, inmunizaciones incompletas no documenta vacunas para hepatitis B. Grupo Sanguíneo O positivo. Alérgicos, quirúrgicos, transfusiones, tabaquismo, etilismo, toxicomanías, tatuajes, perforaciones todos nega-



tivos. Vida sexual a los 18 años, un compañero sexual. Enfermedad hipertensiva del embarazo hace 12 años sin control posterior. Padecimiento de dos meses de evolución con ictericia, coluria, acolia, astenia, adinamia. Al mes náusea, vómito y dolor en hipocondrio derecho. Sin fiebre. Recibió tratamiento previo sólo con complejo B, nunca paracetamol. Ictericia mucocutánea; sin datos de insuficiencia hepática crónica; hepatomegalia (límite hepático superior en el 5° espacio intercostal y borde inferior 2 cm debajo del borde costal, blando, liso y doloroso no esplenomegalia ni adenopatías palpables. Transaminasemia (AST 1621 U/L), hiperbilirrubinemia total 22.2mg/dL (directa 10.5 mg/dL, indirecta 11.7mg/dL), fosfatasa alcalina 137 U/L y alargamiento de tiempos de coagulación (TP no coagula, TTP 146 segundos, TT 34.8 segundos), sin leucocitosis, ni datos de falla renal. Ultrasonido hepático alteraciones inflamatorias, sin dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática, disminución de fibrinógeno 100 mg/dL, lisis de euglobulinas y panel serológico para hepatitis B y C negativo. Marcadores tumorales (Alfa fetoproteína, carcinoembionario, Ca 19-9, Ca125) negativos. Perfil tiroideo normal. Anticuerpos antinucleares con inmunofluorescencia con patrón moteado 1:320. Anti Smith, Anti microsomaes, Anti musculo liso y Antimicrosomaes LKM negativos. Anticuerpos antinucleares 26.8 UI/mL. Inició tratamiento con prednisona (1 mg/k/d), mostrando mejoría clínica y bioquímica. **Conclusión:** caso que representa la importancia de la sospecha diagnóstica precoz con abordaje oportuno, para poder iniciar a la brevedad tratamiento inmunosupresor, para de esta manera

incrementar la expectativa de vida en una paciente con una enfermedad de evolución agresiva sin un manejo adecuado.

**Folio:0166**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Mucormosis. Presentación de un caso clínico asociado a causa no cetósica**

*Cruz A<sub>0</sub>, Castellanos D<sub>0</sub>*

0.Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Antecedentes:** mucormosis infección micótica oportunista fulminante ocurre habitualmente en pacientes con cetoacidosis diabética. El medio ácido favorece que las células epiteliales sean dañadas, propiciando que el agente micótico también las lesione.

**Caso:** femenino 61 años, diabética tipo 2 desde hace 22 años en tratamiento con Insulina glargina, mal apego a tratamiento, 3 hospitalizaciones en los últimos 6 meses por hiperglucemia mayor de 500 mg/dL. Inició 3 días previos a su ingreso, con cefalea frontal intensidad progresiva sin náusea, ni vómito; no acúfenos, fosfenos ni rinorrea. Evolucionó en forma insidiosa con somnolencia, sin focalización neurológica. Ingresó con hiperglucemia 556 mg/dL, sin cetoacidosis, ni estado hiperosmolar. Se manejó con reanimación hídrica e insulina con mejoría de glucemia. Edema periorbitario izquierdo y parálisis periférica del VII par craneal ipsilateral. Se inició clindamicina por sospecha de celulitis orbitaria. En 24 horas el edema periorbitario progresó hasta limitar completamente la apertura palpebral, se extendió a la hemicara de esa región, siendo éste

duro, sin godete, con hipertermia y eritema locales, desplazando la parótida, signo de Moore (crepitación al presionar las vértebras cervicales) positivo. Apareció en paladar duro lesión eritematosa 0.5cm, no dolorosa, de bordes bien delimitados. Conducto auditivo externo izquierdo con edema de pared anterior, hiperemia de membrana timpánica. Tomografía con aumento de tejidos blandos en la fosa infratemporal izquierda, con aire en su interior; tejidos blandos del párpado superior (aire en su interior) y sin lesión ósea. Drenaje del absceso con gasto hemático, turbio y con grasa licuefacta. 12 horas posteriores al drenaje cambió la coloración de la piel adyacente al tabique nasal, tornándose violácea y friable. La lesión del paladar duro con color violácea, sin aumento de tamaño. Se cambió el tratamiento a Piperacilina/Tazobactam y anfotericina B. Examen directo de la secreción del drenaje reportó hifas hialinas cenocíticas dicotomizadas. Evolucionó a choque séptico, falleciendo. **Conclusión:** caso de descompensación crónica hiperglucémica, sin acidosis como factor clásico precipitante, importante para considerar esta infección potencialmente mortal. Hiperglucemia crónica condiciona, por sí misma, disminución de mecanismos de defensa por productos finales de glucosilación.

**Folio:0167**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Manejo de nutrición parenteral total en paciente con pancreatitis aguda necrotizante y fistula duodenal secundaria. Reporte de caso**

*Valero G<sub>0</sub>*

0.Hospital Juárez de México

**Objetivo:** describir el manejo nutricional utilizado en un paciente con pancreatitis aguda severa (necrótica) complicada con fistula duodenal con colocación de ileostomía, durante un periodo de 2 meses y medio y como éste contribuye a la recuperación del estado mórbido. **Informe de caso:** masculino de 35 años de edad con cuadro clínico de 4 meses de evolución previo a su ingreso con dolor abdominal difuso de predominio en epigastrio, distensión abdominal, náuseas llegando al vómito. Acude a revisión médica detectándose por TAC abdominal necrosis de cabeza del páncreas, líquido peripancreático, derrame pleural bilateral, vesícula biliar con aumento de tamaño, que refuerza con material de contraste, con edema perivesicular (Baltazar E), se somete a LAPE, encontrando pancreatitis necrótico-hemorrágica de cabeza y cuerpo, pirocolecisto, hemoperitoneo, con líquido purulento. Se debrida tejido necrótico, se retiran coágulos, se realiza necrosectomía, colecistectomía retrógrada, lavado de cavidad abdominal. Posteriormente presenta fistula enterocutánea y fistula duodenal de 1 cm de diámetro. A su ingreso se encuentra paciente en ayuno de 1 mes con Peso a su ingreso 55kg, Peso ideal: 66.5 talla 1.70, IMC:17.3. Gasto energético basal (GEB) de, 1590 kcal, GEB corregido: 1920kcal. Exploración física: conciente, orientado, caquéctico, palidez tegumentaria, mucosa oral con regular hidratación, abdomen con solución de continuidad mesogástrica con salida de material intestinal, ileostomía funcional, peristalsis normoactiva, sin datos de irritación peritoneal. Paraclínicos: albúmina 2.8, prealbúmina 11.7, transferrina 173, colesterol 52, glu-

cosa 123, creatinina 0.4, Na 132, K 4.6, Ca 8.3, Cl 103, linfocitos 1000, hemoglobina 9.6, hematocrito 29.3% **Resultados:** se inicia nutrición parenteral total durante un periodo de 2 meses y medio en base a gasto energético basal (GEB) corregido: 1920kcal, con posteriores ajustes con uso de octreóide, lípidos de cadena media y larga, con ácidos grasos monoinsaturados y omega 3 entre otros, logrando disminución del gasto de la fistula duodenal y su cierre, logrando mantener condiciones nutricionales del paciente y reiniciar dieta enteral sin complicaciones.

**Folio:0168**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

**Alternativa de terapia combinada en mielitis transversa (MT) por falla a pulso de esteroides: reporte de un caso**

*Vargas A<sub>o</sub>, Hernández E<sub>o</sub>, Olán F<sub>o</sub>, Morales Z<sub>o</sub>, Huerta M<sub>o</sub>, Peraza M<sub>o</sub>, Andrade L<sub>o</sub>, Martínez E<sub>o</sub>, Mateos J<sub>o</sub>, Batún J<sub>o</sub>*

0.Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez

**Introducción:** la MT es un grupo heterogéneo de alteraciones inflamatorias que se caracteriza por disfunción espinal aguda o subaguda motora, sensorial y autonómica, tiene una incidencia anual de 1.3 a 8 casos por millón. Los criterios diagnósticos son: patrón bilateral de disfunción espinal sensitivo, motor y autonómico, nivel sensorial delimitado, nadir del déficit clínico entre 4 hrs y 21 días del inicio, inflamación espinal (LCR/IRM) y exclusión (compresión, postradiación, neoplásico y vascular). Como hallazgo histológico se reporta colección focal

de monocitos y linfocitos. El objetivo del tratamiento es frenar la progresión e inicio de resolución. Los esteroides son de primera línea y la plasmaféresis (PF) como terapia de rescate. Se informa un caso de terapia combinada PF ciclofosfamida (CFM) en un caso de MT con falla a esteroides. **Caso clínico:** hombre 54 años, niega inmunización reciente. Inicia 10 días previos con síntomas urinarios, fiebre, parestesia, mialgias y limitación para la marcha. EF: hiperreflexia, Babinski bilateral, ASIA 1/5, nivel sensitivo en L1, globo vesical que amerita catéter vesical. Por sospecha clínica se realiza PL (pleocitosis, BAAR y gram neg), IRM (lesión hiperintensa L1-L2), EMG (desmielinización del cordón posterior y retardo de neuroconducción bilateral), policultivos sin desarrollo, AAN, VDRL, TORCH y panel viral (VHB, VHC, VIH) negativos, se concluye MT y se indica pulso de metilprednisolona 1 gr IV por 5 días, solo mejoría relativa ASIA 2/5, persiste déficit motor y sensitivo. Se realizan 5 sesiones de PF con mejoría del 70%, egreso y uso de CFM mensual por 3 meses. A los 5 meses de seguimiento en consulta con remisión. **Conclusiones:** en una cohorte de 122 pacientes con MT, se informa 46% (56 pacs) sin respuesta a esteroide, se indicó uso de PF y/o ciclofosfamida, obteniendo mejor respuesta en la terapia combinada. En este caso se muestra que la terapia combinada (PFCFM) es útil en la práctica clínica cuando falla el uso de esteroides.

**Folio:0169**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Abordaje de masa en cuello: reporte de un higroma quístico**

Hernández E<sub>o</sub>, Olán F<sub>o</sub>, Morales Z<sub>o</sub>, Vargas G<sub>o</sub>, Huerta M<sub>o</sub>, Peraza M<sub>o</sub>, Andrade L<sub>o</sub>, Martínez E<sub>o</sub>, Mateos J<sub>o</sub>, Batún J<sub>o</sub>, Vargas A<sub>o</sub>, Valenzuela J<sub>o</sub>  
 0.Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez

**Introducción:** el estudio de una masa en cuello implica considerar múltiples etiologías (congénita, inflamatoria, neoplásica) y región afectada. Se debe realizar adecuada anamnesis, exploración física, estudios de laboratorio y gabinete (US Doppler, TAC, IRM, PET SCAN). El estudio histopatológico por BAAF es útil como herramienta diagnóstica y terapéutica. Los linfangiomas descritos por Redenbacher en 1828, son diagnósticos poco frecuentes. El 90% se manifiesta en forma temprana (2 años). Por histología y datos clínicos se dividen en: linfangioma circunscriptum, cavernoso o quístico. Se informa el caso de un higroma quístico de expresión tardía.

**Descripción del caso:** mujer 27 años con historia de masa en cuello de aspecto quístico (supraclavicular izq de 11x6 cms) de 8 meses de evolución y crecimiento progresivo. Refiere cefalea, dolor en hemicara izquierda con irradiación a extremidad ipsilateral y limitación en arcos de movimiento. EF masa quística, bilobulada supraclavicular izquierda, bordes definidos, adherida a planos profundos, dolorosa a la palpación, huellas de rascado, sin compromiso aparente de tiroides o tráquea, neurológico ad integrum, signo de Pemberton negativo. US reporta tumoración quística, septada, sin vascularidad, volumen 150 cc. En TAC contrastada tumoración quística, aspecto benigno, no tabicado, bordes definidos, avascular, que desplaza estructuras (tiroides, carótida)

compatible con linfocele. Se realiza drenaje percutáneo (diagnóstico y terapéutico), se obtiene líquido hialino y toma de biopsia que confirma el diagnóstico. Adecuada evolución, egreso y seguimiento en la consulta, sin expresión de recurrencia. **Conclusión:** sólo hay reporte de 100 casos en la literatura médica. Se asocia a un trauma e histológicamente se caracteriza por canales largos e irregulares en dermis reticular y tejido celular subcutáneo con monocapa de células endoteliales. Existe controversia para el tratamiento: drenaje quirúrgico vs drenaje percutáneo y escleroterapia, con una recurrencia del 38%. El abordaje diagnóstico y terapéutico de una masa en cuello, permitió la conclusión diagnóstica (higroma quístico) y resolución de nuestro caso.

**Folio:0170**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Vasculitis cutánea presentación inicial de granulomatosis de Wegener.**

**Reporte de caso**

Ortiz A<sub>o</sub>, Santana R<sub>o</sub>, González A<sub>o</sub>, Duarte J<sub>o</sub>, Rodríguez F<sub>o</sub>

0.Hospital General de Toluca Dr. Nicolás San Juan, Instituto de Salud del Estado de México

**Antecedentes:** la vasculitis cutánea es un término que se aplica a cuadros clínicos en los que existe inflamación segmentaria de los vasos cutáneos y necrosis fibrinoide. Su curso temporal puede ser variable, desde dos semanas a varios años, puede ocurrir como manifestación de enfermedad sistémica o estar localizado solo en la piel y en algunos casos, a pesar de estar inicialmente ausentes las manifestaciones sistémicas, pueden aparecer

durante el curso de la enfermedad.

**Objeto de estudio:** describir el abordaje del caso clínico de vasculitis cutánea como presentación inicial de Granulomatosis de Wegener. **Materiales y métodos:** paciente femenino 49 años de edad con antecedente de Hipotiroidismo primario detectado hace 18 años en tratamiento con levotiroxina, Hipertensión Arterial de 7 meses de diagnóstico. Tabaquismo positivo durante 33 años 1 cajetilla diaria. Alergias a diclofenaco y clindamicina. Acude al servicio de urgencias por presentar ulcera en cara anterior de pierna izquierda de 7 meses de evolución, en manejo por cirugía vascular durante este tiempo sin presentar mejoría, sin alguna otra sintomatología al interrogatorio. Transcurridas 24 horas de hospitalización inicia con cuadro de dificultad respiratoria, taquicardia, taquipnea, Hipoxemia, gasometría con pH 7.37 PCO2 44mmHg PO2 39mmHg HCO3 26 SO2 76%, índice de kirby 80 se inicia apoyo mecánico ventilatorio. Transcurrido 48 días de evolución en dicha unidad, y presentando mejoría de cuadro agregado al motivo de consulta, se solicita valoración al servicio de Reumatología por afección cutánea inicial y sistémica. Encontrándose a la Exploración Física lesiones cutáneas eritemato-violáceas, ulceración con presencia de dolor tipo ardoso, borde necrótico con crecimiento centrifugo las iniciales confluentes hasta ulcera que abarca 100% de circunferencia de pierna izquierda, aparición de nuevas lesiones posterior a estancia hospitalaria en miembros superiores, úlceras en mucosa oral y lengua de inicio hace 2 semanas. **Resultados:** TC tórax con presencia de lesiones nodulares parahiliares. Biopsia de

piel con inflamación perivascular crónica inespecífica; compatible con Granulomatosis de Wegener. ANCA positivos. **Discusión:** las manifestaciones cutáneas en Granulomatosis de Wegener son muy variadas y se han descrito en el 40% y como manifestación inicial del 13-20%.

#### Folio:0172

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Neurología

**Arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (CADASIL). Reporte de caso**

Piña S, Fajardo A, López R, Jaimes A, de la Fuente J

0.Nuevo Sanatorio Durango

Hombre de 47 años de edad con antecedente familiar de madre con deterioro cognitivo no especificado. Diez hermanos de los cuales cuatro fallecieron entre los 45 y los 52 años por la misma causa. Inició hace 4 años con periodos intermitentes de debilidad motora y parestias de miembro torácico derecho así como migraña. Un año después comenzó con desorientación, apatía, alteraciones en la velocidad de procesamiento de la información y disfunción ejecutiva con impacto en su vida laboral, déficit mnésico progresivo y deterioro funcional. Clínicamente se encuentra con Mini Mental State Examination de 12 puntos y Barthel de 65 puntos. Los laboratorios no muestran alteraciones relevantes para padecimiento. Se realizó resonancia magnética que evidencia datos compatibles con CADASIL. Se buscaron mutaciones en el gen NOTCH 3. No hay un tratamiento efectivo para quienes se encuentran en el grado de deterioro cognitivo de este

paciente. Se ofrece consejo genético a los dos hijos del paciente.

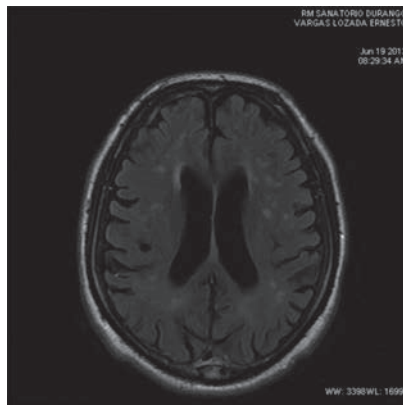


Figura 1.

#### Folio:0173

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Correlación entre nivel de gamma glutamil transpeptidasa y grado de severidad de la abstinencia etílica**

Valdez N, Jiménez N, Cerda F, Armendáriz M, Guzmán I, Santiago J  
0.Secretaría de Salud del Distrito Federal

**Introducción:** el síndrome de abstinencia etílica (SAE) ocurre en alcohólicos, tras el cese de ingesta de alcohol, la severidad se determina con la escala del Instituto Clínico de Evaluación de la Supresión Etílica (CIWA-Ar). Los biomarcadores ayudan cuando se desconoce la historia de alcoholismo. **Objetivo:** determinar la correlación entre el nivel de Gamma Glutamil Transpeptidasa (GGT) y el grado de severidad del SAE. **Métodos:** estudio observacional que incluyó 38 pacientes con SAE, a los que se aplicó la escala CIWA-Ar y midió marcadores de consumo de alcohol. Se usó la correlación de Pearson en el análisis

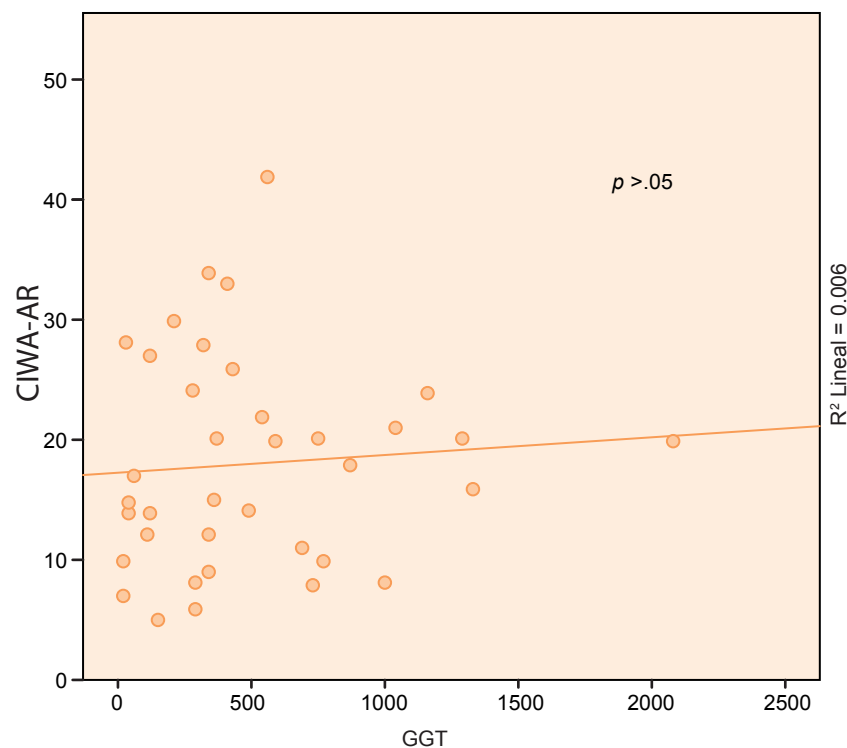


Figura 1.



estadístico. **Resultados:** no se encontró correlación significativa entre el nivel de GGT y el grado de severidad del SAE ( $r=0.076, p=0.651$ ), ni entre la relación Aspartato aminotransferasa/ Alanina aminotransferasa, Volumen corpuscular medio y Fosfatasa alcalina con el grado de severidad del SAE. **Conclusión:** el nivel de GGT no tuvo correlación significativa con el grado de severidad del SAE.

#### Folio:0174

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

**Macroglobulinemia de Waldenström: presentación de tres casos**

*Ortiz J<sub>o</sub>, Padilla Y<sub>o</sub>, Escobar C<sub>o</sub>*

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

La macroglobulinemia de Waldenström es un trastorno linfoproliferativo de fenotipo B infrecuente, definido por la presencia de infiltración de médula ósea por un linfoma linfoplasmocitoide, asociado a una paraproteína IgM monoclonal. Presentamos tres casos de macroglobulinemia de Waldenström diagnosticados en el Centro Médico Nacional La Raza, quienes se encuentran en seguimiento actual por el departamento de Hematología. En nuestra serie todos presentaron un síndrome constitucional al momento del diagnóstico, siendo el síntoma principal la astenia progresiva. Un caso presentó fiebre y diaforesis, sin otros datos de infección. En dos casos hubo dolor óseo, sin lesiones osteolíticas. Un solo caso se manifestó con síndrome hemorrágico, principalmente epistaxis. La única alteración a nivel cardiovascular fue la presencia de hipertensión arterial pulmonar leve, presente en un solo

paciente. Dos casos presentaron adenopatías palpables y esplenomegalia, pero éstos estuvieron presentes en todos los casos al momento de realizar una tomografía computarizada. Las alteraciones más constantes fueron las hematológicas, ya que todos presentaron anemia, en dos fue microcítica hipocrómica y uno con macrocítica, dos casos presentaron leucopenia, neutropenia y trombocitopenia. El fenómeno de rouleaux se observó en dos casos. El síndrome de hiperviscosidad estuvo presente en dos casos, ambos con un valor mayor a 3gr/dl de viscosidad sérica. Las proteínas totales estuvieron aumentadas en todos los casos, con una inversión en la relación albumina: globulinas, la cuantificación de estas últimas demostró aumento cuantitativo de IgM y la electroforesis de proteínas confirmó un pico monoclonal. En un caso hubo una proteinuria de Bence Jones positiva. El aspirado de médula ósea mostró hiperplasia con infiltración linfocítica polimorfa, principalmente linfoplasmocitos y plasmocitos maduros, un caso mostró fibrosis reticulina. Uno de los casos presentaba enfermedad renal crónica sin tratamiento sustitutivo de la función renal, pero no pudo ser atribuida a infiltración del parénquima renal. Al momento dos pacientes se encuentran en tratamiento con cloranbucil y prednisona y uno más con rituximab. Nuestra serie de casos corresponde con lo reportado en la literatura, siendo las principales manifestaciones el síndrome constitucional y las alteraciones hematológicas.

#### Folio:0175

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Hepatitis alcohólica severa: Pentoxifilina como tratamiento de rescate en pacientes no respondedores a esteroides**

*Arredondo S<sub>p</sub>, Elizalde C<sub>p</sub>, Vargas G<sub>l</sub>*  
0.Secretaría de Salud del Distrito Federal; 1.Ticomán

**Introducción:** la hepatitis alcohólica es uno de los principales problemas de salud en México, y una de las causas principales de mortalidad general (tercera causa en hombres de 15-64 años). En el tratamiento de la hepatitis por alcohol se han utilizado diversos medicamentos con la finalidad de aumentar la supervivencia, hasta la actualidad el esteroide es el tratamiento estándar que se inicia al determinarse como hepatitis alcohólica cuando se obtiene un índice discriminatorio mayor a 32. La decisión de dejar la prednisona por falta de eficacia puede ser determinada por el modelo de Lille. Sin embargo, no se ha establecido un tratamiento que ayude a la supervivencia en los pacientes que son no respondedores. **Objetivo:** determinar la sobrevida en pacientes con hepatitis alcohólica severa no respondedores a esteroides que utilizan pentoxifilina como tratamiento de rescate. **Hipótesis:** El tratamiento de rescate a base de pentoxifilina, en pacientes con hepatitis alcohólica severa no respondedores a esteroides, mejora la sobrevida. **Diseño del estudio:** Ensayo clínico controlado. **Material y métodos:** se determinó una muestra de 74 pacientes, con el diagnóstico de hepatitis alcohólica severa, formándose dos grupos, clasificándose como no respondedores a tratamiento con esteroide, al determinado por medio del modelo de Lille con índice mayor a 0.45, se designa

al grupo en estudio pentoxifilina (35 pacientes) y al control (35 pacientes) se continuó tratamiento con esteroide. Se midieron variables clínicas y laboratorio al día 0, 7 y 28. Se determinó la mortalidad y se observaron las curvas de supervivencia. Análisis estadístico : Se utilizó estadística descriptiva porcentajes y promedios, las variables se analizaron con prueba de t o chi cuadrada de acuerdo al tipo de variables. Se realizó prueba de correlación y coeficiente de determinación con una significancia estadística de 0.05. Se analizó la supervivencia con las curvas de Kaplan-Meier **Resultados:** de los pacientes incluidos en el estudio 66 fueron hombres y 8 fueron mujeres, con una media de edad de 45 años. Durante el estudio fallecieron en el grupo de pentoxifilina 6 pacientes y en el grupo de la prednisona 17 pacientes. Se encontró que la mortalidad es menor en los pacientes que utilizaron pentoxifilina de rescate, con una asociación protectora estadísticamente significativa.

**Folio:0176****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Nefrología**Rabdomiólisis secundaria a fenoverina. Reporte de caso***Pacheco J<sub>o</sub>, Valdés M<sub>o</sub>, Guerrero F<sub>o</sub>, Ramírez J<sub>o</sub>, Guadiana R<sub>o</sub>*

0.Hospital Universitario de Saltillo, UA de C.

**Objetivo:** conocimiento de la fisiopatología de este problema que nos permita iniciar medidas tempranas que limitan el grado de insuficiencia renal. **Antecedentes:** masculino de 72 años, con antecedente de distensión y dolor abdominal tipo cólico de dos semanas de evolución, tratado con fe-

noverina, acompañándose de astenia y adinamia así como dolor muscular en hombros y muslos en los últimos tres días. **Resultados:** Hgb 9.7g/dl, PLT 167 10e3/uL, K 6.4mmol/L, P 10mg/dL, BUN 67mg/dL, urea 205.44mg/dL, creatinina 4.2mg/dL, mioglobina 700ng/ml, CPK 5115 ? 37710 UI/L, CKMB 145 ? 316 UI/L, TP 14.3, TTP 76.3, INR 1.38, GASA pH 7.23, pCO2 31.1mmHg, pO2 45.4mmHg, HCO3 12.7mmol/L, SatO2 74%, Depuración de creatinina en orina de 24 hrs 22.04 ml/min. Intervenciones: Por Nefrología, se coloca catéter Mahurkar para realización de hemodiálisis. **Discusión:** la rabdomiólisis es un síndrome causado por destrucción del músculo esquelético por diversos mecanismos, entre ellos fármacos y toxinas, con liberación del contenido de las células musculares (mioglobina, potasio, fosfato, etc.) hacia al plasma, la cual es una condición clínica de potencial amenaza para la vida. La fenoverina es un derivado de la fenotiazina, medicamento antiespasmódico utilizado como tratamiento del síndrome de colon irritable. Las mialgias es un efecto secundario común, pero también se han reportado casos en la literatura mundial y de México de rabdomiólisis secundaria a fenoverina. Francia es el país con más casos reportados con un total de once; Taiwán con un caso. En México, existen sólo tres casos reportados desde 1995, aunque podrían ser más los reportes. La rabdomiólisis se manifiesta con falla renal aguda con mioglobinuria, elevación de la CPK y de potasio en suero, hiperuricosuria y acidosis metabólica que vienen junto con la progresión de la destrucción del tejido. Por el contrario, la disminución de estos parámetros puede servir también

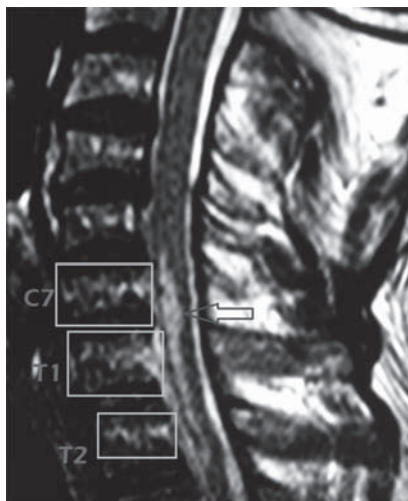
como el control de la recuperación y el éxito terapéutico. La rápida y agresiva intervención terapéutica ayuda a prevenir las complicaciones fatales como arritmias, insuficiencia renal y coagulación intravascular diseminada. El pronóstico de la enfermedad está asociada al diagnóstico prematuro. **Conclusión:** una gran variedad de drogas y toxinas, como la fenoverina, no dependiente de dosis, son causantes de rabdomiólisis e insuficiencia renal aguda.

**Folio:0177****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Neurología**Infarto vertebral como signo confirmatorio de infarto medular***González K<sub>o</sub>, Gómez R<sub>o</sub>*

0.Hospital General de Tampico Dr. Carlos Canseco

Un masculino de 56 años, portador DMT2 e HTA con mal apego al tratamiento; inició de manera súbita con debilidad y adormecimiento de la mano izquierda con incapacidad para la prensión; en 4 horas progresa hacia la mano derecha y aparece dolor torácico sin características anginosas, además de incapacidad para la deambulación y retención urinaria. La exploración con signos vitales estables, orientado, con reflejos osteotendinosos abolidos, la fuerza y rangos de movimiento en ambos miembros superiores estaban presentes, pero con una marcada incapacidad para la prensión en ambas manos; además de áreas en "parche" de hipoestesia desde C7 hacia abajo. Dado que los signos de la exploración se enfocaban en un trastorno de la medula espinal, decidimos la realizar de una IRM simple de la médula espinal, donde

se encontró una hiperintensidad en T2 en la médula, compatible con un infarto medular, además del único signo confirmatorio correspondiente a un infarto del cuerpo vertebral.



**Figura 1.** Yellow squares showing 3 vertebral body infarctions and blue arrow showing anterior spinal cord infarction.

#### Folio:0178

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología

**Endocarditis infecciosa multivalvular en paciente con CIV perimembranosa, a propósito de un caso**

Leyva N<sub>o</sub>, Ramos C<sub>o</sub>, Olvera A<sub>o</sub>

0.IMSS UMAE 1 León

**Antecedentes:** hay poca información disponible respecto a endocarditis multivalvular que afecta simultáneamente dos o más válvulas, según las pocas series que tratan sobre este tema la incidencia de endocarditis multivalvular asciende al 13%, con involucro de las válvulas mitral y aórtica como las más frecuentes. Siendo el microorganismo más comúnmente implicado Staphylococci bajo este contexto clínico multivalvular. **In-**

**forme de caso:** mujer de 55 años de edad, con Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, IVU Recurrente incluso Antecedentes de Pielonefritis Izquierda secundario Cistocele, Absceso Muslo Izquierdo Inicia su padecimiento con Fiebre Intermitente de 3 meses de evolución, ataque al estado general, pérdida ponderal de 8 Kg, Clase Funcional II-III de la NYHA. Clínicamente Pulso Normal, No signos de Insuficiencia Aórtica a la EF, RsCs Rítmicos, no galope, Soplo Mitral Sistólico III/VI, Escape Aórtico grado II/VI, Soplo sistólico en foco tricuspideo II/VI, Soplo en barra holosistólico paraesternal izquierdo, de características ásperas, Campos pulmonares limpios bien ventilados Paraclínicos con hemocultivos con intervalo de 6 horas pareados sin desarrollo por 7 días, nuevo Hemocultivo con desarrollo de *Staphylococcus hominis hominis* Oxacilino Resistente, Vancomicina Sensible Con hallazgos ecocardiográficos de CIV subaórtica, Endocarditis valvular mitral y tricuspidea con insuficiencia de ambas severa, Imagen sugestiva de vegetación en lado ventricular derecho de borde inferior de CIV 25x20mm. **Discusión:** la endocarditis infecciosa multivalvular es una entidad poco frecuente en nuestro medio, en nuestra paciente tenemos factores predisponentes tales como la CIV no corregida, además de múltiples procesos infecciosos que bien pudieran tratarse de embolismos sépticos, y focos infecciosos a nivel dental y a nivel urinario. Staphylococci son usualmente responsables de endocarditis muy destructivas, el tratamiento indicado en este tipo de pacientes es Vancomicina a dosis de 30mg/kg/día IV por 2 dosis con

una duración de 4 a 6 semanas y Gentamicina a dosis de 3mg/kg/día o IM 2 a 3 dosis por 3 a 5 días. Por último nuestra paciente tenía indicación quirúrgica urgente de cirugía por Insuficiencia mitral severa, vegetaciones que progresivamente aumentaron de tamaño, y vegetaciones grandes de más de 10 mm en válvula mitral o vegetaciones aisladas de más de 15 mm.

#### Folio:0179

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Concordancia entre una prueba de ELISA para la detección de toxinas A/B (mini vidas) y una prueba (PCR) de amplificación de ácidos nucleicos (Xpert *C. difficile*/epi) para el diagnóstico de enfermedad asociada a *C. difficile***

Flores N<sub>o</sub>, González P<sub>o</sub>, Bobadilla M<sub>o</sub>, Sifuentes J<sub>o</sub>

0.Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Antecedentes:** *C. difficile* es la causa más común de la diarrea asociada a cuidados de la salud, continúa siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad; ocasiona de 25-30% de los casos de diarrea asociada al uso de antibióticos y la mayoría de los casos de colitis pseudomembranosa. La incidencia y gravedad de la infección por *C. difficile* se ha incrementado; por lo que es de gran importancia tener estudios que permitan elegir las mejores pruebas para diagnosticar precisa y oportunamente la enfermedad asociada a *C. difficile* (EACD). No hay estudios que determinen la concordancia de Xpert *C. difficile*/Epi con pruebas de inmunoensayo para la detección de toxinas A y B (Mini

VIDAS). Objetivo: Determinar la concordancia entre ELISA Mini VIDAS y la prueba Xpert *C. difficile*/Epi en el diagnóstico de la EACD. **Material y método:** Diseño: estudio observacional, comparativo y retrolectivo. Población de estudio: se analizaron muestras de heces de 91 pacientes, dichas muestras se recibieron de mayo a septiembre de 2012 en el laboratorio de microbiología clínica, a las cuales se les realizaron las pruebas de Mini VIDAS, cultivo y Xpert *C. difficile*/Epi. Metodología: se evaluó la concordancia entre las pruebas mediante la obtención de un coeficiente kappa. Para el análisis inferencial se realizó un modelo bivariado con de la prueba Chi2 de Pearson para variables dicotómicas. **Resultados:** de los 91 pacientes, 14 (15.3%) tuvieron diagnóstico de EACD; de estos pacientes, 9 (64%) fueron mujeres; la mediana de edad fue 52.6 años (19-96). Del total de pacientes, 12/91 tuvieron cultivo positivo, 18/91 tuvieron Xpert *C. difficile*/Epi positivo y 12/91 tuvieron Mini VIDAS positivo. De los pacientes que tuvieron EACD, 42.8% (6/14), tuvieron el antecedente de uso de carbapenémicos, (OR 0.021; IC 95% [ 0-3.4] p=0.01), el uso de fluoroquinolonas estuvo presente en 7.1% (1/14), el uso de cefalosporinas fue antecedente en el 7.1% (1/14). En uno de los pacientes con EACD se detectó la cepa hipervirulenta BI/NAP1/027. Se encontró una concordancia esperada de 72.8% e índice Kappa de 0.74 entre las pruebas. **Conclusiones:** existe buena concordancia entre Xpert *C. difficile*/Epi y Mini VIDAS, por lo que ambos métodos son una alternativa aceptable para el diagnóstico de EACD. Una ventaja potencial de Xpert *C. difficile*/Epi es

la identificación de la cepa hipervirulenta BI/NAP1/027.

**Folio:0180**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

**Porfiria aguda intermitente. A propósito de un caso**

*Leyva N<sub>o</sub>, Ramos C<sub>o</sub>, Vázquez C<sub>o</sub>*  
0.IMSS UMAE 1 León

**Antecedentes:** la neuropatía porfirica esta asociada a desordenes agudos o porfirias hepáticas inducibles como lo es la porfiria aguda intermitente. A continuación presentamos un caso de neuropatía porfirica asociada a porfiria aguda intermitente. **Informe de caso:** mujer de 28 años de edad con antecedente heredofamiliar de muerte de una tía por causas desconocidas, presentación clínica de dolor abdominal con "LAPE blanca" Tras cursar con su periodo catamenial presenta dolor abdominal tipo colico difuso, letargia, debilidad muscular, cefalea, debilidad, náusea, vómito, convulsiones tónico clónicas con examen bioquímico con hiponatremia de 110 mEq/l. Se inicia protocolo en búsqueda de síndrome de secreción inapropiada de hormona anti-diurética con deprivación de líquidos completando criterios diagnósticos Se realiza rastreo tomografico en donde se descartan tumoraciones a nivel pulmonar, intraabdominal, ovarios o suprarrenales Así mismo se descartan otras causas probables frecuentes de SIADH. Se agrega deterioro neurológico progresivo, parálisis flácida de miembros pélvicos ascendente con perdida tardía de los reflejos osteotendinosos, además de orina que se tornaba roja con la exposición al sol. Se solicitan protoporfirinas en orina con niveles de ácido delta ami-

nolevulínico elevados. La paciente cae en choque séptico secundario a Neumonía intrahospitalaria tardía con refractariedad al tratamiento antimicrobiano de amplio espectro y finalmente fallece tras un mes de estancia intrahospitalaria **Discusión:** en la PAI, se acumulan los precursores de las porfirinas, el porfobilinógeno, y el ácido amino-levulínico (ALA). Las mujeres son las más afectadas con una frecuencia de 1.5-2:1, con 1 a 5 casos por cada 100,000 habitantes Clínicamente se presenta como dolor abdominal, hiponatremia sintomatica, neuropatías periféricas puede estar asociado a SIADH y a variante de Guillain Barre Los ataques pueden estar desencadenados por drogas algunas de ellas como antidepresivos tricíclicos, antibióticos como la cefalosporina, anticonceptivos, etc., y situaciones como el periodo menstrual, infecciones, etc. El tratamiento consta en altas dosis de glucosa, cuando menos 400g/día lo cual puede inhibir la síntesis del hem, en ataques severos se recomienda hematina arginina a dosis de 4mg/kg al día al menos por 4 días.

**Folio:0181**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Policondritis recidivante con dilatación aneurismática de la aorta torácica. Reporte de caso**

*Corral J<sub>o</sub>, Morales R, Quintana H<sub>o</sub>, Contreras A<sub>o</sub>, De León B<sub>1</sub>*  
0.Hospital Juárez de México; 1.Servicio de Patología. Hospital Juárez de México

La policondritis recidivante es una enfermedad multisistémica progresiva de etiología incierta, el primer



caso reportado a nivel mundial data de 1960, en 1986 se realiza el primer reporte de caso en México por Lifshitz y cols., a la fecha existen 22 casos registrados. Es enfermedad de manifestaciones tardías que mimetizan con otras patologías de origen reumático, con epidemiología incierta y sospecha de un probable subdiagnóstico. Tiene múltiples teorías etiológicas. Afección multisistémica con inflamación de estructuras cartilaginosa y otros tejidos corporales en particular de orejas, nariz, ojos, articulaciones, sistema vascular y tracto respiratorio. El diagnóstico se realiza en base a la clínica y criterios de Mc. Adams, el tratamiento es aun inespecífico, ameritando un mayor estudio. Reporte de caso con afección multisistémica y dilatación aneurismática de aorta torácica.

**Folio:0183**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

**Presentaciones atípicas del síndrome de Guillain-Barré. Reporte de dos casos**

*Méndez V<sub>o</sub>, Alonso F<sub>p</sub>, Millán J<sub>i</sub>*

0.Instituto Mexicano del Seguro Social; 1.Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret del Centro Médico Nacional La Raza

**Antecedentes:** el síndrome de Miller-Fisher (SMF), que es una variante del síndrome de Guillain-Barré, se caracteriza por desarrollo del agudo de ataxia, arreflexia y oftalmoplejía. La patogenia es autoinmune. **Objetivos:** presentar dos casos de pacientes adultos referidos a nuestra unidad por incapacidad para la deambulación en quienes se hizo el diagnóstico final de Síndrome de Miller-Fisher y se instauró tratamiento exitoso.

**Reporte de casos:** Caso 1: Empleado de 27 años quien inicia con ptosis, diplopia y debilidad en piernas que le impedía deambular. A la exploración física con oftalmoplejía, ataxia y arreflexia, se realiza el diagnóstico de SMF. Tratado con inmunoglobulina humana por 5 días. Egresó con marcha asistida. Seguimiento a los 2 meses ya con mínima secuela de ptosis, con recuperación total de los movimiento oculares y ya sin alteraciones en la marcha. Caso 2: Masculino de 50 años quien inició con parestesias en las 4 extremidades, debilidad en piernas y marcha con lateralización indistinta así como torpeza en los movimientos de extremidades superiores. A la exploración física con marcha atáxica, síndrome pancerebeloso, ptosis y arreflexia. Se diagnosticó SMF. El paciente inició con disartria y disfagia progresiva por lo que ante la inminencia de compromiso de musculatura bulbar se decidió pasar a plasmaféresis y completó 5 sesiones. Se egresó con marcha asistida. Seguimiento a las 6 semanas sin secuelas. **Conclusiones:** los casos se presentaron en hombres con antecedente de cuadro de infección de vías respiratorias altas. Ambos cursaron con incapacidad para deambular, aunque a la exploración física se descubrió que se debía no a debilidad muscular sino a pérdida de la propiocepción y ataxia. Esta última, junto con oftalmoplejía y arreflexia cumplen la triada clásica de SMF. Se les trató con inmunoglobulina o plasmaféresis, observando mejoría más pronta con el uso de plasmaféresis.

**Folio:0184**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Dermatología

**Fenómeno de Lucio. Reporte de un caso y revisión de la literatura**

*Ramírez A<sub>o</sub>, Romero M<sub>o</sub>*

0.Hospital General de Acapulco

**Antecedentes:** fenómeno de Lucio (FL) descrito por Lucio y Alvarado en 1852. **Objetivo:** describir características clínicas, diagnóstico, tratamiento de la reacción leprosa tipo II. **Caso clínico:** masculino, 27 años, acude por presentar úlceras en miembros inferiores 2 años de evolución. Exploración: dermatosis generalizada, caracterizada por úlceras de fondo necrótico, límites netos, bordes irregulares, de forma y tamaño variable (Figura 1). **Discusión:** FL, reacción vasculonecrotica, únicamente en lepra lepromatosa difusa, no tratada o tratamiento inadecuado. Primera manifestación, máculas eritematosas, evolucionan a úlceras necróticas geométricas, desaparecen en 2 semanas, dejando cicatrices atróficas. Tratamiento talidomida. **Conclusión:** lepra, enfermedad aún no erradicada, en ocasiones mal tratada, favoreciendo aparición de FL. Importante, diagnóstico adecuado en base a criterios clínicos y anatomo-patológicos, ello permitirá un tratamiento adecuado y evitará la aparición de complicaciones.

**Folio:0185**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Oncología

**Reporte de caso: sibilancias que no responden a esteroide. Tumor traqueal**

*Morfin L<sub>o</sub>, Arroyo D<sub>o</sub>, Mendoza L<sub>o</sub>*

*Loeza J<sub>o</sub>, Fernández F<sub>o</sub>, Sánchez F<sub>o</sub>*

*Hernández D<sub>o</sub>, Pulido T<sub>o</sub>, Plascencia T<sub>o</sub>*

0.Centro Médico Nacional de Occidente. Instituto Mexicano del Seguro Social



Figura 1.

Hombre de 16 años, dos años con sibilancias, tos seca, disnea y fatiga. Recibió tratamiento con esteroide inhalado y salbutamol sin mejoría. Se realizó espirometría, tomografía simple de tórax y broncoscopia, revelando tumor traqueal. Debido a la extensión de la enfermedad no candidato a resección quirúrgica. La biopsia informó Carcinoma adenideo quístico bien diferenciado tubular y cribiforme tipo glándula salival polipoide, CD 117. Se envía a quimioterapia con Imatinib. Comentario: La incidencia de tumores primarios de tráquea es de 0.1 por 100 000 habitantes año, por las manifestaciones pueden pasar años con diagnóstico de asma y la clave del diagnóstico es la espirometría con la curva volumen tiempo típicamente aplanada y sin respuesta a broncodilatador. El crecimiento es lento y las metástasis raras, el tratamiento es quirúrgico con pronóstico a 5 años de 50% y 5 a 15% con radioterapia. El papel de quimioterapia adyuvante con imatinib cuando expresan CD117 debe estudiarse.

**Folio:0186**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

### **Degeneración combinada subaguda y deficiencia de vitamina B12. Reporte de un caso**

*Hernández J<sub>o</sub>, Rodríguez<sub>o</sub>, León M<sub>o</sub>, Rojas F<sub>o</sub>, Valdez E<sub>o</sub>*

0.UMAE Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza. Servicio Neurología

La anemia megaloblástica en los climas templados es causada por la deficiencia de cobalamina; es una enfermedad de la vejez, afecta por igual a hombres y a mujeres y la edad promedio de aparición son los 60 años. Se trata de paciente masculino de 58 años de edad, casado, escolaridad primaria completa, ocupación: labora en mueblería donde se desempeñó como transportista, así como antecedente de fabricación de los mismos, con exposición a pintura de muebles de madera durante aproximadamente 20 años. Inicia su padecimiento actual aproximadamente hace 3 años con debilidad de extremidades inferiores de inicio proximal, de progresión lenta hasta presentar deambulacion con apoyo unilateral desde hace 2 meses, y desde hace 1 mes en silla de ruedas por incapacidad para caminar. Desde

hace dos meses refiere hipoestesia en región hipogástrica y miembros inferiores incontinencia urinaria. A la exploración física se observa sin compromiso de funciones mentales ni compromiso en nervios craneales, con alteraciones en miembros inferiores. Se toman exámenes con Hb 12.1 Htc 35.2 VCM 110.3, HbCM 38 Leu 3500, Neu 77,9% Linf 30.1% LCR Glu 54 Proteínas 0.025 color incoloro transparente eritrocitos y leucocitos negativo sedimento negativo. Vitamina B12 185 ácido Fólico 13.30. Se realiza electromiografía con presencia de axonopatía sensorial generaliza, axonopatía motora asimétrica de predominio en MPI, los potenciales evocados de nervios tibiales con presencia de disfunción severa de las fibras somatoestésicas por arriba del hueso poplíteo a nivel cauda equina bilateral. Potenciales visuales sin alteraciones. TAC cráneo con atrofia cortical de predominio rostral y lesiones desmielinizantes crónicas periventriculares. Se inició suplemento con cianocobalamina intramuscular (500.000 UI/día) durante cinco días, y se continuó con una dosis similar semanal de acuerdo con lo sugerido en la literatura. Se realizó una evaluación médica de control 3 semanas y 5 meses después, en la que se encontró una estabilización del cuadro neurológico, con mejoría en la fuerza muscular de las extremidades inferiores y en la coordinación motora, cabe mencionar que la degeneración combinada subaguda la alteración histológica temprana es la desmielinización de los nervios y muestra afección de los cordones posteriores y lateral de la médula como mostro el paciente y con mejoría al suplemento vitamínico.

**Folio:0187****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Neurología

Enfermedad crónica inflamatoria desmielinizante; reporte de caso

Orozco J<sub>0</sub>, Lugo A<sub>0</sub>, Fernández J<sub>0</sub>, Cabrera A<sub>0</sub>, Hernández M<sub>0</sub>, Vera V<sub>0</sub>, Hernández D<sub>0</sub>

0.Hospital Ángeles Clínica Londres

**Introducción:** la enfermedad crónica inflamatoria desmielinizante se caracteriza por ser adquirida, progresiva, de origen inmunológico presumiblemente, con un déficit de predominio motor, con alteraciones sensitivas concomitantes. En algunos reportes con prevalencia de 1/ 100,000 habitantes.

**Presentación del caso:** masculino de 36 años de edad con antecedente dos meses previos con cuadro enteral por virus hepatitis A. Dos meses de evolución con dolor en cintura pélvica así como parestesias que inician en región glútea izquierda, irradian hacia talón ipsilateral; posteriormente evoluciona con misma sintomatología en miembro pélvico derecho; cursó con dos cuadros de paresia en ambas extremidades inferiores, fluctuante, sin recuperación total, ocasionándole caída de su propia altura en una ocasión. Cuenta con los siguientes estudios: anticuerpos VHA total: Reactiva, resto de panel viral negativo. RMN Columna Lumbosacra: Imagen de cambios degenerativos del disco L5-S1, Protrusión discal posterolateral izquierda de L4-L5 que contacta y empuja la raíz L5 izquierda, Protrusión discal posterocentral de L5-S1 que contacta ambas raíces S1. Líquido cefalorraquídeo (LCR): células totales 0, glucosa 52 mg/dL, proteínas 27.4 ng/dL. Electroforesis de proteínas en LCR normal. Anticuerpos anti DNA

cadena doble negativo, antifosfolípidos negativo, ANCA negativo. VDRL negativo. Anticuerpos anti mac negativos. Electromiografía de miembros pélvicos: Denervación activa y discreta del tibial anterior, extensor común de los dedos y gemelo medial del lado izquierdo por probable neuroapraxia importante del nervio ciático-poplíteo. Neuroconducción y Potenciales Provocados de miembros pélvicos: Axonotmesis severa preganglionar del nervio sural de ambos lados, moderada del tibial anterior y peroneo profundo de ambas extremidades. Datos relacionados con polineuropatía sensitivo/motora asimétrica de predominio desmielinizante. Actualmente con 6 meses de evolución. Ha cursado tratamiento durante exacerbación (4 en 6 meses) de sintomatología con metilprednisona, así como ciclofosfamida, mostrando mejoría. **Conclusiones:** la enfermedad crónica inflamatoria desmielinizante es una enfermedad de exclusión, para su diagnóstico requiere demostrarse disfunción motora/ sensitiva recidivante, progresiva. Actualmente es una enfermedad subdiagnosticada.

**Folio:0188****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Nefrología**Tromboembolia pulmonar crónica, secundaria a síndrome nefrótico por glomerulopatía membranosa primaria**Ugalde L<sub>0</sub>, Velázquez M<sub>1</sub>, Sánchez V<sub>0</sub>  
0.Hospital General de México; 1.Hospital General de México

Los síndromes nefróticos son causados principalmente por causas primarias renales. Paciente que presentó tromboembolismo pulmonar crónico como complicación de en-

fermedad de base, glomerulopatía membranosa. Femenino de 34 años, cesárea hace 1 año por preeclampsia, Hipertensión arterial desde entonces. Hace 8 meses espuma en orina. Un mes después disnea de medianos esfuerzos. En mayo, proteinuria en rango nefrotico, disnea de pequeños esfuerzos y ortopnea. EF: ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular, choque de la punta hiperdinámico, edema pretibial. ECC con sobrecarga sistólica del ventrículo derecho. Laboratorios: hipoalbuminemia, hipercolesterolemia, hipertriglicéridemia, reumatológicos negativos. TAC: tromboembolia pulmonar crónica en ramas principales de la arteria pulmonar e interlobar derecha, infarto en segmento 7 derecho. Biopsia renal: glomerulonefritis membranosa, se da tratamiento con ciclosporina y prednisona. La paciente disminuyó proteinuria, conservó función renal.

**Folio:0189****Tipo de Presentación:** sin preferencia**Tema del resumen:** Hematología**Evaluación de la adherencia al tratamiento y su impacto en la evolución de los pacientes con LGC.****Experiencia de un solo centro**Cantú O<sub>0</sub>, Sánchez M<sub>1</sub>, Gómez D<sub>0</sub>, Jaime J<sub>0</sub>, Gutiérrez C<sub>0</sub>

0.Hospital Universitario, Servicio de Hematología, UANL; 1.Hospital Universitario, Departamento de Medicina Interna, UANL

**Introducción:** el Imatinib convirtió a la LGC en un padecimiento susceptible de medicación oral sin conocerse hasta ahora las características de la adherencia en México. **Metodología:** se determinó la adherencia por conteo directo de tabletas (TAM=Tabletas

consumidas/Tabletas prescritas) y por medio del cuestionario SMAQ. **Resultados:** con un seguimiento de 241 días (59-301) fueron evaluados 38 pacientes. Se obtuvo una TAM media del 85.9%. Quince pacientes fueron considerados no adherentes (39.5%, TAM ? 85%). Los casos con falla al imatinib, la TA media fue del 75.8% y del 95.5% en el grupo con respuesta óptima (p=0.008). Tras 7 años de evolución, la probabilidad de alcanzar respuesta citogenética o molecular, fue de 93% en el grupo adherente vs. 58% en el grupo con TAM ? 85% (p=.008) con un HR de 3.1 (IC 1.2-7.5), p=0.01. **Conclusiones:** la falta de adherencia al tratamiento constituye un factor importante a considerar al presentarse falla en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

#### Folio:0190

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Hematología

**Evaluación de la prescripción inadecuada de transfusión sanguínea en un hospital de referencia del noreste de México**

*Cantú O<sub>o</sub>, Sánchez M<sub>p</sub>, Gómez D<sub>o</sub>, Jaime J<sub>o</sub>, Gutiérrez C<sub>o</sub>*

0.Hospital Universitario, Servicio de Hematología, UANL; 1.Hospital Universitario, Departamento De Medicina Interna, UANL

**Introducción:** el Imatinib convirtió a la LGC en un padecimiento susceptible de medicación oral sin conocerse hasta ahora las características de la adherencia en México. Metodología: Se determinó la adherencia por conteo directo de tabletas (TAM=Tabletas consumidas/Tabletas prescritas) y por medio del cuestionario SMAQ. **Resultados:** con un seguimiento de

241 días (59-301) fueron evaluados 38 pacientes. Se obtuvo una TAM media del 85.9%. Quince pacientes fueron considerados no adherentes (39.5%, TAM ? 85%). Los casos con falla al imatinib, la TA media fue del 75.8% y del 95.5% en el grupo con respuesta óptima (p=0.008). Tras 7 años de evolución, la probabilidad de alcanzar respuesta citogenética o molecular, fue de 93% en el grupo adherente vs. 58% en el grupo con TAM ? 85% (p=.008) con un HR de 3.1 (IC 1.2-7.5), p=0.01. **Conclusiones:** la falta de adherencia al tratamiento constituye un factor importante a considerar al presentarse falla en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

#### Folio:0191

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Carcinoma adrenal cortical con ruptura capsular. Reporte de un caso**

*Santiago M<sub>o</sub>, Vidales R<sub>o</sub>, León P<sub>o</sub>, Gama U<sub>o</sub>, Hernández A<sub>o</sub>*

0.Hospital General de Pachuca

El carcinoma adrenal cortical es un tipo de cáncer agresivo originado en la corteza de la glándula suprarrenal, es poco frecuente, con incidencia de 1-2 por millón de habitantes al año. Tiene distribución bimodal por edad, en menores de 5 años y en adultos de 30-40 años. **Caso clínico:** paciente femenino de 48 años de edad, Inicia su padecimiento con disnea de medianos esfuerzos, edema ascendente, bilateral y simétrico en extremidades inferiores, así como datos de ataque al estado general con astenia, adinamia e hiporexia, así como pérdida de más de 10 kilogramos en 6 meses. Exploración: caquética, subhidratada, con

presencia de vello facial, ingurgitación yugular grado I hepatomegalia 3cm por debajo del reborde costal doloroso a la palpación, distribución androgénica del vello púbico, hipotrofia de miembros superiores, edema /, bilateral, simétrico, blando, no doloroso. DHL 1187, cortisol matutino 30 ug/dl, ACTH menos de 5, USG pélvico con masa tumoral en hígado, TC con tumoración hepática y tumoración a nivel suprarrenal izquierdo. Se realizó LAPE suprarrenalectomía izquierda y nefrectomía izquierda. Reporte histopatológico: Carcinoma adrenal cortical con ruptura capsular. **Comentario:** el carcinoma adrenal es notable por los muchos síndromes hormonales que pueden ocurrir en pacientes productores de hormonas esteroides, incluyendo síndrome de Cushing, síndrome de Conn, virilización y feminización. **Conclusiones:** el carcinoma adrenal a menudo presenta metástasis a órganos distantes al momento del diagnóstico, considerándose entre las frecuentes a pulmón, hígado, linfáticos, hueso y riñón. Cuenta con una tasa de supervivencia global a los 5 años de 20-35%.

#### Folio:0192

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Poliuria simulando diabetes insípida en una paciente con lesión medular cervical: presentación de un caso y revisión de la literatura**  
*García C<sub>o</sub>*

0.Hospital General Regional 2 IMSS

**Antecedentes:** los síndromes poliúricos y las disnatremias son trastornos que se presentan con frecuencia en pacientes con lesión neurológica sobre todo a nivel central. Sin embargo,



raramente son descritos en pacientes con lesión medular completa como consecuencia de una lesión traumática. **Objetivo:** dar a conocer la presencia de poliuria en pacientes con lesión medular cervical mediante la presentación de un caso y la revisión de la literatura. **Material y método:** mujer de 37 años previamente sana, quién tras haber sufrido una caída de 4 metros de altura presenta una lesión medular cervical de tipo A en la clasificación de Frankel, siendo sometida a colocación de estabilizadores de la columna. Tras un mes de hospitalización manifestó poliuria sobre todo nocturna, llegando a tener en ocasiones intermitentes de 3 litros hasta 5 litros de uresis en 24 horas. Se realizó el abordaje mediante la búsqueda de causas probables, realizando la prueba de restricción hídrica con medición de peso, electrolitos y osmolaridades tanto séricas como urinarias. Se discute acerca de los mecanismos fisiopatogénicos, el abordaje y tratamiento, el cuál hoy en día no se encuentra estandarizado al ser una entidad que se describe con poca frecuencia en la literatura médica y se basa en el comportamiento clínico del paciente. **Resultados y discusión:** posterior a la prueba de restricción hídrica no hubo modificaciones en el peso, así como tampoco variaciones en la concentración sérica y urinaria de sodio ni osmolaridades concordantes con el diagnóstico de diabetes insípida. Tras la revisión de la literatura se encontró que éstos pacientes pueden presentar alteraciones en la secreción de hormona antidiurética como consecuencia de las alteraciones en el tono de las arteriolas y la postura, lo que puede llevar a presentar comportamientos que simulen cuadros de diabetes

insípida, catalogados por algunos autores como enuresis nocturna. La paciente no ha requerido hasta el momento el uso de algún fármaco en su control. **Conclusiones:** la poliuria en pacientes con lesión neurológica debe reconocerse también cuando se afecte la región medular cervical y no sólo en lesiones del sistema nervioso central que alteren la secreción de hormona antidiurética Su abordaje es imprescindible para establecer un diagnóstico certero que permita recibir un tratamiento cuando así lo requiera.

**Folio:0193**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Tuberculosis miliar que condicionó falla multiorgánica en un paciente joven VIH seronegativo con linfopenia persistente: presentación de un caso y revisión de la literatura**

*García C<sub>o</sub>, Gracia A<sub>o</sub>, Gutiérrez C<sub>o</sub>, Benítez D<sub>o</sub>*

0.Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango

**Antecedentes:** la tuberculosis miliar es una entidad grave que por lo general se asocia con trastornos de inmunodepresión secundaria (VIH, diabetes mellitus fármacos, enfermedades autoinmunes y oncológicas) o con menor frecuencia primarias que por lo general se asocia con una mala evolución y respuesta al tratamiento culminando en un pronóstico fatal.

**Objetivo:** dar a conocer la presentación de un caso de tuberculosis miliar en un paciente joven sin inmunodeficiencias establecidas quién presentó una pésima evolución de la enfermedad desarrollando falla multiorgánica y posteriormente la muerte. **Material**

**y método:** hombre de 28 años de edad quien contaba con antecedentes de etilismo crónico desde los 18 años suspendido al inicio de sintomatología, exposición a asbesto y consumo de lácteos no pasteurizados como únicos antecedentes de relevancia. Cursó con cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por distensión abdominal asociado a dolor posterior a la ingesta de alimentos, náusea y vómito, con cuadros diarreicos intermitentes y desarrollo de infección de vías respiratorias bajas. Durante este lapso hubo pérdida de peso de más de 20 kg y fiebre vespertino-nocturna recurrente hasta de 39.5oC. El paciente fue hospitalizado en diversas unidades sin mejoría de los síntomas. **Resultados y discusión:** tras protocolo de estudio se descartó VIH, factores autoinmunes, oncológicos y otros asociados. De lo más relevante se hallaron abscesos subfrénicos y múltiples adherencias con áreas de perforación intestinal e imágenes en grano de mijo en peritoneo tras laparotomía, consolidación pulmonar, pancitopenia con linfopenia hasta de 300xmm<sup>3</sup>, granulomas caseificantes y células gigantes multinucleadas en muestras de diversos tejidos así como desarrollo de mycobacterium tuberculosis en líquido de ascitis y mielocultivos. Presentó complicaciones tales como falla intestinal, hepática aguda, medular y renal, desnutrición severa e infecciones sobreagregadas, requiriendo la intervención de un equipo multidisciplinario para su manejo teniendo una pésima evolución y respuesta al tratamiento culminando en la muerte. **Conclusiones:** la relevancia implica en conocer la evolución de la enfermedad y la exclusión a la regla, demostrando que probablemente

existan causas poco estudiadas y entendidas que pudieran relacionarse con infecciones de alta letalidad.

**Folio:0194**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Absceso hepático gigante en el siglo XXI**

*Medina E<sub>o</sub>, Orduña M<sub>j</sub>*

0.Hospital General de México; 1.Hospital General de México

**Introducción:** los abscesos hepáticos representan el 13% de los abscesos abdominales y el 48% de los viscerales, siendo de origen bacteriano o piógenos los más frecuentes. La incidencia varía entre 0.006% y 2.2% de las admisiones hospitalarias. Con mayor frecuencia entre los 50-60 años, aunque puede aparecer a cualquier edad. Hay factores que multiplican el riesgo por 3.6 como son la cirrosis, independientemente de su origen, inmunosupresión, existencia de una neoplasia subyacente y diabetes. **Caso clínico:** masculino de 52 años de edad, diabético tipo 2 de 3 años de diagnóstico sin tratamiento. Hipertensión arterial sistémica de 3 años de diagnóstico en tratamiento. Consumo de alcohol durante 25 años aproximadamente 85g/día a la fecha. Padecimiento actual lo inicia 6 meses previos a su ingreso con pérdida de peso de 8 kg en mes y medio, acompañado de anorexia, astenia, crecimiento abdominal y dolor en hipocondrio derecho tipo opresivo, de intensidad 6/10, por lo que acude a médico privado en donde se realiza ultrasonido abdominal reportando múltiples lesiones en hígado. Dos semanas previas a su ingreso inicia con

fiebre no cuantificada, acompañada de diaforesis, durante 4 días por lo que se ingresa para estudio. Exploración física con hepatomegalia dolorosa. Se sospecha de absceso hepático amibiano iniciando tratamiento empírico a base de metronidazol y ceftriaxona. Tomografía contrastada de abdomen con hepatomegalia a expensas de lesión que abarca el lóbulo derecho en su totalidad, la cual es multiloculada, radiología intervencionista coloca catéter percutáneo para drenaje, sin embargo a pesar del drenaje en la TAC de control con persistencia de abscesos requiriendo cirugía realizando destechamiento de absceso y colecistectomía, drenando 1000cc de líquido purulento no fétido, vesícula biliar escleroatrófica, con litiasis vesicular. Evolucionando a la mejoría y egresándose. **Conclusiones:** la decisión de presentar este caso fue por la cronicidad del cuadro, la magnitud y volumen del contenido purulento, un cuadro clínico muy silencioso para la magnitud de los abscesos; y múltiples cultivos tomados del drenaje y de la cavidad de absceso fueron negativos, sin embargo el manejo fue para cubrir a ambo gérmenes. Pensamos que la diabetes, su hepatopatía por alcohol y el problema vesico-biliar fueron los componentes que hicieron lo abigarrado de su presentación.

**Folio:0195**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Pancolitis por citomegalovirus asociada a infección por VIH**

*Martínez H<sub>o</sub>, Olaguez V<sub>o</sub>*

0.Hospital Juárez de México

Masculino de 38 años de edad el cual cuenta con antecedente de infección

por VIH desde el año 2000 en tratamiento antiretroviral con zidobudina, didanosina y ritonavir con abandono en múltiples ocasiones y sin tratamiento desde el año 2012, solo con tratamiento de profilaxis primaria a base de trimetoprim e itraconazol cada 24 h, Refiere drenaje de absceso perianal hace 13 años lo cual condiciona fistula perianal recidivante en tratamiento con aciclovir y ciprofloxacino. Inicia padecimiento de un mes de evolución con dolor en región perianal, con intensidad 8/10, progresivo el cual aumenta con las evacuaciones, 15 días posteriores presento salida de secreción purulenta a nivel perianal. Una semana previa a su ingreso presento fiebre de hasta 39 grados en forma diaria sin predominio de horario, así como disuria, polaquiuria y dificultad para iniciar la micción. A la exploración física con fistula perianal del lado derecho de aproximadamente 5 cm con salida de material fecal y una ulcera del lado izquierdo de aproximadamente 2 cm de bordes regulares no indurados y de superficie limpia. En pubis y muslo izquierdo lesiones sugestivas de molusco contagioso por que se da tratamiento con hidróxido de potasio. Durante su evolución presenta hematoquezia en múltiples ocasiones con requerimiento de hemotransfusiones y fiebre de 39 grados, se realiza endoscopia de tubo digestivo alto y bajo encontrando ulcera duodenal y en antro gástrico así como múltiples lesiones ulcerosas en colon ascendente, trasverso y descendente, se tomó biopsia de las lesiones con reporte de histopatología de colitis por citomegalovirus se da tratamiento con Valganciclovir 900 mg VO cada 24 h con mejoría de las evacuaciones hematoquécicas y de la fiebre.

**Folio:0196**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Hiponatremia severa como primera manifestación de hipotiroidismo primario. Reporte de caso y revisión de la literatura**

Ramírez A<sub>o</sub>, García F<sub>o</sub>

0.Hospital General de Acapulco

**Antecedentes:** hiponatremia, concentración sodio sérico < 136mEq/L, frecuencia hospitalizados 2%, mortalidad 7-60 veces mayor. **Objetivo:** mostrar etiología infrecuente, evolución clínica y abordaje diagnóstico. **Caso clínico:** masculino 53 años. Inicia con fiebre, alteración del estado de alerta y bradiarritmia. Exploración: edema periorbitario, bradilálico, somnoliento, precordio hipodinámico, piel fría, seca. **Discusión:** tiroides regula excreción de agua y electrolitos. Alteraciones en función renal afectan síntesis, secreción, metabolismo y eliminación de hormonas tiroideas. Hiponatremia, trastorno electrolítico más frecuente en hipotiroides; cada

10 mU/L que aumenta TSH, disminuye 0.14 mEq/L el sodio plasmático. Tratamiento de elección terapia sustitutiva con L-tiroxina. **Conclusión:** debe sospecharse hipotiroidismo en paciente con hiponatremia eurolémica, sodio urinario > 20mEq/L, osmolaridad urinaria elevada y plasmática baja.

**Folio:0200**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología  
**Enfermedad de Poncet**

Olaguez V<sub>o</sub>, Martínez H<sub>o</sub>

0.Hospital Juárez de México

Paciente masculino de 24 años de edad en n estudio por reumatología por probable artritis reumatoide desde Mayo-2012, por probable lupus eritematoso sistémico y probable linfoma, fue tratado con prednisona y AINES, posteriormente en septiembre 2012 se agrega plaquenil, metotrexato, ácido fólico y calcio. Sin embargo por estudio de extensión se descarta LES y se suspenden esteroide y fármacos

modificadores de la enfermedad desde octubre de 2012. Se realizó biopsia de ganglios axilares izquierdo y derecho en los cuales se descarta linfoma y se sugiere probable proceso viral. Acude por padecimiento de 8 meses con cuadro gripal y odinofagia, 15 días posteriores presenta aumento de volumen de ganglios cervicales y axilares no dolorosos, sin cambios de coloración ni aumento de la temperatura local, así mismo se agrega mialgias y tres días posteriores se agrega dolor articular en muñecas, interfalángicas proximales, tobillo, rodillas y codos en orden de frecuencia, acompañada de aumento de volumen, así mismo refiere rigidez matutina que dura más de una hora y mejora con la actividad física; refiere que la sintomatología articular mejora con la prednisona. Desde hace 3 meses presenta hiperpigmentación en forma generalizada sin embargo niega que esta sea mayor en orificios naturales pezones, axilas y genitales. Al interrogatorio dirigido refiere diaforesis al dormir a cualquier hora del día y fiebre no cuantificada sin predominio de horario y pérdida de peso de 9 kg en 8 meses. Masculino en el cual se palpa ganglio cervical en cadena yugular nivel III de lado derecho de aproximadamente 5x3 mm, móvil, de consistencia ahulada, no doloroso, no adherido a planos profundos de bordes bien delimitados. Se palpa un ganglio inguinal izquierdo y uno derecho de aproximadamente 5x5 mm cada uno no dolorosos, móviles, no fijos a planos profundos, de bordes bien delimitados. Extremidades íntegras, con aumento de volumen en articulaciones interfalángicas proximales, sin cambios de coloración ni aumento de la temperatura Se determina PCR que se reporta elevada en varias oca-

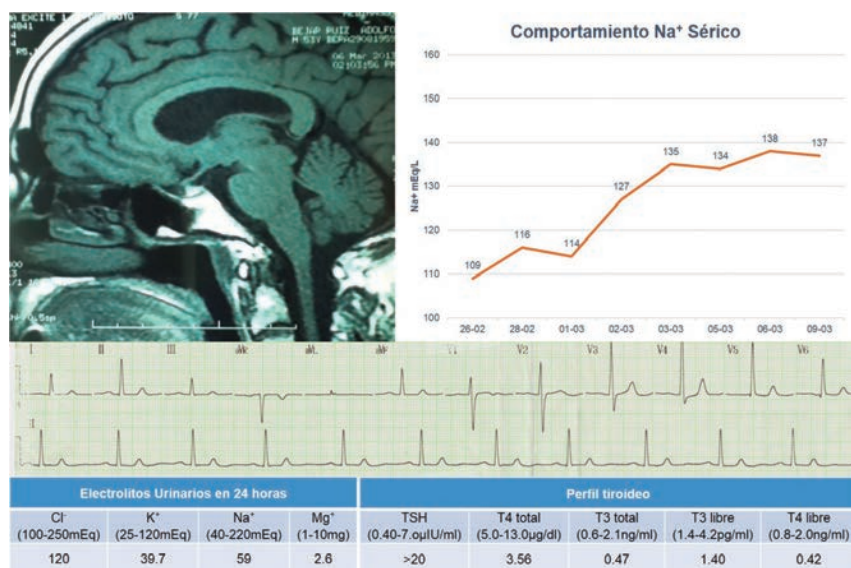


Figura 1.

siones, factor reumatoide en varias ocasiones que se reportan normales, se descarta lupus nuevamente, se realiza mielocultivo negativo, sospecha en enfermedad de Poncet y se inicia tratamiento con antituberculosis, actualmente en seguimiento con mejoría de la sintomatología.

#### Folio:0202

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Hígado metastásico como presentación de melanoma de coroides**

*Evia J<sub>0</sub>*  
0.IMSS

Femenino de 28 años, ingresa para protocolo de estudio por hepatomegalia. Único antecedente de importancia: cirugía en ojo derecho por desprendimiento de retina un año previo a su ingreso y ceguera legal. Paciente acude presentando dolor en hipocondrio derecho, pérdida ponderal aproximada de 3 kilogramo en mes y medio. Sin cambios en pruebas de función hepática, marcadores tumorales y panel viral normal. Imagen por tomografía compatible con lesión heterogénea de 43 x 28 milímetros y otras más pequeñas que infiltran parénquima hepático. Biopsia hepática con tinción de inmunohistoquímica reporta melanoma, sin lesiones en piel de aspecto maligno; oftalmoscopia indirecta fondo de ojo derecho con retina atrófica, masa subretiniana sobre elevada, circunscrita, ocre, supero-temporal que abarca área macular y nervio óptico de 3 x 2 centímetros, concluyendo melanoma de coroides. Egreso hospitalario para terapia paliativa por oncología médica.

#### Folio:0203

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Toxicología

**Coloración azul-grisácea secundaria a uso de perfenazina**

*Ugalde L<sub>0</sub>, Velázquez M<sub>0</sub>, Sánchez V<sub>0</sub>*  
0.Hospital General de México

La perfenazina es un fármaco antipsicótico actualmente prohibido por la FDA, aun utilizado en nuestro país. Femenino de 51 años esquizofrenia paranoide crónica desde hace 30 años en tratamiento con Perfenazina 10 mg cada 12 horas, clonacepam 8 gotas por la noche. Acude al servicio de medicina interna por iniciar hace 2 años, con debilidad, astenia, adinamia debilidad muscular generalizada, dolor lumbar y cambio en la coloración en piel. Se recibe a paciente con color azul-grisáceo generalizado en piel y mucosa, con bradilalia, bradipsiquia. Extremidades con disminución de fuerza muscular simétrica, generalizada 4/5. Cortisol, resultado normal, perfil tiroideo nor-



Figura 1.

mal, se descarta enfermedad de tejido conectivo. Plomo en sangre total 3.2 mcg/dl. Biopsia de piel: Melanosis inespecífica de piel. Se realiza cambio de tratamiento antipsicótico. Se ha reportado cambios en la coloración de piel con el uso de perfenazina, sin embargo el diagnóstico debe ser de descarse con biopsia.

#### Folio:0204

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Hemorragia de tubo digestivo alto secundario a lesión de Dieulafoy**

*Ugalde L<sub>0</sub>, Velázquez M<sub>0</sub>, Sánchez V<sub>0</sub>*  
0.Hospital General de México

La lesión de Dieulafoy es una causa poco común de hemorragia del tubo digestivo alto, que pone en peligro la vida. Paciente masculino 70 años. Tabaquismo negativo, alcoholismo ocasional desde los 14 años de edad, suspendido un año antes. Fiebre reumática desde los 7 años de edad, con recambio valvular aórtico y mitral, anticoagulado. Inicia hace 3 días con hematuria, gingivorragia y epistaxis, cefalea, con ingesta de 2 aspirinas, se agrega dolor abdominal, vómitos en pozos de café y melena. Se encontró prolongación en tiempos de coagulación INR DE 9.6 se transfunden 3 plasmas frescos congelados y una unidad de crioprecipitados remitiendo el sangrado. Al siguiente día se encuentra INR en 1.2 y hemoglobina de 7.8 g/dl. Paciente comienza con disnea, taquicardia, se realiza endoscopia, en donde se reporta ectasia vascular sangrante, versus lesión de von Dieulafoy en curvatura mayor realizándose coagulación con argón-plasma. Mejora, se dio de alta con



anticoagulación, debido a riesgo de trombosis por válvulas protésicas. La lesión de Dieulafoy debe ser sospechada en pacientes con inicio súbito de sangrado digestivo o episodios recurrentes del mismo, representa aproximadamente 1% a 2% de las hemorragias digestivas superiores no variceales.

**Folio:0205**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Endocarditis bacteriana con embolismo sépticos a sistema nervioso central**

*Amador A<sub>o</sub>, Nava R<sub>o</sub>, Hernández A<sub>o</sub>*  
0.Secretaría de Salud

La endocarditis es la inflamación del endocardio, la cuerdas tendinosas o válvulas cardiacas. Uno de los principales agentes es el *Staphylococcus aureus*, asociado a catéteres endovenosos o válvulas protésicas. Las manifestaciones embolicas son complicaciones en el 50% de los casos. Masculino de 51 años, diabetes tipo 2 de 9 años, insuficiencia renal crónica de 3 meses de diagnóstico en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. Inicia su padecimiento 10 días previos a su ingreso, con ataque al estado general, fiebre, anorexia, nausea llegando al vómito, a los 7 días se agrega alteración del estado neurológico, agitación psicomotriz; a la exploración: desorientado, con rigidez de cuello, kerning y Brudinsky. Hb:8.2g/dl, plaquetas:187,000, leucocitos:26,200, neutrófilos:22,900. LCR: glucosa:26mg/dl, DHL:1220ui/L, proteínas:1.2g/dl, leucocitos:940/mm<sup>3</sup>, 96% polimorfonucleares, cocos gram positivos. Hemocultivos (4): *Staphylococcus aureus* ECG: vegetación sobre en valva aorta.

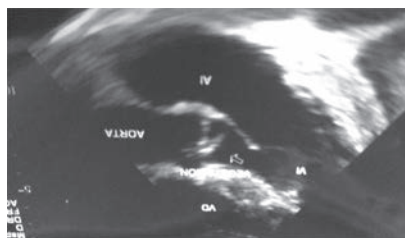


Figura 1.

**Folio:0206**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Oncología

**Pancreatitis aguda secundaria a hipercalcemia como primera manifestación de cáncer renal**

*Amador A<sub>o</sub>, García M<sub>o</sub>, Santiago M<sub>o</sub>, Valdez A<sub>o</sub>*

0.Secretaría de Salud

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio con involucro variable de otros tejidos regionales y sistemas remotos. Su incidencia varía, con diferencias desde 10 a 20 casos por millón de habitantes. En México no se tienen datos estadísticos completos, pero se sabe que en 2001 fue la décimo séptima causa de mortalidad, con una prevalencia de 3%. Masculino de 46 años, sin antecedentes de importancia para su padecimiento. Inicia 15 días previos con dolor a nivel de hipocondrio izquierdo, punzante, transfixivo, continuo, intensidad 9/10, acompañado de nausea y vómito de contenido gástrico, poca tolerancia a la vía oral, recibiendo tratamiento sintomático sin mejoría, por lo que acude a esta unidad. Se realiza diagnóstico de pancreatitis aguda por amilasa de 2387 ui/L y lipasa de 4646 ui/L, secundaria a hipercalcemia con calcio sérico de 14.46 mg/dl, PTH < 3 pg/ml, vitamina D: 22.2 mg/ml, como protocolo de estudio se realiza tomografía abdominal encontrándose tumoración.



Figura 1.

**Folio:0207**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Mujer joven con debilidad muscular proximal: Un cuadro típico de una enfermedad atípica: Dermatomiositis, reporte de caso**

*Torres A<sub>o</sub>, Fonseca S<sub>o</sub>*

0.ITESM

**Introducción:** la dermatomiositis pertenece al grupo de las miopatías inflamatorias; patologías que cursan con debilidad muscular que suele ser incapacitante e incluso poner en riesgo la vida del paciente. El pronto diagnóstico es importante ya que son enfermedades potencialmente tratables. **Informe de caso:** femenino de 21 años de edad sin antecedentes de importancia que inicia padecimiento 1 año previo con eritema en codos, brazos, pecho, que se extiende a frente, mejillas, muslos y región pretibial de manera simétrica. Dos semanas después nota dificultad para peinarse y para subir escaleras. Comienza con caída de cabello, fatiga y dolor musculoesquelético generalizado. La debilidad se torna incapacitante, se agrega disfagia por lo cual acude a urgencias de éste hospital. A su ingreso se encuentra taquicárdica, febril 39°C, postrada con fuerza de músculos proximales 1/5, de las 4 extremidades y 4/5 en los músculos distales. ROTS normales, sin limita-

ción de movimiento. Presenta eritema en heliotropo, se extiende a mejillas, cuello y tercio superior de tronco anterior y posterior. En sus exámenes presenta linfopenia 1,320 , CPK=287, VSG =38, TGO=222 TGP=85 DHL, 1027. Perfil tiroideo normal. ELISA, Hepatitis B y C negativos. Se solicitan ANAS que son negativos, anti Jo-1, anti-Ro, anti-La, anti URNP negativos. Anti Mi2 positivos 1:320. Electromiografía reporta actividad de inserción disminuida, con potenciales de corta duración, baja amplitud y alta frecuencia, compatible con proceso inflamatorio del músculo. La biopsia de músculo estriado reporta infiltración por mononucleares, necrosis de fibras musculares y zonas de atrofia perifascicular, compatible con dermatomiositis. **Discusión:** en éste caso otras causas comunes de miositis proximal como las endocrinológicas, hidroelectrolíticas, infecciones, drogas y síndrome paraneoplásico fueron descartadas. La asociación de la dermatosis con la debilidad muscular hizo sospechar en dermatomiositis, la cual fue confirmada por estudios complementarios, cumpliendo así con los criterios de Bohan y Peter. Ya que la disfagia es factor de mal pronóstico se iniciaron pulsos de esteroide. Se agregó prednisona, azatioprina y metotrexate egresándose con poca mejoría. Se ha descrito que en mestizos mesoamericanos es mucho más frecuente la positividad de Anti-Mi2 por lo que sería útil solicitarlo ante la sospecha.

**Folio:0208****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Reumatología  
**Síndrome de Evans. Presentación de caso**

*Rosas C<sub>o</sub>, Duarte J<sub>o</sub>, Rodríguez F<sub>o</sub>*  
0.Hospital General Dr. Nicolás San Juan

Femenino de 26 años, con STV anormal de 9 días. Con 48hrs de astenia, adinamia, epistaxis y lipotimia. Caída pasiva de cabello y poliartalgias de 6 meses. T/A: 80/50, FC: 108 lpm FR: 22 rpm T 36.3° Glasgow 15/15, palidez generalizada, regular estado de hidratación, soplo holosistólico plurifocal III/VI, campos pulmonares normales, abdomen asignológico, engrosamiento sinovial en carpo y articulaciones metacarpofalángicas bilateral con equimosis en sitios de punción y miembros pélvicos. Hb 3.9 gr Hto 11.3 % Plaq 5mil leu 5.370, neu 4580, linfos 340, Monos 290, eos 30, bas 40, BT 1.07, BI 0.78, BD 0.29, LDH 610, PT 5.6, Alb 2.5, Glob 3.1, FA 76 TGP 38 TGO 48, retis 0.2%, FR (-), PCR (-), VSG 60, ANA-H 1:160, anti-DNA (-), anti-ACL IgG (-) IgM (-), anticoagulante lúpico (-), COOMBS directo positivo. USG abdominal con esplenomegalia Paciente con cuadro de cor anémico y epistaxis, con pancitopenia, inversión de la relación alb/glob y LDH elevada, datos de hemolisis con COOMBS directo (), por artritis y edad de presentación se consideró una enfermedad autoinmune confirmada con ANA () homogéneo 1:160. Se estableció el dx de LEG con base en la presencia de Sx. De Evans, linfopenia, artritis y anticuerpos antinucleares positivos. Tratada con cinco pulsos de metilprednisolona 1gr/día, posteriormente prednisona 1.5 mg/kg/día y danazol 300mg/día. Se inició inmunosupresión con ciclofosfamida (750 mg/mSC) con adecuada respuesta. El Sx de Evans, es una entidad caracteri-

zada por la presentación simultánea o secuencial de anemia hemolítica autoinmune y púrpura trombocitopenica y/o neutropenia, existiendo formación de autoanticuerpos en contra antígenos de eritrocitos, plaquetas o neutrófilos. Puede ser primario o idiopático y secundario o asociado a otras enfermedades autoinmunes, a enfermedades linfoproliferativas o inmunodeficiencias primarias. La frecuencia de presentación en LEG de anemia hemolítica es de 5-10% y de trombocitopenia autoinmune 20-40%. Simultáneamente es una forma de presentación rara, reportándose en solo un 2.7% Proponemos un abordaje para pacientes con alteraciones hematológicas en los servicios de urgencias, encaminado a la pronta definición del origen del Sx de Evans, ya que el impacto en el pronóstico depende de su pronto reconocimiento y manejo.

**Folio:0209****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Prevalencia de genes relacionados con la diabetes y la obesidad en una población del noreste de México**

*Villarreal J<sub>o</sub>, Gallardo H<sub>o</sub>, Lavalle F<sub>o</sub>, Carrillo P<sub>o</sub>, Martínez L<sub>o</sub>, Villarreal M<sub>o</sub>, Teniente A<sub>o</sub>, Cerda R<sub>o</sub>, Torres I<sub>o</sub>*  
0.Hospital Universitario de Monterrey

**Antecedentes:** la diabetes y la obesidad, entendidas desde hace tiempo como dos enfermedades complejas, son influenciadas por la interacción de varios factores. La mayoría de los estudios realizados son en población europea y muy pocos han demostrado asociaciones alélicas significativas en la población mexicana. 2. **Objetivo del estudio:** detectar la prevalencia de una serie pre-establecida de genes re-

lacionados con el metabolismo, entre ellos TCF7L2, PON1, UCP3, USF1, EPHX2, RPTOR, KCNJ11, HNF1B, MAPK14, SLC30A8 y VLDLR, para describir la conformación genética de nuestra población. 3. **Material y métodos:** para su realización se seleccionó una población de casos y controles. Con las muestras obtenidas se realizó un análisis alélico utilizando el software genotificador TaqMan® v 1.0.4. Análisis estadístico. Se realizó utilizando un software especializado conocido como sistema MLMM (Mixed Linear Model Analysis), en el que se incluyeron medidas de tendencia central y de desviación estándar, con pruebas de T de Student y Chi cuadrada en los casos necesarios. 5. **Resultados:** se obtuvieron 568 muestras, 215 representaron controles, 156 diabéticos, 61 obesos y 136 diabéticos-obesos. Los genes y polimorfismos con una asociación altamente significativa corresponden a los siguientes: USF (rs3737787), TCF7L2 (rs12255372), PON1 (rs3917542), EPHX2 (rs751141), RPTOR (rs12946115), KCNJ11 (rs5218), MAPK14 (rs12200998), HNF1B (rs757210), SLC30A8 (rs13266634), UCP3 (rs7930460) y VLDLR (rs2242103). 11 genes presentaron una asociación significativa y el resto careció de datos de asociación estadísticamente significativos. 6. **Discusión:** en la población estudiada se ha encontrado una asociación significativa de algunos polimorfismos cercanos a genes previamente estudiados y reportados en la literatura mundial, incluso en población mestiza mexicana. Hemos observado que algunos de los datos obtenidos en nuestro estudio coinciden con la evidencia reportada previamente, sin

embargo los resultados que se ofrecen en nuestro trabajo añaden algunas asociaciones altamente significativas más a las ya conocidas, como son los siguientes casos: rs3737787 (USF1), rs751141 (EPHX2), rs12946115 (RPTOR), rs7930460 (UCP3), rs2242103 (VLDLR), rs3917542 (PON1), rs5218 (KCNJ11), rs757210 (HNF1B) y rs12200998 (MAPK14).

#### **Folio:0210**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Femenino de 18 años con lupus eritematoso sistémico y tuberculosis miliar**

*Leaños Y<sub>o</sub>, Díaz A<sub>o</sub>, Esparza H<sub>o</sub>, González D<sub>o</sub>, Arenas J<sub>p</sub>, Valencia C<sub>o</sub>*  
0.Hospital Universitario de Saltillo;  
1.Universidad Autónoma de Coahuila

**Introducción:** el lupus eritematoso sistémico (LES) daña órganos, tejidos y células por adherencia de diversos autoanticuerpos y complejos inmunes. 90% corresponden a mujeres en edad reproductiva. Las infecciones descritas en LES son principalmente bacterianas, con aumento en la incidencia de *Mycobacterium tuberculosis*.<sup>1</sup> La inmunidad celular es deficiente debido tanto a la naturaleza de la enfermedad como a la terapia inmunosupresora. **Cuadro clínico:** femenino de 18 años, con LES desde hace años con tratamiento esteroideo. COMBE (), hospitalizada 8 meses antes por actividad lúpica y neumonía. Inicia una semana previa con dolor pleurítico retroesternal intenso, fiebre vespertina, tos productiva, hiporexia, malestar general y artralgias; tratada con metilprednisolona 1 gr diario por tres días y posteriormente prednisona 50mg/día. Se agravó cuadro respiratorio ingresándose a este

hospital por neumonía y reactivación lúpica, al cuarto día se incrementa tos, disnea en reposo, taquicardia y estertores difusos, la radiografía de tórax con un patrón intersticial y micronodular difuso nuevo y desaturación requiriendo intubación orotraqueal (Kirby de 66), se obtiene BAAR positivo en tres muestras y PPD negativo (anergia) disminuyéndose dosis de esteroides e iniciando tratamiento antifímico. Continua deterioro hasta choque séptico, estabilizándose con medidas de sostén como apoyo de aminas presoras, y a requerimientos ventilatorios altos por 21 días, ameritó traqueostomía tolerando entonces destete de ventilación mecánica. Laboratorios Leu 4.53/uL, Neu 4.33/uL, Linf 0.13/uL, Hb 8.7 g/dL, Hct 27.8%, PLT 98,700 103/uL, Gluc 77 mg/dL, BUN 11 mg/dL, Urea 23.5mg/dL, Creat. 0.5 mg/dL, Ác. úrico 2.3 mg/dL, Na 132mmol/L, K 3.5mmol/L, Cl 102mmol/L, Ca 7.6 mg/dL, P 5.1 mg/dL, Mg 1.7 mg/dL, TGO 42 UI/L, TGP 43 UI/L, FA 101 UI/L, GGT 249 U/L, Prot. Tot. 4.1 g/dL, Alb. 1.6 g/dL, Glob. 2.5 g/dL, Bilirrubina total 0.53 mg/dL, BD 0.4 mg/dL, BI 0.13 mg/dL. Dímero D 2.2ug/mL, VSG 46mm/hr, PCR cuantitativa 18 mg/L. Urocultivo negativo, lactato 1.2 mmol/L, KOH negativo, lavado bronquial negativo, procalcitonina 2.65 ng/mL. **Discusión:** paciente portadora de LES residente de área endémica para TB, con inmunosupresión mixta (esteroides y actividad lúpica) agravada por neumonía y diseminación de tuberculosis. La mortalidad LES-TB es de 30.8%,<sup>5</sup> en nuestro hospital no se ha determinado.

#### **Folio:0211**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Hematología

### **Púrpura trombocitopénica inmunológica asociada a tuberculosis pulmonar asintomática: Reporte de un caso**

Colunga P<sub>o</sub>, Rendón E<sub>o</sub>, Morales R<sub>o</sub>, Flores M<sub>o</sub>, Villarreal M<sub>o</sub>

0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Departamento de Medicina Interna

**Introducción:** la tuberculosis pulmonar (TBP), es un problema de salud pública de gran importancia en México. Múltiples alteraciones hematológicas se han asociado; tales como anemia, leucocitosis, monocitosis y pancitopenia. La asociación entre TBP y Púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) es extremadamente rara y ha sido objeto de reportes aislados con menos de 30 casos en el mundo. Se cree que es secundario a presencia de anticuerpos citotóxicos contra plaquetas. Reportamos el caso de un paciente con TBP asintomática asociada a PTI.

**Reporte del caso:** masculino de 59 años de edad, con antecedente de tabaquismo. Ingresó por tres semanas con la presencia de petequias y equimosis en cara anterior y posterior de ambas pantorrillas y tórax, la última semana se agrega disminución en la movilidad de la pierna izquierda. Negó pérdida de peso, tos, disnea, lumbalgia, combe. A la exploración física con signos vitales normales, monoparesia pierna izquierda y resto normal. Exámenes de laboratorio de ingreso con hemoglobina de 12.7 g/dL, glóbulos blancos de  $13 \times 10^9/L$ , linfocitos de  $0.295 \times 10^9/L$ , plaquetas de  $3.91 \times 10^9/L$ . Panel viral (HIV, Hepatitis B, Hepatitis C) negativo, Pruebas de función hepática normales. Tomografía de columna dorso lumbar, normal. Se valora por hematología y

se realiza diagnóstico de PTI. Se inicia tratamiento con Dexametasona 40 mg IV por 4 días, sin observar aumento en el conteo. Debido a la asociación de trombocitopenia y monoparesia aguda se valora por reumatología, se envían anticuerpos: ANA, ANCA's, Anti-Ro/La/Sm/RNP todos negativos. Para descartar malignidad, se realiza tomografía toracoabdominopélvica que muestra cavitaciones pulmonares apicales bilaterales. Se realiza broncoscopia y se obtiene BAAR positivo. Se inicia tratamiento con Dotbal fase intensiva y después de 7 días de inicio de antifímicos, aumenta la cuenta plaquetaria. Se egresa con PDN 1mg/kg/día y Dotbal fase intensiva 4 tabletas c/24 hrs. **Discusión:** la trombocitopenia severa asociada a TBP ocurre de forma muy infrecuente por lo que no se cuenta con un esquema de abordaje y terapéutico definido. El tratamiento con inmunoglobulina intravenosa o esteroides combinados con antifímicos ha sido útil en los casos reportados. En áreas altamente endémicas de esta enfermedad, es necesario considerar TBP como una posible causa de PTI.

#### **Folio:0212**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología  
**Trombosis coronaria e intracardíaca con embolismo cerebral asociado a toxicidad antineoplásica**

Corona J<sub>o</sub>, Frutos E<sub>p</sub>, Hernández G<sub>p</sub>, Medina E<sub>j</sub>

0.Hospital Ángeles Del Carmen, Guadalajara, Jal.; 1.Hospital Ángeles Del Carmen

**Antecedentes:** la cardiotoxicidad por fármacos antineoplásicos es un tema de relevancia clínica creciente, en

el contexto de trombosis. **Objetivo:** presentar un caso trombosis asociado a bevacizumab, con revisión sobre los factores de riesgo, presentación clínica y estrategias para su manejo. Informe de caso Masculino de 60 años con alto riesgo cardiovascular, con cáncer renal tratado con Bevacizumab y Gemcitabina, hospitalizado por disminución del estado de alerta, cuadrantopsias bilaterales, hemiparesia corporal izquierda 3/5, hiperreflexia y Babinski izquierdos, con imagen en RMN de infarto en arteria cerebral posterior. Además desarrolla SICA atípico, con hallazgos de IAM anteroseptal, se somete a cateterismo cardíaco y se coloca endoprótesis no medicada en porción proximal de DA. El ecocardiograma documenta trombo intracardíaco en VI. **Conclusión:** protocolos de evaluación y seguimiento por internistas puede disminuir el riesgo cardiovascular en estos pacientes. Cuadro 1

#### **Folio:0213**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología  
**Impacto de la disparidad de sexo entre donador y receptor en el trasplante alogénico de células hematopoyéticas con un esquema de acondicionamiento no mieloablato**

Borjas O<sub>o</sub>, Gutiérrez C<sub>o</sub>, Cantú O<sub>o</sub>, Jaime J<sub>o</sub>, González O<sub>o</sub>, Gómez D<sub>o</sub>

0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González UANL

**Antecedentes:** el trasplante alogénico de células hematopoyéticas de un donador HLA compatible es el procedimiento de elección para el tratamiento de diversas enfermedades hematológicas neoplásicas y no



**Cuadro 1.** Monitoreo cardiovascular de pacientes oncológicos

Abordaje	Evaluación previa (10 días antes de iniciar tratamiento)	Seguimiento (cada seis semanas durante tratamiento, luego a los 3, 6, 18 y 24 meses postratamiento)
Clínico	Historia clínica completa, examen físico (EF), establecer riesgo cardiovascular (RCV) basal	EF, evaluación de efectos cardiovasculares de tratamiento y de cambios en RCV
Laboratorio	Troponinas, péptido natriurético B y mieloperoxidasas	
Gabinete	Radiografía de tórax y medición de fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) por ecocardiograma o MUGA (multiple gated acquisition)	
Tratamiento preventivo	Cambios en estilo de vida, inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas de receptores de angiotensina (ARA), betabloqueadores (BB), antiagregantes, anticoagulantes	Ajuste de tratamiento farmacológico cardiovascular y antineoplásico de acuerdo a evolución

neoplásicas. Algunos estudios han encontrado mayor incidencia de enfermedad injerto contra huésped y de rechazo cuando hay disparidad de sexo entre donador y receptor. **Objetivo:** analizar la incidencia de la enfermedad injerto contra huésped y la supervivencia de pacientes que recibieron un trasplante alogénico de células hematopoyéticas de donador del mismo o de diferente sexo. **Materiales y métodos:** estudio retrospectivo efectuado con los expedientes de 56 pacientes que recibieron un trasplante de células hematopoyéticas, independientemente de su enfermedad de base. Veintinueve pacientes tenían el mismo sexo que el donador y 27 con diferencia de sexo entre donador y receptor. La media de seguimiento fue de 34 meses. Todos los pacientes recibieron un esquema de acondicionamiento de intensidad reducida con ciclofosfamida, busulfan y fludarabina. La profilaxis para enfermedad injerto contra huésped incluyó ciclosporina y metotrexato. **Resultados:** la dosis mediana de células CD34 infundidas fue de 5.9 ( $\pm 2.3$ )  $\times 10^6$  por kilo de peso, sin diferencia significativa entre ambos grupos. La supervivencia fue mayor en el grupo de pacientes con donador

de sexo diferente (88 vs 79%), pero la diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=.209$ ). La incidencia de enfermedad injerto contra huésped aguda y crónica en el grupo de pacientes con donador del mismo sexo fue de 31 y 17.2%, respectivamente, mientras que en el grupo de pacientes con donador de sexo diferente fue de 26 y 33.2%, respectivamente, sin diferencia estadística significativa ( $p=.42$  y  $p=.09$  respectivamente). El quimerismo completo fue de 58% en el grupo de trasplante con donador del mismo sexo, mucho mayor que 18.5% del grupo con donador de sexo diferente ( $p=.004$ ). **Conclusiones:** la discrepancia de sexo entre donador y receptor no influyó en la incidencia de enfermedad injerto contra huésped y no tuvo efecto en la supervivencia. Lo ideal es elegir un donador del mismo sexo que el receptor cuando se planea realizar un trasplante alogénico de células hematopoyéticas, utilizando un esquema de acondicionamiento de intensidad reducida pues hay más posibilidades de lograr quimerismo completo.

**Folio:0214****Tipo de Presentación:** sin preferencia**Tema del resumen:** Misceláneos

### **Eficacia de la rotación ipsilateral del cuello para la prevención de la migración cefálica del catéter intravenoso por vía subclavia durante la colocación percutánea. Ensayo clínico con asignación al azar**

González M<sub>0</sub>

0.Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos

**Antecedentes:** el acceso intravenoso central es una herramienta muy útil. La vía subclavia derecha es la más usada, su tasa de complicaciones es de 35%. La migración cefálica complica al 15% de estos procedimientos. **Objetivo de estudio:** determinar si la rotación ipsilateral del cuello reduce el riesgo de migración cefálica y evaluar la seguridad de dicha maniobra. **Materiales y métodos:** es un ensayo clínico con asignación al azar, abierto para la maniobra; fueron dos grupos, uno con y otro sin rotación de cuello. La selección y técnica de colocación fue estandarizada. Se calculó una  $n=100$  por grupo, considerando  $\alpha=0.05$ ,  $\beta=0.8$ ,  $\gamma$  de 0.5 e incidencia de migración de 13%. **Resultados:** Ver Cuadro 1. **Discusión y Conclusiones:** en colocación estandarizada de catéter subclavio, la rotación ipsilateral del cuello reduce el riesgo de migración cefálica y no se

Cuadro 1.

Variable	N=230 (%)	Sin rotación	Con rotación	Valor de p
Género M:F (n/%)	120 (52): 110 (48)	62:66	58:44	NS
Edad en años (media ± DE)	61.6 (±16)	60.4 (±5.5)	61.6 (±10)	NS
Diagnóstico de ingreso				
Neoplasias hematológicas (n/%)	52 (22.6)	25	27	NS
Indicación de colocación de catéter				
Seguimiento de parámetros hemodinámicos (n/%)	71 (30.9)	35	36	NS
Variable	n = 230	Sin rotación n = 128	Con rotación n = 102	Valor p
Posición cefálica (n/%)	14 (6%)	14 (11%)	0	RR = 0.95 (IC 95% 0.26-0.97); p = 0.003
Posición exitosa (n/%)	216 (94%)	114 (89%)	102 (100%)	NS
Complicaciones (n/%)	17 (7%)	7 (5%)	10 (9%)	NS

asocia con incremento de la frecuencia de efectos adversos. Las complicaciones fueron más frecuentes cuando el operador tenía menos experiencia.

#### Folio:0215

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Cardiología

#### Correlación entre los niveles de biopterinas y el grosor íntima-media en pacientes diabéticos tipo 2 hipertensos

Rubio A<sub>0</sub>, Vargas H<sub>1</sub>, Del Valle L<sub>2</sub>, Maceda A<sub>3</sub>, Huerta S<sub>3</sub>, Duran M<sub>3</sub>, Escalante B<sub>4</sub>

0.Hospital General de Ticomán;  
1.Departamento de Biomedicina Molecular, CINVESTAV México DF.; 2.) Departamento de Farmacología, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México; 3.Hospital General de Ticomán SS DF.; 4.CINVESTAV Monterrey Nuevo León

La tetrahydrobiopterina (BH4) es un cofactor esencial para la síntesis de óxido nítrico (ON), la disminución de su síntesis o su oxidación a dihydrobiopterina (BH2) provoca disfunción endotelial y participa en los meca-

nismos que llevan al desarrollo de inflamación vascular y aterosclerosis. La medición del engrosamiento íntima-media por ultrasonido en modo B, es un procedimiento validado para la detección de aterosclerosis, es confiable, reproducible y no invasivo, posee valor predictivo para la aparición de enfermedad vascular cerebral oclusiva. Algunos autores sugieren que el índice BH4/BH2 es más importante que los valores de BH4 para mantener un adecuado funcionamiento de la sintasa de ON. El objetivo de este estudio es evaluar la correlación entre los niveles séricos de biopterinas y el grosor íntima/media (GIM) de las arterias carótida común e interna en pacientes hipertensos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). **Material y métodos:** evaluamos 30 pacientes hipertensos con DM2 de más de un año de evolución, y 30 sujetos normotensos no diabéticos en el mismo grupo de edad, en quienes se realizó determinación de niveles séricos de BH4 y BH2 por cromatografía líquida de fase reversa con fluorescencia. En todos los pacientes se evaluó la presencia de aterosclerosis carotídea,

mediante la determinación del GIM de la pared arterial distal de las arterias carótidas común e interna, al final de la diástole, utilizando ultrasonido en modo B con doppler color de alta definición con un transductor anular de 10 MHz. Todas las valoraciones fueron realizadas por personal certificado, que desconocía el protocolo. El máximo GIM se correlacionó con los niveles séricos de biopterinas mediante el coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** no encontramos correlación entre los valores de biopterinas y el GIM ni en pacientes ni en controles, sin embargo, encontramos una correlación inversa significativa ( $R = -0.54$ ,  $p < 0.01$ ) entre el índice BH4/BH2 y el GIM en los pacientes, pero no en controles. Un análisis de regresión múltiple reveló que el Índice BH4/BH2 correlacionó con el GIM en forma independiente a otros factores de riesgo. **Conclusión:** el índice BH4/BH2 nos da información sobre el nivel sérico de ambas biopterinas, por ello es lógico que sea un mejor marcador de daño vascular que los valores de biopterinas individualmente, como encontramos en este trabajo.

**Folio:0216****Tipo de Presentación:** sin preferencia**Tema del resumen:** Infectología**Eficacia de levofloxacino en el manejo de neumonía adquirida en la comunidad en la Secretaría de Salud del Distrito Federal**López C<sub>o</sub>

0.Hospital General Ticomán

**Antecedentes:** la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) requiere un esquema antibiótico óptimo, acorde a cada población. **Objetivo:** conocer si el uso de levofloxacino es igual de eficaz que una terapia convencional para el manejo de NAC en dos centros hospitalarios de la Secretaria de Salud del Distrito Federal. **Materiales y métodos:** es un estudio clínico controlado, aleatorizado, abierto. Objetivo primario; curación al comparar dos esquemas antibióticos [grupo 1, ceftriaxona más claritromicina, y grupo 2, levofloxacino]. Objetivos secundarios: mortalidad intrahospitalaria y factores de riesgo para el fracaso al tratamiento. **Resultados:** diferencia a favor de levofloxacino sin significancia estadística ( $p < 0.114$ ). Sin diferencia significativa en la mortalidad. Factor de riesgo para no responder a los antibióticos: secuelas de enfermedad neurológica; no respuesta a Levofloxacino: etilismo crónico. **Conclusiones:** levofloxacino es tan efectivo como ceftriaxona/claritromicina en NAC.

**Folio:0217****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Misceláneos**Prevalencia de malnutrición en el paciente que ingresa al servicio de Medicina Interna en el Hospital General de Puebla Dr. Eduardo****Vázquez Navarro en el periodo de mayo a octubre de 2012**Valentín M<sub>o</sub>

0.Hospital General de Puebla Dr. Eduardo Vázquez Navarro

**Antecedentes:** la malnutrición es una situación clínica provocada por déficit de nutrientes por ingesta inadecuada, aumento de pérdidas o aumento de sus requerimientos, aumenta en la estancia hospitalaria por factores determinados por procesos diagnósticos o terapéuticos, los servicios de alimentación y falta de sensibilización de profesionales sanitarios, Existen diversos métodos de valoración nutricional de bajo costo, que permiten su rápida valoración objetiva y subjetiva **Objetivos.** Describir las características sociodemográficas, clínicas, antropométricas y de laboratorio de pacientes que ingresan al servicio de medicina interna. **Materiales y métodos:** la muestra se integró por 307 pacientes. Se describieron los métodos de valoración subjetiva y objetiva nutricional. El estudio fue observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, de causa efecto, abierto y Unicéntrico. **Resultados:** el promedio de edad fue de  $48.64 \pm 18.69$ , 54.1% masculinos,  $10.39 \pm 10.2$  días de estancia intrahospitalaria, 73.6% presento comorbilidades, el 48.2% se catalogó como enfermedad aguda y 51.8% crónica, el 30.6% con presencia de foco infeccioso documentado, el sistema nervioso central y periférico fue el mas afectado con 22.1% y cardiovascular 14.3%, el 12.1% renal, el ayuno se presentó en 82.1%, el 77.9% menor a 3 días, solo el 5.5% tuvo atención nutricional especializada, el 83.4% con dependencia funcional, el Tamizaje nutricional positivo en 94.5%,

Score Total mayor a 3 74.3%, MNA 87.7% con riesgo o mal estado nutricional, el 83.4% VSG con sospecha o desnutrición, el 34.8% con ingesta de alimentos de menos de 50%, el 68.8% con pérdida de peso en los últimos 6 meses, con Depleción grasa el 46.9%, 79.5% muscular por AMB. el 76.5% muscular por CB, 75.8% con desnutrición por índice de linfocitos, el 53.8% con desnutrición por índice de albumina, Por IMC el 52.7% presentó sobrepeso y obesidad y sólo el 4.3% desnutrición. **Conclusiones:** los hallazgos encontrados justifican la estandarización del tamizaje nutricional multidisciplinario a todo paciente hospitalizado por medio de screening, valoración clínica, cuestionarios de alimentación, pérdida de peso, funcionalidad, antropometría y estudios de laboratorio. El médico internista juega un papel muy importante en el eslabón inicial de la valoración nutricional por las características propias de su formación y enfoque terapéutico.

**Folio:0218****Tipo de Presentación:** sin preferencia**Tema del resumen:** Dermatología**Herpes simple diseminado en paciente inmunocompetente reporte de caso y revisión de la literatura**Álvarez L<sub>o</sub>, Ruiz A<sub>o</sub>, Solís D<sub>p</sub>, Flores E<sub>2</sub>

0.Hospital General de Zona No 48 U.M.A.A IMSS San Pedro Xalpa, México D.F; 1.HGZ IMSS No 194; 2.Hospital General Vicente Villada ISEM

**Introducción:** las infecciones por herpes simple son comunes en la práctica diaria, y con frecuencia el paciente acude a urgencias. Estas infecciones son ocasionalmente recurrentes generalmente dolorosas y asociadas con

síntomas sistémicos, por lo cual el médico debe tener un conocimiento para poder abordar de forma adecuada.

**Informe de caso:** hombre 66 años exfumador sin cronicodegenerativos, nefrectomía postraumática en el 80 1 evento de hemotransfusión, Lumbago en tratamiento ocasional con AINES, antecedente de internamiento previo en el 2011 por Hidrosadenitis manejado por Dermatología. sin otros antecedentes de interés su padecimiento actual su padecimiento actual. con presencia de lesiones vesiculares en abdomen tórax y extremidades inferiores hasta el muslo dolor tipo ardoroso por tal motivo acude a UMF prescribiendo amoxicilina y paracetamol sin presentar mejoría por lo que posteriormente acude a esta unidad ingresándolo inicialmente como Necrosis epidérmica toxica valorada por Dermatología quien comenta dermatosis diseminada a abdomen y miembros inferiores constituidas por ampollas de contenido hemorrágico, zonas de necrosis con probabilidad alta diagnóstica Infección viral por Herpes simple, Leucocitos:13900 neutrófilos 11000 linfos 2100 Hb 12 Plaquetas 55mil Glucosa 88 Cr 1.5 Urea 90 Ionograma normal CK 622 MB 54 PH 7.43 PC02 18 P02 75 hc03 16.7 BE -12 S02%95 EGO: PH 5 Clara DU 1020 Esterasa leucocitaria (-), nitritos (-), Proteínas (-) Leucocitos 2-3xc eritrocitos 10 x c ELISA para VIH (-)ante sospecha diagnóstica elevada se inicia tratamiento antiviral con aciclovir 400mg vo cada 8 hrs por 7 días con evolución satisfactoria para ser egresado finalmente. **Conclusión:** las enfermedades dermatológicas producidas por virus constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes y eventualmente por lo

aparatoso de las lesiones en el servicio de urgencias. El herpes simple tiene una marcada prevalencia, y la distribución Maxilofacial es la más común sin embargo hay reportes donde la distribución puede incluir región toracoabdominal como manifestación atípica más frecuente sobre todo en pacientes con inmunocompromiso y posterior a extremidades En pacientes inmunocomprometidos puede manifestarse de manera poco habitual y con mayor índice de recurrencias y la incidencia es alta sin embargo el reporte en pacientes inmunocompetentes es limitado.

**Folio:0219**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Oncología

**Síndrome piramidal como manifestación inicial de osteosarcoma craneal reporte de un caso y revisión de la literatura**

*Álvarez L<sup>o</sup>, Ruiz A<sup>o</sup>, Cabrera A<sub>1</sub>*

0.Hospital General de Zona No 48 U.M.A.A IMSS San Pedro Xalpa, México DF

**Antecedentes:** los sarcomas óseos son tumores muy poco frecuentes en el adulto con una distribución bimodal un pico entre los 13 a 16 años y arriba de los 65 años. **Informe de caso:** mujer 66 años hipertensa de 4 años manejada con captopril 1x2 ,antecedente de Accidente automovilístico hace 1 año condicionando politrauma sin manejo quirúrgico, su padecimiento actual desde hace 4 meses con detección de una lesión en piel cabelluda de 2cm consistencia blanda, hipercrómica bordes regularmente definidos que ha ido aumentando de tamaño progresivamente hasta 8cm de diámetro y 3 cm de espesor

aproximadamente refiere que además noto crecimiento de manera paulatina de región mandibular derecha de 3 meses a la fecha de consistencia pétreo indolora sin cambios en el estado superficial de la piel , sin comprometer la movilidad o masticación como otros datos refiere disminución de fuerza del hemicuerpo izquierdo que condiciona dificultad para la marcha y caída de su propia altura sin pérdida del estado de alerta, motivo por el cual es traída a esta unidad EF: PA 120-70mmHg FVM 70 Se observa en cráneo masa redondeada de 8 cm x 3 cm de espesor blanda no dolorosa a la movilización sin cambio en cuero cabelludo, no eritema o aumento de la temperatura, apertura oral limitada cuello cilíndrico con masa en región lateral derecha de consistencia ahulada las dimensiones 4x4 cm cardiopulmonar y abdomen asignológico, paresia de hemicuerpo izquierdo mas escape piramidal ipsilateral y Anartria P.Marie se realizó TAC de cráneo concluyendo Neoplasia Mixta de comportamiento maligno probablemente originado en tejidos blandos de la cabeza (Sarcoma)con extensión intracraneal,Laboratorios: destacando elevación significativa de la DHL 982 se solicita valoración por neurocirugía quien considera Sarcoma de bóveda craneana con invasión intracerebral realiza Biopsia incisional de cuello con datos en relación a fibrosarcoma. **Discusión:** si bien es cierto la presencia de neoplasias óseas malignas en cráneo a esta unidad son raras se muestra caso debutando con síndrome piramidal Mas afasia transcortical motora, se realiza protocolo para Hipergamaglobulinemia como posibilidad alterna no habiendo positividad La literatura reporta que el tratamiento es quirúrgico a través de



craniectomía simple pero pronostico no es adecuado la paciente finalmente presento mayor deterioro rostrocaudal y fallece.

**Folio:0220**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Hematología

**Síndrome hipereosinofílico con afección multiorgánica, probablemente secundario a leucemia eosinofílica crónica**

*De la Cruz I<sub>o</sub>, González M<sub>o</sub>, Nolasco C<sub>o</sub>, Rodríguez R<sub>o</sub>, Chablé F<sub>o</sub>*

0.Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús

**Introducción:** el síndrome hipereosinofílico (SHE) se caracteriza por >1500 eosinófilos/mm<sup>3</sup> en sangre periférica (SP) durante al menos 6 meses; habiendo excluido todas las causas secundarias de eosinofilia. La mayoría de los SHE son en realidad una manifestación de la leucemia eosinofílica crónica (LEC). **Objetivo:** Describir el caso de un paciente con criterios clinicopatológicos de SHE.

**Informe de caso:** dos semanas previas a su ingreso, un hombre de 18 años presentó dolor cervical asociado a disminución de la fuerza en miembros torácicos y pélvicos, acompañado de dolor intenso, disminución de la sensibilidad superficial y de reflejos osteotendinosos, dificultad para la defecación y retención urinaria. Clínicamente presentaba cuadriparesia, disestesias mal sistematizadas, así como signos de Hoffman y Trömner bilaterales. Los estudios de laboratorio mostraron 39500 leucocitos con 16% de eosinófilos (6300/mm<sup>3</sup>). La TAC y la RM mostraron una masa extramedular y extradural de C1-C3, con compresión medular, reducción

del conducto raquídeo, e involucro de tejidos blandos perivertebrales. Durante la laminectomía, se observó un tumor amarillo, extramedular y de aspecto fibroso, el cual histológicamente estaba constituido por tejido fibroso con numerosos eosinófilos y cristales de Charcot-Leyden. La biopsia medular ósea mostró fibrosis y numerosos eosinófilos, sin evidencia de blastos. Ante la sospecha de LEC, se inició tratamiento con imatinib, hidroxiurea y dexametasona. Posteriormente, el paciente presentó elevación de fosfatasa alcalina (1068.2 UI/L) y DHL (357.9 UI/L), por lo recibió Citarabina, con la cual mostró mejoría de la eosinofilia en SP. Sin embargo, por dolor abdominal se le realizó un USG hepático que evidenció una lesión hipocóica de 58mm en el segmento VII. La biopsia hepática mostró eosinofilia portal leve. La evolución del paciente fue tórpida con periodos de recaídas, por lo que finalmente falleció 11 meses posteriores al inicio de síntomas. **Conclusión:** el SHE de este paciente probablemente es secundario a LEC, la cual pertenece al grupo de los síndromes mieloproliferativos (OMS, 2010) y se caracteriza por eosinofilia en SP, médula ósea y tejidos periféricos. La distinción entre SHE y LEC se realiza cuando en ésta última se demuestra al gen de fusión FIP1L1/PDGFRA. La LEC tiene pronóstico clínico variable, con tasas de supervivencia a 5 años de 80%.

**Folio:0222**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Manifestaciones extraintestinales de enfermedad inflamatoria intestinal**

Alcántara I<sub>o</sub>, González S<sub>o</sub>, Armas A<sub>o</sub>, González V<sub>1</sub>, Mateos J<sub>o</sub>, Díaz A<sub>o</sub>  
0.Hospital Ángeles Lomas; 1.Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

La enfermedad inflamatoria intestinal es una enfermedad idiopática causada por respuesta inmune hacia la microflora intestinal comensal. Además de la afección intestinal en estas enfermedades, existen así mismo manifestaciones extraintestinales, y algunas se asocian con enfermedad activa mientras que otras pueden aparecer cuando la enfermedad no lo está. Inicia 7 días previos a su ingreso con evacuaciones disminuidas en consistencia 4-5 veces por día, sin moco o sangre, acompañadas de tenesmo rectal y cefalea frontal, así como fiebre no cuantificada sin predominio de horario, que se presentaba 2 veces por día y que remitía de forma espontánea. Recibe tratamiento antimicrobiano sin presentar mejoría. Dos días previos a su ingreso se agrega al cuadro ya descrito dolor lumbar bilateral, intensidad 8/10, irradiado a región glútea, que se exacerba con el decúbito dorsal y con la deambulación, y que mejora con la flexión del tronco. El día de su ingreso se exacerban los síntomas y presenta fiebre de hasta 39.6°C. Durante su estancia continuó con diarrea y dolor lumbar. Se toman múltiples cultivos que no muestran desarrollo de patógenos. Se realiza colonoscopia con toma de biopsia donde se observó pancolitis ulcerosa con pequeñas úlceras de predominio en recto sigmoides, descendente y transversal izquierdo, se observan pequeñas úlceras aisladas en ciego y ascendente. El reporte de la biopsia es probable infección sin descartar etiología inflamatoria.

Evoluciona sin mejoría y se agrega artritis en múltiples sitios y artralgia en hombro izquierdo. La RMN demuestra sacroileítis; el resto de los paraclínicos son normales. Se inicia tratamiento con esteroides mostrando mejoría franca y significativa. Se decide su alta y manejo ambulatorio. Las manifestaciones más comunes de estas enfermedades son relacionadas al aparato gastrointestinal (diarrea, constipación, dolor abdominal, etc.), sin embargo no debemos olvidar que existe compromiso extraintestinal de los cuales la fiebre y el malestar general son los más comunes. Las manifestaciones articulares no son infrecuentes en estos padecimientos, pero sólo el 10%-20% de los casos se presenta con ellas; 20%-25% presenta complicaciones extraintestinales dentro de las que destacan: osteoporosis, hipercoagulabilidad, colangitis esclerosante primaria, dermatopatías, entre otras.

**Folio:0223**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Síndrome de shock tóxico por *Staphylococcus aureus***

González S<sub>o</sub>, Armas A<sub>o</sub>, Alcántara I<sub>o</sub>, González V<sub>p</sub>, Mateos J<sub>o</sub>, Díaz A<sub>o</sub>

0.Hospital Ángeles Lomas; 1.Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Masculino de 52 años, deportista, previamente sano, que inicia su padecimiento 3 días previos a su ingreso con dolor lumbar, posterior a haber realizado ejercicio de tipo aeróbico al correr 10km. El dolor es de intensidad 7/10, se exacerba al movimiento, irradiado a ambas ingles. A causa de esto acude con neurocirujano quien

decide realizar estudio de imagen encontrando: espondilolisis L5, la cual se decide manejar de manera conservadora con analgésicos, AINES, esteroides e infiltración foraminal. El paciente presenta mejoría y se decide continuar con manejo externo. Sin embargo 24h después continúa con lumbalgia agregándose dolor precordial con irradiación a ambos brazos por lo que se decide ingresar a nosocomio para valoración y estudio del caso. A su ingreso con SV normales, se encuentra consciente, orientado y alerta, cardiopulmonar íntegro, abdomen sin compromiso, extremidades íntegras con dolor precordial irradiado a miembros torácicos. De inicio se interconsulta a cardiología para valoración, se solicitan enzimas cardíacas y EKG los cuales salieron negativos para SICA. Horas después se agrega al cuadro mialgias generalizadas y coluria por lo que se decide IC a medicina interna. Se solicitan laboratorios de control encontrando CPK de 1141 UI/mL por lo que se inicia aporte hídrico intensivo y se solicitan hemocultivos en frío. Ocho horas después a pesar del aporte hídrico el paciente presenta anuria y ansiedad, se toma gasometría venosa pH 7.39, pO2 60, pCO2 24, HCO3 17, Lactato 7. Sin embargo se decide bajar a UTI ante la ansiedad y sensación de disnea. Una hora posterior a su traslado a UTI el paciente empieza con dificultad respiratoria severa necesitando ventilación mecánica invasiva obteniendo la siguiente gasometría pH 7.20, pO2 96, pCO2 31, HCO3 15, Lactato 5.6 y se obtiene reporte preliminar del hemocultivo con cocos gram y se inicia Vancomicina. El paciente inicia con descompensación hemodinámica requiriendo de vaso-

presores a dosis altas. Ante la acidosis el paciente se hemodializó por 6 h obteniendo mínima mejoría. 2 horas posteriores a la hemodiálisis con TA media de 38 el paciente inicia con actividad eléctrica sin pulso. Se inician maniobras sin mejoría y el paciente fallece. El síndrome de shock tóxico estafilocócico es una enfermedad febril, aguda, mediada por toxinas, que puede condicionar rápidamente en falla orgánica múltiple.

**Folio:0224**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Hematología

**Púrpura trombocitopénica trombótica adquirida. Abordaje y diagnóstico en un hospital de segundo nivel. Reporte de caso**

González K<sub>o</sub>, Romero S<sub>o</sub>, Morales G<sub>o</sub>, Santillán W<sub>p</sub>, Alemán D<sub>1</sub>

0.Hospital Regional PEMEX Poza Rica; 1.Hospital Central Norte Azcapotzalco PEMEX

**Introducción.** Se caracteriza por microangiopatía trombótica diseminada con anemia hemolítica microangiopática, con incidencia anual de 11.3 casos/1.000.000 y representa un desafío dado que los criterios diagnósticos no se presentan simultáneamente (anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, fiebre, alteraciones neurológicas y renales), la supervivencia es solo del 10% sin el tratamiento de elección (recambio plasmático) y pese a ofrecerlo se asocia a un alto riesgo de complicaciones. **Objetivo:** describir la presentación clínica de una paciente con púrpura trombocitopénica trombótica adquirida. **Caso clínico:** mujer de 38 años, ingresó el 4/07/13 a urgencias por síndrome anémico y equimosis múltiples. Ex-

ploración física sin visceromegalias. Leucocitos 7100 (Neutrófilos 5500, Linfocitos 1000), Hb 6.9 gr/dl, Hto. 20.4%, VCM 86 fL, HCM 34 pg/dl, Plaquetas 8000, Creatinina 0.78 mg/dl, DHL 1616, TP 14.9 seg, INR 1.12, TTPa 39.5 seg. Frotis de sangre Periférica (FSP): 3 células compatibles con blastos mieloides. 5/07 aspirado de médula ósea (AMO) diluido e inicia apoyo transfusional. 6-7/07 deterioro neurológico (disartria y somnolencia) que revierte. TAC de cráneo normal. DHL 2614 BT 2.71 BI 2.6, reticulocitos 10.7% y prueba de Coombs directa negativa. 8/07 2° FSP: esquistocitos 3-5/campo. Presenta fiebre > 38.5°. 2° AMO diluido sin blastos. Biopsia de hueso: médula ósea hiper celular, células inmaduras < 8% con áreas de fibrosis. 9-10/07 tinte icterico, melena, 2° cuadro de deterioro neurológico (disartria y estupor). 2ª TAC de cráneo normal. 3er FSP sin blastos. Inicia manejo con sandoglobulina, metilprednisolona y plasma fresco descongelado 15 ml/kg/24h. 11/07 inicia recambio plasmático, no lo tolera y se obtienen solo 750 ml de plasma icterico. 12/07 estado de coma. CrI. 31 mg/dl. Paro cardiorrespiratorio y fallece. **Discusión:** al ingreso presentó anemia hemolítica microangiopática Coombs directo negativo y trombocitopenia severa, los 2 criterios clínicos presentes en el 100% de los pacientes con PTT y posteriormente se agregó deterioro neurológico, fiebre, y finalmente falla renal completando la pentada diagnóstica. Al frotis inicial se observaron blastos mieloides que no se corroboran en los subsecuentes, 2 AMO diluidos y en la biopsia de hueso algunas células inmaduras sin concluir un proceso mieloproliferativo agudo subyacente.

**Folio:0225****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Nefrología**Glomeruloesclerosis nodular idiopática en paciente no diabético.****Reporte de un caso***Sánchez N<sub>o</sub>, González C*

0.Hospital Universitario de Puebla

**Antecedentes:** la glomeruloesclerosis nodular es una lesión con grandes nódulos esféricos, eosinófilos con un área central acelular en las regiones intercapilares formados de matriz mesangial. Existen 45 casos reportados hasta la fecha. Factores relacionados son hipertensión, hipercolesterolemia y tabaquismo. **Objetivo:** presentar un caso de glomeruloesclerosis nodular idiopática así como una revisión del tema. **Informe de caso:** hombre de 37 años previamente sano, madre con síndrome nefrótico secundario a síndrome de Sjögren. Niega ingesta de productos naturistas o fármacos nefrotóxicos. Inició con cefalea holocraneana, a la exploración con una TA de 140/90 y edema en miembros pélvicos. Se realizaron los siguientes estudios de escrutinio: Glucosa: 79 mg/dl, Creatinina: 7.2 mg/dl BUN: 99 mg/dl urea: 211.86 mg/dl colesterol: 361 mg, triglicéridos normales, examen general de orina : proteínas 1188.4 mg/L eritrocitos. 10-12/campo, con dismorfia del 27%, Hb. 12.1 gr, VSG: 28 mm/hr, proteínas totales: 4.7 g, albumina 2.8 g/dl, DHL: 365 U resto normal, proteinuria de 24 horas: 5884.29 mg/24h, depuración de Creatinina de 24 horas: 9.7 ml/min. Proteína de Bence Jones, Factor reumatoide, ANCA, Ac Anti ENA, Antígeno Sm, Antígeno RNP, Ac SSA/R y Panel viral todos negativos. C3 y C4 normales.

USG renal normal, Biopsia renal percutánea: glomeruloesclerosis nodular, con fibrosis intersticial y atrofia tubular leve. Arterioesclerosis, nefritis tubulointersticial aguda, posiblemente por toxicidad, reacciones de inmunofluorescencia fueron negativas para IgG, IgA, C3c, albumina, fibrinógeno, kappa y lambda. Tinción Rojo Congo negativo, HbA1c: 5.6%, curva de tolerancia a la glucosa. Normal. Revisión oftalmológica : Normal. Se colocó catéter Mahurkar iniciando sesiones de hemodiálisis. Así mismo 4 bolos de metilprednisolona de 1 g/d y posterior prednisona a 1 mg/kg de peso hasta por 4 meses, sin respuesta. **Discusión:** el caso es el de un paciente que debuta con una lesión que es característica de nefropatía diabética como lo es la presencia de nódulos de Kimmelstiel ? Wilson, sin embargo tras meses de estudio nunca desarrolló diabetes o intolerancia a carbohidratos. Esta lesión fue descrita en 1936 y considerada patognomónica de la nefropatía diabética, de los factores de riesgo conocidos el único encontrado en este caso fue la hipercolesterolemia. En este caso pudimos descartar los diagnósticos alternativos.

**Folio:0226****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Nefrología**Glomerulonefritis mesangiocapilar asociada a síndrome de Sjögren.****Reporte de un caso y revisión de literatura***Álvarez C<sub>o</sub>*

0.Hospital General de Pachuca

**Antecedentes:** síndrome de Sjögren es una enfermedad sistémica autoinmune, se asocia a infiltrado linfocítico y plasmático de glándulas exócrinas:

salivales, parótidas y lagrimales, mediado por células B, con producción de anticuerpos y complejos inmunes. La afección extraglandular extraepitelial se refiere a purpura palpable, glomerulonefritis y neuropatía periférica. La prevalencia reportada de afección renal varía del 2 al 67%. **Informe de caso:** femenino de 56 años de edad, inicia hace 1 año con xerostomía, xeroftalmia y úlceras orales, los laboratorios reportan urea 36.4, BUN 17, creatinina 2.2, VSG 35, PCR 2.3 y proteinuria de 100mg/dl. Perfil inmunológico: C3 109, C4 31, Anti-Nucleares 10, Anti-Ro 14. Biopsia: glomerulonefritis con patrón mesangiocapilar con escasos depósitos de complejos inmunes. **Conclusiones:** la afección renal secundaria al síndrome de Sjögren es poco frecuente, su diagnóstico es raro en nuestro medio y presenta un mayor riesgo de transformación a linfoma.

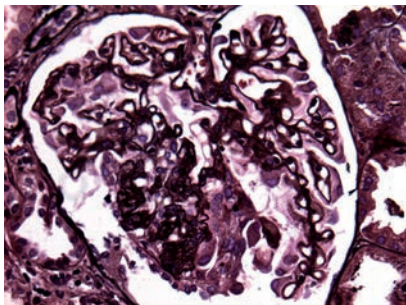


Figura 1.

#### Folio:0228

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Cardiología

**Impacto de la hipertensión arterial en los valores de adipocinas en pacientes diabéticos.**

Rubio A<sub>0</sub>, Vargas H<sub>1</sub>, Lozano J<sub>0</sub>, Rodríguez L<sub>0</sub>, Suárez J<sub>2</sub>, Duran M<sub>0</sub>, Escalante B<sub>3</sub>

0.Hospital General de Ticomán SS DF; 1.CINVESTAV Zacatenco. D.F.; 2.Centro Médico 20 de Noviembre ISSSTE; 3.CINVESTAV Monterrey NL.

Las adipocitocinas son péptidos producidos por el tejido adiposo, y participan en varias vías fisiopatológicas, tienen relación con mecanismos que promueven o inhiben la inflamación, la resistencia a la insulina y la disfunción endotelial. De tal forma que algunas de ellas, como resistina, promueven la inflamación, la resistencia a la insulina y la enfermedad cardiovascular, mientras que otras como adiponectina, tienen acciones antiinflamatorias, antiaterogénicas, y cardioprotectoras. Se ha demostrado que valores séricos aumentados de resistina y niveles disminuidos de adiponectina favorecen la enfermedad cardiovascular. La evidencia también sugiere que ambas situaciones son factores que influyen en el desarrollo de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 (DM2). **Objetivo:** valorar los niveles circulantes de las adipocitocinas adiponectina y resistina en pacientes hipertensos con DM2. **Material y método:** los niveles séricos de adiponectina y resistina fueron determinados por ELISA (RyDSystems Minneapolis), en 80 pacientes con DM2, (40 normotensos y 40 hipertensos sin manejo antihipertensivo previo), así como en 40 sujetos normotensos no diabéticos, el método estadístico empleado fue ANOVA. **Resultados:** encontramos que aunque el grupo control tuvo valores menores de resistina que el grupo de pacientes DM2 normotensos, no alcanzó significancia estadística (13,3 vs 16.7 pg/ml,  $p > 0.05$ ), la coexistencia de hiper-

tensión elevó significativamente los valores de resistina (25.9 pg/ml,  $p < 0.005$ ). A su vez, el grupo control tuvo valores significativamente mayores de adiponectina que los pacientes diabéticos normotensos (9.7 vs 7.5  $\mu$ g/ml  $p < 0.05$ ), la coexistencia de hipertensión no modificó significativamente los valores de esta adipocitocina (7.4  $\mu$ g/ml,  $p > 0.05$ ). **Conclusiones:** los pacientes con DM2 muestran niveles mayores de adiponectina y menores de resistina que los no diabéticos, la coexistencia de hipertensión aumenta significativamente los valores de resistina, pero no cambia los de adiponectina. Nuestros resultados también orientan al uso de fármacos que reduzcan los niveles de resistina, e incrementen los de adiponectina, al diseñar el manejo de los pacientes con DM2.

#### Folio:0230

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Menor variabilidad intrasujeto en la concentración media de glucosa sanguínea con insulina degludec vs. insulina glargina: metanálisis de pacientes con diabetes tipo 2**

Alexanderson G<sub>0</sub>, Meneghini L<sub>1</sub>, Harris S<sub>2</sub>, Evans M<sub>3</sub>, Rasmussen S<sub>4</sub>, Johansen T<sub>4</sub>, Pieber T<sub>5</sub>  
0.Hospital General de México; 1.University of Miami Miller School of Medicine; 2.University of Western Ontario; 3.Llandough Hospital Cardiff, UK; 4.Novo Nordisk A/S, Søborg, Denmark ; 5.Medical University of Graz, Austria

Basado en datos presentados en el congreso ADA 2013, Chicago, EUA. Antecedentes: La insulina degludec (IDeg) es una nueva insulina basal



de acción ultra-prolongada que ha demostrado tener una baja variabilidad día a día en un estudio de pinzamiento euglicémico. En este metanálisis post hoc de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se comparó la variabilidad día a día en la glucosa sanguínea media por automonitoreo (a partir de perfiles de 9 puntos, AMGC-9P) entre IDeg y glargina (IGlar). **Objetivo:** comparar en el contexto clínico la variabilidad glucémica intra-sujeto entre IDeg e IGLar. **Metodología:** este metanálisis a nivel de pacientes incluyó los cinco estudios fase 3a, aleatorizados, abiertos, de tratamiento a metas (a 26 ó 52 semanas de seguimiento) en los que se compararon IDeg e IGLar. Los AMGC-9P incluyeron mediciones hechas antes y 90 minutos después del inicio del desayuno, comida y cena, antes de acostarse, a las 4 a.m. y antes del desayuno del siguiente día. La variabilidad intra-sujeto (CV%) en la concentración de glucosa plasmática media global del perfil de AMGC-9P (área bajo el perfil) se estimó a partir de los perfiles realizados en las semanas 12, 16 y 26 (estudios a 26 semanas) y 12, 16, 26, 40 y 52 (estudios a 52 semanas), usando un modelo mixto lineal. **Resultados:** la variabilidad intra-sujeto estimada en los AMGC-9P fue significativamente menor en 7-10 % para IDeg vs. IGLar en los pacientes en insulina basal más antidiabéticos orales (ADO), con un CV% de 13.8 vs. 14.9 % respectivamente (razón IDeg/IGlar 0.93, IC 95% 0.89-0.96,  $p < 0.05$ ), así como un subgrupo de pacientes vírgenes a insulina (0.90, IC 95% 0.86-0.94,  $p < 0.05$ ). En conclusión, IDeg se asocia una variabilidad intra-sujeto significativamente menor en

la concentración media de glucosa sanguínea que IGLar en pacientes con DM2 que reciben insulina basal más ADO.

**Folio:0231**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia  
**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Progresión de pre-diabetes a diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con y sin exposición a esteroides sistémicos. Estudio de cohorte a 12 y 24 meses**

*Vázquez D<sub>o</sub>, Arce C<sub>1</sub>*

0.Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX; 1.Hospital Central Sur de Alta Especialidad

**Antecedentes:** se ha informado que la tasa de incidencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) entre prediabéticos es de 6% anual y de 0.72% en los sujetos sin prediabetes. Los factores de progresión identificados son: mayores niveles de glucosa en ayuno y un índice de masa corporal (IMC) mayor. Por otra parte, el riesgo relativo para el desarrollo de DM2 luego de exposición a esteroides, depende de la dosis, RR =1.8 con 10 mg, y RR=10.3 con > 30 mg. Se desconoce el riesgo del desarrollo de DM2 en prediabéticos y sus factores de riesgo luego de la exposición a esteroides sistémicos.

**Objetivo:** estimar el riesgo relativo de los prediabéticos para desarrollar DM2 luego de la exposición a esteroides sistémicos a 1 y 2 años. **Material y método:** construimos una cohorte de prediabéticos la que fue dividida entre sujetos que recibieron esteroides sistémicos y los que no recibieron, se ajustó por edad, IMC e indicación del uso de esteroide. Realizamos evaluaciones a los 12 y 24 meses y se realizó una comparación de otras variables de

interés. **Análisis:** Hicimos comparaciones entre los grupos con prueba t o chi cuadrada según correspondiera y posteriormente un análisis multivariado. **Resultados:** seguimos a 266 pacientes prediabéticos, 133 con exposición a esteroides sistémicos y 133 sin exposición. El grupo fue conformado por 54% de hombres y 46% de mujeres, promedios de edad de 60.9±15.4 años, IMC de 26.4±4.7 Kg/m<sup>2</sup> y glucosa en ayuno de 108.3±8.2 mg/dl; el grupo con esteroides recibió una dosis acumulada de 2.4±3.3 g equivalentes de prednisona. Durante el seguimiento, el total de pacientes que progresaron de prediabetes a DM2 fue de 31 (11.65%) a 1 año y 12 sujetos más (4.51%) a 2 años, en total 43 pacientes (16.16%). A los 2 años, fueron 30 con progresión en el grupo expuesto (22.6%) y 13 del no expuesto (9.8%) para un RR de 2.3 (IC 95% 1.33-5.45;  $p < 0.004$ ). En el análisis multivariado se encontró asociación con mayor tiempo de exposición a esteroides; mayores niveles de colesterol HDL se asociaron con menor tasa de progresión. **Conclusión:** la exposición a glucocorticoides se asocia con progresión de prediabetes a DM2 independientemente de otros factores conocidos para ello. El riesgo es mayor con una exposición más prolongada a esteroides independientemente de la dosis, mayores niveles de colesterol-HDL parecen tener efecto protector.

**Folio:0232**

**Tipo de Presentación:** cartel  
**Tema del resumen:** Oncología  
**Tumor de Ewing: reporte de un caso**  
*Sánchez J<sub>o</sub>, Arellano M<sub>o</sub>, García A<sub>o</sub>, Zúñiga J<sub>o</sub>*  
 0.Hospital Juárez de México

Femenino de 62 años, antecedente DM y HAS. Inicia 4 días previos con tos, disnea hasta ortopnea, dolor abdominal sordo y aumento de volumen de 3 meses de evolución. Consciente, se integra derrame pleural derecho 70%, tumoración abdominal que abarca hipocondrio, flanco y fosa iliaca derecha de 30x20 cm, fija a planos profundos, delimitada, contornos regulares. DHL 359 U/L. toracocentesis; líquido pleural serohemático, coagulo negativo, gluc 78mg/dl, DHL 182 U/L, cel 750/mm<sup>3</sup>. TAC simple: lesión heterogénea, múltiples calcificaciones y áreas hipodensas, dependiente de retroperitoneo, paquipleuritis, calcificaciones y nódulos pleurales. Histopatológico tumor de células pequeñas redondas y azules, inmunofenotipo compatible con tumor neuroectodérmico primitivo/sarcoma de Ewing. Patología muy rara en adultos, el 25% con metástasis al momento del diagnóstico. Es vital que el internista la conozca, ya que forma parte de los diagnósticos diferenciales de tumoraciones a diferentes niveles.

**Folio:0233****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Neurología**Uso de inmunoglobulina intravenosa en pacientes con miastenia gravis refractaria a piridostigmina para tratamiento a largo plazo***Lozano F<sub>o</sub>, Pérez C<sub>o</sub>*

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

**Antecedentes** la miastenia gravis es un trastorno crónico y autoinmune de la transmisión neuromuscular debido a una disminución o bloqueo del número de receptores de acetilcolina. En México se estima incidencia y

prevalencia de 0.5 casos por 100.000 habitantes y de 5-12 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Las principales manifestaciones clínicas incluyen diplopía, ptosis y debilidad muscular. Se trata con anticolinesterasicos, inmunosupresores e inmunoglobulina y plasmaféresis. La inmunoglobulina es tratamiento de primera elección de la crisis miasténica. **Objetivo de estudio:** documentar un caso con tratamiento de piridostigmina y agudización la cual es reversible con el uso de inmunoglobulina. Informe de caso Masculino de 55 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 y miastenia gravis. Presenta disfagia, debilidad generalizada, diplopía y dificultad respiratoria con toma regular de medicamento. Hemoglobina 8.57, hematocrito 26, leucocitos de 8,000, plaquetas 297,000, PCR de 9.14, VDRL-, T4 libre 1.06, T3 total 1.30, TSH, 17.639, glucosa 118, Na 139, K 3.9, Cl 102. Se agregó levotiroxina 100mcg/día. Presentó mayor dificultad respiratoria ameritando manejo invasivo de la vía aérea. Se usó inmunoglobulina demostrando mejoría y progresión en la asistencia mecánica ventilatoria hasta retiro. Se egresó con piridostigmina 240mg/día, prednisona 50mg/día, levotiroxina 100mcg/día e insulina glargina 10UI/día. 15 días después presentó diplopía y dificultad respiratoria, con asistencia mecánica ventilatoria, mejorando con inmunoglobulina. La tomografía de tórax no demostró tumores mediastinales. Discusión La inmunoglobulina es el tratamiento elección en la crisis miasténica. El mecanismo de acción es incierto, posiblemente compita con autoanticuerpos y fijación a Fc. Aún no se somete a estudios para uso

a largo plazo. **Conclusiones:** en el paciente que es refractario al manejo con anticolinesterasas y prednisona se debe considerar otras terapias, como inmunoglobulina. Hay estudios en los que se aprueba para tratamiento de crisis miasténica, sin embargo aún no hay evidencia de su uso para el tratamiento a largo plazo. La azatioprina es de utilidad a largo plazo, con riesgo de crisis miasténicas durante éste periodo. Se podría utilizar inmunoglobulina para control a largo plazo en quienes es refractaria a piridostigmina.

**Folio:0234****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Educación**Efecto en el desarrollo de aptitudes clínicas en lupus eritematoso sistémico posterior al pase de visita médica cotidiano vs un pase de visita estructurado y problematizado en residentes de medicina interna***Olvera A<sub>o</sub>, Uribe J<sub>p</sub>, Carrillo A<sub>o</sub>*

0.Hospital de Especialidades CMN La Raza; 1.Centro de Investigación Educativa y Formación Docente DF Norte

**Antecedentes:** la aptitud clínica se entiende como el dominio para identificar situaciones problemáticas en donde se pone en juego un criterio propio. El pase de visita médica (PVM) constituye la principal actividad docente para la formación del personal médico. Desafortunadamente, la práctica del PVM ha ido decreciendo por sobrecarga de trabajo y/o por desconocimiento de sus alcances como estrategia educativa. Dentro de las patologías más frecuentes en nuestro servicio se encuentra el lupus eritematoso sistémico (LES), padecimiento autoinmune con afección multiorgánica que requiere de un profundo

análisis clínico y ejercicio diagnóstico por su diversidad sintomatológica y sistemas involucrados. **Objetivo:** demostrar que la realización de un PVM estructurado y problematizado (PVMEP) permitirá al residente de medicina interna la adquisición de mejores aptitudes clínicas en la atención de los pacientes en comparación con la realización de un PVM habitual. **Método:** se crearon 2 grupos, con el grupo I se realizó el PVMEP en pacientes con LES incluyendo las siguientes etapas: 1. Organización exhaustiva. 2. Presentación del paciente. 3. Análisis colectivo. 4. Conclusiones. Con el grupo II se realizó el PVM habitual durante el mismo tiempo. Al término de la intervención se realizó un cuestionario previamente validado mediante técnica tipo Delphi, evaluando 7 indicadores: indicación de auxiliares diagnósticos, integración diagnóstica, acciones terapéuticas, indicación de procedimientos invasivos, identificación de factores de riesgo, iatrogenia por omisión e iatrogenia por comisión. La escala de aptitud clínica fue estimada mediante la prueba de Pérez Padilla y Viniegra. El análisis estadístico se realizó mediante U de Mann Whitney. **Resultados:** en relación al grado de aptitud en general, en los dos grupos el 62.5% alcanzó un nivel alto y el 37.5% un nivel medio. Al comparar entre ambos grupos, en el grupo de estudio el 100% alcanzó un nivel alto y en el control, el 25% alcanzó un nivel alto y el 75% alcanzó un nivel medio. Al realizar el análisis estadístico, se corroboró significancia estadística con un valor de 0.029. **Conclusiones:** el presente estudio demuestra de manera objetiva la utilidad del PVM como estrategia educativa en la formación médica realizándolo

de forma adecuada a fin de cumplir objetivos asistenciales y docentes.

**Folio:0235**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Oncología

**Carcinoma de células claras. Presentación de un caso clínico**

*Gálvez Y<sub>o</sub>, Vargas D<sub>o</sub>, Hernández M<sub>o</sub>, Cornish M<sub>p</sub>, Gutiérrez F<sub>2</sub>*

0.Hospital General de Cuernavaca José G. Parres; 1.Hospital General de Cuernavaca José G. Parres; 2.Hospital General de Cuernavaca José G. Parres

**Introducción:** el cáncer renal representa la decima causa de neoplasia en nuestro país. El carcinoma de células claras ocupa el 80-85% de las neoplasias renales primarias. **Caso clínico:** masculino de 65años de edad con índice tabáquico de 4.6, sin otros antecedentes personales de importancia. Inicio su padecimiento 8 meses previos a su ingreso con disnea de medianos esfuerzos, tos seca en accesos y pérdida de peso de 8kg. Presento fiebre no cuantificada, motivo de su ingreso. A la exploración física se encontró en estado de alerta, orientado, con palidez de tegumentos, deshidratación leve. Abdomen blando, con dolor a la palpación en mesogastrio y flanco izquierdo. Esplenomegalia palpable de 3cm por debajo de la línea de Piorri. Venas superficiales tortuosas en ambos miembros pélvicos. La biometría hemática demostró 6.24gr/dl, anemia microcítica normocromica. La TAC abdominal simple mostró una tumoración renal. Se realizó nefrectomía de riñón izquierdo (30x30cm), con vascularidad importante, además de ganglios parahiliares de 1-2cm de diámetro. El estudio histopatológico reportó carcinoma de células renales

Fuhrman 3 con infiltrado de la capsula renal, trombosis neoplásica de vena renal, con necrosis extensa. Metástasis en 3/3 ganglios linfáticos. **Conclusión:** el carcinoma de células renales es el más frecuente de las neoplasias primarias renales. El diagnóstico suele ser incidental. Sin embargo también es frecuente el diagnóstico en etapas tardías. La sobrevida en paciente con metástasis es cerca de 13 meses.

**Folio:0236**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

**Enfermedad de Hodgkin variedad esclerosis nodular. Presentación de un caso clínico**

*Cornish M<sub>o</sub>, Vargas D<sub>o</sub>, Hernández M<sub>o</sub>, Gálvez Y<sub>o</sub>, Gutiérrez F<sub>o</sub>*

0.Hospital General de Cuernavaca José G. Parres

**Introducción:** el linfoma de Hodgkin representa de manera global el 10% de todos los linfomas. En algunas series representa el 5% y en hospitales de tercer nivel en México del 0.8%. Presentamos el caso clínico por la rareza y relevancia clínica al establecer un diagnóstico oportuno. **Caso clínico:** paciente masculino de 29años de edad sin antecedentes de importancia. Inició su padecimiento 8 meses previo al ingreso con fiebre de 40°C asociado a diaforesis y pérdida de peso de aproximadamente: 17kg. A la exploración física se encontró: adenomegalia submaxilar derecha, fija a planos profundos de 2cm, no dolorosa a la palpación. Además esplenomegalia de 7 cm por debajo del reborde costal. La biometría hemática reporto 8100 leucocitos, hb 10.4gr7dl. plaquetas: 131000. Se reportó en frotis de sangre periférica mieloblastos y

linfoblastos. DHL: 342UI/I. El urocultivo, hemocultivos, BAAR fueron negativos. La tomografía de abdomen simple y contrastada mostró esplenomegalia con presencia de múltiples conglomerados ganglionares interaorticocavales y paraorticos izquierdos, así como iliofemorales. El aspirado de medula ósea mostró hiperplasia con mitosis, con predominio de serie megacariocítica. Se observaron células en canasta. Se realizó LAPE y se encontró bazo de 30x30cm. Se realizó esplenectomía. El reporte histopatológico concluyó: enfermedad de Hodgkin variedad esclerosis nodular. **Conclusión:** la esclerosis nodular, es la variedad de linfoma Hodgkin más frecuente en mujeres. El pronóstico suele ser bueno, ya que es curable en cerca del 90%, si se diagnóstica en estadios tempranos I y II de la enfermedad.

**Folio:0237****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Neurología**Uso de neuropéptido (cerebrolysin) como coadyuvante en el manejo de hidrocefalia normotensa y demencia vascular**Calzada P<sub>o</sub>, Rivera D<sub>o</sub>, Estrada M<sub>1</sub>

0.Centro Medico Ecatepec Issemym;

1.Hospital General Manuel Gea González

Masculino de 73 años, hipertenso, con deterioro cognitivo de un año, con dependencia total y agresividad. Minimal 9 puntos y prueba de reloj con deterioro grave, estudios de laboratorio en límites normales. Resonancia magnética con dilatación de sistema ventricular y lesiones isquémicas en sustancia blanca. Se coloca válvula para derivación ventrículo-peritoneal,

se realiza nuevo minimal 3 semanas después de cirugía con 10 puntos, reloj no ejecutable, sin mejoría de funcionalidad y estado conductual. Se indica Cerebrolysin 2.152 gr en dosis semanal por 4 semanas continuas en dos ocasiones (8 semanas), con 2 meses entre cada aplicación; con mejoría de la marcha, funcionalidad global, contenido de lenguaje, reconocimiento de personas y objetos. Minimal posterior de 17 puntos y prueba de reloj de con mejoría en el desempeño del test. El tratamiento de la hidrocefalia normotensa con descompresión ventricular puede asociarse a neuropéptido con mejor respuesta cognitiva.

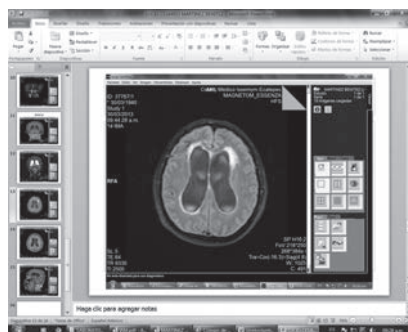


Figura 1.

**Folio:0238****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Infectología**Aneurisma micótico aórtico por *Salmonella arizonae*: reporte de caso y revisión de la literatura**Steta J<sub>o</sub>, Martínez J<sub>p</sub>, O'Farrill A<sub>1</sub>

0.Centro Médico ABC, INNSZ;

1.Centro Médico ABC

Hombre de 65 años de edad con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, el cual se presentó con un cuadro de dolor lumbar de dos semanas de evolución asociado a fiebre. A la exploración física sin hallazgos de

relevancia. En el abordaje inicial se documentó leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. En hemocultivos a su ingreso se identificó crecimiento de *Salmonella arizonae*. En estudios de imagen se evidenció la presencia de aneurisma aórtico abdominal con hipermetabolismo. En nuestra revisión discutimos generalidades clínicas de la patología, así como su pronóstico y mejor abordaje de acuerdo a la experiencia internacional.

**Folio:0239****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Cardiología**Ruptura de aneurisma del seno coronario secundario a endocarditis infecciosa: presentación de un caso y revisión de la literatura**Aceves G<sub>o</sub>

0.Hospital Civil de Guadalajara Dr.

Juan I. Menchaca

Los aneurismas del seno coronario se deben a ausencia de tejido elástico normal de la media, entre el seno aórtico y la línea de conexión del anillo aórtico; un 0,15-1,5% de las cirugías cardiacas corresponden a la reparación de aneurismas del seno de valsava, el 65-80% de los casos son hombres (4:1), pudiendo ser congénitas o adquiridas, se asocian también a defectos septales 30-60%, anomalías de la válvula aórtica, insuficiencia aórtica 20-30%, válvula bicúspide 10%, estenosis aórtica 6,5%. La ruptura del seno coronario se ubica principalmente en la coronaria derecha 60%, no coronario 32% y el resto en la coronaria izquierda, el ventrículo derecho es el más afectado en un 60%, siguiendo aurícula derecha 29%, Ventrículo izquierdo 6% y por



último la aurícula izquierda 4%. **Objetivos:** Ejemplificar la presentación de un caso clínico con aneurisma del seno coronario roto por endocarditis infecciosa por *Streptococcus mitis*/oralis. **Reporte clínico:** Mujer de 26 años con antecedente de enfermedad cardíaca no determinada en ese momento. Con fiebre intermitente de hasta 40° C, diaforesis, pérdida de peso 10 kg y maculas rojizas que desaparecían a la digitopresión en las extremidades inferiores. A la exploración: tensión arterial 110/30 mmHg, signo de Muller, Thrill sistólico en orquilla esternal, ápex desplazado hacia debajo del quinto espacio intercostal amplio, soplo continuo, intenso y prolongado. Máquina de vapor de Gibson? además de doble soplo en la arteria femoral "signo de Duroziez"; en piel y tegumentos múltiples pápulas y maculas, indoloras con desaparición a la digitopresión en extremidades pélvicas. **Análisis:** leucocitos 16.3 miles/ul neutrófilos 12.6 miles/ul, PCR 5.8; ecocardiograma con válvula aortica con 3 valvas: izquierda con engrosamiento severo 6 x 8 mm, valva derecha vegetación de 3 x 6 mm, Valva derecha presenta boca de 5 mm, comunicante a aneurisma de 13 x 13 mm y este con rotura hacia el Ventrículo derecho orificio de 3 mm con cortocircuito de izquierda a derecha; Se reporta crecimiento en hemocultivos de *Streptococcus mitis*. Realizando tratamiento con antibioticoterapia y posteriormente enviada a tratamiento quirúrgico. **Conclusiones:** La ruptura del seno coronario como consecuencia de la endocarditis infecciosa es una alteración poco frecuente y que representa un reto diagnóstico para la comunidad médica.

**Folio:0241****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Misceláneos**Neumonía intersticial inducida por nitrofurantoina. Reporte de caso**

*Reyes J<sub>o</sub>, Galeana M, Contreras J*  
0.Escuela Militar de Graduados de Sanidad

**Antecedentes:** el uso de nitrofurantoina puede causar neumopatía intersticial, el diagnóstico es clínico, en correlación a exposición al fármaco y hallazgos radiológicos. **Informe de caso:** varón; 57 años, carpintero, índice tabáquico: 10 paquetes/año, Presentó litiasis ureteral, ameritó nefrostomía derecha, inició nitrofurantoina oral 100mg/día, 6 meses después presenta disnea de mínimos esfuerzos, tos nocturna, productiva, hialina, taquicárdico, taquipneico, SO<sub>2</sub>: 88%; ruidos respiratorios disminuidos, subcrepitos subescapulares; se suspende nitrofurantoina. TC tórax: con datos sugestivos de neumonía intersticial, 2 meses después, TC Tórax: resolución notable del patrón radiológico. Exploración pulmonar normal, sin síntomas respiratorios, ni datos de hipoxemia.

**Conclusiones:** aunque el porcentaje de afección pulmonar por nitrofurantoina es poco frecuente la suspensión inmediata puede mejorar e incluso revertir el daño pulmonar evitando la progresión de la enfermedad.

**Folio:0242****Tipo de Presentación:** sin preferencia**Tema del resumen:** Nefrología

Correlación entre el grado de anemia en pacientes con enfermedad renal crónica y el grado de hiperfosfatemia y producto de solubilidad

*Santiago J<sub>o</sub>, Rodríguez L, Sánchez G*

0.Secretaría de Salud del Distrito Federal

**Antecedentes:** la anemia normo-normo acompaña a la enfermedad renal crónica estadio 5 ERC E5. La anemia resulta de alteraciones como el hiperparatiroidismo secundario. En ausencia de medición de Hormona paratiroidea "PTH", el producto de solubilidad "PS" (calcio "Ca" x fosfato "PO<sub>4</sub>") y la hiperfosfatemia pueden ser marcadores de Hiperparatiroidismo. **Objetivo:** determinar la correlación de Hemoglobina "Hb" con PO<sub>4</sub> y PS. **Material y método:** descriptivo, observacional, transversal y prolectivo. Incluyó 24 pacientes con ERC E5 en diálisis peritoneal y anemia. Análisis estadístico. Correlación de Hb con PO<sub>4</sub> y PS con el coeficiente de correlación de Pearson. Significativo un alfa < .05. **Resultados:** al correlacionar Hb y PS se obtuvo r = -0.433 (95% IC -.034, -.711) y r cuadrado de .18, p < 0.05. Al correlacionar Hb y PO<sub>4</sub> se obtuvo r = -0.485 (95% IC -.113, -.722) y r cuadrado de .23, p < 0.05. **Conclusión:** hay correlación significativa de Hb con el PS y el PO<sub>4</sub> en pacientes con ERC E5.

**Folio:0243****Tipo de Presentación:** oral**Tema del resumen:** Reumatología**Distribución topográfica y anticuerpos asociados a calcinosis en esclerodermia**

Cruz M<sub>o</sub>, García G<sub>1</sub>, Lizcano N<sub>2</sub>, Hernández S<sub>2</sub>, Aguilar G<sub>2</sub>, Vera O<sub>0</sub>  
0.UMAE Especialidades CMN La Raza; 1.Facultad de Medicina de Xalapa; 2.Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

**Antecedentes:** la esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad fibrotica

autoinmune. Las calcinosis son depósito de sales insolubles de calcio que ocurren en 20 a 40% de los casos, típicamente después de 10 años del inicio de la enfermedad. **Objetivo:** registrar la topografía de calcificaciones en pacientes con esclerodermia y comparar sus características con las de pacientes sin calcinosis. **Pacientes y métodos:** incluimos pacientes consecutivos con esclerodermia, que firmaron carta de consentimiento informado. Se excluyeron otras enfermedades reumatológicas o metabólicas asociadas a formación de calcinosis. Diseño de casos y controles. Grupo I: con calcinosis y grupo II: sin calcinosis. Se evaluó escala de Rodnan modificada, criterios de Le Roy, escala de Medsger. Exploramos minuciosamente para identificar número y localización de las calcinosis. Revisamos registros electrónicos de radiología y laboratorio. Comparamos los grupos con t de Student o U Mann Whitney para variables numéricas, ji cuadrada para variables nominales y ordinales. **Resultados:** incluimos 72 pacientes, 26 en grupo 1 (edad  $51.4 \pm 11.8$  años) y 46 en grupo 2 (edad  $52.2 \pm 13.7$  años). El tiempo de evolución fue grupo 1:  $12 \pm 6.4$  años y grupo 2:  $11 \pm 9.5$  años. Del grupo con calcinosis el 50% correspondió a la variedad cutánea limitada y el otro 50% a la difusa. El grupo con calcinosis tuvo mayor afección dérmica (Rodnan  $20.1 \pm 12.7$  vs  $9.2 \pm 6.9$ ) pero menor severidad sistémica (Mesger  $26 \pm 5.1$  vs  $48 \pm 3.8$ ) que el que no tuvo calcinosis. En el grupo con calcinosis fueron más frecuentes los anticuerpos Nucleolar (34%) y anti-topoisomerasa (30%). El número de calcinosis y sitio más frecuente fueron, dedo índice (43), pulgar (35),

medio (34), anular (23) y meñique (14). Otros sitios frecuentes fueron región distal de extremidad inferior (37), antebrazos (27), planta del pie (23), rodilla (16), codo (10), palma de la mano (10), glúteos (9), cuello (7), región proximal de extremidades superiores (6) y cara (3). **Discusión:** las calcinosis ocurrieron en 36% pacientes con esclerodermia. Las calcinosis más comúnmente se reportan en extremidades, nosotros las encontramos también en glúteos y cuello. Se han asociado a síndrome de CREST (variedad limitada), nosotros lo encontramos en la variedad difusa en 50% de los casos y asociadas a anticuerpos nucleolar y anti-topoisomerasa.

#### **Folio:0244**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Hemorragia alveolar difusa secundaria a lupus eritematoso sistémico en mujer gestante**

*Liñán J<sub>o</sub>*  
 0.IMSS

La HAD es una manifestación infrecuente en los pacientes con LES reportada entre 1% hasta 5.4%. Se presenta el caso de una paciente con LES embarazo, presentando manifestaciones iniciales una HAD. Femenina de 19 años de edad refiere embarazo normo evolutivo con control prenatal a partir del segundo trimestre acude a atención médica por presentar algias obstétricas esporádicas e irregulares rigidez articular matinal 15-30 min de 1 semana además de artralgias de predominio en codos articulaciones MCF rodillas con fatiga desde hace 5 meses. Percibiéndose adecuada motilidad fetal.

TA:110/70 Fc: 108, FR:19 Temp: 36.5. Presenta dificultad respiratoria fiebre 39 cianosis taquicárdicos murmullo vesicular con sx de condensación pulmonar basal izquierdo, además de flogosis de rodillas y codos. Al 4to día de EIH presentando deterioro respiratorio Rx de tórax con datos de HVCP, TAC de tórax evidencia de foco neumónico con broncograma aéreo derrame pleural bilateral. Evolucionando tórpida al 5to día de EIH dos úlceras en paladar duro no doloroso artritis de codos bilateral, dolor en cadera entesitis en rodillas dolor en cabeza de metatarsianos aumento de volumen en tarsos, vasculitis en manos Lab ANA () leucopenia anticuerpos ANA 1:640, AcAnti DNA nativo 1:80() AntiSm 2.80(-) Ac anticardiolipina: IgG1.50 e IgM1.50 ambas negativas C3: 113 mg/dl C4: 17.4 Anticoagulante lupico antiB2glicoproteína neg, BNP609.2 Glu:82 creat:10, BUN:4.7 Urea:10.6 AST: 36, ALT:25 Hb:8.3 Hcto:24 plaq326 leu9 neu: 9.5 lin5.8 Se indica pulsos de metilprednisolona y posteriormente FARMES Azatioprina hidroxiclороquina Deflazacort y cobertura antimicrobiana. Disnea de reposo ortopnea disfagia y expectoración hemoptoica tos cianozante en accesos con cianosis peribucal Hemodinámicamente con taquicardia apoyo de amina tipo dobutamina a 4.8 gammas GASA hipoxemia IK130 mmHg por lo que se realiza intubación orotraqueal. Se decide interrupción del embarazo. Evolucionando paulatinamente hacia la mejoría criterios para extubación y sin apoyo mecánico ventilatorio con terapia a base de esteroide azatioprina e hidroxiclороquina con buena evolución lab Hb12 Hct35 plaq424

mil leu8.81 Abundantes eritrocitos isomorfos, dep de 24 horas 140mg de proteínas, TFG: 92 Cultivos de secreción bronquial neg PCR para influenza y coronavirus negativo. Ac pANCA y cANCA neg, tinción hem siderofagos.

**Folio:0245**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Causas de cambio de agentes biológicos en artritis reumatoide, estudio multicéntrico de 2002 a 2011**

Zamora R<sub>o</sub>, Arce C<sub>o</sub>

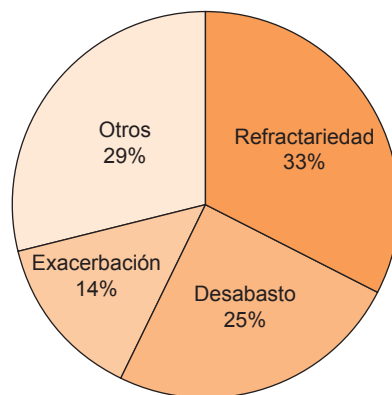
0.Hospital Central Sur de Alta Especialidad Pemex

**Antecedentes:** la secuencia de cambio de los agentes biológicos empleados en artritis reumatoide es incierta. Hay sugerencias de iniciar un 2° anti-TNF posterior a falla al primero; aunque también de iniciar agentes anti-CD20, anti-IL6 o anti-CD40. **Objetivo:** determinar las causas de cambio entre agentes biológicos en artritis reumatoide.

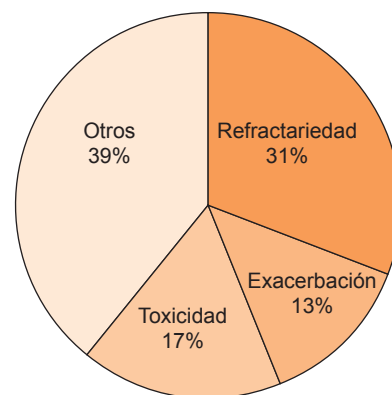
**Material y métodos:** estudio observacional y retrospectivo de los Hospitales de PEMEX de Villahermosa, Minatitlán y Picacho de 2002 a 2011 en pacientes que hayan recibido al menos un agente biológico. Se evaluaron las causas del cambio a un 2° o 3° agente biológico. **Resultados:** las principales causas de cambio fueron la enfermedad activa y el desabasto; la toxicidad ocupó un cuarto sitio en 8% de casos. Cuadro 1 y Figuras 2 y 3. **Conclusiones:** en nuestro estudio los motivos de cambio no corresponden con los reportados en otros centros. Esto a podría ser a causa de una respuesta diferente de nuestra población a los biológicos.

**Cuadro 1.** Variables demográficas

	Pacientes n = 153
Hombres n (%)	10 (23)
Mujeres n (%)	133 (87)
Edad promedio (años)	59.6
Peso (kg)	66
Talla (m)	1.56
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	26.7
Cambio a segundo biológico n (%)	76 (49)
Cambio a tercer biológico n (%)	23 (31)



**Figura 1.** Motivo de cambio a segundo biológico.



**Figura 2.** Motivo de cambio a tercer biológico.

**Folio:0246**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Infectología

**Factores asociados a la mortalidad en pacientes con pielonefritis enfisematosa**

Del Castillo N<sub>o</sub>, Ávalos J<sub>o</sub>, Halley M<sub>o</sub>, Díaz J<sub>o</sub>, Suárez R<sub>o</sub>, González J<sub>1</sub>  
0.Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos; 1.Instituto Mexicano del Seguro Social

**Antecedentes:** la pielonefritis enfisematosa (PE) es una patología poco frecuente con alta mortalidad, hay poca información, en especial los factores asociados a mortalidad.

**Objetivo:** valorar el punto de corte propuesto por Yung y Falagas, como factor de riesgo de mortalidad en pacientes con PE. **Material y métodos:** cohorte de pacientes con PE; evaluados al ingreso, 24 y 72 horas y hasta su desenlace, se determinó medidas de tendencia central, T Student, riesgo relativo y chi cuadrada. **Resultados:** se estudiaron 25 pacientes, 76% mujeres, edad 51.8±15, 96% con DM, 24% con HAS, 16% uropatía obstructiva, 6(24%) fallecieron, sintomatología 13.2±30 días, tiempo para el diagnóstico 2.3±3.4 días, estancia 14.2±1.7 días, recibieron 4±2 antibióticos. No hubo diferencia en edad, género, bacteriología ó antecedentes entre los grupos. Al ingreso, las diferencias entre sobrevivientes y no, fue en cuenta leucocitaria (15.1±8.5 vs 24.1±7 P=0.03) y TP (15.1±1.8 vs 18.1±3.3 P=0.03). A las 24 h: en TAS de 20 mmHg (102.9±20.3 vs 80±17.8 P=0.02), taquicardia > 120 (90.3±22.7 vs 123±19.8 P=0.004) y acidosis severa (HCO<sub>3</sub>:12.28±2.7 vs 8.2±3.6 P=0.03). A las 72 h, TAS < 100 mmHg (110.8±23 vs 95±5.7 P=0.01) y taquicardia (83.4±15.5 vs 118.5±25.6 P=0.001), con aumento de taquipnea (FR:19.8±2.6 vs 26.2±4.3

$p = ? 0.001$ ), trombocitopenia  $? 30,000$  ( $182.4 \pm 139.2$  vs  $30.2 \pm 17.1$   $P=0.05$ ), incremento progresivo de BUN ( $41.9 \pm 42.6$  vs  $91.6 \pm 50.8$   $P=0.05$ ), potasio ( $4.15 \pm 0.7$  vs  $5 \pm 0.4$   $P=0.05$ ), y  $PCO_2$  ( $26.3 \pm 6.2$  vs  $36.3 \pm 2.3$   $P=0.01$ ). En cuanto a riesgo fueron: afección bilateral (3.66, IC95% 1.11-12.10) y temperatura  $? 38^\circ C$  a las 48 y 72 horas (5.14, IC95% 1.20-22.04,  $P=0.01$ , RR 7.33, IC95% 2.56-20.99,  $P=0.02$ ) **Conclusiones:** los hallazgos difieren de lo reportado por Falagas y Yung, que han sido el punto de referencia para toma de decisiones. Consideramos se deben de buscar los puntos de corte en los factores de riesgo involucrados en la mortalidad en nuestra población.

#### Folio:0247

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Cardiología

**Importancia de medir el índice brazo tobillo en la evaluación del riesgo cardiovascular en adultos menores de 40 años**

Rubio  $A_0$ , Morales  $H_0$ , Huerta  $S_0$ , Garrero  $A_0$ , Vargas  $G_0$ , Durán  $M_0$

0.Hospital General de Ticomán

Se ha descrito presencia de aterosclerosis en edades tempranas de la vida. El índice brazo tobillo (IBT) es una herramienta diagnóstica para enfermedad vascular periférica, sin embargo, un IBT anormal predice en forma independiente y significativa mortalidad cardiovascular y cerebrovascular. El NCEP III dice que la presencia de enfermedad coronaria o su equivalente ubica al sujeto en el rango de riesgo cardiovascular alto. En México, la normatividad pide valoración cardiovascular en pacientes  $> 40$  años que serán sometidos a cirugía

no cardíaca, pero no en menores de esa edad. **Objetivo:** determinar si la medición del IBT modifica el riesgo cardiovascular en adultos jóvenes. **Material y método:** se evaluaron 103 pacientes  $< 40$  años, normotensos no diabéticos sin antecedentes de enfermedad cardiovascular, en quienes se buscaron los distintos factores de riesgo aterogénico, se diagnóstico síndrome metabólico (SM) con los criterios de la Federación Internacional de Diabetes, en todos ellos se determino IBT usando doppler de 5 megahertz, se consideró normal un IBT entre 0.9 y 1.3. El análisis estadístico se realizó con razón de momios y regresión lineal. **Resultados:** de los 103 pacientes, 36 (34.9%) presentaron IBT anormal, la regresión lineal no encontró que algún factor de riesgo correlacionara en forma aislada con IBT anormal. En 72 pacientes (69.9%) se diagnosticó SM, la razón de momios para presentar IBT anormal en los sujetos con SM fue de 3.8. En forma interesante, la realización del IBT permitió reclasificar en riesgo cardiovascular alto a 14 pacientes (13.6%). **Discusión-Conclusión:** encontramos una prevalencia elevada de IBT anormal en sujetos jóvenes, lo que no guardó relación con algún factor de riesgo en forma aislada, pero si con la coexistencia de varios de ellos. Esta prevalencia es similar a la observada en estudios en población general mayor de 55 años de edad. Llama la atención que un porcentaje importante de los sujetos ve reclasificado su riesgo cardiovascular al agregar los resultados del IBT, por lo que la medición de este índice debe incluirse en los programas de detección de riesgo cardiovascular, como lo sugieren las guías de la ESH-ESC, y quizá también

en la valoración preoperatoria. Por la edad de nuestros pacientes, también resalta la importancia de aplicar medidas preventivas y modificaciones al estilo de vida desde la infancia.

#### Folio:0248

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Niveles séricos de gama glutamil transpeptidasa como indicador pronóstico de mortalidad intrahospitalaria en hepatitis alcohólica severa**

Geuguer  $L_0$ , Pedro  $A_0$ , López  $C_0$ , Elizalde  $C_0$ , Guerrero  $J_0$

0.Secretaría de Salud del Distrito Federal

**Introducción:** la hepatitis alcohólica (HA) es uno de los principales problemas de salud en México, su mortalidad es de 30 a 60% en la forma severa. La gamaglutamil transpeptidasa (GGT) es un parámetro sensible de enfermedad hepática inducida por alcohol (EHIA). Lo que nos sugiere que la GGT, es un indicador de tejido hepático sano. **Objetivo:** determinar si existe asociación entre los niveles séricos de GGT con la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con HA severa. **Material y métodos:** se incluyeron 48 pacientes con diagnóstico de HA severa, 24 con GGT mayor a 300 U/L y 24 con GGT menor a 300 U/L. Se midieron los niveles séricos de GGT y bilirrubinas totales (BT) al ingreso y a los 28 días. Se registró presencia de Encefalopatía Hepática (EH), Falla Renal Aguda (FRA), infecciones, Hemorragia de Tubo Digestivo Alto (HTDA) y los días de estancia intrahospitalaria (DEIH) y el número de muertes atribuidas a la HA. **Análisis estadístico:** Diseño de cohorte



te. El análisis de los niveles séricos de GGT con la mortalidad, EH, FRA, infecciones, HTDA y la respuesta al tratamiento, se realizó a través de Chi 2 y RR, y se aplicó prueba t de Student para el análisis de los DEIH y de BT. Se establecieron IC del 95% y un valor de p estadísticamente significativo < 0.05. Se utilizó SPSS 20. **Resultados:** la Chi2 para la asociación entre los niveles de GGT y la mortalidad por HA severa, fue de 2.087 con un valor de p = 0.149, el RR fue de 0.643 con un IC del 95% de 0.135 a 1.365. Para la EH, la Chi2 fue de 4.463 con una P < 0.05, y el RR de 0.632 con un IC del 95% de 0.403 a 0.99. Para la FRA la Chi2 fue de 7.056 con una p < 0.05, y el RR, fue de 0.357, con un IC del 95% de 0.153 a 0.836. La Chi2 para la HTDA fue de 2.009 con una p > 0.05 y un RR de 4.000, con un IC del 95% de 0.482 a 33.22. Para el desarrollo de procesos infecciosos la Chi2 fue de 4.364, con un valor de p < 0.05. La presencia de respuesta al tratamiento, obtuvo una Chi<sup>2</sup> de 0.99, con un valor de p = 0.32, con un RR de 0.587 con un IC del 95% de 0.203 a 1.693. **Conclusiones:** los niveles séricos de GGT elevados no se asociaron con menor mortalidad en los pacientes con HA severa, sin embargo si demostraron ser un factor protector para el desarrollo de complicaciones como la EH, FRA y desarrollo de infecciones, no así para la HTDA. No se encontró asociación con los DEIH, respuesta al tratamiento y niveles de BT.

**Folio:0249****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Neurología**Hipotermia controlada: Una intervención terapéutica rezagada en la medicina***Bourlon R<sub>o</sub>, Pérez I<sub>o</sub>, Palma R<sub>p</sub>, Revuelta L<sub>2</sub>, Galindo<sub>3</sub>*

0.Hospital Ángeles del Pedregal; 1.Universidad Autónoma de Chihuahua. Hospital Ángeles del Pedregal; 2.Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán ; 3.Universidad La Salle. Hospital Ángeles del Pedregal

Los pacientes que presentan paro cardiorrespiratorio presentan una gran constelación de consecuencias clínicas. Los efectos del llamado “síndrome post-paro cardiorrespiratorio”. pueden llegar a ser lo suficientemente severos al grado de que solo un tercio de los pacientes que son admitidos al hospital posterior a un paro cardiorrespiratorio sobreviven al alta. La hipotermia controlada, es una intervención terapéutica recomendada en el manejo de estos pacientes, sin embargo aun existe desconocimiento y por ende resistencia para adoptar esta intervención terapéutica de manera oportuna por el personal clínico. Presentamos el caso de un paciente masculino de 18 años de edad con antecedente de bocio multinodular. El paciente fue trasladado al servicio de urgencias por presentar paro cardiorrespiratorio que requirió apoyo de maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas. El paciente ingreso a UCI y se inició protocolo de hipotermia controlada. Los estudios de laboratorio iniciales reportaron: T3 43.7, T4 3.7, T4L 0.8, TSH 33.44, Na 109, K 6.92, Cl 84, Co2 15.2, BUN 42.2, Urea 90.7, Cr 2.11 y acidosis metabólica con lactoacidemia. El paciente fue diagnosticado con hipotiroidismo severo y recibió manejo específico. Es importante hacer mención el grado extremo de presen-

tación del hipotiroidismo. Según un reporte de la FDA en que se estudiaron pacientes con hipotiroidismo solo un 0.43% se presentaron con paro cardiaco y de estos el 67.42% fue en mayores de 60 años no existiendo reportes en pacientes de edades entre 10 a 19 años. Sin embargo la finalidad de presentar este trabajo es mencionar la utilidad de la hipotermia controlada, la cual ha mostrado puede atenuar varios de los mecanismos deletéreos sensibles a temperatura como lo es la apoptosis cerebral. Los médicos internistas debemos estar familiarizados con sus efectos fisiológicos, así como indicaciones de uso y técnicas.

**Folio:0250****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Epidemiología**Factores asociados a la resistencia a la insulina en niños y adolescentes mexicanos con hiperinsulinemia***Mota V, Rivas L<sub>o</sub>, Maldonado E<sub>o</sub>*

0.Centro Médico ABC

**Antecedentes:** en México en el 2006, la prevalencia de sobrepeso y obesidad (SyO) en niños y adolescentes fue de 26 y 33.3%. Estas son de las más elevadas en el mundo. Su presencia determina el desarrollo de diabetes tipo 2. La identificación temprana de resistencia a la insulina (RI) y prediabetes (PD) puede prevenirla. En niños y adolescentes mexicanos se conoce poco del tema. **Objetivo:** estimar la prevalencia de RI, PD y evaluar la relación entre RI con factores asociados en niños y adolescentes mexicanos de bajos recursos y sin seguridad social en el primer nivel de atención. **Material y método:** estudio transversal en niños y adolescentes con hiperinsulinemia

y función tiroidea, hepática y renal normal. Aquellos bajo tratamiento médico de obesidad, dislipidemia e hipertensión arterial fueron excluidos. La presencia de hiperinsulinemia se determinó con insulina postprandial (PP) por arriba del 50% de la basal. La definición de PD se hizo con base en los criterios de la Asociación Americana de Diabetes. La RI se estableció con HOMA (Homeostatic Model Assessment tomando como punto de corte 3.43. Se utilizaron los criterios de la Organización Mundial de la Salud para la clasificación de SyO. Se calcularon tasas de prevalencia y se aplicaron prueba de t de Student, correlación de Pearson y un modelo de regresión lineal para evaluar la relación entre factores asociados (edad, IMC e insulina PP) con RI. **Resultados:** la muestra se conformó por 30 niños y adolescentes. Del total, el 53.3% fue de sexo masculino. La edad promedio fue de 10 (- 2.4) años. Las tasas de prevalencia de RI y PD fueron de 53.3% y 36.7% respectivamente. El SyO representaron el 33.3% y el 66.7% de la muestra. El promedio de la insulina PP fue superior en los niños y adolescentes con RI (con RI: 25.3 /- 9.4; sin RI: 8.8 /- 3.7;  $p < 0.000$ ). La edad y la insulina PP se asociaron de manera positiva con HOMA ( $p = 0.041$  y  $p = 0.012$ , respectivamente). En el modelo multivariado, el IMC y la insulina PP predijeron cambios en HOMA (IMC:  $B = 0.371$ , IC 95%: 0.164 a 0.578; insulina PP:  $B = 0.013$ , IC 95%: 0.006 a 0.021). **Conclusión:** la prevalencia de RI y PD en niños y adolescentes mexicanos con hiperinsulinemia es elevada. Los niveles superiores de IMC y e insulina PP se asocian con RI. Los resultados dan pauta para elaborar estrategias de

salud pública en niños y adolescentes con SyO.

**Folio:0251**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Educación

**Efecto de un proyecto de educación en nutrición en pacientes mexicanos con diabetes tipo 2**

*Mota V<sub>o</sub>, Rivas L<sub>o</sub>, Maldonado E<sub>o</sub>*

0.Centro Médico ABC

**Antecedentes:** la prevalencia de sobrepeso y obesidad (SyO) entre los adultos mexicanos con diabetes tipo 2 (D2) oscila entre 80 y 90%. En una investigación previa en pacientes mexicanos con D2, se implementó la Escuela de Diabetes (ED) estructurada con los lineamientos de las Conductas de Auto-cuidado de la Asociación Americana de Educadores en Diabetes (CA-AAED donde se observó un cambio significativo en la hemoglobina glucosilada (HbA1c) pero no en el peso corporal (PC). En pacientes con D2 y SyO la disminución del PC está asociada con mejoría en los niveles glucémicos, lipémicos y de tensión arterial. Posterior a la ED se propuso un proyecto de educación en nutrición. **Objetivo:** evaluar en un estudio de antes y después, el efecto de un proyecto de educación en nutrición para pacientes con D2 que cursaron ED con los lineamientos de las CA-AAED y se encuentran con tratamiento médico establecido. **Material y métodos:** se incluyeron pacientes con participación previa en la ED y bajo tratamiento médico establecido. Nutriólogas capacitadas y estandarizadas en las "Recomendaciones e Intervenciones de Nutrición para Diabetes" de la ADA implementaron el proyecto de educación en 10

sesiones, con 2 horas de duración cada una. Se otorgaron planes de alimentación individualizados, bajos en grasa y con opciones de menús usándose el Sistema Mexicano de Equivalentes. Se revisaron temas de conteo de carbohidratos, índice glucémico y lectura de etiquetas de alimentos. Se determinaron los niveles de HbA1c, al inicio y a los cuatro meses. Se midió el índice de masa corporal (IMC) y el porcentaje de grasa corporal por impedancia bio-eléctrica. **Resultados:** la educación se implementó en 28 pacientes con D2; el 85.7% eran del sexo femenino. El promedio de edad fue de 52.2 (/ - 7.2). Después de la intervención, se observaron disminuciones estadísticamente significativas en la HbA1c (De 7.5 /- 2.2 a 6.8 /- 1.3%;  $p < 0.05$ ) y el IMC (De 31.2 /- 5.4 a 30.8 /- 5.2;  $p < 0.05$ ). No se encontraron diferencias en el porcentaje de grasa corporal. **Conclusión:** los pacientes con educación en nutrición presentaron disminución en la HbA1c y el IMC, beneficiándose su control metabólico. El desarrollo de ensayos clínicos controlados futuros permitirá evaluar la efectividad y utilidad de las intervenciones educativas para la práctica clínica y el sistema sanitario.

**Folio:0253**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Endocrinología

**Feocromocitoma con metanefrinas plasmáticas y urinarias normales**

*Rodríguez R<sub>o</sub>, Quintanilla D<sub>o</sub>, Zapata M<sub>o</sub>, Teniente A<sub>o</sub>, Bautista M<sub>o</sub>, Lavalle F<sub>o</sub>*

0.Hospital Universitario Dr. José E. González UANL

**Introducción:** el feocromocitoma es una patología que conlleva una alta

mortalidad en caso de no ser diagnosticado. Las metanefrinas plasmáticas y urinarias son la principal herramienta diagnóstica. **Sujetos y métodos:** paciente masculino de 32 años de edad el cual acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho, náusea y vómito relacionado con la ingesta de alimentos. A la exploración física presentaba una presión arterial de 220/110, dolor moderado a la palpación media/profunda del hipocondrio derecho con Murphy negativo y sin datos de irritación peritoneal. En la ecografía abdominal se reportó una tumoración hipo/hiperecoica en suprarrenal derecha de 7x6 cm y una TAC abdominal con contraste confirmó dichos hallazgos anudando a una captación heterogénea, con densidad de 710 unidades Hounsfield y bordes regulares. Las metanefrinas y catecolaminas plasmáticas y urinarias fueron normales. El cortisol urinario libre y andrógenos suprarrenales también se reportaron normales. Ante la sospecha clínica alta y la hipertensión refractaria se realizó estudio con metaiodobencilguanidina I-131 (MIBG) el cual a las 72 horas mostró captación en la zona de la glándula suprarrenal derecha. Al paciente se le inició tratamiento con alfa-bloqueo y posteriormente con beta-bloqueo de manera preoperatoria. Posteriormente se realizó cirugía abierta con resección de la tumoración sin complicaciones. El resultado histopatológico fue compatible con feocromocitoma. El paciente a 6 meses se encuentra asintomático y sin hipertensión. **Resultados:** las metanefrinas urinarias y plasmáticas son el método de elección actual para el diagnóstico bioquímico de feocromocitoma con una sensibilidad cercana al

97%. Menos del 1% de los feocromocitomas se presentan de esta manera. El MIBG una opción diagnóstica cuando las pruebas bioquímicas son negativas y la sospecha clínica es alta. **Conclusiones:** la presentación clínica de este paciente fue atípica sin embargo, la lesión típica en la tomografía computada aunado a la hipertensión refractaria hacia el diagnóstico de feocromocitoma altamente probable. Ante las metanefrinas plasmáticas y urinarias negativas el MIBG fue el método mediante el cual se estableció el diagnóstico. El MIBG es una excelente opción diagnóstica en casos de sospecha clínica alta y resultados de pruebas bioquímicas negativas.

**Folio:0255**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**La terapia antibiótica empírica y prolongada en medicina interna**

*Bourlon R<sub>0</sub>, Pérez I<sub>0</sub>, Revuelta L<sub>1</sub>, Palma R<sub>2</sub>, Galindo M<sub>3</sub>, Mora T<sub>0</sub>*  
 0.Hospital Ángeles del Pedregal;  
 1.Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán;  
 2.Universidad Autónoma de Chihuahua. Hospital Ángeles del Pedregal;  
 3.Universidad La Salle. Hospital Ángeles del Pedregal

Los antibióticos son de las herramientas farmacológicas más ampliamente utilizadas en los pacientes hospitalizados. Actualmente sabemos existe un constante incremento en el problema de resistencia microbiana, lo cual conlleva a un incremento en la morbimortalidad de los pacientes. Dentro de las recomendaciones brindadas por paneles de expertos se encuentra el limitar el uso prolongado de antibióticos, pero ¿qué hacer ante

casos cuya patología amerita romper con esta regla? y ¿Qué parámetros se deben considerar para seleccionar adecuadamente un antibiótico empírico? Presentamos el caso de un paciente masculino de 65 años diabético, que cuenta con antecedente de cuadro de otitis externa derecha por *Pseudomonas aeruginosa*, con mal apego a tratamiento. El paciente cursó con cuadro febril de cuatro días de evolución manejado en forma empírica con ciprofloxacino. El día de su ingreso presentó pérdida del estado de alerta y movimientos tónico clónicos. A la exploración física se encontró con lenguaje incoherente, incongruente, con temperatura de 39° C y rigidez de nuca. Presentaba secreción blanquecina y edema de conducto auditivo externo derecho con membrana timpánica eritematosa y edematosa. Se realizó IRM de encéfalo que mostró reforzamiento de meninges e hiperintensidad de mastoides derecha y sinusitis etmoidal. El cultivo de LCR reportó *Klebsiella pneumoniae* sensible a meropenem y *S. hominis* sensible a vancomicina. Se ingresó a UCI con diagnóstico de meningitis purulenta secundaria a mastoiditis derecha y se instauró manejo con meropenem. Se interviene a las 2 semanas encontrando fístula de la cédilla mastoidea con meningocele a SNC por lo que se coloca injerto óseo por craneotomía con excelente resultado y negativización de LCR a las 8 semanas de manejo antibiótico. En el manejo de un paciente con infección grave, es importante el rápido inicio de un tratamiento antibiótico empírico por lo regular de amplio espectro. Las recomendaciones actuales para disminuir los índices de resistencia sugieren utilizar de manera inteligente tanto la

valoración clínica, las propiedades de cada uno de los fármacos, así como las principales sospechas microbiológicas para poder seleccionar adecuadamente el antibiótico, para que posteriormente se pueda seleccionar un tratamiento dirigido cuando se conozca la etiología de la infección.

**Folio:0256**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Dermatología

**Calcinosis cutis: hasta donde síndrome paraneoplásico**

*Bourlon R<sub>0</sub>, Pérez I<sub>0</sub>, Varela A<sub>p</sub>, Palma R<sub>2</sub>, Revuelta L<sub>3</sub>, Galindo M<sub>p</sub>, Mora T<sub>0</sub>*  
0.Hospital Ángeles del Pedregal; 1.Hospital Medica Sur; 2.Universidad Autónoma de Chihuahua. Hospital Ángeles del Pedregal; 3.Instituto Nacional De Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán; 4.Universidad La Salle. Hospital Ángeles del Pedregal

Se sabe que la piel puede ser el asiento de múltiples manifestaciones de enfermedades sistémicas y algunas alteraciones en la piel pueden ser el primer síntoma de un cáncer en otra parte del cuerpo. La calcinosis cutis es el término empleado para describir una serie de trastornos caracterizados por presentar depósitos de sales de calcio a nivel de la dermis o del tejido celular subcutáneo. Se presentan dos pacientes que se presentaron en forma inicial con lesiones dérmicas sugestivas de síndrome paraneoplásico. Femenina 53ª. Sin antecedentes de importancia que presenta síndrome febril de aparición brusca con inflamación de brazo derecho y aumento de volumen axilar, tumefacción y dolor, con tumoración solida pétreo dolorosa de bordes irregulares. Femenina 44ª.

Sin antecedentes de importancia. Acude por presentar neo-formación dura, dolorosa, de bordes irregulares en antebrazo izquierdo de rápido crecimiento en 4 meses, y la aparición de otras lesiones semejantes en Miembro inferior der. La calcificación de la piel y tejido subcutáneo es conocido ocurre bajo una gran variedad de trastornos, de los cuales pueden encontrarse las causas distróficas, metastásicas, idiopáticas, calcificación iatrogénica y calcifilaxis. Como parte de la aproximación diagnóstica inicial, se debe incluir una serie de estudios, para evaluar enfermedad sistémica de base por lo regular del tipo colágena o neoplasia subyacente. Los signos y síntomas cutáneos pueden presentarse durante la evolución o como complicaciones de estas enfermedades, es de gran importancia que tanto los dermatólogos como los internistas estemos familiarizados con estos hallazgos.

**Folio:0257**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología

**Parálisis periódica hipokalemica tirotóxica. Reporte de un caso**

*Noriega J<sub>0</sub>*

0.Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

**Introducción:** la parálisis periódica (PP) tirotóxica ha sido estudiada en poblaciones asiáticas, la incidencia es del 2%. En el resto de la población se estima que es de 0,1 a 0,2%. El mecanismo propuesto es que la hormona tiroidea aumenta la capacidad de respuesta del tejido a la estimulación beta?adrenérgica y aumento de la actividad de la sodio-potasio

ATPasa en la membrana del músculo esquelético, que hace que se elimine potasio en las células, llevando a la hiperpolarización de la membrana celular e inexcitabilidad relativa de las fibras musculares. **Objetivo:** presentar un caso clínico de una patología poco frecuente con una revisión actualizada del tema. **Caso clínico:** se expone el caso de un paciente masculino de 33 años de edad quien presenta parálisis periódica tirotóxica, la presentación clínica, el abordaje diagnóstico y el tratamiento realizado. **Conclusiones:** el diagnóstico de PP tirotóxica se hace mediante asociación entre cuadro de parálisis, hipokalemia e hipertiroidismo. El diagnóstico diferencial se realiza con síndrome de Guillain Barre, mielitis transversa y botulismo. Se recomienda la administración de cloruro de potasio bajo vigilancia estrecha por posible hiperkalemia refleja. Mantener al paciente eutiroideo es el tratamiento definitivo.

**Folio:0258**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Nefrología

**Eficacia de la determinación temprana de Hemoglobina y Hematocrito de control Post-transfusión en pacientes con enfermedad renal crónica**

*González K<sub>0</sub>, Flores A<sub>1</sub>, Pequeño M<sub>1</sub>, Flores L<sub>0</sub>, Gómez R<sub>0</sub>*

0.Hospital General de Tampico Dr. Carlos Canseco; 1.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Antecedentes:** el tratamiento de la anemia en la enfermedad renal crónica (ERC) en nuestra comunidad es la transfusión de concentrados eritrocitarios por la falta de disponibilidad de EPO. Es una conducta habitual



esperar hasta 24h post-transfusión para determinar el equilibrio de Hb/Hcto. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo y longitudinal de 23 pacientes con ERC estadio 4-5 para determinar si la toma a los 15min era igual de confiable que la de las 24h post-transfusión. **Resultados:** se compararon los promedios entre la Hb de 15min, con resultado 7.4DE 1.3, comparada con la Hb de 24h, con resultado de 7.5DE 1.4 ( $t = -0.33$   $p = 0.73$  n. s.) Figura 1. Mostrando una fuerte correlación entre ambas mediciones. **Conclusiones:** en base al análisis estadístico, se logró demostrar que no existe diferencia significativa entre ambas tomas en pacientes con ERC que presentan alteraciones en sus compartimentos de líquidos y uso de diuréticos. Por lo que esperar 24h para la toma de decisiones no está justificado.

**Folio:0259**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Caso clínico de dos eventos de infección nosocomial en prótesis de rodilla por *Enterococcus* spp**

Leo G<sub>0</sub>

0.Universidad Autónoma de Querétaro

**Antecedentes:** la infección de prótesis por *Enterococcus* spp. son raras, las cepas nosocomiales tienen mayor capacidad por enterocinas y Biofilm. **Objetivo:** Informar caso con dos eventos de infección en prótesis por *Enterococcus* spp. **Informe de caso:** Masculino 47 años, en 1995 tumor de células gigantes en fémur, artrodesis de rodilla; junio 2006 recaída, resección y colocación de prótesis modular tumoral, infección al mes, cultivos de tejidos profundos y prótesis con *E. faecium*, uno multisensible y otro multidrogoresistente, incluye Vancomicina, sensible a Linezolid. Se logra rescate protésico. Enero 2012 nueva cirugía; biopsia: metalosis ósea; cultivos negativos. Al mes infección, cultivos: *E. faecalis*, resistente a aminoglucósidos; actualmente en tratamiento, fístula escaso gasto y cultivos negativos. **Discusión:** revisión bibliográfica con palabra clave *Enterococci* en Google Académico, CONRICYT y Pub-Med no se encontró reportes con ésta característica.



Figura 1.

**Folio:0260**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Hepatitis submasiva aguda secundaria a albendazol: Reporte de caso en México**

Leo G<sub>0</sub>

0.Universidad Autónoma de Querétaro

**Antecedentes:** no hay reportes de hepatitis submasiva por Albendazol en México. **Objetivo:** Informar caso clínico de hepatitis submasiva por Albendazol. **Informe de caso:** Masculino 36 años, julio 2012 se automedicó Albendazol 800mg presentó escalofríos, mialgias, vómito y diarrea autolimitados. Septiembre 2012 indican Albendazol a la familia,

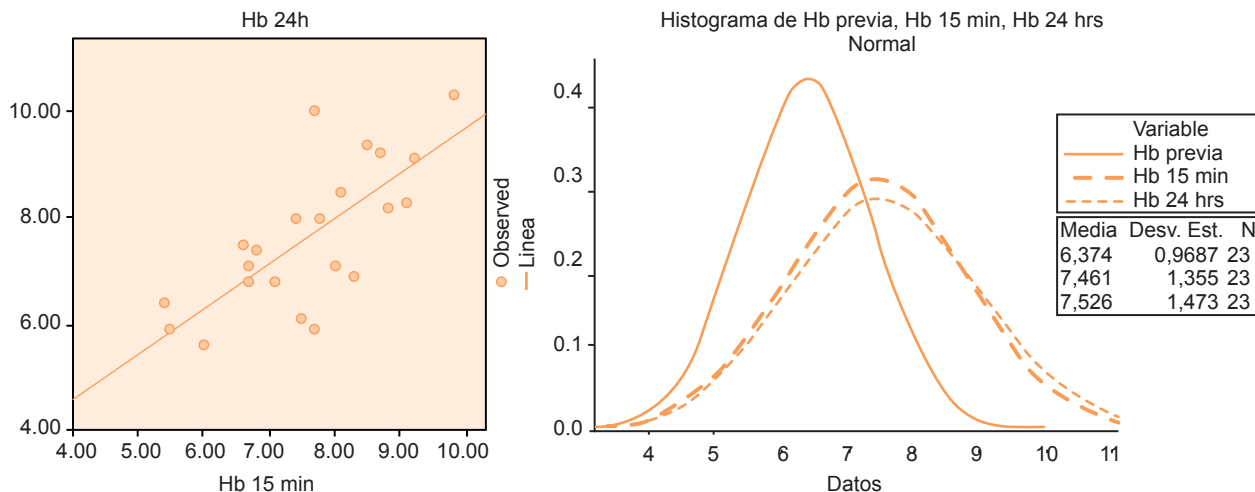


Figura 1. Correlación entre Hb de 15 minutos y 24 horas post-tratamiento.

tomó 400mgs D.U, ? 24 hs cefalea, mialgias, náusea e hiporexia; a los 22 días ictericia y pérdida de peso 10 Kg; elevación aminotransferasas ? 10 veces lo normal, bilirrubinemia 23.5 mg/dL (B.D. 18.8), tiempo de protrombina y albúmina normales. Escala RUCAM/CIOMS 11 puntos. Biopsia: Hepatitis aguda submasiva; inmunohistoquímica negativa para Virus B (S y c) y C, serología descartó virus A, CMV, Epstein Barr, Herpes I y II, VIH y hepatitis autoinmune. Normalización de laboratorio en 3 meses, al momento sin hepatopatía. **Discusión:** la revisión bibliográfica mostró: primer caso en México y mundialmente reportes de hepatitis tóxica y granulomatosa.

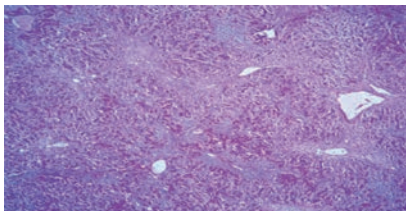


Figura 1.

**Folio:0262**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Inusual caso de calcificación del seno maxilar en una paciente con esclerosis sistémica.**

*García G<sub>o</sub>, Cruz M<sub>p</sub>, Vera O<sub>i</sub>*

0.Universidad Veracruzana, Instituto Mexicano del Seguro Social; 1.Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Introducción:** la esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune sistémica con disfunción vascular y fibrosis anormal. Según la afección cutánea se divide en ES difusa (35%) y ES limitada (60%). En 20-40% aparece calcinosis asociada al síndrome

CREST. Las calcinosis son depósitos de sales insolubles de calcio en tejidos blandos que aparecen a los 10 años o más del inicio de la enfermedad. El tipo distrófico se presenta en enfermedades del tejido conectivo aun con calcio y fósforo séricos normales.

**Caso clínico:** mujer de 58 años de edad, diagnosticada hace 33 años con ES limitada cutánea tipo CREST y Síndrome de Sjögren. Madre y hermana con Lupus Eritematoso Sistémico. Tabaquismo desde los 18 hasta los 33 años de edad. Sus comorbilidades son hipertensión arterial, hipotiroidismo y 8 años atrás cistosarcoma filoides de mama. En los últimos 10 años presentó una trombosis venosa profunda y dos infartos miocárdicos tratados satisfactoriamente. Se le han realizado múltiples cirugías de exéresis de calcinosis cutánea en extremidades. Hace 2 años sinusitis maxilar izquierda, realizándose procedimiento quirúrgico de drenaje y septoplastía. A los 6 meses presentó dolor en región maxilar izquierda. La TAC de macizo facial mostró ocupación y engrosamiento del hueso medular de región maxilar izquierda. La biopsia de la lesión ocupante de maxilar izquierdo reportó material óseo. A la exploración física presenta múltiples calcinosis: 6 en cara externa y 6 en cara interna de dedos de las manos, 1 en palma, 1 en codo, 5 en rodillas, 17 en región tibial y 8 en región metatarso falángica plantar. Las pruebas de laboratorio muestran anticuerpos antinucleares 1:1280 y anticentrómero 1:1280, proteína C reactiva 3 mg/L. Creatinina 0.78 mg/dL, depuración de creatinina 62 ml/min, Calcio 9.4 mg/dL, fósforo 3.6 mg/dL, sodio 142 mmol/L, potasio 4.2 mmol/L. **Discusión:** los pacientes con

ES tienen mayor riesgo de neoplasias, esta paciente presentó cistosarcoma filoides, un tumor benigno y raro de mama. Las calcinosis raramente aparecen generalizadas o en regiones centrales. Se han reportado casos de calcificación tras lesión o traumatismo en cráneo y columna, y en el caso de nuestra paciente en macizo facial. En pacientes con ES sobre todo con calcinosis debe considerarse la posibilidad de calcificación tras eventos quirúrgicos y pudieran agotarse antes otras opciones no traumática.

**Folio:0263**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología  
**Anemia hemolítica autoinmune de anticuerpos mixtos secundaria a linfoma Hodgkin**

*Paredes O<sub>o</sub>, Briceño F<sub>o</sub>, Iniestra F<sub>o</sub>, De los Santos R<sub>o</sub>*  
0.IMSS

Se reporta caso clínico de masculino de 19 años que inicia cuadro clínico un año previo a su ingreso con la presencia de tumoración axilar izquierda, acompañado de síntomas B, debutando con anemia hemolítica. Se realizan paraclínicos que incluyen examen general de orina con ausencia de hemoglobinuria y frotis de sangre periférica con esferocitosis, concluyendo que la hemólisis es de origen extravascular. Se determina prueba de Coombs la cual es positiva, con anticuerpos tanto fríos como calientes (IgG 1:128 y C3d así como anti HI activo a 4 GC y 22 GC). Debido a esto se establece el diagnóstico de AHAI, y se descartan etiologías inmunológicas e infecciosas de esta, se reporta mediante interpretación histopatológica de biopsia de tumoración axilar

izquierda Linfoma Hodgkin de celularidad mixta. Se inicia tratamiento con prednisona y quimioterapia.

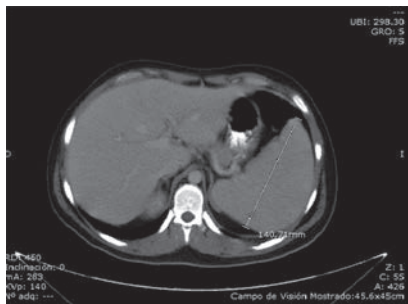


Figura 1.

**Folio:0264**

**Tipo de Presentación:** cartel  
**Tema del resumen:** Infectología  
**Dengue en el paciente anticoagulado, adulto mayor. Reporte de un caso**

Ruiz F<sub>o</sub>, Panecatl J,  
 0.Hospital General Comalcalco;  
 1.Hosp. Alta Esp. Dr. Juan Graham Casasus

**Introducción:** el dengue es una enfermedad febril aguda, Se calcula de 50,000-100,000 casos en el mundo, una mortalidad 2%. Causado por el virus dengue, Transmitida por el vector *Aedes aegypti*. **Descripción del caso:** se trata de una adulto mayor de 67 años de edad. Asiste a urgencias con padecimiento de 7 días de evolución, caracterizado por fiebre, cefalea, mioartralgias, diarrea en los últimos 3 días y deshidratación. Historia de DM, HAS, Nefrectomía derecha y anticoagulación por Fibrilación Auricular crónica (FA). TA 130/80, FC 120, FR 18, Temp. 38 oC. Deshidratada, taquiarritmica, extremidades con petequias y equimosis, predominio en brazos. Plaquetas 58,000, TP 32.6, INR 3.0, EKG FA RVR. **Conclusiones:** la anticoagulación no influyó

negativamente en su evolución. Su estancia hospitalaria fue dentro del promedio: 4-7 días y 12 días desde el inicio de la enfermedad. La FA crónica se mostró asintomática y mejoró la frecuencia ventricular con el manejo de la fiebre y la deshidratación.

**Folio:0265**

**Tipo de Presentación:** cartel  
**Tema del resumen:** Hematología  
**Linfoma plasmablástico en cavidad oral y nódulos subcutáneos como primera manifestación en paciente con VIH: llegando al diagnóstico**  
 Camacho L<sub>o</sub>, López A<sub>o</sub>, Cruz A<sub>o</sub>  
 0.Hospital General de México

El linfoma plasmablástico es una variedad poco frecuente de linfoma de células B el cual se asocia a pacientes con Infección por VIH. Descrito por primera vez en 1997 en una serie de 16 casos, su localización más frecuente es la extranodal, infiltrando cavidad oral en un 60% de los casos. El pronóstico es pobre, con sobrevida media de 6 meses después del diagnóstico. Presentamos el caso de un paciente masculino de 38 años de edad quien ingresó al servicio de Medicina Interna por presentar desde hace un año tumoración subcutánea de 1 cm, en cara lateral de antebrazo derecho dura, de bordes

**Cuadro 1.** Resumen de resultados de laboratorio: previo, durante y posterior al internamiento

	Julio	12/08/12	14/08/12	15/08/12	15/08/12	16/08/12	16/08/12	Octubre
Hemoglobina (g)	14.2	12.7	12.1	12.2	11.5	11.1	10.7	13.2
Hematócrito (%)	43.9	37.7	36.3	36.2	35.8	33	33.5	
Leucocitos	5800	11000	11300	8500	7600	7300	6900	9000
Plaquetas	240,000	58,000	20,000	26,000	45,000	27,000	55,700	231,000
TP	14.1				32.6		12.8	22.8
TTP					76.4		30	25.2
INR	1.1				3.0		0.9	1.8
Albúmina/globulina					2.2/4.0			
Bilirrubina indirecta					0.20			
Bilirrubina directa					0.9			
Fosfatasa alcalina					81			
TGO					112			
TGP					44			
LDL					542			
EGO					Prot>300, 25 leuc y 10 ent x campo			
Glucosa (mg/dL)	149						81	91
Creatinina (mg/dL)	4.5						4.4	4.3
BUN	47						39	39.5
Urea	100.6						83.5	74.9
Ác. Úrico								9.6
Na	141						141	140
K	4.4						5.2	4.7
Cl	106						113	108
IgM dengue							positivo	
Depuración de cr.								14 ml/ min

irregulares, móvil y de crecimiento lento hasta llegar a medir 5 x 8 cm, después aparecieron tumores en testículo izquierdo, tronco, espalda y región inguinal. Los últimos dos meses se agregó pérdida ponderal de 27 kg, fiebre nocturna no cuantificada y aumento de volumen en carrillo izquierdo por tumor exofítico ulcerado, adenomegalias cervicales e inguinales. Paraclínicos con prueba rápida para VIH positiva, hipercalcemia, hiperproteinemia e hipoalbuminemia, elevación de DHL y proteína de Bence Jones, biometría reporta anemia normocítica normocromica, trombocitopenia y leucopenia leve. En la tomografía se observó infiltración de macizo fácil y base de cráneo por lesión de tejidos blandos, adenomegalias cervicales bilaterales, en cara anterior y laterales tórax, abdomen y región inguinal, hepatomegalia y tumor testicular izquierda heterogénea. Aspirado de médula ósea reportó moderada hiperplasia con infiltración masiva de células plasmáticas del tipo de los plasmablastos. La biopsia de ganglio cervical y tumor de antebrazo reportó células linfoides de tamaño mediano y patrón difuso de aspecto plasmacitoide, núcleos irregularmente ovalados a redondos sugiriendo diagnóstico diferencial con Mieloma anaplásico vs Linfoma Plasmablasto. La inmunohistoquímica con CD138 y MUM1 positivo, negativo para CD30, Kappa, Lambda, IgA, IgG, IgM, confirmando diagnóstico de Linfoma Plasmablasto. El paciente cursó con evolución tórpida, progresando a leucopenia y trombocitopenia severas falleciendo en el servicio de Hematología antes de poder iniciar quimioterapia.

**Folio:0266**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Toxicología

**Uso de esteroides (CE) ciclofosfamida (CFM) en intoxicación por biperidilos (IPB): reporte de un caso**

Andrade L<sub>0</sub>, Vargas G<sub>0</sub>, Hernández E<sub>0</sub>, Valenzuela J<sub>0</sub>, Huerta M<sub>0</sub>  
0.Hospital de Alta Especialidad Gustavo A. Roviroso Pérez

**Introducción:** la IPB es causa frecuente de intento suicida en nuestra población y se informa en las series de casos con letalidad del 100%. El prototipo es paraquat, un herbicida insípido, inodoro y soluble en agua. Se absorbe por tracto Gastrointestinal y alcanza concentraciones máximas en 2 horas. Se capta selectivamente en alveolos, riñones, hígado y páncreas. Su eliminación es renal entre 12 y 24 horas. El mecanismo de daño es producción de ROS, generando alveolitis secundaria por peroxidación lipídica que empeora con uso de O<sub>2</sub>, progresa a fibrosis y muerte. No existe antídoto. Hay informes anecdóticos con antioxidantes (N-acetilcisteína, vitamina C). El tratamiento se basa en disminuir su absorción y acelerar la excreción.

**Caso clínico:** hombre 32 años con historia de alcoholismo y uso de marihuana. Ingres a urgencias por intoxicación etílica e ingesta de paraquat (20 mL.). Se realiza lavado gástrico con carbón activado, uso de cristaloideos más vitamina C y se prohíbe uso de O<sub>2</sub>. Exploración Física: alerta, reactivo, sialorrea, úlceras orales y dolor abdominal. Estudios Auxiliares: PFH alteradas, creat 4.34mg/dL y TFG de 19.2 mL/min. GAS con hipoxemia (paO<sub>2</sub>:65 mmHg). Se indica 3 pulsos de CE más 3 ciclos de CFM con apoyo de MESNA. No

progresa a daño alveolar por ausencia de distress ventilatorio e imagen (Rx Tórax, TACAR). Patrón restrictivo por espirometría. Cursa con recuperación de función hepática y renal a los 7 días. Seguimiento en la consulta a 6 meses, se refiere asintomático y una TFG de 129.09 mL/min, espirometría normal. **Discusión:** el presente caso coincide por lo reportado por Lin en 2011, quién plantea el beneficio de la terapia combinada (CE CFM) y disminución de la mortalidad. La activación de macrófagos y leucocitos desencadena una lesión pulmonar aguda que progresa a la fibrosis. La terapia combinada bloquea y reduce la severidad de la inflamación. Hay reportes de reducción en mortalidad de 39 a 70%. No hay consenso en el tratamiento de la IPB y no existe un antídoto. **Conclusión:** el reporte de este caso reproduce una terapia combinada en la que el paciente evoluciona a la remisión del cuadro, por lo que recomendamos investigaciones futuras sobre esta terapia y su aplicación en otras instituciones.

**Folio:0267**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología

**Hallazgo incidental de arco aórtico derecho en un adulto mayor: a propósito de un caso**

Andrade L<sub>0</sub>, Morales Z<sub>0</sub>, Hernández E<sub>0</sub>, Valenzuela J<sub>0</sub>, Huerta M<sub>0</sub>  
0.Hospital de Alta Especialidad Gustavo A. Roviroso Pérez

**Introducción:** el desarrollo embrionario del sistema cardiovascular se constituye por 6 pares de arcos aórticos, cuya disposición varía. En condiciones normales, el 4to arco aórtico persiste del lado izquierdo



y forma parte del cayado aórtico, mientras el lado derecho regresa y origina la porción proximal del tronco braquiocéfálico. Si este proceso se invierte, expresa una variante anatómica: arco aórtico derecho (AOD) y ocurre en 0.1% de adultos. Se presenta aislado (asintomático) o asociado con anomalías vasculares (sintomático): AOD con arteria subclavia izquierda aberrante (más frecuente), AOD con derivación en espejo y AOD con arteria subclavia aislada. Se informa del hallazgo incidental por imagen de AOD en un adulto mayor. **Caso clínico:** hombre 73 años con carga genética de HAS y SICA, historia de tabaquismo (IT: 35). Cursa con hemiparesia derecha por infarto lacunar y diagnóstico de HAS en 1998. Durante seguimiento en consulta externa por hallazgos en Rx Tórax, se realiza arteriografía que muestra arteria subclavia izq tortuosa que impide evaluar vasos carotídeos. Exploración Física: alerta, reactivo, secuelas motoras, tórax crépitos infraescapulares, precordio RsCs disminuidos en intensidad y frecuencia, pulsos presentes. Labs: gluc 110mg/dL, TFG 76mL/min en orina 24 hrs. US renal con nefropatía difusa bilateral. EKG con bloqueo bifascicular (rama der y hemibloqueo fascículo anterior rama izquierda del HH). **Discusión:** existen pocos reportes de esta anomalía vascular en pacientes geriátricos y evolución asintomática. El AOD es una malformación congénita que no expresa síntomas si ocurre de forma aislada. La asociación con anillo aórtico, compresión esofágica, traqueal y alteración de la perfusión en áreas distales de grandes vasos, condiciona la aparición temprana de síntomas. Lo relevante del caso es el diagnóstico incidental por imagen en

un adulto mayor. El desarrollo de ictus tiene origen multifactorial: anomalías vasculares, grupo etario, HAS e historia de tabaquismo. **Conclusión:** el hallazgo incidental del AOD en este paciente demuestra la relevancia de los estudios de imagen en la evaluación integral de un paciente geriátrico para la detección de patologías silentes.

**Folio:0268**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

**15 años de flebotomías, síntomas constitucionales y síndrome anémico-macroglobulinemia de Waldenström**

*Escobedo M<sub>o</sub>, Hughes M<sub>o</sub>, Cuéllar J<sub>o</sub>, Villarreal M<sub>o</sub>, Galarza D<sub>o</sub>*

0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

La macroglobulinemia de Waldenström representa el 1% de las neoplasias hematológicas. Dado que la incidencia es baja y la presentación inespecífica, es un reto diagnóstico tanto para el médico internista como para el hematólogo. Caso de femina de 83 años que se presenta con ataque al estado general sin antecedentes relevantes. Empezó hace 15 años con síntomas constitucionales y

síndrome anémico que mejoran con flebotomías. Hace 4 meses se agrega epistaxis, gingivorragia y melena. Se exacerba cuadro clínico, motivo de consulta. A su ingreso taquicárdica, mucosas deshidratadas y palidez de tegumentos. Hg de 6g/dl, no se reporta la serie blanca por hiperviscosidad de la sangre y plaquetas en 100,000. Nitrógeno de la urea sanguíneo/ creatinina 100/4. Proteínas totales 9.3, albumina 1.7 y globulinas 7.6. Tiempos prolongados. Se descarta infección. Aspirado y biopsia de médula ósea con infiltrado linfoplasmocítico e inmunoelectroforesis con banda de restricción monoclonal IgM kappa.

**Folio:0269**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Cardiología

**Síndrome de Brugada sin mutación del gen SCN5A: reporte de un caso**

*Fonseca J<sub>o</sub>, Arroyo D<sub>o</sub>*

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

**Antecedentes:** la mayoría de los casos de muerte súbita cardíaca son secundarios a una patología estructural del corazón. En 1992 se identificó una entidad capaz de causar fibrilación ventricular y muerte súbita sin

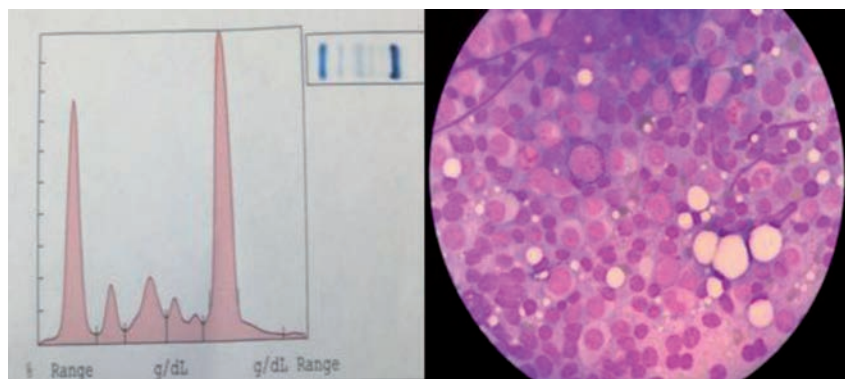


Figura 1.

anomalías cardíacas estructurales: el síndrome de Brugada. Objetivo de estudio. Describir un caso típico de síndrome de Brugada para identificar oportunamente a aquellos pacientes portadores del síndrome con alto riesgo de muerte súbita cardíaca. **Informe de caso:** hombre de 56 años de edad, diagnosticado con hipertensión hace 4 años. Refirió alcoholismo y tabaquismo en el pasado. Presentó 2 síncope acompañados por palpitaciones hace 10 y 6 años, respectivamente. Inició su padecimiento 2 meses previos con dolor precordial, intensidad 3 en escala de 10 puntos, irradiado a todo el tórax, sin síntomas adrenérgicos y de tipo pleurítico. Lo toleró con analgésicos por 2 meses. Sin embargo, 2 días previos a su ingreso aumentó en intensidad a 10 de 10 puntos, acompañado por náuseas, por lo que acudió al hospital. A su llegada presentaba el dolor. Se tomaron biometría hemática, electrolitos séricos y enzimas cardíacas todos en parámetros normales. Se obtuvo un electrocardiograma, con patrón de bloqueo de rama derecha con elevación de ST e inversión de ondas T en V1 a V3. Se realizó un ecocardiograma mientras tenía dolor, reportando insuficiencia mitral y tricuspídea leves con contractilidad miocárdica adecuada. Se diagnosticó con costochondritis y síndrome de Brugada tipo 1 de alto riesgo. Se indicó tratamiento con analgésicos, con lo que el dolor desapareció. Se tomó muestra sanguínea para estudio del gen SCN5A, no arrojando ninguna mutación. Se colocó desfibrilador implantable. Resultados. El paciente no ha presentado arritmias letales ni nuevos eventos de síncope hasta la actualidad. **Discusión:** este paciente se diagnosticó con este síndrome ya que

se cumple el trazo electrocardiográfico de Brugada tipo 1 con el antecedente de síncope por posible arritmia cardíaca. Esto lo cataloga como de alto riesgo para muerte súbita. Al implantar el desfibrilador, se previenen arritmias cardíacas letales en el futuro. El gen SCN5A del canal de sodio no tuvo mutación, sin embargo sólo 30 % de pacientes la presentan. El resto parece ser causado por alguna de las 100 mutaciones ya identificadas, pero sin reactivos disponibles en el mercado para su reconocimiento.

**Folio:0270**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Síndrome de Hurler-Scheie: mucopolisacaridosis tipo I**

*Moranchel L<sub>o</sub>, Pineda L<sub>o</sub>*

0.Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional La Raza

**Introducción:** el síndrome de Hurler-Scheie es un subtipo de Mucopolisacaridosis Tipo I (MPS I), enfermedad lisosomal por déficit de alfa-L-iduronidasa, con acúmulo de glucosaminoglucanos y disfunción multiorgánica de presentación variable y fatal. **Objetivo:** presentar la evolución de un caso de MPSI, variedad Hurler-Scheie, en terapia de reemplazo enzimático (TRE). **Resumen clínico:** hombre de 19 años, producto de embarazo de 38 SDG, al nacer presentó taquipnea transitoria. En sus primeros meses con desarrollo motriz lento, facies toscas e infecciones respiratorias realizándose estudio metabólico. A los 8 meses de edad, se diagnosticó MPS I, con actividad de Alfa-L-Iduronidasa de 0.3umol/l/h (2.2-11.7). Cursó con retraso del crecimiento y desarro-

llo muscular, rigidez y limitación articular, piel y cabello grueso, deformidad de tórax y columna, cuello corto e infecciones respiratorias con amigdaloadenoidectomía a los 2 años, neumopatía severa a los 4 años y SAHOS e hipertensión pulmonar a los 14 años. Un año después requirió fijación de columna. Inicio TRE a los 12 años, con iduronidasa/semanal, con evolución favorable y estabilidad clínica. E.F: Talla baja, flexión al estar de pie, dismorfia facial, FMS normales. Escafocefalo, pelo grueso, frente ancha, cuello corto y movimientos limitados, puente nasal ancho, prognata, macroglosia. Pectus excavatum, escoliosis lumbar y cervical. Limitación articular, hipotrofia muscular, fuerza y reflejos normales. Estudios. Espirometría: Patrón mixto severo. ECOTT: Insuficiencia valvular leve con HAP moderada y FEVI 75%. TC: Cráneo: Infarto lacunar talámico derecho. Tórax: Pulmón derecho con bulas y patrón en vidrio despulido. Abdomen: Hepatoesplenomegalia, escoliosis toracolumbar y compresión de L3. **Comentario:** la MPS 1 tiene espectro clínico variable de acuerdo a la gravedad de presentación. Su incidencia es de 0,99-1,19/100.000 nacidos vivos. En base a la severidad, los síntomas inician en edades tempranas, con curso progresivo y un diagnóstico entre los 10 y 20 años. En formas graves la muerte ocurre antes de los 10 años, por complicaciones respiratorias y/o cardíacas. **Conclusión:** paciente con diagnóstico de Síndrome de Hurler-Scheie/moderado con TRE, favoreciendo estabilidad clínica-cognitiva. Es importante conocer estos padecimientos y su tratamiento integral, debido a su sobrevida actual y progresión a edad adulta.

**Folio:0271****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Diabetes insípida secundaria a adenoma hipofisario, principal manifestación en una paciente con enfermedad de Cushing: reporte de un caso**Cortés C<sub>0</sub>

0.UNACH

**Antecedentes:** la diabetes insípida es rara en adenomas hipofisarios. En la enfermedad de Cushing la manifestación depende del nivel de cortisol y sensibilidad de los tejidos.**Informe de caso:** femenino de 21 años, inicia hace 1 mes con pérdida ponderal, poliuria, nicturia, polidipsia y parestesias, motivo de ingreso. Exploración: Hipertensión, estrías, acantosis nigricans, obesidad troncal, debilidad muscular, hipernatruuria e hipokalemia severa, compatibles con Diabetes Insípida; ante posibilidad de enfermedad de Cushing, se realiza prueba de supresión con dexametazona (). TAC normal. RMN: adenoma.**Conclusiones:** la diabetes insípida tiene como una causa el adenoma hipofisario; dado los síntomas concomitantes de la paciente se llega a la conclusión de una enfermedad de Cushing, siendo la diabetes insípida el primer trastorno presentado por la

Figura 1.

paciente, debido a que no presentaba datos de hiper cortisolismo francos, la diabetes insípida oriento al diagnóstico de enfermedad de Cushing.

**Folio:0272****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Infectología  
**Histoplasmosis diseminada en paciente inmunodeprimido por VIH**  
Mondragón D<sub>0</sub>  
0.INER

En el SIDA la histoplasmosis se caracteriza por ser multisistémica. El mecanismo patogénico puede ser tanto la reactivación de una infección latente crónica como la progresión a enfermedad de una infección recientemente adquirida. Hombre, 58 años, hipotiroidismo desde los 3 años tratado con levotiroxina 100 mcg diarios. Inicia 20 días previos a su ingreso: tos productiva sin predominio de horario. Pérdida ponderal 20 Kg en 20 días. Fatiga, disminución de fuerza muscular e hiporexia. Presión arterial 100/80 mmHg, frecuencia cardiaca 110, frecuencia respiratoria 24, febrícula, deshidratado, faringe con hiperemia, ruidos respiratorios disminuidos, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen con borde hepático 4 cm por debajo de borde costal derecho. Biometría hemática: leucocitos 2000, hemoglobina 8.3 g/dL, plaquetas 39000, linfocitos 200, neutrófilos 1600. Albumina 1.54. Radiografía de tórax con patrón micronodular y reticular en ambos hemitórax con borramiento de ambos ángulos costodiafragmáticos. Tomografía de tórax con imagen de vidrio despulido en área pulmonar y derrame pleural bilateral. Ingresó al servicio de terapia intensiva por dificultad respiratoria tipo I donde

se inició tratamiento antituberculosis por diagnóstico demostrado en orina. Diagnóstico de VIH 1 y 2, carga viral 432,797 copias/mL, CD4 56 células/μL. Durante su estancia persistía con pancitopenia, aspirado de medula ósea donde se observaban microorganismos intracelulares compatibles con histoplasma. El paciente con SIDA tiene riesgo de histoplasmosis cuando el nivel de linfocitos CD4 es menor a 75 cel/mm<sup>3</sup>. Los síntomas son inespecíficos. Es frecuente la hepato-esplenomegalia. Las alteraciones hematológicas como anemia, leucopenia y trombocitopenia, son características de la histoplasmosis diseminada, los estudios de laboratorio pueden revelar fosfatasa alcalina aumentada, velocidad de eritrosedimentación aumentada, pancitopenia, elevación de la proteína C reactiva así como altos niveles de deshidrogenasa láctica. En pacientes con histoplasmosis diseminada muestras de esputo, lavado bronco alveolar, médula ósea, biopsias de hígado, piel, pueden ser utilizadas para realizar el cultivo inoculado en agar glucosado de Saboreaud. El diagnóstico presuntivo se hace por frotis de médula ósea y el hallazgo de las levaduras.**Folio:0273****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Infectología  
**Caso clínico de infección en tejidos blandos por *Enterococcus faecalis***  
Leo-Amador GE, González-Fregoso R., García-G M.C., Ávila-Morales J Lab. Enf. Inf. y Microb. Clín., Fac. Med., Universidad Autónoma de Querétaro**Antecedentes:** las infecciones en tejidos blandos por *Enterococcus* spp.

suelen ser polimicrobianas y sigue en discusión si éste por sí solo es capaz de producirla. **Objetivo:** Informar caso con aislamiento de *E. faecalis* en tejidos blandos. **Informe de caso:** Masculino 53 años, con DM 2 mal control, 5 años de detección; el 24 de julio 2013 acude con facultativo por dos semanas de evolución con inflamación en cara posterior de pierna, niega lesión previa, se drena abundante pus amarilla, recibe tres ciclos de antimicrobianos de 5 a 7 días sin recordar cuales excepto ceftriaxona. Al mes y medio de evolución iniciamos atención por persistencia de fistulas con secreción, se realizó aseo quirúrgico; la biopsia: inflamación aguda abscedada y el cultivo *E. faecalis* multisensible; actualmente con buena evolución. **Discusión:** consideramos el agente inicial no fue *E. faecalis*, sino que el uso indiscriminado de antimicrobianos produjo supraselección y sobreinfección.



Figura 1.

#### Folio:0274

**Tipo de Presentación:** cartel  
**Tema del resumen:** Reumatología  
**Úlceras orales-genitales, eritema nodoso, trombosis venosa profunda y haplotipo hla a02\*b35 como datos de presentación de un caso de enfermedad de Behçet en México**

*Vega E0, Gómez N<sub>o</sub>, Hernández E<sub>o</sub>*

0. Instituto Mexicano del Seguro Social

**Antecedentes:** la enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis de causa desconocida que predomina en hombres, se caracteriza por úlceras orales (UO) y genitales (UG), además de lesiones cutáneas (eritema nodoso [EN]), vasculares (trombosis venosa profunda [TVP]), oftálmicas (uveítis), gastrointestinales y neurológicas. Es rara en nuestro medio, se asocia en otros países a HLA\*B51; pero en México, predomina la asociación HLA\*B35. **Caso clínico:** masculino de 28 años. Antecedente de UO recurrentes desde la infancia; presenta a su ingreso UO, UG, claudicación de miembro pélvico izquierdo y EN bilateral; tiene haplotipo HLA A02\*B35. **Objetivo:** revisar las características de la EB. **Material y métodos:** informe de un Caso. **Discusión:** el diagnóstico de EB es clínico y por exclusión de fármacos o enfermedades infecciosas, dermatológicas, reumáticas; se sumaron 5 puntos (pt) de los Criterios Internacionales para EB: UO (1 pt), UG (2pt), EN (1pt), TVP (1pt). Tener HLA\*B35 incrementa el riesgo de EB.

#### Folio:0275

**Tipo de Presentación:** sin preferencia  
**Tema del resumen:** Gastroenterología

#### Tuberculosis peritoneal

*Pérez E<sub>o</sub>, Velasco J<sub>o</sub>*

0.HGR No 1 IMSS Cuernavaca, Morelos

**Antecedentes:** La tuberculosis peritoneal es una afectación poco común de infección extrapulmonar causada por *Mycobacterium tuberculosis*, son factores de riesgo: cirrosis hepática, infección por virus de inmunodeficiencia humana, diabetes mellitus, entre otros. **Objetivo:** reportar un caso de tuberculosis peritoneal asociada a cirrosis hepática. **Caso clínico:** mujer de 59 años con cirrosis hepática Child Pugh C, acude por dolor abdominal, fiebre y ascitis sin tensión. Presenta datos de irritación peritoneal y citológico de ascitis: celularidad 407 por mm<sup>3</sup> polimorfonucleares 53%, mononucleares 47%. Con imagen de tomografía computada característica, mejoría con tratamiento acortado estrictamente supervisado. **Discusión:** se presenta el caso clínico de una mujer con cuadro de peritonitis



Figura 1. Masculino de 28 años con presencia de úlceras orales fluctuantes (Imagen A). Úlcera en la punta de la lengua y una úlcera aislada a nivel escrotal (Imagen B).



primaria con citológico de ascitis con gran cantidad de mononucleares y tomografía característica. **Conclusión:** se necesita alto índice de sospecha para el diagnóstico de tuberculosis peritoneal.

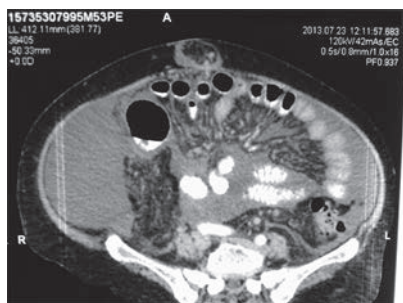


Figura 1.

**Folio:0276**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Cuidados paliativos respiratorios.**

**Reporte de un caso**

*Gutiérrez J<sub>o</sub>, Avella J<sub>o</sub>*

0.IMSS

**Introducción:** hoy en día las principales causas de morbilidad son las enfermedades crónico degenerativas. Ante un paciente hospitalizado en estado crítico, con alguna enfermedad terminal, se deben de hacer uso de los cuidados paliativos, para no caer en el encarnizamiento terapéutico. **Presentación de caso:** se trata de paciente EVF, de 57 años de edad. Tabaquismo positivo de 20 años Antecedente de cáncer de células claras hace 5 años tratado con nefrectomía derecha. En esta ocasión el paciente ingresa al servicio de neumología del CMN La Raza, por presencia de disnea, MRC III de tres meses de evolución. Por el antecedente de cáncer renal se realiza tomografía tóraco-abdominal la cual demuestra la presencia de múltiples

tumoraciones de 1 cm, hipodensas con reforzamiento anular, compatibles con metástasis a nivel pulmonar. En abdomen con riñón izquierdo deformado con ectasia renal, múltiples tumoraciones de los 4 a 8 cm en la corteza. Se establece el diagnóstico de cáncer de células claras a nivel renal con metástasis a nivel pulmonar. 24 horas posteriores a su ingreso, el paciente presenta disnea. Debido al diagnóstico del paciente se decide iniciar con cuidados paliativos, previa explicación de las intervenciones a sus familiares. Se inicia oxígeno se decide aplicar 5 mg de diazepam intravenoso, se aplica buprenorfina, después de 20 minutos del uso de la benzodiazepina, sin embargo esto no fue suficiente, por lo que, se decide realizar apoyo avanzado de la vía aérea previa sedación y analgesia. **Comentario:** nuestro primer abordaje es oxígeno, pues este disminuye la sed de aire y la ansiedad que la disnea provoca. Si esta medida no es suficiente, se utiliza morfina, puede utilizarse en nebulizaciones o de manera intravenosa. Otro grupo de medicamentos útiles en la disnea son las benzodiazepinas, puesto que mejoran la ansiedad, disminuyen la frecuencia respiratoria, con lo que mejoramos el aporte de oxígeno y mitigamos la disnea. Sin aun con estas medidas el paciente continua con dificultad respiratoria, se sugiere la sedación e intubación paliativa, se deben de manejar parámetros mínimos ventilatorios. **Conclusión:** los cuidados paliativos en medicina interna deben ser parte fundamental de nuestro accionar como especialista, ya que se presentan paciente con enfermedades terminales con mucha frecuencia en nuestros centros hospitalarios.

**Folio:0277**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Hombre de 52 años con glomerulonefritis rápidamente progresiva y afectación articular**

*Rodríguez M<sub>o</sub>, Archundia I<sub>o</sub>, Ramírez N<sub>o</sub>*

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

Hombre de 52 años, originario del DF, tabaquismo negativo. Inicia hace 1 año con rigidez matutina, artralgiás de rodillas, hombros y articulaciones metacarpofalángicas, en tratamiento con analgésicos, normotenso durante el seguimiento en Unidad de Medicina Familiar Evolucionada con hipertensión, creatinina de 6.8 mg/dL, examen general de orina con 20-30 eritrocitos/campo y depuración de creatinina de 9.7ml/min/1.73m<sup>2</sup>SC. USG renal que reporta riñón derecho de 7.5x 4cm e izquierdo de 8 x 4.2cm. Inicia diálisis peritoneal. Acude por sinovitis en carpos y afasia motora. TA:150/90, FC:75X', FR:18X', T:36°C. Cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen con catéter Tenckhoff, sin visceromegalias, Giordano negativo. Extremidades con deformación en cuello de cisne y flogosis en articulaciones metacarpofalángicas. Neurológico: no emite lenguaje, alexia y agrafia, obedece órdenes, fuerza 4-5 en hemicuerpo derecho, resto normal. Urea 186, creat 13.9, K 4.4, Hb 3.72, hto 10.9, leucocitos 600, neutrofilos 100, linfocitos 500, plaquetas 60,200 FR 39.6, antiDNA de doble cadena 40.4, anti-CCP 5.9, VSG 35mm, PCR 0.37 Se emite diagnóstico de Rhupus, se encuentra en tratamiento con prednisona, azatioprina y mercaptopurina. SLEDAI inicial

de 26, actual 8. **Conclusión:** *Rhupus* presenta una incidencia de 0.09%,<sup>3,4</sup> fue descrito en 1960 por Toone<sup>2</sup> y en 1971 Schur usó por primera vez el término.<sup>1</sup> Para el diagnóstico, se requiere la presencia de poliartritis erosiva y síntomas de LES; antiDNA de doble cadena o antiSM positivos.<sup>2</sup> La mayoría de los pacientes debuta con manifestaciones de AR1; es poco frecuente que exista afección renal como en el presente caso.

**Folio:0279**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Tiroiditis de Hashimoto presentándose con miopatía: Reporte de un caso y revisión de la literatura**

Martínez E<sub>o</sub>, González A<sub>o</sub>, Hernández A<sub>o</sub>, Sánchez H<sub>o</sub>, Maya A<sub>o</sub>

0.Hospital General de México

**Antecedentes:** la descripción original de síndrome de Hoffmann data de 1897, como la presencia de hipotiroidismo con rigidez muscular dolorosa, pseudo hipertrofia y dificultad para la relajación muscular en un paciente tiroidectomizado. **Objeto de estudio:** esta entidad clínica es una presentación poco frecuente de una enfermedad común como lo es hipotiroidismo, la disfunción muscular es habitual en pacientes con hipotiroidismo, llegándose a presentar hasta en un 79% durante algún momento de la evolución, la afección hipertrófica ocurre sólo en 10-16% de los pacientes. **Material y método:** presentamos el caso de un hombre de 35 años, con padecimiento iniciado 7 semanas previas a su ingreso, caracterizado por debilidad proximal en cintura escapular y pélvica, a lo que se agregó mialgias generalizadas y edema. En

exploración física se apreció hipertrofia en grupos musculares de brazo, antebrazo, muslo y pierna. Como únicos antecedentes hubo ingesta de pravastatina 6 semanas antes por diagnóstico de dislipidemia. En los estudios paraclínicos destacó elevación de enzimas musculares, creatinina sérica y proteinuria no cuantificada en 3 determinaciones, la primera de estas, previa a la administración de hipolipemiente. Ingresó al servicio de Medicina Interna con diagnóstico de rabdomiólisis y lesión renal aguda.

**Resultados:** se realizaron pruebas de función tiroidea, compatibles con hipotiroidismo, en búsqueda de etiología, se obtuvieron valores elevados de anticuerpos anti-tiroglobulina y anti-tiroperoxidasa, compatibles con tiroiditis de Hashimoto. Al instituirse tratamiento de reemplazo hormonal con levotiroxina, los valores de enzimas musculares y creatinina sérica presentaron descenso notable, asimismo, existió importante mejoría clínica, el paciente fue egresado por mejoría. **Conclusión:** en el presente caso se conjugaron tres entidades, el uso de estatinas como factor aditivo en un trasfondo autoinmunitario que además de rabdomiólisis, presentó trastornos tróficos en diversos grupos musculares en una entidad descrita como síndrome de Hoffmann, hasta la fecha, no se ha reportado un caso similar. Cabe destacar, que en un paciente con rabdomiólisis no traumática, se deberá considerar hipotiroidismo dentro del diagnóstico diferencial.

**Folio:0280**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Co-infección por *Mycobacterium tuberculosis* y *Mycobacterium avium***

**en un paciente con el virus de la inmunodeficiencia humana. Presentación de caso clínico**

Martínez J<sub>o</sub>, Ayala I<sub>o</sub>, Malagon J<sub>o</sub>

0.Hospital de especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda CMN Siglo XXI, IMSS

**Antecedentes:** la coinfección por el VIH y *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) afecta a casi 25 millones de personas en el mundo. La tuberculosis (TB) es la enfermedad infecciosa oportunista más frecuente en los pacientes con VIH, y esta última es un factor de alto riesgo para la tuberculosis. Ambos, el VIH como la TB tienen efectos profundos en el sistema inmunológico capaces de desarmar la respuesta inmunológica del huésped por medio de mecanismos no completamente entendidos. Por lo que la presencia de varias condiciones relacionadas con la infección por el VIH afecten al mismo individuo, incluso de manera sincrónica. La infección por *Micobacterium avium* complex (MAC) es conocida por producir tanto una infección diseminada, como formas localizadas a ganglios o sistema respiratorio. Se desconoce la incidencia y prevalencia de la infección por dos especies de tuberculosis y aquí reportamos un caso con evidencia de infección por MBT y MAC. **Objetivo de estudio:** reportar la coinfección por más de una especie del género Tuberculosis en un paciente infectado por VIH, su presentación y evolución. **Material y método:** revisión de expediente clínico y de la literatura. **Informe de caso:** masculino de 26 años de edad, con diagnóstico reciente de VIH que presenta cuadro de fiebre y ataque al estado general adenopatía cervical,

dolor abdominal difuso y lesiones purpúricas diseminadas. Se reporta PCR múltiple y anidada en muestra histopatológica de estómago positiva para *M. avium* y positiva en sangre para *M. avium* y *M. tuberculosis*. Presenta respuesta parcial al tratamiento antifímico, pero completa con la administración de IgIV. **Discusión:** MAC y MBT son las micobacterias que más comúnmente producen afección en individuos infectados por el VIH. La incidencia de la infección por estas micobacterias se incrementa de manera exponencial desde el comienzo de la epidemia por el VIH. La infección por MBT y MAC en paciente inmunocomprometidos no está bien reconocida, pero el aislamiento de ambas especies en muestras bronquiales no es raro, aunque con dudas sobre si ambas son patógenas. Existen reportes sobre infecciones mixtas de micobacterias en pacientes con SIDA, pero de igual manera la participación de cada especie en la enfermedad del individuo es desconocida. En nuestro caso la identificación de sangre por PCR en ambas especies nos sugiere coinfección.

**Folio:0281****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Neurología**Síndrome de Sjögren con síntomas iniciales neurológicos**

*Castruita M<sub>o</sub>, Abundez A<sub>o</sub>, Salazar E<sub>o</sub>*  
 O.Instituto Mexicano del Seguro Social

Reportar caso de Sd. Sjögren con síntomas neurológicos iniciales. La presentación clínica del síndrome de Sjögren en SN tiene síntomas SNC como síntomas medulares, neurona motora, manifestaciones cerebrales

focales y multifocales, neuritis óptica, deterioro cognitivo, crisis convulsivas y encefalitis. en SNP se manifiesta como neuropatía, nervios craneales, enfermedad muscular y radiculopatía. Femenino de 48 años que presenta debilidad y adormecimiento en miembros pélvicos que fue ascendente simétrica, constipación intestinal y retención urinaria, hasta comprometer miembros torácicos, presenta dificultad respiratoria ameritando intubación orotraqueal presenta movimiento tónico clónico generalizados de 1 min. 8 semanas posteriores disartria, disminución del estado de alerta, confusión, alteraciones de la memoria marcha atáxica, con dificultad respiratoria. PCR 7.4 VSG 36 Ac ANA 9.2 ANTI-RO 12 FR 15 Por medio de los resultados y clínica se integro Sd. Sjögren.

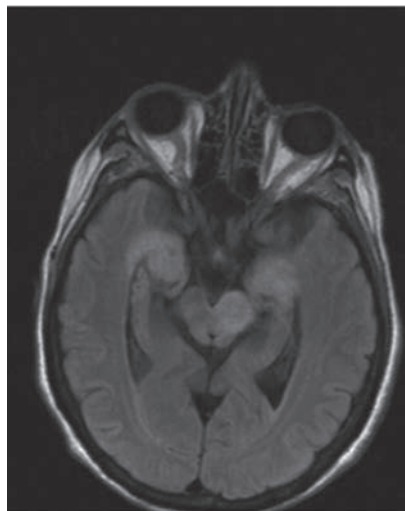


Figura 1.

**Folio:0282****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Hematología**Relación entre mieloma múltiple de cadenas ligeras e hiperparatiroidismo. Reporte de caso**

*Montañez S<sub>o</sub>, Anguiano A<sub>o</sub>, Romero N<sub>o</sub>*  
 O.ISSEMYM

Femenino de 36 años, presenta lumbalgia de 1 año de evolución, dolor cervical incapacitante, dificultad para la marcha y pérdida de 10 kg de peso. A la exploración física TA 100/60 mmHg, FC 78 lpm, FR 20 rpm, t 36.5°C. Neurológicamente integra. Palidez tegumentaria. Cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen sin datos patológicos. Extremidades hipotróficas, con edema. Laboratorio Hb 12.6 g/dl, Hto 36%, glucosa 113, BUN 24, Cr 2.6, Na 137, K 3.2, Cl 96, Ca 17.9. EGO orina turbia, proteínas, sedimento abundante, cristales de urato amorfo y oxalato de calcio. Electrolitos urinarios Na 32, K 62, Ca 14, Cl 70. Depuración de Cr de 24ml/min, proteinuria de 5812 mg/24 hr. Proteína de Bence-Jones con patrón monoclonal en kappa-kappa libre, inmunoelectroforesis: sin patrón monoclonal, beta 2 microglobulina de 5.6 mg/L. Serie ósea metastásica con lesiones líticas en cráneo y huesos largos. USG de cuello con lesión quística dependiente de glándula paratiroidea izquierda. AMO: celularidad disminuida, NA 25%, NJ 13%, Linfos 17%, NB 4%, células plasmáticas 37%, EOS 4%. Biopsia de hueso: médula ósea con infiltración por células neoplásicas de aspecto plasmocitoide. Hormona paratiroidea: molécula intacta 526 pg/ml. Se confirma el diagnóstico de mieloma múltiple de cadenas ligeras asociado a hiperparatiroidismo primario. **Discusión:** la asociación entre HPTP y MMCL ha sido descrita en la literatura médica únicamente como reporte de casos con una prevalencia del 10%. La explicación, es el efecto

de la HPT sobre las células estromales/osteoblásticas, induciendo la liberación de interleucina-6 (IL-6), la cual estimula a los linfocitos B para su activación y diferenciación a plasmocitos. El efecto de la HPT sobre las células estromales/osteoblásticas ha sido estudiado para comprender la patogénesis del HPTP, no sólo por la inducción de IL-6 que estimula las células progenitoras de osteoclastos para su activación y diferenciación, sino a través de la liberación de RANK-L, cuyo receptor se encuentra también en el precursor del osteoclasto y lleva a un efecto similar al descrito con la IL-6. La IL-6 es el puente más probable entre el HPTP y la estimulación de los linfocitos B, que se asocia con el desarrollo de una GM. Algunos síntomas relacionados con el HPTP podrían ser explicados a través de los efectos proinflamatorios de la IL-6, la cual desencadena efectos como la trombocitosis.

#### Folio:0283

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Aspergilosis pulmonar crónica recidivante: a propósito de un caso**

Romero L<sub>0</sub>

0.Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

**Informe de caso:** mujer de 37 años de edad con antecedente de asma desde los 15 años. En 2007 diagnóstico de aspergiloma pulmonar recibiendo tratamiento con anfotericina B y realización de lobectomía inferior izquierda. Ingres a la unidad por hemoptisis franca así como tos productiva fiebre. A la exploración física se integra síndrome cavitario izquierdo. Tomografía de tórax ventana para

pulmón: imagen isodensa en relación con estructuras mediastinales heterogénea, de bordes definidos e imagen isodensa en su interior. Broncoscopia BAAR negativo, Cultivo positivo: aspergillus fumigatus. Biopsia: parénquima pulmonar con necrosis hemorrágica y tinción de aspergillus. Se concluye diagnóstico de aspergilosis crónica necrotizante. Se dio tratamiento con voriconazol y neumectomía. **Conclusión:** el término aspergilosis necrotizante crónica se ha utilizado para sujetos con aspergilosis invasiva presentándose en la mayoría de los casos como un aspergiloma simple o síndrome.

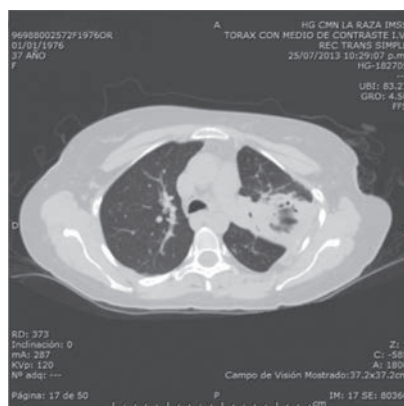


Figura 1.

#### Folio:0284

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Comparación de PPD contra Quantiferon en el diagnóstico de TB latente en diabéticos**

Rendón A<sub>0</sub>, Olivo M<sub>0</sub>, Rendón A<sub>0</sub>

0.Hospital Universitario

**Antecedentes:** tanto el PPD como el Quantiferon (QFT) están aprobados para el diagnóstico de infección latente por M. tuberculosis (LTBI), pero existe información limitada de su utilidad en pacientes diabéticos.

**Objetivo:** determinar la concordancia entre las dos pruebas en pacientes diabéticos. **Métodos:** se enrolaron prospectivamente pacientes diabéticos ambulatorios a los que se les determinó simultáneamente el PPD y el QFT. Ambas pruebas se realizaron siguiendo los procedimientos recomendados y estandarizados. Se consideró el diagnóstico de TB latente con el resultado positivo de cualquiera de las dos pruebas. Análisis estadístico: Para el análisis descriptivo utilizamos media con desviación estándar y mediana con rango, para la descripción de las características demográficas de la muestra. Para variables cuantitativas y tras pruebas de normalidad por Kolmogorov-Smirnov, se utilizó T de Student para el contraste de variables normales y U de Mann Whitney para no normales. En cuanto a variables categóricas, se utilizó chi cuadrada o Fisher según correspondiera. Fue calculado el índice Kappa para definir la concordancia entre los resultados arrojados por la prueba de QFT y el PPD. **Resultados:** se incluyeron 305 pacientes de los cuales se tuvo la información completa en 231: 78 (33.75%) fueron PPD, 95 (41.1%) QFT y 54 (23.3%) resultaron con ambas pruebas positivas. 112 (48.5%) fueron concordantes en sus resultados negativos y 54 (23.4%) en sus resultados positivos, con una concordancia global de 71.9% (kappa = 0.43, p < 0.001). Se observó una discordancia entre PPD/QFT- en 17.7% (41/231), y PPD-/QFT en 10.3% (24/231). **Conclusión:** el QFT detectó más casos que el PPD por lo que pudiera ser la prueba de elección en este grupo de pacientes. La mala concordancia observada entre el PPD y el QFT sugiere que son pruebas complementarias.



**Folio:0285****Tipo de Presentación:** sin preferencia**Tema del resumen:** Neurología**Síndrome de encefalopatía posterior reversible asociado a hipercalcemia maligna: reporte de un caso**González E<sub>0</sub>, Camara C<sub>0</sub>, Ortiz J<sub>0</sub>, Yeveerino S<sub>0</sub>, Villarreal M<sub>0</sub>, Galarza D<sub>0</sub>. Universidad Autónoma de Nuevo León

**Introducción:** el síndrome de encefalopatía posterior reversible se utiliza para describir una condición caracterizada por cefalea, alteraciones visuales y de la conciencia asociada a edema cerebral en region posterior y se asocia a hipertensión, preeclampsia, enfermedad renal crónica y quimioterapia; raramente por hipercalcemia.

**Caso:** femenino de 38 años inicia dos meses previos con lumbalgia, pérdida de peso y somnolencia. Se presenta normotensa, desorientada, no focalización. Presenta tumoración en mama izquierda, falla renal aguda e hipercalcemia. Se inicia hidratación IV y biopsia con adenocarcinoma ductal infiltrante. Con buena respuesta presenta cefalea. IRM cerebral muestra edema vasogénico en región occipital y temporal bilateral, se inicia

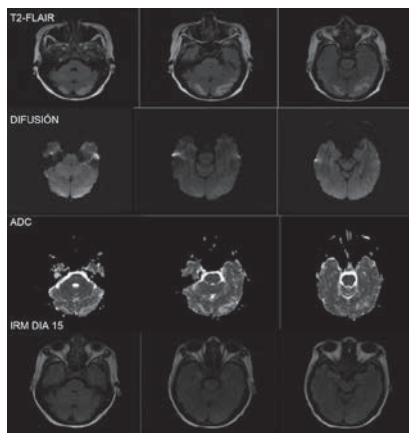


Figura 1.

zolendronato. Con mejoría sintomática, calcio e IRM posterior normales.

**Conclusiones:** la hipercalcemia lleva a PRES por vasoespasmio, disfunción endotelial y estado inflamatorio. Un diagnóstico oportuno lleva a un tratamiento adecuado.

**Folio:0286****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Infectología**Acinetobacter baumannii, un patógeno emergente: Estudio prospectivo en una unidad de terapia intensiva respiratoria**Martínez E<sub>0</sub>, Sánchez L<sub>0</sub>, González A<sub>0</sub>. Hospital General de México

**Antecedentes:** *A. baumannii* es un coccobacilo gram-negativo, caracterizado genotípicamente en 1986 cuya adquisición dentro del hospital y resistencia a antimicrobianos ha incrementado de manera importante durante los últimos años. **Objetivo:** determinar incidencia, sitio de infección, perfil de farmacoresistencia y mortalidad que la infección por *A. baumannii* tiene en los pacientes del presente estudio.

**Material y métodos:** se efectuó una cohorte prospectiva, observacional y longitudinal en la unidad de terapia intensiva (UTI) del servicio de neumología del Hospital General de México durante un periodo de 18 meses. Se incluyeron pacientes de 16 años o mayores (453), 7 casos se eliminaron por información incompleta, (n= 446) analizándose variables demográficas, clínicas y paraclínicas. Análisis estadístico: Estadística descriptiva (Frecuencias, proporciones, medias aritméticas, desviaciones estándar, medianas e intervalos intercuartiles). Estadística inferencial.

**Resultados:** de los 446 pacientes,

71.1% tenían una infección respiratoria al momento del ingreso a la UTI y 11.2%, una infección nosocomial. Las principales comorbilidades previas a la hospitalización fueron diabetes e hipertensión arterial sistémica. La mortalidad observada al egreso de la UTI y del hospital fueron de 51.8% y 61.2%, respectivamente. Las estancias medias en la UTI y en el hospital fueron de  $18.4 \pm 14.9$  y  $30.2 \pm 22.4$  días, respectivamente. En antibiogramas de los cultivos correspondientes, destaca resistencia de 90-100% para ampicilina, aztreonam, cefalosporinas de 2<sup>a</sup>-4<sup>a</sup> generaciones, ciprofloxacina, levofloxacina, meropenem, ticarcilina-clavulanato, tobramicina y trimetoprim-sulfametoxazol, 50-89% para gentamicina, imipenem, moxifloxacino, piperacilina-tazobactam y tobramicina. El único agente con sensibilidad 100% es tigeciclina.

**Conclusiones:** *A. baumannii* es un patógeno que posee amplia plasticidad genética, factores de virulencia que facilitan su persistencia en el entorno hospitalario e invasión al huésped, además de extensos mecanismos de farmacoresistencia a todos los géneros conocidos de antimicrobianos, que, en conjunto, confieren un potencial epidemiológico importante, por lo que el conocimiento de su incidencia, comportamiento, y medidas de prevención estándar, impactarán favorablemente en el desenlace de pacientes con estancia en UTI.

**Folio:0288****Tipo de Presentación:** oral**Tema del resumen:** Reumatología**Infecciones incidentes en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con agentes biológicos**

Escalante C<sub>o</sub>, Arce C<sub>o</sub>

0.Hospital Central Sur de Alta Especialidad Pemex

**Antecedentes:** desde hace más de 10 años, los pacientes con artritis reumatoide refractarios a tratamiento reciben diferentes agentes biológicos que modifican el sistema inmune al bloquear la respuesta a TNF $\alpha$ , IL-6, CD40 o lisar células B CD20, lo que pudiera asociarse con infecciones. La epidemiología de las infecciones oportunistas y usuales difiere en México de los reportes en otros países.

**Objetivo:** evaluar la incidencia de infecciones graves (que requieran hospitalización) y no graves, en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide que se encuentran en tratamiento con agente biológico.

**Material y métodos:** se revisó la cohorte de pacientes que recibieron un agente biológico desde enero de 2001 a diciembre de 2011. Se cuantificaron los episodios infecciosos con o sin aislamiento bacteriológico o respuesta serológica de acuerdo con el diagnóstico médico u hospitalización por causa infecciosa y se registraron las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes durante dichos episodios. Análisis: Se empleó estadística descriptiva y prueba chi cuadrada. **Resultados:** analizamos 142 pacientes, de ellos, se valoró el periodo de seguimiento desde el inicio del primer biológico hasta su cambio o la fecha actual. La edad promedio fue de 60 $\pm$ 12 años, el porcentaje de mujeres fue 86%, con índice de comorbilidad de Charlson de 1.27 $\pm$ 1.29. Los biológicos empleados fueron: Etanercept 43.6%, infliximab 12.6%, rituximab 23.23%, tocilizumab 4.2% y adalimumab 15.4%. Se documen-

taron un total de 678 infecciones, de las que 631 fueron consideradas no graves y generaron 1102 consultas, además 47 graves que ameritaron 326 días de estancia intrahospitalaria, 63 en unidad de cuidados críticos. Los desenlaces fueron 8 infecciones crónicas, 6 secuelas permanentes y 2 muertes. Encontramos asociación entre uso de anti-TNF e infecciones graves RR 2.6 (IC95%= 1.004-7.135; p= 0.042) La frecuencia de infecciones durante el seguimiento fue de 4.7 y 0.3 infecciones graves por paciente. **Conclusiones:** la frecuencia de infecciones no graves parece ser muy elevada en esta población. Las infecciones graves generan altos costos y desenlaces de mal pronóstico. El uso de anti-TNF se asocia con más infecciones graves. El clínico debe tener en consideración este panorama al prescribir agentes biológicos en artritis reumatoide.

**Folio:0289**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Manifestaciones de vasculitis de sistema nervioso central en un síndrome de sobreposición (lupus eritematoso sistémico y esclerosis sistémica difusa). Reporte de un caso clínico**

Hernández J<sub>o</sub>, Olvera A<sub>p</sub>, Mendoza S<sub>i</sub>  
0.Servicio Medicina Interna UMAE Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Medico Nacional La Raza; 1.UMAE Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Medico Nacional La Raza

Se trata de paciente femenino de 54 años de edad, originaria del distrito federal, empleada de serigrafía, con

antecedente de HAS de reciente diagnóstico, así como portadora de LES desde 96 con afectación mucocutánea y articular con manejo a base de cloroquina y prednisona, nefropatía lupica clase IV A/C por biopsia por proteinuria masiva con manejo con ciclofosfamida y metilprednisolona, esclerosis sistémica variedad limitada. Paciente que acude para realización de tratamiento con inducción a la remisión a base de ciclofosfamida por nefropatía sin embargo presenta desde hace 6 días contracciones involuntarias bruscas y de breve duración, localizadas a nivel de los músculos de cuello que le ocasionan movimientos anormales caracterizados por rotación en eje horizontal, dichos movimientos sin predominio de horario. A la exploración física paciente consciente orientada, con buen estado general, a la EFNL funciones mentales preservadas, NC I sin anosmia, II AV OD 20/100 que corrige a 20/70, OI 20/100 que no corrige, fondo de ojo con bordes de papila bien delimitados, preservación de relación AV, III,IV, V sin alteraciones. V reflejo corneal conservado, sin alteración de las tres ramas, VII con simetría facial al reposo y a la gesticulación. Resto de nervios craneales sin alteraciones. Sistema Motor con REM / en extremidades superiores y REM / en extremidades inferiores, sensibilidad sin alteraciones, sin datos de disautonomias. Gammagrama cerebral con presencia hipoerfusion leve en región frontoparietal derecha y parietal izquierda. RMN de cráneo donde en cortes axiales secuenciales T2 y FLAIR a nivel supratentorial con imágenes ovoideas hiperintensas de menos de 2 mm localizadas en centro semioval y aumento de la intensidad de núcleo

lenticular derecho con comportamiento heterogéneo, infratentorialmente en vermis, hemisferios cerebeloso, cisternas y tallo sin alteraciones. EEG con actividad de base de 10 Hz de 39 $\mu$ V desplazada hacia regiones centrales con simetría y sincronía interhemisféricas, fotoestímulo a bajas y altas frecuencias con reactividad y bloqueo alfa adecuado, sin trazos anómalos. Por lo que se decide manejo con inmunosupresores y valproato de magnesio de manera intermitente. Vemos en este paciente un cuadro de vasculitis de SNC en un síndrome de sobreposición dentro de la clasificación y con respuesta a tratamiento.

**Folio:0290**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Paciente con preeclampsia severa, lupus eritematoso sistémico y síndrome encefalopatía reversible posterior**

*Ramírez F, Torres A<sub>0</sub>*

0.Secretaría de Salud

**Antecedentes:** existen alrededor de 50 pacientes con asociación Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Síndrome Encefalopatía Reversible Posterior (SERP), con presentación clínica variada. Las tres principales enfermedades asociadas al SERP que se han identificado son Lupus eritematoso sistémico en un 29%, enfermedad renal 20%, eclampsia 20%. **Objetivo:** describir el caso de una paciente que desarrollo preeclampsia-eclampsia, Lupus Eritematoso sistémico y dar a conocer la asociación con el SERP. **Caso clínico:** Mujer 27 años, antecedente de cesárea por preeclampsia severa, se agregó disnea progresiva, fiebre, desaturación, anasarca, tos

productiva, cefalea holocraneana de gran intensidad, BUN 40 /Cr 1.37, se ingresó con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca NYHA II por disfunción diastólica y lesión renal aguda, posteriormente anemia microcítica hipocrómica, síndrome nefrótico y síndrome nefrítico, se sospechó de LES por lo que se decidió solicitar anticuerpos; los cuales reportó anticuerpos antinucleares patrón homogéneo centromérico 1:640 y anti DNA doble cadena positivos, se añadió bolos de metilprednisolona, se agregó episodio de crisis convulsivas tónico clónico generalizadas, el cual remitió con diazepam y se inició levetiracetam, se realizó tomografía de cráneo encontrándose zonas hipodensas a nivel occipital posterior, por lo que se solicitó RMN en la cual se observó en secuencia T2 zonas hiperintensas a nivel de occipital posterior y múltiples a nivel parieto-temporal. Sin mejoría se inició dosis de ciclofosfamida. Se logró buen control de la presión arterial con esquema oral antihipertensivo y buen estado neurológico; se suspende esquema antiepiléptico y se da de alta por mejoría. **Discusión:** la etiología de esta asociación en el caso de esta paciente, probablemente se debió a la preeclampsia severa, así como el LES, el cual se identificó por su presentación clínica- radiológica, como se describe en la literatura de las causas asociadas a SERP. Por lo que este síndrome debe ser prontamente reconocido y tratado; ya que el tratamiento implica la resolución. **Conclusiones:** el conocimiento de este síndrome de encefalopatía reversible posterior es importante; ya que pudiera confundirse con múltiples patologías de presentación más frecuente, por lo

que su identificación y tratamiento temprano implica la característica de su reversibilidad.

**Folio:0292**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Educación

**Nivel de autoconcepto en médicos internos de pregrado de un Hospital de Segundo Nivel de Atención**

*Celestino L<sub>0</sub>*

0.HGZ No. 2 IMSS

**Antecedentes:** el autoconcepto es un conjunto organizado y cambiante de percepciones acerca de sí mismo, que incluye: características, cualidades, defectos, capacidades y límites, así como sus valores (su identidad). La valoración que cada persona realiza sobre sí misma expresa una actitud de aprobación o desaprobación hacia sí mismo e indica la medida en la cual se cree capaz, importante, exitoso, valioso y feliz. Esto condiciona su equilibrio psicológico, su relación con los demás y su rendimiento académico y/o laboral. El autoconcepto es resultado de las influencias recibidas y su evaluación es importante pues de él dependerá el despliegue del individuo y de sus potencialidades. **Objetivo:** determinar el nivel de autoconcepto de los médicos internos de pregrado (MIP) asignados para su rotación al Hospital General de Zona No. 2. **Material y método:** estudio descriptivo, transversal. Participaron 28 MIP. Se utilizó la escala para medir autoconcepto de Piers y Harris, consta de 80 ítems, con respuesta sí o no acerca del "modo en que me veo a mí mismo" (encuesta autoaplicada). Mide el autoconcepto global y sus seis dimensiones: comportamiento, estatus intelectual y escolar, falta de ansiedad,

popularidad, aspecto corporal/físico y felicidad/satisfacción, **Resultados:** de los 28 MIP, 27 puntuaron para un nivel alto de autoconcepto global y 1 con nivel medio, la dimensión con mejor nivel de autoconcepto fue la de comportamiento con nivel alto en el 100%, seguida por la dimensión felicidad-satisfacción en la que 96.5% de los participantes presentaron nivel alto, en la dimensión estatus intelectual y escolar 89% de los alumnos se percibieron con nivel alto y 11% con nivel medio. En la dimensión popularidad 82% de los MIP presentaron nivel alto de autoconcepto y 18% nivel medio, le sigue la dimensión apariencia e imagen física en la que 61% percibieron nivel alto y 3% nivel bajo y en la dimensión falta de ansiedad 57% de los participantes con nivel medio y 11% con nivel bajo de autoconcepto. **Conclusiones:** la mayoría de los MIP percibieron tener un buen comportamiento, ser felices y estar satisfechos de sus logros, con buen estatus intelectual y escolar, pero creen no ser tan populares, que su apariencia e imagen física no es tan buena y manifestaron alto nivel de ansiedad.

#### Folio:0293

**Tipo de Presentación:** cartel  
**Tema del resumen:** Epidemiología  
**Programa de atención al paciente hospitalizado del Departamento de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Subprograma Úlceras por Presión: Resultados 2012**  
*Galindo S<sub>o</sub>, Baena L<sub>o</sub>, Galarza D<sub>o</sub>*  
 0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Antecedentes:** una úlcera por presión puede definirse como cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente

causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición; constituyen en México un importante desafío terapéutico para todo el personal de salud involucrado en su manejo y tratamiento. La prevalencia de úlceras por presión es del 3 al 15 % en sala general incrementándose a 50% en terapia intensiva, por lo que actualmente uno de los objetivos de salud es reducir su frecuencia, actuando en prevención primaria. A partir del 2007 el Departamento de Medicina Interna inició el programa de Prevención de úlceras por presión. **Objetivo:** disminuir la incidencia del desarrollo de úlceras por presión. **Material y métodos:** al ingresar el paciente a la Sala de Medicina Interna se clasifica con la escala de Norton en grupos de bajo, mediano y alto riesgo dando seguimiento durante su estancia. Una vez identificados los pacientes con riesgo se aplican las medidas preventivas adecuadas. Se calcula de forma mensual el porcentaje de desarrollo de úlceras utilizando la fórmula de número de pacientes que desarrollaron úlceras entre el número de pacientes que fueron evaluados por 100. **Resultados:** estos son los resultados del 2012 el cual es reportado de forma mensual, como ya fue descrito previamente, obteniendo lo siguiente: en enero 0.41%, febrero 1.35%, marzo 0.52%, abril 1.86%, mayo 0%, junio 0.42%, julio 0%, agosto 0%, septiembre 0.36%, octubre 0%, noviembre 0%, diciembre 0%, teniendo un porcentaje anual de 0.41%. **Conclusiones:** el proceso de evaluación es básico para mejorar la eficacia de los procedimientos. Para lo que se estableció este programa de mejora de calidad sistemático, con

enfoque interdisciplinario y continuo, que puede ser monitorizado, valorado y modificado. Al establecer el programa de prevención de úlceras por decúbito disminuye la cantidad de pacientes que desarrollan esta patología, disminuyendo también el número de complicaciones. En nuestro departamento se observó un menor porcentaje anual de desarrollo de úlceras que el reportado en la literatura. El programa se ha modificado con la finalidad de mejorar la calidad de atención. Día a día seguimos buscando nuevas estrategias que permitan disminuir la morbimortalidad de los pacientes que ingresan a nuestro departamento.

#### Folio:0294

**Tipo de Presentación:** cartel  
**Tema del resumen:** Infectología  
**Mieloma múltiple y coccidioidomycosis diseminada. Presentación de un caso**  
*Zúñiga J<sub>o</sub>, Alegría J<sub>o</sub>, De La Cruz J<sub>o</sub>*  
 0.Hospital Juárez de México

**Caso:** masculino de 49 años, padre con cáncer gástrico, laboró 5 años en fábrica de tintas para imprenta, inmigrante ilegal por dos años en Arizona y Nueva York. DM diagnosticada hace 2 años, tratado con insulina glargina, 3 hospitalizaciones por cuadros neumónicos desde entonces, último egreso con tratamiento primario para tuberculosis por 6 meses. Ingresa por dolor óseo generalizado, aumento de volumen en articulaciones interfalángicas/muñecas, y tumoraciones nodulares en región paraesternal izquierda (3x4cm) y dorso de mano izquierda, firmes, no dolorosas. Figura 1 Se da quimioterapia para mieloma múltiple IgG, aparentemente con plasmocitomas asociados, con mejoría del dolor y



normalización bioquímica, pero con empeoramiento de las lesiones nodulares en tórax y miembros. La biopsia de éstas reveló necrosis extensa y presencia de *Coccidioides immitis* (PAS/Grocott, cultivo en agar-Sabouraud). **Conclusión:** la coccidioidomicosis diseminada puede representar un reto diagnóstico y terapéutico.

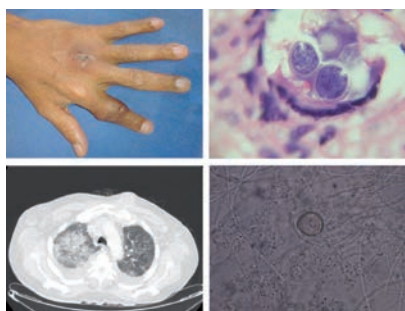


Figura 1.

#### Folio:0295

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Absceso hepático de probable etiología amebiana, drenado por punción percutánea en paciente con SIDA**

*Sánchez V<sub>o</sub>, Ugalde L<sub>o</sub>*

0.Hospital General de México

El absceso hepático amebiano es una patología frecuente en nuestro país, presentamos un caso en paciente inmunodeprimido. Masculino de 33 años con infección por VIH estadio C3 diagnosticada hace 3 semanas en tratamiento antirretroviral. Hace 2 semanas con fiebre, diaforesis profusa y dolor en hipocondrio derecho. Se realizó ultrasonido reportándose absceso hepático con niveles hidroaéreos en lóbulo hepático derecho, hepatomegalia. Leucocitos 19000, neutrófilos 16000, fosfatasa alcalina 316, GGT 320, carga viral 1,574 782 copias,

cuantificación de CD4 en 176. Se dio tratamiento antimicrobiano con ceftriaxona y metronidazol por 17 días con posterior drenaje percutáneo de absceso hepático dejándose sonda a derivación. Ultrasonido de control 1 mes después con 2 colecciones intrahepáticas de aproximadamente 8 y 6 cc que no requirieron drenaje. Se tomó seroamiba la cual se fue positiva. El paciente evolucionó a la mejoría, sin fiebre, y se dio de alta por mejoría.

#### Folio:0299

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Hematología

**Oftalmoplejía como forma aislada de recidiva de leucemia mieloide aguda. Presentación de un caso y revisión de la literatura**

*Ramírez C<sub>o</sub>, Ayala D<sub>o</sub>*

0.Hospital General de México

**Introducción:** actualmente 90% de los pacientes con LAM logra una remisión con quimioterapia, pero hasta un 40% tendrá recaída. El involucro al SNC en recaída ha sido reportado en 2-8.8%. La recaída aislada se define como foco leucémico extramedular que ocurre durante la remisión y no es seguido de recaída medular en los siguientes 30 días. Los factores de riesgo son: infantes (mayor vasculatura meníngea), cuenta inicial de leucocitos alta, sexo masculino, infiltración de LCR en el diagnóstico, morfología M4 o M5 según la FAB, e inversión del cromosoma 16. La positividad a CD56 se ha reportado también, por ser una molécula de adhesión neural, el gen es codificado en el cromosoma 11 y expresado principalmente en neuronas, células satélite de músculo esquelético y NK. La variedad M2 se ha reportado como

la de menor incidencia de recaída.

**Caso clínico:** Femenino de 28 años, diagnóstico de LAM2 hace 30 meses, recibió quimioterapia consiguiendo remisión completa y terapia de consolidación hace 2 años. Cuadro de 20 días de cefalea holocraneana 10/10, expansiva y disminución de la fuerza en miembros pélvicos, hace 10 días nota visión borrosa y ptosis en ojo izquierdo. A la exploración parálisis completa de III nervio izquierdo y síndrome de cola de caballo. Se descarta recaída a MO por biometría hemática y AMO. Se realiza PL encontrando 1500 células, por citopatológico 90% corresponden a blastos. RM con infiltración meníngea. 10 días después presenta oftalmoplejía completa, respetando solo VI nervio izquierdo, deterioro de la audición y estupor. A pesar de quimioterapia intratecal con citarabina, la paciente fallece 20 días después. **Discusión:** los sujetos con una primera remisión clínica mayor de un año por lo común recaen con una forma farmacosensible de la enfermedad, y tienen mayor probabilidad de lograr una nueva remisión. La recaída suele presentarse en el primer año posterior a la remisión completa, raramente después de 2 y después de 5 años se considera muy tardía. No hay consenso en la terapia, pero la quimioterapia intratecal ofrece mayor índice de curación en algunos estudios. El índice de sobrevivencia va del 26 al 40%. Nuestra paciente es un caso raro tanto por el tiempo, sitio aislado de recaída, y tipo de LAM menos asociado a recidiva en SNC, el pronóstico reportado en la literatura se constata con la mala respuesta al tratamiento de la misma.

#### Folio:0301

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología  
**Neumotórax espontáneo recurrente secundario a neumocistosis. Reporte de caso**

Alegria J<sub>o</sub>, Rodríguez M<sub>o</sub>, Flores C<sub>o</sub>, Jiménez M<sub>o</sub>, Belmont L<sub>o</sub>, De La Cruz J<sub>o</sub>, Morales R<sub>o</sub>

0.Hospital Juárez de México

Masculino de 30 años, 3 parejas homosexuales, sin protección. Padecimiento de 20 días de evolución, con ataque al estado general, disnea progresiva hasta ser de pequeños esfuerzos, tos no productiva y elevación térmica no cuantificada. Al examen físico disnea, taquicardia y taquipnea, no se integra Sx. pleuropulmonar. Paraclínicos: alcalosis respiratoria, hipoxemia e hipocapnia; neutrofilia relativa, linfopenia y elevación de DHL, VSG y PCR. Rx tórax con patrón reticular bilateral difuso, predominio basal. TAC tórax con engrosamiento septal interlobulillar, opacidades reticulares en vidrio despulido y lesiones quísticas intraparenquimatosas. Respuesta favorable a TMP-SMX (20 mg/Kg/día) y prednisona. Se corrobora infección por VIH estadio C3 y coinfección por *P. jirovecii* (ascas en tinción de Grocott). Presenta neumotórax derecho espontáneo a tensión en dos ocasiones, requiriendo pleurotomía cerrada urgente, tubo endopleural con succión continua y uso posterior de válvula de Heimlich.

**Folio:0303**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Absceso hepático piógeno drenado con éxito en paciente con Infección por virus de la inmunodeficiencia humana**

Sánchez V<sub>o</sub>, Ugalde L<sub>o</sub>  
 0.Hospital General de México

Paciente con infección del virus de inmunodeficiencia humana son vulnerables a múltiples infecciones a pesar de tratamiento antirretroviral. Paciente de 30 años, con infección por VIH estadio B2, 8 meses de diagnóstico, en tratamiento con ATRIPLA, consumo de cocaína y piedra en una ocasión. Sífilis estadio 2 hace 8 meses, tratado con penicilina. Presenta cuadro de 3 meses de evolución con fiebre, diaforesis y dolor en hipocondrio derecho. Ultrasonido con colección hepática en lóbulo hepático derecho, hepatoesplenomegalia. Leucocitos 10400, neutrofilos 7530, hemoglobina 6.8, fosfatasa alcalina 576, GGT 586, carga viral de 3 meses antes, menos de 40 copias, CD4 287. Se dio tratamiento con ceftriaxona y metronidazol, se realizó drenaje percutáneo de absceso hepático con éxito. Seroamiba negativa. Probable etiología piógena. El paciente respondió adecuadamente a terapia antimicrobiana y drenaje dándolo de alta por mejoría.

**Folio:0304**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Primer reporte sobre el uso y sobreuso de estudios de imagen: Experiencia en un hospital universitario**

Flores M<sub>o</sub>, Monreal R<sub>o</sub>

0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Sobreutilización de estudios de imagen se define como la aplicación de los procedimientos de imagen, que

bajo ciertas circunstancias indican que es poco probable que mejore el resultado final del paciente, de hecho se sugiere que hasta 20-50% de los estudios de imagen de alta tecnología fallan en proveer información útil que mejore el resultado final del paciente.

**Objetivo:** conocer la prevalencia de los estudios de TAC y RMN mal justificados en el departamento de medicina interna. MAT Y MET: Estudio observacional - longitudinal - descriptivo. Se analizará cada estudio solicitado por el médico tratante adscrito al depto de med interna y se llegara a la conclusión si confirmo el diagnostico o descarto el mismo y si tuvo impacto en el tratamiento del paciente. Estadística: se graficaran resultados atraves de programa Excel sobre la prevalencia de estudios mal justificados. **Conclusión:** de 338 estudios solicitados del mes de Enero a Julio de 2013, 118 (35%) no tuvieron impacto en tratamiento.

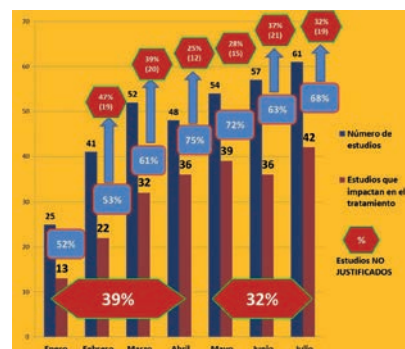


Figura 1.

**Folio:0305**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología  
**Síndrome de eritrodisestesia palmo-plantar tras la aplicación de tercer ciclo de quimioterapia R-CHOP, reporte de un caso**

Vega E<sub>o</sub>, Morales F<sub>o</sub>

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

**Antecedentes:** el síndrome de eritrodisestesia palmo-plantar (SEPP) o eritema acral (EA) es una reacción cutánea asociada a la aplicación (Ap) de ciertos agentes quimioterápicos (QT) presentándose 4-23 días post-Ap como eritema (ER), edema (ED) y parestesias (PT) en palmas y plantas. Los QT más frecuentemente asociados son 5-fluoracilo, doxorubicina, citarabina, entre otros. **Caso clínico:** masculino de 32 años con diagnóstico de Linfoma No Hodgkin linfocítico en 3er ciclo R-CHOP, ingresa el día 16 post-Ap con presencia de ER, ED, dolor, calor y PT en ambas manos. **Objetivo:** revisar las características del SEPP por QT. **Material y métodos:** informe de un Caso. **DISCUSIÓN.** La causa del SEPP es desconocida, se postula que es dosis-dependiente al QT, acumulándose



**Figura 1.** **Imagen A.** Día 16 posquimioterapia R-CHOP, presencia de eritema, edema periungueal, limitación funcional de la extremidad. **Imagen B.** Eritema y edema palmar, lesiones descamativas y presencia de lesiones en pliegue antecubital. **Imagen C.** (Dorso de las manos) y **D** (palma de las manos). Evolución favorable de las lesiones en los primeros 7 días de aplicación de piridoxina, analgésicos, compresas frías, corticoesteroides tópicos.

en las glándulas ecrinas. La dosis de doxorubicina > 50mg/m<sup>2</sup> c/28 días incrementa el riesgo. El tratamiento consiste en piridoxina, analgésicos, compresas frías, emolientes, corticoesteroides tópicos; su resolución es 2-4 semanas.

**Folio:0306**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Hematología

**Síndrome hiperosinofílico, reporte de un caso**

Ferrer G<sub>o</sub>, Barajas C<sub>o</sub>, Miguel N<sub>o</sub>

0.Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

La hiperosinofilia se define como un recuento de eosinófilos en sangre periférica mayor de 1,500/mm<sup>3</sup>, siendo un hallazgo poco común en la práctica clínica ante el cual se debe descartar distintas patologías incluyendo: parasitosis, enfermedades atópicas y reacciones adversas a medicamentos. Cuando una etiología no se ha identificado a pesar de la evaluación diagnóstica completa, se debe considerar el diagnóstico de Síndrome Hipereosinofílico que se caracteriza por la infiltración de eosinófilos a nivel sistémico de predominio en piel, con afección a hombres 9:1. Masculino de 72 años comerciante, niega procesos alérgicos y cuadros de atopia, trasfusiones, trasplantes y contacto crónico con sustancias o animales, con antecedente de tabaquismo y alcoholismo, Hipertensión arterial, Fibrilación Auricular e Hipotiroidismo de 24 años de evolución, consumo crónico de medicamentos: Enalapril, Digoxina, Propafenona, Levotiroxina y Warfarina. Inicia su padecimiento en Noviembre de 2012 con astenia, adinamia y dermatosis

generalizada de predominio en miembros pélvicos y ambas caras de tórax, caracterizada por pápulas eritematosas confluentes, pruriginosas, con zonas de liquenificación y xerosis, palmas con queratodermia blanco amarillentas, motivo por el cual acude a este Hospital y es valorado por Dermatología, recibiendo tratamiento a base de emolientes, antibióticos y esteroides sin mejoría clínica. Los laboratorios muestran leucocitos 12.500 a expensas de eosinofilia 5000 (39.8%), por lo que se realiza coproparasitoscópico y coprocultivo reportándose negativos, Tomografía de senos paranasales sin evidencia de sinusitis; radiografía y TAC de tórax normal, Electrocardiograma y Espirometría normales, Ecocardiograma con hipertrofia de ventrículo izquierdo, se descarta enfermedad inmunológica y procesos tumorales. Se realizó Frotis de sangre periférica sin presencia de blastos y con más de 5 Eosinófilos por campo, por lo que se realiza biopsia de las lesiones en piel presentando múltiples Eosinófilos. Finalmente después de descartar causas reactivas de eosinofilia y proliferación clonal se llegó al diagnóstico de hipereosinofilia idiopática con afección principalmente cutánea. Se envió a una Institución con Servicio de Hematología donde el paciente actualmente recibe manejo con Hidroxiurea con adecuada respuesta terapéutica.

**Folio:0309**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Misceláneos

**El espectro de las alteraciones hepáticas en dengue: patrones y comportamiento, durante el curso clínico. ¿Epifenómeno o no?**

Salomón M<sub>o</sub>, López J<sub>o</sub>, Robledo J<sub>o</sub>,  
Soto M<sub>o</sub>  
0.Dr. Juan Graham Casasús

**Antecedentes:** la elevación de las enzimas hepáticas se observa en la infección por dengue virus, en 65 a 97% de los casos. **Objetivo:** describir los hallazgos en las pruebas de funcionamiento hepático (PFH) a través de indicadores de daño hepatocelular, colestásico o mixto. Conocer la velocidad de recuperación en relación con la gravedad del dengue. **Material y métodos:** cohorte. Del 1 Enero 2012 al 31 de julio 2013. Pacientes con definición operacional de la OMS 2009 que tuvieran a su ingreso PFH y seguimiento hasta su egreso o fallecimiento. Análisis: estadística descriptiva no paramétrica, evaluación de sub grupos de acuerdo a patrón de alteración hepática y gravedad del dengue; se estableció la asociación de la gravedad con el tipo de daño hepático a través de chi cuadrada. Se elaboraron índices de contraste para conocer la velocidad de recuperación. **Resultados:** 125 casos, edad X=35.5±14años, F 47%. Estancia hospitalaria X=3.54±1.2 días. Clínica ictericia 2.4%, hepatomegalia 34.4%, hepatodinia 20.8%, ascitis 1%, falla hepática 4%, sangrado activo 56.8%. Los valores de Hb mediana (M) 14 (12-17.5), Ht M 41 (34-52), AST M 161(30-560) 3.5veces LSN máximo 49.5veces; ALT M 105(13-579), representa 2.6 veces LSN con un máximo de 73veces; DHL M 462(192-1665), 2.5veces LSN hasta 10.5veces; BT M 0.85 (0.5-12), BI M 0.6 (0.2-1.7), BD M 0.3 (0.1-0.9), FA M 92(45.3-320) hasta 3.4veces; Albúmina (Alb) M 3.1 (0.1-3.9), Globulina (Gl) M 2.9 (0.9-4.0). La velocidad de

recuperación solo se observó con valor estadístico en DHL (0.007) y ALT (0.06). Al comparar las variables en relación a la gravedad solo se observó diferencia estadísticamente significativa en la DHL p=0.001, tendencia a la significancia en ALT 0.066 y AST p=0.074; en FA, Gl, Alb, BT p>0.05. Evaluamos a través de una curva ROC la AST con la severidad del dengue y el punto de corte que mostró mayor sensibilidad y falsos positivos con un AUC 0.61 (0.48 - 0.73). Cuando se compararon las variables al ingreso y al egreso las que mostraron diferencia estadísticamente significativa fueron ALT (0.005), AST (0.005) y DHL (0.005) **Discusión:** se observó un 87% de alteraciones en las PFH, el patrón predominante fue 58.6% hepatocelular, mixto 25% y colestásico 3.4%. El 13.4% cumplió criterio de hepatitis y 4% presentó clínicamente datos de falla hepática. El único indicador asociado a gravedad fue DHL AUC 0.72.

#### Folio:0310

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Dermatología

**Cromoblastomycosis: reporte de una serie de cuatro casos en el estado de Tabasco**

Salomón Montero M<sub>o</sub>, Manuel V<sub>o</sub>

0.Dr. Juan Graham Casasús

**Antecedentes:** infección crónica localizada de la piel y del tejido subcu-

táneo causada por hongos dematiáceos que produce lesiones escamosas delimitadas usualmente en los miembros inferiores. Informe de caso. Se reportan 4 casos documentados por raspado directo y detección de células muriformes en tinción de hidróxido de potasio. Caso 1 F 73años, Ocosingo, Chiapas, ama de casa, un año de evolución (DE), lesión al recolectar leña. Caso 2 M 60 años talador, Huimanguillo, Tabasco, 5 años DE, múltiples manejos. Caso 3 M 86 años, Pichucalco, Chiapas 5 años DE por trauma con madera. Caso 4 F 74 años, Huimanguillo, Tabasco; 5 años de evolución, tras uso de maderos para ignición. Resultados. Dos casos de la región Chontalpa y 2 más del estado de Chiapas. **Discusión:** hemos encontrado 4 casos corroborados de cromomycosis por examen directo, secundarias a trauma directo con madera, de los cuales se ha observado mejoría clínica tras el tratamiento con itraconazol a pesar del tiempo de evolución.

#### Folio:0312

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Pancreatitis aguda como factor desencadenante de síndrome urémico hemolítico atípico (SUH-A)**

Vélez C<sub>o</sub>, Escobedo M<sub>o</sub>, Monreal R<sub>o</sub>, Galarza D<sub>o</sub>



Figura 1.



0.Hospital Universitario José Eleuterio González

Masculino 31 años, alcohólico crónico 50 gr/día; inicia con dolor epigástrico súbito, intenso, irradiado a hipocondrios. Al examen físico S.V. normales, ictericia en mucosas y escleras, abdomen doloroso a la palpación en cuadrantes superiores, Murphy(-), hígado de 14cm. U.S. abdominal normal. TAC con aumento de tamaño del páncreas. Paraclínicos: amilasa 608, DHL 886, Hb 16.4, Hct 49.4, leucocitos 14,000, plaquetas 284,000, BUN 10, creat. 2, bilirrubina total 1.7, directa 0.3, indirecta 1.4, bilirrubinuria; se hace diagnóstico de pancreatitis alcohólica. 48 hrs después, la Hb cae a 10.8 y plaquetas a 19,800 bilirrubina total aumenta a 7.3, indirecta 3.9 y directa 3.4, creatinina en 2.5, TP y TTP normales; presenta aumento de la ictericia y aparición de petequias en Miembros inferiores. Se realiza Frotis sanguíneo donde se observan esquistocitos. Se realiza prueba de Coombs directa resulta neg. serología de VHC, B y VIH neg. Se hace diagnóstico de PTT-SUH. Se realizan 4 sesiones de plasmaféresis, e inicia tratamiento con esteroides; incrementa cuenta plaquetaria a 85,000. Se realiza prueba de ADAMTS13 resultando normal y toxina Shiga resultado neg. El paciente presenta evidente mejoría clínica, se resuelve cuadro de pancreatitis y su BHC se encuentra estable. Se egresa con seguimiento de manera ambulatoria. REVISIÓN: Síndrome Urémico Hemolítico atípico (SUH-a) es un desorden multisistémico microvascular raro, con afección de diferentes órganos debido a la presencia de anemia hemolítica microangiopática y trombocitopenia, sin

antecedentes de diarrea hemorrágica inducida por la toxina Shiga. Tiene una incidencia de 2 casos por millón y usualmente es difícil de diferenciarlo de la PTT. A comparación de la PTT, el SUH-a no presentan deficiencia de ADAMTS 13; siendo por lo tanto el SUH-a el diagnóstico presuntivo en un paciente con presencia de falla renal sin ser acompañado de deficiencia de ADAMTS13. Existen 5 grupos de clasificación en SUH-a basándose en la presencia o ausencia de comorbilidades. El Grupo II, como el caso de nuestro paciente, consta de presencia de estados que desencadenan la activación del complemento tal como pancreatitis. La estrategia terapéutica habitual como en PTT consiste en plasmaféresis con una disminución en la mortalidad de 50-25% gracias a esta terapia, debido a una rápida remoción de los autoanticuerpos contra el factor H del complemento.

**Folio:0313**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Nefrología

**Nefropatía hiperuricémica juvenil familiar *de novo*, como modelo de los efectos del ácido úrico a nivel renal**

Ramos F<sub>o</sub>, Flores G<sub>o</sub>

0.UMAE Hospital de Especialidades CMN S XXI-Instituto Mexicano del Seguro Social

La hiperuricemia, ha sido identificada como causa y consecuencia de la enfermedad renal crónica, sin embargo, su relación estrecha al síndrome metabólico, no permite definir su efecto unitario a nivel renal, por lo que el estudio de pacientes jóvenes con hiperuricemia y sin otras comorbilidades, resulta de gran utilidad para

comprender los efectos del ácido urico a nivel renal y su relación como factor de riesgo o etiológico de enfermedad renal crónica. Presentamos el caso de paciente masculino de 20 años de edad, sin antecedentes personales patológicos o heredofamiliares de importancia, que ingresa a nuestro servicio por cuadro de artritis gotosa, caracterizada por hiperuricemia y fracción excretada de ácido úrico < 4% y que responde adecuadamente al manejo con AINEs y alopurinol; durante su estancia se documentan datos de enfermedad renal crónica, caracterizada por proteinuria de 1gr/24hrs y tasa de filtrado glomerular de 52ml/min, por lo que ante la ausencia de antecedentes, se decide biopsia renal, que resulta negativa a inmunofluorescencia directa para inmunoglobulinas, complemento, fibrinógeno y cadenas ligeras, reportando glomerulosclerosis focal y segmentaria de variedad perihiliar, con datos de hipoperfusión glomerular crónica y arteriopatía moderada. Se decide manejo con alopurinol y captopril, con lo que presenta mejoría de la hiperuricemia, de la proteinuria y mantiene la función renal sin cambios. Debido a la ausencia de comorbilidades previas, y a que no se documentan causas de nefropatía crónica en este paciente joven, y que su único factor de riesgo es la hiperuricemia, consideramos esta la causa del daño renal que presenta; sumando la presencia de hiperuricemia con fracción excretada de ácido urico baja, glomerulosclerosis focal y segmentaria y la ausencia de otros factores de riesgo, consideramos el diagnóstico de nefropatía hiperuricémica juvenil familiar, en mutación *de novo* (por la ausencia de antecedentes familiares). En conclusión,

este paciente sirve como modelo para el estudio, y probablemente como aclarador de dudas, sobre la compleja interacción que existe entre el ácido úrico, el endotelio vascular renal y la función glomerular.

**Folio:0314**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Epidemiología

**Evaluación del impacto de la implementación de un programa de calidad para la colocación de accesos vasculares**

*Colunga P<sub>o</sub>, Quiñonez C<sub>o</sub>, González J<sub>o</sub>, Sánchez M<sub>o</sub>, Galindo J<sub>o</sub>, Baena L<sub>o</sub>, Galarza D<sub>o</sub>*

0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Departamento de Medicina Interna

**Introducción y Objetivos:** los accesos vasculares son una herramienta invasiva indispensable en la sala de Medicina Interna. En México de 85-95% que ingresan a un centro hospitalario requieren un acceso vascular. En el Departamento de Medicina Interna del hospital desde el año 2009 se cuenta con inició el programa de calidad para la colocación de accesos vasculares. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de la instalación del programa y su efectividad de. **Material y Métodos:** realizamos un estudio observacional y prospectivo. Se recabó la información general y particular de cada uno de los accesos vasculares colocados en sala de medicina interna de 2010 a la fecha. Para el análisis de la información, se consideraron los siguientes indicadores: eventos adversos x 100 catéteres venosos centrales (CVC), bacteremias x 1000 días CVC, flebitis x 1000 días catéter periférico. Resultados: Se coloca de forma anual una

mediana de 405 CVC (288-540) que representan alrededor del 9% de los pacientes ingresados. El 51% de los catéteres correspondían CVC DUO/TRIO, 48% catéteres para hemodiálisis y 1% periféricos largos. En cuanto a las complicaciones presentadas se presentó hematoma asociado en una tasa de 4.6/100 en 2010, 4/100 en 2011, 3.3/100 en 2012 y 0.79/100 en lo que va del 2013. Punciones arteriales con una tasa de 4.6 en 2010, 2.1 en 2011, 2.8 en 2012, 0.52 en 2013. Para Neumotórax/Hemotórax la tasa por cada 100 CVC fue 1.3 en 2010, 0 en 2011, 0.9 en 2012 y 0 en 2013. El indicador de bacteremias en al año muestra 2009, la tasa por 1000 días CVC fue de 7.5, posterior a la implementación en 2010 de 4.7, 2011 de 3.3, 2012 de 3.8 y 2013 de 0.91. **Conclusiones:** las acciones realizadas en este programa lograron una reducción en la tasa de complicaciones según sus indicadores. Nuestra tasa de bacteremias se ha mantenido en los últimos años por debajo a lo reportado para México (INICC 2006). La tendencia observada en el desarrollo de los eventos adversos ha generado modificación y apego al algoritmo de instalación, con mayor énfasis en la supervisión y estratificación de riesgo.

**Folio:0315**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

**Fístula carótido cavernosa posterior a traumatismo craneo encefálico. Reporte de un caso**

*Lara J<sub>o</sub>, Valdés L<sub>o</sub>, Madinaveitia J<sub>o</sub>, Morales O<sub>o</sub>, Herrero M<sub>o</sub>, Riestra A<sub>o</sub>*

0.Hospital Angeles Lomas

**Introducción:** una comunicación anormal entre la carótida interna y la externa o cualquiera de sus ramas

con el seno cavernoso se denomina fístula carótido cavernosa. Clínicamente se presentan con la triada de Dandy: exoftalmos pulsátil, quemosis y soplo. Estas usualmente se clasifican como directas o indirectas, siendo las primeras una comunicación entre la carótida interna y el seno cavernoso, usualmente causadas por traumatismo, displasia fibromuscular, ruptura de aneurisma intracavernoso, diseción arterial o causas iatrogénicas. **Caso clínico:** femenino de 64 años de edad quien presentó traumatismo craneoencefálico temporal derecho secundario a síncope, agregándose acúfeno pulsátil, plenitud óptica derecha y proptosis. A la exploración física se encontró con soplo frontal y temporal derecho, congestión ocular ipsilateral y disosmia de predominio en nariz derecha. Angioresonancia magnética de cráneo: Fístula carótido ? cavernosa directa tipo A del lado derecho. Se realizó una fistulografía con embolización, resolviendo la sintomatología, egresando asintomática, buenas condiciones en general y sin evidencia de fístula en resonancia de control. **Discusión:** las fístulas carótido ? cavernosas pueden ser de flujo alto o bajo. Las primeras resultan de una conexión directa entre la carótida y el seno cavernoso, mientras que las segundas resultan de la comunicación indirecta entre el seno cavernoso y ramas de la carótida interna o externa en la duramadre. La clasificación de Barrow define 4 tipos: las tipo A son lesiones directas, de flujo alto que conectan la carótida con el seno cavernoso y frecuentemente son resultado de una pérdida de continuidad única en la pared carotídea. Los tipos B, C y D son lesiones indirectas de flujo bajo que varían de acuerdo a la anatomía.

**Folio:0316****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Oncología**Carcinoma de los conductos de Bellini. Rara neoplasia renal, cuyo tratamiento es distinto al habitual de estos tumores**Amador M<sub>o</sub>, Zuloaga C<sub>o</sub>, Medina E<sub>o</sub>,  
0.Hospital Ángeles Del Carmen

**Antecedentes:** raro y muy agresivo. Variante del Ca de Células Renales, de los tubos colectores, 0.5-3% de las masas renales. Más en varones de 4ta-5ta década de la vida. Masa dolorosa y hematuria, con MTS linfáticas. Ligado a monosomias 1,6 y 14, sin heterogenicidad 13q-1q. Oncogén c-erb B-2 e inmunohistoquímica característica. **Informe de caso:** varón de 63 a, fumador, disfonía progresiva, macrohematuria, dolor en flanco y falla renal. Un US dx. Quiste prostático y engrosamiento vesical, se trató como IVU. 4 meses después, nueva macrohematuria. Se dx. Adenoca de próstata. A las 2 sem. Falla renal aguda. La TC mostró nefromegalia y MTS pulmonares, biopsia renal Ca de Conductos de Bellini. Recibió hemodiálisis sin mejoría, falleciendo. **Conclusiones:** el Ca de Conductos de Bellini es similar a otras neoplasias urinarias. Requiere inmunohistoquímica para dx. Quimiosensible, la Gemcitabina-Cisplatino provocan remisión. Primera línea en el tx. cuando hay metástasis. Hay hematotoxicidad.

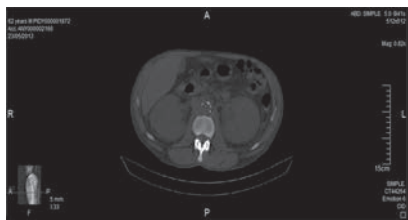


Figura 1.

**Folio:0318****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Dermatología**Lesiones urticariformes como manifestación inicial de síndrome de vena cava superior en paciente con linfoma no Hodgkin**Santana N<sub>o</sub>, Barrera C<sub>o</sub>, Erazo E<sub>o</sub>,  
Pérez F<sub>o</sub>  
0.Hospital Ángeles Lomas

**Introducción:** el síndrome de vena cava superior (SVCS) es secundario a la obstrucción del drenaje venoso de la mitad superior del tórax, cuello, cabeza y extremidades superiores, siendo la causa maligna la más frecuente. **Caso clínico:** paciente de 60 años de edad, acude el 14/10/12 presentando máculas eritematosas localizadas en región anterior torácica, cuello y cara con posterior edema y disfagia. Refiere administración de Betametasona y Celecoxib para tratamiento de dolor plantar bilateral. Ingres a Medicina Interna con diagnóstico de Reacción de Hipersensibilidad tipo I. Antecedente de Linfoma No Hodgkin Difuso de Células B en remisión. Hemodinámicamente estable, terapia con antihistamínicos, esteroides IV, sin mejoría clínica y aumento de edema, eritema facial generalizado, disfagia, disfonía y dolor torácico opresivo. Exploración física: inyección conjuntival, edema en pelerina, ingurgitación yugular GII, circulación colateral inframamaria derecha; USG Doppler cervical sin fenómenos tromboticos. Empeorando cuadro clínico, el 17/10/12 RMN cervical reporta permeabilidad vascular, sin actividad tumoral. El 19/10/12 cianosis facial y en extremidades superiores, se realiza TC con trombosis de VCS e inferior con circulación colateral. El 20/10/12

se realiza trombolectomía de VCS, bypass de vena innominada-aurícula derecha. Ingres a UTI con choque hipovolémico con inestabilidad hemodinámica, apoyo de inotrópicos y vasopresores, con acidosis metabólica y láctica refractarias a tratamiento médico, oliguria, hiperazoemia e inicio terapia de reemplazo renal; hipoxemia ameritando VMI, desarrollo de falla orgánica múltiple y CID, el 22/10/12 presenta bradicardia y asistolia con acidosis láctica severa con pobre respuesta y posterior defunción. **Conclusión:** el diagnóstico diferencial del eritema con posterior desarrollo de edema cervicofacial debemos incluir al SVCS. Es importante tener en cuenta la existencia de otras afecciones capaces de originar este signo cutáneo. Las pruebas de imagen son imprescindibles, ya que confirman diagnóstico y aportan datos sobre la etiología.

**Folio:0319****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Infectología**Susceptibilidad in vitro de las especies de Candida a los antifúngicos en el hospital de especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente**Ortigoza E<sub>o</sub>, Arroyo D<sub>o</sub>

0.Instituto Mexicano del Seguro Social Centro Médico Nacional de Occidente

**Antecedentes:** las infecciones invasoras por Candida han ocasionado uso indiscriminado de antifúngicos, seleccionando cepas de Candida resistentes a los antifúngicos. **Objetivo:** estudiar la susceptibilidad in vitro de Candida a los antifúngicos de muestras clínicas de pacientes del

Hospital de Especialidades (HE) del Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO) durante el 2012. **Material y métodos:** estudio descriptivo y retrospectivo a partir de registros del laboratorio del HE-CMNO-IMSS. Incluyó cultivos de aspirado bronquial y hemocultivos que presentaron desarrollo de *Candida* durante el 2012, cuyas especies fueron identificadas mediante MicroScan Yeast Identification Panel ó CHROMagar y se determinaron concentraciones inhibitorias mínimas para Anfotericina B, Fluconazol, Itraconazol, Ketoconazol, Voriconazol y Fluorocitosina por el método Sensititre YeastOne. Se evaluó así la susceptibilidad de las especies de *Candida* a los antifúngicos. Se realizó un análisis por especie de la susceptibilidad a los antifúngicos. **Resultados:** incluyó 149 pacientes con 156 cultivos (82.6% cultivos de aspirado bronquial y 17.4% hemocultivos) y 160 aislamientos de 7 especies: *C. albicans* 83 (51.9%), *C. tropicalis* 39 (24.37%), *C. glabrata* 21 (13.1%), *C. parapsilosis* 7 (4.4%), *C. krusei* 7 (4.4%), *C. guilliermondii* 2 (1.3%) y *C. kefyr* 1 (0.5%). A la anfotericina presentó resistencia *C. kefyr* (100%), *C. albicans* (6.1%) y *C. glabrata* (4.8%). Al fluconazol presentó resistencia *C. krusei* (28.6%), *C. glabrata* (9.5%) y *C. albicans* (6.1%). Al Voriconazol presentó resistencia: *C. albicans* (6%) y *C. tropicalis* (2.6%). Al Ketoconazol presentó resistencia: *C. krusei* (28.6%), *C. glabrata* (23.8%), *C. albicans* (14.5%), y *C. tropicalis* (2.6%). A la Fluorocitosina presentó resistencia: *C. albicans* (3.6%) y *C. tropicalis* (2.6%). Al Itraconazol presentó resistencia: *C. glabrata* 38.1%, *C. krusei* 28.6%, *C. albicans* 8.4% y *C. tropica-*

*lis* 5.1%. Discusión y conclusiones: Se obtuvieron resultados similares a otros estudios de México y América. Los datos obtenidos muestran que existe importante resistencia a antifúngicos como el itraconazol y el ketoconazol e incluso ya existen especies resistentes a anfotericina B y Voriconazol en el HE del CMNO. Lo anterior resalta la importancia de realizar estudios de susceptibilidad en pacientes con infecciones por *Candida*.

#### Folio:0322

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

**Abordaje del paciente con síndrome medular en medicina interna: Serie de 3 casos**

*Martínez E<sub>o</sub>, González A<sub>o</sub>, Briones S<sub>o</sub>, Guerra V<sub>1</sub>*

0.Hospital General de México; 1.Universidad Nacional Autónoma de México

**Antecedentes:** el síndrome medular es una alteración anatómica en la médula espinal de causa variable, con manifestaciones que dependen del nivel y segmento medular afecto. **Objeto de estudio:** se trata de una entidad relativamente frecuente, tiende a presentarse en pacientes con cáncer de cualquier naturaleza, su diagnóstico y protocolo adecuados, son importantes para determinar la etiología, pero, lo más relevante, el tratamiento correspondiente. **Material y métodos:** presentamos una serie de 3 casos que se estudiaron de manera simultánea, se anexan imágenes por resonancia magnética (IRM). **Resultados:** el primero, un hombre de 45 años que 7 meses previos a su ingreso con tumoración submandibular de aumento progresivo y 6 meses más tarde,

alteración medular desde T5, IRM compatible con tumor sarcomatoso, histológicamente se reporta tumor de células dendríticas. El segundo, un hombre de 85 años con diagnóstico de adenocarcinoma prostático 8 años atrás, tratado quirúrgicamente y con quimioterapia durante 4 meses, se desconoce estadiaje previo. 2 semanas previas a su ingreso, presenta monoparesia en miembro pélvico izquierdo y pérdida de sensibilidad desde L1, IRM muestra datos sugerentes de enfermedad metastásica de L1-L4, gammagrafía ósea con zonas de captación anormal T12-L4. El tercero, un hombre de 50 años quien hace 3 meses presenta paraparesia y dorsalgia, 3 días previos a su ingreso paraplejía. IRM sugestiva de proceso linfoproliferativo con destrucción de T4 y lesión focal en bazo. **Conclusión:** en nuestra serie, los 3 casos tuvieron etiología neoplásica. Dentro del estudio de síndrome medular, además de su adecuada caracterización y delimitación clínicas, es mandatoria la realización de IRM como estudio de elección, complementando de acuerdo a los hallazgos a otro nivel que permitan establecer la intervención oportuna

#### Folio:0323

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Oncología

**Síndrome de Boerhaave secundario a adenocarcinoma de esófago.**

**Reporte de un caso**

*Muñoz N<sub>o</sub>, González A<sub>o</sub>, Loaiza J<sub>o</sub>, Villagómez A<sub>1</sub>*

0.Secretaría de Salud del Distrito Federal; 1.Hospital Regional Primero de Octubre

Masculino de 59 años con los siguientes antecedentes: Cardiopatía



isquémica desde hace 6 años con la realización aparentemente de cateterismo, sin tratamiento farmacológico en la actualidad. Tabaquismo positivo a razón 20 cigarrillos al día de los 16 a 53 años (IT 37). Resto interrogado y negado. Inicia con dolor abdominal y torácico anterior con irradiación a la región del brazo y antebrazo izquierdo se desconoce duración, intensidad, factores exacerbantes y atenuantes, acompañado de náusea y vómito en al menos 6 ocasiones. No se refieren otros datos en notas de urgencias y el familiar desconoce la evolución del padecimiento actual. Se inicia manejo para Síndrome coronario agudo y se realiza radiografía de tórax con neumotórax derecho, presenta inestabilidad hemodinámica, así como deterioro de la función respiratoria, se decide apoyo mecánico ventilatorio y se coloca sonda endopleural derecha. Se realiza Tomografía simple de tórax: mostrando neumomediastino, por lo cual fue valorado por el servicio de Cirugía de Tórax, con diagnóstico de Probable ruptura esofágica, se solicitó e endoscopia que reporta esófago con comunicación hacia cavidad pleural derecha, de 5 cm con bordes eritematosos y erosiones puntiformes, cavidad pleural derecha con abundante tejido necrótico y membranas de fibrina, diagnóstico de perforación de tercio inferior de esófago. Fue revalorado por cirugía de tórax quienes deciden intervención quirúrgica, con los siguientes hallazgos: empiema loculado con material seropurulento de aproximadamente 600 cc, se observa antracosis generalizada así como engrosamiento pleural y corteza pulmonar de 1 mm y se visualiza esófago con natas de fibrina, observando perforación en tercio distal de aproxi-

madamente 8 cm de longitud con necrosis de la capa muscular y edema de la mucosa, abarcando más del 50% de la circunferencia del esófago, se realizó resección del mismo, lavado de cavidad pleural y decorticación, esofagostoma y gastro y yeyunoanastomosis. Se realizó Tomografía de tórax de control observando aun la presencia de neumomediastino y enfisema subcutáneo a nivel de pectorales izquierdos, sin requerir de nueva exploración quirúrgica. El reporte histopatológico: Adenocarcinoma bien diferenciado intramucoso y esófago de Barrett.

**Folio:0324**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Alteraciones asociadas a síndrome metabólico en pacientes hospitalizados con insuficiencia renal crónica en el Hospital General de Atizapán**

*Flores L<sub>o</sub>, Calderón M<sub>o</sub>*

0.Hospital General de Atizapán, ISEM

**Antecedentes:** la prevalencia del síndrome metabólico ha aumentado en forma alarmante, asociándose a la de la obesidad y diabetes tipo 2. La enfermedad renal crónica, cuya prevalencia también se ha visto incrementada en los últimos años, constituye un importante factor de riesgo cardiovascular, pues se asocian a múltiples alteraciones metabólicas y nutricionales, como la intolerancia a la glucosa por insulino-resistencia y obesidad, además de los factores de riesgo propios de la enfermedad, como uremia, trastornos del metabolismo óseo, sobrecarga de volumen, anemia y aumento de factores trombogénicos.

**Objetivo:** establecer la prevalencia de los componentes del síndrome meta-

bólico en pacientes con enfermedad renal crónica, para así establecer estrategias de tratamiento para mejorar la evolución de los pacientes y disminuir la morbimortalidad. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, descriptivo y observacional, en el que se incluyeron todos los pacientes hospitalizados por insuficiencia renal crónica estadio V KDOQI, desde julio 2010 a junio 2013, analizándose las alteraciones que en conjunto cumplieran con los criterios de la ATP III para síndrome metabólico. **Resultados:** se evaluaron 147 casos de los cuales 53% eran hombres y 43% mujeres, encontrándose que un 60% de la población cuenta con 3 o más criterios para síndrome metabólico, con alteraciones en el colesterol HDL en el 67%, glucosa alterada en el 70%, e hipertensión en el 69%, hipertrigliceridemia en el 35%, además valorándose IMC, en donde el 42% se encuentra dentro de rangos normales **Conclusiones:** existe una asociación importante entre síndrome metabólico e insuficiencia renal crónica, identificándose como principales alteraciones asociadas la resistencia a la insulina, manifestándose como aumento en la glucosa sérica, hipertensión y colesterol HDL bajo, por lo que se debe tratar de controlar estas, para así evitar el aumento del riesgo de comorbilidades en esta población.

**Folio:0325**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Disnea, síntoma principal en la sarcoidosis**

*Rubio M<sub>1</sub>, Alonso D<sub>o</sub>, Gaxiola M<sub>o</sub>, Montaña E<sub>p</sub>, García J<sub>p</sub>, Gracia C<sub>1</sub>*

0.Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; 1.Hospital General Ticomán Secretaría de Salud

Masculino de 43 años, madre y hermanos con asma, 1 hermano con trasplante renal; Tabaquismo de inicio a los 13 años con IT de 4.6, exposición a humo de leña con índice de exposición de 13 resto interrogado y negado. Padecimiento Actual: lo Inicia hace 8 meses previos con disnea MMRC (modified medical research council) 2 la cual fue en aumento hasta la fecha MMRC 4, la cual se exagera con el ejercicio, disminuye con el reposo pérdida de peso de aproximadamente 8 KG en el mismo lapso de tiempo, acude con medico particular el cual realiza radiografía tórax con infiltrados reticulares diseminados de manera bilateral motivo por el cual refiere a su llegada al servicio de consulta externa se evidencian lesiones motivo por el cual es ingresado. Se realizan estudios así como biopsia pulmonar con resultado de neuropatía granulomatosa compatible con sarcoidosis. **Conclusión:** la sarcoidosis es subdiagnosticada ya que en la mayoría de los casos no da síntomas los principales son la disnea y tos.

**Folio:0326**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos  
**Síndrome de reacción cutánea con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) asociado a glutamato monosódico**

*Castrejon M<sub>o</sub>, Casarrubias M<sub>o</sub>, Alfaro J<sub>o</sub>*

0.Centro Medico Nacional La Raza

El síndrome de DRESS es una reacción rara, potencialmente mortal, inducido por fármacos manifestada por hipersensibilidad que incluye erupción cutánea, alteraciones hematológicas (eosinofilia, linfocitosis atípica), linfadenopatía y afectación de órganos internos (hígado, riñón, pulmón) a continuación se presenta un caso asociado a consumo de sopa instantánea (sopa Maruchan) por Glutamato Monosódico: Masculino 25 años, alérgico a quinolonas, y antecedente de reacción alérgica por consumo de sopa instantánea hace 2 años, Inicia 2 h posteriores a ingesta

de comida procesada (sopa instantánea) con dermatosis generalizada manifestada por lesiones tipo roncha y pápulas asociada a fiebre de hasta 40° C, de difícil control, incapacitante, acompañándose de mialgias, artralgias, astenia e hiporexia, recibe esquemas antibióticos no especificados sin mejoría, 23 días posteriores Ingres a medicina interna por la persistencia de fiebre asociado a dermatosis caracterizada por maculas eritematosas y pápulas diseminadas, documentándose por tomografía linfadenopatía hiliar y retroperitoneal, hepato-esplenomegalia y bioquímicamente: glucosa 156, ALT 390, AST 250, DHL 1234, BT 1.7, BI 1.08, albumina 2.6, hb 7.2, leucocitos 3.0, neutrófilos 50.8, linfocitos 33.1%, Eosinofilos 4%, plaquetas 125 mil, con linfocitos atípicos en frotis, serología TORCH, hepatitis B, C y VIH negativos, biopsia de ganglio linfático con histiocitosis sinusoidal, proliferación vascular e inmunohistoquímica negativa. Cultivos de orina y hemocultivos negativos, Gammagrama hepatoesplénico disfunción hepática leve e hipercaptación esplénica. Se inició manejo con hidrocortisona 100 mg cada 8 h a dosis reducción con tiempo de tratamiento de 4 semanas y paracetamol 500 mg cada 8 h, presentando mejoría clínica con desaparición de la dermatosis, la fiebre y normalización de los niveles de hemoglobina, leucocitos, plaquetas y enzimas hepáticas en el transcurso de 7 días.

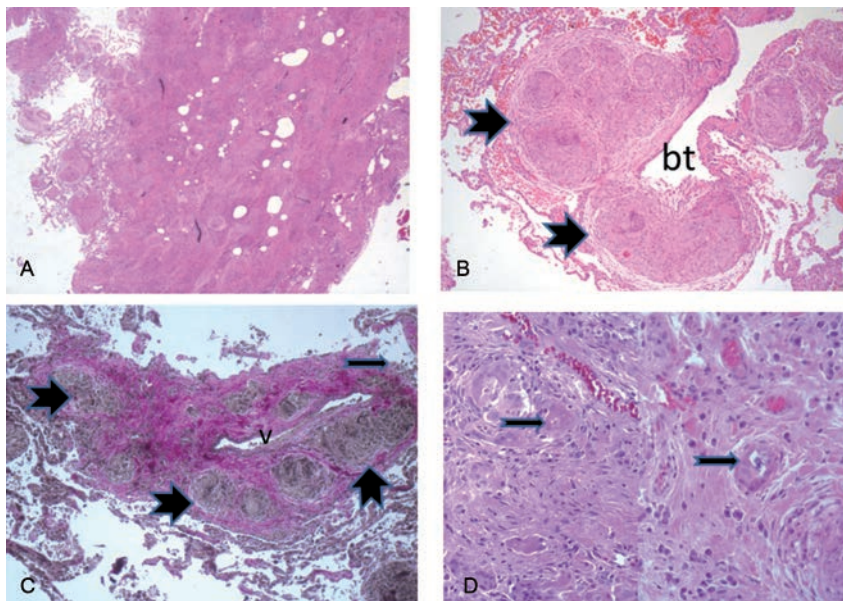


Figura 1.

**Folio:0327**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Nefrología  
**Índice creatinina / talla como factor de riesgo para peritonitis asociada a catéter de diálisis peritoneal en**

### **población de la Secretaría de Salud del Distrito Federal**

*Meraz R<sub>o</sub>, Huerta S<sub>o</sub>, Castro D<sub>o</sub>, Jiménez N<sub>o</sub>*

0.Secretaría de Salud del Distrito Federal

**Introducción:** dentro de los factores predisponentes para la presencia de peritonitis es la desnutrición. Por lo que el objetivo de este estudio es demostrar la validez de la disminución del índice creatinina talla como factor de riesgo para desarrollo de peritonitis asociada a diálisis peritoneal.

**Métodos:** estudio poblacional observacional, transversal y comparativo, multicéntrico en 100 individuos con insuficiencia renal, mayores de 18 años de edad, en tratamiento sustitutivo de la función renal, con o sin peritonitis, El estado nutricional de los pacientes se midió por medio de controles laboratoriales y se obtuvo el índice creatinina talla. **Resultados:** se obtuvo una diferencia significativa entre los índices de creatinina talla

**Conclusiones:** la disminución del índice creatinina talla por debajo de 20% se relaciona con un riesgo de 3.5 veces mayor de presentar peritonitis.

### **Folio:0328**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Correlación entre remisión por das 28 y los hallazgos ecográficos en pacientes con artritis reumatoide**

*Sánchez S<sub>o</sub>, Vega D<sub>o</sub>, Esquivel A<sub>o</sub>, Ornelas G<sub>o</sub>, Elizondo G<sub>o</sub>, Villarreal M<sub>o</sub>, Galarza D<sub>o</sub>*

0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

La artritis reumatoide es una poliartrosis inflamatoria. Deriva en deformidad

a través de la destrucción de las articulaciones. Ocasiona pérdida de la capacidad funcional y aumento de la morbi-mortalidad de quienes la padecen. Los costos económicos relacionados con la AR son directamente proporcionales al grado de discapacidad de la enfermedad. Con la introducción de US, se puede observar el estado inflamatorio de una articulación en tiempo real. Está bien demostrado por múltiples autores que el proceso de destrucción articular continúa a pesar de que no se encuentren datos objetivo de flogosis. El objetivo primordial de nuestro estudio de investigación es demostrar por un método objetivo, como lo es el ultrasonido, que los pacientes que se encuentran catalogados como "remisión" bajo un score de DAS28 presentan datos de actividad por US. Se ingresaron al estudio 64 pacientes, se tiene consentimiento informado de su participación en este estudio. De todos los pacientes se obtuvo el score de DAS28 y se clasificó en remisión o actividad con un punto de corte de 2.6. Se envió a un radiólogo certificado en ultrasonografía articular, el cual era ciego para el estado clínico del paciente. Realizó mediciones por la cara palmar y dorsal con el sistema cuantitativo de 7 articulaciones, erosiones, derrame, sinovitis, angiogénesis. Se utilizó la prueba de Pearson para buscar correlación entre los valores, así como regresión logística multivariada. Se registró el grado de correlación entre la puntuación DAS 28 y el score ultrasonográfico total, con un valor de  $r=0.326$ ,  $p=0.009$ . El score total presenta relación con la puntuación DAS 28. Tras la determinación por DAS 28, el 39% de los pacientes ( $n=25$ ) se encontraban en remisión. En este

grupo de pacientes, 9 presentaban actividad por ultrasonido. 24 pacientes (37.5%) fueron categorizados como portadores de actividad por US; 9 de ellos contaban con puntuaciones por DAS 28 indicadoras de remisión. En nuestro estudio no encontramos una correlación entre remisión por DAS28 y por US, cerca del 40% de los pacientes catalogados con remisión clínica presentaban datos ultrasonográficos de actividad. El ultrasonido, pero en aquellos que presentan remisión clínica puede resultar de utilidad para decidir un comportamiento menos agresivo o continuar con un tratamiento igual o mayormente agresivo.

### **Folio:0329**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Síndrome de erupción cutánea con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) asociado a alopurinol**

*Castrejón M<sub>o</sub>, Casarrubias M<sub>o</sub>*

0.Centro Médico Nacional La Raza

El síndrome de DRESS es una reacción rara, potencialmente mortal, inducido por fármacos manifestada por hipersensibilidad que incluye erupción cutánea, alteraciones hematológicas (eosinofilia, linfocitosis atípica), linfadenopatía y afectación de órganos internos (hígado, riñón, pulmón) a continuación se presenta un caso asociado al consumo de alopurinol. Masculino de 57 años de edad, Alérgico a penicilina, tabaquismo positivo con Índice tabáquico de 40. Inicia Padecimiento el día 30 de mayo con cuadro caracterizado por mialgias, artralgias, astenia, adinamia auto medicándose paracetamol y antihistamínico dosis no especificada, posteriormente presenta de 39

°C acudiendo con facultativo quien inicia manejo con dexametasona, nimesulide, Moxifloxacino y alopurinol, sin mejoría del cuadro clínico. 7 días posteriores presenta exantema maculopapular generalizado, persistiendo con fiebre de 40°C que se acompaña de diaforesis por lo que acude nuevamente a valoración médica recibiendo manejo con TMP-SMX, persiste sintomatología agregándose ictericia y singulto por lo que se inicia manejo con hidróxido de aluminio y magnesio con lidocaína persistiendo hospitalizándose para su estudio. Se valora por el servicio de medicina interna encontrándose manejo con Omeprazol, Sucralfato, metoclopramida, paracetamol, metamizol, Gabapentina alopurinol y cefotaxima. En la exploración física se encuentra ictericia generalizada, lesiones dérmicas tipo maculas eritematosas de predominio en región cervical, tórax anterior y miembros torácicos, con adenopatías de aproximadamente 1.5 cm en región cervical cadenas posteriores, hepatomegalia, bioquímicamente glucosa 75, Cr 0.68, Albumina 2.4, AST 160, ALT 149, BT 4.09, Na 139, K 3.9, HB 11.4, HCT 33.6, leucos 7.4 mil, eosinófilos 12%, Neutros 54%, Linfos 18% con linfocitos atípicos en frotis. Aspirado de medula ósea celularidad 50% megas 3 a 4 por campo, diferencial a 100 células 25% normoblastos, 30% neutrófilos adultos, 15% jóvenes y 15% de linfocitos reactivos. Por Tomografía bulas subpleurales y parenquimatosas con crecimiento de ganglios mediastinales, hepatoesplenomegalia, Se retiran fármacos manteniendo manejo con Sucralfato y se inicia manejo con hidrocortisona 100 mg cada 8 e hidroxicina 10 mg cada 12 h con remisión de la sintoma-

tología en un lapso de 72 h, el paciente es egresado el 4 de julio 2013.

**Folio:0330**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia  
**Tema del resumen:** Reumatología  
**Comparación de la sensibilidad y especificidad diagnóstica de los anticuerpos anti-vimentina citrulinada modificada (Anti-MCV) y anticuerpos anti-péptidos citrulinados cíclicos (Anti-CCP) en artritis reumatoide**

*Castro U<sub>o</sub>, Arroyo D<sub>o</sub>, Gámez I<sub>o</sub>, González L<sub>o</sub>, Díaz M<sub>o</sub>*

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** la artritis reumatoide (AR), es una enfermedad autoinmune, crónica sistémica que afecta las articulaciones diartroideas llevando a la destrucción articular. La producción de autoanticuerpos es una característica de la enfermedad, Recientemente se han descrito autoanticuerpos contra proteínas citrulinadas dentro de los cuales se encuentran los anti-vimentina citrulinada modificada (Anti-MCV) y anti-péptidos citrulinados cíclicos (anti-CCP) los cuales tienen elevada frecuencia en poblaciones caucásicas con AR pero su frecuencia en pacientes mexicanos con AR no ha sido descrita. **Objetivos:** comparar la sensibilidad y especificidad de Los Anti-CCP y Anti-MCV en AR y su asociación a variables clínicas de la enfermedad. **Material y métodos:** estudio transversal comparativo de prueba diagnóstica. Se incluyeron pacientes de la consulta externa de reumatología de un hospital de segundo nivel con AR así como controles sanos del banco de sangre de dicho hospital. Se

les realizaron encuestas y evaluación de actividad y funcionalidad de la enfermedad, se les tomo muestra de sangre periférica para la determinación de anticuerpos en suero mediante técnica de ELISA. **Resultados:** se incluyeron 98 pacientes con AR y 63 controles sanos, 93 y 83% fueron sexo femenino respectivamente, En el grupo de AR 50% tuvo elevada actividad de la enfermedad y 26% mala funcionalidad, La sensibilidad fue de 66% para los anti-CCP y 83% para los anti-CMV con especificidad de 91 y 98% respectivamente. El VPP fue de 93% en anti-CCP y 99% en anti-MCV, mientras que el VPN fue de 59% en anti-CCP y 75% en anti-MCV. No se observó correlación entre títulos de anticuerpo, duración de la enfermedad o con puntajes elevados de índices DAS-28 y HAQ-DI. **Conclusiones:** los anticuerpos anti-MCV son más sensibles y específicos que los anticuerpos anti-CCP para el diagnóstico de artritis reumatoide. Títulos altos de Anti-CCP y Anti-MCV no correlacionan con la actividad de la enfermedad ni con deterioro en funcionalidad.

**Folio:0331**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Espondiloartritis axial, reporte de un caso**

*Estrada M<sub>o</sub>*

0.Hospital Regional Rafael Pascasio Gamboa, Tuxtla Gutiérrez

Masculino de 19 años de edad, católico, escolaridad preparatoria, originario y residente de Suchiapa, Chiapas, referido al Hospital Regional Rafael Pascasio Gamboa de Tuxtla Gutiérrez, por dolor lumbar crónico. Tío materno con espon-



dilitis anquilosante, diagnosticado a los 32 años de edad. Fractura de tobillo a los 10 años de edad, cirugía perineal a los 15 años, secundaria a traumatismo. Inicia cuadro de dolor lumbar de tipo inflamatorio hace 3 años, posteriormente presenta aumento de volumen en ambas rodillas, con aparente derrame sinovial e inflamación de ambos tobillos, así como dolor en hombro derecho, con limitación en arcos de movilidad, incapacidad para la deambulación por más de tres meses. A la EF arcos de movilidad en cuello levemente limitados, maniobra de Volkmann y Fabere positivas, hipersensibilidad en apófisis espinosas lumbares. Rx de pelvis con sacroiliítis G III bilateral. No evidencia de uveítis. Paraclínicos con Hb 7.6, VCM 74.2, HCM 21.2, VSG 20, PCR 96. Se da tratamiento inicial con AINE-COX2, metotrexato, sulfasalazina. Posteriormente se inicia manejo con Adalimumab 40 mg SC cada 15 días, con franca mejoría en sintomatología (Test de BASDAI), disminución de reactantes de fase aguda, elevación de cifras de Hb. La espondilitis anquilosante es una enfermedad inflamatoria crónica, asociada al HLA-B27, que afecta las entesis y la membrana sinovial de la columna vertebral, sacroiliacas y articulaciones de extremidades inferiores predominantemente, así como manifestaciones extraarticulares tales como uveítis anterior, valvulopatía aórtica. El diagnóstico consta de criterios clínicos e imagenológicos, en nuestro paciente el dolor lumbar de tipo inflamatorio de más de 3 meses y rigidez matutina de más de 30 minutos, así como los hallazgos de sacroiliítis Grado III bilateral en Rx de pelvis, nos llevan a concluir que se trata de espondilitis

anquilosante definida. En la mayoría de los pacientes, el tiempo de evolución de la sintomatología al momento de realizar el diagnóstico es de más de 10 años. El interés en este caso reside en la importancia de un diagnóstico acertado y la instauración terapéutica oportuna, ya que en esta enfermedad es crucial evitar lesiones estructurales y degenerativas que en muchos casos son irreversibles y disminuyen importantemente la calidad de vida, como en el caso de nuestro paciente.

**Folio:0332**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia  
**Tema del resumen:** Reumatología  
**Parálisis bilateral del hipogloso como manifestación de granulomatosis de Wegener. Presentación de un caso y revisión de la literatura**  
*Ramírez C<sub>0</sub>*  
 0.Hospital General de México

Las manifestaciones neurológicas en GW se producen por tres mecanismos: extensión por contigüidad del tejido granulomatoso, formación de granulomas y la vasculitis granulomatosa. La afectación de SNC ocurre en 2-8%, en la forma de paquimeningitis hipertrófica crónica, granulomas de la hipófisis y vasculitis del SNC.  
**Caso clínico:** femenino de 48 años, diagnóstico de GW hace 4 años, tratamiento actual con prednisona y metotrexate, cuadro de 1 año cefalea holocraneal, opresiva y un mes con edema en cuello, dificultad para la deglución y disartria. A la exploración papiledema, atrofia lingual con fasciculaciones y desviación a la derecha. RMN con paquimeningitis e hidrocefalia. Se realiza DVP, con lo cual hay mejoría. Discusión: Nuestra paciente presentó afectación del hipogloso

secundaria a paquimeningitis. nervio craneal pocas veces afectado de forma aislada. La literatura recomienda tratamiento médico, pero nuestra paciente ameritó manejo quirúrgico con buenos resultados.

**Folio:0333**

**Tipo de Presentación:** cartel  
**Tema del resumen:** Infectología  
**Endocarditis por *Lactobacillus* con afección de válvulas mitral y aórtica. Reporte del primer caso en México**

*Naranjo J<sub>0</sub>, Vázquez Z<sub>0</sub>*  
 0.Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran

*Lactobacillus* es un bacilo grampositivo, habitante de la cavidad oral, tracto digestivo y genital en el humano. Su utilidad como probiótico ha sido bien demostrada, sin embargo, es capaz de generar serias infecciones, entre ellas meningitis y endocarditis infecciosa. La endocarditis por *Lactobacillus* es rara, hasta el momento con menos de 30 casos reportados en la literatura mundial y ninguno hasta el momento reportado en México. La alta tasa de mortalidad deriva del retraso en diagnóstico y con ello de tratamiento. No se cuenta con un estándar de tratamiento hasta el momento. Presentamos el caso de un hombre con cardiopatía estructural con endocarditis subaguda por *Lactobacillus* con afección de válvulas aórtica y mitral cuya presentación fue fiebre de origen desconocido. El paciente recibió tratamiento antibiótico y posteriormente doble recambio valvular con excelente evolución. Este caso representa el primer caso en México. Se presenta el caso y la revisión bibliográfica.

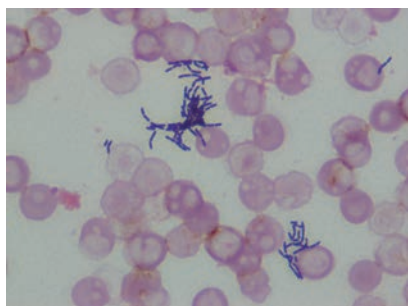


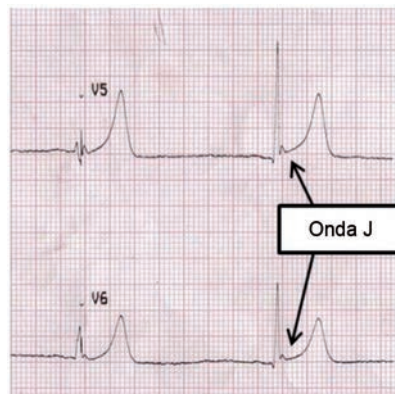
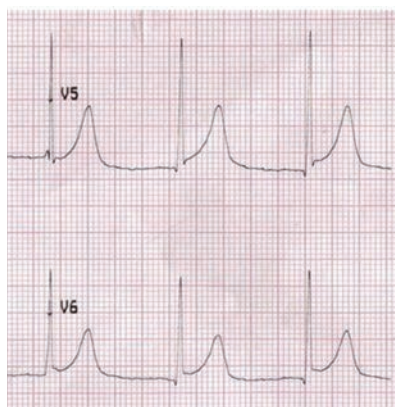
Figura 1.

**Folio:0334****Tipo de Presentación:** sin preferencia**Tema del resumen:** Cardiología**Ondas J de Osborn en paciente VIH positivo con neuroinfección e hipotermia***Serna G<sub>o</sub>, Quintanilla D<sub>o</sub>, Calderón J<sub>o</sub>, Galarza D<sub>o</sub>*

0. Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

La hipotermia se asocia con alteraciones electrocardiográficas en 80%, que incluye ondas J de Osborn, arritmias y prolongación de los intervalos PR, QRS y QT. Masculino de 47 años con toxicomanías y conducta sexual de riesgo, inicia 2 meses previos con astenia, adinamia, cefalea y fiebre. ELISA () para VIH. RM de cerebro: hiperintensidad en ganglios basales y tálamo sugestivo de neuroinfección. Presenta súbitamente hipotermia de 30°C asociado a hipotensión, bradicardia y somnolencia. Electrocardiograma con ondas J prominentes en V5-V6. Posterior normalización de la temperatura resolvió la bradicardia y los cambios electrocardiográficos. Las ondas J de Osborn en hipotermia son inducidas principalmente por exposición al frío, sin embargo existen otras etiologías destacando la sepsis, como en nuestro paciente. Se presentan por incremento

en la amplitud del potencial de acción en el epicardio con disminución de la conducción miocárdica, y resolución completa al normalizar temperatura.

**Figura 1.** 30°C, FR 39 lpm, PR 200 ms, QRS 120 ms, QT 480 ms.**Figura 2.** 36.5°C, FR 61 lpm, PR 160 ms, QRS 100 ms, QT 430 ms.**Folio:0335****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Hematología**Enfermedad de Castleman: Características clínico-patológicas y experiencia en el INCMNSZ***Naranjo J<sub>o</sub>, Aguayo A<sub>o</sub>*

0. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

La enfermedad de Castleman (EC) es un trastorno linfoproliferativo atí-

pico poco frecuente. La mayor parte de los casos reportados proviene de centros en países de primer mundo. El objetivo de este estudio es presentar la cohorte de EC en un hospital de tercer nivel mexicano, desglosando las características clínico-patológicas de esta entidad en población mexicana adulta. Para ello, se realizó un estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de EC en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, realizándose clasificación y análisis descriptivo según forma de presentación y variante histológica. El análisis reveló un incremento en la sobrevida con los esquemas de tratamiento brindados en nuestro centro, pues no existe estándar de tratamiento en la actualidad. Los resultados son similares a los reportados por centros en países de primer mundo, pero con diferencias epidemiológicas en cuanto a la enfermedad. Este estudio representa la cohorte mexicana mas grande reportada.

**Folio:0336****Tipo de Presentación:** sin preferencia**Tema del resumen:** Misceláneos**Linfoma hepatoesplénico de células T e histoplasmosis generalizada: reporte de un caso***Nellen H<sub>o</sub>, García C<sub>o</sub>, Cervantes A<sub>o</sub>*

0. Instituto Mexicano del Seguro Social

Paciente femenino de 53 años enviada de Chiapas por presentar 3 meses previos a su ingreso astenia, adinamia, debilidad generalizada, fiebre intermitente de predominio nocturno, gingivorragia y petequias. Cuenta con antecedente de anemia desde la infancia, transfusión hace 29 años por síndrome anémico con Hemoglobina

**Cuadro 1.** Características clínicas de la enfermedad de Castleman

Variable	Monocéntrica (n = 6)	Multicéntrica (n = 12)
Edad (años)	36 (23-56)	36.5 (17-86)
Sexo (H:M)	2:4	8:4
Síntomas sistémicos	Sí (3 casos)	Sí (12 casos)
Variante histológica	HV (4) CP (2)	Mixta (5) [HV+CP] CP (7)
Organomegalia	No (0)	Sí (1)
Tratamiento	Qx (4) QT + Qx (1) Tx enf. base (1)	QT (10) Tx enf. base (1) No Tx (1) QX (0)
Pronóstico	Bueno Vivo (4) Finado (1) Desc (1)	Pobre Vivo (7) Finado (3) Desc (2)
Enfermedades asociadas	LEG (1) AHAI COOMBS+ (1)	Sx Poems (2) VIH (2) LEG (2) PTI (1) LNH (1) Sx Sjogren (1)

H: hombre; M: mujer; HV: hialinovascular; CP: células plasmáticas; Qx: cirugía; QT: quimioterapia; Tx enf. base: tratamiento de enfermedad de base; LEG: lupus eritematoso generalizado; AHAI: anemia hemolítica autoinmune; PTI: púrpura trombocitopénica idiopática o trombocitopenia inmune primaria; LNH: linfoma no Hodgkin; Sx Sjogren: síndrome de Sjogren primario.

(Hb) de 3 gr/dL, Infección por virus de hepatitis C en 2009 (no candidata a tratamiento por trombocitopenia) y pielonefritis crónica complicada con absceso renal izquierdo y fistula secundaria a drenaje. A su ingreso se encuentra con hepatoesplenomegalia y pancitopenia por lo que se realiza aspirado de médula ósea encontrándose celularidad normal y en citometría de flujo predominantemente población monocitoide. Se encontró patrón miliar y nódulos subpleurales en tomografía pulmonar sugestivos de tuberculosis e histoplasmosis generalizada. Se toman hemocultivos y mielocultivos para bacterias, hongos y micobacterias resultando estos negativos. Se realiza búsqueda de bacilos ácido-alcohol resistentes en médula ósea y material de fistula renocutánea

siendo negativo. Por alta sospecha de tuberculosis miliar e histoplasmosis generalizada se inicia tratamiento antifímico y anfotericina B sin presentar respuesta. Durante su evolución cursó con leucocitos menores a 1500 10<sup>3</sup>/?L, neutrófilos menores de 500 10<sup>3</sup>/?L, Hb menor de 8 g/dL y plaquetas menores a 5000 10<sup>3</sup>/?L. Se dieron ciclos de inmunoglobulina y esteroide por trombocitopenia autoinmune sin respuesta. Por falta de respuesta tratamiento y trombocitopenia persistente se realiza esplenectomía y toma de biopsia de hígado con reporte de patología de linfoma hepatoesplénico de células T [por Inmunohistoquímica (IHQ) de bazo con CD3 positivo, CD4 positivo, CD 8 positivo e IHQ de hígado CD3 positivo y CD 20 positivo] y esplenitis granulomatosa

por histoplasma (PAS /Grocott). El linfoma hepatoesplénico de células T es una neoplasia rara que se presenta en menos del 1% de los Linfomas no-Hodgkin y existen menos de 100 pacientes reportados. La mayoría se presentan con esplenomegalia (100%), hepatomegalia (40-71%), trombocitopenia (64-100%), anemia (57-73%) y neutropenia (36-57%). La histoplasmosis es una micosis endémica, usualmente asintomática, pero que ocasionalmente puede condicionar una enfermedad severa. Sin embargo la asociación de ambas entidades es aún menos frecuente.

**Folio:0337**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Una extraña causa de fiebre, tos y expectoración...Difícil de tragar**

*Borjas O<sub>o</sub>, Pacheco A<sub>o</sub>, Galarza D<sub>o</sub>*  
0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González UANL

Masculino 28 años antecedente toxicomanías cocaína inhalada, múltiples parejas sexuales, alcoholismo crónico, tabaquismo y tatuajes. Refiere dispepsia y disfagia de 20 años de evolución. Acudió por 6 meses de evolución artalgias bilaterales asimétricas, fiebre no cuantificada, tos con expectoración hialina, disnea progresiva, dolor torácico bilateral. En la radiografía PA y lateral tórax se encuentra opacidad de hemitórax derecho completa. TAC de tórax evidencia dilatación del esófago en todo su trayecto con presencia de restos alimentarios, disminución de su calibre en porción distal y áreas con tendencia a consolidación en lóbulo inferior derecho. Endoscopia se observa esófago dilatado masivamente

abundantes restos de alimento, se pasa hacia estómago con cierta resistencia del esfínter la cual se vence fácilmente. Se diagnostica acalasia más neumonía por aspiración, tx ceftriaxona/clindamicina. El paciente pasa a miotomía de Heller abordaje subcostal sin complicaciones.

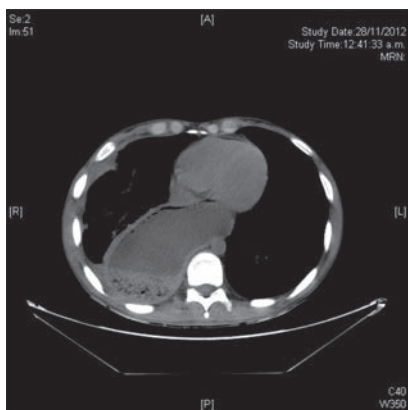


Figura 1.

#### Folio:0339

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Neumonía eosinófila crónica asociada a síndrome de Churg Straus**  
 Cabrera A<sub>o</sub>, Laguna M<sub>p</sub>, Ramos M<sub>z</sub>, Bonilla I<sub>o</sub>, Ibarra S<sub>o</sub>

0.Hospital Regional 1o. de Octubre. ISSSTE; 1.Hospital Regional 1o. de Octubre ISSSTE; 2.Hospital Regional 1o. de Octubre. ISSSTE

El síndrome de Churg-Strauss, también llamado angeítis o granulomatosis alérgica es una enfermedad rara con una incidencia de 1 persona por año y por millón, y de etiología no precisa, que se caracteriza por la presencia de cuadros de rinitis alérgica y asma, fiebre, hipereosinofilia, e infiltrados tisulares eosinófilos, que afecta principalmente el sistema nervioso, pulmones, corazón, riñones

y tubo digestivo. **Descripción del caso clínico:** paciente femenino de 56 años de edad con antecedentes de síndrome sinobronquial de 5 años de diagnóstico en tratamiento con broncodilatadores. Inició su padecimiento 18 meses previos al ingreso con astenia, adinamia, tos en accesos con expectoración escasa hialina sin predominio de horario, pérdida de peso no intencionada de 15 kilos, exacerbación de cuadro respiratorio y presencia de hemoptisis 72 horas previas al ingreso hospitalario. Su hemograma demostró eosinofilia severa de  $3.0 \cdot 10^3 / \text{ul}$ , iniciándose protocolo de Neumonía eosinófila crónica. Se realizó aspirado de médula ósea y biopsia de hueso, descartando leucemia mieloide; coproparasitológico, prueba de ELISA para HIV y pruebas cutáneas para *Aspergilosis* negativas. Su radiografía de tórax simple mostró infiltrados pulmonares bilaterales, los cuales mejoraron con el tratamiento con esteroide. Su tomografía de tórax con medio de contraste presentó un patrón micronodular bilateral y su broncoscopia con cepillado y lavado bronquioalveolar una diferencial con 5% de eosinófilos. La espirometría reveló un patrón obstructivo moderado con FEV1 de 1.4 previo a broncodilatador y de 2.11 posterior al mismo. Las pruebas Inmunológicas reportaron C-ANCAS positivos 1:320, con Antígeno positivo A-PR3 en 16.5. Su Electromiografía con mononeuropatía múltiple en forma de media y guante, atribuible a vasculitis. Y finalmente la biopsia pulmonar mostró parénquima pulmonar con presencia de clavav terminales, paredes vasculares hialinizadas, con eosinofilia extravascular. Concluyéndose síndrome de Churg Strauss. Se instaló

tratamiento con prednisona a 1mg / Kg/día, revirtiendo la sintomatología respiratoria y los eosinófilos en el hemograma. **Conclusiones:** el síndrome de Churg-Strauss se caracteriza por exacerbaciones frecuentes de asma y recaídas de vasculitis por lo que el clínico debe mantener en mente esta posibilidad diagnóstica que puede ser de gravedad.

#### Folio:0340

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Trombosis venosa portal en paciente no cirrótico. Presentación de un caso en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos**

Meza D<sub>o</sub>, Alemán G<sub>o</sub>, Porras C<sub>o</sub>, Cruz A<sub>o</sub>, Rodríguez M<sub>o</sub>, Rosales O<sub>o</sub>, Morones I<sub>o</sub>, Salgado T<sub>o</sub>, Gonzaga T<sub>o</sub>, Castro L<sub>o</sub>, Terán J<sub>o</sub>, Labastida M<sub>o</sub>, Reyes A<sub>o</sub>  
 0.Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos

**Introducción:** la trombosis venosa portal se relaciona con cirrosis o neoplasias hepáticas sólo un tercio de casos tiene etiología no cirrótica y no tumoral. Tiene una prevalencia inferior a 5 por cada 10,000 habitantes. Un estudio exhaustivo logra identificar factores trombogénicos sistémicos y factores locales predisponentes, sin embargo hasta en 30% de los casos no llega a identificarse el origen. El diagnóstico debe sospecharse en todo paciente con dolor abdominal de reciente aparición o sangrado digestivo alto variceal sin hipertensión portal documentada. **Caso clínico:** femenino de 64 años con antecedente de mastoplastia de reducción bilateral hace 26 años y diabetes mellitus 2, ingresa a Medicina Interna con la



siguiente evolución clínica: Octubre 2012 con presencia de choque hipovolémico asociado a sangrado de varices esofágicas las cuales se reportan medianas y grandes, Noviembre 2012 nuevo evento de sangrado que amerita intervención endoscópica para su resolución mediante ligaduras, panel viral para hepatitis B y C negativos; con varices esofágicas grandes y tortuosas con sangrado severo, se manejo con octreotida en infusión remitiendo el sangrado, estudio doppler de vena porta con mínimo aumento de calibre de la vena, flujo anterógrado dentro de parámetros normales, se decide egreso por mejoría; Diciembre 2012 se realiza endoscopia alta encontrando 3 cordones varicosos desde los 25 cm de esófago, se solicita tomografía abdominal la cual reporta trombosis que afecta vena porta, vena mesenterica superior con disminución de la luz entre el 60-70%, el sangrado remitió con el uso de octreotide y 48 horas después se inicio tratamiento anticoagulante a base de rivaroxabán.

**Comentarios y conclusiones:** la trombosis venosa portal en paciente no cirrotico, puede estar originada por síndromes mieloproliferativos, seguida por presencia de factores protrombóticos, pero en 30% de los casos no se logra identificar la causa, tal es el caso de nuestra paciente, con la evidencia de trombosis portal se inició anticoagulación con rivaroxabán, tomografía de control 3 meses después sin evidencia de obstrucción dentro de luz de vena porta. La tasa de supervivencia es de 85% a los 5 años. La paciente continuó con tratamiento anticoagulante durante 6 meses sin nuevos episodios de sangrado variceal, o a otro nivel y por ahora sin necesidad de tratamiento quirúrgico.

**Folio:0341****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Reumatología  
**Lupus eritematoso sistémico de inicio tardío**

*Laguna M<sub>o</sub>, Pantoja E<sub>p</sub>, Cabrera A<sub>2</sub>*  
0.Hospital Regional 1o. de Octubre. ISSSTE; 1.Hospital Regional 1o. de Octubre; 2.Hospital Regional 1o. de Octubre. ISSSTE

El lupus eritematoso es un síndrome heterogéneo, autoinmunitario, multisistémico de causa desconocida, que involucra factores genéticos y ambientales. **Descripción de caso clínico:** paciente masculino de 60 años de edad con antecedentes previos de tabaquismo, consumo de marihuana y trastorno de la personalidad limítrofe, con antecedente de 5 intentos de suicidio e internamientos previos en hospitales psiquiátricos. Recibió múltiples tratamientos antimicrobianos para infecciones de vías aéreas superiores y analgésicos no esteroideos. Ingresó a Medicina Interna con cuadro clínico de disfagia progresiva a sólidos de mes y medio de evolución, pérdida ponderal de 8 kilos, fiebre ocasional y fobia. Clínicamente con sinovitis subaguda del carpo derecho, de metacarpofalángicas e interfalángicas proximales El hemograma reportó anemia crónica, y linfopenia de 12.3%, examen general de orina con sedimento activo con eritrocituria y depuración de creatinina en 42.28ml/min. Sangre oculta en heces y panel viral de hepatitis B y C negativos. Anticuerpos antinucleares y anti DNA elevados y complemento bajo. Inmunoglobulina tipo G y A elevadas. Su serie esófago-gastro-duodenal con imagen en punta de lápiz en el tercio inferior del esófago y Panendoscopia con Esofagitis grado B de los Ángeles,

y pangastropatía erosiva. Debido a la disfagia, ojo seco, fotosensibilidad, y úlceras orales, se realizó prueba de Schirmer y biopsia de glándula salival estableciéndose el diagnóstico de síndrome de Sjögren secundario. Electromiografía anormal con polineuropatía sensoriomotriz del tipo de la degeneración axonal moderada a severa. Tomografía toracoabdominal con neumopatía intersticial crónica, derrame pleural bilateral y pericárdico, hepatoesplenomegalia, adenopatías retroperitoneales sin asociación a síntomas B y marcadores tumorales negativos. Concluyéndose el diagnóstico de lupus de inicio tardío con manifestaciones principalmente articulares, hematológicas, neurológicas y renales, iniciándose tratamiento con prednisona a 1mg/Kg de peso y mico-fenolato 3 gramos/día. Conclusión. La presentación clínica de lupus en este paciente es poco frecuente tanto en su género como en su edad de inicio, ya que es poco frecuente antes de los 14 años y después de los 50, el cual no difiere en la clínica con la mujer, ni tiene una evidencia definitiva de mayor severidad.

**Folio:0343****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Implementacion de taller de ajuste de dosis de insulina basal en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 no controlados de la UNEME EC Aguascalientes**

*Rodríguez L<sub>o</sub>, Cortez A<sub>o</sub>*  
0.UNEME de Enfermedades Crónicas Aguascalientes

**Antecedentes:** es importante un control temprano de la glucemia en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2)

para mejorar el pronóstico del paciente y disminuir el riesgo de complicaciones crónicas, desafortunadamente, a menudo la mayoría de los sujetos con DM 2, presenta un retraso en el inicio de la terapia con insulina. Elegir el mejor régimen de inicio e intensificación del uso de insulina en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 en la atención primaria es debatible. La falta de recursos del paciente derechohabiente de Seguro Popular impide un adecuado monitoreo de glucemia y ajuste de dosis de insulina. **Material y método:** en la UNEME EC Aguascalientes, se brinda atención a sujetos con DMT2, derechohabientes del Seguro Popular, y hemos implementado un programa de monitoreo de glucemia de ayuno, y ajuste semanal de dosis de insulina basal, en sujetos con DMT2 con al menos un hipoglucemiante oral y que habían iniciado insulina basal (Glargina) en los últimos 6 meses, pero que persistían con descontrol glucémico. Se incluyeron 30 pacientes de edad promedio de 53 años ( $\pm$  18 a.), con un tiempo de evolución de la enfermedad promedio de 10 años, que estaban recibiendo además Metformin en dosis 1700- 2550 mg/día (100 %) y glibenclamida en dosis 10-15 mg/día (24%). Fueron evaluados entre enero-abril del 2013 y se dio un seguimiento de 3 meses, al inicio la dosis de insulina glargina promedio fue de 30 U/día, el 36 % de los pacientes recibían además una dosis de insulina prandial (lispro o insulina rápida en dosis promedio de 6 U/día y se realizó el ajuste semanal de acuerdo a las siguientes recomendaciones: si glucemia de ayuno era  $> 120$  mg/dl y  $< 139$  mg/dl se incrementaba 2 u de insulina glargina, si era  $> 140$  mg/dl se incrementaba 4 u de insulina glargina, si era  $> 80$  y

$< 120$  mg/dl, la dosis permanecía sin cambio, y si la glucemia resultaba  $< 80$  mg/dl se disminuía 2 u de insulina glargina. **Resultados:** al final del periodo de seguimiento de 3 meses, la dosis promedio de insulina glargina fue de 38 U/día, Se observó una reducción en el % de HbA1c de 9.5 % al inicio del estudio a 7.4 % al final del seguimiento. **Conclusión:** el ajuste de dosis de insulina basal, según las recomendaciones de ADA/EASD, es difícil de llevar a cabo en sujetos con DMT2 derechohabientes del seguro popular, dado que no cuentan con recursos suficientes.

**Folio:0344**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Nefrología

**Frecuencia de hipotiroidismo, hipotiroidismo subclínico y síndrome de T3 baja en pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia de sustitución renal del Hospital General de México**

*Salazar R<sub>o</sub>, González A<sub>o</sub>*  
0.Hospital General de México

**Planteamiento del problema:** la insuficiencia renal crónica (IRC) es una de las enfermedades más importantes en nuestro país, así como una de las principales causas de ingreso en nuestro hospital. Debido a esta enfermedad la mayoría de los sistemas del organismo se alteran. El hipotiroidismo subclínico ha sido descrito en pacientes con IRC, así como el síndrome de T3 baja. En nuestro hospital no se ha determinado esta asociación, la cual es importante debido que el reemplazo hormonal en los pacientes que sean candidatos, mejora su calidad de vida.

**Objetivos:** determinar la frecuencia de hipotiroidismo clínico, subclínico

y síndrome de T3 baja en los pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia de reemplazo renal en cualquiera de sus modalidades, con la finalidad de que en un segundo estudio se les de tratamiento a los pacientes que sean candidatos. **Hipótesis:** los pacientes con IRC presentaran alteración en las pruebas de función tiroidea, caracterizado por aumento de TSH, disminución en los niveles de T4L, T3L y T3T. **Metodología:** se tomará una muestra de pacientes con IRC en terapia de reemplazo renal (diálisis o hemodiálisis). Se tomaran variables relativas al estudio (urea, creatinina, TSH, T4 Libre, y T3 libre y total, tipo de sustitución renal), así como datos socio demográficas (edad, sexo). Se utilizara estadística descriptiva para presentar resultados. ? Análisis de resultados: Se compararan los resultados de la metodología estadística con los publicados en la literatura respecto al tema. **Resultados:** la alteración tiroidea más frecuente fue el hipotiroidismo manifiesto, seguido de el síndrome de T3 baja y finalmente hipotiroidismo subclínico. **Conclusiones:** en la población mexicana se encontró que la alteración tiroidea más frecuente en pacientes con IRC en DP es diferente a la reportada en otros estudios alrededor del mundo.

**Folio:0345**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Disfunción renal aguda en paciente con hepatitis A**

*Velasco J<sub>o</sub>, Urquieta K<sub>o</sub>, Rodríguez F<sub>o</sub>*  
0.Hospital General Zona No. 1 Cuernavaca Morelos IMSS

Hombre de 23 años de edad Inicia 48 hrs previas a su ingreso con aste-

nia, adinamia, fiebre de 39.5 axilar, evacuaciones diarreicas, líquidas, amarillentas 5 al día, sin moco ni sangre aproximadamente 400 cc/día y leve a moderado dolor abdominal en cuadrante superior derecho; hiporexia, náusea y vómito en numero de 6 ocasiones de contenido gástrico de aproximadamente 200 cc/día, lleva manejo particular con antimicrobiano y AINE no especificado sin mejoría y presenta melanemesis en una ocasión de cantidad escasa. Una semana previa presenta pérdida de 3 kg peso corporal. EF: SV normales, a la exploración solo ligera ictericia conjuntival, hepatomegalia dolorosa, exámenes de laboratorio durante su leucocitosis con desviación a la izquierda, enzimas hepáticas con hiperbilirrubinemia, aumentos de transaminasas, Creatinina sérica 5.0, Bun 50.7, Urea 109, Hiponatremia de 129. Sodio urinario de 17 mEq de muestra única. Se descartó la posibilidad de nefrosis colemica ya que esta se presenta con cifras de bilirrubina total mayor a 20, en el paciente las cifras de Bilirrubina como máximo presentándose en 14,10 mg/dl. Se le realizo perfil Torch, por la posibilidad de daño renal por citomegalovirus, causantes de glomerulonefritis tubulointersticiales. El reporte con IgM 1:32 Química sanguínea de control posterior a 3 días con disminución de las cifras encontrándose creatinina 4.8, BUN 80.7 con relación BUN/creatinina 16.81. El reporte de Infectología con reporte positivo a Hepatitis A, Ig M. demostrándose la causa de la patología la afectación por dicho virus. La insuficiencia renal aguda se desarrolla en más del 80% de los casos de hepatitis fulminante; sin embargo, esta complicación es muy infrecuente en las presentaciones habituales, no

graves, de las hepatitis virales agudas, pese a que anomalías transitorias del sedimento urinario y alteraciones histológicas menores e inespecíficas del parénquima renal, son relativamente comunes. Por ello, estimamos conveniente comunicar el caso de un hombre de 23 años, con una hepatitis por virus A de curso no fulminante, que presentó insuficiencia renal aguda no oligúrica. A pesar de que en los casos de insuficiencia renal aguda que complican una hepatitis aguda por VHA predominan las formas oligúricas, y que un alto porcentaje ha necesitado diálisis, el pronóstico renal en general es favorable.

**Folio:0346**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Interacciones fármaco-fármaco en centenarios de la Ciudad de México**

*Gallegos M<sub>o</sub>, Valdés P<sub>r</sub>, Ruiz A<sub>p</sub>, Rosas O<sub>2</sub>*

0.Hospital Ángeles Mocol; 1.Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal.; 2.Instituto Nacional de Geriatria

**Antecedentes:** las potenciales interacciones fármaco-fármaco (PIFF) se definen como la combinación de fármacos que produce una respuesta inesperada que no puede ser producida por un solo fármaco. Los centenarios presentan cambios en la farmacocinética y farmacodinamia de medicamentos que aumentan las IPFF.

**Objetivo:** conocer cuáles son los factores asociados a PIFF en centenarios.

**Metodología:** se realizó un Estudio Transversal, descriptivo, incluyendo a 448 pacientes, se evaluó mediante la base de datos Micromedex Drug Reax®. Análisis estadístico: se realizó

mediante frecuencias y porcentajes y Chi2 de Pearson (variables cualitativas) y medias, desviación estándar y prueba t de Student (variables cuantitativas). Las variables asociadas con IPFF  $p < 0,05$ . (análisis con 12 STATA® SE). **Resultados:** la frecuencia de las IPFF fue de 52 pacientes (11.63%). **Conclusiones:** en el análisis comparativo la comorbilidad y el número de medicamentos tuvieron asociación con PIFF en centenarios.

**Folio:0347**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Hiponatremia severa secundaria a secreción inapropiada de hormona antidiurética como única manifestación de un macroadenoma hipofisario invasor**

*Álvarez L<sub>o</sub>, Orozco J<sub>o</sub>*

0.Hospital General Regional número 25, IMSS

Las principales manifestaciones de macroadenomas hipofisarios son alteraciones neurológicas, pero es poco frecuente se presente como hiponatremia secundaria a secreción inapropiada de hormona antidiurética. El objetivo es informar la hiponatremia como única manifestación inicial de un macroadenoma invasor. **Caso:** femenino de 78 años de edad, inicia padecimiento 7 días previos a su ingreso con somnolencia, hiporexia, disminución de la fuerza muscular, náuseas y vómitos; Exploración física TA 110/70 mmHg, estuporosa, sin edema. Estudios iniciales sodio sérico 104 meq/L; Protocolo de estudio: Perfil tiroideo: T3 0.4 T4 6.8 TSH 2.8. Electrolitos urinarios Na 73mmol, Cl 75mmol y K 8mmol. TAC de cráneo con macroadenoma hipofi-

sario invasor. Perfil hormonal normal, solo elevación de prolactina 50ng/ml. Sin alteración campimétrica por confrontación ni de nervios craneales. **Conclusión:** el macroadenoma hipofisario invasor, puede tener como única manifestación SIADH expresándose como hiponatremia.

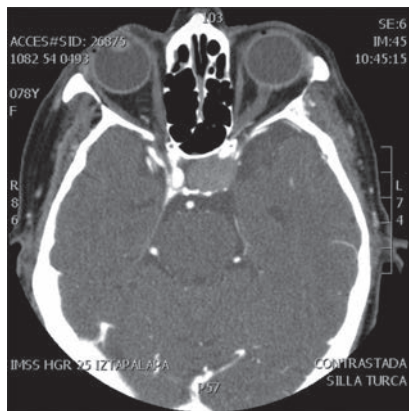


Figura 1.

#### Folio:0349

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología

**Bloqueo auriculo ventricular completo congénito**

*Cervantes O<sub>o</sub>, Urquieta K<sub>o</sub>, Ramírez J<sub>o</sub>*  
0.Hospital General Zona No. 1 Cuernavaca Morelos IMSS

El bloqueo auriculoventricular completo congénito (BCC) es una lesión del tejido de conducción cardíaco que surge antes del nacimiento en la que se produce una alteración de la transmisión de los impulsos auriculares a los ventrículos. Puede aparecer de forma aislada o familiar, presentando una incidencia variable comprendida entre 1/2.500 y 1/20.000 neonatos vivos, dependiendo de la metodología de los estudios publicados Su diagnóstico se acompaña frecuentemente de la coexistencia de una cardiopatía estructural, y en casos de anatomía cardíaca

normal, es frecuente su asociación a enfermedades autoinmunes clínicas o subclínicas. **Reporte de caso:** paciente femenino de 40 años de edad, originaria y residente de Morelos, sin antecedente de enfermedades crónicas degenerativas, con antecedentes quirúrgicos: colecistectomía hace 4 años, cesárea hace 10 años. Toxicomanías: alcoholismo ocasional. Paciente portadora de soplo cardíaco desde el nacimiento con disnea de grandes esfuerzos, sin referir lipotimias, o síncope. EF: TA: 120/80 mmHg en decúbito FC. 70 X?. FR. 20 X?. T. 36.5. Peso. 85 Kg Talla: 1.80cm IMC: 26.2. Sin facies características, mucosas orales hidratadas. cuello cilíndrico sin ganglios palpables, área torácica sin estertores, adecuados movimientos respiratorios, ruidos cardíacos rítmicos de tono e intensidad baja con soplo aórtico expulsivo II/IV, abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, peristálsis presente normal. Giorndano negativo extremidades inferiores sin alteraciones. llenado capilar de 2 seg. Electrocardiograma: frecuencia cardíaca 35lpm, bloqueo AV tercer grado. Ecocardiograma: Corazón estructuralmente sano. Con válvula aortica con gradiente máximo 23mmhg valvula mitral con insuficiencia leve a moderada. Prueba de esfuerzo: Protocolo Bruce con resultado submaximo satisfactorio, consumo energético 10.1 mets, que la ubica en clase funcional 1. Respuesta presora adecuada sin alteraciones del ST AAV lown IIIb escapes ventriculares con el máximo esfuerzo sin síntomas lipotimia o síncope. Paciente que se encuentra en control con Cardiología durante 10 años detectándose bloqueo completo; sin necesidad de marcapaso.

#### Folio:0350

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

**Síndrome cerebeloso como presentación de anemia perniciosa:**

**Reporte de un caso**

*Hernández A<sub>o</sub>, González A<sub>o</sub>, Martínez E<sub>o</sub>, Maya A<sub>o</sub>, Pérez D<sub>o</sub>*  
0.Hospital General de México

**Antecedentes:** la anemia perniciosa es la causa más común de anemia por deficiencia de vitamina B12. El cuadro clínico es variado e incluye manifestaciones a nivel de sistema nervioso central, sistema digestivo y sistema hematológico. **Objeto del estudio:** la anemia perniciosa tiene un espectro de presentación heterogéneo, desde anemia megaloblástica aislada, hasta manifestaciones digestivas, trombóticas y neurológicas. Es importante su sospecha en todo paciente que se presenta con anemia macrocítica, por la implicación terapéutica y pronóstica que conlleva su diagnóstico. **Material y métodos:** presentamos el caso de una mujer de 53 años, con padecimiento de inicio 15 días previos a su ingreso con parestesias en miembros inferiores, vértigo central, claudicación de miembros inferiores, ataxia, laterpulsión izquierda e incontinencia fecal. **Resultados:** inicialmente, se sospechó en alteración vascular cerebelosa, sin embargo, en una primera biometría hemática se encontró hemoglobina de 10.7 g/dL, volumen corpuscular medio 128.1 fL, hemoglobina corpuscular media 42.3 pg, por lo que se estudió simultáneamente por macrocitosis con manifestaciones neurológicas. Se realizó endoscopia que reporta pangastropatía crónica atrófica, ello orientó el protocolo de estudio en el que se realizó determi-



nación de anticuerpos anti células parietales con resultado positivo, el abordaje se completó con resonancia magnética de cráneo, en el cual no se reportan anormalidades en fosa posterior. Se estableció diagnóstico de anemia pernicioso. **Conclusión:** 95% de los pacientes con este padecimiento, presenta anticuerpos contra célula parietal o anticuerpos contra factor intrínseco lo que establece el origen autoinmune de la enfermedad. El tratamiento consiste en administración de vitamina B12 de por vida, ya sea de forma intramuscular o como se ha visto en años recientes, de forma oral. Identificar el cuadro clínico de la deficiencia de vitamina B12 es esencial debido a que se trata de una causa reversible de falla de la médula ósea y de alteraciones desmielinizantes, además, estos pacientes deben ser advertidos sobre posibles consecuencias gastrointestinales a largo plazo, como cáncer gástrico, por lo que resaltamos la importancia del diagnóstico y tratamiento oportunos.

#### Folio:0352

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Nefrología

**Elevación del fibrinógeno como marcador de riesgo para peritonitis en pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5 KDOQI, en tratamiento sustitutivo de la función renal con diálisis peritoneal**

*Cortés L<sub>0</sub>, Elizalde C<sub>1</sub>, Flores M<sub>2</sub>, González D<sub>3</sub>*

0.Secretaría de Salud D.F; 1.Hospital General Ticomán; 2.Hospital Xoco; 3.Facultad Medicina UNAM

La peritonitis es una de las principales complicaciones de los pacientes en tratamiento sustitutivo de la función

renal mediante diálisis peritoneal con enfermedad renal crónica en estadio terminal. Tiene una prevalencia del 5% a nivel nacional. Cuantificar los niveles de fibrinógeno en el plasma y determinar si su elevación se asocia a peritonitis. Estudio transversal analítico observacional. Se incluyeron 33 pacientes. Se tomaron muestras de citológico de líquido peritoneal y fibrinógeno. Se dividieron en 2 grupos, con peritonitis y sin peritonitis. Se realizó prueba de T o Chi2 correlación Spearman y curva ROC. 16 fueron hombres y 17 fueron mujeres, la media de fibrinógeno fue 599mg/dl, del grupo 1 17 pacientes tuvieron el fibrinógeno alto mientras que en el 2do grupo solo 6. La correlación fue 0.71  $p=0.001$ . A partir 577mg/dl de fibrinógeno hay una sensibilidad 94.1% y una especificidad 75% para diagnosticar peritonitis con un valor de  $p=.0001$ . Fibrinógeno se eleva en peritonitis.

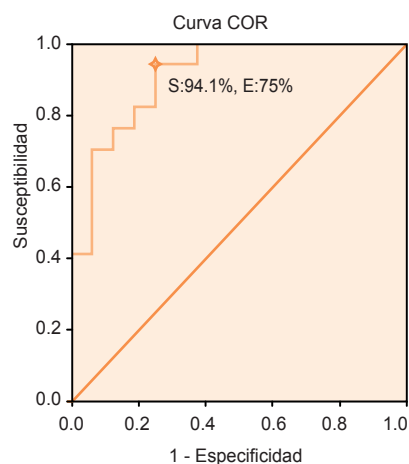


Figura 1.

#### Folio:0353

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Enfermedad de Niemann Pick**

*Moranchel L<sub>0</sub>, Pineda L<sub>0</sub>*

0.Servicio de Medicina Interna. UMAE-Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza. IMSS

**Introducción:** la enfermedad de Niemann-Pick tipo C (NP-C) es una afección hereditaria autosómica recesiva en los genes NPC1 y NPC2. Afección neurológica potencialmente mortal del grupo de lipidosis. **Objetivo:** presentar el caso de un paciente con NP-C juvenil. **Resumen clínico:** hombre de 18 años con desarrollo y aprovechamiento escolar regular hasta los 9 años, posteriormente con retraso psicomotor, incontinencia urinaria, oftalmoplejía vertical bilateral y crisis de cataplejía gelástica. A los 13 años con disfagia, pérdida de memoria a corto plazo, movimientos gruesos y descoordinados. Manejado inicialmente como epilepsia por Neurología, sin mejoría y con mayor deterioro, motivando estudio por Genética. Ante sospecha de NP-C por cuadro clínico e índice de sospecha alto, se realizaron estudios que mostraron mutaciones en el gen NPC1, cromosoma 18q11. Referido a nuestro servicio para evaluación y tratamiento. EF: Orientado solo en persona. Lenguaje lento, escandido, tono alto, disártrico, repite, nomina y comprende. Pérdida de memoria a largo y corto plazo. Gnosias, praxias, atención y concentración conservadas. Mirada primaria central, limitación completa para la supra e infraducción bilateral. Campos pulmonares con estertores subcrepitantes, bradicardico. Hiperlaxitud de articulaciones, ROTs 1/4 derechos e izquierdos ausentes, respuesta plantar flexora superficial bilateral. Marcha atáxica con inversión de pies. Estudios: Secuenciación de NPC1:

c.1042C>T p.R348X (Mutación patogénica), c.2789C>T p.A927B (Mutación incierta). Secuenciación de NPC2: Negativa. Biopsia de MO: Macrófagos espumosos con inclusiones azul marino con autofluorescencia. Tinción de Filipina: Variante, compatible con NPC1. EMG: Polineuropatía sensitivo-motora desmielinizante y degeneración axonal en miembros pélvicos. EEG: Trenes de lentificación en hemisferio izquierdo sin paroxismo. Minimal: 12 puntos. ECOTT: Prolapso de valva anterior de la válvula mitral, FEVI 71%, HAP leve. Holter: Ritmo sinusal, FC 30-70lpm. US Abdominal: Esplenomegalia. Espirometría: Patrón mixto de grado moderado. **Comentario:** evaluación periódica en nuestro servicio de dinámica de la deglución, soporte nutricional y prevención de complicaciones cardiopulmonares. **Conclusión:** es importante conocer los signos y síntomas de sospecha que permitan una identificación oportuna para diagnóstico y manejo.

#### **Folio:0354**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

**Trombosis venosa cerebral presentación de un caso**

*Alegria A<sup>o</sup>, Hidalgo B<sup>o</sup>, Akaki J<sup>o</sup>*

0.Universidad La Salle

**Antecedentes:** trombosis venosa cerebral (TVC) es multifactorial (joven, mujer, anticonceptivos orales -AO-, infección local o sistémica, etc.). Presente en 3-4:1 000 000 de habitantes. Representa 0.5% de infartos cerebrales. Manifestaciones clínicas multivariadas, por localización, extensión y rapidez de trombosis; predomina cefalea (90%) y papile-

dema por hipertensión intracraneal. Curso agudo (0-2 días), subagudo más frecuente (2-30 días) o crónico. Diagnóstico rápido con estudio de elección: Resonancia magnética (RM) con venografía. Tratamiento anticoagulante precoz evita complicaciones neurológicas en 80%. Pacientes tratados tienen una mortalidad de 10% y no tratados 30%. Índice de recurrencia: 2-5% al año. Objetivo: Dar a conocer un caso, fomentar diagnóstico y tratamiento eficaz. **Caso:** mujer, 22 años. Inició 5 días previos a su valoración cefalea súbita, holocraneana, intensidad 10/10, automedicada con ácido acetilsalicílico con mejoría parcial, se agregó náusea y vómito, acudió con facultativo quien indicó meclizina/piridoxina y analgesia, sin mejoría. Antecedentes: hace 10 años rinoseptoplastia por síntomas obstructivos, síndrome metabólico manejado con metformina y Orlistat; síndrome de ovarios poliquísticos diagnosticado 11 meses previos, manejo con AO. Clínicamente alerta, irritable, ubicada en tres esferas. Papiledema bilateral. Rigidez de nuca, signo de la sacudida y Kernig positivos. Fuerza muscular 4/5 en miembro pélvico y torácico derechos, reflejos aquileo y patelar con clonus, respuesta plantar extensora, Gonda y Stransky presentes. Decidimos realizar RM, se observó en venografía ausencia de señal del seno longitudinal superior tercio medio posterior y tercio posterior del seno longitudinal posterior con signo delta. Suspendimos AO e indicamos heparina de bajo peso molecular (HBPM) 1 mg/kg cada 12 h subcutánea, evolucionó con mejoría y recuperación neurológica total al mes, se mantuvo anticoagulación por 3 meses. Conclusiones: Paciente presentó TVC

de curso subagudo, con factores de riesgo: edad y AO. Inició con síntoma característico, cefalea, inespecífico. El diagnóstico se hizo con venografía-RM. El tratamiento instaurado evitó secuelas. Se usó HBPM por dar anticoagulación estable, no requerir ajuste y no ha mostrado diferencia significativa el uso de no fraccionada. Fue necesario el seguimiento de la paciente ante recurrencia.

#### **Folio:0355**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Vasculitis cutánea con afección sistémica asociada a acenocumarina; reporte de un caso y revisión de la literatura**

*De Los Santos R<sup>o</sup>, Briceño F<sup>o</sup>*

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

**Antecedentes:** la vasculitis leucocitoclástica inducida por cumarínicos es un evento adverso poco frecuente.

**Objeto de estudio:** reporte de caso de paciente con vasculitis cutánea con afección sistémica asociada a uso de acenocumarina. **Informe de caso:** paciente femenino de 52 años de edad con cuadro clínico de trombosis venosa profunda corroborada por USG doppler por lo que se inicia tratamiento con acenocumarina presentando posteriormente ampollas en miembros inferiores, paraclínicos donde se corrobora trombosis en ultrasonido doppler, examen general de orina con leucoeritrocituria y biopsia cutánea con reporte de vasculitis leucocitoclástica. Resultados y discusión: La afección orgánica en vasculitis inducidas fármacos es infrecuente se presenta principalmente afección renal en forma de glomerulonefritis

o nefritis intersticial. **Conclusiones:** La vasculitis cutánea con afección sistémica asociada a acenocumarina es una entidad poco frecuente con solo reporte de casos en la literatura.



Figura 1.

#### Folio:0357

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Evolución clínica de la enfermedad de Fabry con terapia de reemplazo enzimático: reporte de 2 casos**

*Moranchel L<sup>o</sup>, Pineda L<sup>1</sup>, Santana L<sup>2</sup>*  
0.Servicio de Medicina Interna. UMAE-Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza. IMSS; 1.Clínica de Enfermedades Lisosomales. Servicio de Medicina Interna. UMAE-Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza. IMSS; 2.Servicio de Genética. Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza. IMSS

**Introducción:** la enfermedad de Fabry (EF), es una enfermedad lisosomal de herencia ligada a X y déficit enzimático de la  $\alpha$ -galactosidasa. Presenta daño orgánico progresivo a riñón, corazón y SNC. La TRE disponible ha mostrado beneficio sobre la función y la sobrevida. **Objetivo:** presentamos la evolución clínica de 2 pacientes

tratados con agalsidasa beta. **Resultados:** paciente 1. Hombre de 39 años. Diagnóstico de EF (2003), al presentar acroparestesias, hipohidrosis, angioqueratomas, proteinuria y biopsia renal, con estudio enzimático y molecular. En 2006 presentó hipertensión arterial y daño renal crónico, requiriendo diálisis peritoneal, inició TRE con agalsidasa beta, con estabilidad. En 2007 recibió trasplante renal de donador cadavérico. En 2010, suspendió TRE por 3 meses de desabasto y reinició TRE a 50% de la dosis por 11 meses, posteriormente a dosis completa. Evaluación inicial: ECOTT: Sin alteración, FEVI 76%, RM cráneo: vasculopatía cerebral asintomática y MSSI 31 puntos. Última evaluación: ECOTT: HVI, FEVI 77%. RMN cráneo: vasculopatía cerebral. Función renal conservada con MSSI de 19 puntos. Paciente 2. Hombre de 41 años. Diagnóstico de EF (2008), con acroparestesias, hipohidrosis, angioqueratomas, daño renal y diarrea con estudio enzimático y molecular. En 2009 desarrolló hipertensión arterial e IRC, requiriendo hemodiálisis. En 2009 inició TRE con agalsidasa beta quincenal, suspendida en 2010 por 3 meses por desabasto, reiniciándola al 50% de la dosis por 11 meses y después a dosis completa. En Marzo 2011, recibió trasplante renal de donador cadavérico. Evaluación inicial: ECOTT: FEVI 70%. RM cráneo: vasculopatía cerebral asintomática con MSSI de 40 puntos. Última evaluación: ECOTT: HVI, FEVI 80%. RMN cráneo: normal. Función renal conservada y MSSI de 19 puntos. Discusión: Pacientes con estabilidad clínica. Mejoría del dolor y función cardíaca con datos de HVI con función preservada. Se documen-

tó vasculopatía cerebral asintomática de manera inicial, en el control radiológico del paciente 1, aun persiste de manera asintomática, en el paciente 2 desaparecieron lesiones. La función renal se mantiene estable, en relación al trasplante renal. **Conclusiones:** la TRE a largo plazo provee beneficios clínicos, retrasando la progresión y mejoría en la sobrevida. La adición de fármacos adyuvantes, son esenciales para prevenir complicaciones vasculares.

#### Folio:0359

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología

**Evento vascular cerebral transitorio secundario a foramen oval permeable**

*Orozco P<sup>o</sup>, Sarre D<sup>o</sup>, Díaz E<sup>o</sup>, Rodríguez F<sup>o</sup>*

0.Hospital Ángeles Pedregal

**Introducción:** se considera evento vascular cerebral en pacientes jóvenes, cuando éste se presenta en menores de 45 años, con frecuencia de 4 a 5% en Occidente, en regiones de Asia puede llegar hasta el 10%, con una incidencia de 10 en 100,000 habitantes y una mortalidad del 2.5%. La persistencia del foramen oval permeable en adultos es un hallazgo común, del que se ha descrito una prevalencia del 25% en la población general. **Caso clínico:** femenino de 31 años, sin antecedentes personales de importancia para su padecimiento actual. Inicia su padecimiento actual 5 horas previas al ingreso mientras realizaba actividad física, presenta fosfenos en ojo derecho por lo que decide suspender la actividad. Posteriormente inicia con disartria y afasia motora súbita acompañado de cefalea hemicraneana izquierda tipo

opresivo durante aproximadamente 40 minutos y finalmente con recuperación ad integrum refiriéndose asintomática, acude a urgencias para su valoración. EF: FC 66 lpm FR 19 rpm Temp 36.4°C TA 104/57 mmHg Consciente, alerta. Adecuado tono muscular y trefismo, fuerza 5 de 5 en las cuatro extremidades, reflejos de estiramiento muscular bicipital, tricipital y patelar izquierdo, hiperestesia izquierda, babinsky izquierdo positivo. Laboratorios: Hb 13.8 Hto 40.3 plaq 225,000, Leu 9.2, homocisteina 12.3, perfil de fosfolípidos negativo, Proteína ?C? 82.1% (60.137%) ?S? 89.5% (70-122%) AntiNucleares Negativo EKG: Rítmico, RS FC 70lpm, con dilatación auricular e inversión de onda T RMN STROKE: En la circunvalación precentral derecha se identifica una zona que es hiperintensa en la secuencia de difusión. HOLTER: Promedio FC 71 lpm, arritmia respiratoria fisiológica frecuente, sin pausas, conducción A-V sin alteraciones. No se registró actividad ectópica ventricular o SV. **Conclusión:** estudio dentro de rangos normales. Ecocardiograma TE: Septum inter-atrial en su 1/3 medio se evidencia foramen oval permeable 0.2 x 0.3 sin corto circuito intracavitario de manera pasiva. Sin trombos intracavitarios FEVI 66% PSAP 23mmHg. Colocación de dispositivo amplatzer: Aneurisma del septum interauricular y foramen oval permeable. Se inyectan microburbujas observándose paso de AD a AI a través de foramen oval permeable. Estabilización del septum interauricular con dispositivo Amplatzer.

**Folio:0360****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Endocrinología**Síndrome de Cushing secundario a adenoma suprarrenal con foco de miolipoma**

*Reyes D, García E, García M, Brea E, Jiménez J, Pérez Y, Naranjo C*  
0.Centro Medico Issemym Toluca

Masculino de 53 años de edad originario del estado de México el cual cuenta con antecedentes de diabetes mellitus 2 de 3 años tratado con biguanidas e insulina. Inicia su padecimiento en abril del 2013 caracterizado por trastornos de adaptación, debilidad de extremidades inferiores ascendente bilateral y síntomas neuropáticos periféricos caracterizados por parestesias, disestesias y debilidad muscular. Donde se identificó hipokalemia grave recurrente y se decide ingreso a Medicina Interna se realiza protocolo de hipokalemia donde se documentó hipercortisolismo endógeno con los siguientes resultados: ACTH de 70 pg/ml, cortisol urinario de 7425 nmol en 24 hrs, prueba de supresión con un miligramo de dexametasona con escrutinio positivo. Se procede a realizar ritmo de cortisol con pérdida del ritmo circadiano del cortisol y ACTH a las 23:00 hrs ligeramente elevada, prueba de supresión con 8 mg de dexametasona descartando hipercortisolismo endógeno no dependiente de ACTH. Se realiza RMN con gadolinio de silla turca y no se observa tumor hipofisario se solicita Octreo Scan siendo negativo, además de realizarse TAC de suprarrenales en donde se documento crecimiento bilateral de suprarrenales, se realiza suprarrenalectomía bilateral por cirugía endocrinológica, en el post quirúrgico persistió con hipokalemia y alcalosis metabólica y cortisol urinario alto, se realiza PET CT que

evidencia lesión heterogénea nodular hipodensa con rangos de 0-30 UH en el lecho quirúrgico adrenal izquierdo. El reporte de histopatología solo mostró una lesión de lado derecho compatible con adenoma adrenocortical con foco de miolipoma y de lado izquierdo grasa peritoneal. Se somete a un tercer tiempo quirúrgico. En el postquirúrgico del mismo cursa con mejoría de la hipokalemia y disminución paulatina del cortisol sérico. **Discusión:** el hipercortisolismo endógeno es más frecuente por enfermedad de Cushing que habitualmente es un microadenoma hipofisario que causa el fenotipo de Cushing, la segunda causa de hipercortisolismo endógeno es el ectópico más frecuente de tumores pulmonares, vale la pena resaltar que los adenomas suprarrenales son incidentalomas unilaterales y que no causan manifestaciones tan severas de la enfermedad por lo anterior lo que más llama la atención de este caso es que se encontró adenoma suprarrenal derecho con manifestaciones severas de la enfermedad.

**Folio:0361****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Infectología**Fiebre y granuloma para-rectal a propósito de un caso**

*Gutiérrez S, Moranchel L, De León G, Casarrubias M*

0.Hospital de Especialidades CMN La Raza

**Objetivo:** presentación de un caso de paciente con fiebre uropatía obstructiva y tumor retrovesical y pararectal. Introducción: la tuberculosis linfomatogena, presentación rara cuya incidencia es de menos del 5%, cuya forma de diseminación es la vía he-



matógena, ocasionando una siembra generalizada de pequeñas y numerosas lesiones pulmonares y de diferentes órganos, tuberculomas por conglomerados de caseum que se origina a partir de tubérculos tras una bacilemia hematógena, diagnóstico diferencial entre linfomas, sarcoidosis infecciones como las causadas por *b.henselae*, micobacterias atípicas, hongos. **Resumen:** masculino de 33 años de edad, con diagnósticos de, epilepsia desde el año de edad, tratada con fenitoina y valproato de magnesio, etilismo y tabaquismo y, el padecimiento: lo inició en marzo del 2013, malestar general, pérdida ponderal significativo, se documentó neumonía, hubo mejoría. (1/08/2013) hematuria macroscópica, disuria, cefalea, fiebre no cuantificada, dolor abdominal moderada, ascitis por tomografía, se documenta ectasia renal bilateral, ascitis, derrame pleural izquierdo, (08/08/13): se colocó catéter jj, bilateral (urocultivo: para pseudomona aeruginosa, PCR en orina y ascitis para micobacterias negativo, hemocultivo negativo, prolongación de los tiempos de coagulación, lesión renal aguda, lesiones pápuloeritematosas, en tórax anterior, descontrol de crisis convulsivas por niveles subóptimos de fenitoina y valproato en sangre. Tac de abdomen y pelvis, con lesión pararectal y retrovesical derecho. Biopsia de tumor retrovesical y pararectal derecho: inflamación crónica granulomatosa que sugiere infección por micobacterias. Tinción de Ziehl Nielsen positivo para *Micobacterium tuberculosis*. **Conclusiones:** paciente masculino con antecedente de etilismo crónico, epilepsia, combe negativo, quien presenta un cuadro febril asociado hematuria macroscópica y uropatía obstructiva, ascitis,

derrame pleural, tumor pararectal y retrovesical, con estudios de PCR y urocultivos negativos para micobacterias, con reporte final de tuberculoma pararectal y retrovesical, tinción de ziehl nielsen positivo para *Micobacterium tuberculosis*.

**Folio:0362****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Hipercortisolismo secundario a microadenoma hipofisiario: reporte de un caso***Alcázar C, Morales R, Pezina C, Rodríguez R, Galarza D*

0.Hospital Universitario José Eleuterio González

Femenino 42 años de edad, antecedente de hipertensión arterial de 7 meses de evolución, ingresa por cuadro clínico de 1 año de evolución caracterizado por astenia, adinamia, presencia de acné de predominio en región facial, aumento de perímetro abdominal y del contenido de tejido adiposo en región dorsal y cara, aumento de peso de aproximadamente 5 kilogramos, posteriormente oscurecimiento de la piel y debilidad de extremidades superiores, además de dismenorrea, cefalea Holo craneal de moderada intensidad que cede con el reposo, además de equimosis de fácil aparición en extremidades inferiores. A la exploración física se encuentra consciente orientada, aumento de la pigmentación de la piel, campos visuales sin alteraciones, agudeza visual conservada y reflejos pupilares normales, signo de Cushing ( ), cicatrices de acné en cara, giba de búfalo, pérdida de huesos supraclaviculares, en región abdominal presencia de estrías blanquecinas y dos estrías

purpurinas con 3 a 5 mm de grosor, obesidad abdominal y equimosis en extremidades inferiores, neutrofilia, hipercolesterolemia. Resultados de laboratorio: Cortisol urinario, 452 ug/24hrs (rango 36 a 137), Supresión con dexametazona de 1 mg, 148.7 (64 a 194.3 ng/ml), perfil tiroideo y ginecológico normales. Laboratorios generales, macrocitosis, eosinopenia. Ingresada para prueba de supresión con dexametazona con 0.5mg, con los siguientes resultados, cortisol basal: 232 ng/ml, ACTH pg/ml, a las 48 hrs, cortisol sérico, 180.9 ng/ml (61.9 ? 134.3 ng/ml), urinario de 165.9. Se procedió a prueba de supresión con 2 mg de dexametazona, reportando un valor de cortisol sérico de 52.7 y urinario de 26. Resonancia magnética de cerebro contrastada con foco a hipófisis la cual reporto un adenoma hipofisiario de 6.8 mm, continuando su seguimiento por la consulta de endocrinología. La incidencia del síndrome de Cushing es difícil de determinar debido a su relación con patologías más comunes como obesidad, diabetes mellitus, síndrome metabólico, ovario poliquístico. Es una condición que expone a gran morbilidad debido a la exposición crónica a esteroides utilizados en diversas enfermedades. La literatura muestra discrepancia respecto a su diagnóstico, por lo que se valora la cuantificación de niveles de ACTH y cortisol (urinario/plasmático) además de la búsqueda de la etiología.

**Folio:0363****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Hematología  
**Síndrome destructivo de la línea media (SDML) por linfoma centrofacial NK; una patología con múltiples posibilidades diagnósticas**

Gasca R<sub>0</sub>, Jiménez J<sub>0</sub>, García E<sub>0</sub>, Brea E<sub>0</sub>, Mendoza B<sub>0</sub>

0. Centro Médico Issemym

**Antecedentes:** el SDLM involucra varias enfermedades que afectan las estructuras centrales de la cara, posee varias denominaciones. Su frecuencia es de 6 en 10,000 habitantes, su etiología diferencial múltiple y en base a esto su tratamiento (TX) y pronóstico. **Presentación de caso:** mujer de 56 años, antecedente de tabaquismo sin patológicos. Inicia padecimiento actual hace 6 meses con datos de infección de vías respiratorias que no responde a TX, aumentando la sintomatología con rinorrea purulenta, constipación; 3 meses posteriores es valorada por servicio de otorrinolaringología, se realiza TAC de senos paranasales con tumor en fosa nasal izquierda, se realiza pansinusectomía izquierda con toma de biopsia con reporte de trombosis de vasos sanguíneos, erosiva, crónica, granulomatosa y presencia de gránulos de azufre sugerente de granulomatosis de Wegener (GW), con coinfección por *Candida* y actinomicas. Es referida al servicio de reumatología decidiendo su ingreso a medicina interna para protocolo de estudio, se realizan determinaciones C-ANCA, P-ANCA, mieloperoxidasa y proteinasa 3, POSITIVOS, complemento, factor reumatoide, TORCH, panel viral, cultivo de Mycobacterias, marcadores tumorales dentro de valores normales; presenta lesión necrótica en ala nasal derecha que se extiende a región maxilar derecha, nariz, labio superior, paladar, asociado a sobreinfección por E.coli y P. aeruginosa, biopsia con reporte de tejido linfoide heterogéneo, Inmunohistoquímica (IH) con vasculitis linfocítica

extensa, infiltrado linfoide positivo a CD20 y CD3, negativo a CD56 y CD30, no atipias celulares. Recibe TX con gammaglobulina, pulsos de esteroide, plasmaféresis, ciclofosfamida y rituximab, sin respuesta, además de antibiótico de amplio espectro sin mejoría, presentando evolución tórpida con aumento de la zona de necrosis, por lo que posteriormente se realiza maxilectomía total derecha, maxilectomía lateral izquierda, palatectomía y rinectomía totales, resección de cornetes y labio superior, nuevo estudio de IH reporta linfoma cutáneo NK nasal centro facial inmunofenotipo CD3, CD4, CD30 y CD56 relacionado a virus Epstein Barr. **Conclusión:** el SDLM requiere múltiples pruebas diagnósticas, biopsias y confirmatorias que puede presentar falsos positivos a los diferentes diagnósticos (dx) diferenciales, el retraso en su dx afecta la calidad de vida y pronóstico del paciente.

**Folio:0364**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Meningoencefalitis como manifestación inicial de mononucleosis infecciosa en infección por virus de Epstein Barr en mujer no inmunocomprometida**

Mendoza B<sub>0</sub>, Jiménez J<sub>0</sub>, García E<sub>0</sub>, Brea E<sub>1</sub>, Gasca R<sub>1</sub>

0. Centro Médico ISSEMYM Toluca;

1. Centro Médico ISSEMYM

**Antecedentes:** las manifestaciones neurológicas de la infección por virus Epstein-Barr (VEB), constituyen una complicación rara, menos del 5% de los casos de primo infección. Pueden constituir la primera y única sintomatología de la infección por

EBV. Cuando se manifiesta en el sistema nervioso central, es frecuente la ausencia de un síndrome mononucleósico clásico previo, linfocitosis y positividad de los anticuerpos heterófilos (AH). **Objetivo:** presentar una complicación rara por infección del VEB. **Presentación del caso:** Mujer de 20 años de edad, sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento con cuadro de gastroenteritis que se auto-limita, dos semanas después presenta crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas de manera súbita en 2 ocasiones, la última asociada a agresividad e ideas obsesivas y alucinaciones visuales. La exploración a su ingreso con facies inexpresiva, lenguaje incongruente e incoherente, circunloquios, no coopera. Sin alteraciones de nervios craneales, ni sistema motor, con meningismo, adenomegalias cervicales y hepatoesplenomegalia. Laboratorios con transaminasemia moderada, líquido cefalorraquídeo (LCR): 30 células/ml, linfocitos 80%, proteínas 134mg/dl, glucosa 67mg/dl. Curva serológica con Ac. Anti VEB cápside IgM 53.8U/ml, Ac. Anti VEB cápside IgG 91.6. Cultivo bacteriológico y micótico, tinción de Gram y tinta china negativas. Reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa herpes virus 1 y 2, varicela zoster, toxoplasma citomegalovirus, adenovirus, enterovirus, M. pneumoniae, C. pneumoniae, virus de inmunodeficiencia humana negativos. AH negativos. Electroencefalograma y resonancia magnética de cráneo normal. Tratamiento corticoesteroide parenteral, con respuesta satisfactoria. **Conclusión:** las manifestaciones neurológicas por VEB, la mayoría no ocurren en contexto de mononucleosis infecciosa y son raras en

inmunocompetentes. La solicitud de AH puede ser negativa. Además, las manifestaciones clínicas, así como las alteraciones del LCR y los hallazgos de la neuroimagen, pueden ser semejantes a los causados por otros virus. No es una patología frecuente.

**Folio:0365**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Tuberculosis extrapulmonar: ganglionar y cutánea en paciente inmunocompetente. Reporte de un caso**

*Balderrábano C<sup>o</sup>*

0.IMSS

La tuberculosis (TB) es una enfermedad granulomatosa crónica provocada por *Mycobacterium tuberculosis*, transmitida fundamentalmente a través del tracto respiratorio y puede afectar a cualquier órgano. La TB extrapulmonar supone el 10-20% del total de TB en enfermos inmunocompetentes; la TB cutánea representa 1% de los casos extrapulmonares y la afectación ganglionar el 35%-50%, convirtiéndola en una entidad que debe ser conocida y sospechada, se caracteriza por ser imitadora, y puede coexistir o enmascararse con otras patologías cérvico-faciales, pues obteniendo un mayor índice de sospecha podrían orientarse los diagnósticos de forma precoz y permitir tratamientos más acertados. Se presenta el caso de femenino de 42 años con carga genética para cáncer gástrico y DM. Expuesta a solventes por 6 años, alcoholismo social y tabaquismo IT:0.8, COMBE negativo. En Julio 2010 Biopsia de nevo melanocítico intradérmico y ganglio linfático cervical con inflamación

crónica granulomatosa con fibrosis del 90% del parénquima. Desde hace 4 años dermatosis con lesiones equimóticas que dan paso a zonas de depresión con absorción de panículo adiposo, doloroso a la presión, en fóveas de 2 cm de diámetro en brazos, glúteos y tórax posterior; tos seca y ocasional expectoración verdosa acompañada de adenopatía cervical. Se inicia protocolo de estudio con resultado de laboratorio, inmunológicos y anticuerpos normales, BAAR en expectoración negativos, TAC cuello: múltiples ganglios en espacio carotideo de 15 mm, TAC tórax: bronquiectasias bibasales, patrón panal de abeja. Biopsia de piel y ganglio cervical: inflamación crónica, hipertrofia de músculo erector e hiperplasia fibroepitelial inespecífica, ganglio concluyente con linfadenitis crónica granulomatosa con necrosis caseosa y tinción Ziehl Neelsen positiva compatible con TB, no se contó con determinación de PCR para TB. Se inició tratamiento antifímico y seguimiento epidemiológico. La tuberculosis es considerada una enfermedad reemergente con un comportamiento distinto en los diferentes grupos de edad, la afectación ganglionar es una de las manifestaciones más frecuentes reportadas de la TB extrapulmonar; por lo tanto, es fundamental la valoración interdisciplinaria y que el clínico conozca además de la identidad del microorganismo, sus posibles manifestaciones clínicas, con el fin de lograr un diagnóstico certero y oportuno.

**Folio:0366**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Deficiencia severa de vitamina D y folatos secundario a enfermedad celiaca. A propósito de un caso**

*Arellano H<sup>o</sup>, Sandoval N<sup>o</sup>*

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

Masculino de 55 años de edad, alcoholismo por 12 años a razón de llegar a la embriaguez cada 8 días, suspendidos 5 años previos. Ingesta de cannabinoides durante 12 años suspendido 20 años previos. Inicia cuadro clínico 5 años previos con presencia de conjuntivitis herpética bilateral, con secuelas de amaurosis y parálisis facial derecha, agregándose síndrome diarreico crónico. Iniciando con protocolo de estudio hace 3 años. Se realiza endoscopia alta, reportando candidiasis esofágica, descartándose TORCH, VHC, VHB, VIH, se realiza colonoscopia en dos ocasiones, reportándose colitis inespecífica, se realiza TAC toraco abdominal, sin evidencia de lesiones, y marcadores tumorales los cuales se encontraron negativos. Presenta deterioro progresivo, hasta llegar a peso de 43 kg, (con una pérdida de más 20 kg). Hace un año con pérdida de fuerza y sensibilidad de extremidades inferiores, y pérdida de control de esfínteres. Se descarta por imagen TB, se realiza PCR para TB en sangre negativo. Se realizan ANAS los cuales presentan positividad, con complemento bajo, así como inmunoglobulinas bajas. Se envía a la consulta de reumatología se cataloga como una inmunodeficiencia en estudio con enteropatía perdedora de proteínas. Por parte del servicio de inmunología se descarta la inmunodeficiencia primaria. Se hospitaliza para mejoría de condiciones generales iniciándose nutrición parenteral, se

realiza exámenes generales, serie ósea completa encontrando datos de osteopenia, aplanamiento de epifisis y pseudofracturas en huesos largos. Se repite panel viral negativo, perfil hormonal, niveles de Vit B12 con 0 pg/ml, ácido fólico 0 ng/dL y vitamina D 4.87ng/dl y realiza electromiografía con hallazgos de poli neuropatía sensitiva y motora distal del tipo de degeneración axonal severa y desmielinizante. Se realiza endoscopia alta reportando pangastritis crónica de aspecto atrófico, duodenitis crónica de aspecto atrófico y se envía biopsia de duodeno distal y yeyuno reportando una duodenitis aguda, con actividad leve, con edema y congestión. Se envían muestras para Ac anti gliadina IgA 37UE/ml IgG 38UE/ml, anticuerpos anti- transglutaminasa IgA e IgG negativos, anticuerpos antiendocidio IgA positivos. Confirmándose el diagnóstico de enfermedad celíaca. Se inició con dieta libre de gluten, con importante mejoría, con ganancia ponderal.

#### Folio:0367

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Falla hepática fulminante por asociación de hepatitis viral tipo A y abuso de paracetamol. Reporte de un caso**

*Cano No, Castañeda Ao, Barrientos Jo, Vega Eo*

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

**Antecedentes:** la insuficiencia hepática aguda (IHA) es la pérdida súbita de la función del hepatocito sano, con: coagulopatía (CP), encefalopatía (EH). El tiempo de evolución (E)

depende de la causa; es más común por abuso de paracetamol [PT] (E hiperaguda), le siguen las hepatitis virales [HV] A,B,E (E aguda). La complicación es la falla hepática fulminante (FHF), con muerte (MT) si no se dispone de trasplante. **Caso clínico:** femenino 31 años, sin hepatopatía crónica previa, 10 días de E con fiebre-ictericia-acolia-coloria, tratada como HV A con PT; 7 días más con cefalea, usó PT sin restricción. Ingresó por datos: EH grado (G) II-CP-hipertransaminasemia. Panel HV B,C: (-). Evolución tórpida, hemoptisis-EH GIV-MT al 3er día. Necropsia, hígado: 750gr, necrosis hepática masiva. **Objetivo:** revisar las causas de FHF. **Material y métodos:** informe de un caso. **Discusión:** la IHA es un reto clínico y terapéutico, el desenlace a FHF se incrementa al asociar factores de riesgo de hepatotoxicidad.



**Figura 1. A.** Imagen macroscópica de hígado de mujer de 31 años con desenlace de falla hepática fulminante tras asociación de cuadro de hepatitis viral tipo A y abuso de paracetamol. Peso 750 g, 21x14x5 cm. **B.** Superficie externa lisa café rojizo y amarillo claro, al corte rojo intenso y amarillento.

#### Folio:0368

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Ciencias Básicas  
**Expresión de CD73 y A2A en células T reguladoras CD39 de sujetos con obesidad y diabetes mellitus tipo 2**

*Guzmán Jo, Cortez No, Portales Do*  
0.Universidad Autónoma de San Luis Potosí

**Antecedentes:** la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) cursan con un proceso inflamatorio crónico. Las células T reguladoras (Treg) que expresan CD39 junto con CD73 hidroliza el ATP a AMP y adenosina, esta se une al receptor A2A (A2AR) induciendo efectos anti-inflamatorios. Por lo anterior, la participación de CD39, CD73 y A2A resulta relevante en la regulación de la respuesta inflamatoria en el proceso de obesidad y de la DM2. **Objetivo:** determinar la expresión de CD73 en linfocitos T reguladores CD39 y los niveles de A2AR en distintas subpoblaciones celulares, en sujetos con obesidad y DM2. **Metodología:** se aisló células mononucleares de sangre periférica de 20 pacientes con obesidad, 20 con DM2 y 20 sujetos clínicamente sanos; se determinó mediante citometría de flujo, los niveles de expresión de A2AR en distintas células y de CD73 en las células Treg CD39. Estos datos se correlacionaron con parámetros bioquímicos y antropométricos y se analizaron posibles diferencias entre los grupos de estudio mediante el programa estadístico SPSS 17.0. **Resultados:** Los niveles de las células T CD4CD39 y las Treg CD39 se encontraron aumentadas en los grupos de obesidad y DM2 ( $p < 0.05$ ). La expresión de CD73 en las células T CD4 y la co-expresión de CD39 y CD73 en las células T efectoras, se encontró aumentada en el grupo con DM2 ( $p = 0.04$  y  $p = 0.02$  respectivamente). La expresión del A2AR fue mayor en los monocitos (68%), seguido de las células T CD8 (55%) y T CD4 (51%)



y en menor proporción en las células B (27%) y NK (25%). También se encontró una mayor expresión del A2AR en las células T CD8 del grupo con DM2 ( $p = 0.001$ ). Las células T CD4 CD39 se correlacionaron con la edad ( $r = 0.40$ ), IMC ( $r = 0.37$ ), glucosa ( $r = -0.43$ ) y colesterol total ( $r = -0.44$ ). Las células Treg CD39 se correlacionaron con el IMC ( $r = 0.32$ ) y la expresión de A2AR en las células T CD8 se correlacionó con la glucosa ( $r = 0.44$ ) y la HbAc1 ( $r = 0.45$  todas con una  $p < 0.05$ ). **Conclusión:** existe mayor proporción de células T CD4CD39 y Treg CD39 en el grupo de obesidad y DM2. Por otra parte, la alta expresión del A2AR en los monocitos y las células T CD8 podría indicar que las células Treg CD39 actúan principalmente sobre estas células y específicamente sobre las T CD8 las cuales mostraron mayor expresión de A2AR en el grupo con DM2.

**Folio:0369****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Misceláneos**Programa de Farmacovigilancia del Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José E. González***Hinojosa J<sub>o</sub>, Gutiérrez E<sub>o</sub>, Villarreal M<sub>o</sub>, Galarza D<sub>o</sub>, Martínez E<sub>o</sub>, Rodríguez G<sub>o</sub>, Yeverino S<sub>o</sub>*

0.Hospital Universitario Dr. José E. González Universidad Autónoma de Nuevo León

**Antecedentes:** el problema de la seguridad de los errores de medicación (EM) en lo particular es uno de los problemas prioritarios en países desarrollados. En 1994 en el transcurso de la conferencia multidisciplinaria Understanding and Preventing Drug

Misadventures se estableció la necesidad de realizar estudios sobre errores en la medicación, reportando 250,000 muertes relacionadas directamente al Sistema de Salud y Más de 40,000 a 80,000 Errores en la Medicación. En el Departamento de Medicina Interna se fundó el subprograma de Farmacovigilancia en el 2007 para realizar el estudio de los errores en la medicación. **Objetivo:** vigilar la seguridad del paciente hospitalizado en el Departamento de Medicina Interna, identificando los Errores en la Medicación para prevenir y disminuir eventos adversos y complicaciones, brindando así la calidad en la administración de los medicamentos, acorde con los estándares nacionales e internacionales recomendados. **Objeto del estudio:** detectar y clasificar los errores en la medicación dentro del Departamento de medicina interna. **Material y métodos:** vigilancia activa: Revisión sistemática de 2 expedientes por semana de cada equipo de trabajo de las salas de medicina interna los errores detectados se analizan. Además se realizan reportes espontáneos de errores, vigilancia de medicamentos de alto riesgo, revisión y validación de interacciones entre fármacos y la verificación de los fármacos administrados. Resultados: Se logró incrementar el número de expedientes revisados de 320 a 410, con respecto al año anterior, así como la disminución de los errores en la medicación de 427 a 244, disminuyendo el índice de error por expediente de 1.3 a 0.59. **Conclusión:** este subprograma de Farmacovigilancia ha disminuido la incidencia de EM en la sala de Medicina Interna de nuestro hospital.

**Folio:0370****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Hematología**Linfoma no Hodgkin difuso CD20 positivo con recaída a sistema nervioso central en el paciente con SIDA: reporte de un caso***Kishimoto F<sub>o</sub>, Fonseca J<sub>o</sub>, Gómez J<sub>o</sub>, Arroyo D<sub>o</sub>*

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

**Antecedentes:** el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se asocia con un aumento en la incidencia de linfoma no Hodgkin. La implicación del sistema nervioso central (SNC) no es una complicación frecuente y se presenta casi exclusivamente en tumores malignos de alto grado en este tipo de pacientes.

**Objetivo de estudio:** describir un caso de meningitis linfomatosa en un paciente con SIDA con Linfoma no Hodgkin sistémico, para identificar oportunamente a aquellos pacientes con alto riesgo de recidiva. Informe de caso. Hombre de 51 años, con antecedente de tabaquismo, alcoholismo y prácticas sexuales de riesgo. Fue diagnosticado con infección por VIH en julio de 2012 estadio C3. Recibió tratamiento con tenofovir, emtricitabina y efavirenz. Tiempo después se diagnosticó con linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes en duodeno mediante biopsia por endoscopia. Recibió tratamiento con esquema de quimioterapia completando 6 ciclos, mostrando recuperación. Inició su padecimiento actual unos días previos a su ingreso con cefalea en región occipital con irradiación a región frontal, pulsátil, de intensidad 10/10, acompañada de tinitus, náusea y vómitos en 3 ocasiones. Tres días después se

agregó diplopía. Posteriormente se agregaron crisis convulsivas de tipo parcial compleja y monoparesia de la pierna derecha, motivo por el que fue enviado a nuestro hospital. A su llegada destaca ojos con estrabismo convergente por plejía de ambos músculos rectos externos oculomotores, fuerza 4/5 en miembros torácicos, 1/5 y 3/5 en miembros pélvicos en su porción proximal y distal, respectivamente, con reflejos abolidos en miembros pélvicos y rigidez de nuca. Se realizó punción lumbar destacando citoquímico con 179 leucocitos, 95% mononucleares, 130 mg/dl de proteínas, 20 mg/dl de glucosa. Búsqueda de microorganismos negativa. Se realizó tomografía y resonancia magnética de cráneo sin alteraciones aparentes. **Resultados:** el paciente falleció. Se autorizó necropsia la cual reportó linfoma no Hodgkin difuso CD20 positivo con recaída a SNC. **Discusión:** los casos de meningitis linfomatosa han incrementado en los últimos años, siendo el pronóstico extremadamente pobre, con una supervivencia de sólo cinco semanas.

#### Folio:0372

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Infectología

**Antimicrobianos y neumonía en el Hospital General de Matamoros ¿Hay lineamiento en cuanto a Guías de Manejo?**

*Mares M, Rangel J*

0.Dr. Alfredo Pumarejo; 1.I.CEST

**Objetivo:** identificar los principales antimicrobianos usados en el paciente con neumonía en el HGM. **Introducción:** la neumonía es un proceso patológico infeccioso que requiere antimicrobiano y medidas generales.

Las guías de manejo sugieren iniciar el uso, basado en agentes causales más comunes, frecuentemente monoterapia y en ocasiones combinaciones. Nuestro hospital es de segundo nivel y el servicio de medicina interna tiene 36 camas censables con un promedio ocupacional de 70% y las neumonías ocupan la tercera y cuarta causa de ingreso hospitalario en los últimos dos años. Metodología: estudio retrospectivo, transversal observacional y descriptivo, realizado en la sala de medicina interna del HGM. Estudiamos los expedientes de los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna de con diagnóstico de neumonía, buscamos número y familia de antimicrobianos, comorbilidades y días de estancia. Buscamos cuales están apegados a lo referido en las guías y cuáles fueron los más usados. **Resultados:** fueron 49 pacientes, 62% masculino y 38% femeninos. El promedio de edad fue 51 años. Todos tuvieron diagnóstico de neumonía adquirida en comunidad. Un 44.4% fue bilateral, y la basal derecha 37%. En 90% fueron iniciados con antibióticos desde la sala de urgencias y 66% monoterapia siendo el principal la ceftriaxona (90%) De las comorbilidades la DM y HAS fueron las primeras. Se usó doble esquema en 87% agregando comúnmente clindamicina. El promedio de días estancia fue 5.7 y el desenlace en egreso por mejoría 80%, 20% por mortalidad. Las guías más seguidas son las de Asociación Americana de Tórax. **Discusión:** la neumonía es una patología común en nuestro medio, la respuesta antimicrobiana es buena tomando en cuenta el desenlace de las mismas, las variables de edad son importantes así como el día de presentación clínica e inicio de antimicrobiano.

#### Folio:0374

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Enfermedad por adyuvantes presentación de caso clínico**

*Álvarez R, Macías A*

0.Hospital General Tacuba

Presentamos el caso de femenino de 47 años, originaria y residente del Distrito federal. Sometida a colocación implantes de silicón mamario bilaterales e inyección de aceite mineral en miembros pélvicos hace 20 años; portadora de Hipertensión Arterial Sistémica desde hace 6 años. Ingresó por astenia, mialgias, artralgias, dolor precordial opresivo, dificultad respiratoria, náusea y vómito, retención hídrica, síndrome febril 15 días previos a su llegada. A la exploración física presenta taquipnea, induración y deformidad en sitio de inyección en miembros pélvicos; así como neuropatía sensitiva. Se inicia diálisis peritoneal con descenso de azoados y resolución de sintomatología; persiste con disnea de pequeños esfuerzos, ya descartado proceso infeccioso, la gasometría arterial con hipoxemia severa. La radiografía torácica con silueta cardiaca en garrafa, infiltrados micronodulares apicales y parahiliares bilaterales. La angiotomografía torácica con lesiones hipo-densas parahiliares derechas, aumento bilateral del diámetro de arterias pulmonares, amputación de trama vascular en lóbulos medio e inferior derecho. Ultrasonido mamario con reporte: contractura capsular periprotésica derecha y fractura de prótesis mamaria izquierda. La tomografía de miembros pélvicos con múltiples tumoraciones sólidas bilaterales en muslos y tercio tibial distal, en promedio 16\*14 cm. El

ecocardiograma transtorácico reporta FEVi 55%, presión sistólica de arteria pulmonar 32 mm Hg, insuficiencia mitral leve, hipertrofia concéntrica. Permanece en diálisis peritoneal, con empleo de oxígeno suplementario. Se solicitan laboratorios inmunológicos, con anticuerpos antinucleares positivos con titulación de 8.2 U/IgG. Se concluye que la afección cardíaca, pulmonar y renal que presenta la paciente son secundarias a enfermedad por adyuvantes.

**Folio:0375**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Úlcera inguino escrotal como primer manifestación de granulomatosis con poliangeítis**

*Díaz A<sub>o</sub>*

0.Instituto Mexicano Del Seguro Social

Masculino de 40 años referido por lesión dérmica inguinal, artralgias, fiebre, y disnea de pequeños esfuerzos. Su padecimiento lo inició un año previo a su ingreso hospitalario, se caracterizó por artralgias de rodilla derecha, exacerbadas con la deambulación y remitidas con la ingesta de AINEs, sin aumento de volumen, eritema o calor local. Un mes previo se agregó disnea de medianos esfuerzos, tos productiva, fiebre de hasta 39°C, pérdida ponderal de 5 kg y aparición de úlceras orales durante los episodios de fiebre. 1 semana previa presentó ataque al estado general, postración, artralgias generalizadas, disnea de pequeños esfuerzos y la aparición de lesión dérmica papular en ingle izquierda de 4 cm de diámetro, que evolucionó a pústula y posteriormente a úlcera la que se extendió a escroto. A

su ingreso hospitalario se documentó afección pulmonar, TAC de tórax con lesión pulmonar apical derecha y adenopatías mediastinales, anemia microcítica hipocrómica, examen de orina con leuco-eritrocituria, proteinuria, y sedimento con eritrocitos dismórficos, VSG y PCR elevadas. Por sospecha de vasculitis se solicitó panel inmunológico que documentó c-ANCA (-). Se tomó biopsia de úlcera inguinal que documentó vasculitis leucocitoclástica, además de biopsia de mucosa nasal con reporte de rinosinitis crónica con úlceras necróticas. Se concluyó granulomatosis con poliangeítis. Se presenta caso de afección multisistémica por vasculitis, con manifestación cutánea como 1er signo. Hasta el 40-50% de los pacientes con GW presentan manifestaciones cutáneas, entre las descritas se encuentran la purpura palpable, nódulos subcutáneos, isquemia o necrosis digital, siendo las úlceras manifestaciones poco frecuentes de la enfermedad.

**Folio:0376**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología  
**Linfoma linfoblástico de células precursoras T. Reporte de caso**

*Osorio D<sub>o</sub>, Fuentes P<sub>o</sub>, Reyes P<sub>o</sub>, Belmont L<sub>o</sub>*

0.Hospital Juárez de México

Femenino de 17 años originaria del Distrito Federal, quien desde hace 2 años presenta nódulo en antebrazo derecho exofítico, eritemato-violáceo, doloroso a la presión, no adherida a planos profundos, con aumento progresivo de tamaño desde la gestación; actualmente de 6.5 x 7 cm. En junio de 2012 nota aparición de lesiones

de características similares en región nasal, tronco, abdomen y extremidades de 0.5 a 2 cm de diámetro; por lo que en septiembre del mismo, se toma biopsia de lesiones. Inmunohistoquímica de biopsia de lesión CD3, CD20-, CD4, CD8, CD56, Ki67, LMP-, CD40, Granzima, Mieloperoxidasa-, Tdt-, CD34-, CD21-, CD10-; compatible con Linfoma no-Hodking de células T/NK tipo nasal. Tienen antecedentes de tía materna portadora de carcinoma de mama, abuelo paterno finado por carcinoma de estómago; tabaquismo ocasional desde los 15 años, alcoholismo desde los 15 años, inhalación de PVC en 3 ocasiones y marihuana en 2. Menarca 9 años, inicio de vida sexual 14 años, Gesta 1, Parto 1 hace 10 meses sin complicaciones. Aspirado de médula ósea y biopsia de hueso, sin infiltración neoplásica de los mismos. Tomografía computada de cuello, tórax y abdomen sin evidencia de lesiones. Inició quimioterapia con esquema CHOP (Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina y Prednisona) el 26 de octubre de 2012, completando 6° ciclo el 7 de febrero de 2013. Se intenta cultivo de células madre con Filgastrim, con recuperación únicamente de Neutrófilos. Así mismo, se planteó radioterapia corporal total, no siendo candidata para la misma por extensión de la lesiones. Al presentar progresión de enfermedad, se cambia a esquema MINE (Mesna, Ifosfamida, Mitoxantrona y Etopósido), iniciando el 6 de marzo de 2013 completando 6° ciclo el 2 de junio de 2013. Cuenta con panel viral para VIH, VHB y VHC sin reactividad. IgM para CMV 1.1, IgG Rubeola 24.6, IgM Rubeola 0.09, IgG Toxoplasma 0.0. Actualmente con persistencia de lesión en antebrazo

derecho y disminución de tamaño de lesiones en tronco, abdomen y extremidades. Dada la falla a tratamiento se reevalúa el caso, y se realiza nueva biopsia con inmunohistoquímica de lesión de antebrazo: CD3, CD 20-, CD4, CD8, CD56, Ki67, LMP-, CD40, Granzima, Mieloperoxidasa-, Tdt, CD34-, CD21-, CD10-, EBER-1-. Se concluye como linfoma linfoblástico de células precursoras T.

**Folio:0377**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

**Esclerosis múltiple: variante pseudotumoral (enfermedad de Marburg). Reporte de un caso**

*Sánchez A<sub>0</sub>, Vázquez A<sub>1</sub>*

0.Secretaría de Salud del Estado de Morelos; 1.Secretaría de Salud del Estado de Morelos

**Introducción:** posterior al empleo de la resonancia magnética, la prevalencia de la esclerosis múltiple ha aumentado a 20 casos por cada 100 000 habitantes. Sin embargo, no existen a la fecha, datos estadísticos de la variante de Marburg en México; una forma pseudotumoral, monofásica y habitualmente fulminante. Presentamos el caso por su importancia clínica y rareza. **Caso clínico:** paciente femenino de 36 años de edad. Con antecedente de resección quirúrgica de quiste parietal izquierdo (2008). Un año previo a su ingreso presento hemiparesia derecha progresiva, con recuperación ulterior al tercer día. Siete meses después, presento recidiva con hemiparesia derecha, afasia motora y disminución de la agudeza visual en ojo derecho, progreso a cuadriparesia. A la exploración física: alerta, afasia motora, fondo de ojo normal,

muestra fuerza muscular 1/5 en las cuatro extremidades, con reflejos de estiramiento muscular /, sin signos de liberación piramidal, atáxicos o meníngeos. Resonancia magnética de cráneo, simple y contrastada mostró zona de atrofia posquirúrgica parietal posterior izquierda, múltiples lesiones voluminosas en sustancia blanca de ambos hemisferios, hipointensas en T1, hiperintensas en T2 y FLAIR, con efecto de masa y realce periférico anular incompleto. Lesión hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 y FLAIR, que inicia en brazo posterior de cápsula interna derecha, con extensión hasta puente. Se inicio tratamiento con bolos de metilprednisolona durante 5 días, con mejoría escalonada de la sintomatología inicial. **Conclusión:** es infrecuente la enfermedad de Marburg, cuya mortalidad ha sido reportada cercana al 4% de los casos de esclerosis múltiple. Es característico su curso acelerado y agresivo. Su evolución suele ser fulminante en caso de no ser tratado con dosis altas de esteroide.

**Folio:0378**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Vasculitis anca asociada, manifestada por hemorragia alveolar difusa. Reporte de un caso y revisión de la literatura**

*Morales R<sub>0</sub>, Alcázar C<sub>1</sub>, Pezina C<sub>1</sub>, Galarza D<sub>1</sub>, Villarreal M<sub>1</sub>*

0.Universidad Autónoma de Nuevo León; 1.Hospital Universitario José Eleuterio González

Femenino 57 años de edad, antecedente de diabetes mellitus e hipertensión arterial de 20 años de evolución, tratamiento con insulina NPH, nife-

dipino e hidroclorotiazida. Ingresada por cuadro clínico de 3 meses de evolución caracterizado por disnea de esfuerzo, sin agregados, 6 días previos a su ingreso incremento de la sintomatología, agregándose tos productiva en accesos con expectoración hemoptoica y fiebre sin predominio de horario. Exploración física palidez de tegumentos, tórax con síndrome de consolidación pulmonar del lado derecho, saturación de oxígeno 78% en aire ambiente, temperatura 38°. Laboratorios ingreso: hemoglobina 9,7, hto 30, normocítica normocromica, leucocitosis, plaquetas normales, elevación de azoados patrón prerrenal, leve elevación de transaminasas, tiempos de coagulación normales. Tele de tórax con infiltrado retículo nodular difuso en hemitorax derecho. Se inició manejo con oxígeno suplementario, ceftriaxona y claritromicina, al cuarto día de hospitalización, mejoría de la fiebre pero persistía con altos requerimientos de oxígeno (fio2 60%) y caída de 2 gr de hemoglobina, por lo que se solicitó TAC de tórax contrastado que reporto infiltrados nodulares bilaterales y patrón de vidrio despulido compatibles con hemorragia alveolar, broncoscopia diagnostica con prueba de alicuotas positiva. Se solicitan ANAs, ANCAs, lo cuales reportan un título de 1:160 predominio de P- ANCA. Examen general de orina con hematuria 82% de eritrocitos dismorficos, se inició tratamiento con metilprednisolona 1 gr cada 24hrs por 3 dosis además ciclofosfamida 1200 mg dosis única, presentando mejoría clínica. La hemorragia difusa se debe a ruptura de membrana basal alveolo capilar causada por inflamación de las vasos sanguíneos, clínicamente manifestada por hemoptisis, la cual no



se observa en una parte de los casos, además de opacidad bilateral en la tele de tórax, cuya causa principal se asocia con cardiopatías, medicamentos, infecciones, enfermedades de tejido conectivo y vasculitis; donde la progresión puede ser muy rápida, por lo que el tratamiento correcto debe establecerse lo más pronto posible, principalmente corticoesteroides e inmunosupresores, en el caso de la etiología autoinmune.

**Folio:0381**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Infecciones de transmisión sexual en estudiantes de medicina de H. Matamoros, Tamps. A propósito de la percepción y conocimiento**

*Martínez B<sub>0</sub>, Coll J, Flores A<sub>2</sub>, Mares M<sub>3</sub>, Rangel A<sub>4</sub>*

0.Universidad Autónoma de Tamaulipas Facultad de Medicina Matamoros ; 1.UAT Matamoros ; 2.Fac de Medicina UAT; 3.Fac de Medicina UAT Matamoros; 4.Escuela de Medicina

**Antecedentes:** las I.T.S. son tan antiguas como la humanidad misma y han constituido un flagelo social que ha ocasionado daños físicos y morales de incalculables dimensiones. Se conoce como Infección de Transmisión Sexual a las enfermedades que se transmiten generalmente por contacto sexual, o donde este cumple un papel importante. Actualmente la actividad sexual empieza en edades más tempranas que en generaciones anteriores. Esta tendencia incrementa la posibilidad de contraer una I.T.S.; lo que acarrea situaciones adversas para la salud. **Objetivo:** conocer datos estadísticos relevantes sobre el conocimiento, formas de transmisión y

modo diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual en los alumnos de nuevo ingreso. **Metodología:** se realizó un estudio observacional, prospectivo y transversal mediante una encuesta a los alumnos de nuevo ingreso de la facultad de medicina de H. Matamoros, Tamps. durante el mes de agosto del 2013. **Resultados:** fueron 100 alumnos los encuestados de los cuales 74% conoce el significado de infección de transmisión sexual, 80% saben el mecanismo de contagio, 92% tienen en conocimiento que las infecciones de transmisión sexual no son exclusivas del adulto, 79% conoce el método diagnóstico, 88% sabe que no todas son curables, 71 % expresaron no conocer a alguien cercano con una infección de transmisión sexual, 93 afirma no haber padecido una infección, 79% niegan haberse realizado una prueba de VIH/VDRL, 58% declaró que las campañas de información sobre las infecciones de transmisión sexual son buenas y 69% afirma tener información suficiente en cuanto a las infecciones de transmisión sexual. **Discusión:** como estudiantes de medicina la perspectiva sobre su conocimiento del tema era mayor, sin embargo, concluimos que la información acerca de las infecciones de transmisión sexual es deficiente por lo cual es aconsejable incentivar la educación sexual entre los alumnos ya que ellos futuramente se encargaran de tratar y educar a la población.

**Folio:0382**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Toxicidad medular por antirretrovirales complicada con poli-infección de agentes oportunistas (histoplasmosis diseminada aspergilosis invasiva) Reporte de un caso**

*Pérez A<sub>0</sub>, Peña M<sub>1</sub>, Guerrero F<sub>1</sub>*

0.Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado; 1.ISSSTE

Paciente masculino de 41 años de edad, Originario de Guerrero, soltero, homosexual. Antecedente de diagnóstico de infección por VIH a los 23 años de edad con neumonía atípica, en tratamiento antirretroviral con lopinavir/ritonavir,emtricitabina/tenofovir, con control en su unidad de medicina familiar, ingesta diaria de antirretrovirales de forma estricta, y sin seguimiento medico desde hace 5 años. Inicia padecimiento 3 meses previos a ingreso presentando episodios intermitentes de diarrea, sin moco ni sangre, acompañado de dolor abdominal cólico difuso que cedía espontáneamente, además pérdida de peso de aproximadamente 14 kg en 3 meses, además de episodios intermitentes de ictericia leve de predominio escleral, 3 semanas previo a su ingreso presenta mal estado general, astenia adinamia y fiebre cuantificada hasta 38.9 sin predominio de horario acompañada de escalofríos, además de ictericia persistente por lo que acude a medico facultativo es enviado a hospitalización para su estudio. Se encuentra inicialmente paciente febril, consciente orientado, caquéctico, icterico, adenomegalias ausentes, cardiorrespiratorio solo taquicardia persistente, campos pulmonares sin alteraciones aparentes, abdomen con presencia de hepatoesplenomegalia clínica, sin ascitis, extremidades hipotróficas sin edemas, llenado capilar 2?. Labs Hb 6.2,VCM 88,HCM 27, PLQ 42mil, Leucocitos totales 2800,Linfocitos 140, Neutrófilos totales 2100, Bilirrubina total 3.5, BD 2.6, BI 0.9.

LDH 376, Fosfatasa alcalina 180mg/dl. GGTP 136. TGL 365, colesterol 286 mg/dl EGO urobilinogeno, sin sedimento activo. Carga viral indetectable, además de CD 4 8 totales. Panel viral para Hepatitis Negativo Se realiza AMO con presencia de aplasia medular por lo que se suspenden ARV por datos de toxicidad, continuando con episodios intermitentes febriles hasta 39°C, se realiza Mielocultivo negativo para hongos y bacterias, Hemocultivos sin crecimiento. TAC de tórax con presencia de patrón en árbol en gemación. Progresión con dificultad respiratoria, deterioro respiratorio, ameritando apoyo mecánico ventilatorio; Rx de tórax con nodulaciones bilaterales aisladas, cultivo de lavado bronquialveolar presencia de crecimiento de *Aspergillus fumigatus*, además de reporte de patología de cepillado BA con esférulas correspondientes a histoplasmosis pulmonar, inicio de terapia antifúngica agresiva con deterioro fatal.

**Folio:0383**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Experiencia en el uso del ultrasonido de bolsillo como complemento de la exploración física para la evaluación de ascitis y la guía de paracentesis**  
*Keil D, Terrazas H*

0.Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** el ultrasonido de bolsillo (USB) es una nueva herramienta que puede ser de utilidad para detectar ascitis. La paracentesis guiada con ultrasonido abdominal (USA) es mejor que la paracentesis a ciegas, por lo que el USB puede ser

relevante en este contexto. **Objetivo:** determinar la utilidad diagnóstica de ciertos hallazgos clínicos y del USB comparados con estándar diagnóstico de ascitis. Estudiar la concordancia del USB con el USA. Identificar la frecuencia de problemas técnicos y complicaciones de la paracentesis guiada con USB. **Material y método:** Se realizó un estudio observacional donde se revisaron los casos de pacientes del INCMNSZ que fueron valorados con USB para determinar la presencia de ascitis de marzo 2011 a mayo 2013. Las valoraciones fueron realizadas por un solo médico residente de Medicina Interna. Los pacientes con líquido puncionable documentado por USB habían sido puncionados de manera guiada por este método. Los que no tenían líquido puncionable por este método contaban con un USA realizado por un médico radiólogo o con una tomografía computada para determinar su presencia. Se determinó la sensibilidad (S), especificidad (E), razón de verosimilitud positiva (RV) y negativa (RV-) de ciertos hallazgos clínicos y del USB comparados con estándar diagnóstico. Se determinó la concordancia del USB con el USA mediante coeficiente kappa. Se determinaron los problemas técnicos y complicaciones directamente relacionadas al procedimiento. No se declararon conflictos de interés. **Resultados:** 94 valoraciones con USB fueron realizadas. Los hallazgos más relevantes fueron: el signo de la ola (S 75%, E 86.4%, RV 5.5, RV- 0.29), la matidez cambiante (S 58.3%, E 77.3%, RV 2.57, RV- 0.54), el aumento del perímetro abdominal (S 88.9%, E 59.1%, RV 2.17, RV- 0.18) y la presencia de ascitis por USB (S 95.8%, E 81.8%, RV 5.27, RV- 0.05). El USB

tuvo una concordancia de 0.792 ( $p < 0.001$ ) con el USA. A 40 pacientes se les había realizado una paracentesis guiada con USB. Hubo problemas técnicos en el 5% y complicaciones leves en 7.5%. No hubo complicaciones graves o muertes. **Conclusiones:** el USB es una herramienta útil para el diagnóstico de ascitis como complemento de la exploración física y tiene una buena concordancia con el USA. No se identificaron complicaciones graves o muertes directamente relacionados a la paracentesis guiada con USB.

**Folio:0384**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos  
**Mesotelioma epitelial. Reporte de un caso**

*Loaiza J, Muñoz N, González A, Lozano J*

0.Secretaría de Salud del Distrito Federal

Masculino de 54 años que cuenta con los siguientes antecedentes: Última hospitalización el 31 de agosto 2012 por derrame pleural. Refiere exposición a asbesto durante 13 años. Niega crónico-degenerativos, quirúrgicos, traumáticos, alérgicos, transfusionales, niega otras toxicomanías, exposición al humo de leña o biomasa. Inicia su padecimiento actual en julio de 2012 con tos no expectorante, no disneizante, no hemetizante, sin predominio de horario, congestión nasal que no resuelve a la administración de automedicación con sintomáticos por lo que acude con médico familiar donde se solicitan laboratoriales de rutina dentro de parámetros normales y radiografía de tórax donde se

evidencia derrame pleural, paciente continua a lo largo de este tiempo con progresión de síntomas e inicio de disnea hasta mMRC4, dolor torácico anterior transitorio relacionado a esfuerzos, escalofrío, cansancio, astenia, adinamia, hiporexia. A su ingreso se realiza toracocentesis drenando 550 cc de líquido sero-hemático con citoquímico que reporta prot 4.5, gluc 75, dhl 610, (serica 230) ?exudado? por lo que se decide colocación de SEP drenando 2790 cc, se solicita TAC con reporte de pleura irregular con engrosamiento sugerente de mesotelioma, se hace toma de biopsia pleural y pleurodesis, la pieza es enviada a patología donde se reporta negativa para mesotelioma. El día 25 de julio presenta deterioro de la clase funcional por aumento basal de la disnea pasando de mMrc2 a mMrc3. Durante su estancia se obtiene estudio de medicina nuclear el cual descarta lesiones metastáticas óseas, de igual forma se obtiene biopsia pleural derecha la cual por descripción macroscópica se muestra engrosada y sustituida por nódulos formados por neoplasia de estirpe epitelial con citoplasma eosinófilo, núcleos pleomórficos, nucléolo aparente que forman láminas pseudoglandulares y papilas, se realiza inmunohistoquímica la cual muestra: CK 7(+) CK20(-) TTF-1 (-) Tiroglobulina (-) Calretinina (+) CK5/6 (+) napsina (-) WT-1(+) MOC31 (-) CD56 (-) SYN (-) NSE (-) P63(-) HBME inespecífica CEA (-). Se determina que la estirpe es mesotelioma epitelial sólido. Biopsia pleural negativa.

**Folio:0385****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Oncología**Bodymets:** futuro en el diagnóstico**temprano de enfermedad metastásica***Bourlon R<sub>0</sub>, Pérez I<sub>0</sub>, Mora T<sub>0</sub>, Sarre D<sub>1</sub>, Campos L<sub>0</sub>, Revuelta L<sub>2</sub>, Palma R<sub>3</sub>, Valera A<sub>4</sub>, Galindo M<sub>0</sub>*

0.Hospital Ángeles del Pedregal; 1.Universidad La Salle. Hospital Ángeles del Pedregal; 2.Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; 3.Universidad Autónoma de Chihuahua. Hospital Ángeles del Pedregal; 4.Hospital Medica Sur

Debido a que la médula ósea es el sitio inicial de implante en las metástasis óseas, se ha documentado que el estudio Imagen Resonancia Magnética (IRM) puede detectar lesiones metastásicas óseas en etapas tempranas, incluso antes de la ocurrencia de osteopenia u osteólisis focal. Diferentes estudios han descrito a la RM Body Mets (IRMBM) como la técnica más sensible y específica para realizar la detección de infiltración a médula ósea. Presentamos el caso de un paciente en el cual la IRMBM tuvo papel destacado en el protocolo de decisión, estadificación y control evolutivo. Se trata de paciente masculino de 48 años de edad, con antecedente de corrección quirúrgica de hernia lumbar y fracturas de cuerpos vertebrales a nivel T12 a L2 tres años previos a su ingreso. El paciente acude por presentar cuadro de 48 horas de evolución con fiebre de 39°C asociado a tos productiva con esputo verdoso y hemoptoicos además de presentar datos de lumbalgia intensidad 9/10. A su ingreso se diagnosticó con neumonía adquirida en comunidad. Los estudios de laboratorio reportaron Hb 9.8 g/dl, Hto 28.7%, BUN 28.2 mg/dl, Cr 1.38 mg/dl, Proteínas totales 11.8 mg/dl, Albumina 2.1 g/dl y Globulinas

9.7 mg/dl; pico monoclonal de gammaglobulina 7.75 g/dl (0.8-1.6 g/dl), el aspirado de médula ósea reportó 62% de células plasmáticas confirmando diagnóstico de mieloma múltiple. Se realizó IRMBM que reportó: Aumento difuso en la intensidad de señal tipo nodular en región occipital, así como en ambos tercios proximales de las diáfisis humerales, diáfisis femorales, cuerpos vertebrales principalmente en región dorsal, lumbar y costillas. Sugestivos de infiltración tumoral. Un adecuado estadiaje es mandatorio en los pacientes con diagnóstico de mieloma múltiple con la finalidad de realizar una correcta toma de decisiones terapéuticas. El estudio IRMBM es el estudio adecuado por su involucro tanto focal como difuso. Se ha observado los pacientes que no presentan evidencia de infiltración a médula ósea al momento del estudio presentan una mayor sobrevida. A pesar de estos hallazgos existe un gran desconocimiento por parte de los clínicos para la solicitud de este estudio en parte por la poca disponibilidad de la técnica y accesibilidad de los pacientes a la IRMBM en algunos centros hospitalarios, así como la falta de información de la utilidad y resultados.

**Folio:0386****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Gastroenterología**Amiloidosis sistémica, reporte de un caso con afección intestinal y de músculo esquelético***Piedra H<sub>0</sub>, Malagon J<sub>0</sub>, Nellen H<sub>0</sub>*

0.Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Masculino de 59 años de edad, sin antecedentes de importancia. Inicia su

padecimiento actual 6 meses previas a la hospitalización, presentando dolor abdominal, postprandial de un carácter *in crescendo* llegando a ser 10/10, requiriendo opioides en infusión para control del dolor, se acompaña de anorexia y pérdida ponderal de 20 kilogramos. Laboratorialmente solo destaca anemia, normocromica normocitica con Hb de 10.4gr, albumina de 2.4gr. EGO con proteinuria de 25mg, sin otras alteraciones. De manera inicial por las características del dolor se busca descartar isquemia intestinal, misma que se descarta, con angiografía mesentérica normal y colonoscopia en la que no se observan alteraciones ni macro ni microscópica. En la tomografía computarizada se observa engrosamiento de la pared intestinal e incremento de volumen de muslo derecho. Proteinuria de 7.1gr en 24h, Electroforesis e inmunofijación con reporte de pico monoclonal gamma secundario a cadenas ligeras. En enteroscopia a nivel de yeyuno se encuentran lesiones en placa a, de aspecto eritematoso, tomándose biopsia, reportándose positivas a rojo Congo. La biopsia muscular reporta de manera inicial fibromatosis, que posteriormente resultaría también positiva a rojo Congo. La Biopsia de grasa periumbilical negativa a depósito de amiloide. La biopsia de medula ósea se reporta como ?MO hipocelular con presencia de células plasmáticas del 5%. Lo anterior resulta compatible con mieloma múltiple y amiloidosis secundaria al mismo con afección sistémica, con depósito en intestino delgado y músculo esquelético (amioloidoma), siendo referido al Hospital de Oncología de CMN para recibir tratamiento. Este caso resulta particularmente interesante ya que si

bien la amiloidosis en un padecimiento poco frecuente, lo es más aun el que se presente con afección intestinal y muscular de manera simultánea.

**Folio:0387**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Hepatitis aguda grave en síndrome de DREES por rifampicina y ciprofloxacino**

*González G<sup>o</sup>*

0.IMSS

La reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DREES), es un síndrome de hipersensibilidad inducido por fármacos, descrito desde 1936. De presentación poco habitual, cuya mortalidad puede elevarse hasta el 20%, dependiendo el número de órganos afectados. Se presenta el caso de masculino de 17 años, diagnosticado con tuberculosis pulmonar al cual se inicio tratamiento con Isoniazida, pirazinamida, etambutol y rifampicina, además de Ciprofloxacino por infección respiratoria. A los 10 días presenta RaHS maculopapular en tórax, brazos y cara con posterior generalización. Se agrega fiebre de hasta 40°C, linfadenopatía cervical y dificultad respiratoria. En laboratorios destaca eosinofilia marcada de hasta 2450 (14%), con elevación de transaminasas y prolongación de tiempos de coagulación, integrándose un Sx de DREES con afectación hepática grave. Presenta incremento de secreciones traqueobronquiales con insuficiencia respiratoria aguda por lo que amerita ventilación mecánica asistida. Ingres a la UCI, donde en el transcurso de 10 días tiene mayor incremento de transaminasas con AST

964mg/dl, ALT 669UI/L, FA 370UI/L, bilirrubinas 10.6mg/dl patrón mixto. Manifestaciones hematológicas con TP, TPT sin coagular, hipofibrinogenemia y plaquetopenia de 4000, con hemorrágicas pulmonar. Se realizó Biopsia de Piel con infiltrado inflamatorio epidérmico mononuclear con exosítosis linfocitaria. Degranulación de basófilos positivo para Rifampicina 25% y Ciprofloxacino 21% como agentes causales. Rx de tórax con infiltrado intersticial difuso y micronodular de predominio basal izquierdo. Tratado con pulsos con Metilprednisolona 1gr/día por 3 dosis y posteriormente prednisona 1mg/kg/día, antihistamínicos, terapia transfusional múltiple y antimicrobiano por neumonía asociada a ventilación. Se realizó determinación de serología para Hepatitis A, B y C, TORCH, p-ANCA, c-ANCA, ELISA para VIH negativos. Su evolución fue satisfactoria con mejoría de la función respiratoria, siendo extubado con éxito. Con recuperación progresiva de la función hepática hasta su normalización. Desaparición de rash, recuperación plaquetaria y disminución de eosinofilia. La asociación de Sx de DREES con hepatotoxicidad grave por antifímicos es de presentación poco habitual, siendo en este caso a pesar de las comorbilidades involucradas de buena respuesta a esteroide y evolución clínica.

**Folio:0388**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes asociado a sustancias modelantes e implantes mamarios de silicón y la producción de autoanticuerpos**



Martínez C, Vera O

0.Hospital de especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Medico Nacional La Raza; 1.Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret

**Antecedentes:** el síndrome autoinmune/inflamatorio (ASIA) es inducido por adyuvantes: aluminio, escualeno, aceite mineral (AM) e implantes mamarios de silicón (IMS). Un adyuvante es una sustancia que aumenta la respuesta inmune. **Objetivos:** determinar las características clínicas y autoanticuerpos en pacientes con ASIA inducido por AM e IMS. **Pacientes y métodos:** Se estudiaron 29 mujeres con ASIA (criterios de Shoenfeld). Inyectadas con: AM, metacrilato (MC), silicón líquido, guayacol y mercurio. Se agruparon en: enfermedades autoinmunes (EAI) y manifestaciones no específicas del tejido conjuntivo (MNETC). Se determinó anticuerpos antinucleares (ANA) por inmunofluorescencia y la inmunoespecificidad por inmunoprecipitación y ELISA (anti-dsDNA, beta2 glicoproteína I (?2GP1), anti Ro 52 kD, U1RNP-70 kD). **Resultados:** 29 mujeres con edad media (47±10) años. Se inyectaron: AM 75% (5 pacientes mezclaron AM con colágena, guayacol, silicona), MC 7 %, mercurio 3 % e IMS 14%. Manifestaciones clínicas: fatiga crónica 82%, lesión en piel 76%, artralgias 68%, mialgias 62%, trastornos del sueño 62%, fiebre 62%, artritis 45%, trastornos cognitivos 34%, debilidad 34%, xerostomía 18%, trastornos gastrointestinales 14%, trastornos respiratorios 7% y miopatía 7%. Se diagnosticó MNETC en 59% y EAI en 41%: paniculitis, tiroiditis, esclerosis sistémica (SSc), enfermedad de Still (ES), dermatomiositis, lupus eritema-

toso (LES), angiomatosis y anemia hemolítica. Los pacientes con IMS cumplieron criterios para SSc, LES y ES. Autoanticuerpos: ANA en 66%: patrón nuclear y nucleolar (26 % cada uno), mitocondrial 16%, citoplasmático y anti- centrómero (11% cada uno), citoplasmáticos y DFS70 (5% para cada uno). Anti-U1RNP y anti-Su/Argonaute 7%, anti Ro- 60 kD, anti Ro- 52kD (10% cada uno). Dos casos con anti-centrómero también fueron positivos para anti-CENP-B ELISA 7%. Anti-?2GP1 3%. **Conclusión:** este estudio demostró la inducción del síndrome de ASIA y autoanticuerpos después de la inyección de adyuvantes (AM y IMS). Por primera vez se informa que los pacientes inyectados con AM indujeron la producción de anticuerpos Anti-SU, similar a lo observado en modelos experimentales (ratones inyectados con pristane) lo cual permite comprender el origen de los autoanticuerpos y de las EAI.

**Folio:0389**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología

**Un secreto bien guardado: Presentación de un caso de fiebre de origen desconocido**

Guerra V, Camacho L, Martínez E, González A

0.Universidad Nacional Autónoma de México; 1.Hospital General de México

**Antecedentes:** en 1991, se redefinió el concepto de fiebre de origen desconocido (FOD) por Durack y Street como la presencia de fiebre > 38.3°C durante más de 3 semanas que haya sido evaluado en tres visitas médicas ambulatorias o durante 3 días hospitalizado. **Objeto del estudio:** en

estudios de revisión, se ha determinado que internacionalmente la causa más importante es infecciosa (28%) y, la endocarditis infecciosa es causa de alrededor 1-5% de los casos. **Material y métodos:** presentamos el caso de un hombre de 32 años, quien, 1 mes previo a su ingreso presenta fiebre no cuantificada, añadiéndose 2 semanas después edema de miembros inferiores y hematuria, motivo por el cual es hospitalizado. En la exploración llama la atención soplo holosistólico plurifocal de predominio mitral, temperatura 39°C. Niega uso de drogas intravenosas (IV). Examen general de orina con proteinuria y hematuria, se sospechó de glomerulonefritis. **Resultados:** ultrasonido renal con aumento de tamaño renal bilateral, de manera llamativa, se aprecia imagen sugestiva de absceso esplénico, el cual se corrobora mediante tomografía computada toracoabdominal, sometiendo a drenaje por vía intervencionista. Se emplea antimicrobiano de amplio espectro, a pesar de lo cual, la fiebre persiste cumpliendo criterios para FOD, el cultivo del contenido es negativo, hemocultivo positivo, sensible al tratamiento empleado. Se presenta deterioro clínico y datos de falla cardiaca con edema agudo pulmonar, al realizarse ecocardiograma, se observan vegetaciones en válvula mitral compatibles con endocarditis, por esta complicación, se efectúa reemplazo valvular urgente complementando tratamiento con vancomicina, no obstante, el paciente continua en franco deterioro y fallece en unidad de cuidados intensivos. Por interrogatorio indirecto, se documentó posteriormente el uso de drogas IV. **Conclusión:** aunque los criterios de Duke modificados, son altamente

específicos (99%) la sensibilidad es de 82%. La sospecha diagnóstica mediante su aplicación debe en tela de juicio, ya que los signos clínicos clásicos se encuentran en menos del 10% de los casos, no siendo la excepción en el caso comentado. Enfatizamos, que siempre debe tenerse en cuenta el diagnóstico de endocarditis infecciosa en un paciente con FOD por ser potencialmente tratable cuando este se hace de manera oportuna.

#### **Folio:0392**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Cardiología

**Efecto de moexipril sobre el índice brazo-tobillo en pacientes diabéticos**

*Rubio A., Medina R., Morales H., Lozano J., Durán M.*

0.Hospital General de Ticomán SS DF; 1.Fundación Médica Sur

El índice brazo tobillo (IBT), además de ser la prueba diagnóstica por excelencia para enfermedad arterial periférica, es un marcador de daño orgánico y de riesgo cardiovascular, un IBT menor de 0.9 triplica el riesgo de muerte, de hecho, por cada 0.1 de disminución en el ITB hay un 10.2% de incremento en el riesgo relativo de eventos cardiovasculares. En el estudio INDAGA el 56.9% de los pacientes con IBT < 0.9 eran diabéticos. Los inhibidores del sistema renina angiotensina (ISRA) reducen la rigidez arterial y deben mejorar el IBT. **Objetivo:** Evaluar si el uso de inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA) mejora el IBT en pacientes diabéticos normotensos con albuminuria. **Material y método:** se evaluaron 30 pacientes diabéticos normotensos sin tratamiento previo con

ISRA. A todos ellos se les determinó albuminuria de 24 horas, así como el índice brazo tobillo con equipo doppler de 5 megahertz al inicio y final del estudio. Los pacientes recibieron manejo con moexipril 7.5 mg c/24 horas, el seguimiento fue por 3 meses y el método estadístico usado fue la prueba no paramétrica de Wilcoxon, y el coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** el IBT se modificó de 0.98 a 1.08 ( $p < 0.001$ ), en 6 pacientes el manejo lo normalizó al cruzar el valor crítico de 0.9. La albuminuria se redujo de 423 a 163 mg en 24 horas ( $p < 0.01$ ). Al hacer un análisis de correlación para valorar si la modificación del IBT correlaciona con la caída en la proteinuria, se encontró una correlación inversa, aunque no alcanzó significancia estadística ( $r = -0.25$ ,  $p = 0.1$ ). **Conclusión:** el manejo del paciente diabético con moexipril mejora el IBT y reduce la microalbuminuria. Ambas acciones contribuyen a explicar los efectos de este grupo de fármacos sobre el pronóstico cardiovascular de estos pacientes. En la acción antiproteinúrica, parece tener participación la mejoría en la función vascular.

#### **Folio:0393**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología

**Tratamiento comparativo de sildenafil, dosis convencionales bajas (FDA) vs. dosis altas en pacientes con cor pulmonale crónico (CPC) e hipertensión pulmonar severa (HAPS).**

*Jiménez J., García E.*

0.Centro Médico ISSEMYM Toluca

**Introducción:** la sobrevida es 2.58 años en pacientes de NOC que tienen

cambios electrocardiográficos de CPC y de 8 meses con HAPS y clase funcional (CF) IV. El sildenafil es un vasodilatador pulmonar selectivo que inhibe la 5-6 fosfodiesterasa (IFD5), con una dosis máxima aprobada para HAP por la FDA de 20 mg cada 8 hrs. **Objetivo:** comparar sobrevida (SV), mejoría en la HAPS, Clase funcional (CF), tolerancia al ejercicio y calidad de vida, entre 2 dosis de sildenafil 20 mg cada 8hrs (S20) vs. 100 mg cada 8 a 12 hrs (S100). **Material y métodos:** pacientes con CPC con HAPS >60 mmHg de presión sistólica de arteria pulmonar (PSAP), CF III-IV de la NYHA y el ejercicio se midió por el tiempo de caminata(TC), distancia de caminata(DC) y número de escalones(NE). Se realizó una evaluación basal con tratamiento convencional sin IFD5, incluyendo O2 suplementario y después a los 6,12 y 24 meses con IFD. Diseño cuasi-experimental (antes y después), calculando frecuencias, medias y pareadas. **Resultados:** 46 pacientes. Edad promedio 64.9 años, 70% mujeres y 30% hombres. 55% en clase IV de la NYHA y 45% en clase III. La media basal fue: NYHA 3.5; TC 3.4min; DC 26 mts; NE 3.5; PSAP 79.79 mmHg; diámetro de ventrículo derecho(VD) 36.7 mm. Saturación de O2 (Sat O2 ) 80.3%. Con S20 a los 6 meses NYHA 3, TC 5min, DC 35mts, NE 6, PSAP 80, VD 36.7 mm. Con S100 cada 8-12hrs a los 6 meses NYHA 2.2 ( $p=0.000$ ), TC 15 min. ( $p=0.000$ ), DC 252.8mts. ( $p=0.000$ ), NE 16.51 ( $p=0.000$ ), VD 36.2mm ( $p=0.67$ ), PSAP 68.7 mmHg ( $p=0.000$ ), Sat O2 85.8% ( $p=0.002$ ). A los dos años NYHA 1.87 ( $p=0.000$ ), TC 23.11 ( $p=0.000$ ), DC 335.1 ( $p=0.000$ ), NE 26 ( $p=0.000$ ), VD 35.55 ( $p=0.72$ ),

PSAP 67 ( $p=0.022$ ). Defunciones 4. Sobrevida (SV) a 2 años del 86%. Por ética se incrementó la dosis en el grupo S20. **Conclusión:** el manejo con sildenafil a dosis altas mejora y es superior a las dosis convencionales aprobadas por la FDA. Incrementa CF, actividad física, incremento del NE y distancia, reducción de la PSAP con diferencias estadísticas significativas, incluso mejoría de la actividad sexual. Por lo que deberían evaluarse estas dosis e implementarse y no de 20mg cada 8hrs. Esto por los efectos hemodinámicos de los IFD en vasculatura pulmonar. No hubo reportes de efectos secundarios a altas dosis diarias. No olvidemos la altura de la Ciudad de Toluca al encontrarse a 2480 mts sobre el nivel del mar.

#### Folio:0396

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Resistencia microbiana a antibióticos de primera línea en pacientes con peritonitis bacteriana espontánea del Hospital Metropolitano de Monterrey, N.L.**

*Pérez L<sub>1</sub>, Sánchez M<sub>0</sub>, Morales L<sub>1</sub>, Valdovinos S<sub>1</sub>*

0.SSNL-Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda. Programa Multicéntrico de Residencias Médicas, Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey.; 1.SSNL-Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda. Programa Multicéntrico de Residencias Médicas, Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey

**Introducción:** la peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es la infección más frecuente en pacientes con cirrosis hepática, con mortalidad del 10

- 50%. El tratamiento se estratifica de acuerdo al riesgo de bacterias resistentes, e incluye factores del huésped y el perfil bacteriano en el ámbito donde el paciente es tratado. **Objetivo:** determinar los agentes causales de PBE y su resistencia a antibióticos en nuestro hospital e identificar los factores asociados a mayor mortalidad. **Pacientes y métodos:** revisamos cultivos de líquido peritoneal de pacientes con ascitis por cirrosis hepática atendidos de 2007 a 2012. Incluimos a pacientes cuya ascitis mostró  $> 250$  células/mm<sup>3</sup> o cultivo positivo. Se realizó análisis descriptivo de las características de los pacientes, su resistencia a antimicrobianos y mortalidad hospitalaria. Se emplearon pruebas de X<sup>2</sup>, F de Fisher y U de Mann Whitney. **Resultados:** incluimos 42 pacientes con PBE (prevalencia de 20.2%), 36 hombres (85.7%) y 6 mujeres (14.3%), con edad de 46.9 años (DE = 10.8). La causa de hepatopatía más prevalente fue alcoholismo (73.8%). Cultivo positivo 20 (47.6%) y 22 negativo (52.3%). Con mayor frecuencia se aisló E. Coli (60%), seguido por *Klebsiella pneumoniae* (10%) y *Acinetobacter baumannii* (10%). La resistencia fue de 83% para amoxicilina, y 67% para cefalosporinas y fluoroquinolonas. Fueron resistentes a los 3 antimicrobianos recomendados como terapia de primera línea 67%. La mortalidad hospitalaria por PBE fue de 57.1%. Los pacientes fallecidos tuvieron mayor puntaje de Child-Pugh y MELD (12.6,  $p = 0.08$  y 27.4,  $p = 0.11$  respectivamente). Influyeron la edad, grado de encefalopatía, número de leucocitos y nivel alto de INR ( $p < 0.05$ ). En el análisis multivariado estas asociaciones perdieron fuerza estadística. **Discusión y conclusio-**

**nes:** la resistencia encontrada es más alta a la reportada en la literatura. En otros estudios se asocian a mayor mortalidad la edad, la estadificación de Child-Pugh y MELD, infección nosocomial, grado de encefalopatía, creatinina sérica, bilirrubina y cultivo positivo. El diagnóstico oportuno y la terapia de primera línea efectiva de acuerdo a la resistencia bacteriana de cada centro disminuyen la mortalidad por PBE.

#### Folio:0398

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Polineuropatía periférica y glomerulonefritis rápidamente progresiva como manifestación inicial de granulomatosis de Wegener.**  
*González R<sub>0</sub>, Rivera D<sub>0</sub>, Casasola J<sub>0</sub>*  
0.Centro Médico Ecatepec ISSEMYM

Las vasculitis sistémicas constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por inflamación y necrosis de la pared del vaso sanguíneo. Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) como principal marcador inmunológico, son condiciones relativamente raras y dentro de ellas se agrupa la granulomatosis y poliangiitis (granulomatosis de Wegener). Se discute el caso de un hombre de 43 años de edad. Sin enfermedades crónicas degenerativas; sinusitis crónica desde hace un año. Hace 6 meses atendido en consulta de Ortopedia por pie caído derecho. Intervenciones quirúrgicas: queratotomía bilateral secundaria a astigmatismo compuesto. Padecimiento de 2 semanas con astenia, malestar general y fiebre cuantificada en 39°, sin predominio de horario, tratado en

medio privado con claritromicina y nimesulida, persistiendo con síntomas; posteriormente con hematuria macroscópica. La exploración física con disminución de fuerza distal 2/5, incapacidad para la dorsiflexión y extensión de pie derecho con sensibilidad disminuida; el pie izquierdo con fuerza 4/5. Exámenes de laboratorio con linfopenia, anemia normocítica, normocrómica, hiperazoemia, examen general de orina proteínas 150mg/dl hemoglobina 250 leucocitos 6-8xc, eritrocitos 30-35xc, bacterias. Ultrasonido riñón derecho normal, riñón izquierdo bordes lobulado con proceso inflamatorio agudo. Filtrado glomerular con proteinuria en rangos nefróticos, policultivos sin desarrollo, serología viral negativa; complemento C4 bajo. Biopsia renal que reporta glomerulonefritis necrosante segmentaria focal con proliferación extracapilar paucimune, con fibrosis intersticial y atrofia tubular moderadas, así como arteriosclerosis. electromiografía normal, velocidades de conducción nerviosa con datos de neuropatía periférica bilateral de tipo mixto. cANCA 1:640, anti PR3 126. Tomografía computada pulmonar sin alteraciones, tomografía computada de senos paranasales con engrosamiento de mucosa de senos maxilares. La presencia de polineuropatía asociada a granulomatosis de Wegener es una condición poco común.

**Folio:0399**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

**Linfoma cutáneo de células T**

*Medina E<sub>o</sub>, Maya A<sub>o</sub>, Del Olmo E<sub>o</sub>, Moreno F<sub>o</sub>, Mercadillo P<sub>1</sub>*

0.Hospital General de México.;

1.Hospital General de México

Linfoma cutáneo de células T es un termino designado para una constelación de enfermedades raras linfoproliferativas de células T originadas primariamente en la piel. Es un subtipo de Linfoma no Hodgkin. El espectro de la enfermedad es caracterizado por proliferación clonal de Linfocitos T cooperadores de fenotipo CD4 en la piel. La mucosis fungoides es la variante más común de Linfoma cutáneo de células T, es caracterizado clínicamente por un curso clínico indolente con subsecuente evolución de placas y tumores e histológicamente por la infiltración de la epidermis por grandes células T atípicas con nucleo crebriforme. Masculino de 62 años. Etilismo crónico durante 40 años a base de pulque (48 gramos de alcohol a la semana). Sin otros antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento 6 meses a su ingreso con dermatosis en espalda, pruriginosa posteriormente se disemina en cara, tronco y extremidades, pérdida de peso de aproximadamente 7 kg. 2 semanas previas a su ingreso inicia con fiebre no cuantificada sin predominio de horario, ni diaforesis. A la exploración física con dermatosis generalizada con predominio en cara posterior de tronco, dermatosis polimorfa, caracterizada por placas violáceas, infiltradas. En cabeza y cara anterior de antebrazo derecho presenta neoformación ulcerada la mayor de 5 cm. Laboratorios con datos de desnutrición proteica, anemia normocítica normocrómica grado 1 de la Organización mundial de la Salud. Alteración de las enzimas hepáticas. En biopsia de piel con estudio de inmunohistoquímica se encuentra un linfoma cutáneo de células T. CD3,

CD4 positivo. CD8 Positivo focal. CD45RO positivo. CD20 Negativo. CD30 Negativo. CD56 Negativo. K167 40%. VEB negativo. Con interpretación diagnóstica de Linfoma cutáneo de Células T. **Conclusiones:** nosotros seleccionamos este caso ya que el linfoma cutáneo de Células T es una entidad poco frecuente, dado la cronicidad del cuadro y las múltiples lesiones que tenía el paciente que lo hicieron acudir posterior a 6 meses de iniciado la sintomatología, además de que el diagnóstico se realizó hasta la obtención del estudio de inmunohistoquímica ya que se pensaban en diversas posibilidades diagnósticas.

**Folio:0400**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Mejoría en las manifestaciones neuropsiquiátricas de lupus con el uso de rituximab**

*Hernández B<sub>o</sub>, Muñoz S<sub>1</sub>, Gutiérrez S<sub>1</sub>*  
0.Escuela Médico Naval; 1.Hospital General Naval de Alta Especialidad

Dentro de las manifestaciones neuropsiquiátricas del lupus eritematoso sistémico (LES) la neuropatía periférica tiene una prevalencia de 5 a 27%. El tipo más frecuente es la polineuropatía, en 37.5%. El rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico contra la molécula CD 20 de la célula B humana. Mujer de 35 años, con LES (mucocutáneo, articular, nefropatía lúpica tipo II de la OMS, ANA 1:350 y anti DNA positivo) con remisión tras esteroide y azatioprina. Se agregaron parestesia e hiperestesia generalizadas, biopsia del nervio sural con vasculitis de mediano calibre y electromiografía con polineuropatía sensitivomotora con desmielinización



segmentaria. Se inició prednisona y ciclofosfamida por 6 meses, ante la falta de respuesta se inició micofenolato de mofetilo con mejoría parcial, se decide rituximab 1 g IV en 2 dosis con repetición de este esquema a los 6 meses. Evolución con desaparición de hiperestesias y ocasionales parestesias. A los 8 meses electromiografía mostrando polineuropatía leve del tipo de la desmielinización segmentaria. Al comparar las electromiografías se observan mejoría en la amplitud correlacionándose con la mejoría clínica. **Conclusión:** el uso de Rituximab en esta paciente demostró no solo mejoría en su sintomatología sino también por electromiografía, siendo este una alternativa para la neuropatía en él LES.

#### **Folio:0401**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

**Mujer de 36 años con mieloma múltiple: reporte de un caso poco común**

*Pérez G<sub>0</sub>, Soto F<sub>0</sub>, Rivera D<sub>0</sub>, Romero J<sub>0</sub>, Estrada M<sub>1</sub>*

0. Centro Médico Ecatepec ISSE-MYM; 1. Hospital General Manuel Gea González SS

El mieloma múltiple es un desorden de células plasmáticas neoplásicas caracterizado por una proliferación clonal de células plasmáticas malignas en médula ósea, y producción de proteína monoclonal sérica y urinaria; asociado a disfunción orgánica (anemia, insuficiencia renal, hipercalcemia o lesiones óseas). Representando el 1% de enfermedades neoplásicas y 13% de tipo hematológico, con edad media de diagnóstico de 70 años aproximadamente; 37% menores de

65 años; mientras que solo el 2% tienen entre 40 y 50 años, siendo la prevalencia en menores de 40 años sumamente baja. Mujer de 36 años de edad. Con padecimiento de un año con astenia, debilidad generalizada, deterioro de la clase funcional, disnea de grandes esfuerzos y palpitations, posteriormente con dolor óseo generalizado de predominio en articulación coxofemoral derecha, cuello y columna lumbosacra, acude al servicio de urgencias donde se diagnóstica escoliosis de etiología no determinada y envían a medicina de rehabilitación. Refiere durante sesión de rehabilitación haber presentado crepitación súbita en región esternal durante masaje, con deformidad secundaria de cara anterior de tórax, dolor intermitente sin seguimiento o valoración. Con evolución tórpida, aumento de dolor óseo a nivel de articulación coxofemoral y sacroiliaca, mayor deterioro de su clase funcional, y náuseas llegando al vómito de contenido gastrointestinal, ingresa al servicio de urgencias donde destaca hipertensión arterial y paraclínicos con calcio de 17.9 mg/dl, creatinina de 2.6 mg/dl, anemia normocítica normocrómica. Ingresando al servicio de medicina interna donde se complementa protocolo de estudio. Se reporta T4, TSH, PTH, vitamina B12 y ácido fólico en parámetros normales. Velocidad de sedimentación incrementada. Proteínas totales de 9.8g/dl, albúmina de 3.8 g/dl. Proteínas en orina de 24 hrs con 2,050mg. Serología negativa para HIV, VHA, VHC, Ag Bs H. Proteinograma electroforético con hipergamaglobulina monoclonal (5gr/dl). Serie ósea radiológica con imágenes líticas a nivel de huesos largos y arcos costales, con evidencia de

fractura patológica. Ecografía abdominal normal. Biopsia de médula ósea hiper celular, con celularidad de 90%, con infiltrado intersticial y nodular por células neoplásicas malignas de aspecto plasmablastico. El diagnóstico definitivo corresponde a mieloma múltiple estadio I.

#### **Folio:0403**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Cardiología

**Reporte de un caso: interrupción del arco aórtico en un hombre adulto**

*Amador L<sub>0</sub>, Cabello S<sub>0</sub>*

0. Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez, SSDF

La interrupción del arco aórtico (IAA) es una malformación caracterizada por una disociación completa entre la aorta ascendente y descendente. Hasta el año 2011 solo se habían reportado 37 casos de presentación en adultos. Nuestro caso trata de un hombre de 31 años de edad con historia de hipertensión arterial sistémica, en tratamiento con enalapril, amlodipino e hidroclorotiazida a dosis máximas. A la exploración física con pulsos casi imperceptibles en las extremidades inferiores y normales en las superiores. La radiografía de tórax con cardiomegalia grado II y signo de Roesler de la 3ª a la 5ª costillas izquierdas. Se realizó un ecocardiograma donde se encontró con hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo, hallazgo de válvula aórtica bivalva, aorta torácica con dilatación de la porción ascendente, con coartación a nivel postductal. Se realizó una tomografía de tórax, encontrándose con datos de estenosis en el istmo aórtico, distal al origen

de la arteria subclavia izquierda, con dilatación de ramas colaterales intercostales. Se realizó cateterismo con la intención de corrección de la coartación. Para el cateterismo se abordó vía radial derecha, se intentó cruzar hacia la aorta descendente sin éxito, el aortograma mostró un muñón y grandes ramas colaterales; en el abordaje femoral derecho, nuevamente el aortograma mostró un muñón y vasos colaterales, sin haber paso de medio de contraste de un extremo a otro, se finalizó procedimiento con diagnóstico de IAA. Fue enviado a institución de tercer nivel para tratamiento quirúrgico. La IAA se clasifica en tres categorías: El tipo A se localiza distal al origen de la arteria subclavia izquierda, representando el 43% de todos los casos. El tipo B se sitúa entre las arterias carótida izquierda y subclavia izquierda, con 53% de los casos. El tipo C se localiza entre ambas arterias carótidas, con solo 4% de los casos. La mayor parte de los casos de IAA se diagnostican durante la etapa neonatal y la infancia, sin embargo hay algunos casos reportados en adultos, siendo la mayoría del tipo A (79%). En el caso de este paciente se clasificó como IAA tipo A, sospechando que tal como lo han descrito algunos autores, este tipo tenga una etiología distinta a la de los niños, siendo la etapa final de una coartación aórtica que cerró por completo de forma progresiva, dando tiempo a la formación de ramas colaterales.

**Folio:0404**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Nefrología

**Efecto de la hemodiálisis en la función ventricular de pacientes del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro**

*Cárdenas E, Villaseñor S, García J, Reynoso M, Villaseñor S, García J, Reynoso M*

0.ISSSTE

**Introducción:** se desconoce con precisión los efectos de la hemodiálisis en la función ventricular de pacientes con enfermedad renal crónica, la principal causa de morbimortalidad en este grupo de pacientes son las cardiovasculares. En el presente trabajo comparamos los cambios ecocardiográficos observados en pacientes sometidos a diálisis peritoneal con aquellos en programa de hemodiálisis. **Objetivo:** valorar el efecto de la hemodiálisis en la función sistólica de paciente del hospital Dr. Darío Fernández Fierro (HGDDFF). **Metodología:** estudio prospectivo, longitudinal de cohortes. Se reclutaron sujetos del servicio de nefrología del HGDDFF. Se caracterizaron a los sujetos de estudio en dos grupos, aquellos en programa de hemodiálisis (grupo 1) y aquellos en programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (grupo 2). Se les realizó un ecocardiograma a su ingreso al protocolo y otro a los tres meses, midiendo la Dp/Dt. **Resultados:** un total de 29 pacientes se invitaron a participar en el estudio, 6 no aceptaron participar, 10 en programa de diálisis peritoneal y 13 en hemodiálisis. Se realizó la comparación entre la Dp/Dt de ecocardiograma inicial y la Dp/Dt del ecocardiograma subsecuente a los tres meses. Se observó un que el valor de la Dp/Dt subió en un 30% de los pacientes en diálisis peritoneal, bajando en un 0% y manteniéndose en el mismo valor en 70%. En los pacientes en hemodiálisis subió el valor de la Dp/Dt en 11.1%, se mantuvo sin cambio en el

33.3% y bajo en el 55.6%. ( $p < 0.05$ ).

**Discusión:** los resultados del estudio sugieren que la hemodiálisis se asocia con un decremento de la función ventricular, mientras que la diálisis peritoneal muestra un incremento en la misma al cabo de tres meses de tratamiento.

**Folio:0405**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Manifestaciones gastrointestinales de polangeítis granulomatosa a propósito de un caso**

*Solís D, Armijo E, Ruiz A, Álvarez L*  
0.ISSSTE

La polangeítis granulomatosa es una vasculitis sistémica que afecta vasos pequeños es necrosante y granulomatosa, que afecta principalmente el tracto respiratorio y renal su asociación con los anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo (ANCA) son llamadas vasculitis ANCA positivas; de estas la polangeítis granulomatosa (PG) es la más frecuente; su diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas, la biopsia y la presencia de ANCA en el suero. Las manifestaciones clínicas de la PG son diversas; no obstante los síntomas de presentación más frecuentes son los del tracto respiratorio en 90% El daño renal se presenta en el 75% de los casos; las manifestaciones gastrointestinales se presentan en 4 a 10% En estudios post mortem, la afección gastrointestinal histopatológica se ha confirmado hasta en 39% Los ANCA son autoanticuerpos dirigidos contra constituyentes de los gránulos de los neutrófilos con una alta especificidad (98%). Los estudios de patología se caracteriza por granulomas necrosantes del órgano

afectado y vasculitis necrosante o granulomatosa de vasos pequeños, Femenino de 35 años sin antecedentes inicia su padecimiento con dolor abdominal de tipo cólico acompañado de evacuaciones mucosanguinolentas se agrega hematoquecia atendida en urgencias, donde la encuentran con datos de choque hiovolemico Se realiza colonoscopia y se encuentra con datos sugerentes de enfermedad inflamatoria intestinal, se toma biopsia de lesiones y se envían a patología, es ingresada a medicina interna donde se mantiene persistencia del sangrado de tubo digestivo y se agrega hemoptisis requiriendo del inicio de la ventilación mecánica con deterioro de la función renal, y requerimiento de diálisis peritoneal, se solicitan ANCA, resultando positivo. Reporte de biopsia de intestino con datos de vasculitis necrotizante, y asociado a la evolución se decide manejo con ciclofosfamida y esteroide sistémico con mejoría de la función renal cese del sangrado de tubo digestivo, se realizo TAC de tórax donde se encontraron granulomas por lo que se concluyo PG La paciente con evolución satisfactoria con recuperación de la función renal tras manejo específico y retiro de diálisis. La presentación gastrointestinal es infrecuente sin embargo se asocia a datos de actividad sistémica que suponen peor pronostico.

**Folio:0406****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Macroadenoma hipofisiario no productor en el adulto mayor. Reporte de un caso***Díaz L<sub>o</sub>, Pérez F<sub>o</sub>, Corona P<sub>o</sub>, Vázquez I<sub>o</sub>, Rivera D<sub>o</sub>*

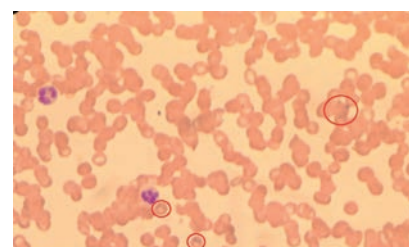
0.Centro Médico Ecatepec ISSEMYM

Se presenta el caso de un hombre de 87 años con Hipertensión Arterial Sistémica, fibrilación auricular de respuesta ventricular baja, con historia de lipotimias desde hace 2 años, múltiples ingresos a urgencias adultos por desequilibrio hidroelectrolítico, hiporexia y apatía. Inicia padecimiento actual al presentar caída de su altura con trauma en región parietal derecha y pérdida del estado de alerta por 20 minutos, ingresando a urgencias con Glasgow de 15, equimosis en región parietal derecha e hiponatremia hipo osmolar euolemica con sodio de 115 mmol/L. Durante su estancia curso con FC 45- 58 lpm, TA 90/60, presencia de náuseas e hipotensión ortostatica. Se realizan estudio de laboratorio reportándose Uosm de 400.98 mOsm/Kg y UNa 100 meq/l, cortisol sérico de 9.76 mg/dl y perfil tiroideo con TSH 1.32, T4L 0.56, T3T 0.42, FSH 0.00 mUI/mL, Testosterona 0.00 ng/ml, prolactina 8.81 ng/ml y prolactina dilución 1:100 0.89 ng/ml. Resonancia magnética de cráneo con macroadenoma hipofisiario. Se inicia tratamiento con Prednisona, Levotiroxina y testosterona, el paciente evoluciona hacia la mejoría. Se egresa con seguimiento por la consulta externa de Endocrinología y Neurocirugía. El motivo de revisión de este caso es la baja incidencia en el adulto mayor que es de 4/100 000 habitantes y el abordaje diagnóstico de síncope e hiponatremia en el anciano.

**Folio:0407****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Infectología  
**Malaria por *P. falciparum*: Reporte de caso***Bermúdez P<sub>o</sub>, Valdés R<sub>o</sub>, Calderón S<sub>o</sub>, Arreaga J<sub>o</sub>, Sánchez A<sub>o</sub>, Palpacelli M<sub>o</sub>, Zulaica H<sub>o</sub>, Jáuregui L<sub>o</sub>*

0.Centro Médico ABC

**Antecedentes:** en México, la malaria es causada por Plasmodium Vivax en el 99% de los casos. Los casos por *P. falciparum* son infrecuentes. Presentamos un caso de malaria por *P. falciparum*. Mujer de 24 años, viajó a Sierra Leona, África; recibiendo profilaxis con doxiciclina y refirió piquetes de mosquito. Diez días posteriores comenzó con cuadro gastrointestinal asociado a fiebre remitente recurrente. Recibió antibiótico sin mejoría. Acudió a nuestro servicio 7 días después con fiebre, cefalea, tos seca y dolor abdominal. Se documentó anemia y trombocitopenia. Se realizó gota gruesa, encontrando eritrocitos con anillos internos, diagnosticando malaria. Se hospitalizó e inició manejo con mefloquina; desarrolló neumonía e insuficiencia respiratoria aguda, requiriendo ventilación mecánica y cobertura antimicrobiana amplia. Se confirmó infección por *P.falciparum*, y se recibió artemeter por parte de la CDC, además se administró quinina y primaquina. Presentó mejoría y se egresó.

**Figura 1.****Folio:0409****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Reumatología

**Gota tofácea secundaria**

Hernández B, Muñoz S, Espino E, González S

0.Escuela Médico Naval; 1.Hospital General Naval de Alta Especialidad

Gota tofácea es una complicación tardía de la gota, ocasiona deformidad y deterioro articular progresivo. Femenino de 57 años. Inicia en enero del 2012 con artralgias en IFP, IFD, codos y 1ª MTF bilateral, con nodulaciones duras en los mismos sitios. En Marzo 2013 se agrega somnolencia, náusea y vómito, hipokalemia, hiponatremia y elevación de azoados, es internada con diagnóstico de artritis reumatoide e IRA, iniciando prednisona y diuréticos. Conocida en el Hospital Naval en Abril 2013 persiste con de ataque al estado general, con pérdida de peso de 25 Kg en 6 meses náusea con vómito y nodulaciones periarticulares. Caquética, palidez generalizada, tiroides aumentada de tamaño y consistencia a expensas de lóbulo izquierdo. En carpos, MCF de 2ª a 4ª de mano izquierda y 3ª y 4ª derechas, y 1 MTF bilateral y en hueso poplíteo derecho presencia de nódulos de diversos tamaños. En marzo 2013: QS: Cr 1.3, BUN 13, ES: K 2.3 BH: Hb 8.7, TSH: 1.7, T4T 168, T4L 23.4, T3T 1.7 Mayo 2013: FR 7.5, VSG: 5, ácido úrico 10.1, Depuración de Creatinina 15 ml/min Junio 2013: Cr 1.7, Ca 13.1, Mg 18.1, P 3.5, PTH: 206 USG: litiasis renal coraliforme bilateral., TAC con litiasis renal bilateral. Gammagrama tiroideo con nódulo hipercaptante izquierdo Rx de manos y pies con lesiones en sacabocado y erosiones marginales en interfalángicas proximales 2ª, 3ª y 4ª de mano izquierda y en 3ª y 4ª de mano derecha, así como en primera MTF bilateral. Biopsia a

de nódulo tiroideo: adenoma solido de glándula paratiroides. Biopsia de tofo: histiocitos en la periferia con abundantes cristales de ácido úrico y células gigantes multinucleadas. **Concluyendo:** gota tofácea secundaria, hiperparatiroidismo primario, adenoma paratiroideo, IRC secundaria a nefrolitiasis. La gota es poco común en las mujeres y más la de tipo tofácea, la mayoría de las veces en las mujeres es secundaria a procesos linfoproliferativos, uso de fármacos como diuréticos, insuficiencia renal e hiperparatiroidismo.

**Folio:0410**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

**Infección polimicrobiana de tejidos blandos multiresistente en un paciente con anemia aplásica: éxito del sinergismo antimicrobiano en paciente gravemente inmunocomprometido**

Pérez F, Díaz L, Romero J, Acosta N, Hermida E, Rivera D

0.Centro Medico Ecatepec ISSEMYM

Masculino de 44 años de edad, con diagnóstico de anemia aplásica de 11 meses de evolución, con falla a tratamiento; quien fue hospitalizado por cursar con neutropenia febril, a su ingreso con Hb de 5.2 g/dl, leucocitos totales de 560/mm<sup>3</sup>, neutrófilos de 285/mm<sup>3</sup>, linfocitos de 216/mm<sup>3</sup>, plaquetas de 8000/mm<sup>3</sup>, iniciándose tratamiento antibiótico con ceftazidima, durante su estancia la fiebre fue cuantificada hasta en 38.5°C, se evidencia edema del miembro pélvico izquierdo y 2 días posteriores a su ingreso cursa con una úlcera necrótica de aproximadamente 10 x 5 cm en la cara externa de la pierna izquierda,

asimismo en el tercer orjejo del pie derecho cursa con edema y una úlcera necrótica de 1 cm de diámetro, los hemocultivos reportaron el desarrollo de *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa*, ambas bacterias multiresistentes en el reporte del antibiograma, iniciándose tratamiento con tigeclina y amikacina para sinergismo. La fiebre cedió a los 3 días de iniciado el nuevo esquema antibiótico, el cual se administró por 21 días. El motivo de revisión de este caso es el de ilustrar la importancia de las infecciones como potencial complicación de enfermedades hematológicas, en especial de aquellas con neutropenia grave persistente, además de mostrar que con el sinergismo antibiótico es posible la curación de microorganismos multiresistentes, aún en pacientes con neutropenia grave.

**Folio:0411**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Enfermedad de Still: abordaje diagnóstico a propósito de un caso**  
González M, Pérez A, Guerrero F, Pliego C

0.ISSSTE; 1.Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado; 2.Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos

Se trata de paciente femenino de 45 años, originaria del D.F. Niega enfermedades crónicas degenerativas, alergia a sulfas con compromiso de vía aérea, AGO: Menarca 15 años, regular, G2P2A0. Padecimiento actual: Inicia dos meses previo a su ingreso, con presencia de astenia, adinamia y fatiga, agregándose fiebre cuantificada de 40°C, sin predominio de horario acompañada de diaforesis,



poliartralgias en muñecas y ambas rodillas acompañadas de incremento de volumen mejoría con AINES. Una semana previa a su ingreso presentó disnea de medianos esfuerzos que evolucionó a ortopnea así como erupción cutánea en tronco y extremidades, no pruriginoso de distribución asimétrica. Se encuentra paciente obesa neurológicamente íntegra, rash maculopapular asimétrico en tronco y extremidades, adenomegalias cervicales de aproximadamente 2x2 cm móviles, no dolorosas, precordio sin soplos, campos pulmonares con hipoventilación bilateral, conformando síndrome de derrame pleural derecho 60%, abdomen con hepatomegalia no dolorosa de aproximadamente 3 cm. por debajo de reborde costal, extremidades con flogosis articular en ambas rodillas. USG de hígado y vías biliares: presencia de derrame pleural derecho, esteatosis hepática moderada con daño hepático difuso. Laboratorios: Biometría Hemática: HB 9.4 g/dl, 12.8 (x103) leucocitos, neutrófilos 79%, Linfocitos 7.10% trombocitopenia 72 (x103) PFH: Albumina 2.4 g/dl, Proteínas totales 5.4 g/dl, TGO 103 U/L, TGP 65 U/L FA 287 U/L Transferrina 24, 800 ug/L, ferritina 62.1 ng/ml PCR 8.6 mg/dL, VSG 31 mm/Hr. FR 10.2 PET SCAN: Adenopatías cervicales, axilares, mediastinales, y retroperitoneales. Citoquímico de líquido pleural características exudado, con reporte de cultivo negativo a crecimiento bacteriano y ADA. Marcadores tumorales anticuerpos antinucleares y anti DNA negativos. Coprocultivo, Hemocultivos, Urocultivo, Coproparasitoscopico, VIH (ELISA), Ags HB (hepatitis B), VHC, Brucelosis por aglutinación, Gota gruesa, TORCH,

Reacciones febriles y Anticuerpos heterófilos para mononucleosis todos negativos. RX dorsopalmar y oblicua de manos, osteopenia yuxtaarticular generalizada, disminución asimétrica de espacio articular en el compartimiento radiocarpiano bilateral con esclerosis subcondral. Se instauró manejo a base de glucocorticoides (Prednisona 1 mg/kg/día) con mejoría clínica evidente y diagnóstico de Enf de Still por exclusión.

**Folio:0412**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Reumatología

**Factores asociados a mortalidad en pacientes con enfermedades reumatológicas ingresados en la unidad de cuidados intensivos**

*Mendoza J., Torres A., Rodríguez P., Ortiz Y., Jaimes J., Rivera D.*

0.Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Introducción:** las enfermedades reumatológicas tienen una incidencia de 90 casos por 100.000 habitantes con una prevalencia del 3%. Del 10 al 25% de estos pacientes que llegan al servicio de urgencias requieren hospitalización y un tercio necesitan ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La tasa de mortalidad se reporta entre 29 y 54%. **Objetivo:** identificar los factores asociados a mortalidad de los pacientes con enfermedades reumatológicas ingresados en la UCI, así como los días de hospitalización y la necesidad de apoyo vital avanzado. **Materiales y métodos:** estudio observacional, analítico, abierto, retrospectivo, transversal. Se revisaron los expedientes de 40 pacientes reumatológicos hospitalizados en la UCI del Hospital

General Dr. Manuel Gea González y 40 expedientes de pacientes control entre enero del 2007 y diciembre del 2012. Resultados: Se encontró una mortalidad del 40% en los pacientes reumatológicos en comparación de un 27.5% en el grupo control  $p=0.03$  (log rank test) con un RR 1.46 (IC95% 0.6 a 3.2). No se encontró una diferencia significativa en los días de estancia hospitalaria total y en la UCI ni en la necesidad de apoyo vital avanzado. El lupus eritematoso sistémico asociado a síndrome antifosfolípidos secundario fue el diagnóstico más frecuente con un 27.5%. Un 42.5% de los pacientes reumatológicos fueron diagnosticados en su ingreso a la UCI. El motivo de ingreso principal fue infección en un 55%. Las variables asociadas a mortalidad en los pacientes reumatológicos fueron un mayor puntaje en las escalas de SOFA y APACHE II, una menor hemoglobina, linfopenia, trombocitopenia y C3 bajo; así como un incremento en la creatinina, proteinuria y eritrocitos por campo en orina. La infección como motivo de ingreso esta asociada con mayor mortalidad. No se encontró diferencia estadística entre el tipo de enfermedad reumatológica o el tratamiento recibido y la mortalidad. **Conclusiones:** no existe diferencia significativa en cuanto a la mortalidad, días de estancia intrahospitalaria o necesidad de apoyo vital avanzado entre los pacientes con enfermedades reumatológicas y el grupo control. Los factores asociados a mayor mortalidad fueron hemoglobina, linfocitos, plaquetas y C3 bajos; así como mayores niveles de creatinina, proteinuria, y eritrocituria; y un mayor puntaje en las escalas de SOFA y APACHE II.

**Folio:0413****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Nefrología**Asociación de anticuerpos p-ANCA y anticuerpos antimembrana basal glomerular en un paciente con síndrome nefrítico***Guerrero F<sub>o</sub>, Pérez A<sub>o</sub>, González M<sub>o</sub>, Peña M<sub>o</sub>*

0.Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado

Femenino de 56 años de edad, con antecedentes de asma bronquial desde la infancia, sin tratamiento actual especificado, última exacerbación hace 6 meses. Niega otros antecedentes mórbidos. Presenta cuadro de tres meses de evolución, con hematuria continua, ataque al estado general con náuseas e hiporexia, astenia y adinamia. Un mes después urgencia urinaria, disuria y tenesmo. Al ingreso destacaba TA de 170/100 mmHg, edema en miembros pélvico con godete. El resto del examen físico no mostraba otras alteraciones. Los exámenes de laboratorio evidenciaron anemia de 11.5, creatinina sérica de 5.8, orina con eritrocitos incontables, sedimento urinario acantocitos presentes, dismorfismo eritrocitario mayor del 80%, cilindros hemáticos presentes, proteinuria en 24 hrs 1.5grs. La radiografía y TAC de tórax fueron normales. La ecografía renal, mostró riñones de tamaño normal. El p-ANCA fue positivo por ELISA y el c-ANCA fue negativo. El complemento C3 130 mg/dl y C4 39mg/dl (normales), Inmunoglobulinas normales, panel viral negativo. Se realizó biopsia renal, en la microscopía de luz se observan cambios difusos globales con proliferación de células epiteliales en la capa

parietal en la cápsula de Bowman. La inmunofluorescencia fue intensamente positiva para depósitos lineales de IgG en paredes de capilares glomerulares. Confirmando la presencia de Ac anti- MBG. Se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona 1 gr c 24 hrs por tres días seguido de ciclofosfamida 1gr IV dosis única. La paciente evoluciona en buenas condiciones. Actualmente asintomática. Su última creatinina fue de 1.2 mg/dl. Discusión y comentarios: las manifestaciones clínicas, el pronóstico y el papel fisiopatológico de cada anticuerpo en este grupo de pacientes positivos para dos patologías, aun es materia de investigación. Sigue sin estar claro si representan una sobreposición de dos enfermedades o si una se presenta primero desencadenando la aparición de la otra. Actualmente diversos autores postulan que el mecanismo patogénico inicial sería el daño del endotelio asociado a la presencia de ANCA, lo que permitiría la exposición de antígenos de la MBG que normalmente no se encuentran expuestos, con la consiguiente formación de anticuerpos contra estos antígenos.

**Folio:0415****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Nefrología**Parálisis hipokalémica asociada a consumo de productos Herbalife***González O<sub>o</sub>, García A<sub>o</sub>, Taboada J<sub>o</sub>, Hernández C<sub>o</sub>, Zúñiga J<sub>o</sub>, Ovando D<sub>o</sub>, Pérez R<sub>o</sub>*

0.Hospital Juárez de México

Existen reportes de casos que han descrito cuadros de intoxicación hepática y renal por el uso de productos Herbalife. Estos producto no son regulados totalmente por la Secretaria de Salud

y la etiqueta de suplemento alimenticio ha desembocado en la falta de estudios sobre la seguridad de sus componentes. **Caso clínico:** se trata de femenino de 26 años quien cuenta con único antecedente de relevancia, presentar consumo de productos HERBALIFE (malteada, aloe y suplemento) desde hace 1 año llegando a consumirlos hasta 5 veces al día, con disminución de la ingesta de otros tipo de alimentos. Inicia su padecimiento 3 días previos a su hospitalización con debilidad en extremidades superiores, progresiva, distal, acompañada de vómitos de contenido alimentario en 2 ocasiones no relacionados con el periodo prandial. Dos días después la debilidad ocasiona caída desde su propia altura sin datos de deterioro neurológico o pérdida del estado de alerta, no pudiendo incorporarse por sus propios medios por lo cual es traído por sus familiares al servicio de urgencias. A su ingreso se documenta un potasio sérico de 1.8 mmol/L y una gasometría arterial con datos de acidosis metabólica de anión gap elevado así como cambios electrocardiográficos compatibles con hipocalcemia por lo cual se inicia reposición en agudo, previa colocación de vía central. Paciente presenta buena respuesta clínica al manejo inicial. Ya en hospitalización se reporta perfil tiroideo dentro de parámetros normales, pruebas de función hepática sin alteraciones, sin datos de lesión renal aguda, se realiza gradiente trans-tubular de potasio y potasio en orina de 24 horas que indican una etiología probablemente extrarrenal. Se egresa paciente al encontrarse con niveles séricos de potasio estables y control gasométrico en equilibrio acido base con seguimiento en la consulta exter-

na de Medicina Interna. **Discusión:** La acidosis metabólica de anión gap elevado se debe principalmente a la presencia de aniones no medibles en el plasma cuyo origen puede ser endógeno o exógeno. El cuadro presentado puede corresponder a una alteración del transporte renal de electrolitos secundaria a la ingesta de los productos HERBALIFE, la ausencia de datos sobre el comportamiento biológico de sus componentes y la creciente distribución de estos productos desembocan en la necesidad de su estudio y la regularización de su consumo.

**Folio:0416****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Endocrinología**Frecuencia de los componentes del síndrome metabólico al momento del ingreso hospitalario en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y características clínico laboratoriales asociadas***Hernández A<sub>0</sub>, Nava A<sub>1</sub>*

0.Hospital General De Occidente;

1.UIEC UMAE HE CMNO IMSS/  
Hospital General de Occidente

**Antecedentes:** el síndrome metabólico (SM) es más común en las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y multiplica el riesgo cardiovascular y coronario respecto a las que no tienen DM2. La información sobre la frecuencia individual de cada componente de SM es subóptima y es deseable disponer de estudios que analicen estas variables independientemente. **Objetivo:** describir la frecuencia de los componentes del SM y las características clínico laboratoriales al ingreso en pacientes con DM2 hospitalizados. **Material y métodos:** estudio de cohorte con análisis trans-

versal del tiempo zero. **Pacientes:** con DM2, edad  $\geq 18$  años, hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital General de Occidente en Guadalajara, Jalisco. La información fue obtenida durante la hospitalización y del expediente clínico al momento del ingreso. Para la evaluación del SM de acuerdo a los criterios de la OMS (Organización Mundial de la Salud), del NCEP-ATPIII (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III) modificada (en donde todos los criterios originales del ATPIII se mantienen y sólo se ajusta el punto de corte del perímetro cintura de 102 cm a 90 cm en el hombre y de 88 cm a 80 cm en la mujer) y con los propuestos por la FID (Federación Internacional de Diabetes). **Análisis estadístico inferencial:** prueba t de Student o prueba U de Mann-Whitney. se empleó la prueba de Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher para Variables nominales. Se consideró significativo un valor de  $p < 0.05$ . **Resultados:** se incluyeron 41 pacientes, Edad (años;  $X \pm DE$ )  $62 \pm 13$ ; Femenino  $n=18$  (44%) con edad  $64 \pm 9.2$  y Masculino  $n=23$  (56%) con edad  $61 \pm 16$ . No hubo diferencia significativa al comparar entre mujeres vs. hombres las cifras al ingreso de: glucosa (mg/dl)  $242 \pm 114$  vs.  $319 \pm 315$ , ( $p=0.33$  hemoglobina glucosilada A1c (%)  $8.7 \pm 3.2$  vs.  $7.7 \pm 2.5$  ( $p=0.26$  al igual que para las frecuencias de los componentes individuales del SM; HDL 56% vs. 57%, triglicéridos 39% vs. 44%, IMC 50% vs. 35%, Hipertensión 56% vs. 52%). El perímetro abdominal mostro una tendencia ( $p=0.11$ ) con valores más altos en los varones (91%) que en las mujeres (67%). **Discusión:** la frecuencia individual de los componentes del SM se mantiene cercana a la mitad de

los casos, sin diferencia por genero. Es deseable continuar el seguimiento de la cohorte para evaluar las variables de desenlace eventualmente asociadas.

**Folio:0417****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Oncología**Síndrome miasteniforme (Eaton Lambert) asociado a cáncer pulmonar de células pequeñas***Fuentes P<sub>0</sub>, Ariza R<sub>0</sub>*

0.Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

El síndrome de Eaton Lambert es una manifestación paraneoplásica rara que puede presentarse en pacientes con cáncer pulmonar microcítico. Se ha comunicado una prevalencia de 2,5 por millón de habitantes, en un sesenta por ciento de los casos, se asocia a neoplasia. El propósito de este informe es comunicar un caso con dicha asociación. Mujer de 76 años con antecedente de tabaquismo durante 25 años 12 cigarros al día con un índice tabáquico de 15. Se presentó con un cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por ataque al estado general, pérdida ponderal, debilidad de musculatura proximal de extremidades inferiores, y 15 días previos a su revisión se agregó debilidad muscular en extremidades superiores, disartria, disfagia, dificultad para la ventilación, diplopía y ptosis palpebral bilateral. A la exploración física: paciente adelgazada con ptosis palpebral, fuerza muscular de extremidades superiores 2/5, extremidades inferiores 1/5, sensibilidad normal, reflejos osteotendinosos ausentes. No se encontraron crecimientos viscerales ni adenopatías. Laboratorio general sin anormalidades, radiografía de tórax

con presencia de radiopacidad de aproximadamente 5 cm de diámetro en lóbulo medio de pulmón derecho. La TAC de tórax confirmó masa de consistencia sólida homogénea de 90UH que reforzaba con el medio de contraste. No se demostró tumor mediastinal. Se realizó biopsia por aspiración con aguja fina cuyo resultado histopatológico fue carcinoma microcítico y la inmunohistoquímica reveló presencia de CD156 y TTF1. Los anticuerpos antireceptor de acetilcolina fueron negativos, la electromiografía con velocidad de conducción nerviosa periférica sensitiva y motora normales y los potenciales evocados somatosensoriales reveló depresión de la respuesta motora después de la estimulación de los músculos de las extremidades inferiores. Los anticuerpos anticanales de calcio dependientes de voltaje (P/Q type voltage-gated calcium channel VGCC) fueron positivos. Se inició tratamiento con piridostigmina y prednisona y se envió a Oncología en donde se recibió radioterapia y quimioterapia. La paciente presentó mejoría parcial y falleció tres meses después. **Conclusión:** el cuadro clínico fue compatible con un síndrome miasteniforme, en este caso se relacionó con un carcinoma microcítico de pulmón, el dx se confirmó con la presencia de anticuerpos anticanales de calcio VGCC.

**Folio:0418****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Misceláneos**Síndrome de Briquet -trastorno de somatización, diagnóstico de exclusión en el abordaje de deterioro neurológico agudo. Presentación de caso***Guerrero F<sub>o</sub>, Pérez A<sub>o</sub>, González M<sub>o</sub>, Peña M<sub>i</sub>*

0.Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado; 1.ISSSTE

Se trata de paciente femenino de 44 años con antecedente de fractura de carpo derecho hace 8 años con manejo conservador, alérgica a tramadol y diclofenaco por urticaria diseminada, enfermedad de Meniere de 2 años de diagnóstico. Inicia su padecimiento actual 48 horas previas a su ingreso con mareo al encontrarse deambulando, con sensación de visión borrosa en ambos ojos con duración de 30 minutos cediendo de forma espontánea. Un día después debilidad de extremidad inferior derecha al deambular, minutos después debilidad de extremidad superior derecha, acudiendo varias horas por persistencia de síntomas. A la exploración física con lenguaje coherente y congruente, con curso y contenido del pensamiento normal, pupilas isocóricas, normoreflexivas, sin asimetría facial, sin afección de pares craneales, hemiplejía derecha, fuerza muscular 1/5 en dichas extremidades, sensibilidad conservada, reflejos osteotendinosos 2/5 en las cuatro extremidades, tono conservado, sin signos de liberación piramidal. Labs al ingreso: Hb 14.0, Hto 40, leucocitos 7300, neutrofilos 68%, linfocitos 23%, monocitos 6%, plaquetas 288000. Glucosa 81.5mg/dl, creatinina 0.77mg/dl, BUN 20mg/dl, Na 143, K 4.29, Cl 103, Ca 8.4, F 4.7mg/dl, Mg 1.8mg/dl, TP 12.8s, INR 1.0, TTP 29.1. Se realiza TAC de cráneo simple encontrando quiste aracnoideo de la fosa temporal izquierda e imagen hipodensa a nivel de la rodilla de la capsula interna izquierda, sugestiva de lesión lacunar. Durante su estancia la paciente

desarrolla amaurosis bilateral súbita; se realiza IRM con fase de difusión sin restricción; en angiografía con ausencia de arteria comunicante anterior y comunicante posterior izquierda hipoplásica como variantes anatómicas. Fondo de ojo con papila de bordes definidos, emergencia central de vasos, normocromica, con excavación de 9/10, vasos retinianos con conservación de la relación AV. Retina, macula y vítreo sin alteraciones. La paciente con persistencia de síntomas y ante discordancia de hallazgos en exploración física con estudios de imagen se realizan potenciales somatosensoriales, potenciales evocados visuales y potenciales evocados auditivos del tallo todos sin alteraciones. Valorado por psiquiatría quien encuentra paciente con rasgo depresivo de la personalidad con trastorno conversivo de tipo motor y sensitivo, ajustando tratamiento y dada de alta para seguimiento.

**Folio:0419****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Misceláneos**Trombosis venosa yugular externa reporte de caso y revisión de la literatura***Solis E<sub>o</sub>, García-Frade L<sub>o</sub>, Cedillo J<sub>o</sub> O. Ángeles Pedregal*

Se presenta el caso de un paciente de 66 años de edad que cuatro semanas posteriores al retiro de catéter central en posición subclavia derecha presenta astenia, adinamia, cefalea, aumento de volumen en el lado derecho de cuello y dolor. Se realizan ultrasonido doppler de vasos de cuello y TAC contrastada, corroborándose el diagnóstico de trombosis venosa yugular derecha y de vena subcla-



via ipsilateral. Se inicia tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular durante 5 días y posteriormente anticoagulación formal con antagonista de la vitamina K. Si bien existe poca información acerca de casos reportados, se han llevado a cabo algunos estudios que reportan como etiologías más frecuentes: malignidad 32.7%, catéteres venosos 22.4% y estados protrombóticos en el 8.2% de los casos. El cuadro clínico asociado en orden de frecuencia consiste en: fiebre, leucocitosis, dolor cervical en la región trombosada, masa palpable en el cuello y Signo del cordón, entre otros. El ultrasonido doppler y la TAC continúan siendo los métodos de gabinete de elección para corroborar el diagnóstico. El tratamiento continúa siendo con anticoagulación. Se presenta el caso de un paciente el cual comenzó con sintomatología asociada a trombosis de la vena yugular, en el que la sospecha clínica fue fundamental para realizar el diagnóstico. Como se ha mencionado éstos son casos poco frecuentes, por lo que su reporte nos puede ayudar a mejorar la cifra de casos diagnosticados y tratados. El paciente contaba con el antecedente de catéter venoso central, pero al no encontrarse en el momento del diagnóstico (cuatro semanas después), se tuvo que realizar diagnóstico diferencial con las otras posibles etiologías sobre todo del tipo neoplásico por la presentación subaguda y la edad del paciente. Al no encontrarse en éste momento evidencia de enfermedad maligna, se inició anticoagulación como dictan las guías.

**Folio:0420**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Oncología

**Pelagra carcinoide como primera manifestación de tumor neuroendocrino de páncreas no funcional**

*Zapata S<sup>o</sup>, Romero L<sup>o</sup>, Bonilla L<sup>o</sup>, Tenorio E<sup>o</sup>*

0.Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Introducción:** los tumores neuroendocrinos de páncreas representan la variedad más rara de neoplasias en este órgano. Comprenden un grupo heterogéneo de neoplasias de presentación variada. Los tumores no funcionantes se detectan usualmente en etapa metastásica. Menos frecuentemente pueden presentar alteraciones dermatológicas de características pelagroides. **Caso clínico:** mujer de 50 años de edad sin antecedentes de importancia. Comenzó su padecimiento 18 meses previos con dermatosis diseminada caracterizada por placas eritematoescamosas, zonas de denudación y necrosis en muslos, tibias, pelvis, región genital, glúteos, abdomen, pies, brazos, antebrazos y manos. Por medio particular se realizó biopsia que reportó Vasculitis Leucocitoclástica, inició tratamiento con Prednisona. Fue referida a nuestro hospital por persistencia de síntomas. Se realizó nueva biopsia sugerente de dermatosis paraneoplásica. Los estudios de laboratorio de ingreso dentro de parámetros normales. El perfil viral de hepatitis y el ELISA para VIH fueron negativos. Para descartar dermatosis carencial se solicitaron Folicos 14 ng/mL, Vitamina B12 231 pg/mL y Zinc 130 mcg/dl. Por sospecha de glucagonoma se realizaron niveles de Insulina 14 UI/mL y Glucagon 16 pg/mL. Se realizó Tomografía Computada donde se encontró lesión focal de cabeza de páncreas con

densidad de 43 Unidades Hounsfield (UH), durante la fase arterial 87 UH y durante la venosa 70 UH. Se realizó Ultrasonido Transendoscópico y se tomó biopsia, el reporte citológico fue Neoplasia neuroendócrina de cabeza de páncreas. Se solicitaron niveles de Enolasa neuronal específica 4.4 mcg/L y Cromogranina A 86 ng/mL. Se realizó Tomografía por Emisión de Positrones con 18-FDG que mostró aumento en la captación en región infraclavicular bilateral, mediastino superior, mesogastrio a la altura y por delante del cuerpo vertebral L1 y en pierna izquierda; con índices de captación de 2.4, 1.68 y 6.37 respectivamente. Se integró el diagnóstico de Tumor neuroendócrino de páncreas Etapa clínica IV (T2 NX M1). Se inició tratamiento con Octreótide, la dermatosis mejoró significativamente y fue referida al servicio de Oncología Médica para seguimiento. **Conclusión:** el diagnóstico es difícil por el desarrollo subclínico de la enfermedad en la gran mayoría de los casos. Síndromes paraneoplásicos dermatológicos pueden ayudar a la sospecha clínica.

**Folio:0421**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Reporte de 4 casos de paniculitis y manifestaciones clínicas.**

*Pineda L<sup>o</sup>, Carrasco A<sup>o</sup>, Rojo O<sup>o</sup>, Guerra K<sup>o</sup>*

0.Instituto Mexicano de Seguro Social

**Introducción:** las paniculitis son un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias que afectan el tejido subcutáneo, su principal manifestación es el eritema nodoso (EN), ningún hallazgo ayuda a distinguir

la etiología. El diagnóstico es histopatológico y se clasifica en: septal, lobular, con o sin vasculitis. Se han descrito más de 40 causas. Objetivo: Se describe 4 casos del servicio de MI del HE CMN La Raza. Caso 1 Mujer de 19 años, sin antecedentes de importancia. Cuadro de 1 año de evolución con nódulos subcutáneos eritematosos, dolorosos en tobillos y piernas, con fenómeno de Raynaud, artralgias a nivel interfalángico distales, de grandes articulaciones y fiebre. EF hepatoesplenomegalia nódulos dolorosos y eritema en MsIs. La biopsia demostró paniculitis lobar linfohistiocítica. Caso 2. Mujer de 24 años, sin antecedentes. Cuadro de dolor articular metacarpofalángica, fotosensibilidad en cara, y úlceras indoloras orales, lesión nodular eritematosa única en muslo izquierdo. Cuadro compatible con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Reporte de biopsia: Paniculitis septal y lobulillar con vasculitis de pequeños vasos, predominantemente linfocitos. Caso 3. Mujer de 50 años, sin antecedentes. Cursó con lesiones nodulares dolorosas eritematosas en MsIs, de 8 años de evolución y lesiones aftosas orales recidivantes. Reporte de biopsia: Paniculitis septal y lobular con inflamación por neutrofilos y linfocitos con vasculitis. Caso 4. Mujer de 60 años, con panuveitis recurrente se agregan lesiones nodulares en miembros pélvicos dolorosas, la biopsia reportó paniculitis septal sin vasulitis; necrobiosis lipoidica. **Discusión:** el EN es la manifestación clínica más común de paniculitis, siendo hasta 30% de los casos, con predominio en mujeres, como en esta serie de casos. Las causas son múltiples; infecciones, proceso

autoinmunes, neoplásicos, traumatismos, intoxicación por medicamentos e idiopático. Solo en un caso se realizó el diagnóstico de enfermedad autoinmune. El resto continua en seguimiento por nuestro servicio sin presentar datos para concluir un diagnóstico nosológico. El diagnóstico es histopatológico donde se debe observar paniculitis septal, como en los casos reportados. Por lo tanto se pretende comunicar la experiencia y mostrar que el EN representa un reto diagnóstico y terapéutico.

**Folio:0422**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Endocarditis infecciosa como manifestación de fiebre Q crónica: reporte de caso y revisión de la literatura**

*Navarrete Ro, Cárdenas Mo, Badillo Lo*  
0.Hospital Ángeles Metropolitano

Fiebre Q, zoonosis global causada por *Coxiella burnetii* transmitida principalmente vía inhalada, por vector o ingesta de lácteos no pasteurizados; cursa con cuadro clínico inespecífico y su diagnóstico es serológico. Se conocen 2 fases: aguda y crónica, que corresponden a distintas fases antigénicas. La aguda cursa con cuadro febril inespecífico, hepatitis o neumonía, 2-3 semanas tras la exposición. La crónica se manifiesta en meses o años en < 5% de los casos con fiebre Q aguda, se caracteriza por endocarditis en pacientes con valvulopatías. Se presenta el caso de femenino de 45 años del DF, empleada en Secretaría de Hacienda, sin antecedentes de importancia, con ingesta de lácteos no pasteurizados o contacto con animales de granja nega-

tivos, viaje reciente a Guanajuato sin riesgo epidemiológico; una gesta sin complicaciones. Inició en diciembre 2012 con fiebre vespertina, cefalea, fatiga, gonalgia, dolor abdominal, diarrea y pérdida de 3.5 kg recibiendo antibióticos sin mejoría. Se encontró soplo mitral protosistólico grado II, no síndrome pleuropulmonar, adenopatías submandibulares, sin hepatoesplenomegalia. Leucocitosis con neutrofilia, trombocitopenia leve, anemia moderada, albúmina normal; evolucionando a leucopenia con neutropenia e hipoalbuminemia severa, elevación de reactantes de fase aguda, perfil reumatológico negativo, hemocultivos negativos; ecocardiograma transesofágico y transtorácico con valvulopatía aórtica de probable origen reumático, insuficiencia aórtica, ecodensidad en valva aórtica y tricuspídea sugestivas de vegetaciones. PCR para micobacterias, pruebas serológicas para *Borrelia burgdorferi* y rickettsias, y fase I y II de fiebre Q negativas; detectándose *Coxiella burnetii* por PCR. Inició tratamiento con dicloxacilina, con mejoría clínica y normalización bioquímica y por imagen. El diagnóstico de fiebre Q crónica y endocarditis se realizó con criterios de la CDC: endocarditis en paciente con valvulopatía previa con cultivos negativos y detección de *Coxiella burnetii* por PCR. El PCR es positivo en 33-64% de los pacientes con endocarditis por fiebre Q. Ésta es la presentación típica de fiebre Q crónica, que se presenta tras la fase aguda; sin embargo en este caso se desconoce temporalidad de la fase aguda o la forma de transmisión; es mortal sin tratamiento y con altas tasas de curación con el tratamiento adecuado.

**Folio:0423**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología  
**Neutrofilia asociada a mieloma múltiple de cadenas ligeras: presentación de un caso**

Torres N<sub>o</sub>, Pérez E<sub>o</sub>

0.Instituto Mexicano del Seguro Social. UMAE 189

**Antecedentes:** el mieloma múltiple (MM) de cadenas ligeras (CL), se caracterizan por formación de CL en exceso sin acoplarse a cadenas pesadas por lo que su detección se facilita en orina y no en sangre. Se presenta en alrededor del 20% de los pacientes con MM. **Reporte de caso:** femenino de 77 años. Antecedente de neutrofilia, anemia y falla renal 6 meses previos, sin protocolo de estudio. Se descarta infección crónica y se sospecha neoplasia. TAC toraco-abdominal con múltiples lesiones líticas en columna, se protocoliza para MM. Paraclínicos: hipercalcemia, proteinuria, electroforesis sin pico monoclonal, médula ósea con 20 % de plasmocitos. Se concluye MM de CL lambda. **Discusión:** la incidencia de daño renal es mucho

mayor en esta variante, con cifras de creatinina >2mg/dl en un tercio de pacientes al momento del diagnóstico. La neutrofilia puede estar asociada o ser la presentación de algunas neoplasias y es una presentación poco frecuente en el MM, existiendo pocos casos reportados.

**Folio:0424**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Hematología  
**Impacto del trasplante de células hematopoyéticas de intensidad reducida vs el tratamiento convencional**

Sánchez M<sub>o</sub>, Cantú O<sub>1</sub>, Treviño O<sub>2</sub>, Gómez D<sub>1</sub>, Jaime J<sub>1</sub>

0.Hospital Universitario UANL. Medicina Interna; 1.Hospital Universitario UANL. Servicio de Hematología; 2.Hospital Universitario, UANL

En la actualidad, el papel del trasplante de células hematopoyéticas (TCH) como herramienta terapéutica, se ha fortalecido importantemente, reflejándose esto en el creciente número de pacientes sometidos a ésta terapéuti-

cas. Por las características propias del procedimiento, uno de los aspectos que no debe ser pasado por alto, es la calidad de vida (CV) de los pacientes sometidos un TCH. De esta manera debe considerarse no sólo el estado de salud posterior al tratamiento, sino las implicaciones psicosociales a las que será sometido. Este es un estudio observacional, longitudinal, prospectivo, para evaluar la CV de pacientes sometidos a TCH ambulatorio, vs pacientes de características similares bajo tratamiento médico (TxMx). Mediante la aplicación de la encuesta COOP/WONKA en 5 ocasiones (pre-TCH/inicial, post-TCH/primer mes, 3, 6 y 9 meses), se analizaron 38 pacientes, 19 con TCH y 19 con Tx. médico; no existieron diferencias en cuanto a edad, género o diagnóstico. En la encuesta inicial sólo se encuentra diferencia significativa en la percepción del dolor, siendo mayor el grupo TCH (p=0.08 al primer mes, se observa mayor tendencia a sentimientos de depresión y/o ansiedad en el grupo de TCH (p=0.016), con mayor limitación de actividades sociales (p=.003) y cotidianas (p=.044). A partir de los 3 meses post-TCH, los resultados son muy similares, persistiendo únicamente las diferencias en el rubro de las actividades sociales. Cuatro pacientes desarrollaron EICH, sin diferencia significativa en el puntaje obtenido en relación al resto de los pacientes trasplantados a los 3, 6 y 9 meses (p=0.26).

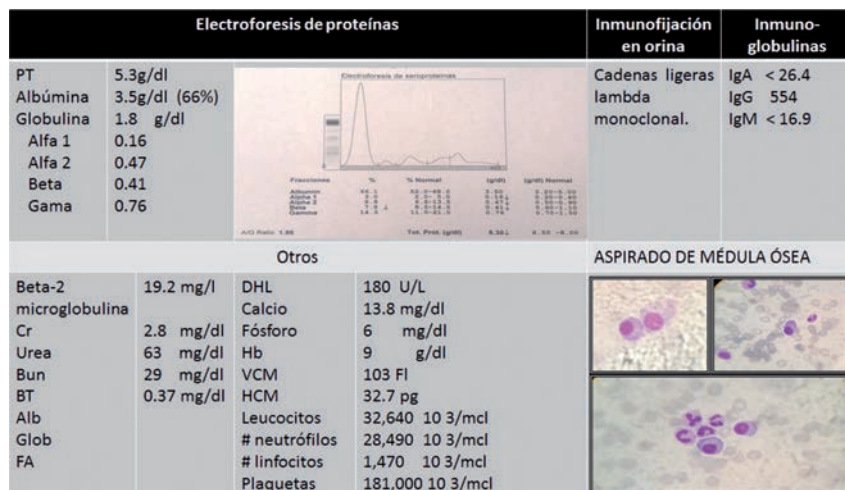


Figura 1.

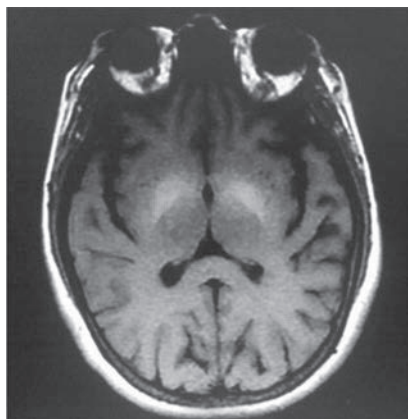
**Folio:0426**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología  
**Mioclonías como manifestación de degeneración hepaticocerebral adquirida en cirrosis biliar primaria: Reporte de un caso**

Monreal R<sub>o</sub>, García E<sub>o</sub>, Estrada I<sub>o</sub>  
 0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Femenino de 57 años con antecedente de cirrosis biliar primaria e hipertensión portal con historia de encefalopatía hepática tratada con Ursofalk, Hepamerz y lactulax con buen apego. Ingres a urgencias con cuadro subagudo de alteración de la consciencia y movimientos anormales de extremidades superiores. Examen físico: mioclonías de extremidades superiores; Babinsky en extremidades inferiores. Se inician medidas antiamonio sin respuesta inmediata favorable. Se realiza RMN de cerebro que revela hiperintensidad de ambos núcleos lenticulares en T1, consistente con degeneración hepatocerebral adquirida (DHA se cita al mes de iniciado el tratamiento, con desaparición de las mioclonías. DHA es una encefalopatía crónica que afecta <1% de pacientes con cirrosis hepática con cortocircuito porto-sistémico. Se caracteriza por movimientos anormales, siendo el temblor el más frecuente; las mioclonías es un evento poco reportado, su asociación debe ser considerada para su manejo oportuno.



**Figura 1.** RMN, hiperintensidad a nivel de ganglios basales en secuencia T1.

**Folio:0428**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Crioglobulinemia mixta esencial: reporte de un caso**

*Jiménez N<sub>o</sub>, García V<sub>o</sub>, Miranda S<sub>o</sub>, Méndez J<sub>o</sub>, Uribe G<sub>o</sub>, Serrano R<sub>o</sub>*

0.Hospital General Tláhuac

Mujer de 82 años sin antecedentes de importancia. Inició padecimiento 2 días previos a su ingreso con fiebre, astenia, anorexia y lesiones cutáneas elevadas rojo-violáceas en piernas, ascendentes, bilaterales y simétricas, que confluyeron en placas que abarcaron pies hasta tercio inferior de tibia y en región malar bilateral, acompañadas de dolor ardoroso. A su ingreso con vitales normales, neurológicamente íntegra, dermatosis en región malar y miembros inferiores de características mencionadas. Leucocitosis 17800; neutrofilia 15070; linfopenia 1000; monocitos 1260; Hemoglobina 10.3 gr/dl, Plaquetas 35000, Urea 53 mg/dl, Creatinina 1.35 mg/dl, Na 131 mmol/L, AST 142 UI/L, ALT 47 UI/L, BT 1.1 mg/dl, Albúmina 2.6 g/dl, FA 130 UI/L, VSG 33 mm/hr, PCR 22.10 mg/dl, CK 816 UI/L, MB 80 UI/L, DHL 297 UI/L, proteinuria y eritrocituria. La dermatosis evolucionó en 24 horas hacia flictenas ardorosas y en 48 horas a zonas de necrosis, exulceración y petequias confluentes en placas. Cursó con lesión renal aguda con máximo de creatinina de 3 mg/dl, hemocultivos y urocultivo negativos, citopatológico de orina negativo, sedimento urinario negativo, Panel viral hepatitis B, C y VIH negativos, electroforesis de proteínas con proteínas totales 4.6 g/dl, Albúmina 1.6 g/dl, Globulinas 3.0 g/dl, proteinuria 289 mg/24 horas,

ANA patrón moteado fino 1:320, Anti beta2 GP1 IgM 37.5 UI/ml, c-ANCA positivo 1:40, C4 discretamente bajo 14.3, Resto de anticuerpos negativos, Inmunoglobulinas normales, Factor reumatoide 20, Tomografía toracoabdominopélvica con liquido libre en cavidad, derrame pleural, aortoesclerosis, hígado disminuido de tamaño y bazo de 59 cm. Serie ósea metastásica sin lesiones. Biopsia con epidermis con capa córnea laminar, atrofia y zonas de hiperpigmentación de la capa basal; dermis superficial abundantes vasos dilatados y congestivos en su interior con material amorfo, eosinófilo PAS positivos; el resto presentó infiltrados linfocitarios perivasculares sin daño a endotelio. Se concluyó crioglobulinemia mixta esencial, por lo que se inició tratamiento con esteroide intravenoso en pulsos y medidas locales de las lesiones. La paciente evolucionó de manera satisfactoria, con creatinina final 0.80 mg/dl, remitió leucocitosis y trombocitopenia y las lesiones cutáneas evolucionaron a amplias zonas de escara y tejido de granulación sin datos de infección. Egresó mejor.

**Folio:0429**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Síndrome de superposición: RUPUS y síndrome antifosfolípidos: Reporte de un caso.**

*Zapata S<sub>o</sub>, Hernández I<sub>o</sub>, Arriaga D<sub>o</sub>, Rivera V<sub>o</sub>, González R<sub>o</sub>, Rodríguez P<sub>o</sub>*  
 0.Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Introducción:** los síndrome de superposición (SS) han sido definidos como entidades que completan criterios para al menos dos enfermedades de



tejido conjuntivo que ocurren en un mismo paciente, independientemente de su temporalidad. Por otro lado, se ha descrito una entidad conocida como Síndrome de autoinmunidad múltiple (SAM) en la cual tres o más enfermedades autoinmunes coexisten en un mismo paciente. **Caso clínico:** mujer de 27 años con antecedente de artritis reumatoide diagnosticada a los 16 años en tratamiento con hidroxiquina y sulfasalazina. Acudió por edema en miembros inferiores, poliartritis simétrica de predominio en manos y hombros que cedía parcialmente con la administración de diclofenaco. Posteriormente presentó hematuria macroscópica, epistaxis y gingivorragia. Se sumaron al padecimiento lesiones petequiales en miembros pélvicos primero y después en torácicos, dichas lesiones no eran palpables y no desaparecían con la digitopresión. A la exploración física destacó palidez mucocutánea, petequias en abdomen, miembros pélvicos y presencia de gingivorragia, Hemodinámicamente estable. En estudios séricos destacaba trombocitopenia 2 000, Hb 11.5 g/dl, Hto 34 %, Na 132 meq/l, INR 0.96, TP 13.9 seg, VSG 94 mm/min, C3 133, C4 13, BUN 15 mg/dl, Creatinina 0.5 mg/dl, resto de química sanguínea sin alteraciones, Perfil tiroideo normal, Examen general de orina normal, pruebas de función hepática normales, perfil para hepatitis viral negativo, ELISA para VIH negativo, se realizó endoscopia la cual mostro datos de gastropatía no erosiva y esofagitis A de los angeles. Se inició tratamiento con Metilprednisolona 1 g/día (3 dosis), prednisona 1 mg/kg/día. Se solicitó perfil para síndrome antifosfolípidos y especificidades para Lupus

Eritematoso Sistémico encontrando anti-Sm 2.8 u/mL, anti Sm/RNP 146.1 U/mL, anti beta 2 glicoproteína IgG 0.7 U/mL, anti beta 2 glicoproteína IgM 14.4 U/mL. Anticardiolipina IgG 41.2 e IgM 47.1. Anti DNA positivo, Anticuerpos anticnucleares 1:5120 patrón nuclear homogéneo. **Discusión:** los síndromes de superposición han sido descritos en enfermedades del tejido conjuntivo, encontrando asociación entre cualquiera de las entidades pertenecientes a este grupo, sin embargo, la asociación de éstas con Síndrome Antifosfolípidos es rara y puede pertenecer al concepto de Poli-autoinmunidad descrito en recientes publicaciones.

**Folio:0430**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Poliarteritis nodosa que se presenta como eritema nudoso: reporte de un caso**

*Méndez J<sub>o</sub>, Jiménez N<sub>o</sub>, García V<sub>o</sub>, Serrano R<sub>o</sub>, Uribe G<sub>o</sub>, Ferrusquía D<sub>o</sub>, Miranda S<sub>o</sub>*

0.Hospital General Tláhuac

Femenino 32 años, la cual no cuenta con antecedentes de importancia para su padecimiento actual. Inicio su padecimiento una semana previa con odinofagia razón por la cual se automedicó con fenilefrina y clorfenamina. Posteriormente la paciente inició con una dermatosis diseminada de aspecto nodular de extremidades superiores e inferiores bilateral con tendencia a la simetría que predominaba principalmente en el tercio distal de extremidades inferiores, la cual eran dolorosas, razón por la cual acudió a valoración. A la exploración física la paciente presentaba una dermatosis

diseminada a extremidades superiores e inferiores de aspecto monomorfo constituida por numerosos nudosidades, con eritema cutáneo, algunas confluentes y que al confluír tenían un aspecto violáceo y eran dolorosas. Sus laboratorios iniciales INR 1.16, Leucocitos 17, 600, HB 16.3 g/dl, HTO 46.9%, MCV 96 fl, HCM 33.4 pg, plaquetas 303, 000, VSG 37 mm/hr, PCR 9.28 mg/dl, Glucosa 94 mg/dl, BUN 11.3 mg/dl, creatinina 0.71 mg/dl, BT 1.45 mg/dl, BD 0.21 mg/dl, BI 1.24 mg/dl, AST 18 UI/L, ALT 13.0 UI/L, ALB 3.6 g/dl, DHL 153 UI/L, FA 73 UI/L, GGT 16 UI/L. Se realizó biopsia incisional de cara anterior de muslo derecho, la cual reportó paniculitis septal con focos microscópicos de vasculitis. Su recolección de orina de 24 hrs con proteinuria de 178.6 mg/24 hrs, su radiografía de tórax PA y lateral fueron normales, sus p-ANCAS, C-ANCAS, ELISA para VIH y panel viral para hepatitis B y C fueron negativos. Se concluyó poliarteritis nodosa y se inició tratamiento con prednisona a 1.5 mg/kg/día con lo que la paciente presentó una remisión total de las lesiones por lo que fue dada de alta por mejoría.

**Folio:0431**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Hígado graso agudo del embarazo de resolución atípica. Presentación de un caso**

*Rodríguez B<sub>o</sub>, Alfaro J<sub>i</sub>, Valdez E<sub>i</sub>, Casarrubias M<sub>i</sub>*

0.IMSS; 1.IMSS CMN La Raza

**Antecedentes:** el hígado graso agudo del embarazo es una entidad infrecuente, ocurre entre 0.1 y 0.6%

de todos los embarazos. **Objetivo:** dar a conocer a la comunidad médica un caso de presentación atípica. **Caso:** femenino de 22 años de edad multigesta, inició su padecimiento 3 días posterior a resolución del embarazo con fiebre, náuseas, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho. Clínicamente con ascitis a tensión, bioquímicamente con transaminasemia, hipoalbuminemia, hiperbilirrubinemia de patrón obstructivo, hipocolesterolemia, hipertrigliceridemia, coagulopatía, pancitopenia. Los estudios de imagen con hepatoesplenomegalia, imagen hipodensa en lóbulo hepático derecho. A un mes de la resolución del embarazo sin mejoría de los parámetros de laboratorio ni del cuadro clínico, se decide realización de laparotomía, con reporte de biopsia hepática de esteatosis macro y microvesicular difusa en el 90% del parénquima; se dió tratamiento con metformina, pravastatina, bezafibrato y ácido ursodeoxicólico con normalización de las alteraciones bioquímicas 6 meses después de iniciado el cuadro. **Discusión:** El diagnóstico de hígado graso agudo del embarazo es generalmente clínico, estando basado fundamentalmente en la forma de presentación, las pruebas de laboratorio y las pruebas de imagen. La biopsia hepática es el estándar de oro y debido a ser un estudio invasivo está reservada a casos atípicos, como fue el caso de nuestra paciente. **Conclusiones:** el hígado graso agudo del embarazo, es una entidad rara y en décadas pasada frecuentemente mortal. Se debe tener una alta sospecha clínica para instaurar un tratamiento de sostén óptimo y de forma precoz.

**Folio:0432**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

**Falla medular con afección multilineal secundaria a infección por parvovirus B-19 y virus de inmunodeficiencia adquirida: reporte de un caso**

*Serrano R, Miranda S, Jiménez N, Méndez J, Uribe G, García V*

0.Hospital General Tláhuac

Masculino de 25 años de edad el cual cuenta con los antecedentes importancia de tabaquismo con un índice tabáquico de 6.5 paquetes/año, etilismo desde los 15 años hasta la actualidad de manera diaria a razón de 2 litros de mezcal llegando a la embriaguez, múltiples toxicomanías desde los 15 años a base de marihuana y piedra, múltiples parejas sexuales de tipo homosexual y sexoservidoras sin utilización de condón. Inició su padecimiento actual hace 1 mes con la presencia de astenia, adinamia, palidez de piel y mucosas, disnea de grandes esfuerzos la cual progreso rápidamente a disnea de pequeños esfuerzos y ortopnea, razón por la cual acude a valoración. A su llegada a urgencias se solicitaron paraclínicos los cuales reportaron Leucocitos 4700, Neutrófilos 1740, Linfocitos 2600, HB 3.7 g/dl, HTO 11.1%, MCV 98 fl, HCM 32.7 pg, plaquetas 142, 000, su química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático y electrolitos séricos dentro de los parámetros normales. Se realizó aspirado de médula ósea (AMO) encontrando celularidad normal megacariocitos 3 x campo heterogéneos, cuenta con neutrófilos adultos 28%, neutrófilos jóvenes 28%, normoblastos 20%, linfocitos 15%, eosinófilos 6%, plasmáticas 2% sin

alteraciones morfológicas. Se inició protocolo para descartar pérdidas crónicas o destrucción periférica, su sangre oculta en heces negativo, COOMBS directo negativo, perfil TORCH negativo para toxoplasma, rubeola, CMV, herpes simple tipo I y II y positivo para ac. Anti-Parvovirus B-19 IgG 2.50 (Positivo >1.1 índice) e IgM 5.00 (Positivo índice > 1.1) por inmunoensayo enzimático (EIA), se solicitó ELISA para VIH el cual se reportó reactivo y fue confirmado por Western Blot. El paciente durante su internamiento empezó con disminución de todas las líneas celulares hematológicas, razón por la cual se realizó nuevo AMO el cual reportó sangre sinusoidal con celularidad disminuida, la celularidad con predominio de linfocitos y eosinófilos algunos granulocitos sin presencia de formas inmaduras, se concluyó síndrome de falla medular en evolución con afección multilineal, por lo que fue trasladado al tercer nivel de atención para su tratamiento.

**Folio:0433**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

**Linfoma pulmonar primario y síndrome de Sjögren: presentación de un caso y revisión de la literatura**

*Peña D, Herrero R, Alcántara I*

0.Hospital Ángeles Lomas

**Introducción:** es conocida la asociación de linfoma no Hodgkin en los pacientes con síndrome de Sjögren. Las personas con síndrome de Sjögren tienen 44 veces mayor riesgo de presentar alguna variedad de linfoma que el resto de la población. Los linfomas primarios de pulmón representan el 0.4% de todos los linfomas y 3.6% de

los linfomas no Hodgkin (LNH) y se caracterizan por su curso indolente y la dificultad del diagnóstico. **Informe de caso:** se trata de femenino de 70 años con antecedente de síndrome de Sjögren asintomática, a quien durante estudios de control se halla nódulo pulmonar en lóbulo medio. Se realiza PETCT que reporta masa pulmonar en lóbulo medio en probable relación con actividad tumoral y múltiples nódulos en ambos pulmones sin incremento de actividad metabólica. Se programa para lobectomía pulmonar 4 semanas posteriores con reporte de patología de Linfoma No Hodgkin difuso de células B grandes de alto grado, CD 20, BCL6. Previa topografía con incremento del número y tamaño de los nódulos ya reportados, así como ganglios pretraqueales y mediastinales con eje corto de 7mm. Se inicia tratamiento con CHOP-R con respuesta clínica favorable, se mantuvo asintomática y se redujo masa pulmonar. **Discusión:** los linfomas primarios de pulmón se caracterizan por su curso indolente y la dificultad del diagnóstico. Los LNH de células grandes se caracterizan por manifestarse como masas en estudios de imagen. Los factores pronósticos no están bien establecidos, con una supervivencia general de 56% a largo plazo. Es conocida la asociación de linfoma no Hodgkin en los pacientes con síndrome de Sjögren, especialmente Linfomas tipo MALT de bajo grado que generalmente se encuentran localizados en las glándulas salivales, ya que mantienen elevado el factor estimulador de células B. Sin embargo, están reportados los LNH difusos de células grandes y linfomas nodales. El tratamiento se basó en CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina

y prednisona) más tratamiento con anticuerpos antiCD20 (rituximab), con buena respuesta clínica. **Conclusión:** pacientes con síndrome de Sjögren, tiene un mayor riesgo de desarrollar síndromes linfoproliferativos, como en este caso linfoma pulmonar primario, no Hodgkin difuso de células B grandes de alto grado, CD 20.

**Folio:0434**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Oncología

**Síndrome nefrótico como manifestación inicial de carcinoma renal de células claras. Reporte de caso**

*Badillo L, Cárdenas M, Solís O, Herrera J*

0.Hospital Ángeles Metropolitano

El síndrome nefrótico es un trastorno que se caracteriza por proteinuria masiva y persistente, hipercolesterolemia, hipoalbuminemia y otras manifestaciones secundarias a la proteinuria, como consecuencia de una lesión que altera la barrera de filtración glomerular. Puede ser primaria o secundaria. Las primarias son producidas por una variedad de glomerulonefritis (GN) en las cuales no se conoce la causa de la enfermedad, siendo las más frecuentes la enfermedad de cambios mínimos, la glomeruloesclerosis focal y segmentaria y la GN membranoproliferativa. En las secundarias, el compromiso renal ocurre como parte de una enfermedad sistémica como: colagenopatías, intoxicaciones y algunas neoplasias. Se presenta el caso de Masculino de 50 años de edad con antecedentes familiares de cáncer de páncreas, DM2 e HAS; inicio su padecimiento actual 10 meses previos a su ingreso con edema de miembros

pélvicos, en ese momento manejado como dislipidemia, sin mejoría con evolución tórpida hasta llegar a anasarca, oliguria y disnea. Laboratorios de ingreso: proteínas totales 3.5gr/dl, albúmina 1gr/dl, globulina 2.6gr/dl, DHL 257UI/L, colesterol 422mg/dl, triglicéridos 253mg/dl, examen general del orina con proteinuria masiva. Cuantificación de albúmina en orina de 24 hrs: 5132.4mg, panel reumatológico y viral negativo, tele de tórax con derrame pleural derecho, TAC con lesión de 30x37mm en polo superior renal derecho y trombosis de vena renal derecha. Se realiza nefrectomía radical derecha con reporte de patología de carcinoma renal de células claras, grado nuclear de Furhman 2 y glomerulopatía membranosa. Se da seguimiento posterior a los 5 meses de la cirugía con remisión clínica y por laboratorio. Se estima que del 11-13% de los síndromes nefróticos son secundarios a procesos neoplásicos, siendo los más frecuentes carcinoma broncogénico, adenocarcinoma gástrico, colon y próstata, cáncer de mama y carcinoma renal. La fisiopatología del síndrome nefrótico es distinta en los tumores extrarrenales y los propios del riñón, ya que en los extrarrenales se debe principalmente a la acumulación de complejos autoinmunes y en los propios del riñón a la liberación masiva de citocinas. Se trata de un diagnóstico de exclusión debiendo descartarse las causas más comunes, aunque debe sospecharse en aquellos pacientes mayores de 65 años y con un índice tabáquico mayor de 20 cajetilla/año.

**Folio:0435**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

### Neumonía criptogénica organizada: una rara causa de fiebre de origen a determinar

García S<sup>o</sup>, Renpenning E<sup>o</sup>, Borjas O<sup>o</sup>  
 0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González UANL

La neumonía criptogénica organizada es un tipo de neumonía intersticial idiopática poco común, con incidencia de 7 casos por cada 100,000. Hasta 50% de los pacientes puede presentar fiebre. A pesar de ser una entidad poco frecuente e inespecífica, es importante considerarla dentro de los diagnósticos diferenciales de fiebre de origen a determinar. Una paciente femenina de 39 años de edad acudió por presentar durante 4 meses fiebre intermitente > 38.3°C, fatiga, disnea de esfuerzo, cefalea, tos con expectoración blanquecina y pérdida de peso de 6 kilogramos. Fue tratada con antibióticos por médicos particulares sin mejoría. A su ingreso presentaba datos de respuesta inflamatoria sistémica. Se observó infiltrado intersticial bilateral en tele de tórax y patrón en vidrio despulido en TAC. Los estudios de hemocultivos, gram y cultivo de expectoración, BAAR (bacilo ácido-alcohol resistente) y KOH, reacciones febriles, panel viral para hepatitis B,C y VIH, VDRL fueron negativos. Un ecocardiograma y un aspirado de médula ósea fueron normales. Los anticuerpos antinucleares, anticitoplasma de neutrófilos y factor reumatoide fueron negativos. En la broncoscopia se observaron secreciones hialinas y en la biopsia se observaron hallazgos compatibles con neumonía criptogénica organizada. Se decidió manejo con prednisona a 1 miligramo por kilogramo de peso, cediendo la fiebre y logrando mejo-

ría. Se trató de manera ambulatoria por Neumología, logrando remisión completa tras 4 meses de tratamiento. La neumonía criptogénica organizada es una forma idiopática de neumonía organizada (llamada bronquiolitis obliterante o BOOP) que involucra bronquiolos distales y respiratorios, paredes y conductos alveolares. Se desconoce su patogénesis precisa; se atribuye a un daño en el epitelio alveolar. Ocurre típicamente en la 5°-6° década y afecta ambos sexos por igual. Los síntomas principales son tos persistente no productiva, disnea, fiebre, malestar general y pérdida de peso. Pueden observarse opacidades bilaterales en parche, difusas, consolidativas o en vidrio despulido en estudios de imagen. El diagnóstico se basa en la histopatología de la biopsia que incluye conglomerados intraluminales de detritos inflamatorios dentro de los alvéolos. El tratamiento principal es a base de corticoesteroides orales, además de revisiones periódicas hasta lograr remisión y suspender esteroides.

**Folio:0436**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología  
**Coccidioidomicosis diseminada**

*Lozano H<sup>o</sup>*

0.UANL-Hospital Universitario

Inicia su padecimiento actual hace 3 meses con tos productiva, expectoración verdosa sin hemoptisis, dolor torácico tipo pleurítico sin horario, ni calendario sin factores desencadenantes, fiebre de 1 mes de evolución de predominio vespertino, acompañado con diaforesis, astenia y adinamia de un mes de evolución que lo ha incapacitado en cama sin poder levantarse,

con pérdida de peso de 5 kg en 3 meses por lo que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital, donde se realizan exámenes de laboratorio detectándose anemia de 4.39, tiempos de coagulación prolongados transfundiéndose 2 paquetes globulares, en la rx de tórax se encuentra derrame pleural del 80%, por lo que se interconsulta a neumología quien realiza toracocentesis dx con citoquímico compatible con exudado además de solicitar tac de tórax observándose derrame pleural no complicado engrosamiento pleural, por lo que se decide su ingreso a medicina interna para estudio. Con resultados de panel viral positivo para VIH, VHB, VHC, se deja tratamiento profiláctico con Bactrim y claritromicina. Se realiza interconsulta con oftalmología quien no encuentra alteraciones. Es visto por dermatología quien dx ulcera perianal y tiña del cuerpo. El día 6 de junio se realiza punción lumbar por presentar alteraciones del estado mental siendo reportado glucosa de 40, proteínas 290 y cloruro 121.6. El 7 de junio se realiza biopsia pleural y se mandan muestras para koh, gram y cultivo, citología la cual reporta alteraciones inflamatorias agudas y crónicas, reportándose posteriormente biopsia con proceso inflamatorio crónico granulomatoso asociado a coccidioidomicosis. Se realiza tac de alta resolución encontrándose patrón de vidrio despulido, engrosamiento de septos interlobares. Se inicia manejo con fluconazol, bactrim y ceftriaxona. Con evolución clínica tórpida, presentando el día 10 de Junio del 2012 a las 15:37 pm insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica, con saturación al aire ambiente de 68%, gases arteriales con pO<sub>2</sub> de 40, pCO<sub>2</sub> de 55, por



lo que procede a realizar intubación orotraqueal, se encontraba hipotenso por lo que se administra carga de cristaloides, sin embargo cae en paro cardiorespiratorio dándose maniobras de rcp avanzado, no respondiendo a manejo realizándose ekg con trazo isoelectrico declarándose defunción a las 16:07. Se solicita autopsia la cual reporta: Coccidioidomicosis diseminada.

**Folio:0438**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología

**Malformacion arteriovenosa pulmonar en el adulto: reporte de caso y revisión de la literatura.**

*Peña D., Holling A.*

0.Hospital Ángeles Lomas

**Introducción:** las malformaciones arteriovenosas pulmonares son anomalías vasculares que se presentan en 3/100,000 individuos sanos. A pesar de que la mayoría son asintomáticos, estas pueden causar disnea por corto circuito de derecha a izquierda. Macroscópicamente pueden parecer un gran saco único, una masa plexiforme de vasos dilatados, o una anastomosis dilatada y tortuosa entre una arteria y una vena. **Reporte de caso:** paciente femenina de 40 años, previamente sana, inicia su padecimiento 2 meses previos al cursar con dolor torácico opresivo relacionado a esfuerzo, y disnea de medianos esfuerzos que progresó a ser de reposo. A la exploración física se encontró con rubicundez, acropaquia en 4 extremidades y SatO<sub>2</sub> de 70% al aire ambiente. En la biometría hemática se reportó policitemia. En la radiografía de tórax se evidenció una opacidad en lóbulo superior izquierdo. Posterior-

mente se realizó angiotomografía de tórax, en donde se reporto una MAV pulmonar compleja de >4.0 cm. Se realizó cateterismo derecho que demostró MAV pulmonar en segmento anterior del lóbulo superior izquierdo. Se decide su tratamiento quirúrgico, se realiza lobectomía pulmonar superior izquierda y exclusión de vasos nutricios, sin complicaciones. Durante la cirugía se realizó ecocardiograma transesofágico en donde se observo tabique interauricular con foramen oval flexible sin corto circuito intracardiaco. Posteriormente con expansión pulmonar del 100% y resolución de sintomatología. Discusión: Presentamos un caso de MAV pulmonar manifestada por dolor torácico asociado a esfuerzo, disnea y acropaquia. Es poco común, pero deben de ser considerados en problemas pulmonares, como hipoxemia, nódulos pulmonares y hemoptisis. Se debe sospechar en especial, en personas con estigmas de comunicación derecha-izquierda, como esta paciente, telangiectasias o características sugestivas de telangiectasias hereditarias hemorrágicas, ya que la mayoría de las MAV se presentan en estas enfermedades. Se demostró el cortocircuito por cateterismo y se recomendó tratamiento quirúrgico por sus características clínicas y morfológicas, con resolución inmediata de la sintomatología, de esta manera evitando posibles complicaciones como: embolias paradójicas, hemoptisis y/o hemotórax masivo. **Conclusión:** las MAV pulmonares son poco comunes, de difícil diagnóstico y pueden ser tratadas quirúrgicamente.

**Folio:0439**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Comparación de dos métodos moleculares (Xpert MTB/RIF y TIB MOLBIOL) en el diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar en un hospital de tercer nivel**

*Jaramillo V.*

0.Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Antecedentes:** en la actualidad no existe un método diagnóstico ideal para la identificación de *M. tuberculosis* (MTB) en muestras clínicas extrapulmonares. Recientemente la OMS avaló la amplificación de ácidos nucleicos Xpert MTB/RIF para la detección de MTB en muestras de expectoración, sin embargo su utilidad no ha sido suficientemente estudiada en tuberculosis extrapulmonar (TBE). **Objetivo:** comparar la sensibilidad (Se) y especificidad (Es) de dos métodos de reacción en cadena de polimerasa (PCR) para la detección de MTB en muestras extrapulmonares. **Métodos:** se incluyeron muestras consecutivas de pacientes con sospecha de TBE entre mayo de 2012 y febrero de 2013. En todas las muestras se realizó PCR con Xpert MTB/RIF (Cepheid, Sunnyvale, EUA) y con TIB MOLBIOL (GmbH, Berlín, Alemania), cultivo en medio líquido (BACTEC 940/MGIT) y en medios sólidos (Lowestein Jensen y Stonebrink). Se calculó Se y Es de ambas pruebas de PCR considerando como estándar de referencia resultado del cultivo. **Resultados:** se procesaron 169 muestras, 124 (72.9%) de líquido cefalorraquídeo (LCR), 28 (16.4%) biopsias de diversos sitios, 18 (9.7%) de líquidos diversos y abscesos. El cultivo resultó positivo en 11 (6.4%) muestras, PCR por Xpert MTB/RIF positiva en 10 (5.8%), PCR por TIB

MOLBIOL positiva en 7 (4.1%). Xpert MTB/RIF mostró Se 0.54 (IC 95% 0.46-0.61) y Es 0.97 (IC 95% 0.94-0.99) TIB MOLBIOL mostró Se 0.18 (IC 95% 0.12-0.23) y Es 0.96 (IC 95% 0.93-0.98). Considerando únicamente las muestras de LCR: Xpert MTB/RIF: Se 0.71 (IC 95% 0.63-0.79), Es: 0.99 (IC 95% 0.98-1.00) TIB MOL BIOL Se 0.28 (IC 95% 0.20-0.35), Es 0.98 (IC 95% 0.95-1.00). **Conclusiones:** la Se de la PCR mediante Xpert MTB/RIF resultó mayor que la Se TIB MOLBIOL para la detección de MTB en muestras extrapulmonares con Es comparable. La Se de Xpert MTB/RIF resultó mayor en LCR que en el resto de las muestras extrapulmonares. La Es de ambas pruebas en LCR fue similar.

#### Folio:0440

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

**Enfermedad de Rosai y Dorfman cutánea. Presentación de un caso y revisión de la literatura**

Rodríguez B<sup>o</sup>, Domínguez J<sup>o</sup>, Alonso F<sup>o</sup>, Rivera D<sup>o</sup>

0.IMSS CMN La Raza

La histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva es una enfermedad rara. La afectación extraganglionar se puede presentar en cualquier órgano, con manifestaciones cutáneas hasta en el 10% **Objetivo:** dar a conocer un caso de enfermedad de Rosai-Dorfman cutánea Masculino de 73 años, evolución desde hace un mes con prurito en abdomen, nódulos cutáneos eritemato-violáceos, doloroso, duros, en brazo derecho y tórax posterior, sin adenomegalias; las lesiones sufrieron reblandecimiento y ruptura con salida de material purulento. La

biopsia de piel con cultivos negativos, reporte histopatológico de histiocitos con emperipolesis. **Discusión:** La enfermedad de Rosai-Dorfman cutánea es una entidad desconocida y que al no tener una presentación habitual no se piensa como posible diagnóstico dando lugar a confusión con otras dermatosis. **Conclusión:** es importante que los especialistas enriquezcan su conocimiento sobre esta enfermedad para lograr un diagnóstico temprano y un tratamiento precoz.

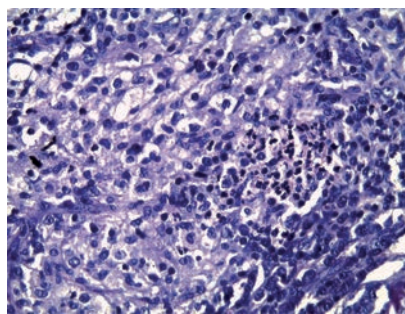


Figura 1.

#### Folio:0441

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Diagnóstico incidental de amiloidosis manifestada por cólico biliar**  
Mondragón D<sup>o</sup>

0.Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos

La amiloidosis es una enfermedad de etiología desconocida, caracterizada por el depósito de amiloide en los espacios extracelulares de diversos órganos y tejidos condicionando alteraciones funcionales y estructurales según la localización e intensidad del depósito. Mujer, 55 años, consume frecuentemente productos lácteos. Inicia hace 1 mes con fiebre, mal estar general, poliartalgias, dolor en hipocondrio derecho, cólico biliar y tos. Tratada con diclofenaco, cipro-

floxacino, trimetoprim, ceftriaxona, loratadina y ambroxol sin mejoría. A la exploración dolor a la palpación en hipocondrio derecho, hepatomegalia 3 cm por debajo del borde costal y tumoración palpable en epigastrio, temperatura 38 grados. Reacciones febriles: brucella 1:320, tífico O 1:320. Ultrasonido: colecistitis crónica litiásica sin datos de agudización, hepatomegalia, esplenomegalia moderada. Bilirrubina directa 1.2, bilirrubina indirecta 0.38, TGO 87, TGP 100, FA 1592, DHL 619, colesterol 270, triglicéridos 230. Ecocardiograma hipertrofia de ventrículo derecho, hipertensión pulmonar severa, discinecia septal y FEVI 79%. Tomografía de tórax con vidrio deslustrado difuso. Fue valorada por el servicio de cirugía quien realiza colecistectomía por sospecha de colecistitis crónica litiásica agudizada. En el transoperatorio: hepatomegalia, hígado macronodular y vesícula arrosariada y se realiza biopsia hepática. Con reporte de colecistitis crónica litiásica, hepatitis crónica granulomatosa compatible con sarcoidosis. La amiloidosis es una enfermedad multisistémica, y su presentación puede mimetizar varias enfermedades. Puede manifestarse como hepatomegalia simple o como padecimiento multisistémico. 25% de los pacientes con amiloidosis tiene hepatomegalia en el momento del diagnóstico, pero sin manifestaciones clínicas de insuficiencia hepática; bioquímicamente sólo la gammaglutamil transpeptidasa y la fosfatasa alcalina son los parámetros que se alteran más comúnmente. El diagnóstico se establece por sospecha primordialmente por biopsia dirigida al órgano afectado. Este procedimiento puede tener hasta 80% de sensibilidad.

**Folio:0442****Tipo de Presentación:** oral**Tema del resumen:** Gastroenterología**Eficacia de erradicación del *Helicobacter pylori* con tratamiento secuencial, comparado con la terapia triple estándar a 14 días. Ensayo clínico**López E<sup>o</sup>, López S<sup>o</sup>, Martínez C<sup>o</sup>

0.IMSS Hospital General Regional No1 Carlos McGregor Sánchez Navarro

**Antecedentes:** la infección por *Helicobacter pylori* es una de las más frecuentes en el mundo. Un 20% de los pacientes con infección desarrollan enfermedad. La terapia secuencial es una terapia antibiótica que dura diez días, con una mayor erradicación y menores efectos secundarios que la terapia triple. Se han notificado tasas de erradicación del 83% al 94% con el esquema secuencial, dependiendo de las características sociodemográficas de las poblaciones estudiadas **Objetivos:** evaluar la eficacia de erradicación con la terapia secuencial comparada con la terapia triple, en población mexicana. **Material y métodos:** en un ensayo clínico aleatorizado, se ingresaron pacientes que requerían erradicación de *Helicobacter pylori*, para recibir esquema de tratamiento secuencial (Día 1-5 omeprazol 20 mg VO c/12 hrs más amoxicilina 1 gr VO c/24 hrs; día 6-10 omeprazol 20 mg VO c/12 hrs más claritromicina 500 mg cada 12 hrs más metronidazol 500 mg c/12 hrs) o terapia triple (omeprazol 20 mg c/12 hrs más amoxicilina 1 gr VO c/12 hrs más claritromicina 500 mg c/12 hrs durante 14 días). Se realizó biopsia gástrica entre la semana 4 a 6 después de terminado el tratamien-

to, para verificar erradicación. Las variables cuantitativas se expresaron como media desviación estándar y las cualitativas como porcentajes. La comparación de variables cualitativas se realizara mediante la prueba Ji cuadrada. **Resultados:** al momento actual se han ingresado 58 pacientes, con promedio de edad  $54.05 \pm 15.42$  años, con una mayor proporción de mujeres (72.4%). La indicación de erradicación mas común fue el consumo crónico de inhibidor de bomba de protones (60.3%). Se ha conseguido una erradicación en el grupo de terapia secuencial de 93.8% vs. 81% en el de la terapia triple ( $p=0.15$ ) en el análisis por protocolo. Un 15% de los pacientes tratado con terapia secuencial presentó algún efecto secundario vs 24% de los pacientes tratados con terapia triple ( $p=0.39$ ) **Discusión** Los resultados obtenidos son semejantes a estudios realizado en algunos países, como el realizado por Kim en 2011, en el análisis de protocolo la tasa de erradicación fue de 92.6% y 85%, respectivamente. En nuestro estudio las diferencias son aún imprecisas, seguramente mejorará al alcanzar el tamaño de muestra planeado. La terapia secuencial no es inferior al tratamiento estándar, presentando un menor número de efectos secundarios.

**Folio:0443****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Neurología **Presentación atípica de enfermedad por priones (enfermedad de Creutzfeldt-Jacob) reporte de un caso**Heredia A<sup>1</sup>, López J<sup>1</sup>, Hernández D<sup>1</sup>, Orozco J<sup>o</sup>, Carballar C<sup>1</sup>

0.Hospital General de México; 1.Hospital Ángeles Clínica Londres

Femenino de 68 años de edad, sin antecedentes personales patológicos inicia su padecimiento actual, 6 días previos a su ingreso al presentar cefalea intensa (9/10) tipo pulsátil de predominio occipital, posteriormente frontal durante la mayor parte del día, agregándose vértigo, que impide la deambulación, se agrega náusea acompañado de vómito de contenido gástrico de 72 Hr de evolución previas a su ingreso; se agrega diarrea 24 Hr previas a su ingreso y se acompaña de cambios en la conducta y alteración del estado de alerta de 24 Hr de evolución, presentando irritabilidad, lenguaje incoherente, conducta agresiva y posteriormente somnolencia por lo que es ingresada al servicio de urgencias; se hospitaliza con los diagnósticos de síndrome confusional en estudio, ataque isquémico transitorio, hipertensión arterial sistémica, gastroenteritis probablemente infecciosa. En su internamiento se evidencia hiponatremia hipoosmolar hipovolemica y continuaba desorientada por lo que es valorada por el servicio de Neurología quien encuentra dolor a la flexión del cuello y Babinski derecho positivo; se realizan estudio de LCR con un citoquímico que reporta 700 células (85% PMN, 15% Linfos), glucosa 21, proteínas 300 y presión de apertura de 22 cmH<sub>2</sub>O, la resonancia magnética reporta reforzamiento leve de meninges, el electroencefalograma muestra actividad irritativa epiléptica, con complejos punta-polipunta y punta-onda lenta. Diagnosticándose estatus epiléptico no convulsivo; presenta deterioro del estado de alerta y continuaba con hiponatremia, por lo que se decide ingresar a UTI, donde egresa a las 48 Hr, con los diagnósticos de CEREBro perdedor de sal

estatus epiléptico no convulsivo. Durante su estancia en piso continua con alteraciones del sodio evolucionando con deterioro del estado de alerta, por lo que nuevamente es valorada por UTI, quien decide invadir la vía aérea como protección y reingresarla a la UTI para manejo integral; es valorada por el servicio de Infectología, se solicita PCR y ADA de LCR para descartar tuberculosis meníngea y se inicia tratamiento antituberculoso empírico en fase intensiva; se realiza electroencefalograma de control reportando actividad muy irregular, compatible con encefalopatía severa difusa, compatible con enfermedad por priones. Se confirma el diagnóstico al reportarse LCR con proteína 14-3-3 y proteína TAU fosforilada positiva.

#### Folio:0444

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Enfermedad ósea de Paget (osteítis deformante). Reporte de un caso tardío**

*Lezama J, Ramírez N, González M*  
0.Hospital General de Zona 2-A Troncoso, Instituto Mexicano del Seguro Social; 1.HGZ 2-A

**Introducción:** la enfermedad ósea de Paget es trastorno metabólico caracterizado por áreas de remodelamiento desorganizado de uno o más huesos. Las complicaciones frecuentes: deformidad ósea, fracturas patológicas, osteoartritis y osteosarcoma. **Reporte de caso:** hombre de 59 años con dolor óseo generalizado crónico. Fractura tibial derecha manejada quirúrgicamente. Elevaciones intermitentes de fosfatasa alcalina de hasta 500 UI/L. Lesiones líticas y deformidad ósea

(figura). PTH 100 pg/mL, Ca 9 mg/dL, fósforo 3.1 mg/dL; testosterona 419 mg/dL, TSH 10 ?UI/mL, T4L 0.9 ng/dL, 25 (OH)D 25 ng/mL, (24h Ucr/Scr) > 0.01, Calcio en orina de 24 hrs 60 mg/ 24 hrs, albúmina 4.2 mg/dL **Conclusiones:** diagnóstico tardío de Enfermedad ósea de Paget. La baja prevalencia en nuestra población podría explicarlo. Se sospecha en individuos en la sexta década con dolor óseo de predominio en esqueleto axial y fracturas patológicas sin etiología neoplásica. Se trata enfermedad sintomática con bifosfonatos.

#### Folio:0445

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Cardiología

**Efecto de la pioglitazona sobre la función endotelial en pacientes con lupus eritematoso sistémico: análisis mediante <sup>13</sup>N-amonio PET y parámetros bioquímicos**

*Marroquin L, Alexánder E, Juárez J, Posadas C, Peñarrieta E, Juárez L*

0.Centro Médico ABC; 1.Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Objetivo:** estudiar el efecto de la pioglitazona en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) con disfunción endotelial usando la tomografía por emisión de positrones (PET) y parámetros bioquímicos. **Métodos:** estudio controlado, prospectivo, aleatorizado, doble-ciego. Se incluyeron 30 pacientes premenopáusicas de ? 18 años de edad con LES que fueron asignadas aleatoriamente en 2 grupos, recibiendo una dosis de 30 mg/día de pioglitazona o placebo por 12 semanas con un seguimiento cada 4 semanas. Se midió flujo sanguíneo miocárdico (FSM), reserva de flujo coronario (RFC) y marcadores bioquímicos antes y después de com-



**Figura 1.** La enfermedad ósea de Paget puede involucrar a un hueso (monostótica) o a varios huesos (poliostótica). Primariamente en el cráneo o pelvis (B, E); luego vértebras, fémur y tibia (C, E, F). Hiperostosis se refiere al engrosamiento de hueso cortical (D). Osteoesclerosis se refiere al patrón trabecular áspero desorganizado, así como expansión ósea (A, B, C, D), En la enfermedad avanzada hay osificación heterogénea (C).



pletar el tratamiento, estos parámetros fueron adquiridos mediante 13N-amonio PET/CT (BiographTruePoint, Siemens, con protocolo de reposo e hiperemia inducida con adenosina) y muestras de sangre venosa respectivamente. Los datos obtenidos fueron analizados mediante SPSS v18.0 (Inc., Chicago, IL). **Resultados:** se encontró un aumento significativo en la RFC en el grupo de pioglitazona, de un basal de 3.01 mL/g/min (IC 95% = 2.54 - 3.55) a 4.17 mL/g/min (IC 95% = 3.23 - 5.09) con una  $p = 0.041$ , mientras que no se observaron cambios en el grupo de placebo, de un basal de 3.48 mL/g/min (IC 95% = 2.87 - 4.01) a 3.47 mL/g/min (IC 95% = 2.89 - 4.18) con una  $p = 0.233$ . El análisis bioquímico mostró una disminución en los niveles plasmáticos de triglicéridos ( $r = -0.679$ ,  $p = 0.008$ ) e insulina ( $r = -0.411$ ,  $p = 0.014$ ), en correlación con el aumento en la RFC. **Conclusión:** existe un aumento significativo en la RFC después del tratamiento con pioglitazona, lo cual demuestra los efectos anti-inflamatorios y de sensibilización a la insulina del fármaco, que contribuyen directamente a la mejoría en parámetros medibles de forma no invasiva de la dinámica vascular coronaria, lo cual sugiere que la pioglitazona puede ser un tratamiento efectivo que disminuye la progresión de la disfunción subclínica endotelial y vascular del músculo liso, las cuales son conocidas como etapas tempranas de la aterosclerosis.

**Folio:0446**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia  
**Tema del resumen:** Infectología  
**Tuberculosis miliar: presentación asociada a espondilitis anquilosante y embarazo**

Jáuregui L<sub>o</sub>, Bermúdez P<sub>o</sub>, García A<sub>o</sub>,  
 Hernández C<sub>o</sub>  
 0.Centro Medico ABC

**Antecedentes:** la inmunosupresión y el embarazo son factores de riesgo para desarrollar tuberculosis (TB). **Objetivo:** presentar el caso y revisión de literatura de Espondilitis anquilosante (EA) y TB en embarazo. Informe de Caso: Mujer de 31 años con EA con manejo inmunosupresor con Adalimumab, Etericoxib y Sulfazalazina. Presentó fiebre, diaforesis nocturna y linfadenopatía de un mes de evolución que fue tratado con varios antibióticos sin mejoría. Laboratorios: Interferón Gamma para TB positivo, leucocitosis, elevación PCR y VSG. Tele de Tórax: imágenes reticulonodulares bilaterales difusas y Tomografía Computada Tórax: patrón en árbol de gemación. Diagnóstico de TB miliar iniciando rifampicina, pirazinamida, isoniazida y etambutol. Elevó enzimas hepáticas. En la 24 SDG tuvo parto pretérmino. Se egresó con tratamiento antifímico. **Discusión:** Dificultad diagnóstica de TB en embarazo, pruebas diagnósticas válidas, factores de riesgo agregados, tratamiento y reacciones adversas.



Figura 1.

**Folio:0447**

**Tipo de Presentación:** cartel  
**Tema del resumen:** Neurología  
**Enfermedad de Devic asociada a tiroiditis autoinmune**  
 Mendoza E<sub>o</sub>, Reyna M<sub>o</sub>, Lozano J<sub>o</sub>  
 0.Hospital General de Ticomán

La enfermedad de Devic o Neuromielitis Óptica (NMO) es un trastorno desmielinizante, inflamatorio e idiopático del sistema nervioso central (SNC), descrita en 1894 por Eugéne Devic. **Objetivo:** conocer endocrinopatías en NMO. **Presentación del caso:** femenino de 19 años, con NMO desde los 9 años, cursó con múltiples brotes que condicionaron amaurosis, déficit motor y sensitivo en extremidad torácica derecha y miembro pélvico izquierdo, catalogándose como resistente al tratamiento. Cursó con nuevo brote asociado a infección viral, encontrándose anticuerpos antitiroglobulina positivos. Los datos clínicos y serológicos de autoinmunidad, entre ellos anticuerpos antiacuaporina-4 (antiAQP4 ó NMO-IgG) son un marcador muy sensible y específico. Existe una relación entre alteraciones en pacientes con NMO y endocrinopatías asociadas, en algunos estudios la NMO es resistente a tratamiento.

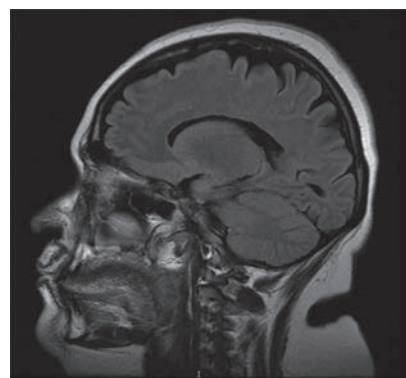


Figura 1.

La NMO puede manifestarse con otros marcadores de autoinmunidad, como ANAs, factor reumatoide y tiroglobulina.

**Folio:0451**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Cardiología

**Endocarditis de Libman-Sacks: expresión de lupus eritematoso sistémico**

*Mendoza E, Lozano J, Merino J*

0.Hospital General de Ticomán;  
1.Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE

**Introducción:** la endocarditis no infecciosa, que se presenta en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), fue descrita en 1924 por Libman y Sacks, actualmente sabemos que la lesión histopatológica consiste en depósito de células mononucleares y fibrina, que genera acúmulos verrugosos con predominio en cavidades izquierdas. **Objetivo:** presentar manifestaciones cardíacas de LES. **Presentación del Caso:** Femenino de 55 años, portadora de LES de 21 años de diagnóstico, con múltiples cambios de terapia inmunosupresora, Nefropatía Lúpica, Hipertensa controlada, presenta disnea de medianos esfuerzos de 2 meses de evolución, en consulta médica se detectó soplo pansistólico en foco mitral intensidad III/VI, se realizó Ecocardiograma transesofágico (ECOTE) que reportó lesión móvil en valva anterior mitral de 5x8mm, Jet de regurgitación severo y derrame pericárdico de 214ml. **Discusión:** la pericarditis es la manifestación clínica más frecuente de LES, sin embargo, la Endocarditis de Libman-Sacks es la manifestación más característica, estudios de inmunofluorescencia

muestran depósitos de inmunoglobulinas y complemento en las lesiones. El diagnóstico y seguimiento se establece mediante ECOTE. La afectación es asintomática en la mayoría de los casos, sin embargo puede condicionar insuficiencia valvular, con necesidad de ofrecer tratamiento quirúrgico, reportándose hasta en 8%. **Conclusiones:** la patología valvular en pacientes reumatológicos se puede asociar a endocarditis de Libman-Sacks, que puede pasar inadvertida hasta presentar datos francos de insuficiencia, como es el caso de nuestra paciente. Bernabeu E, Manrique R, García A, Vela P, Vega J, Aranda I, Llamas P. Reparación valvular mitral en un caso de endocarditis de Libman-Sacks. *Cir Cardiov.* 2012; 19(3):329-31. Libman E, Sacks B. A hitherto undescribed form of valvular and mural endocarditis. *Arch Intern Med* 1924;33:701-37. Carrillo-Esper R, Carrillo-Córdova JR, Carrillo-Córdova LD, Carrillo-Córdova CA. Endocarditis de Libman-Sacks. *Gac Med Mex.* 2010 Jan-Feb;146(1):67-9.

**Folio:0452**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

**Reporte de caso: Mieloma hiposecretor**

*Cruz A, Rodríguez M, Gonzaga T, Mijangos F, Castro L, Reyes E*

0.Hospital Central Norte Pemex;  
1.Hospital Central Norte

Masculino de 74 años sin antecedentes heredofamiliares y crónicos de importancia, inicia padecimiento actual hace 5 años con dolor lumbar, pérdida de peso de 10 kg en un año, disminución de talla de 23 cm, astenia, adinamia e hiporexia, en paraclínicos

con hallazgo de anemia normocítica normocromica (Hemoglobina 9.4 gr/dl), radiografía de columna con fractura patológica de L1-L2, reporte de electroforesis de proteínas normal, proteínas de Bence Jones negativas, biopsia de medula ósea con reporte histopatológico de coágulos sanguíneos con infiltración anormal de células plasmáticas, PET- SCAN reporte de fractura a nivel de pubis derecho, clavícula derecha, escapula izquierda. Se inicio tratamiento quimioterápico con bortezomib-esteroide, actualmente en tratamiento con talidomida, respondiendo adecuadamente a tratamiento. **Conclusión:** el mieloma no secretor (NSM) comprende 1 al 5% de todos los mielomas, se define como la ausencia sérica o urinaria de inmunoglobulinas monoclonales en pacientes con cuadro clínico de mieloma múltiple, proceso secundario a síntesis aberrante de cadenas ligeras monoclonales, incapacidad de excretar la inmunoglobulina por las células plasmáticas, producción de inmunoglobulina rápidamente degradable y baja capacidad de síntesis de un clon de células plasmáticas. Se ha observado que en el cuadro clínico hay menor incidencia de presentar anemia, disfunción renal o hipercalcemia. El diagnóstico presentan proteína monoclonal positiva, pero carecen de proteína M en la electroforesis. Los estudios de inmunofluorescencia se deben de realizar en todo paciente en el que se sospeche el diagnóstico, la medición de cadena ligera sérica ha ayudado para identificar un marcador tumoral de seguimiento en pacientes con mieloma no secretor. es una entidad en la que no se presenta la proteína M en la electroforesis a pesar de tener pequeñas elevaciones de

cadena ligeras libres monoclonales en suero y/u orina. El tratamiento no difiere de un diagnóstico al otro en ambos se trata con una combinación de (lenalidomida o bortezomib) y un coricoesteroide. Los pacientes quienes tienen cadena ligera mayor de 100 mg/L medible en suero, puede utilizarse estos parámetros como vigilancia. En aquellos pacientes que no tienen ningún marcador tumoral medible, la respuesta al tratamiento se define con base en la mejoría en el cuadro clínico.

**Folio:0453**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

**Hemorragia subaracnoidea como signo neurorradiológico de trombo-sis venosa cerebral. Presentación de un caso en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos**

*Meza D<sub>o</sub>, Morones I<sub>o</sub>, Salgado T<sub>o</sub>, Ramírez R<sub>o</sub>, Alemán G<sub>o</sub>, Porras C<sub>o</sub>, Cruz A<sub>o</sub>, Rodríguez M<sub>o</sub>, Rosales O<sub>o</sub>, Gonzaga T<sub>o</sub>, Bautista A<sub>o</sub>, Castro L<sub>o</sub>, Terán J<sub>o</sub>, Labastida M<sub>o</sub>, Reyes A<sub>o</sub>*

0.Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos

**Introducción:** la trombosis venosa cerebral representa un reto diagnóstico como terapéutico, es una patología poco frecuente, suele ser menos del 1% del total eventos vasculares cerebrales. La incidencia de la trombosis cerebral es aproximadamente de 3-4 por 1 millón de personas al año. Su síntoma más común suele ser la cefalea, presente en un 95% de los pacientes, seguido por crisis convulsivas en el 47% y síntomas focales en un 43%; es una causa rara de hemorragia subaracnoidea, no obstante, ésta última debe ser considerada.

**Caso clínico:** femenino de 62 años

de edad, con tabaquismo positivo sin crónico degenerativos, que inicia con cefalea súbita de predominio frontal, en una intensidad 10/10, pulsátil, sin irradiaciones, sin pérdida del estado de alerta o movimientos anormales cedió de forma parcial a la administración de analgésico. Funciones mentales superiores integras. Nervios craneales sin alteraciones, leve rigidez de nuca, no hay Kerning ni Brudzinski, marcha normal, sin focalización neurológica, Babinski y sucedáneos negativos. Tomografía simple de cráneo con presencia de hemorragia subaracnoidea en occipital derecho y cisterna interhemisférica parte posterior, la localización y distribución del sangrado obligan a realizar estudio de escrutinio con dímero D resultando positivo, con valor de 737 mg/dl; la resonancia simple y contrastada con secuencias T1,T2, Flair y angiorensonancia, presenta imágenes sugestivas de sangrado subagudo subaracnoideo así como imagen isoíntensa en ángulo derecho de delta que corresponde a seno sagital superior con lo cual se concluye hemorragia subaracnoidea espontánea hunt y hess 2; y trombosis del tercio medio de seno sagital superior. **Comentarios y conclusiones:** sólo 0.5% de todos los eventos vasculares cerebrales corresponden a trombosis venosa cerebral, la forma de presentación más habitual es la cefalea, tal es el caso de nuestra paciente, seguida por crisis convulsivas; el diagnóstico se establece con resonancia magnética y el tratamiento inicial más aceptado es con heparina con disminución de mortalidad del 13%, al egreso se inició terapia anticoagulante oral con la cual se indica durante 3 meses en pacientes sin factores de riesgo asociados. Actualmente la pa-

ciente cursa asintomática, sin datos de focalización neurológica, resonancia control sin evidencia de coágulo o sangrado.

**Folio:0454**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Relación entre la carga viral sérica para CMV y el desarrollo de SIRA en pacientes con VIH y neumonía**

*López Estrada E<sub>o</sub>*

0.Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

La neumonitis por CMV es la tercera manifestación de enfermedad a órgano blanco causado por citomegalovirus en pacientes con SIDA e inmunosupresión avanzada. Se reporta entre 5 y 7%. Los criterios diagnósticos incluyen la presencia de opacidades pulmonares intersticiales en la imagen de tórax asociadas a identificación de múltiples cuerpos de inclusión intranucleares o intracitoplasmáticas en tejido de biopsia pulmonar y , es el origen de cuadros graves de insuficiencia respiratoria que no se explican por otra causa. Existe asociación de la carga viral en sangre de CMV con la probabilidad de desarrollar enfermedad a órgano blanco. **Objetivo:** evaluar el comportamiento de la carga viral sérica en pacientes con neumonía por citomegalovirus en pacientes con VIH e inmunosupresión avanzada. **Material y método:** se trata de un estudio de serie de casos retrospectivo realizado en el Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias basado en la revisión de 147 laminillas de biopsias pulmonares transbronquiales obtenidas

mediante broncoscopia en pacientes hospitalizados con neumonía y VIH. **Resultados:** De las 147 biopsias revisadas se encontró neumonía por CMV en 13 (8.8%) de los casos. En todos los casos de neumonitis confirmada, el conteo de células CD4 fue menor a 50 y la carga viral sérica de VIH fue superior a cien mil copias. Ninguno de los pacientes tenía tratamiento ARV. Nueve pacientes requirieron ventilación mecánica invasiva por SIRA. Se reporta el desarrollo de SIRA en pacientes con amplia variabilidad en la carga viral sérica para citomegalovirus, con posibilidad del desarrollo de insuficiencia respiratoria asociada a neumonitis por CMV aún con cargas virales séricas inferiores a 140 copias e incluso cero, con un curso tórpido y variable. **Conclusiones:** la neumonía por citomegalovirus se presenta en pacientes con inmunosupresión grave asociada a VIH con menos de 50 CD4, sin tratamiento. La etiología viral asociada a CMV y el desarrollo de SIRA se presenta con una amplia variabilidad en relación a la carga viral de citomegalovirus en sangre aún en rangos de cuentas virales en los que teóricamente no se espera la presencia del daño pulmonar citopático asociado con esta coinfección, por lo tanto se debe sospechar esta etiología.

#### Folio:0456

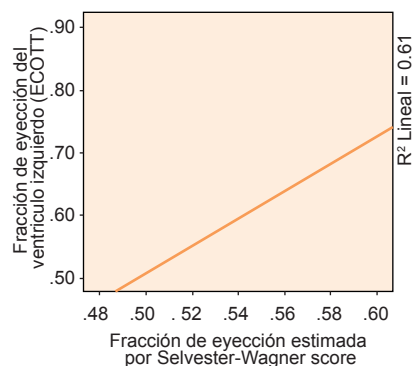
**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Cardiología  
**Selvester Wagner Score como estimador de FEVI en hipertensos e hipertensos diabéticos**

*Mendoza E<sub>0</sub>, Lozano J<sub>0</sub>, Álvarez L<sub>1</sub>, Prieto G<sub>2</sub>, Mendoza V<sub>2</sub>*

0.Hospital General de Ticomán; 1.Hospital General de Xoco; 2.Universidad Nacional Autónoma de México

La remodelación ventricular es propia de la hipertensión arterial sistémica (HAS) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) permite evaluar la funcionalidad cardiaca. El Ecocardiograma (ECOTT) es inaccesible en consulta rutinaria. Tener otra opción para estimar la FEVI permitirá dar tratamiento oportuno. **Objetivo:** correlacionar la FEVI por Selvester-Wagner Score (SWT) y ECOTT. **Metodología:** a 60 pacientes con HAS, 30 de ellos sin DM2 (grupo 1) y 30 con DM2 (grupo2). Se estimó FEVI con SWS, mediante electrocardiografía, correlacionamos su puntuación con la FEVI del ECOTT. **Resultados:** significancia estadística: género masculino  $p = 0.003$ , tensión arterial diastólica  $p = 0.006$ . Correlación de Pearson: grupo 1 (0.699,  $p < 0.001$  grupo 2 (0.841,  $p < 0.001$ ). Coeficiente de regresión: 0.488 y 0.673, respectivamente. **Conclusiones:** SWS, permite predecir la FEVI con adecuada correlación respecto al ECOTT en hipertensos e hipertensos diabéticos.



**Figura 1.** Regresión lineal de FEVI medida por ECOTT y FEVI estimada por Selvester-Wagner Score en hipertensos e hipertensos diabéticos.

#### Folio:0457

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Colitis microscópica como causa de diarrea crónica: una entidad poco sospechada en poblaciones de bajos recursos**

*Lepe B<sub>0</sub>, Aguirre C<sub>1</sub>, Melgoza F<sub>2</sub>*

0.Hospital Universitario de Puebla; 1.UMAE Ávila Camacho IMSS Puebla; 2.Hospital General de Libres, Puebla

**Introducción:** la colitis microscópica (CM) es en general una patología poco sospechada y frecuentemente confundida; pero es una causa de diarrea crónica importante, es considerada con mayor prevalencia en los sectores de altos ingresos económicos. **Objetivo:** reforzamiento del apego al protocolo de diarrea crónica independiente del medio socioeconómico y otros factores de riesgo. **Presentación del caso:** mujer de 42 años, campesina, sin AHF de importancia, con etilismo crónico en últimos 6 años (suspendido hace 6 meses), DM2 de reciente diagnóstico, con buen control metabólico con dieta. Presenta evacuaciones diarreas desde hace 2 años, 3-6 evacuaciones al día (>200 gr/día), disminuidas de consistencia (bristol 7-6), predominio nocturno, con meteorismo e incontinencia fecal, pérdida ponderal de 20 kg, sin dolor abdominal, pujo o tenesmo, ni fiebre, moco, sangre o lentería. Múltiples tratamientos previos sin buena respuesta. Negó consumo de otros fármacos fuera de prescripción médica. Se encontró con regular estado de hidratación, caquéctica, sin compromiso cardiopulmonar o abdominal, sin visceromegalias o



adenopatía. Laboratoriales de ingreso con anemia normocítica normocrómica; química sanguínea, electrolitos séricos y PFH normales, VSG 30, HbA1c 7%, coprológico con leucocitos, perfil tiroideo normal y cinética de hierro con hierro sérico bajo. Se reportó negativo: coproparasitoscópico, FR, reacciones febriles, sangre oculta en heces y serología celiaca. **Discusión:** el abordaje puede ser difícil en los pacientes con múltiples comorbilidades que igualmente pueden condicionar diarrea crónica como la DM2 o el consumo crónico de alcohol. En este caso se realizó colonoscopia con toma de 11 biopsia con reporte de colitis linfocítica. Respondiendo al tratamiento específico. La transición social, la migración y los cambios en el estilo de vida, favorecen la presentación de CM en medios rurales. **Conclusión:** se ha encontrado una alta incidencia de CM en pacientes inicialmente catalogados como síndrome de intestino irritable de predominio diarreico que no responden a tratamiento. El usar de forma rutinaria la colonoscopia y tomar biopsias, permite descartar múltiples entidades que son potencialmente mortales y además permite optimizar recursos. El abordaje sistemático aún en medio rural es posible y ahorra recursos, permitiendo brindar calidad de vida al paciente.

**Folio:0458****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Misceláneos**Neumonía organizada criptogénica: reporte de un caso***Laguna M, Morales A, Díaz M*

0.Hospital Regional 1o. de Octubre. ISSSTE.; 1.Hospital Regional 1o. de Octubre. ISSSTE

La neumonía organizada criptogénica (NOC), es una enfermedad inflamatoria pulmonar rara, sin diferencia de género, entre los 50 y 60 años de edad, con un cuadro clínico subagudo, asociado a sintomatología respiratoria, tos, fiebre, disnea progresiva, pérdida de peso y ocasionalmente hemoptisis. En los casos de neumonía organizada secundaria, se asocian a éstos síntomas los de la enfermedad de base. Radiográficamente cursa con condensaciones alveolares uni o bilaterales cambiantes o infiltrados intersticiales. Su diagnóstico definitivo es por biopsia pulmonar, necesaria para descartar otras entidades clínicas infecciosas e inmunológicas. Descripción del caso clínico. Paciente femenino de 34 años de edad con único antecedente de importancia de ser portadora de angioma cavernoso y de crisis convulsivas tónico clónico generalizadas secundarias de 5 años de evolución. Ingresó a esta unidad hospitalaria posterior a nuevo episodio de crisis convulsivas, y de hemoptisis leve, ingresando inicialmente a el servicio de Terapia Intensiva por cuadro clínico de neumonía aguda grave asociada a broncoaspiración. Radiográficamente con condensaciones alveolares bilaterales. Debido a la mejoría clínica es egresada para volver a reingresar a el hospital 4 meses después nuevamente por crisis convulsivas tónico clónico generalizadas, disnea, hemoptisis y leucocitosis moderada. Gasométricamente con insuficiencia respiratoria tipo I, y radiográficamente con infiltrados reticulares bilaterales de patrón heterogéneo. Se descartaron causas infecciosas con hemocultivos, urocultivos y cultivo de expectoración, y tinciones especiales como PAS,

Grocot y Ziehl Neelsen que descartó tuberculosis y aspergilosis, así como causas inmunológicas y oncológicas. Se sometió a biopsia pulmonar por toracoscopia corroborándose por estudio histopatológico el diagnóstico de Neumonía organizada criptogénica. La tinción tricrómica de Masson resaltó los cúmulos de miofibroblastos intraalveolares. Inició tratamiento con esteroides a 1mg/Kg peso con mejoría clínica y radiológica. Conclusiones La neumonía organizada criptogénica es un padecimiento raro, que en este caso tiene una presentación atípica en paciente joven de la 4a. década de la vida, en donde la correlación de datos clínicos y estudios complementarios es fundamental para llegar a el diagnóstico,

**Folio:0460****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Reumatología**Reporte de caso clínico de enfermedad de Castleman, variante localizada monocéntrica en mujer adolescente, con síndrome paraneoplásico tipo polimiositis***Reyes P, Fuentes P, Osorio D, Hernández C*

0.Secretaría de Salud

La enfermedad de Castleman es una entidad rara definida por sus hallazgos anatomopatológicos: hiperplasia de las células dendríticas de los ganglios linfáticos y marcada proliferación capilar. Se han descrito dos tipos histológicos: la variedad hialin vascular y la plasmocelular. Clínicamente se han identificado dos cuadros: la forma localizada, de curso clínico benigno, y la forma multicéntrica de peor pronóstico. La asociación de manifestaciones clínicas paraneoplásicas, tipo polimio-

sitis es un trastorno caracterizado por inflamación y necrosis de fibras musculares, teniendo mayor riesgo de presentarlo el sexo femenino. En 15-20% de los enfermos con polimiositis se detectan procesos neoplásicos. Presentamos un caso de enfermedad de Castleman localizada en región abdominal, la resección quirúrgica de la adenopatía resultó ser diagnóstica y terapéutica, con presentación clínica inicial de síndrome paraneoplásico tipo polimiositis, que respondió adecuadamente a esteroides.

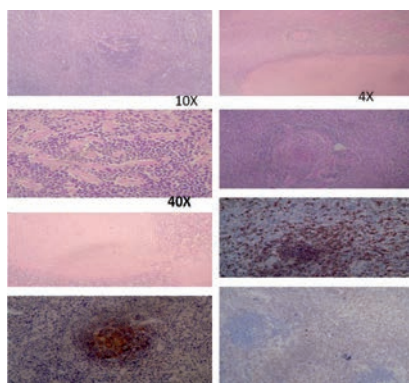


Figura 1.

**Folio:0461**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia  
**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Uso de la hemoglobina glicosilada A1c (hba1c) como prueba diagnóstica en personas asintomáticas mexicanas con factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 (DMT2)**

*Figueroa Eo, Acosta Go*

0.Hospital Central Militar

**Antecedentes** la DMT2 es la forma más frecuente de diabetes primaria, 98 a 99% del total de casos en México, desconociendo muchos pacientes el tener la enfermedad, en nuestro país no conocemos algún estudio donde

se compare la HbA1c como método diagnóstico en relación con la prueba que todavía sigue siendo el estándar de oro, la Curva de tolerancia a la glucosa oral (CTGO). **Objetivos:** utilizar la HbA1c como una prueba diagnóstica para DMT2 en personas que tengan ausencia de síntomas clásicos, factores de riesgo para dicha enfermedad y que desconozcan ser diabéticos. **Material y métodos:** se les dio información a 1976 personas, resultando con factores de riesgo para DMT2 1075, a estas se les hizo medición de la glucosa plasmática, capilar de ayuno o casual, teniendo resultado anormal 136 pacientes, a los cuales se les dio una cita en otra fecha para realizarles la CTGO, glucosa plasmática de ayuno y la HbA1c, de los cuales acudieron 102 de ellos. **Resultados:** se realizaron diferentes puntos de corte de la HbA1c, 5.8%, 6.1, 6.3, 6.5, 6.7, 6.9 y mayor o igual a 7.1, para cada uno de estos puntos, se calculó sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos (VP) positivo y negativo (VN), prevalencia (P) de la enfermedad, precisión diagnóstica (PDx) de cada punto de corte y el valor de Likelihood Ratio (también conocido como índice de verosimilitud) tanto positivo como negativo, todo lo anterior en comparación con la CTGO, para poder determinar el mejor punto de corte de la HbA1c para realizar el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. También se graficó la Curva Característica Operativa del Receptor (ROC). Análisis estadístico: la HbA1c en un punto de corte de 6.5% tuvo una S de 89.4% [(Intervalo de confianza, IC)] 95%; 88.2-90.4), E de 80% (IC 95%; 79.0-80.9) y un LR de 4.47 (IC 95%; 4.45-4.48), PDx de 84.81 (IC 95%; 83.78-84.85), la pro-

babilidad pre-prueba fue de 46.08% (prevalencia) y probabilidad post-prueba dado por este punto de corte de tener la enfermedad se incrementó a 78% (Por Nomograma de Fagan) En la ROC se determinó el mejor punto de corte el cual fue el de 6.5% y un área bajo la curva fue de 0.8981. **Conclusiones:** la HbA1c es una prueba eficaz y segura para realizar el diagnóstico de DMT2 en personas asintomáticas con factores de riesgo para esta enfermedad y que tengan una medición de la glucemia alterada o diagnóstica de dicha enfermedad.

**Folio:0462**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Enfermedad del viajero. Histoplasmosis diseminada en paciente inmunocompetente**

*Espino Eo, Felipe Ro, Flores Oo, Alonso Do, Alonso Do*

0.Hospital General Naval de Alta Especialidad

**Antecedentes:** la histoplasmosis (HP) es la micosis endémica más común que causa infección en humanos su forma es dimórfica en medio ambiente y como levadura en tejidos a 37 grados centígrados, Crece en tierra rica en excrementos de aves. La exposición inicial a *H. capsulatum* es por medio de las vías respiratorias, pero una vez que inhala en los alvéolos, se propaga fácilmente por el sistema reticuloendotelial. El diagnóstico se hace por cultivo agar Sabouraud, ácido desoxirribonucleico ADN específico para *H. capsulatum*, histopatología, detección de antígeno polisacárido de circulación *H. capsulatum* mediante un inmunoensayo enzimático en orina, suero y otros fluidos corporales. El tra-

tamiento es Itraconazol y Anfotericina B. **Caso clínico:** paciente masculino de 54 años de edad, enfermedades crónico-degenerativos: negados; Convivencia con animales (perros), realizando viaje al estado de Veracruz. Inicia hace 5 días previos a su ingreso hospitalario con evacuaciones semilíquidas, sin moco y sangre, fiebre sin predominio de horario llegando a 39.5 grados, Acudió a consulta con medico particular recibiendo tratamiento no especificado sin mejoría presentando disnea, ortopnea y pérdida de peso no cuantificada por el que es traído a valoración a la consulta de Medicina Interna. TA: 105/80 mm Hg FC: 78 lpm FR: 16 rpm T: 39.5 Peso: 48.4 Kg, Talla: 1.54 m IMC: 20.41 Kg/m<sup>2</sup>. Consciente, orientado, deshidratación de piel y de mucosas; campos pulmonares sin agregados; abdomen sin agregados; extremidades sin agregados. Laboratorios: EGO: normal. BH: leucopenia 2,800 cel/mm<sup>3</sup>, linfocitos 1,500 cel/mm<sup>3</sup>, neutrófilos 1,100 cel/mm, Hb: 13.8 gr /dl, HTO 39.6%, Plaquetas 121 x10<sup>9</sup>, DHL 340 U/l, PCR 85 mg/dl, VSG 60 mm/h, ACE: 2,67 ng/ml, AFP: 0,72 ng/ml Ca 19.9 7,40 ng/ml APE 0,24 ng/ml, BAAR (3): negativo, GeneXpert, *Mycobacterium* negativo, Panel viral negativo, Endoscopia alta y baja normal, Citología de lavado: negativa, TAC tórax probable tuberculosis miliar vs diseminación linfangítica, TAC abdominal hepatoesplenomegalia, litiasis vesicular. Se inicia protocolo para HP reporte antígeno 3.1ng/ml siendo positivo por lo que se da manejo con Itraconazol mejorando favorablemente. **Discusión y conclusión:** la HP es una enfermedad frecuente en pacientes inmunodeprimidos La cual se presenta en personas con exposición con

excreta de aves. El tratamiento es Itraconazol y casos graves anfotericina B.

#### **Folio:0463**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Trombosis séptica del seno cavernoso causada por sinusitis de senos: etmoidal, esfenoidal y maxilar**

*Orozco J, Vargas A, Nepomuceno M*  
0. Instituto Mexicano del Seguro Social

**Informe de un caso:** la trombosis venosa cerebral es una enfermedad poco común (< 5%) pero grave de los casos de trombosis cerebral. Las principales etiologías de trombosis de seno cavernoso son trombofilias, embarazo, puerperio, tumores malignos o infecciones. Objetivo: informar el rápido deterioro clínico de una trombosis séptica del seno cavernoso, secundaria sinusitis. Caso: Femenina de 68 años con diabetes mellitus tipo 2 y cirrosis hepática criptogénica. Inicia con edema de miembros inferiores blando, 8 días después presenta lesión por golpe de pierna izquierda que ocasiona lesión escoriativa, dolor y aumento de volumen. Se agrega cefalea en hemicara derecha, parálisis facial derecha, ptosis y otalgia ipsolateral con hipoacusia. TA: 100/60, FR: 28, FC: 80, T: 36, SaO<sub>2</sub>: 93%, exoftalmos de ojo derecho, anisocoria, midriasis, arreflectico, sin movilidad ocular, amaurotico, dolor a la palpación, globo ocular izquierdo sin compromiso, desviación de comisura labial a la derecha. Se descarta por ultrasonido doppler trombosis de extremidad. Paraclínicos: Leucos 9570, Hb: 9.1, Plaquetas: 119000, Glucosa 353, Creatinina: 3.0, Urea: 100, TAC de cráneo trombosis de seno cavernoso,

dilatación de vena oftálmica superior, en la punta del peñasco con erosión de la porción inferior del clivus, ocupación de senos etmoidales, esfenoidal y maxilar bilateral. Se inició tratamiento antimicrobiano, anticoagulación, anticomicial, valorada por Neurocirugía: candidata a tratamiento quirúrgico, sin embargo evoluciono a choque séptico con daño orgánico múltiple, falleciendo antes de realizar intervención quirúrgica. **Conclusión:** la trombosis de seno cavernoso por lo general tiene un pronóstico favorable (95%), es fundamental la valoración interdisciplinaria con el fin de lograr un diagnóstico certero y oportuno. En el presente caso se evidencia un deterioro rápido y brusco a pesar de tratamiento óptimo.

#### **Folio:0464**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Nefrología

**Uso de cocaína y sus derivados acelera la progresión de daño renal en insuficiencia renal crónica terminal (IRCT)**

*Alegria A, Valdez R*

0. Universidad La Salle; 1. Universidad Autónoma de México

**Antecedentes:** el abuso de cocaína es un problema de salud pública mundial. La cocaína En México ocupa el 2o lugar de drogas ilícitas mas consumidas. Su abuso ha sido relacionado con falla renal aguda a través de rabdomiolisis y a falla renal crónica secundario a enfermedad vascular mas frecuentemente, sin embargo aún se estudia su asociación directa con daño renal crónico. **Objetivo:** dar a conocer la correlación entre el consumo de cocaína y sus derivados con la progresión de IRCT. Material

y Método :se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, observacional, descriptivo en pacientes con IRCT sometidos a hemodiálisis crónica en el Hospital General de México. A quienes se realizó una encuesta en entrevista directa para conocer las características sociodemográficas, clínicas y de consumo de drogas ilícitas. Análisis estadístico: con programa SPSS 21.0. **Resultados y conclusión:** el uso de cocaína y derivados y otras drogas se asocia a una progresión mas rápida daño renal en IRCT.

**Folio:0466**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

**Síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) asociado a insuficiencia renal crónica (IRC): reporte de un caso**

*Pérez E, Torres N*

0.IMSS, Centro Médico Nacional Adolfo Ruiz Cortinez

Descrito en 1996, asociado a numerosas patologías, entre ellas IRC.

La lesión endotelial y alteración en la perfusión cerebral son el común denominador. Caracterizado por edema cerebral corroborado por neuroimagen, afecta más frecuente la sustancia blanca del lóbulo occipital y parietal. Se presenta: cefalea, convulsiones, alteraciones de conciencia y visuales, parestias. Generalmente remite. **Caso clínico:** mujer de 22 años. IRC por glomerulopatía; 1 año con diálisis peritoneal. Ingresos por recambio de catéter. En su estancia con hipertensión, cefalea, convulsiones, estupor y cuadriplejía. Sin causa metabólica y LCR normal. TAC de cráneo con edema de bilateral, hipodensidad occipital derecha. Se dio manejo antihipertensivo y requirió intubación. Evolucionó a la mejoría. 1 mes después con recuperación completa. RM sin edema, hiperintensidad occipital derecha. **Conclusión:** el conocimiento del PRES es limitado. Mayor evidencia sobre esta entidad mejorará el diagnóstico y tratamiento.

**Folio:0468**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

**Pérdida ponderal como manifestación de amiloidosis con afectación multisistémica. Reporte de un caso**

*Valdez E, Alfaro J, Casarrubias M, Rodríguez B, Portillo E, Navarro W*  
0.IMSS CMN La Raza

**Antecedentes:** la amiloidosis se refiere al depósito patológico de cantidades demostrables de material proteico extracelular en los órganos y tejidos, es una enfermedad rara con una incidencia anual de 8 casos por millón de habitantes. **Objetivo:** presentar un caso de amiloidosis sistémica. **Caso:** masculino de 63 años que inicio su padecimiento 8 meses previos a su ingreso con saciedad temprana, disfagia a sólidos, epigastralgia, hiporexia, pérdida ponderal de 25kg, diaforesis nocturna por 4 meses sin fiebre, estreñimiento con evacuaciones cada 4 a 5 días, dolor óseo de predominio en extremidades pélvicas. Clínicamente con tendencia a la hipotensión, bioquímicamente hiponatremia, anemia y albuminuria, en el electrocardiograma con complejos de bajo voltaje. Ante la sospecha de neoplasia en tubo digestivo se realiza tránsito intestinal, serie esofagogastroduodenal, panendoscopia, y tomografía encontrando pared gástrica engrosada con alteraciones en la distensibilidad, así como segmentación del medio de contraste en íleon y ensanchamiento de la arcada duodenal, con toma de biopsia con reporte de metaplasia intestinal. Se realiza laparotomía protocolizada encontrando en biopsia hepática y bazo sustitución en casi el 95 % del parénquima por una matriz homogénea, acelular, que con la tinción de Rojo

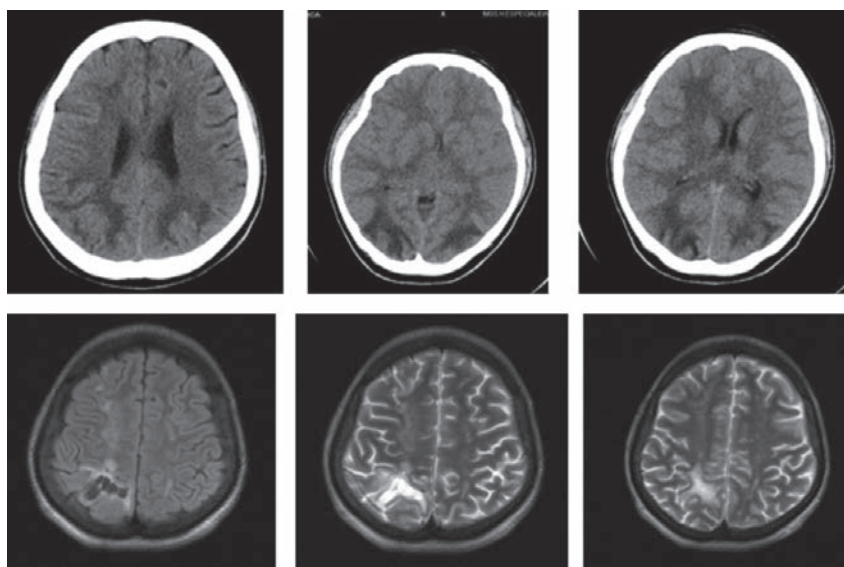


Figura 1.



Congo hace refringencia. **Discusión:** dependiendo del órgano afectado y de la magnitud de la infiltración será la expresión clínica y pronóstico a futuro. En el caso de nuestro paciente se corroboró la presencia de amiloide en bazo e hígado, pero con sospecha de infiltración a corazón, riñón, tubo digestivo y probablemente glándulas suprarrenales lo que condicionó manifestaciones variadas e inespecíficas lo que dificulta el diagnóstico de esta entidad, por lo que se tiene que tener una alta sospecha clínica. **Conclusiones:** hoy en día el diagnóstico y tratamiento precoz de este tipo de enfermedades sistémicas de comportamiento heterogéneo se convierten en el factor más importante para mejorar el pronóstico y expectativas de vida de estos pacientes.

**Folio:0469**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Hemoptisis masiva secundario a aneurisma de Rasmussen: diagnóstico por angiotac y embolización con espiral: reporte de un caso**

*Olivo M<sub>0</sub>, Rendón A<sub>1</sub>*

0.Hospital Universitario; 1.Hospital Universitario

Paciente masculino de 46 años de edad, alcohólico y esquizofrénico. Su motivo de consulta fue hemoptisis. Tenía un cuadro respiratorio de 3 semanas de evolución que inició con síntomas respiratorios altos, a los que se agregó tos productiva de esputo mucopurulento, fiebre y pérdida de peso. No recibió ningún tratamiento y posteriormente se agregó hemoptisis mínima intermitente. A la EF se encontró febril e hipoxémico (SaO<sub>2</sub>-88%) y con estertores roncales en el

hemitórax derecho. La tele de tórax mostró consolidación del lóbulo medio y una cavidad pulmonar con nivel hidroaéreo en el lóbulo inferior derecho. La BH mostró anemia y leucocitosis y el perfil bioquímico mostró hipoalbuminemia. El ELISA para VIH fue negativo. Se hizo el diagnóstico de neumonía abscedada y se inicio tratamiento con ceftriaxona y clindamicina. Se tuvo una mejoría clínica inicial pero al tercer día de evolución presentó hemoptisis masiva. Se realizó una broncoscopia observándose sangrado activo en el segmento superior del lóbulo inferior derecho. Las tinciones y la citología del lavado alveolar no fueron concluyentes de ningún diagnóstico. La TAC de Tórax contrastado reveló la dilatación de una de las arterias bronquiales por lo que se hizo el diagnóstico de Aneurisma de Rasmussen. Se realizó la colocación de un coil (espiral) con lo que se detuvo el sangrado agudo. La evolución posterior del paciente fue hacia la curación y ya no volvió a tener hemoptisis. Si bien las causas de la hemoptisis pueden ser múltiples, el aneurisma de Rasmussen representa una causa rara de ésta. Los aneurismas de Rasmussen son poco comunes y la frecuencia real es desconocida. El manejo de la lesión en estos casos no se realiza frecuentemente, sin embargo en este caso fue evidenciada y realizada de manera exitosa.

**Folio:0470**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Manifestaciones oftalmológicas y neuro-oftalmológicas en lupus eritematoso sistémico**

*Ruiz P<sub>0</sub>, Vargas S<sub>1</sub>, Alfaro J<sub>1</sub>, Casarrubias M<sub>1</sub>*

0.Centro Médico Nacional La Raza;  
1. Centro Médico Nacional La Raza

**Objetivo:** conocer cual es la frecuencia de manifestaciones oculares y/o neuro-oftalmológicas en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en el servicio de medicina interna del Centro Medico Nacional La Raza. **Material y métodos:** estudio retrospectivo en pacientes con LES, que presentaron manifestaciones oftalmológicas y/o neuro-oftalmológicas, durante 4 años. Los criterios de inclusión: pacientes de 16 años o mas, de cualquier genero, diagnostico de LES basados en los criterios del Colegio Americano de Reumatología, con manifestación oculares y/o neuro-oftalmológicas. **Resultados:** se incluyeron 19 pacientes, 6 hombres (31.6%) y 13 mujeres (68.4%). La edad promedio fue de 35.31 (16 a 57 años). Se encontraron las siguientes manifestaciones oftalmológicas: 5 exudados algodonosos (21.74%), 3 maculopatias (13.04%), 3 papiledemas (13.04%), 3 queratoconjuntivitis sicca (13.04%), 3 vasculitis retinianas (13.04%), 2 hemorragias vítreas (8.69%), 2 retinopatias lupicas (8.69%), 1 hemorragia preretinianna (4.34%) y 1 queratitis punteada superficial (4.34%). Las manifestaciones neuro-oftalmologicas fueron: 2 defectos hemioanopticos (15.38%), 1 amaurosis fugax (7.69%), 1 escotoma (7.69%), 1 neuropatía óptico isquémica (7.69%), 1 oftalmoplejia del tercer par (7.69%), 1 paresia recta interna (7.69%), 1 pupila de Adie (7.69%), 1 atrofia óptica (7.69%), 1 diplopía (7.69%), 1 pseudotumor cerebro (7.69%) y 1 oftalmoplejia internuclear (7.69%). **Conclusiones:** la manifestación oftalmológica mas

frecuente es el exudado algodonoso. Los paciente que presentan mayor manifestación oftalmológicas y neuro-oftalmológicas, son los que tienen LES mucocutáneo.

**Folio:0471**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Mucormicosis rinosinusal en un paciente diabético: reporte de un caso**  
*Pérez L<sub>o</sub>, González G<sub>o</sub>*

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

Es una micosis rara, oportunista y fulminante; causada por hongos del orden mucorales, frecuente en inmunocomprometidos. El hongo se encuentra presente en el ambiente y penetra en el organismo por vía aérea, gastrointestinal o soluciones de continuidad de la piel. La mortalidad oscila entre el 50% y 60%, a pesar del diagnóstico precoz e instauración de tratamiento. Se presenta un caso de una infección poco habitual y letal, por lo que el revertir factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento antifúngico y desbridamiento quirúrgico oportuno son críticos para la supervivencia. Masculino de 65 años, Hipertenso de 6 años controlado. Ingresa por Estado Hiperosmolar, Sepsis grave y Tumoración maxilar superior derecha, de 2 semanas de evolución, sin respuesta a ceftriaxona/clindamicina por 7 días, con sospecha por evolución clínica, morfología y Tomografía de Mucormicosis, confirmándose por cultivo y análisis histopatológico. Se inicio anfotericina B a dosis de 60 mg/día con respuesta parcial e inicio de caspofungina a dosis de 50mg/día, desbridamiento quirúrgico de tejido necrótico corne-

tes, vómer, lamina cribosa, maxilar superior y hemimaxilectomía derecha, con evolución satisfactoria. Actualmente en protocolo para colocación Protésica. Enfatizar en el alto índice de sospecha es decisivo para identificar y prevenir su progresión.

**Folio:0472**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Reducción en las tasas de hipoglucemias nocturnas en adultos mayores con insulina degludec comparada con insulina glargina: metanálisis de los estudios clínicos fase 3a**

*Mena J<sub>o</sub>, Sorli C<sub>1</sub>, Warren M<sub>2</sub>, Mersebach H<sub>3</sub>, Johansen T<sub>3</sub>, Oyer D<sub>4</sub>*

0.Departamento de Geriatria, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; 1.Billings Clinical Research Center, Billings, USA; 2.Quadrangle Medical Specialists, Greenville USA; 3.Novo Nordisk, Søborg, Denmark; 4.Northwestern University, Chicago, USA.

Basado en datos presentados en Endocrine Society 2012 Antecedentes: La elección del tratamiento de la diabetes en los pacientes de la tercera edad representa un reto, dado que son particularmente vulnerables a la hipoglucemia, principalmente durante la noche. La nueva insulina basal degludec (IDeg) tiene un perfil de acción ultraprolongado y estable, con una baja variabilidad en su efecto de reducción de glucosa. IDeg ha demostrado una menor incidencia de hipoglucemias para un mismo grado de control en comparación con otras insulinas basales. Objetivo: Comparar las tasas de hipoglucemia con IDeg vs insulina glargina (IGlar) en sujetos de edad > 65 años. Metodología: Se rea-

lizó un metanálisis que evaluó datos a nivel paciente, con datos del programa de estudios fase 3a con IDeg, utilizando un modelo de regresión binomial negativa en una población agrupada con diabetes tipo 1 (DM1) o tipo 2 (DM2) para comparar las tasas de hipoglucemia con IDeg vs IGlar. La hipoglucemia confirmada fue definida como una glucemia autorreportada < 56mg/dL o un episodio grave que requirió ayuda de un tercero. El análisis incluyó datos a nivel paciente de todos los ensayos clínicos abiertos, aleatorizados, de tratamiento a metas, con seguimiento a 26 ó 52 semanas, con IDeg (n=2899) vs IGlar (n=1431) administradas una vez al día en DM1 (2 estudios) y DM2 (5 estudios). Aquí se presenta el subanálisis de los sujetos > 65 años (IDeg, n=632; IGlar, n=283) utilizando el mismo modelo. Resultados: En todos los estudios, 21.1 % de todos los sujetos (6.4% de los DM1 y 25.3% de los DM2) tenían >65 años de edad. Las tasas de hipoglucemia confirmada fueron numéricamente más bajas en los pacientes adultos mayores (Razón de tasas (RT) IDeg/IGlar: 0.82 [IC 95%: 0.66; 1.00]), aproximándose a la significancia estadística. Las tasas de hipoglucemia nocturna fueron significativamente más bajas en 35% con IDeg (RT: 0.65 [IC 95%: 0.46; 0.93]), confirmando lo que se ha observado en la población general del programa de estudios clínicos de IDeg. **Conclusiones:** la reducción en hipoglucemias en los adultos mayores con IDeg en comparación con IGlar confirma lo observado en los estudios clínicos. Esto sugiere que esta nueva insulina puede tener un beneficio de particular relevancia en la población de adultos mayores que requieren tratamiento con insulina.

**Folio:0474****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Cardiología**Miocarditis linfocítica por dengue.****Reporte de un caso***Orozco P, Sarre D, Pérez C, Díaz E, Rodríguez F*

0.Hospital Ángeles Pedregal

**Introducción:** las infecciones virales constituyen sin duda la causa más frecuente de miocarditis, los virus cardiopáticos son la causa principal en países en vías de desarrollo, aunque también en número reducido se han reportado casos de miocarditis por virus del dengue. Desde el punto de vista de la evolución clínica, la enfermedad puede presentarse de forma fulminante con manifestaciones de insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico, embolismos pulmonares y muerte súbita, o más frecuente, de forma asintomática, que evolucione solapadamente hacia la miocardiopatía dilatada. **Caso clínico:** femenino de 69 años de edad, con hipertensión arterial sistémica de 8 años de evolución en tratamiento con Telmisartan/Hidroclorotiazida, antecedente de viaje a Oaxaca, Veracruz y Acapulco hace 15 días Inicia su padecimiento actual 4 días previos a su ingreso cuando presenta pérdida del estado de alerta al estar realizando labores domésticas con duración de 2 minutos aproximadamente presenciado por familiar los cuales niegan movimientos anormales, sin pérdida del control de esfínteres, con recuperación espontánea y completa del estado de alerta, el día de su ingreso presenta otro episodio con pérdida del estado de alerta acompañado de fiebre no cuantificada y escalofríos intensos por lo que acude a valoración al servicio de urgencias.

Posteriormente durante su estancia en urgencias la paciente presenta deterioro hemodinámico progresivo, con TA 70/20mmHg FC 140, FR 24, por lo que se inicia manejo con soluciones cristaloides, antipiréticos y vasopresor por lo que se decide su ingreso a la UCC. Laboratorios: Hb 15.8 Hto 46.2 plaq 124,00 Leu 3 Neutrofilos 71/17, EKG: Ritmo sinusal FC 95, Eje -30°, Imagen de BCRDHH, Onda T invertida en todas las derivaciones. Se sospecha de miocarditis viral por el evento de falla de bomba aguda por lo que se agrega se inicia tratamiento con ribavirina Perfil viral: Negativo Anti dengue IgG IgM: ? Anti dengue IgG 18.04 ? Anti dengue IgM 28.66 ? Negativo ?9.00 Indetermin 9-11 Positivo >11 cateterismo cardiaco: Arterias coronarias sin lesiones, ventriculografía demostró disfunción sistólica grave, Presión VI 111/40 VD 109/70, hipocinesia global grave VI biopsia de miocardio: miocarditis linfocítica focal mínima.

**Folio:0475****Tipo de Presentación:** sin preferencia**Tema del resumen:** Oncología**Expresión e impacto pronóstico de la proteína fosfatasa de tirosina 1B en pacientes con cáncer de mama y su asociación con la presencia de obesidad, resistencia a la insulina o diabetes mellitus tipo 2***Villanueva L, León E, Escobar E*

0.Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** la fosforilación de proteínas en residuos de tirosina es uno de los más importantes acontecimientos postraduccionales para regular procesos celulares y se encuentra controlada por cinasas y fosfatasa. La alteración

del balance normal entre la actividad de estas enzimas resulta en una fosforilación aberrante de residuos de tirosina, la cual ha sido ligada a la etiología de varias enfermedades incluyendo el cáncer. La proteína fosfatasa de tirosina (PTP1B) juega un papel clave en la señalización de vías metabólicas relacionadas con DM (diabetes mellitus) y obesidad y se ha visto sobre expresada en células de cáncer de mama en comparación con tejido normal. **Objetivo:** determinar la expresión e impacto pronóstico de PTP1B en cáncer de mama y su asociación con la presencia de DM 2, obesidad e intolerancia a carbohidratos. **Métodos:** fue una cohorte retrolectiva de la que se obtuvieron tejidos de pacientes con cáncer de mama, tratadas con quimioterapia neoadyuvante en nuestra institución de 2008-2012. Se realizó inmunohistoquímica para PTP1B en el tejido antes y después de la quimioterapia. Se definieron como muestras positivas aquellas en las que la inmunotinción fuera de leve a fuerte ( , , ) y negativas aquellas en que no se expresara ninguna reacción al anticuerpo. Se hizo un análisis retrospectivo de la información clínica así como la respuesta clínica, radiológica y patológica a la quimioterapia y su asociación con la expresión de PTP1B. **Resultados:** se incluyeron 46 pacientes con mediana de edad de 50.5 años. La mayoría tuvieron tumores de alto grado (39.4%) y se encontraron en estadio IIA (34.3%). Más del 50% tenían DM 2 u obesidad. El 79.8% recibió quimioterapia neoadyuvante a base de ciclofosfamida, doxorubicina, 5-fluororacilo y taxol. El 64.7% tuvo una respuesta radiológica parcial. Se obtuvieron respuestas patológicas

grado 2 y 3 en 22.44% y 28.57% respectivamente. Están pendientes los reportes de inmunohistoquímica para ver la expresión de PTP1B. **Conclusiones:** el desarrollo de marcadores adicionales de pronóstico en cáncer de mama es necesario para facilitar un tratamiento dirigido a los riesgos de cada paciente. Mediante los resultados que obtengamos podremos tratar de predecir si la inhibición de PTP1B podría ser un blanco terapéutico importante en el manejo de cáncer de mama, obesidad, intolerancia a carbohidratos y DM.

**Folio:0476**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Eficacia de la variabilidad glucémica como parámetro de control en el paciente con DM2 estratificado por hemoglobina glicosilada y tratamiento estandarizado en el centro medico Issemym Toluca**

*Reyes D<sub>o</sub>, Brea E<sub>o</sub>, García E<sub>o</sub>, Jiménez J<sub>o</sub>, García M<sub>o</sub>, Lugo L<sub>o</sub>*

0.Centro Médico Issemym Toluca

El síndrome metabólico (SM) y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) comparten varios factores de riesgo en su etiopatología. El estrés oxidativo juega un papel importante en el desarrollo de las complicaciones vasculares de estas enfermedades metabólicas. Una de las fuentes que contribuyen al estrés oxidativo es la fuga de especies de oxígeno reactivas (ROS) de la mitocondria. Por lo tanto, la variabilidad Glucémica de un individuo es un factor independiente de riesgo cardiovascular en el paciente con diabetes definiéndola como la desviación estándar del promedio de glucosa que tiene el

paciente a través, de la excursión, magnitud y amplitud de glucosa en 24 horas (MAGE). **Objetivo:** evaluar la eficacia terapéutica en el paciente con DM2 del CMI, estratificados en base a su nivel de HbG1AC con un método que mide la variabilidad glucémica. **Materiales y métodos:** los individuos dentro de los grupos de estudio fueron ordenados en función de sus características bioquímicas, antropométricas y estratificados en base al nivel de Hb1Ac 5-5-6.5% riesgo bajo, 6.7-8% riesgo intermedio y 8-11% riesgo alto de acuerdo con la American Diabetes Association (ADA) independientemente del tratamiento utilizado. Se inserta un catéter en región periumbilical como lo marca la estandarización del equipo Meditronics. **Resultados:** se estudiaron 20 pacientes con promedio de la DM2 de 2 años los cuales se estratificaron a través del valor de su hemoglobina glicosilada y tratamiento utilizado. **Conclusiones:** la Hb1Ac, la glucosa media y la variabilidad glucemia son factores de riesgo independientes para hipoglicemia en el paciente con DM2. Y la variabilidad Glucémico es mejor predictor de hipoglicemia en pacientes con DM2. La mayoría de los tratamientos para la diabetes se ha enfocado a demostrar eficacia comparativa para reducir los niveles de Hb1Ac. Sin embargo, son pocos los estudios que hablan de la variabilidad glucémico como marco de tratamiento en el paciente con DM2. Por lo que se ha establecido una correlación entre el uso de antidiabéticos orales y la presencia de disfunción pancreática postprandial con el tiempo. Y esto en parte se debe poca atención en la variabilidad glucémico por lo que lo que el estrés oxidativo genera daño

y riesgo de complicaciones en los pacientes.

**Folio:0477**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Colecistitis alitiásica, presentación infrecuente como manifestación de lupus eritematoso sistémico. Presentación de un caso y revisión bibliográfica**

*Flores Q<sub>o</sub>, Torres P<sub>o</sub>, Ballesteros P<sub>o</sub>, Gallegos M<sub>o</sub>, Irazoque F<sub>o</sub>*

0.Hospital Ángeles Mocel

**Introducción:** los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) sufren síntomas gastrointestinales por la enfermedad, fármacos o infecciones. Ante dolor abdominal agudo debe incluirse en el diagnóstico diferencial patología de la vesícula biliar. La colecistitis alitiásica por vasculitis ha sido descrita. Se presenta a una paciente con LES que requirió colecistectomía por colecistitis alitiásica, con el fin de recordar estas complicaciones al valorar a un paciente con LES con dolor abdominal en hipocondrio derecho.

**Caso clínico:** mujer de 21 años con LES, en tratamiento con Prednisona y Azatioprina, con dolor abdominal súbito, intensidad 7/10, opresivo en epigastrio e hipocondrio derecho, irradiado a espalda, con náusea y vómito, se medicó paracetamol sin mejoría. Ultrasonido de hígado y vías biliares reportó, vesícula biliar piriforme, 74x21x25mm, anecoica, pared de 3mm. Se trató con bolos de dexametasona con desaparición del dolor. Presentó nuevamente dolor y se realizó colecistectomía laparoscópica, reporte histopatológico con infiltrados inflamatorios transmurales por células linfoplasmocitarias con



focos de leucocitos polinucleares neutrófilos y presencia de eosinófilos asociados a intensa congestión vascular, egresó por mejoría. **Conclusión:** la colecistectomía es el tratamiento para pacientes con LES con colecistitis aguda, el tratamiento exitoso con corticoesteroides ha sido comunicado. En ocasiones, los síntomas de serositis imitan los de colecistitis aguda. La participación de la vesícula biliar es rara en pacientes con LES y plantea la sospecha de vasculitis.

**Folio:0478****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Infectología**Varón de 18 años de edad con malaria complicada y enfermedad de Caroli: reporte de caso***Goicoechea E<sub>o</sub>, Balderas J<sub>o</sub>, Tenorio E<sub>i</sub>, Ortíz Y<sub>o</sub>, De los Ríos A<sub>o</sub>, Corazón K<sub>o</sub>*

0.Sector salud; 1.Sector salud

**Antecedentes:** el paludismo o malaria es una enfermedad parasitaria que afecta a nivel mundial en países en vías de desarrollo, causada por un protozoo del género *Plasmodium*, transmitido por un vector del género *Anopheles*. La mayoría de los casos tiene un desenlace benigno, sin embargo se han reportado casos de malaria complicada (presencia de falla orgánica), que conllevan a desenlaces fatales. El tratamiento en estos casos es medidas de soporte y antimaláricos. La enfermedad de Caroli, es un trastorno genético caracterizado por la presencia de ectasia de los conductos biliares intrahepáticos así como fibrosis hepática. Se manifiesta por episodios de colangitis de repetición así como presencia de litiasis biliar y hepática que conlleva

a fibrosis. El tratamiento es mediante drenajes y antibióticos sin embargo e definitivo es el trasplante hepático.

**Caso clínico:** varón de 18 años sin antecedentes de importancia. Inició su padecimiento 3 meses previos caracterizado por pérdida de peso, fiebre no cuantificada, incremento del perímetro abdominal, ictericia y edema de miembros pélvicos. Acudió a esta unidad hospitalaria donde se observó paciente caquéctico, deshidratado con ictericia en escleras, con fiebre e importante incremento del perímetro abdominal. A la exploración física solo se documentó ictericia, hepatomegalia y ascitis moderada. De sus laboratorios destacó anemia severa, trombocitopenia moderada, hiperbilirrubinemia mixta y coagulopatía, sin sangrado aparente. Se solicitó frotis de sangre periférica donde se reportó positivo para *Plasmodium*. De los estudios de gabinete se destacó una resonancia magnética el cual reportó reportó datos compatibles con enfermedad de Caroli (ectasia de los conductos biliares intrahepáticos) e hipertensión portal. Se realizaron estudios endoscópicos donde se evidenciaron várices esofágicas pequeñas sin evidencia de sangrado. Durante su evolución se iniciaron antimaláricos así como transfusión obteniendo mejoría clínica. La evolución del paciente fue benigna y se decidió integrar a protocolo de trasplante hepático. **Conclusión:** la malaria y la enfermedad de Caroli son dos entidades poco frecuentes reportadas en la literatura, el paciente presentó estas dos patologías cuyo desenlace no fue fatal a pesar de las complicaciones que sin embargo ambas culminaron con falla hepática terminal en este paciente.

**Folio:0479****Tipo de Presentación:** sin preferencia**Tema del resumen:** Nefrología**Niveles de troponina I en pacientes con insuficiencia renal crónica asintomáticos para la detección de síndrome coronario agudo***Hernández A<sub>o</sub>, Maya A<sub>o</sub>, Martínez E<sub>o</sub>, Sánchez M<sub>o</sub>*

0.Hospital General de México

**Planteamiento del problema:** la insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad con alta prevalencia en nuestro país, la mayor mortalidad asociada a la IRC se debe a eventos cardiovasculares. Sin embargo, en el Hospital General de México dicha asociación no se determina correctamente debido a una mala adecuación de terapia de reemplazo renal. **Objetivos:** el propósito de este estudio es determinar la relación que existe entre los niveles de troponina I con el riesgo cardiovascular, con el fin de establecer otra posible medida para su temprana detección. **Hipótesis:** pacientes con IRC presentarán niveles mayores de troponinas I cardíacas y por tanto mayor riesgo cardiovascular. **Metodología.** Se tomó una muestra de 78 pacientes con IRC, de los que se tomaron datos sociodemográficos (sexo, edad) y, también, variables relativas al estudio (urea sérica, creatinina sérica, troponinas I, y otras). Se utilizó una metodología estadística con ayuda del paquete estadístico STATA. Se realizaron correlaciones de Pearson para probar los objetivos del estudio. **Resultados:** no se encontró significancia estadística en las correlaciones de Pearson entre niveles de troponina I y score de Framingham ( $p=.18$ ), urea ( $p=.31$ ), hemoglobina ( $p=.10$ ) y tasa de filtrado glomerular ( $p=.41$ ).

**Conclusiones:** no existe asociación estadística entre los niveles elevados de troponina I y el incremento en el riesgo cardiovascular, por lo que los niveles de troponina I sólo deberán ser considerados en el contexto de infarto agudo al miocardio.

**Folio:0481**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología

**Taquicardia ventricular monomórfica sostenida secundaria a intoxicación por *Ibervillea sonora* (tratamiento alternativo para diabetes)**

Vázquez H<sup>o</sup>, Avella J<sup>o</sup>, Romero L<sup>o</sup>, Suárez L<sup>o</sup>

0.Hospital General Dr. Gaudencio González Garza de CMN La Raza IMSS

**Antecedentes:** la *Ibervillea sonora* es una raíz mexicana usada por sus propiedades hipoglucemiantes para la Diabetes Mellitus. Un efecto adverso puede ser liberación de potasio hacia el espacio extracelular por inhibición de los canales de sodio-potasio, lo que condiciona hiperkalemia y riesgo de arritmias. **Caso clínico:** masculino 61 años de edad con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina 850 mg diarios y desde hace 2 meses toma Conglufit (wereque, nopal, xocostle) comprimidos de 850 mg 1 cada 8 horas. Tabaquismo desde los 20 años con índice tabáquico de 68.3 paquetes/año, alcoholismo positivo desde los 20 años llegando semanalmente a la embriaguez. Clínicamente el paciente presenta hipertrofia parotídea, hipotrofia tenar, telangiectasias. Inicia su padecimiento 8 días previos a su internamiento con ataque al estado general. Posteriormente disnea

en reposo y síncope presenciado, por lo que es llevado a urgencias donde ingresa consciente y se documenta taquicardia ventricular monomórfica sostenida con patrón de bloqueo de rama derecha con una frecuencia ventricular media de 150 latidos por minuto. Se decide manejo farmacológico con amiodarona logrando revertir la taquicardia y obteniendo un trazo actual de bradicardia sinusal con bloqueo auriculoventricular de primer grado. Se solicitaron paraclínicos a su ingreso donde se evidencia hiperkalemia de 7.7mEq/L, iniciándose manejo médico. Se documenta daño hepático crónico que se atribuye a hepatopatía alcohólica y fue valorado por toxicología quien considera exacerbación de la misma por el consumo de Conglufit; reportándose elevación de AST hasta 1328UI/L y ALT 1076UI/L, fosfatasa alcalina 66UI/L, DHL 653UI/L, proteínas totales 5.43g/dl, Albumina 3.03g/dl, Bilirrubinas totales 1.86mg/dl. Depuración de creatinina normal. Se corrigió potasio pero persiste con bradicardia sinusal y por factores de riesgo coronario es valorado por cardiología, se realiza coronariografía y se reporta sin enfermedad coronaria, con un flujo TIMI 3 en todos los vasos. **Conclusiones:** la taquicardia ventricular que presentó nuestro paciente fue secundaria a hiperkalemia probablemente ocasionada por el consumo de Conglufit ya que se descarta enfermedad renal y cardiopatía isquémica por coronariografía. Aunado a esto, dicha sustancia, fue considerada por toxicología motivo de exacerbación de hepatopatía crónica alcohólica.

**Folio:0482**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología

**Marcadores séricos tempranos de isquemia miocárdica en el paciente diabético asintomático**

Trejo D<sup>o</sup>

0.Hospital Darío Fernández Fierro, ISSSTE

**Objetivos:** determinar si existe una correlación entre el nivel de proteína C reactiva sérica y trastornos de la movilidad miocárdica medidos a través de ecocardiografía transtorácico bidimensional en un grupo de pacientes diabéticos asintomáticos. Metodología: Estudio transversal descriptivo, Pacientes diabéticos en H.DFF. entre 18 años y 65 años se les practicarán nivel de PCR, y ecocardiograma transtorácico bidimensional en búsqueda de trastornos de la movilidad, determinado la presencia o no de esta. **Resultados:** un nivel de PCR mayor a 3mg/dl tiene una relación directamente proporcional con la presencia de cambios eco cardiográficos compatibles con isquemia miocárdica, Con una P>0.01 significativamente estadística, método estadístico empleado: correlación de Pearson. **Conclusiones:** los niveles elevados de proteína C reactiva (PCR) en sangre se asocian a mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.

**Folio:0483**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Síndrome de Behçet. Reporte de caso**

Araujo L<sup>o</sup>, Macías M<sup>o</sup>, Handal V<sup>o</sup>

0.ISSSTE Veracruz

El síndrome de Behçet es una vasculitis sistémica, que cursa con úlceras bucales recurrentes y dos de los siguientes síntomas: úlceras genitales

recurrentes, lesiones oculares (uveítis anterior o posterior), lesiones cutáneas (eritema nodoso o pústulas) o una prueba de patergia positiva. Las lesiones son el resultado de una vasculitis leucocitoclástica y linfocítica. Es más frecuente en la tercera y cuarta década de la vida, es de distribución mundial, con una alta prevalencia en Oriente medio, Región mediterránea, rara en América. Mujer de 17 años, sin antecedentes heredo familiares ni patológicos de importancia y sin inicio de vida sexual. Inicia a los 12 años de edad con úlceras dolorosas recurrentes en cavidad oral. Después de 9 meses se agregan úlceras dolorosas en región vulvar y piel, medicada con múltiples antibióticos, anti-micóticos, antivirales tópicos y vía oral, sin mejoría. Se descartaron causas infecciosas con reportes de anticuerpos contra herpes negativos y se realizó biopsia de úlcera vulvar que mostró infiltrado inflamatorio de linfocitos, abundantes polimorfonucleares y fibrina en disposición perivascular compatible con enfermedad de Behçet. Radiografía de tórax, angi resonancia magnética de cráneo simple y contrastada, así como la revisión oftalmológica sin alteraciones. Se inició tratamiento con prednisona a 60 mg-día, azatioprina 2mg-kg-día, calcio 600-día, con remisión de las úlceras, actualmente asintomática, en tratamiento con prednisona 10 mg-día, calcitriol y colchicina.

**Folio:0484**

**Tipo de Presentación:** cartel

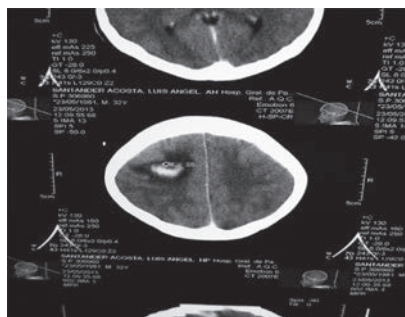
**Tema del resumen:** Infectología

**Dolor abdominal como síntoma inicial en un paciente con endocarditis por *Staphylococcus aureus*, absceso cerebral y endoftalmitis**

*Valdez A<sub>0</sub>, Amador A, Ku A<sub>0</sub>, Hernández A<sub>0</sub>, Román H<sub>0</sub>, Lechuga A<sub>0</sub>, Lemus J<sub>0</sub>, Huebe J<sub>0</sub>*

0.Hospital General de Pachuca, Hidalgo

El abordaje diagnóstico de un paciente con fiebre de origen desconocido comprende muchas categorías: infecciones (~30%), enfermedades del tejido conectivo (~30%), neoplasias (~20%) y misceláneas (~20%). Dentro de la categoría de infecciones, las posibles etiologías son: tuberculosis, absceso intra-abdominal, endocarditis, osteomielitis, entre otros. La endoftalmitis endógena es una etiología poco común asociada a diseminación bacteriana hematogena desde un foco séptico interno. Presentamos un caso de un paciente con endocarditis bacteriana secundaria a *Streptococcus aureus* que se complicó con un absceso cerebral y endoftalmitis y que presentó como síntoma inicial dolor abdominal.



**Figura 1.**

**Folio:0485**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Síndrome de Charcot Marie Tooth y síndrome de Turner. Reporte de caso clínico**

*Araujo L<sub>0</sub>, López A<sub>0</sub>, Handal V<sub>0</sub>*  
0.ISSSTE Veracruz

El síndrome de Turner es una alteración consistente en la ausencia parcial o completa de uno de los cromosomas sexuales, causando un fenotipo femenino y tiene una incidencia de 1/5000 recién nacidos vivos. El síndrome de Charcot Marie Tooth es una neuropatía sensorial y motora hereditaria, aprox. 92% de los pacientes tienen una mutación en 1 de 4 genes: PMP22, GJB1, MPZ o MFN2. Mujer de 17 años de edad, producto de gesta 1, de madre de 32 años, que llevó control prenatal regular y requirió cesárea a las 32 sdg secundario a sufrimiento fetal por oligohidramnios. Al nacer con peso de 2100 grs. Apgar 8/9, fenotípicamente con síndrome de Turner, corroborado a los 7 meses por cariotipo 45X0. A los 11 meses, Coartectomía de Aorta, apendicectomía y adenectomía a los 2 años, posteriormente ooforectomía izquierda. A los 22 meses se diagnosticó riñón en herradura requiriendo cirugía. A los 5 años con deformidad en arcos plantares y pies, realizándole en el 2011 prueba molecular (PCR en tiempo real) positiva para la duplicación de PMP22 para síndrome de Charcot Marie Tooth, con electromiografía normal para nervios y músculos explorados. En el 2010 diagnóstico de hernia hiatal y gastritis crónica en tratamiento con cinitaprida y omeprazol. Hipotiroidismo tratado desde el 2012 con levotiroxina 100 mcg cada 24h. Trastorno de déficit de atención con predominio de falta de atención desde 2012 en tratamiento con metilfenidato. Actualmente con edad ósea 14 años, 6 meses, pesa 41 kg, mide 1.42 m, IMC 20, funciones mentales superiores conservadas, braquicefalia, frente pequeña, ptosis palpebral, prognatismo, fisuras palpebrales horizontales, orejas de implantación

baja y rotadas hacia atrás, cuello corto ancho, tórax ancho, soplo sistólico grado II/VI en foco pulmonar, miembros superiores con fuerza proximal y distal 5/5, cúbitos valgus, fuerza distal 4/5 en miembros inferiores, Tanner II mamas, genitales externos con Tanner III, con leve dificultad para la deambulación, deformidad en pies y arcos plantares. Continúa en tratamiento con estradiol y hormona de crecimiento.

**Folio:0487**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Dermatología

**Sarcoma de Kaposi variedad linfangiomatosa: reporte de un caso y revisión de la literatura**

*Lemus J<sub>3</sub>, Olazarán Z<sub>0</sub>, Salazar J<sub>1</sub>, Treviño J<sub>1</sub>, Salas J<sub>2</sub>, Solís S<sub>3</sub>*

0.Doctors Hospital, Monterrey, Nuevo León; 1.Hospital Clínica NOVA, San Nicolás de los Garza, Nuevo León; 2.Hospital Universitario, Monterrey, Nuevo León; 3.Hospital General de Pachuca, Hidalgo

Las lesiones de la piel del sarcoma de Kaposi son muy variables y dependen de la duración de la enfermedad y del nivel de inmunosupresión. Describimos un caso clínico atípico de sarcoma de Kaposi variedad linfangiomatosa con características histológicas y etiología celular. Se realizó una búsqueda en Medline revisando todos los resúmenes en inglés. Realizamos estudios histológicos de rutina y técnicas de inmunoperoxidasa en el tejido fijado en formol. La tinción de inmunoperoxidasa para células anti-CD31, anti-CD34, anti-factor VIII y anti-vimentina se relacionan con una etiología celular de origen vascular.



**Figura 1.**

**Folio:0488**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Neumonía organizada como manifestación inicial de artritis reumatoide**

*Mateos H<sub>0</sub>, Pérez A<sub>0</sub>, Rodríguez J<sub>0</sub>, Gutiérrez J<sub>0</sub>, Peña E<sub>1</sub>, Mejía M<sub>1</sub>, García M<sub>0</sub>*

0.Centro Médico Issemym Toluca; 1.Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Antecedentes: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) complica del 6 al 7% de pacientes con artritis reumatoide (AR), la neumonía organizada (NO) comprende cerca del 4% de la EPID/AR, donde la EPID puede ser la manifestación inicial en el 20% de los casos sin manifestaciones articulares. El pronóstico es variable, sin embargo este puede ser grave por el desarrollo de fibrosis pulmonar. Se debe estar alertado para realizar un diagnóstico temprano de EPID. Descripción: Mujer de 53 años, 2 años atrás con cuadro de poliartrosis (hombros, muñecas e interfalángicas) y factor reumatoide positivo (96 U/ml) que mejoró con analgésicos. Dos semanas previas con disnea de esfuerzo progresiva, tos sin expectoración, fiebre vespertina, estertores crepitantes subescapulares bilaterales, sin manifestaciones articulares. El estudio de tomografía del tórax

de alta resolución mostró múltiples imágenes de llenado alveolar con broncograma aéreo en parches de predominio subpleural en ambos lóbulos inferiores. Las radiografías de manos sin datos asociados a AR. El factor reumatoide mostró 267 U/ml, DHL 528 UI/ml, Los cultivos de expectoración lavado bronquial y hemocultivos fueron negativos. Sin respuesta a antibióticos de amplio espectro. La biopsia transbronquial mostró datos típicos compatibles con Neumonía organizada (cuerpos de Masson). Se solicitó pruebas de autoinmunidad donde los anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado resultaron positivos (113 U/ml). Se concluyó el diagnóstico de EPID/AR. El tratamiento se basó en pulsos de metilprednisolona y prednisona de mantenimiento con una evolución significativa hacia la mejoría. Conclusión: La neumonía organizada complica el 4% de los pacientes con EPID/AR, la EPID en 20% de los casos es la manifestación inicial con aparición de síntomas articulares después de un promedio de 6 años. El identificar tempranamente esta entidad, mejora el pronóstico al impedir la evolución hacia la fibrosis pulmonar.

**Folio:0489**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia

**Tema del resumen:** Reumatología

**Características clínicas y respuesta terapéutica en pacientes mexicanos con enfermedad de Behcet**

*Gracia A<sub>0</sub>, Bernard G<sub>1</sub>, Casarrubias M<sub>2</sub>, Flores D<sub>3</sub>, García M<sub>4</sub>, Pérez M<sub>5</sub>, Pineda F<sub>2</sub>, Olguín M<sub>6</sub>, Muñoz O<sub>7</sub>, Xibele D<sub>8</sub>, Vera O<sub>9</sub>*

0.H.G.Z. No 27 Dr. Alfredo Badallo García, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.; 1.Departamento



de Reumatología. Hospital Civil de Guadalajara, Fray Antonio de Alcalde, Guadalajara, Jalisco.; 2. Departamento de Medicina Interna Hospital de Especialidades CMN La Raza. México, D.F.; 3. Departamento de Reumatología. Hospital Universitario José Eleuterio González. Monterrey, Nuevo León.; 4. Médico jubilado del Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey, Nuevo León.; 5. Departamento de Reumatología. Hospital de Especialidades, CMN SIGLO XXI. México, D.F.; 6. Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades CMN La Raza. México, D.F.; 7. Jefe Subsección de Reumatología. Hospital Central Militar, México, D.F.; 8. Departamento de Reumatología. Hospital Inovamed, Cuernavaca, Morelos.; 9. Jefe de Servicio. Departamento de Medicina Interna Hospital de Especialidades CMN La Raza. México, D.F.

**Introducción:** la enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis sistémica que predomina en regiones asiáticas en donde es causa importante de ceguera. Se caracteriza por episodios recidivantes de úlceras orales y genitales así como uveítis y otras manifestaciones. Se desconocen las características clínicas de la EB en la población mexicana y su respuesta terapéutica. **Objetivo:** analizar las manifestaciones clínicas y respuesta terapéutica en pacientes mexicanos con EB. **Método:** estudio multicéntrico que incluyó 17 casos de pacientes con EB que cumplían los criterios de la International Criteria for Behçet's Disease. Se aplicó un cuestionario para obtener la información clínica y terapéutica. **Resultados:** fueron 4 hombres y 13 mujeres, edad promedio 42 años (24 - 66 años). La

evolución de la EB: 9 meses hasta 50 años. Manifestaciones clínicas: úlceras orales 100%, úlceras genitales 76%, manifestaciones cutáneas 65%, musculoesqueléticas 59%, neurológicas 47%, oftálmicas 41%, cardiovasculares 24%, gastrointestinales 18%, pulmonares 12%, renales 12% y genitales en un 6%. Las manifestaciones más graves fueron: insuficiencia respiratoria (1 caso), neuritis óptica (1 caso), neuro-Behçet (3 casos): vasculitis del sistema nervioso central (VSNC), síndrome del tallo cerebral (STC) y STC VSNC. El tratamiento fue esteroide: 94%, azatioprina: 53%, colchicina: 41%, talidomida 24%, ciclofosfamida 18%, AINEs, dapsona, metotrexate y ciclosporina: 12% y de forma aislada micofenolato, pentoxifilina, cloroquina, mesalazina, sulfasalazina y anticoagulación oral; en 2 casos de neuro-Behçet se empleó terapia biológica (influximab). Las manifestaciones muco-cutáneas y articulares tuvieron una buena respuesta al tratamiento. En cambio, los casos con neuritis óptica y neuro-Behçet tuvieron una mala respuesta al tratamiento, a pesar del empleo de terapia biológica. **Conclusión:** en la población mexicana las manifestaciones predominantes de la EB fueron las muco-cutáneas; sin embargo, se encontró una alta incidencia de neuro-Behçet (47%) con mala respuesta terapéutica a pesar del uso de terapia biológica.

**Folio:0490**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Nefrología

**Rabdomiólisis por estatinas: reporte de caso**

*Sarre D<sup>o</sup>, Orozco P<sup>o</sup>, Díaz E<sup>o</sup>, Ángeles J<sup>o</sup>*

0. Hospital Ángeles Pedregal

**Introducción:** actualmente las estatinas son fármacos utilizados de primera línea para disminuir los niveles de colesterol sérico y para prevención cardiovascular, tanto primaria como secundaria. En general, son medicamentos seguros. Sin embargo, existe cautela en lo referente a los reportes por miotoxicidad. La miopatía es inusual, y en pacientes con niveles séricos normales de creatinina-kinasa (CK) no existe evidencia de lesión muscular permanente o progresiva. Los síndromes miopáticos asociados con la terapia de estatinas van desde mialgias con miositis hasta rabdomiólisis, la cual está asociada con insuficiencia renal aguda. **Caso clínico:** femenino de 85 años de edad. APP: Hipertensión arterial sistémica en tratamiento con Irbersartan/Hidroclorotiazida y Felodipino. Parkinson en tratamiento con LevoDopa/Carbidopa y Pramipexol. Dislipidemia Mixta diagnosticada hace 1 semana en tratamiento con Simvastatina. Padecimiento actual. Inicia padecimiento actual 24 horas previas a su ingreso con debilidad generalizada, hiporexia y alteración del estado de alerta, sintomatología que aumentó progresivamente agregándose dolor de miembros pélvicos tipo opresivo/urente intensidad 8/10 sin irradiación que aumenta con el movimiento, además de náusea sin llegar al vómito motivo por el cual sus familiares deciden acudir a urgencias EF TA 90/60mmHg FC 92lpm, FR 24RPM, T° 36.5° Sat 89% FiO2 21%, con palidez mucotegumentaria y datos de deshidratación, extremidades Íntegras, simétricas, hipotróficas, fuerza 4 de 5 en las extremidades superiores y 2 de 5 en inferiores, reflejos de estimulación muscular bicipital, tricipital,

patelar y aquileo, sensibilidad conservada. Laboratorios: Hb 11.9 (12 - 14 g/dl), Pla<sub>q</sub> 176 (130 - 400 10<sup>3</sup>/uL) Leu 14.6 (3.8 - 11.2 10<sup>3</sup>/uL) Neutr 87% (40 - 70%) Linf 7% (20 - 40%) Glu 158 (70 - 100 mg/dl) BUN 65 (5 - 25 mg/dl) Urea 131 (10.7 - 53.5 mg/dl) Crea 3.9 (0.6 - 1.6 mg/dl) Ácido Úrico 11.7 (3.5 - 7.2 mg/dl) Na 129 (135 - 145 mEq/L) K 5.2 (3.5 - 5.3 mEq/L) CPK 10 001 (25-200 u/l) Mioglobina 4554 (0 - 84 ng/ml) Aldolasa 0.9 (1 - 7.5 U/l) NaU 67 CrU 1445 (750-2500) FENA 0.14, TFG 9ml/min MDRD. Diagnósticos: Rbdomiolisis por estatinas, falla renal aguda prerrenal: FENA 0.14, TFG 9 MDRD, hiponatremia leve: hipotónica OSM medida 277, hipovolémica.

#### Folio:0491

**Tipo de Presentación:** sin preferencia  
**Tema del resumen:** Misceláneos  
**Rbdomiólisis secundaria a ejercicio físico. Reporte de un caso**

*Ovando D<sup>o</sup>*

0.Hospital Juárez de México

La rbdomiólisis es un síndrome de severidad variable caracterizado por la destrucción muscular y la consiguiente liberación del contenido intracelular al torrente sanguíneo. Es importante sospechar este proceso y diagnosticarlo pues si es tratado precozmente tiene un pronóstico excelente Masculino de 50 años sin antecedentes personales de interés, que no tiene hábitos tóxicos ni toma medicación de forma habitual, practicaba halterofilia que suspendió hace 30 años, desde entonces lleva una vida sedentaria. Inició padecimiento 10 días previos a su ingreso, tras realizar ejercicio exhaustivo caracterizado por abdominales en 100 repeticiones y lagartijas 50 repeticiones, inicia con

dolor abdominal en hipogastrio de intensidad 5/10 que mejoraba con la actividad física, tratado por facultativo con analgésico y antibioticoterapia por sospechar infección del tracto urinario, sin presentar mejora del cuadro. Al interrogatorio dirigido refiere cambios en la coloración de la orina a café oscuro y poliuria. En la exploración física sin datos relevantes. Dentro de los paraclínicos destacan: creatinina (CPK): 6,330, mioglobina en orina: >900 y DHL: 370. El resto de las determinaciones dentro de la normalidad, incluidas función renal y electrolitos séricos. Se inició manejo a base de hidratación, permaneciendo hospitalizado por 3 días, mostrando adecuada evolución, con mejora en la sintomatología y en los estudios de control, egresando sin eventualidad alguna. La rbdomiólisis es un síndrome caracterizado por la destrucción del músculo esquelético, liberándose mioglobina, electrolitos y enzimas musculares al torrente circulatorio. Las causas son muy variadas, siendo las más frecuentes el ejercicio físico intenso, traumatismos y el consumo de alcohol. La presentación clínica es muy variable y los síntomas clásicos de dolor muscular, debilidad y orina oscura no siempre están presentes. El diagnóstico se realiza tras detectar una elevación en suero de la enzima creatinina (CPK) mayor o igual a cinco veces el límite superior de la normalidad. La falla renal se llega a presentar con valores de Ck por arriba de 10,000. El punto más importante del tratamiento es la hidratación precoz y agresiva incluso de forma profiláctica del paciente con fluidoterapia, lo cual evita que el cuadro se complique con una lesión renal aguda. El pronóstico es bueno en la mayoría de casos.

#### Folio:0492

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Síndrome de hiper IgG4. Reporte de un caso**

*Vera O<sup>o</sup>, Pineda L<sup>i</sup>, Sepúlveda J<sup>i</sup>, Carrasco A<sup>i</sup>, Venancio M<sup>i</sup>, Becerril M<sup>2</sup>*

0.Medicina Interna Hospital de Especialidades CMN La Raza; 1.Hospital de Especialidades CMN La Raza; 2.Alergia e Inmunología. Hospital de Especialidades CMN La Raza

El síndrome de hiper IgG4 es un proceso fibroinflamatorio con adenomegalias e infiltrado linfocitario con predominio de células plasmáticas y elevación de la subclase IgG4, así como afección multiorgánica: pancreatitis, nefritis, neumonitis y otras. Es una causa de fiebre de origen oscuro que puede emular enfermedades como vasculitis (granulomatosis de Wegener, arteritis de Takayasu), síndrome de Sjögren y neoplasias. **Caso:** mujer de 48 años con antecedentes de dolor en hipocondrio derecho de tipo cólico secundaria a colecistitis crónica. Su padecimiento lo inició hace 2 años con aumentos de volumen de parpado izquierdo, xerostomía y xeroftalmia, aumento de glándulas submaxilares y adenomegalias. Pérdida de peso de 8 Kg en un año Exploración física: parpado izquierdo con aumento de volumen e indurado, glándulas submaxilares aumentadas de volumen, no dolorosas, adenomegalias cervicales, axilares e inguinales múltiples y confluentes. Se descartó linfoma y neoplasia ocular. Se administró prednisona 25 mg/día más cloroquina con buena respuesta terapéutica Biopsia de piel de orbita izquierda: hiperplasia linfoidea con plasmocitosis policlonal, esclerosis, IgG4 positiva.

La inmunohistoquímica de piel y ganglio mostró: IgG4 positiva, células plasmáticas, cadenas Kappa y lambda positiva, CD20. Aspirado de medula ósea: normocítico y normocelular. Tomografía de cuello, tórax y abdomen con crecimientos ganglionares. Gammagrama: hipercaptación en glándulas lagrimales, submaxilares y parótidas. Inmunoglobulina IgG total 2113 mg/dL, IgA 331 mg/dl, IgM 73 mg/dl, IgE 353 UI/ml. Subclase IgG1: 13 mg/L, IgG2: 5.99mg/L, IgG3: 0.716 mg/L, IgG4: 12.70 mg/l (0.3-2 mg/l). Electroforesis de proteínas: Gama 30.50% (VN 8%-18%). Biometría hemática, plaquetas, química sanguínea y depuración de creatina en valores normales. Velocidad de sedimentación globular: 45 mm/h, PCR 12. Factor reumatoide 44UI/l, anticuerpos antinucleares 1:160, anti DNA, anti SCl-70, anti Ro y anti La negativos. Perfil tiroideo con T3 baja. Este caso reunió criterios clínicos, serológicos (aumento de IgG4 sérica) e histológicos (depósitos en tejidos de IgG4) para el síndrome de Hiper IgG4, cuyo diagnóstico diferencial en este caso fue con linfoma y síndrome de Sjögren.

**Folio:0493****Tipo de Presentación:** oral**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Incidencia de complicaciones postoperatorias de pacientes diabéticos sometidos a cirugía no cardiovascular***Moranchel L<sub>o</sub>, Alfaro J<sub>o</sub>, Casarrubias M<sub>o</sub>, Díaz O<sub>l</sub>*

0.Servicio de Medicina Interna. UMAE-Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza. IMSS.; 1.Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. ISSSTE

**Introducción:** la diabetes mellitus (DM) es un problema de salud pública y la principal demanda de consulta externa. El paciente con DM sometido a cirugía tiene riesgo incrementado de complicaciones postoperatorias. **Objetivo:** determinar la incidencia de complicaciones postoperatorias en pacientes diabéticos sometidos a cirugía no cardiovascular y su asociación con factores clínicos y paraclínicos preoperatorios. **Materiales y método:** pacientes sometidos a cirugía no cardiovascular con valoración perioperatoria por medicina interna, con seguimiento hasta su alta o defunción. Se recolectaron: variables demográficas, antecedentes heredofamiliares, especificaciones quirúrgicas, estancia hospitalaria, comorbilidades, tipo de diabetes, tiempo de diagnóstico y tratamiento empleado, valores de laboratorios preoperatorios, interpretación de electrocardiograma y tele de tórax, índice ASA, Goldman y Detsky modificado. Las complicaciones a valorarse fueron: digestivas, cicatriciales, infecciosas, cardiovasculares, renales, hidroelectrolíticas, neurológicas, defunción y sus causas. Análisis descriptivo mediante Chi2 para valorar la asociación entre complicaciones. **Resultados:** de 225 pacientes sometidos a cirugía no cardiovascular se encontraron asociaciones estadísticamente significativas en: complicaciones infecciosas con hipocalcemia y anemia, cardiovasculares con hiponatremia y leucocitosis, complicaciones renales con anormalidades en la tele de tórax, complicaciones hidroelectrolíticas con anemia, leucocitosis e hipertensión arterial, complicaciones neurológicas con hipernatremia e hipocalcemia y defunción con hi-

ponatremia y anemia. **Comentario:** reconocer la importancia de la valoración perioperatoria para identificar los factores predisponentes a complicaciones postquirúrgicas e identificar las asociaciones correspondientes para establecer un nuevo índice pronóstico en pacientes con DM.

**Folio:0494****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Infectología  
**Tuberculosis diseminada en edad geriátrica. Presentación de caso clínico***Sánchez D<sub>o</sub>, Navarro L<sub>o</sub>, Hernández M<sub>o</sub>, Ontiveros P<sub>l</sub>, Vargas D*

0.Secretaría de Salud; 1.Secretaría de Salud

**Introducción:** la población geriátrica representa un grupo susceptible para *Mycobacterium tuberculosis*. En Europa, de acuerdo a la OMS más del 50% de los infectados por tuberculosis tienen arriba de 50 años. La presentación de la tuberculosis suele ser atípica, incluyendo la presentación extrapulmonar y diseminada. **Caso clínico:** Masculino de 81 años, tabaquismo ocasional e ingesta de alcohol ocasional. Hipertensión arterial sistémica. Inició su padecimiento 7 días previo a su ingreso caracterizado por mialgias, artralgiás, fiebre no cuantificada y epistaxis. A la exploración física tensión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca 72, frecuencia respiratoria 19, temperatura 38°C, alerta, deshidratado, con rigidez de nuca, cuello con tumoración submandibular derecha de 10cm, no fija, sin aumento de temperatura local y sin soplo, cardiopulmonar y región abdominal sin alteraciones. La biometría hemática mostró: hemoglobina 9.5, hematocrito

26, plaquetas 63mil, leucocitos 4510, neutrófilos 3830, linfocitos 430, Na 122mEq/dl, K 3.7mEq/dl, prueba rápida de VIH no reactiva. Radiografía de tórax con patrón sugestivo de neumonía intersticial; Ultrasonido abdominal con presencia de líquido libre en espacio hepatorenal aprox 6cc y en hueco pélvico de 10cc; Tomografía de cráneo con atrofia cortico-subcortical. Durante su estancia intrahospitalaria con deterioro neurológico (somnolencia) manteniéndose febril y agregándose dolor abdominal en marco colónico, finalmente presento deterioro neurológico y parocardiorespiratorio, no revirtió a maniobras de reanimación. El reporte anatómico-patológico demostró: presencia abundante de Mycobacterium tuberculosis en parénquima pulmonar, cerebral, meninges, glándulas suprarrenales, bazo e hígado. **Conclusión:** cerca del 75% de los pacientes de edad avanzada con tuberculosis, tienen afección pulmonar. Sin embargo, la tuberculosis diseminada se incrementa conforme la edad. La manifestación atípica, la alta comorbilidad de esta población, conlleva a un retraso en el diagnóstico y a una elevada mortalidad.

**Folio:0495**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología

**Diseción aórtica (Standford A) con fístula aorto-bronquial**

*Gutiérrez M<sub>0</sub>, Vargas D<sub>0</sub>, Gálvez Y<sub>0</sub>, Martínez E, Hernández M<sub>0</sub>*

0.Secretaría de Salud

**Introducción:** la fístula aorto-bronquial es una entidad rara pero grave de hemoptisis. Se han reportado en la literatura hasta el momento al-

rededor de 70 casos. **Caso clínico:** masculino de 64 años de edad con índice tabáquico: 34, alcoholismo de 25 años de evolución y consumo de cocaína. Tuberculosis pulmonar a los 50años, cumplió tratamiento completo. Diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución. Inicio su padecimiento 2 meses previos a su ingreso con hemoptisis, pérdida de 10 kg en 1 mes, diaforesis nocturna, disfonía y disfagia a sólidos. Se agregó disnea en reposo. Exploración Física: alerta, con palidez de tegumentos, caquético, isocoria. Cavidad oral deshidratada con placas blanquecinas en carrillos inferiores. Cuello sin adenomegalias. Ruido respiratorio disminuido con estertores crepitantes diseminados. Abdomen asignológico. Se realizó biometría hemática con hemoglobina: 10, VCM:10, CHM: 28.7, plaquetas: 463,000, leucocitos: 33,500, neutrófilos: 84.6%, linfocitos: 7.6%, monocitos: 4.8%. Glucosa: 562, ure:124mg/dl, creatinina: 2.3mg/dl, BUN:58mg/dl, Albúmina: 1.8gr/, Na sérico: 124mEq/dl, K: 5.5mEq7dl. ELISA VIH negativo. Tele de tórax: mostró un nódulo en región apical izquierda. TAC de tórax: imagen hiperdensa que comprime el bronquio principal izquierdo. La endoscopia mostró gastritis aguda erosiva generalizada sin sangrado activo. Lavado bronquial reportó células de epitelio glandular con atipias inflamatorias y células de metaplasia escamosa, negativo a células malignas. El paciente presentó deterioro respiratorio súbito y dolor torácico opresivo de predominio en hemitórax posterior izquierdo, cayendo en paro respiratorio, sin revertir. Reporte histopatológico de necropsia: Diseción aórtica (Tipo II de Stanford) fistulizada, con infiltra-

ción sanguínea en mediastino y ambos hilios pulmonares de predominio izquierdo. **Conclusión:** se ha asociado a la diseción aórtica el consumo de cocaína (8%). La hipertensión arterial sistémica es el factor predisponente más frecuente (80%). La mortalidad es cercana al 90% a 30 días. En tanto, que la mortalidad de la fístula aorto-bronquial es del 100% sin tratamiento quirúrgico.

**Folio:0496**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Neumopatía intersticial secundaria a esclerosis sistémica rápidamente progresiva: reporte de un caso**

*Jiménez N<sub>0</sub>, Serrano R<sub>0</sub>, Méndez J<sub>0</sub>, Uribe G<sub>0</sub>, Miranda S<sub>0</sub>, García V<sub>0</sub>*

0.Hospital General Tláhuac

Femenino de 31 años de edad, quien no cuenta con antecedentes de importancia para su padecimiento actual. Inicia desde hace 2 años con fenómeno de Raynaud trifásico y en ocasiones con presencia de úlceras digitales, hace 1 año se agregó disnea de medianos a pequeños esfuerzos y ortopnea, desde hace 2 también disfagia a sólidos en tercio superior, razón por la cual acude a este hospital para valoración. A su exploración física destacaba lesiones sugestivas de sal y pimienta en frente, disminución de la apertura de cavidad oral y a nivel de piel con endurecimiento de la piel en brazos, manos y piernas, con Rodnan modificado de 18 puntos, a la capilaroscopia se observan algunos megacapilares de lecho ungueal de 2ª y 3ª falange distal de mano derecha. Por sospecha de esclerosis sistémica con involucro pulmonar se inició protocolo diagnóstico. Los inmunológicos: Anticuerpos



Anti-Nucleares con patrón nuclear Dil 1:160 (Negativos Dil < 1:160) y patrón citoplasmático Dil 1:160 (Negativos Dil < 1:80), Anti-Scl 70 en 1.0 UI/mL (negativos 0-25 UI/mL), su prueba de caminata de 6 minutos resultó positiva, la tomografía computada de tórax de alta resolución reportó a pulmones con patrón en panel de abeja y vidrio despulido bibasal posterior compatible con neumopatía intersticial, el ecocardiograma con función sistólica conservada, sin datos de Hipertensión arterial pulmonar con derrame pericárdico global de 344cc sin compromiso mecánico o hemodinámico, por último su biopsia de piel compatible con dermatoesclerosis. Se inició tratamiento con 3 pulsos de metilprednisolona de 1 gr cada uno y bolos de ciclofosfamida 1 gr mensual actualmente en su sexto bolo de ciclofosfamida. A pesar de tratamiento inmunosupresor, su evolución ha sido hacia la progresión, actualmente es dependiente de oxígeno suplementario de 12 a 16 horas al día.

**Folio:0499**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

**Angioma cavernoso intracraneal.**

**Presentación de caso clínico y revisión de la literatura**

*García A, Cajuste F,*

0.Hospital Ángeles del Pedregal;

1.Hospital Ángeles del Pedregal

Paciente femenina de 49 años, originaria de China, residente del DF, sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento actual Inicia cuatro días previos a su ingreso con cefalea occipital de inicio súbito, intensidad 4/10 el cual se irradiaba a hemicraneo izquierdo refiere consumo de analgésicos sin mejoría, por el contrario fue incrementándose hasta ser intensidad 10/10, posteriormente se agrega al cuadro vértigo, vómito de contenido gastrointestinal en una ocasión por lo que decide acudir al servicio de urgencias. A la EF neurológica destaca rigidez de nuca, Kernig y Brudzinski ausentes, se realiza RM en secuencia Flair y de difusión donde se encuentra: (se muestra imagen). Se decide su ingreso a UTIM con manejo con profilaxis convulsiva con DFH, mas propanol, se sospecha síndrome de Von Hippel Lindau el cual se descarta por gabinete y laboratorio, se propone manejo quirúrgico el cual rechaza. Se realiza RM de control donde se ve absorción del sangrado.

2013 con artralgiás (manos, codos, rodillas), artritis, rigidez articular, fiebre. 2 meses después se le diagnóstico artritis reumatoide e inició tratamiento con Prednisona 5mg cada 24hrs. Acude por dolor abdominal difuso, rebote positivo, se descarta patología quirúrgica, mejora con pulso de metilprednisona y paraplejia de manera súbita. Evolucionó con estado de despierto fluctuante (del estado de somnolencia a estupor). A la exploración física con somnolencia, taquicárdico, febril, ruidos cardiacos rítmicos y sin soplos, con rigidez de nuca. A nivel cardiopulmonar con síndrome de derrame pleural bilateral. Abdomen con resistencia muscular, submate a la percusión, peristalsis disminuida. Extremidades con edema, artritis en rodillas, codos. Con elevación de azoados, oliguria, eritrocitos dismórficos en orina. El ultrasonido abdominal demostró líquido libre en cavidad y derrame pleural bilateral. Se realiza punción lumbar con citoquímico, citológico, cultivo, tinción de gram, tinta china, BAAR negativos. ANA positivos (18.4) y anticuerpos anti DNA doble cadena positivo (4800). C3, C4 disminuidos. ELISA VIH negativo. Serología para hepatitis B y C negativos. La resonancia magnética demostró imagen hiperintensa en T2 FLAIR redonda en región pontina izquierda, sin realce con gadolinio; además de múltiples hiperintensas periventriculares de ambos hemisferios. El paciente fue tratado con pulsos de metilprednisolona (3gr) y ciclofosfamida intravenosa (1gr), con ello mejoró en cuanto a la función renal y hematológica, sin embargo continuó con fiebre de hasta 40°C y estupor. La necropsia demostró nódulos renitentes pulmonares redondeados,

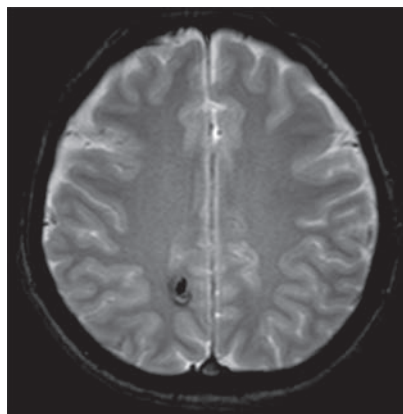


Figura 1.

**Folio:0500**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Abdomen agudo y lupus eritematoso sistémico en un paciente masculino**

*Navarro L, Xibillé D, Vargas D,*

*Hernández M, Gálvez Y, Sánchez D*

0.Secretaría de Salud

Masculino de 19 años quien inició su padecimiento actual en Marzo

2013 con artralgiás (manos, codos, rodillas), artritis, rigidez articular, fiebre. 2 meses después se le diagnóstico artritis reumatoide e inició tratamiento con Prednisona 5mg cada 24hrs. Acude por dolor abdominal difuso, rebote positivo, se descarta patología quirúrgica, mejora con pulso de metilprednisona y paraplejia de manera súbita. Evolucionó con estado de despierto fluctuante (del estado de somnolencia a estupor). A la exploración física con somnolencia, taquicárdico, febril, ruidos cardiacos rítmicos y sin soplos, con rigidez de nuca. A nivel cardiopulmonar con síndrome de derrame pleural bilateral. Abdomen con resistencia muscular, submate a la percusión, peristalsis disminuida. Extremidades con edema, artritis en rodillas, codos. Con elevación de azoados, oliguria, eritrocitos dismórficos en orina. El ultrasonido abdominal demostró líquido libre en cavidad y derrame pleural bilateral. Se realiza punción lumbar con citoquímico, citológico, cultivo, tinción de gram, tinta china, BAAR negativos. ANA positivos (18.4) y anticuerpos anti DNA doble cadena positivo (4800). C3, C4 disminuidos. ELISA VIH negativo. Serología para hepatitis B y C negativos. La resonancia magnética demostró imagen hiperintensa en T2 FLAIR redonda en región pontina izquierda, sin realce con gadolinio; además de múltiples hiperintensas periventriculares de ambos hemisferios. El paciente fue tratado con pulsos de metilprednisolona (3gr) y ciclofosfamida intravenosa (1gr), con ello mejoró en cuanto a la función renal y hematológica, sin embargo continuó con fiebre de hasta 40°C y estupor. La necropsia demostró nódulos renitentes pulmonares redondeados,

ascitis, derrame pleural, presencia de engrosamiento de válvula mitral. **Conclusión:** La relevancia de este caso radica en las manifestaciones iniciales poco frecuentes y a la actividad lúpica en más de 2 órganos mayores.

**Folio:0504**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvante (ASIA) inducido por Restilen® (ácido hialurónico)**

*Vera O<sub>0</sub>, Hernández C<sub>1</sub>, Gayosso A<sub>1</sub>, Medina G<sub>2</sub>, Cruz M<sub>2</sub>*

0.Medicina Interna. Hospital de Especialidades CMN La Raza; 1.Hospital Ángeles Lindavista; 2.Hospital de Especialidades CMN La Raza

El síndrome autoinmune inflamatorio inducido por adyuvantes es una entidad nueva que engloba 4 entidades síndrome posvacuna, síndrome miofasciático macrofágico, síndrome de la guerra del golfo y siliconosis. Un adyuvante es una sustancia que aumenta la respuesta inmune y se han descrito varias sustancias asociadas con ASIA: Aluminio con síndrome posvacuna y síndrome miofasciático macrofágico, escualeno con síndrome de la guerra del Golfo, silicona con siliconosis y en forma reciente otras sustancias como el aceite mineral con la enfermedad por adyuvantes, ácido hialurónico y metacrilato usados con fines cosméticos. **Caso:** mujer de 34 años originaria de Bulgaria con antecedentes de rinitis alérgica. Antecedentes de aplicación de Restilen® (ácido hialurónico) a los 24 y 26 años en surcos nasogenianos y desde los 30 años 2 veces por años en la cara aplicado Inicio su padecimiento hace

6 meses con fiebre, fatiga, aumento de volumen de hemicara derecha, inflamación de parpado derecho, poliartralgias y mialgias por lo que fue tratada con esteroides (dexametasona) inyectados en cara y por vía oral sin mejoría. A la exploración física paciente con asimetría facial a expensa de aumento de volumen de mejilla derecha, se palpa tumoraciones a nivel de ambos surcos nasogenianos de 3 x 3 cm dolorosos y duros. Además piel eritematosa con aumento de volumen del parpado derecho. Extremidades sin artritis. Exámenes de laboratorio: Biometría hemática y química sanguínea normales. Velocidad de sedimentación globular acelerada y proteína C reactiva elevada. Anticuerpos antinucleares positivos a títulos bajos, anticardiolipinas, anti DNA, anti RNP, anti Ro y anti La negativos. Resonancia magnética de cara: con hiperintensidades difusa en frente y mejillas. La paciente ha continuado tratamiento con esteroides y metotrexato con mejoría parcial. **Conclusión:** esta paciente tiene antecedentes de aplicación de ácido hialurónico (Restilen®) con fines cosméticos que está actuando como un adyuvante y ha originado una reacción inflamatoria grave en cara, así como manifestaciones reumáticas no específicas. El presente caso cumple criterios de Shoenfeld para síndrome ASIA. Se debe advertir a las personas que se van a aplicar estas sustancias que puede ser causa de este síndrome.

**Folio:0505**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Apego al tratamiento y control de los pacientes diabéticos en la comunidad**

*Amezcuca A<sub>0</sub>, Rodríguez F<sub>0</sub>, Díaz E<sub>0</sub>, Mendoza C<sub>0</sub>*

0.Hospital Ángeles del Pedregal

**Antecedentes:** la falta de apego al tratamiento implica un pobre control de las enfermedades, favoreciendo complicaciones y generando una importante repercusión económica y en la calidad de vida de los pacientes **Objetivos:** determinar el grado de apego al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 (DM II) así como el apego al tratamiento de las comorbilidades más frecuentemente asociadas. **Material y métodos:** monocéntrico, longitudinal, observacional en pacientes > 18 años, con diagnóstico de (DM II) > 6 meses con o sin presencia de comorbilidades que acuden a la consulta de Medicina Interna en un centro de salud del Distrito Federal, previamente aceptado el estudio por un comité de investigación y ética. **Resultados:** 55 pacientes DM II (6 hombres y 49 mujeres), 22 controlados (11 buen apego, 4 regular apego y 7 mal apego) 33 no controlados (10 buen apego, 18 regular apego, 5 mal apego). **Conclusión:** si disminuye de manera importante el grado de apego en caso de comorbilidad coexistente.

**Folio:0506**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Gastroenterología

**Gastritis flemomonosa en un paciente inmunocompetente: reporte de caso**

*Cid L, Diez de Sollano A<sub>0</sub>*

0.Centro Médico ABC

La gastritis flegmonosa es una infección poco común, caracterizada por la invasión de la pared gástrica por bacterias, que generalmente ocurre

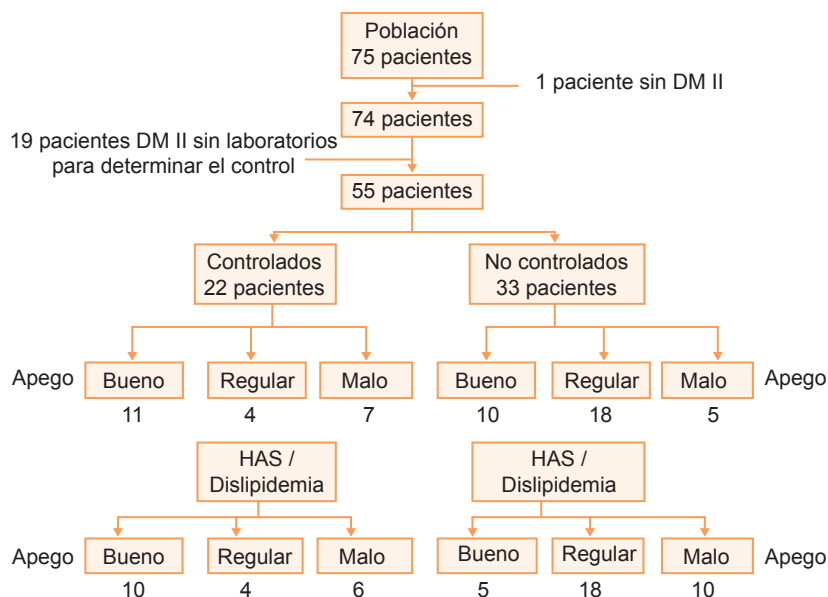


Figura 1.

en pacientes con inmunocompromiso. Generalmente presentan un curso agresivo y poca respuesta a manejo conservador requiriendo frecuentemente manejo quirúrgico para su resolución. Aquí presentamos un caso de gastritis flegmonosa en un paciente inmunocompetente. Se trata de un paciente masculino de 35 años de edad, sin antecedentes médicos de importancia, que acude por presentar sangrado de tubo digestivo alto persistente, con elevación importante de marcadores de inflamación, en la endoscopia se encontró gastropatía eritematosa con patrón empedrado así como placas mucopurulentas y sangrado en capa, con desarrollo en el aspirado y en la biopsia gástrica de *S. Pneumoniae*. Las biopsias de las lesiones mostraron intensa inflamación aguda así como ulceración del epitelio, con formación de micro abscesos. Se descartó inmunocompromiso por patologías autoinmunes, VIH, neoplasia y linfoma. Se manejó

con antibioticoterapia, con mejoría del cuadro tanto clínico como por laboratorio. **Conclusión:** la gastritis flegmonosa es una entidad poco común de difícil diagnóstico que puede responder con antibioticoterapia principalmente en pacientes inmunocompetentes como el que nosotros describimos.

#### Folio:0507

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

**Linfoma plasmablastico manifestado por tumoraciones en tórax, compresión medular y falla renal.**

**Reporte de un caso y revisión de la literatura**

*Alcázar C, Morales R, Pezina C, Galarza D, Villarreal M*

0. Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario, José Eleuterio González

Masculino de 64 años de edad sin antecedentes de importancia que

acude por presentar cuadro clínico de 4 semanas caracterizado por debilidad de miembros inferiores hasta presentar incapacidad para la marcha sin disfunción de esfínteres. También presentaba dos tumoraciones, una en mediastino y otra en región supraclavicular izquierda de 4 y 2 meses de evolución, respectivamente, pérdida de peso de 4 kg en ese período. A su ingreso al hospital con exploración física: palidez de tegumentos, mucosas orales secas, consciente, orientado, nivel motor en L1, nivel sensitivo en T4, monoparesia de mano derecha 3/5, sensibilidad disminuida en todas las modalidades, paraplejia en ambas extremidades inferiores, no signos meníngeos. Laboratorios con creatinina de 7.8 mg/dL, nitrógeno de la urea de 91 mg/dL, ácido úrico de 11.7 mg/dL, fósforo 6.4 mg/dL, calcio 7.8mg/dL, acidosis metabólica con anión gap elevado, anemia normocítica normocrómica. Tuvo criterios para síndrome de lisis tumoral espontánea por lo que durante sus primeras horas de hospitalización se inició manejo con líquidos intravenosos y alopurinol vía oral con lo que mejoraron los niveles de ácido úrico hasta 5.3. Serología negativa para HIV. Potenciales evocados somatosensoriales con ausencia de respuesta cortical. Resonancia Magnética de columna dorsal con presencia de lesión lítica a nivel de T3, se inició tratamiento con dexametasona y radioterapia. Ecografía renal con datos en relación a nefropatía crónica bilateral. Se realizó biopsia percutánea de la tumoración mediastinal, la cual reportó linfoma plasmablastico, con tinciones de inmunohistoquímica positivas para CD-138, S-10, Epstein Barr virus y KI67, y negativos para CD 20,

30,45 y 117 cuyo tratamiento será a base de quimioterapia al completar esquema de radioterapia. Linfoma plasmablástico es una variante rara y agresiva de linfoma difuso de células B grandes. Tiene asociación frecuente con Epstein Barr virus y con virus de inmunodeficiencia humana, un curso clínico agresivo y el pronóstico es pobre ya que la mayoría de los pacientes mueren durante el primer año. Debido a que es una entidad poco frecuente existe dificultad diagnóstica. El tratamiento es con quimioterapia a base de CHOP y en algunos casos combinado con radioterapia.

**Folio:0509**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Infectología

**Infección recurrente por *Clostridium difficile*: un reto terapéutico**

Miranda V<sup>o</sup>, Luis E<sup>o</sup>, Rosales V<sup>o</sup>

0.Hospital General de México

**Antecedentes:** la recurrencia de infección por *Clostridium difficile* se define por la reducción completa de los síntomas durante el tratamiento, seguida de reaparición de la diarrea y otros síntomas. Se presentan en el 25% de los casos y se ha demostrado que la mitad de las recurrencias se debe a reinfecciones, en lugar de recaídas. Los factores de riesgo que hasta ahora se conocen incluyen la edad > 65 años, enfermedades graves subyacentes y la necesidad de tratamiento antimicrobiano concomitante durante el tratamiento de esta infección. Los pacientes con un episodio recurrente tienen 45% a 65% de probabilidad de continuar con recurrencias. No hay datos de calidad sobre el tratamiento óptimo de las recurrencias por *C. difficile*.

**Caso clínico:** masculino de 66 años de edad. Tabaquismo con índice tabáquico 24 paq/año. DM2 diagnosticada hace 14 años. Hipertensión arterial sistémica diagnosticada hace 2 meses. Hospitalizado en el servicio de medicina interna el 14 de Febrero de 2013 por descontrol hiperglucémico y necrobiosis en pie izquierdo. Fue tratado con ceftriaxona y clindamicina durante 2 semanas y al no presentar mejoría del proceso infeccioso, se le realizó amputación infracondílea. El día 08 de Abril, ingresa con datos de inestabilidad hemodinámica por hipotensión 80/60 mmHg, taquicardia, taquipnea, dolor y distensión abdominal, evacuaciones líquidas, 7-9 deposiciones al día, con moco, fétidas, sin sangre, de 300cc de volumen cada evacuación. Toxina para *C. difficile*: positiva. Rectosigmoidoscopia flexible en la que se observó mucosa rectal y de colon sigmoides levemente engrosada, con evidencia de pseudomembranas. Se dio tratamiento con metronidazol vía oral durante 15 días con remisión de la diarrea y de manera concomitante se dio tratamiento con TMP/SMX por infección de vías urinarias. Durante los últimos 3 meses ha presentado 2 recurrencias que fueron tratadas en el servicio de coloproctología con metronidazol y vacomicina. **Conclusiones:** el paciente contaba con varios factores de riesgo para enfermedad recurrente. Debido a que actualmente no hay terapias con alto grado de recomendación para prevenir recurrencias de la infección en aquellos individuos que identificamos con alto riesgo, solo nos queda proporcionar el tratamiento y medidas de soporte en cada evento de recurrencia.

**Folio:0510**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Úlcera arterial como presentación inicial del síndrome de Loeys Dietz tipo II**

Constantino M<sup>o</sup>, Lugo L<sup>o</sup>, García E<sup>o</sup>, Jiménez J<sup>o</sup>, García M<sup>o</sup>, Brea E<sup>o</sup>, Guiza Y<sup>o</sup>

0.ISSEMYM

**Objetivo:** presentar un caso de SLD II Presentación: Mujer de 17 años, HAS de 9 meses de evolución. Inicia hace 9 meses, con ulcera en primer espacio interdigital izquierdo de 2cm, dolorosa, claudicación intermitente y disnea de medianos esfuerzos. EF con TA en MTD 120/60 mmHg, MTI 170/80 mmHg, piel traslucida, venas visibles en su trayecto, fondo de ojo normal, thrill carotideo izquierdo, abdomen con masa palpable, pulsátil, en mesogastrio, soplo holosistólico. Miembro pélvico izquierdo hipotrófico, con disminución de temperatura, cianótico, ulcera de características arteriales, de 4 cm, en primer espacio interdigital, dolorosa al tacto, no infectada, en fase de cicatrización, llenado capilar de 4 segundos. Disminución de pulsos en hemicuerpo izquierdo, pulso carotideo con soplo izquierdo, pulso femoral 2/6, poplíteo 2/6, pedio 1/6. Laboratorios. Anemia normocítica normocrómica. Glucosa, urea, creatinina, VSG, PCR, EGO normal. Reacción en cadena de polimerasa cuantitativa Virus de inmunodeficiencia humana negativo. Anticuerpos anticardiolipinas IgG, IgM, C-ANCA, P-ANCA, ANA y anti Smith. Negativos. PPD negativo. USG Doppler MPI. Aneurisma de la femoral común izquierda y poplíteo derecho. Ecocardiograma. Cardio-



patía hipertensiva. Hipocinesia leve global- Arteria aorta abdominal y torácica con engrosamiento en su pared, tortuosidad, aumento de su diámetro hasta 37 mm y disminución de la luz del vaso hasta 8 mm. Hipertensión arterial pulmonar leve PSAP 38 mmHg. FEVI del 50%. Angio RMN. Aneurismas y pseudoaneurismas en todo trayecto aórtico, disección de carótida común izquierda, dilatación aneurismática de iliacas, renales, mesentérica superior, aneurisma femoral izquierdo. Secuencia de DNA. Mutación de quinasa en TGFBR2 positivo. Tratamiento. Secundario a los múltiples aneurismas en todo el trayecto aórtico, no es candidata a cirugía. Se inició betabloqueador con vistas a disminuir la tensión en aorta y evitar posible ruptura, así como asesoría genética. **Conclusión:** SLD es un reciente desorden descubierto, siendo el hallazgo más frecuente las dilataciones aórticas, aneurismas arteriales y tortuosidad El diagnóstico clínico es pruebas de codificación de genes TGFBR1 o TGFBR2. El tratamiento no es específico, y se debe enfocar a medidas preventivas, sintomáticas, y asesoría genética. La reconstrucción quirúrgica agresiva aun es controversial.

**Folio:0511****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Reumatología  
**Arteritis de Takayasu, reporte de un caso***Acosta N<sub>o</sub>, Grajales A<sub>o</sub>, Casasola J<sub>o</sub>, Rivera D<sub>o</sub>, Corona P<sub>o</sub>*

0.Centro Médico Issemym Ecatepec

La arteritis de Takayasu es una vasculitis granulomatosa, de carácter idiopático, cuya manifestación prin-

cipal es la aortitis también conocida como la "enfermedad sin pulso" o síndrome de Martorell. Femenino de 24 años de edad, sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento al presentar dolor tipo urente en miembro pélvico derecho irradiado a talón y dorso de dedos, que aumentaba con el frío y mejoraba con reposo, disnea de esfuerzo al realizar actividades deportivas, cianosis de extremidades y palidez facial. Ingresó a nuestra unidad hospitalaria por dolor en las extremidades inferiores de predominio izquierdo, acompañado de cambios de coloración, piel marmórea, debilidad de muslo izquierdo y palpaciones en cuello. A la exploración con taquicardia, soplo carotideo bilateral y coloración marmórea de ortijos. Ultrasonido carotídeo con estenosis luminal de 75% en la carótida común derecha que se extiende hacia carótida externa con estenosis de 54%. Estenosis de carótida común izquierda con extensión a carótida externa del 54%; laboratorios de relevancia: Hb 11mg/dl, PCR 1, VSG 3, Grupo sanguíneo B positivo. Examen general de orina hematuria (8 eritrocitos). Electrocardiograma sin alteraciones, depuración de creatinina: 83.6ml/min, proteínas en orina 24 horas, 208 mg, Complemento C3: 131, C4 24.5. Eco-cardiograma: FEVI 60%, válvulas sin insuficiencia no hay datos indirectos de hipertensión pulmonar. Resonancia magnética de cráneo: Zonas de infarto a nivel de lóbulo temporal derecho, zona de infarto en región occipital derecha, zonas de desmielinización a nivel parietal bilateral no acorde a la edad de la paciente. Angiorresonancia magnética de la aorta, aspecto fusiforme de la aorta abdominal, Arteria cerebral media izquierda con aspecto

arrosariado: datos radiológicos compatibles con arteritis de Takayasu. Se inicia manejo con metotrexate, bolos de metilprednisolona y prednisona. AngioTAC oclusión de 90% del lumen de ambas carótidas. Con seguimiento de consulta externa de Reumatología.

**Folio:0512****Tipo de Presentación:** oral**Tema del resumen:** Gastroenterología**Grado de respuesta al tratamiento con esteroide según el modelo de Lille que presentaron los pacientes con hepatitis alcohólica del Hospital General Dr. Manuel Gea González del año 2007 a 2011***Ortiz Y<sub>o</sub>, Mendoza J, Fuentes A<sub>o</sub>, Torres A<sub>o</sub>, Maya H<sub>o</sub>, Rivero J<sub>o</sub>, Pineda J<sub>o</sub>, Jaimes J<sub>o</sub>*

0.Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Introducción:** en México existe una alta prevalencia de enfermedades relacionadas al abuso de alcohol. La Hepatitis Alcohólica (HA) es una complicación poco frecuente pero con una alta mortalidad si no se diagnostica y trata oportunamente. Es importante identificar a los pacientes candidatos para el uso de corticoesteroide y determinar la relación riesgo beneficio en el uso de éste para completar el esquema como corresponde utilizando el Modelo de Lille (ML). **Objetivo:** determinar cual fue el grado de respuesta al tratamiento con esteroide en los pacientes con HA utilizando el ML. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo, abierto, analítico, ambispectivo, transversal. Se revisaron 124 expedientes de pacientes con HA hospitalizados en

el servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González en el periodo del 1° de enero del 2007 al 31 de diciembre del 2011, de los cuales se incluyeron 41 expedientes que cumplían los criterios de selección. Se considero una  $p < 0.05$  como estadísticamente significativa. **Resultados:** la incidencia de HA es de 24 pacientes/año (2.4%). La mayoría de los pacientes no tuvieron comorbilidades ni complicaciones asociadas (68.2% y 31.7% respectivamente). Se observo una baja frecuencia de síndrome hepatorenal (9.7%). Se dividieron a los pacientes dependiendo de la respuesta a corticoesteroides en relación a la sobrevida en respondedores completos ( $< 0.18$ ), parciales (0.18-0.56) y nulos ( $> 0.56$ ) utilizando el Modelo de Lille. Se aplicó la prueba de chi-cuadrada obteniendo una  $p > 0.05$  al mes y a los 6 meses de sobrevida utilizando este modelo de acuerdo a las referencias establecidas. Se realizaron curvas ROC obteniendo un área bajo la curva de 0.691 al evaluar el ML a los 6 meses, obteniendo una  $p=0.039$  y 0.003 aplicando un nuevo corte de 0.9395 en relación a la sobrevida a un mes y seis meses respectivamente. De acuerdo a las curvas de Kaplan-Meier hay una sobrevida de 71.4% versus 25% ( $p=0.003$ ) en los pacientes con un corte por debajo de 0.9395 y por arriba del mismo respectivamente. **Conclusiones:** el ML no correlaciona el grado de respuesta que tienen los pacientes con HA al esteroide hospitalizados en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, por lo que se propone un nuevo corte de 0.9395 que si demuestra una clara relación entre el modelo y la respuesta a este medicamento.

**Folio:0513****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Reumatología**Caso catastrófico de síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes***Pestaña C<sub>o</sub>, Cruz P<sub>i</sub>, Medina G<sub>i</sub>, Vera O<sub>i</sub>*

0.Universidad Veracruzana Campus Xalapa; 1.Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, IMSS

**Antecedentes:** el síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) alude al papel del adyuvante desencadenando autoinmunidad. Sustancias asociadas son escualeno, aluminio, silicona y aceite mineral. **Objetivo:** presentar un caso catastrófico de ASIA por inyección de aceite mineral en glúteos con fines estéticos. **Informe de caso:** femenino de 54 años, con infiltración subcutánea de 20 ml de aceite mineral con fines estéticos en glúteos. Al día siguiente presentó fiebre (39°C) y fatiga de aparición intermitente. Seis años después ingresó al hospital por fiebre (40°C), diaforesis, astenia, adinamia, mialgias y artralgias sin artritis. Documentamos telangiectasias, hiperpigmentación, hipomotilidad esofágica y neoformaciones subepidérmicas irregulares, de bordes mal definidos, eritematosas y dolorosas, en fosas iliacas, hipogastrio, labios mayores, glúteos y región lumbar. En la tomografía abdominal se encontraron múltiples lesiones nodulares con densidad ósea, en tejido subcutáneo periabdominal y genital. La biopsia, detectó necrosis grasa e inflamación crónica xantogranulomatosa a cuerpo extraño, vasculitis linfocítica de pequeños vasos, reacción inflamatoria con células de cuerpo extraño, fibrosis

y calcificación distrófica multifocal. Se efectuó resección de granulomas abdominales, complicándose con hemorragia de ~1200cc. Desarrolló shock hipovolémico que respondió a aminas vasoactivas, cristaloides, coloides, transfusión de paquetes globulares y plaquetas. Diez días después del egreso, acude con anemia severa con hemoglobina 4,4g/dL, hematocrito 15,2%, leucocitos 18,3K/?L, plaquetas 256K/?L, DHL 2,913UI/ml, bilirrubina indirecta 1.88mg/dL, ANA, 4 aloanticuerpos contra glóbulos rojos y anemia hemolítica por reacción autoinmune postransfusional. Se trató con pulsos de metilprednisolona y danazol. Progresó a cor anémico, shock hipovolémico e insuficiencia renal siendo imposible encontrar una transfusión compatible falleciendo. **Discusión:** la paciente desarrolló calcinosis universal asociada a inyección de aceite, síndrome de CREST, anticuerpos Antinucleares y aloanticuerpos a glóbulos rojos cumpliendo criterios para ASIA. **Conclusión:** el presente caso ilustra el curso fatal secundario a la aplicación de sustancias extrañas del tipo del aceite mineral con desarrollo de ASIA.

**Folio:0514****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Neurología**Serie de casos EVC isquémico en adultos jóvenes***Pérez P<sub>o</sub>, Lugo A<sub>o</sub>, Cabrera A, Fernández J, Hernández D*

0.Hospital Ángeles Clínica Londres

**Introducción:** la incidencia anual de eventos vasculares cerebrales isquémicos (EVC) en adultos jóvenes (15 a 45 años) va de 2 a 11/100,000. Las

causas identificadas son aterotrombótico (20-25%), cardioembolismo (20-35%), disección de arterias extracraniales (6-25%), migraña (1-20%), drogas (10%), estados de hipercoagulabilidad (5-10%) y criptogénico (~35%). **Objetivo:** conocer las causas de EVC en adultos jóvenes atendidos en el Hospital Ángeles Clínica Londres (HACL). **Material y métodos:** Se buscó en la base de datos del archivo clínico del HACL a pacientes entre 15 y 45 años con diagnóstico de EVC en el periodo del 1 de octubre de 2007 al 30 de octubre de 2012 (n=9 de cada caso se obtuvo: edad, sexo, fecha del evento, factores de riesgo cardiovascular y paraclínicos realizados. Se clasificaron de acuerdo a los criterios de TOAST. **Resultados:** tres fueron aterotrombóticos (33%), dos cardioembolismo (22%), dos otras causas (22%) y dos criptogénicos (22%). Tres tenían factores de riesgo cardiovascular menor y uno tenía un factor de riesgo mayor. **Conclusiones:** la principal etiología identificada fue aterotrombosis, seguido de manera homogénea por los eventos cardioembólicos y aquellos con origen inmunológico.

#### **Folio:0515**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Síndrome antifosfolípido asociado a insuficiencia suprarrenal. Reporte de un caso**

*Medina G<sub>1</sub>, Barrera P<sub>0</sub>, Muñoz A<sub>1</sub>, Jara L<sub>1</sub>*

0.Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; 1.Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, IMSS

**Introducción:** síndrome de anticuerpos antifosfolípido (SAF): trombofilia

inducida por autoanticuerpos antifosfolípido caracterizado por trombosis, venosas y/o arteriales. Enfermedad de Addison afecta a 1 en 100 000 habitantes. **Objetivo:** describir un caso de insuficiencia suprarrenal en un paciente con SAF primario.

**Reporte de caso:** paciente masculino de 40 años de edad en quien las manifestaciones iniciales del SAF fueron tromboembolia pulmonar y trombosis venosa profunda (TVP) en miembro pélvico izquierdo (MPI) en miembro pélvico izquierdo (MPI) en 1996. En 1999, inició tratamiento con acenocumarina, 6 meses después presentó TVP en MPI y se le colocó filtro a nivel de vena cava inferior. En el 2000, tuvo otro evento de TVP en MPD. Se diagnosticó SAF primario por antecedentes trombóticos y anticuerpos anticardiolipina positivos. En abril de 2008 acudió a urgencias con náusea, vómito, bradilalia, debilidad, mareo, disartria, cefalea, hipotensión arterial con TA de 80/60, presentando palidez, fuerza muscular y sensibilidad conservada, sin signos de lesión piramidal, meníngeos ni cerebelosos. Ante la sospecha de Evento Vascular Cerebral (EVC) hemorrágico por sobreanticoagulación se solicitó TAC de cráneo, el cual se descartó, diagnosticándose Ataque Isquémico Transitorio. En noviembre de 2008, el paciente acudió a consulta externa, con astenia, adinamia, hiperpigmentación de la piel, de predominio en cara y manos y mucosa oral, hipotensión arterial persistente, pérdida de peso de 16 kilos en 8 meses sin causa aparente, por lo que se hospitalizó. Se encontró hiponatremia, cortisol sérico 0.7 µg/dl (normal 5-25), TSH 10.46 UI/ml (normal 0.40-4 µUI/ml), T3 total 1.77 ng/dl (normal 1.58-1.59), T3 libre 4.26 pg/ml (normal 1.8-4.2) y

T4 libre 0.81 ng/dl (normal 0.8-1.9). La TAC de suprarrenales se reportó normal. Se diagnosticó hipotiroidismo subclínico e insuficiencia suprarrenal. Se indicó hidrocortisona y posteriormente prednisona y levotiroxina con mejoría. Actualmente se encuentra estable y sin nuevos eventos trombóticos. **Discusión:** el compromiso de la glándula suprarrenal es la primera manifestación clínica del SAF en un 35% de los pacientes, en este caso fue una manifestación tardía. **Conclusión:** la insuficiencia suprarrenal en SAF es una manifestación poco frecuente siendo actualmente una de las causas más frecuentes de enfermedad de Addison. Es importante la sospecha clínica.

#### **Folio:0516**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Frecuencia de dislipidemia y glucosa alterada en ayuno en sujetos con sobrepeso y obesidad sin co-morbilidades en un Hospital público de tercer nivel**

*Neri J<sub>0</sub>, Barranco L<sub>0</sub>, Flores F<sub>0</sub>, Cuevas T<sub>0</sub>, Anastasio A<sub>0</sub>*

0.Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

**Antecedentes:** como consecuencia de los cambios demográficos y epidemiológicos de las últimas décadas, se han producido importantes modificaciones en los perfiles de mortalidad y morbilidad, constituyendo las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus (DM) las principales causas de muerte y morbilidad en población adulta. Ante este panorama, es importante la detección oportuna de los factores de riesgo cardiovasculares como la dislipidemia y la glucosa alterada en ayuno.

**Objetivo:** conocer la frecuencia de las dislipidemias y glucosa alterada en ayuno en una población de sujetos con sobrepeso y obesidad grado I y II, sin co-morbilidades. **Material y métodos:** estudio observacional que incluyó a 221 voluntarios aparentemente sanos, de 18 a 54 años. Se obtuvo el historial clínico y se realizaron examen físico, determinación del perfil de lípidos y glucosa en ayuno. **Resultados:** la edad promedio fue de  $37 \pm 9.05$  años; 41 (18.55%) correspondían al género masculino y 180 (81.45%) al género femenino. El porcentaje de pacientes con sobrepeso fue del 31.67% el de obesidad grado I fue de 48.42% y el de obesidad grado II fue de 19.91%. Los sujetos con cifras de glucosa igual o mayor a 100 mg/dl y hasta 125 mg/dl, fueron 24 sujetos (18.85 %), se detectaron 95 sujetos con hipercolesterolemia mayor a 200 mg/dl; sin embargo, el 79.18% de la población presento hipercolesterolemia a expensas de LDL, mientras que, el 47.51% presentaron cifras de HDL menores a 40 mg/dl. En un mayor porcentaje de los sujetos se detecto hipertrigliceridemia 67.25%. **Conclusiones:** la hipertrigliceridemia e hipoalfalipoproteinemia, vinculadas con glucosa alterada en ayuno son comunes en la población mexicana; y están asociadas al sobrepeso y obesidad y como precursoras de la diabetes mellitus tipo 2; sin embargo, una considerable proporción de casos carece de diagnóstico. Debido a esto, es necesario realizar pruebas de tamizaje, para la detección oportuna de estas alteraciones con la finalidad de prevenir complicaciones.

**Folio:0517**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Neumonía de focos múltiples de repetición, multirresistente, que simulaba influenza y tuberculosis pulmonar. Caso de choque séptico secundario a melioidosis**

López M<sup>o</sup>

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

Las *Pseudomonas pseudomallei* es una bacteria Gram-negativa aeróbica, móviles en forma de vara. Infecta a humanos, animales y plantas. Es muy resistente a gran número de antibióticos. Las cepas en humanos poseen islas genómicas, de mutación alta, incluso después de infectar al huésped. Conocer las características de la *Pseudomonas pseudomallei* endémico en los trópicos, mínimamente diagnosticado; así como su presentación poco común. Paciente presenta disnea moderada a severa, requirió de ventilación mecánica en 2 ocasiones, por hipoxemia disnea severa y con estertores bilaterales. Ultimo ingreso presenta a las 24horas hipotensión, con uso de aminos. Se integró Neumonía de focos múltiples probable por Influenza, Tuberculosis pulmonar o Brucelosis. Se usó: Oseltamivir, Claritromicina, Fluconazol, Imipenem, Levofloxacin, Amikacina. Se halló absceso de psoas y de columna lumbar, por Tomografía. El tratamiento fue distante de los esquemas ideales, en duración, fue subóptimo. Persistió el agente por 8 meses. Rayos X de tórax: infiltrados reticulonodulares, intersticiales generalizados. Pulmones postmortem, con microabscesos generalizados, granulomatosos. Se concluye choque séptico por *Pseudomonas pseudomallei*, diagnóstico por hemocultivo.

**Folio:0518**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología  
**Meningoencefalitis en un paciente inmunocompetente**

Navarro L<sup>o</sup>, Hernández M<sup>o</sup>, Vargas D<sup>o</sup>,

Gálvez Y<sup>o</sup>, Vázquez A<sup>o</sup>

0.Secretaría de Salud

**Introducción:** la meningitis por *Cryptococcus neoformans* es poco frecuente en pacientes inmunocompetentes. En la literatura solo existen algunos reportes de casos. La mortalidad oscila entre 19-40%. **Caso clínico:** femenino de 68 años sin antecedentes de importancia. Inició 2 meses previos a su ingreso con cefalea intensa, universal, pulsátil, visión borrosa y vómito. Se agregó estado neurológico fluctuante (agitación psicomotriz y desorientación). Exploración física: alerta, con rigidez de nuca, fuerza 5/5 en extremidades, tono y reflejos de estiramiento muscular: normales. El líquido cefalorraquídeo con Glucosa 10, microproteínas 165, leucocitos  $10 \times 10^3$ , tinción gram, tinta china, BAAR negativas. ELISA VIH negativo. Resonancia magnética: con leucoaraiosis. Presentó choque séptico y falleció días después. La necropsia mostró engrosamiento de meninges, tinciones positivas para criptococo en parénquima cerebral, meninges; sin evidencia de criptococo pulmonar.

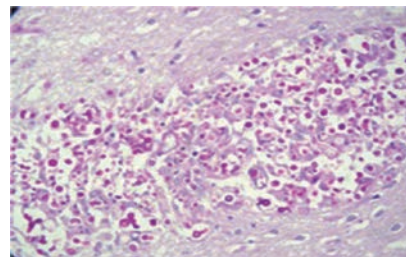


Figura 1.



**Folio:0519****Tipo de Presentación:** sin preferencia**Tema del resumen:** Oncología**Hombre de 52 años de edad con disnea y dolor torácico a causa de un tumor híbrido de la vaina del nervio**  
*Valente B<sub>o</sub>, Lozada A<sub>o</sub>, Buendía E<sub>o</sub>, Díaz F<sub>o</sub>, Gómez A<sub>o</sub>*

0. Departamento de Medicina Interna, The American British Cowdray Medical Center

**Antecedentes:** el tumor híbrido se describió en 2004, tienen predilección por los dedos, aunque se han descrito casos con otras localizaciones. **Objetivo:** reportar un caso de un tumor raro de la vaina del nervio de localización torácica. **Caso:** masculino de 52 años de edad. Inicia en 12/12 con disnea, dolor en hombro derecho y tos esporádica. Ingreso el 01/13, Se realizó una IRM y PET que mostró una lesión pleural derecha con SUV de 7.8. Se realizó una toracotomía, con hallazgo de un tumor bilobulado adherido a la pared torácica. El estudio de patología, identifico dos lesiones nodulares de 10x9x9cm, el tumor estaba compuesto por células fusiformes con expresión de proteína S-100 y EMA, sugerentes de tumor neural híbrido schwannoma y perineurioma. El paciente presento adecuada evolución y actualmente se encuentra asintomático. **Conclusión:** existen 3 casos torácicos, el de mayor tamaño

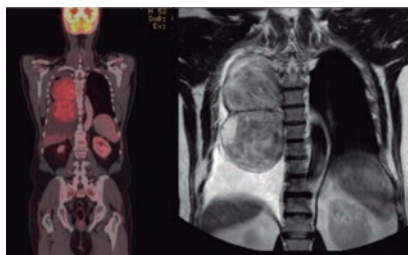


Figura 1.

de 7cm, siendo nuestro caso el de mayor tamaño reportado en la literatura aunado a su localización inusual

**Folio:0520****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Reumatología**Vasculitis leucocitoclástica secundaria a administración de cefalosporina: reporte de un caso**  
*González M<sub>o</sub>, Luna T<sub>o</sub>, Flores M<sub>o</sub>, Infante H<sub>o</sub>, Del Moral M<sub>o</sub>*

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

Las vasculitis son un grupo heterogéneo de síndromes clínicos, que pueden ser idiopáticos o asociados a desórdenes del tejido conectivo, infecciones víricas, bacterianas, medicamentos, sepsis o neoplasias. La vasculitis leucocitoclástica cutánea se caracteriza por la presencia de púrpura palpable que puede manifestarse de forma diseminada tiende a respetar cara, manos y ocasionalmente tronco. Masculino de 40 años de edad, sin antecedentes de importancia; inicia padecimiento 15 días previos a su ingreso con cuadro clínico caracterizado por odinofagia, disfonía, mialgias, ataque al estado general y fiebre cuantificada en 40°C, por lo que acude con médico indicando cefotaxima 1gr IM cada 12 horas por 3 días y metamizol 1gr cada 24 horas VO por 2 días. 48 horas posteriores a la primera administración, presenta lesiones eritematosas en cavidad oral, agregándose dermatosis diseminada a tórax, abdomen y extremidades, caracterizada por múltiples erupciones maculopapulares hemorrágicas, palpables, no pruriginosas, con un tamaño de 3-7 mm y no desaparecen

a la digitopresión, acompañado de hemorragia subconjuntival. Acude con segundo facultativo, que prescribe colutorios de nistatina y aciclovir 800 mg VO cada 6 horas; sin embargo persiste con sintomatología. Se realizan paraclínicos con hallazgos: Hb14.3gr/dl, Hto44.30%, Leu11600, Neu8400 Plaquetas51000, TP10.5, TTP35, INR1.07 PCR8.80 AST34 ALT56 DHL408 FA215 GGT205 Urea34 BUN16.0 Cr0.73 Proteínas 24h: 40mg/24h. EGO: Hemoglobina 1 mg/dL. Rx Tórax sin alteraciones. Se detectó microhematuria y elevación de enzimas hepáticas las cuales se normalizaron en 8 días. Biopsia de piel con hallazgos de infiltrado inflamatorio, con presencia de neutrófilos y monocitos consistente con vasculitis leucocitoclástica HBsAg y AHCV negativo, AHIV negativo. Perfil TORCH negativo. cANCA 1:40, Ac antinucleares IgG Moteado grueso 1:320; Citoplasmático 1:160, Filamentos intermedios 1:80. USG hepatoesplénico sin alteraciones. Paciente que cursó con un proceso de vasculitis agudo y reversible, sin asociación con enfermedad crónica, infecciosa o neoplásica. Por lo que se concluye vasculitis asociada a administración de cefalosporinas en donde la presencia de ANCA positivos en nuestro paciente con vasculitis leucocitoclástica predice un curso más prolongado. Mejorando cuadro al 12° día de retiro de cefalosporinas, sin necesidad de uso de esteroides.

**Folio:0521****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Modificación del perfil aterogénico en pacientes con tratamiento hipolipemiente**

Juárez A, Rivera V, Rivera D, Arriaga D, Nieto Z, Pineda A, Torres A  
 0.Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Antecedentes:** la dislipidemia aterogénica es un factor de riesgo mayor de enfermedad arterial coronaria (EAC), así como otras comorbilidades comúnmente asociadas. El tratamiento a base de hipolipemiantes se ha encontrado efectivo para la prevención primaria y secundaria de isquemia miocárdica.

**Objetivo:** evaluar la modificación del perfil aterogénico en pacientes tratados con hipolipemiantes que cuentan con diagnóstico reciente de dislipidemia.

**Material y métodos:** estudio transversal, observacional, realizado en el periodo de Agosto del 2012 a Agosto del 2013; se incluyeron a pacientes con diagnóstico reciente de dislipidemia e inicio de tratamiento hipolipemiente. Se evaluó el perfil lipídico basal y su modificación posterior al inicio del fármaco. Se recabaron datos poblacionales y comorbilidades. **Resultados:** se incluyeron 83 pacientes, de los cuales el 63.8% eran del género femenino, el 42% comprendía entre 50-59 años de edad y el 77% era mayor de 50 años. Las principales comorbilidades fueron: Diabetes mellitus tipo 2 (46.9%), Hipertensión arterial sistémica (53%), sobrepeso (43.3%) y obesidad (38.5%). El tratamiento se basó en uso de monoterapia con estatinas (50.6%), fibratos (28.9%) y tratamiento combinado (19.2%). En las modificaciones del perfil, se observó que en monoterapia con estatinas: disminuyó colesterol total (CT) un 23%, colesterol LDL 23%, colesterol HDL 0.3% y triglicéridos (Tg) 11%. En monoterapia con fibratos: disminuyó CT 13%, LDL

18%, HDL 3% y Tg 21%, mientras que en el tratamiento combinado: la disminución fue de CT 17.5%, LDL 13.4%, Tg 29.3% y un incremento en HDL de 5.8%. **Conclusiones:** el efecto de los fármacos hipolipemiantes como tratamiento para la dislipidemia aterogénica, concuerda con las modificaciones esperadas según la literatura médica. Llama la atención el decremento en niveles de HDL con las 2 monoterapias y su incremento con la terapia combinada. Es necesario un adecuado manejo de la dislipidemia para disminuir factores aterogénicos y eventos cardiovasculares de población en riesgo.

**Folio:0522**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Reporte de caso y revisión de la enfermedad: cuadro atípico de hepatitis asociada a salmonelosis**

Rodríguez y M, Cruz A, Gonzaga T, Meza D, Porras C, Alemán G, Rosales O, Morones I, Salgado T, Reyes E, Castro L, López D

0.PEMEX; 1.Hospital Central Norte PEMEX; 2.Hospital Central Norte

Masculino 31 años. Abuela materna con lupus. Etilismo cada 8 días 2 bebidas, tabaquismo, té verde de Zen Japonés para control de peso 1 mes, no crónico degenerativos. Inicia el 02/08/13 al ingerir alimentos en vía pública con síntomas generales y fiebre. Acude el 06/08/13 indicándose antiespasmódico y omeprazol, comienza con ictericia. S. vitales estables. Ictérico, abdomen globoso sin hepato ni esplenomegalia. Leucocitos 7.800 mm<sup>3</sup>, linfocitos 0.75, hemoglobina 14g/dl, plaquetas 115 mil, fosfatasa alcalina 323UI/L,

GGTP 219.2UI/L, Transaminasa glutámico oxalacética 121UI/L y pirúvica 174UI/L, Deshidrogenasa 896UI/L, amilasa 59UI/L, bilirrubina total 7.10mg/dl, directa 7 mg/dl, Velocidad de sedimentación globular 42mm/hr, general de orina con bilirrubina 6, leucocitos 1, proteínas 25mg/dL, panel de hepatitis y virus de inmunodeficiencia humana no reactivo, ultrasonido con esteatosis hepática severa difusa. A las 48 horas con rectorragia intensa, anoscopia con hemorroides grado II, hemoglobina 5.8g/dl, bilirrubina directa 9.6mg/dl, choque hipovolemico. Colangiografía normal, angiotomografía y arteriografía con arteria ileocólica y cólica derecha con extravasación de contraste, embolizándose, sin complicaciones. Hemocultivo () *Salmonella tiphy* multisensible, transfusión de 5 paquetes globulares, hemoglobina 10.4g/dl, bilirrubina total 1.99. **Conclusión:** una pequeña proporción de pacientes con fiebre tifoidea desarrolla hepatitis tífica con elevación de bilirrubinas, mediado por endotoxinas. Índice de mortalidad de 20% asociado a hemorragia digestiva y perforación intestinal. El diagnóstico se realiza por cultivos ya sea de sangre o de medula ósea. El tratamiento se basa en ceftriaxona o ciprofloxacino. En esta caso requirió arteriografía y embolización por perforación de la arteria cólica e ileocólica derecha. Se egresa por mejoría.

**Folio:0523**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

**Trombocitopenia asociada a vacuna de influenza en paciente con infección crónica por hepatitis C, reporte de un caso**

Rosales O<sub>0</sub>, Alemán G<sub>0</sub>, Porras C<sub>0</sub>, Meza D<sub>0</sub>, Cruz A<sub>0</sub>, Rodríguez B<sub>0</sub>, Cavazzani M<sub>0</sub>, Lagunas M<sub>0</sub>, Bautista A<sub>0</sub>, Reyes A<sub>0</sub>, Castro L<sub>0</sub>

0.Hospital Central Norte PEMEX

**Introducción:** la púrpura trombocitopénica Inmune es un trastorno en el cual anti-cuerpos dirigidos contra las plaquetas causan una destrucción acelerada de las mismas, así como alteración en la producción plaquetaria, con incidencia anual en adultos de 1.6/100,000. Se presenta un caso relacionado a vacunación por Influenza. Femenino de 59 años de edad, Originaria y residente de Tierra Blanca, Veracruz, ama de casa. Carga genética para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y leucemia. Etilismo ocasional sin llegar a la embriaguez. Alérgicos: negados. Quirúrgicos: salpingoclasia hace 30 años, transfusionales y traumáticos negados. Hipertensa de 4 años, tratada con Lecarnidipino. Antecedente de vacunación por influenza 15 días previo al inicio de padecimiento. Inicia con Petequias y hematomas espontáneos en miembros pélvicos, encontrándose como hallazgo trombocitopenia de 2,000 plaquetas/mm<sup>3</sup> motivo por el cual es enviada de manera urgente al Hospital General de Veracruz, donde se inició bolos de Metilprednisolona y apoyo transfusional con concentrados plaquetarios. Se detecta infección por Virus de Hepatitis C, con contraindicación para tratamiento por trombocitopenia severa. Presentó persistencia de cifras plaquetarias menores de 10mil, por lo se inicia ciclofosfamida e inmunoglobulina G con mejoría lenta hasta 51 mil plaquetas después de casi dos semanas de tratamiento, por lo que se inicia

uso de trombopoyetina recombinante. Se realizó esplenectomía con buenos resultados. Como complemento a nuestro estudio, se realizó detección de anticuerpos anti-plaqueta los cuales fueron positivos. **Conclusiones:** se han descrito varias reacciones de tipo inmune por vacunación para influenza como son esclerosis múltiple, diabetes mellitus tipo 1, Guillain-Barré, púrpura trombocitopénica idiopática y artritis reumatoide. En el caso de nuestra paciente contaba además con el factor de riesgo de ser portadora de Infección por virus de hepatitis C, siendo la vacunación el factor desencadenante de la reacción autoinmunitaria. El tratamiento dependerá de la presentación clínica y el grado de trombocitopenia, iniciando con esteroide sistémico, inmunoglobulina en la presentación aguda y el uso de medicamentos inmunosupresores e incluso el uso de agonistas de trombopoyetina.

**Folio:0524**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Endocrinología  
**Impacto del número de horas de sueño sobre el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2**

Rivera V<sub>0</sub>, Juárez A<sub>0</sub>, Lazcano I<sub>0</sub>, Bonilla L<sub>0</sub>, Martínez I<sub>0</sub>, Zapata S<sub>0</sub>, Torres A<sub>0</sub>  
0.Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Antecedentes:** se ha estudiado el impacto de la duración del sueño sobre el control glucémico en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), encontrándose un mayor descontrol en los extremos de sueño; los mecanismos aún se investigan. **Objetivo:** determinar si el número de horas de

sueño influye en el control glucémico de pacientes con DM2. **Material y métodos:** estudio transversal y observacional, realizado durante los meses de Junio a Agosto del 2013 en pacientes de la consulta externa de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Se recabó el número de horas de sueño y se obtuvieron mediciones de la hemoglobina glucosilada por paciente. **Resultados:** se incluyeron 90 pacientes con DM2, siendo el 61.2% del sexo femenino, con una edad promedio mayor a 50 años. Al análisis se encontró que pacientes con mejor control glucémico duermen en promedio 7 horas, mientras que los extremos se relaciona con mayor descontrol, siguiendo una tendencia en "U".

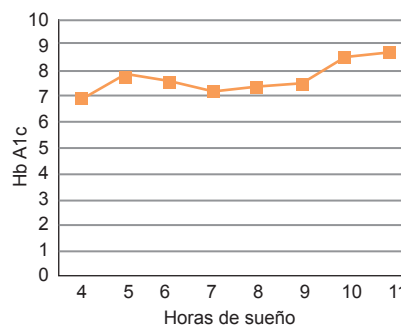


Figura 1.

**Folio:0525**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Cardiología  
**Reporte de caso: Estenosis aórtica severa en el tercer trimestre del embarazo**

Rodríguez y M<sub>0</sub>, Cruz A<sub>1</sub>, Rangel F<sub>1</sub>, Gonzaga T<sub>1</sub>, Porras C<sub>1</sub>, Meza D<sub>1</sub>, Rosales O<sub>1</sub>, Alemán G<sub>1</sub>, Morones I<sub>1</sub>, Salgado T<sub>1</sub>, Terán O<sub>1</sub>, Reyes E<sub>1</sub>, Castro L<sub>1</sub>, Rivas R<sub>1</sub>

0.Pemex; 1.Hospital Central Norte Pemex

El embarazo y el parto conllevan cambios fisiológicos sustanciales que requieren la adaptación del sistema cardiovascular. La disminución del área valvular aórtica a partir de un punto crítico genera una incapacidad para incrementar el gasto cardíaco y en determinadas condiciones, una caída neta del volumen minuto. Nuestro caso femenino 34 años. Cesárea 2006 por estado fetal no asegurable. Gesta 2, Para 1, última menstruación mayo 2012, control prenatal estable, enero del 2013 consulta en Ginecología por disnea de medianos esfuerzos y taquicardia enviada a Cardiología por insuficiencia cardíaca (IC), vista a las 33 semanas de gestación (SDG) con soplo multifocal II/IV predominio aórtico, pulso parvus et tardus compatible con estenosis aórtica (EAo) hospitalizada en Cuidados Coronarios ecocardiograma de ingreso con gradiente transaórtico medio 40 mmHg, área valvular 0.5 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> superficie corporal, a las 38.1 SDG inicia trabajo de parto realizándose cesárea tipo Kerr, salpingoclasia bilateral obteniendo producto vivo único, masculino APGAR 8/9, egresada con cita para sustitución valvular y manejo con betabloqueador y clortalidona.

**Discusión:** es rara la estenosis aórtica en mujeres embarazadas. A la edad en que la mujer puede procrear, la causa más común de estenosis aórtica es la congénita, la mortalidad asociada con el embarazo en la estenosis aórtica severa se ha estimado en el 17% y la mortalidad fetal en el 32% con deterioro ventricular izquierdo contraindica la contracepción. Si el diagnóstico se hace ya iniciado el embarazo, la paciente debe ser seguida de manera muy estrecha, el mejor método de seguimiento es el eco-Doppler, con

la medición seriada de las velocidades en la válvula aórtica. Se recomienda finalizar el parto vía vaginal bajo bloqueo epidural y utilización de oxitocina.

**Folio:0526**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Oncología

**Síndrome esclerodermiforme como presentación paraneoplásica de un osteoma osteoide en humero derecho**

*Lugo L<sub>o</sub>, Estrada E<sub>o</sub>, Cornejo M<sub>o</sub>, Constantino A<sub>o</sub>, Méndez Y<sub>i</sub>, Osorio A<sub>i</sub>*  
0.Centro Médico ISSEMyM Toluca;  
1.Centro Médico ISSEMyM

**Antecedentes:** la asociación entre cáncer y enfermedades reumáticas (ER) es un tema de discusión en vista de su escasa relación. Las enfermedades reumáticas aparentemente idiopáticas que preceden a un cáncer son llamadas enfermedades reumáticas paraneoplásicas. Dentro de la enfermedades reumáticas asociadas a síndromes paraneoplásicos, el síndrome esclerodermiforme es el menos frecuente, con escasa experiencia en el tratamiento de las manifestaciones reumatológicas. **Objetivo:** presentar una manifestación paraneoplásica rara secundaria a un tumor benigno óseo. Presentación del caso: Mujer de 43 años de edad, sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento con cuadro caracterizado por artralgias generalizadas, con intensidad 8/10, el cual se acompañó de fenómeno de raynaud, agregándose parestesias y disminución de la fuerza en miembro torácico derecho, y dolor de moderada intensidad. La exploración a su ingreso con artritis a nivel metacarpofalángico y glenohumeral, con

presencia de dactilitis, y disminución de la fuerza 4/5 en extremidad torácica derecha. Laboratorios: Anticuerpos Anti SCL 70 1.8 U/mL (< 3.7 U/ML), Anti centrómero 1.1 U/mL (< 3.7U/mL), Anticuerpos antinucleares negativos, Anti-PR3 5.6 U/ml (< 20U/mL) y Anti MPO 4.4 U/mL (< 20U/mL). Se realizó biopsia de piel en zona de dactilitis, con reporte de esclerodermia en fase de fibrosis. Mastografía reporte BIRADS 1, citología cervical con reporte negativo para displasia, colonoscopia sin alteraciones. Debido a la persistencia de dolor en húmero derecho se realizó radiografía documentando lesiones líticas en dicha zona, corroboradas por imagen de resonancia magnética, compatibles con osteoma osteoide. Tratamiento corticoesteroide parenteral, con respuesta satisfactoria. **Conclusión:** el síndrome esclerodermiforme como presentación paraneoplásica se ha reportado en linfomas de células T, mieloma múltiple, cáncer de mama, pulmón y piel. La asociación de síndrome esclerodermiforme a tumores benignos óseos no se han reportado en la literatura y su experiencia en el tratamiento es nulo. Por ello, debe de investigarse en pacientes con esclerodermia con pruebas inmunológicas negativas la coexistencia de un proceso neoplásico.

**Folio:0527**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

**Crisis ósea como presentación inicial de la enfermedad de Gaucher tipo 1 en un adulto caucásico del noreste del país**

*González J<sub>o</sub>, Delgado G<sub>o</sub>, Herrera J<sub>i</sub>, González E<sub>i</sub>, González X<sub>i</sub>, Villarreal M<sub>o</sub>, Galarza D<sub>o</sub>*



0. Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González; 1. Servicio de Hematología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Paciente masculino de 38 años de edad que acudió a un nosocomio en Puebla por dolor incapacitante en hemipelvis izquierda, así como dolor testicular izquierdo. En este hospital detectaron una trombocitopenia, por lo que fue referido a nuestro hospital para evaluación. A la exploración física se halló esplenomegalia, la ecografía sugirió infiltración esplénica. Durante su abordaje se descartaron otras etiologías que explicaran la trombocitopenia. Se determinó que el dolor testicular era producto de una orquiepididimitis. En IRM se halló infiltración femoral bilateral, así como hiperintensidad difusa en T2, sin datos de osteonecrosis, en hemipelvis izquierda. En una biopsia de médula ósea se hallaron macrófagos espumosos compatibles con enfermedad de Gaucher. Posteriormente se secuenció el gen GBA, encontrándose un genotipo homocigoto para la mutación N370S. De esta manera se confirmó el diagnóstico de crisis ósea por enfermedad de Gaucher tipo 1.

**Folio:0528**

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Hipercalcemia secundaria a enfermedad granulomatosa: reporte de un caso**

Juárez A<sup>o</sup>, Hernández I<sup>o</sup>, Gandarilla N<sup>o</sup>, Tenorio E<sup>o</sup>, Fuentes A<sup>o</sup>

0. Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Introducción:** la hipercalcemia es un trastorno relativamente común.

Determinar la etiología permite distinguir entre tratamiento quirúrgico y médico, relacionado con el pronóstico. Hay causas poco frecuentes, como el secundario a enfermedades granulomatosas. **Presentación del caso:** masculino de 63 años, originario de Estado de Guerrero, agricultor. Antecedentes de tabaquismo y etilismo. Lepra lepromatosa desde 2011, tratada con dapsona, rifampicina y clofazimina; diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica diagnosticadas en 1998; Hipertrofia prostática benigna con diagnóstico en 2011. Dengue en enero/2013 resuelto de manera conservadora; pérdida ponderal involuntaria de 10kg en 1 mes. Inició en febrero/2013 con cefalea, astenia, adinamia, edema de miembros pélvicos y torácicos, evolucionó a edema facial, suspendió tratamiento contra lepra; se agregó hiporexia. En valoración médica se halló dermatosis generalizada a cara, tórax y extremidades pélvicas por placas infiltradas eritemato-violáceas con bordes activos y disestesias. Laboratorios destacaron hemoglobina 11.2g/dl, creatinina 1.63mg/dl, albúmina 2.9mg/dl, fósforo 4.51mg/dl, calcio sérico 14.4mg/dl (corregido 15.2mg/dl.) Se realizó medición de PTH: 2 y 4.7pg/ml (12-88pg/ml). Se solicitó de manera externa 25 hidroxivitamina D y 1,25 dihidroxivitamina D. Sospechando malignidad como causa frecuente, se realizó screening para cáncer esofágico, pulmonar, renal, linfoma y mieloma múltiple, siendo negativos. Niveles de 25 hidroxivitamina D y 1,25 dihidroxivitamina D con cifras de 10,5ng/dl (5-50.8ng/ml) y 105pg/ml (18-72pg/ml) respectivamente. Se diagnosticó hipercalcemia secundaria a enfermedad granuloma-

tosa. El paciente recibió tratamiento de soporte con hidratación intensiva, diuréticos de asa y esteroides, se reanudó tratamiento para lepra, con mejoría y resolución de síntomas. **Comentario:** la hipercalcemia secundaria a enfermedad granulomatosa ocupa, junto con otros diagnósticos diferenciales, menos del 10% de los casos. La sarcoidosis y tuberculosis se reportan en mayor cantidad, siendo los menos los relacionados con lepra. La fisiopatología se cree se debe a la presencia de alfa-1 hidroxilasa en células del granuloma, incrementando la conversión de 25 hidroxivitamina D a 1,25 dihidroxivitamina D. El tratamiento es soporte y tratar la causa subyacente.

**Folio:0529**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Sarcoidosis como dx. diferencial de adenopatías mediastinales en un paciente joven, presentación de caso clínico**

Hernández J<sup>o</sup>

0. Centro Médico ABC

Presentamos el caso de una paciente de 26 años, que acude por presentar un cuadro de 3 semanas de evolución, caracterizado por dolor abdominal, sin predominio de horario, tipo cólico, localizado en hipogastrio y fosas iliacas, acompañado de náusea sin llegar al vómito. Por aparente cuadro de apendicitis le realizan estudios de extensión en donde se encontró una tomografía con adenopatías hiliares y mediastinales, aparentemente inflamatorias, se decide ingreso para estudios complementarios y control analgésico. A su ingreso exploración física sin alteraciones, Se encuentra leucopenia

de 2.7 a expensas de linfopenia, el resto sin alteraciones. Con estudios de extensión; se realiza PET-CT que muestra: adenopatías mediastinales, hiliares y subcarinales con incremento de la actividad metabólica, infiltrado de vidrio despulido en ambos lóbulos inferiores en probable relación con proceso infeccioso. Se inicia manejo con levofloxacino. Se decide proceder a realizar minitoracotomía resección de ganglios mediastinales resección pulmonar segmentaria. Se recaban los siguientes resultados: B2 microglobulina: 1,094. FR normal, TORCH con memoria para rubeola, ANA negativo, antitrombina III normal, DD y plasminogeno normal, PCR 0.13, VSG 4. TUBERCULINA PPD negativo, cultivo de BAAR, baciloscopia en orina y Quantiferon negativo. Células LE y anti-nucleares negativo Ag. De histoplasma y occidoides negativos. Cultivo aerobio, anaerobio, BAAR y de hongos negativo. Enzima convertidora de angiotensina negativo En este caso descartando una etiología infecciosa y autonimmune se llevo a cabo una biopsia de pulmón con reporte final de: Granulomatosis sarcoides / no necrosante con células gigantes multinucleadas. **Discusión:** la sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa, que afecta principalmente pulmón, piel y ojos, Se desconoce su etiología sin embargo se asocia a factores ambientales, genéticos como HLA Dr8 y M. tuberculosis. El dx. puede ser clínico cuando se presenta como sx. de Lofgren, sin embargo en otros casos se requiere biopsia. A nivel radiológico el 90% de las radiografías de pacientes con sarcoidosis pulmonar están alteradas. En PET-CT se ven ganglios con aumento del metabolismo y vidrio despulido. El tratamiento se da si

existen alteraciones. En el caso presentado se decidió solo vigilancia ya que la paciente no presentaba ninguna alteración.

**Folio:0530**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología

**Éxito de la plasmaféresis en el tratamiento de la glomerulonefritis lúpica rápidamente progresiva refractaria en el HECMR**

*Hernández J., Alfaro J., Casarrubias M., Cabrera M.*

0.Instituto Mexicano Del Seguro Social

**Objetivo:** conocer el efecto de la plasmaféresis en pacientes con glomerulonefritis lúpica rápidamente progresiva refractaria. **Material y métodos:** estudio cuasi-experimental tipo antes y después retrospectivo, con pacientes consecutivos a los cuales se les realizó plasmaféresis por glomerulonefritis lúpica rápidamente progresiva refractaria. Se emplearon medidas de tendencia central, tablas de salida y gráficos. **Resultados:** los valores basales fueron creatinina de 3.25 /- 1.63 mg/dL; de urea 160.51 /- 62.34 mg/dL; de nitrógeno ureico fue 75.4 /- 29.65 mg/dL. La depuración de creatinina en orina de 24 hrs basal fue de 17.11 ml/min con una albuminuria promedio de 7.04 g/24 h. Los reportes posteriores al término de las sesiones de plasmaféresis, 20 días después al último recambio plasmático, fueron creatinina de 2.04 mg/dL; urea de 116.04 mg/dL; nitrógeno ureico de 54.45 mg/dL. Los controles urinarios posteriores reportaron depuración de creatinina de 32.7 ml/min, albuminuria de 5.33 g/24 h. **Conclusiones:** la plasmaféresis disminuye los valores

séricos de creatinina en 35.1%, en 18.56% la urea, 18.44% el nitrógeno de la urea, 9.11% la albuminuria de 24 hrs, y mejora 106.21% la depuración de creatinina en orina de 24 hrs, siendo ésta última el estudio bioquímico más fidedigno de la función renal con que se cuenta en la clínica. Se propone la plasmaféresis como medida terapéutica de primera elección en la glomerulonefritis lúpica rápidamente progresiva refractaria.

**Folio:0531**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Incidencia de brucelosis en un hospital rural de Nuevo León de agosto del 2012 a agosto del 2013**

*Gutiérrez E., Bujanos I.*

0.Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Antecedentes:** el diagnóstico de brucelosis puede representar un reto al imitar múltiples patologías en su presentación, y debe ser considerada como diagnóstico diferencial en regiones endémicas como el noreste de México. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia de la brucelosis en un hospital rural de Nuevo León, describiendo las formas clínicas de presentación de la misma, exponiendo las herramientas de diagnóstico y haciendo énfasis en considerarla como diagnóstico diferencial regiones endémicas. **Material y métodos:** se analizaron 4 casos confirmados con PCR de brucelosis y un caso probable, tratados en un hospital rural de Nuevo León, del mes de agosto de 2012 a hasta agosto 2013. El diagnóstico se realizó con serología y se confirmó con PCR, SAT (aglutinación estándar) y 2-ME (2-mercaptoetanol), sin poder

aislarse el microorganismo en cultivos.

**Resultados:** se trata de 4 femeninos y 1 masculino, con edad promedio 44 años. Uno de ellos se consideró como recidiva, el resto como nuevos casos. Un caso agudo manifiesto como gastroenteritis, el resto crónicos. El síntoma cardinal fue fiebre en todos los casos. **Conclusiones:** debido a la dificultad del aislamiento del microorganismo y el uso indiscriminado de antibioticoterapia y la sensibilidad baja de los cultivos, su diagnóstico puede inferirse con pruebas indirectas aunado a cuadro clínico compatible. Debido a los escasos casos encontrados para una incidencia nacional anual de 28.7 casos por millón de habitantes se cree que la brucelosis en esta región es subdiagnosticada y debe considerarse en los casos de fiebre persistente.

#### Folio:0532

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

#### Discondrostenosis de Léri-Weil, reporte de un caso

*Hernández C, García A, Zúñiga J, Taboada J, González O*

0.Hospital Juárez de México

Paciente de sexo femenino de 49 años de edad, producto de la gesta 12 con,

cuenta con el antecedente de dos hermanos, de 52 y 50 años, con datos de displasia ósea, sin complicaciones metabólicas. Dentro de árbol genealógico, también destaca el antecedente de un hijo finado al nacimiento, se desconoce la causa. Pacientemente acude por artralgias en ambas articulación de la muñeca de forma bilateral, refiere deformidad en ambos extremidades superiores porción distal, que se acentuó en la adolescencia. A la exploración física se encuentra paciente de 140 cm de estatura, con facies toscas macrocefalia, prognatismo, cuello corto y ancho, extremidades superiores con acortamiento rizo-mesomélico en antebrazo, con dislocación dorsal del cúbito distal y una movilidad limitada de muñeca y codo, con limitación de la supinación, de la dorsiflexión y de la desviación radial. Radiografía de radio y cubito muestran la presencia de deformidad de Madelung de forma bilateral.

#### Folio:0533

**Tipo de Presentación:** oral

**Tema del resumen:** Dermatología

#### Frecuencia de candidosis de decúbito en pacientes hospitalizados en el Hospital General Dr. Manuel Gea González

*Romero M, Arenas R, Fuentes A, Moreno G, Fernández R, Salazar E, Lazcano I, Juárez A*

0.Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Antecedentes:** la candidosis de decúbito se presenta en pacientes con periodos prolongados en cama de hospitales; es caracterizado por eritema, pápulas, pústulas, erosiones y escamas en la cara posterior del tronco y región glútea. **Objetivos:** determinar la frecuencia de candidosis de decúbito en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, Cirugía general, Terapia Intensiva y Urgencias adultos del Hospital Dr. Manuel Gea González. **Material y métodos:** estudio descriptivo, abierto, prospectivo y longitudinal. Se revisó a los pacientes hospitalizados con movilidad restringida por tres o más días, con evaluaciones cada 7 días hasta su egreso. Se incluyó: pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con estancia hospitalaria mayor de tres días, en posición de decúbito dorsal, con limitación del movimiento, sin previas dermatosis en la región dorsal y sin tratamientos antimicóticos. Aquellos con dermatosis en la región dorsal se les realizó examen directo con KOH y cultivo. **Resultados:** se incluyeron 173 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión; sólo a 48 se les tomó muestra para examen directo con KOH y cultivo. De los 48 pacientes, el 54.2 % fueron hombres y el 45.8 % mujeres, de 18 a 78 años, con un promedio de 48 años; la hospitalización varió de 3 a 29 días, con un promedio de 10 días. El diagnóstico principal fue Sepsis (37.5%). La candidosis se presenta en la inmovilidad parcial en un



Figura 1.

52%. El 93.7% cursaban con algún esquema antimicrobiano y el 10.4% se les administró algún esteroide. Se reportaron 3 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (6.2%), sólo uno resultó positivo para candidosis de decúbito. Se confirmó candidiasis por examen directo con KOH y en cultivo en 3 pacientes (6.25%), los cuales coincidieron en los mismos pacientes. La especie más frecuente fue *Candida tropicalis* (66.66%). **Conclusiones:** la candidosis de decúbito es una variedad clínica poco conocida por el médico, incluso el dermatólogo. Remarcamos la importancia de la búsqueda intencionada de lesiones en la parte posterior del paciente, caracterizadas por erosiones, escamas, eritema o pápulas, en pacientes con factores de riesgo como inmovilización y uso de antibióticos, ya que son factores determinantes para el desarrollo de candidiasis de decúbito, y esto ayudará a la prevención de su extensión y complicaciones asociadas.

**Folio:0534**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Reumatología  
**Vasculitis sistémicas primarias asociadas a síndrome antifosfolípidos: reporte de 3 casos clínicos**

*Hernández J, Pineda L, Alfaro J*

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

**Introducción:** la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aFL) y trombosis también puede presentarse en pacientes con vasculitis sistémica primaria (PSV). **Objetivo:** presentar 3 casos de vasculitis sistémicas con asociación a síndrome antifosfoli-

vido. Caso 1. Hombre de 66 años. portador de asma intermitente y alergia a farmacos, con resección de pólipos nasales. Curso con tos productiva, sibilancias, fiebre y dolor pleurítico sin mejoría a antimicrobianos, presento perdida ponderal, neuritis óptica izquierda y datos de neuropatía periférica. Presento datos de trombosis venosa en pierna y brazo derechos. Estudios con eosinofilia periférica de >2000, Tele torax: Infiltrado en parches evanescentes. AMO: 36% de eosinofilos, resto normal. USG doppler: TVP en MPD, MTD y axilar. Atrofia óptica bilateral por campimetría. EMG: polineuropatía axonal motora en MsTs. ANCA 1:20, ACL IgM > 80 positivas. Biopsia de colon: Infiltrado de eosinofilos en lamina propia. Se diagnostica síndrome de Churg Straus asociado a SAAF. Caso 2. Mujer de 34 años. Historia de HAS, hipotiroidismo, pancreatitis aguda, epilepsia, alergia a farmacos. A los 16 años con cuadros de infecciones respiratorias repetitivas e hiperreactividad bronquial, perdida de peso, daño renal agudo, y TVP de miembro pélvico derecho en dos ocasiones, trombosis de vena cava y un evento de TEP. La BH mostro eosinofilia de 32%, USG doppler MPI con trombosis venosa. ANCA 1:120, y ACL IgG e IgM > 80 positivas. Biopsia renal: glomerulonefritis proliferativa difusa. Se diagnostica síndrome de Churg-Strauss y SAAF. Caso 3. Hombre de 68 años. Curso con conjuntivitis de larga evolución, astenia, fiebre, artralgias, perdida de peso sin mejoría a antimicrobianos y suplementos alimenticios. Presento daño renal agudo con necesidad de dialítica, y hemorragia pulmonar con trombosis de MPI. Estudios ANCA-c

>80, ANA 1:320 H. VSG 50. aCL y aFL. >80 positivos. USG doppler: trombosis subaguda de vena femoral común y superficial izquierda Biopsia renal: Glomerulonefritis focal con lesiones proliferativas extracapilares (semilunas) focales y segmentarias. Se diagnosticas Granulomatosis de Wegener asociada a SAAF. **Conclusiones:** un estudio de pacientes con SAAF, encontró una proporción del 0,7%, tuvo diagnóstico de vasculitis sistémica, sin embargo se ha observado una asociación entre aCL y aFL, y patologías autoinmunes.

**Folio:0535**

**Tipo de Presentación:** sin preferencia  
**Tema del resumen:** Epidemiología  
**Prevalencia y manejo del dolor en la sala de medicina interna de un hospital universitario**

*López A*

0.Hospital Universitario Dr. José E. González, UANL

**Introducción y Objetivos:** el dolor se define como una experiencia sensitiva o emocional desagradable asociada con daño tisular. Se ha demostrado que el 73% de los pacientes no quirúrgicos hospitalizados presentaban dolor moderado-severo y es por esto que ha sido considerado el quinto signo vital pero a diferencia de otros, no existe una medida objetiva y directa. Los objetivos de nuestro programa incluyen: Asegurar que el dolor de los pacientes se evalúe y se maneje de manera correcta, fomentar el uso adecuado y racional de los analgésicos de acuerdo a la intensidad y al tipo de dolor que presenta el paciente, realizar un plan preventivo y abordajes terapéuticos para manejo efectivo del dolor y educar a los pacientes y



al equipo de salud acerca del manejo del dolor. **Material y métodos:** el programa se dividió en tres fases: primer fase: Crear un Comité para el Uso Racional de Analgésicos y Manejo de Dolor, el cual vigila las buenas prácticas sobre el control del dolor y además establece políticas para el registro sistematizado de la presencia del dolor y su manejo. Segunda fase: Establecer políticas para el registro sistematizado de la presencia, tipo e intensidad de dolor y la distribución en ambos géneros con la aplicación de un formato de registro incluido en el expediente. Tercer fase: Desarrollar e implementar un algoritmo de manejo dependiendo de la intensidad y persistencia de dolor, y analizar la efectividad de dicho manejo dando seguimiento a los pacientes durante su estancia intrahospitalaria. Nuestro indicador está dado por el promedio mensual de pacientes con intensidad de dolor moderado-severo (EVA >3) por >24 horas. **Resultados y Conclusiones.** Se evaluó un total 2,451 pacientes en la salas de internamiento del Departamento de Medicina Interna donde 67.77% de los pacientes presentaba dolor al ingreso, 21.3 % dolor leve, 50.5 % moderado y 28.0 severo. El analgésico mas usado en dolor leve, moderado y severo fue el tramadol, seguido de paracetamol en leve y moderado, y morfina en dolor severo. Los diagnósticos más comunes asociados a dolor fueron SICA, seguido de Pancreatitis. El 97 % de los pacientes egresó con EVA < 3 y nuestro indicador se mantuvo por debajo del 10 %. **Conclusiones:** encontramos una prevalencia de dolor semejante a lo descrito en la literatura, los opioides sintéticos son el analgésico de mayor uso tal vez en parte por disponibilidad.

**Folio:0536**

**Tipo de Presentación:** cartel

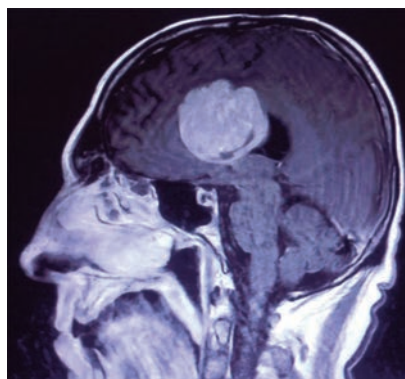
**Tema del resumen:** Oncología

**Linfoma de sistema nervioso central y trasplante autólogo de células hematopoyéticas**

*Arriaga J<sup>o</sup>*

0.Centro Médico ABC

Paciente masculino de 60 años de edad con diagnóstico de linfoma no Hodgkin folicular en 2004 y post-trasplante autólogo de células hematopoyéticas en 2011. Inicia con cuadro de agitación y debilidad de miembros pélvicos. Se realiza resonancia magnética de encéfalo mostrando lesión intra-axial, redondeada, lobulada, de bordes definidos, heterogénea, con porciones sólidas y quísticas, localizada en topografía anterior del cuerpo caloso que mide 46.5 x 52 x 61 mm, punción lumbar con células mononucleares de 7 a 10 por campo y macrófagos de citoplasma espumoso. Al revisar la literatura se sugiere que la presencia de trasplante autólogo y la actividad previa a nivel de sistema nervioso central tienen un mayor riesgo de recurrencia neurológica y por lo tanto un peor pronóstico. La edad, estadio de la enfermedad, histología, involucro extranodal y un intervalo corto entre el



**Figura 1.**

diagnóstico y el trasplante no contribuyeron de manera independiente a un mayor riesgo para esta diseminación.

**Folio:0537**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Nefrología

**Esclerosis tuberosa reporte de un caso**

*Salgado L<sup>o</sup>, Rosas J<sup>i</sup>, Álvarez F<sup>i</sup>*

0.Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga; 1.Hospital General de México

**Antecedentes y objeto de estudio:**

ficha de Identificación: Masculino, 36 años, soltero, segundo secundaria, desempleado. Antecedentes: tabaquismo y alcoholismo negativos. Otitis media de repetición en la infancia. Retraso mental con aprendizaje lento. Epistaxis intermitentes desde la adolescencia. Padecimiento actual: cuadro de 8 meses con mal estado general progresivo. Cinco días previos con náusea y vómito gastrobiliar, así como con evacuaciones pastosas, sin moco, sangre, tenesmo o fiebre. Exploración física: TA: 140/90 FC: 80 lpm FR: 18 rpm T: 36.6oC Tegumentos con palidez generalizada, dermatosis caracterizada por lesiones nodulares (nariz, comisuras y mentón) café rojizas, en placas; neoformaciones periungueales hiperpigmentadas, lisas y redondeadas; lesiones acrómicas lanceoladas en abdomen, no edema periférico. (Material y metodos) Parclínicos: Hb 6gr/dl, Ht 19, normocítica normocromica, leucos 5300, plaquetas 239000, glucosa 80mg/dl, urea 543 mg/dl, Cr 14mg/dl, Na136 meq/L, K5.3meq/L, Ca4mg/dl, P6mg/dlGA: acidosis metabólica compensada, EGO normal CT 150 mg/dl, TG 180 mg/dl, albúmina 2.4 gr/dl, BT0 .4 mg/dl, AST 15, ALT 18, FA 120, albuminuria 24hs

0.5 gr/d, Dep Cr 6.19 ml/min. Análisis esclerosis tuberosa: enfermedad sistémica caracterizada por la tríada de epilepsia, bajo coeficiente intelectual y angiofibromas, como lo define su sigla en inglés EPILOIA (Epilepsy, Low Intelligence, Angyofibroma). Es un trastorno hereditario, Autosómico Dominante. Se clasifica dentro del grupo de las facomatosis// síndromes neurocutáneos junto con: Neurofibromatosis tipos I y II, síndrome de Von Hippel-Lindau y enfermedad de Sturge Weber. Incidencia: 1 de 6.000 recién nacidos vivos. Alteración genética: Inactivación de unos de los dos genes, deTSC1 localizado en el cromosoma 9q34 o de TSC2 16p13.3. Hamartina y tuberina respectivamente. El diagnóstico es clínico en base a criterios mayores y menores. Resultados tratamiento y resolución: se realizó interconsulta a Genética diagnosticando se trataba de una mutación de novo y se inició terapia de sustitución renal a base de Hemodiálisis dada la afectación renal. **Conclusiones:** es una enfermedad poco sospechada. Se debe hacer una búsqueda de la causa de la insuficiencia renal crónica, siempre que se tenga un paciente con esta complicación. El Diagnóstico de la enfermedad es puramente clínico.

**Folio:0538****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Misceláneos**Mielodisplasia asociada a síndrome de Meigs***Arredondo A<sup>o</sup>, Gracia C<sup>o</sup>, Rubio M, Huerta D<sup>o</sup>*

0.hospital general Ticomán

Paciente femenino de 44 años, soltera, escolaridad secundaria, religión católica, residente de Iztacalco, Distrito

Federal. antecedentes heredofamiliares: hipertensión arterial positiva por rama paterna y materna, madre con artritis reumatoide antecedentes personales no patológicos: alcoholismo y tabaquismo negados, casa habitacion cuenta con todos los servicios, habitos higienico dieteticos adecuados antecedentes ginecobstetricos: menarca 12 años, ciclos regulares 28 x 5, fecha de ultima menstruacion 27 de noviembre del 2012, gesta 3, abortos 1, partos 2, cesárea 0, uso de diu retirado en el 2012 padecimiento actual: inicia en septiembre del 2012 con presencia de astenia, adinamia, así como sangrado gingival, refiere perdida ponderal de 13 kg hasta la fecha. Exploración física: orientada, palidez de tegumentos, mucosas orales con presencia de puntilleo en paladar duro, con datos de sangrado posterior, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de ascitis no a tensión, hepatomegalia y esplenomegalia palpable, dolor a la palpación en epigastrio, resto sin alteraciones exámenes de laboratorio: leucocitos 2.7, neutrófilos 1.5, linfocitos 0.8, monocitos 0.25, eosinófilos 0.05, basófilos 0.03, hemoglobina 10.7, eritrocitos 3.4, volumen corpuscular medio 97, hemoglobina corpuscular media 31.3, plaquetas 240, glucosa 83 creatinina 0.6 , bilirrubina total 1.3. citológico y citoquímico de liquido de ascitis: turbio, leucocitos 123 mm3, mononucleares 82, polimorfonucleares 18, deshidrogenasa lactica 44, glucosa 112. con proceso reactivo inespecifico colonoscopia: compresión extrínseca de ciego ultrasonido de abdomen: ovario derecho imagen heterogénea 38 x 36 x 43, liquido libre en cavidad peritoneal, enfermedad parenquimatosa hepática. Tomografía

cuello, tórax, abdomen: crecimientos ganglionares cervicales, occipitales, submaxilares, submentoneano y cadena yugular, datos de infiltración a pared gástrica aspirado de medula ósea: síndrome mielodisplásico con afección multilínea biopsia de ovario: adenocarcinoma de ovario la paciente presenta asociación de síndrome de Meigs en este caso con presentación de liquido de ascitis, adenocarcinoma de ovario, y derrame pleural, asociado con un síndrome mielodisplásico.

**Folio:0539****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Nefrología**Glomerulonefritis membranosa secundaria a leucemia linfocítica crónica***Hernández H<sup>o</sup>, Casarrubias M<sup>o</sup>*

0.H. de especialidades C.M.N. La Raza

**Antecedentes:** la glomerulonefritis membranosa puede ser una manifestación inicial a distancia de una variedad de neoplasias, en ocasiones ocultas.

**Informe de caso:** masculino de 82 años de edad, quien presenta de forma súbita anasarca, orina espumosa y ataque al estado general, integrándose la presencia de síndrome nefrótico. Se inició abordaje diagnóstico y se identificó la presencia de hepatomegalia y anemia macrocítica con Hb 9.5gr y volumen corpuscular medio de 100fl. Se realizó biopsia renal la cual mostro una glomerulonefritis membranosa. En búsqueda de una causa secundaria se realizó frotis y aspirado de medula ósea, el cual mostro infiltración medular con linfocitos pequeños de aspecto maduro, compatible con leucemia linfocítica crónica. **Conclusión:** esta entidad como manifestación paraneoplasia

plásica se ha descrito en asociación a una variedad de tumores sólidos y pocas veces en relación a neoplasias hematológicas, por lo que se requiere un alto grado de sospecha.

**Folio:0540**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto, linfadenopatía poco frecuente en el diagnóstico del síndrome febril**

*Aguilar J<sub>o</sub>, Flores M<sub>o</sub>, Camacho J<sub>o</sub>, Alexanderson E<sub>o</sub>, Servín A<sub>o</sub>*

0.Hospital General de México

La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) es una enfermedad poco frecuente, se conoce por tener una distribución mundial, con mayor prevalencia en individuos japoneses y otros asiáticos, predominantemente en mujeres (3-4:1). EKF se presenta como trastorno benigno y autolimitado, caracterizado por adenopatías cervicales regionales, acompañado con fiebre y diaforesis. Los síntomas menos frecuentes son la pérdida de peso, náuseas, vómitos y odinofagia. El diagnóstico final se realiza con biopsia de ganglio linfático. Descripción de caso: Hombre de 21 años ingresa por urgencias, con fiebre de 50 días de evolución de predominio vespertino, acompañado de síndrome consuntivo y adenopatías cervicales, hepato-esplenomegalia. Al ingreso con leucocitos de 19560, neutrófilos de 14430, linfocitos de 1560, con creatinina de 2.4mg/dl, Examen General de orina con bacteriuria por lo que se administra antimicrobiano; últimos resultados de laboratorio con leucocitos de 6600, neutrófilos, 4200, linfocitos 1500, creatinina de 0.6, con lesión renal corregida. Cultivos

negativos, marcadores tumorales negativos, ?2 microglobulina elevada (9.6), perfil viral para hepatitis y VIH negativos, se continúa con biopsia de ganglio, la cual reportó hiperplasia linfoide, áreas difusas de necrosis, abundantes macrófagos, áreas interfoliculares residuales compuestas por linfocitos mezclados con histiocitos y células plasmáticas, concluyendo linfadenitis necrotizante, inmunohistoquímica, PAS, grocott, Ziehl Neelsen, los cuales no encuentran reactividad; Fibrobroncoscopia normal, se realizó PPD con lectura de 0 cm, C3 y C4 normales.; 48 horas sin fiebre, y dado el reporte de patología de linfadenitis necrotizante se considera un proceso autolimitado como EKF. Se egresa por mejoría. Conclusión: El síndrome febril cuenta con protocolos definidos para determinar su etiología, al agregarse adenomegalias, es conveniente realizar biopsia de ganglio y extender las posibilidades diagnósticas como es la EKF, debido a la baja tasa de reportes de esta enfermedad y en un varón se torna de especial interés y seguimiento como externo.

**Folio:0541**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Hematología

**Infección por *Helicobacter pylori* y falla al tratamiento en pacientes con trombocitopenia inmune**

*Moreno I<sub>o</sub>, Majluf A<sub>o</sub>*

0.HGR 1 IMSS Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro

**Antecedentes:** la infección por *Helicobacter pylori* es frecuente en México. Es responsable de enfermedades gastrointestinales pero también de enfermedades extra-gástricas,

como la trombocitopenia inmune, sin entender por completo el mecanismo patogénico que lo provoca. El mimetismo molecular puede causar reacción cruzada entre los anticuerpos producidos contra el antígeno Cag A del *Helicobacter pylori* y las glicoproteínas de la superficie plaquetaria. También puede interferir con el sistema inmunitario del huésped provocando mayor expresión de células B1 y con esto un incremento de la fagocitosis plaquetaria a través de los monocitos. **Objetivo:** evaluar si la infección por *Helicobacter pylori* está relacionada con la falla al tratamiento y tendencia a la refractariedad en pacientes con trombocitopenia inmune. **Material y métodos:** se realizó un estudio de casos y controles en pacientes con trombocitopenia inmune del hospital HGR 1 del IMSS. En sujetos con buena respuesta al tratamiento y en aquellos pacientes de difícil control y que se encuentren sin remisión completa, se midió la infección por *Helicobacter pylori* a través de la identificación del antígeno en heces. Se realizó la prueba de Ji cuadrada para evaluar la asociación y como medida de riesgo se estimó la razón de momios (RM), con intervalos de confianza al 95% (IC95%). **Resultados:** se han estudiado 54 pacientes con el diagnóstico de trombocitopenia inmune, 20 hombres y 34 mujeres. El promedio de edad es de 47.4 años (rango 17 a 92 años). Se han incluido 30 pacientes con respuesta completa (55.5%) y 24 sin respuesta (44.5%). La prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* fue de 62.5% en aquellos sin respuesta a tratamiento en comparación con 37.5% en quienes han tenido buena respuesta. La probabilidad de no respuesta ante la

infección por *Helicobacter pylori* es tres veces mayor (RM 3.3, IC 95% 1.08-10.23; p 0.032). **Conclusiones:** la frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* es elevada en la población estudiada. En los sujetos con trombocitopenia inmune, la presencia de infección está asociada con mayor falla al tratamiento. Es necesario identificar los mecanismos subyacentes y evaluar si el tratamiento de erradicación mejora la respuesta al tratamiento.

**Folio:0542****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Infectología**Hidatidosis pulmonar. Causa de dolor torácico en un adulto mayor***Miranda V, Luis E, Rosales V*

0.Hospital General de México

**Antecedentes:** el pulmón representa el segundo sitio más común de esta parasitosis causada por helmintos del género *Echinococcus*. **Caso clínico:** femenino de 65 años de edad con exposición a humo de leña 140 hrs/año. Convive con aves de corral y se dedicó al pastoreo de ovejas durante 30 años. Se presentó con tos aislada, de un año de evolución, sin expectoración, febrícula intermitente y dolor intenso en hemitórax izquierdo de reciente aparición. En la radiografía de tórax se encontró imagen redonda, con nivel hidroaéreo en región apical izquierda. El hallazgo tomográfico fue de lesión quística localizada en lóbulo superior izquierdo con membranas en su interior. Se realizó biopsia con escisión completa de la lesión. Patología reportó quiste hidatídico de 5x3cm con larva hija en su interior. **Conclusiones:** la presencia de esta lesión plantea problemas diagnósticos diferenciales

con neoplasias y abscesos. El procedimiento quirúrgico fue fundamental en el diagnóstico y tratamiento.

**Folio:0543****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Misceláneos**Degeneración medular combinada subaguda y enfermedad de Crohn***Hernández H, Camacho D, Casarrubias M*

0.Hospital de especialidades C.M.N. La Raza

**Antecedentes:** la avitaminosis puede observarse en pacientes con diversas comorbilidades y puede el cuadro de presentación. **Informe de caso:** masculino de 49 años que presenta debilidad distal de las extremidades y alteraciones sensitivas que le dificultan la marcha y el manejo de objetos pequeños; asociado a pérdida ponderal, hematoquezia y estreñimiento. A la exploración destacó fuerza 4-/5 en todas las extremidades, y sensibilidad disminuida de forma simétrica, Babinsky positivo de forma bilateral. Su biometría mostro hemoglobina 13.5gr, hematocrito 40%, con un volumen corpuscular medio de 132fl. La determinación de vitamina B12 fue inferior a 150pg/ml. Se realizó tránsito intestinal con infiltración de íleon terminal y colonoscopia que reportó ulcera en válvula ileocecal cuyo análisis histológico fue compatible con enfermedad de Crohn. **Discusión:** resalta en este caso la manifestación florida de alteraciones neurológicas como síntoma de deficiencia de B12 por afección ileal.

**Folio:0545****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Endocrinología

**Hipotiroidismo de presentación atípica: Miopatía hipotiroidea hipertrófica presentación de un caso**

*Álvarez F, Hernández H, Alfaro J, Casarrubias M*

0.IMSS

Masculino de 35 años de edad sin antecedentes de importancia, niega toxicomanías. Inicia su padecimiento 8 meses previos a su ingreso con astenia, adinamia así como disminución de la fuerza muscular de forma generalizada que condiciona limitación en actividades de la vida diaria y lateralización de la marcha a la derecha, 6 meses posteriores presenta ptosis palpebral bilateral que limita el campo visual así como cambios en la voz refiriéndola como ronca, se agrega incremento de talla y peso así como incremento de la masa muscular de forma generalizada con predominio en ambos antebrazos. A la exploración física resalta hipertrofia de músculos de cuello e hipertrofia de todos los grupos musculares de las extremidades siendo mas evidente en antebrazo, con reflejos osteotendinosos disminuidos. Previamente el paciente se había estudiado en Hospital de segundo nivel donde destaca elevación de CK con cifras máxima de 2055, DHL 864, AST 71, electrolitos séricos normales y elevación de creatinina a 1.6mg, se realiza tomografía de tórax en la cual se evidencia derrame pericárdico al no lograrse conclusión diagnóstica se envía a esta unidad. Durante su estancia en nuestro servicio se realiza perfil tiroideo inicial con T3.

**Folio:0546****Tipo de Presentación:** cartel**Tema del resumen:** Oncología



### **Rabdomiosarcoma a propósito de un caso raro de diagnóstico diferencial de tumor mediastinal anterior en Centro Médico Issemym Toluca**

Constantino M<sub>o</sub>, Lugo L<sub>o</sub>, García E<sub>o</sub>, García M<sub>o</sub>, Brea E<sub>o</sub>, Guevara A<sub>o</sub>

0.ISSEMYM

**Antecedentes:** el 75% de las lesiones mediastinales en los adultos es benigna. El 65% ocurren en región anterior, 25% posterior y 10 % en medio. Los sarcomas de partes blandas, son relativamente raros, con incidencia anual de 2 por 100 000 habitantes. Constituyen el 0.7% de todos los tumores, siendo la localización en un 40% estructuras de cabeza y cuello, 25% tracto genitourinario y 20% extremidades. Los casos restantes, se originan en diversas localizaciones incluyendo pared torácica y el retroperitoneo. **Objetivo:** presentación de un caso raro de rabdomiosarcoma mediastinal. **Presentación:** mujer de 50 años, sin antecedentes de importancia. Inicia padecimiento de 1 mes previo con dolor retroesternal opresivo, difuso, que se exacerba con movimientos respiratorios y disnea de medianos esfuerzos progresiva, hasta ortopnea. Fiebre vespertina y pérdida de peso de 10 kg en 3 meses. EF con dificultad respiratoria, integrándose derrame pleural del 90% en hemitórax izquierdo. Resto normal. Laboratorio con leuco y trombocitosis. Marcadores tumorales. CA 125, CA 15-3, AFP, DHL, PFH, VSG, PCR normales. Análisis de líquido pleural positivo para exudado, citología con pleuritis aguda y crónica extensa. Tinción Gram, tinta china, cultivo para hongos, mycobacterias y bacterias negativos. BAAR y PPD negativo. TAC simple y contrastada posterior a colocación de SEP: Ganglio paratraqueal alto

izquierdo, tumor intratorácico de 10 x 7 cm, engrosamiento pleural. Reporte de patología de biopsia: Timofibrolioma tipo A, realizándose resección quirúrgica, encontrando involucro de arteria torácica interna, invasión de hilio y parénquima pulmonar, se consigue tumorectomía parcial. Reporte transoperatorio de probable carcinoma tímico, LNH, o tumor germinal, sin inmunohistoquímica. Debido a laceración de vaso, requiere transfusión masiva de hemoderivados; desarrollando lesión pulmonar por transfusión y VMI prolongada, se añade infecciones nosocomiales y defunción como desenlace. Resultado de patología post-mortem: sarcoma pleomórfico compatible por IHQ con rabdomiosarcoma pleomorfo. **Conclusión:** el diagnóstico del rabdomiosarcoma pleomórfico supone descartar otros sarcomas pleomórficos, y otras variantes, siendo la variante pleomórfica infrecuente, obligando a la determinación de características citohistológicas e IHQ, además de sospecha clínica a pesar de su baja incidencia.

**Folio:0547**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Neurología

**Evento vascular cerebral isquémico en paciente joven**

Melchor A<sub>o</sub>, Ramírez A<sub>o</sub>, Muñoz E<sub>o</sub>

0.Secretaría de Salud del Distrito Federal

Femenina 47 años, enfermera, casada AHF: Sin relevancia APP: Negados PA: Inicia hace 24 horas al ser encontrada por familiar con habla incoherente, imposibilidad para movilizar MSD posteriormente indiferencia al medio por lo que se traslada a esta unidad. SV TA 115/60 FC 56 FR 16 T 36° GC

87. Exploración neurológica: FMS no valorables por afasia motora. NC sin alteraciones. Fuerza muscular Hemicuerpo derecho 3:5 Babinsky. Hemicuerpo izquierdo fuerza muscular 5:5, sin reflejos patológicos. Exploración general normal Hb 13 Hto 40% Plt 260 Glu 93 Crea 0.4 Col 104 Tg 61 TP 9.1 TPT 26 INR 0.88 Perfil inmunológico y trombofílico negativo. ECG: Bradicardia sinusal Se realiza TC Cráneo simple encontrando hipodensidad parietotemporal izquierda, USG Doppler carotideo con insuficiencia arterial de carótida interna izquierda, ecocardiograma con hallazgo de aneurisma de septum interatrial con foramen oval permeable. Diagnóstico: EVC Isquémico secundario a foramen oval permeable.

**Folio:0548**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Infectología

**Reporte de un caso de criptococosis meníngea en un paciente inmunocompetente en el HE del CMN SXXI**

Gómez F<sub>o</sub>

0.Instituto Mexicano del Seguro Social

La criptococosis es una micosis profunda sistémica, producida por especies del género *Cryptococcus* que se presenta con frecuencia en pacientes inmunocomprometidos, incluyendo pacientes con VIH-SIDA, o por inmunodeficiencias primarias. Sin embargo, en un porcentaje menor se presenta en pacientes inmunocompetentes y la mayoría de estos casos se deben a *Cryptococcus gattii*. No está bien establecida la incidencia de meningoencefalitis por *C. gattii* en pacientes inmunocompetentes en nuestro país. Las manifestaciones clí-

nicas son las típicas de infección por *C. neoformans*. Se trata de un cuadro infeccioso grave y con alto riesgo de secuelas neurológicas. Objetivo: Comunicar un caso de criptococosis meníngea por *C. gattii* en México. Hombre de 24 años de edad, originario y residente del Distrito Federal, soltero, con antecedente de exposición a excremento de aves en el patio de las instalaciones de su centro de estudios. Ingresó por cuadro clínico de 3 meses de evolución caracterizado por cefalea holocraneana, intensa 8/10, sin fenómenos acompañantes, que no cede con analgésicos simples. Evoluciona con náusea vómito, visión borrosa, disminución de la agudeza visual bilateral y auditiva también de forma bilateral. Presentó un episodio de pérdida de memoria y desorientación súbita. Posteriormente se manifestó con vómito en proyectil, por lo que acude al servicio de admisión continua de nuestra unidad de salud. Se realizó una tomografía computada de cráneo y una resonancia magnética de encéfalo que no muestran lesiones aparentes de primera instancia. Se realizó punción lumbar con datos compatibles con neuroinfección fúngica, la tinción con tinta china dejó ver cápsulas sugerentes de *Cryptococcus* sp, que posteriormente se confirmó con medio de cultivo Agar Sabouroud. Se inició tratamiento con anfotericina B y fluconazol a dosis terapéuticas. Presenta mejoría clínica y se decide egreso. Dos semanas después reingresa con sintomatología neurológica nuevamente. Se objetiva una lesión cerebral por TC de cráneo, sugestiva de absceso cerebral. Se documentó neuroinfección con por *Pseudomonas aeruginosa* y por *Klebsiella pneumoniae*. Se decide hacer una ventriculostomía con drenaje del absceso y la colocación de una vál-

vula ventrículo-peritoneal. Se indicó tratamiento antibiótico con adecuada respuesta. Continúa con tratamiento de mantenimiento con fluconazol.

**Folio:0549**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Misceláneos

**Tumor fibroso solitario e hipoglucemia. “Síndrome de Doege Potter”**

*Arriaga Jo*

0.Centro Médico ABC

Masculino de 52 años de edad con antecedente de cuadros de hipoglucemia y tos ocasional. Acude por presentar disnea de medianos esfuerzos por lo que se realiza radiografía de tórax con lesión radiopaca basal derecha y posteriormente PET-CT (debido a sospecha de neoplasia). En hemitórax derecho se identifica una lesión dependiente de pleura, sólida, lobulada, que se proyecta hacia lóbulo inferior derecho que mide 8x6x9 cm y presenta incremento de actividad metabólica con SUV 2.5. Se realiza biopsia de la lesión con diagnóstico de tumor fibroso solitario de la pleura, histológicamente benigno. El tumor fibroso solitario de pleura es un tumor raro de origen fibroblástico y representan menos del 5% de los tumores primarios pleurales. En un 10-20% de los casos se pueden presentar como síndromes paraneoplásicos; el síndrome de Doege Potter como en el caso de nuestro paciente se presenta como hipoglucemia refractaria. Como tratamiento se realizó toracotomía con resultados favorables.

**Folio:0550**

**Tipo de Presentación:** cartel

**Tema del resumen:** Oncología

**Osteomalacia hipofosfatémica como síndrome paraneoplásico: Informe de caso**



**Figura 1.**

*Álvarez Fo, Hernández Ho, Armijo Ro, Casarrubias Mo*  
0.IMSS

La osteomalacia oncogénica es un síndrome paraneoplásico que se debe a la producción de uno o más factores que inhiben la reabsorción tubular de fosfato y la hidroxilación de la vitamina D. Masculino de 44 años con antecedente de múltiples fracturas en huesos largos y cuerpos vertebrales que condiciona deformidad y disminución de la estatura, así como debilidad generalizada que impide la deambulacion y actividades de la vida diaria determinándose fosforo sérico de 1.0 y fosforo urinario menor de 200 mg. Se establece diagnóstico de osteomalacia hipofosfatémica, recibiendo manejo con fosfatos, calcio y calcitriol. Se mantuvo en vigilancia durante 11 años detectándose tumor en dorso de pie izquierdo correspondiendo a tumor mesenquimatoso fusocelular maligno se procedió a tratamiento del tumor con mejoría subsecuente de los parámetros bioquímicos. Como otros síndromes paraneoplásicos la osteomalacia hipofosfatémica puede preceder varios años el diagnóstico de la neoplasia.