



Resúmenes del

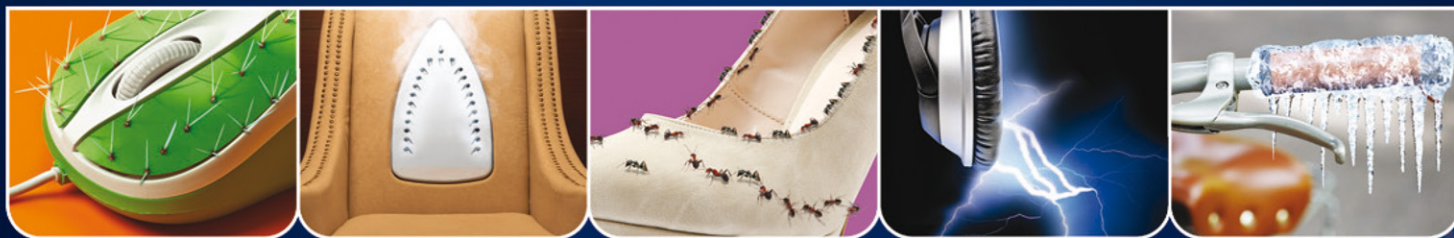
**XXXVIII** Congreso Nacional  
de Medicina Interna

**11 al 14 de noviembre, 2015**  
**Cancún, Quintana Roo**

# Dominion

## Pregabalina

*Reconecta a la vida*



- **Dominion** (Pregabalina) **ACTÚA SELECTIVAMENTE** con una **ALTA afinidad** sobre los canales de calcio<sup>1</sup>
- **MEJORA** la arquitectura del sueño<sup>2</sup>
- Buen perfil de **SEGURIDAD** y **TOLERABILIDAD**<sup>2,3</sup>



No. de Registro: 094M2013 SSA IV

#### Bibliografía:

1. Micó JA, Prieto R. Elucidating the Mechanism of Action of Pregabalin. *CNS Drugs* 2012;26(8):637-648.
2. Devi P, Madhu K, Ganapathy B, Sarma G, John L, Kulkarni C. Evaluation of efficacy and safety of gabapentin, duloxetine, and pregabalin in patients with painful diabetic peripheral neuropathy. *Indian J Pharmacol.* 2012;44(1):51-6.
3. Semel D, Murphy TK, Zlateva G, Cheung R, Emir B. Evaluation of the safety and efficacy of pregabalin in older patients with neuropathic pain: results from a pooled analysis of 11 clinical studies. *BMC Family Practice* 2010;11:85.

# Binotal®

## Ampicilina

Experiencia  
y calidad

La ampicilina  
de su preferencia  
ahora en  
**Lakeside®**

- Gracias a su seguridad, es utilizado en las etapas más delicadas de la vida:
  - Niños.<sup>1</sup>
  - Adultos mayores.<sup>1</sup>
- Ha demostrado seguridad y eficacia en:
  - Faringoamigdalitis.<sup>2</sup>
- Infecciones gastrointestinales.<sup>3</sup>
- Primera elección en infecciones urinarias durante el embarazo y la lactancia.<sup>4</sup>

### Presentaciones:

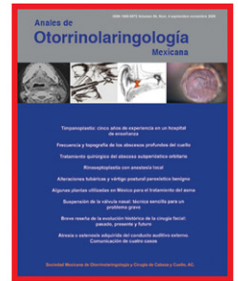
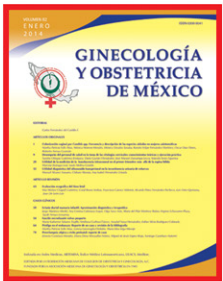
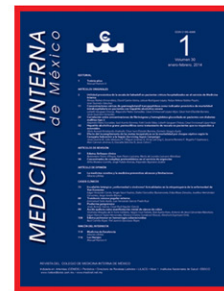
- Suspensión de 250 mg/5 mL. Caja con frasco con polvo para 90 mL y medida dosificadora.
- Cápsulas de 500 mg. Caja con 20 cápsulas.
- Tabletas de 1 g. Caja con 12 tabletas.



Referencias: 1. Guía de Terapéutica Antimicrobiana 2007, Guía Sanford. Gilbert D and cols. 2. Adell A y cols. Nuevas evidencias acerca de la eficacia de la ampicilina en la faringoamigdalitis bacteriana. Estudio multicéntrico. Revista Mexicana de Pediatría 2003; 70(1): 3-6. 3. Sánchez L, Rodríguez M. Salmonelosis: fiebre tifoidea. Otras formas clínicas sistémicas. Medicine 1998; 7(79): 3659-3665. 4. Guías de la Sociedad Mexicana de Urología. Capítulo 3: Guía para el tratamiento de las IVU en embarazadas. 2006, pág. 39-46.

**Lakeside®**

# Al servicio de la actualización médica



## Editorial

Evangelina Andraca Alcalá  
eandraca@nietoeditores.mx

## Atención a clientes

Alejandra Nieto Sánchez  
anieto@nietoeditores.mx  
Nextel: 1088-4060

## Ventas

Georgina González Tovar  
ggonzalez@nietoeditores.mx  
Celular: 04455-1825-0224

José Martí No. 55, Col. Escandón, CP 11800, México, DF  
Teléfono: 5678-2811, fax: 5678-4947  
www.nietoeditores.com.mx



# Avestrep<sup>®</sup>

Moxifloxacino

**Potencia sin resistencia<sup>1</sup>**

👉 **Avestrep<sup>®</sup> contiene un grupo C-8 Metoxi:**<sup>2</sup>

- Aumenta la **actividad bactericida**
- Disminuye selección de mutantes resistentes
- Incrementa la actividad contra **Gram +**

👉 **Avestrep<sup>®</sup> posee buena absorción, difusión y biodisponibilidad**<sup>3</sup>

👉 **Avestrep<sup>®</sup> tiene rápida actividad bactericida**<sup>2,3</sup>

Mejora el apego al tratamiento por

**1** toma al día x 7 días.<sup>3,4</sup>

Reg. No. 184M2014 SSA IV



Presentación:  
Caja con 7 tabletas 400 mg.

Referencias: 1. Rossi F. Streptococcus pneumoniae: susceptibility to penicillin and moxifloxacin. J Bras Pneumol. 2012;38(1): 66-71. 2. Kuzman L, et al. Efficacy and safety of moxifloxacin in community acquired pneumonia: a prospective, multicenter, observational study (CAPRIV). BMC Pulm Med. 2014; 30: 1-14. 3. Up to Date: Moxifloxacin 4. Carral N, et al. Impact of poor compliance with levofloxacin and moxifloxacin on respiratory tract infection antimicrobial efficacy: A pharmacokinetic/pharmacodynamic simulation study. International Journal of Antimicrobial Agents 45(2015): 79-83.

# FLUMIL<sup>®</sup>

Un concepto con más de 30 años demostrando eficacia en:

• Rinitis Alérgica • Rinitis Aguda y Crónica • Sinusitis

**Descongestiona**

la vía respiratoria mejorando la circulación local.

**Elimina**

la inflamación de la mucosa nasal.

**Bloquea**

el receptor de histamina, mediador de la respuesta inflamatoria.



# Medicina Interna

## de México



### COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DE MÉXICO AC

Consejo Directivo  
2015-2016

#### Presidente

Rodolfo Cano Jiménez

#### Vicepresidente

Jorge A Aldrete Velasco

#### Primer Secretario

Dr. José Juan Lozano Nuevo

#### Primer Secretario Suplente

Alfredo A Cabrera Rayo

#### Secretario de Actividades Científicas

María del P Cruz Domínguez

#### Segundo Secretario Suplente

Jorge O García Méndez

#### Tesorera

Edith Flores Hernández

#### Subtesorera

Laura Castro Castrezana

#### Secretario de Admisión y Filiales

Faustino Morales Gómez

#### Primer Vocal Suplente

Rubén A Gómez Mendoza

#### Secretario de Comunicación Social

Carlos Lijszain Sklar

#### Segundo Vocal Suplente

Jesús Alcantar Ramírez

#### Editor

Manuel Ramiro H.

#### Coeditor

Asisclo de Jesús Villagómez

#### Consejo Editorial

David Kersenobich

Alberto Liřshitz 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

César Alejandro Arce Salinas

Francisco Rafael Anaya Gómez

##### Comisión de Ética Médica y Bioética

María del Carmen Cedillo Pérez

María Antonieta Calderón Márquez

##### Comisión de Peritos y Servicio Social Profesional

Joaquín Zúñiga Madrazo

Eduardo Meneses Sierra

##### Comisión Editorial

Alberto Liřshitz

José Halabe Ch.

Ricardo Juárez Ocaña

##### Comisión de Honor y Justicia

Manuel Ramiro Hernández

##### Comisión de Relaciones Internacionales

Víctor Hugo Córdova Pluma

Haiko Nellen Hummel

##### Comisión de Investigación

Guadalupe Castro Martínez

Alberto F Rubio Guerra

##### Comisión de Difusión de la Medicina Interna

Rodolfo de Jesús Palencia Vizcarra

### Volumen 31 Suplemento 1, 2015

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 Pedro Peñuelas, Querétaro 76148, Qro., Tel.:(442) 220 8969.

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

# FLUMIL®



**FLUMIL.** Aminofenazona Bufenina Difenilpiralina. Antihistamínico, analgésico y descongestivo nasal. **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada cápsula contiene: Aminofenazona...40.0 mg. Clorhidrato de bufenina...1.5 mg. Clorhidrato de difenilpiralina...1.5 mg. Excipiente c.b. 1 cápsula. Cada 100 ml de solución contiene: Aminofenazona...2.0 g. Clorhidrato de bufenina...75 mg. Clorhidrato de difenilpiralina...75 mg. Vehículo c.b. 100 ml. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Antihistamínico, analgésico y descongestivo nasal, auxiliar en el alivio de los síntomas de la rinitis aguda, rinitis alérgica, sinusitis y rinofaringitis. **CONTRAINDICACIONES:** Úlcera péptica activa e hipersensibilidad hacia alguno de los componentes de la fórmula, taquicardia paroxística, infarto del miocardio, angina de pecho grave, hipertiroidismo, anemia, adenoma prostático, glaucoma, agranulocitosis, anemia aplásica. **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** Al igual que la mayoría de los fármacos antihistamínicos no debe darse a los niños menores de 2 años ni a mujeres embarazadas o lactando. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Eventualmente puede producir palpitaciones, cefalea, sequedad de boca y nariz, agranulocitosis, mareos, náuseas, nerviosismo, taquicardia, hipotensión arterial, somnolencia, sedación, laxitud, retención urinaria, porfiria. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** El clorhidrato de difenilpiralina potencia los efectos de anticolinérgicos como la atropina y los antidepressivos tricíclicos. No debe administrarse junto con depresores del sistema nervioso, ni con bebidas alcohólicas. **PRECAUCIONES Y RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** Este medicamento contiene un antihistamínico. No debe manejarse vehículos, ni operar máquinas. Tras la administración de **FLUMIL** no se han reportado alteraciones mutagénicas, teratogénicas ni sobre la fertilidad. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Vía de administración oral. **Cápsulas:** Niños mayores de 12 años y adultos, 2 cápsulas como dosis inicial, continuando con 1 cápsula cada 4 horas durante el día; **Gotas:** (20 gotas = 1ml): Lactantes y niños hasta 12 años, 1 gota /kg de peso /toma, cada 4 horas (no exceder de 35 gotas por toma). Niños mayores de 12 años y adultos, 4 ml como dosis inicial y después 2 ml cada 4 horas, durante el día. **SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL: MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTÍDOTOS):** Hasta el momento no hay información de sobredosificación, sin embargo se sugiere tomar las medidas generales en caso de que se presente. **PRESENTACIONES:** Caja con 20 cápsulas. Frasco con 25 ml, adjunto gotero graduado. **RECOMENDACIONES PARA ALMACENAMIENTO:** Manténgase en un lugar fresco. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

Hecho en México por: **Laboratorios Senosiain S.A. de C.V.**  
Camino a San Luis Rey 221, Celaya, Gto. 38137.  
No. de entrada: 083300203A4957

| Producto        | Reg. No.     | Autorización IPP   |
|-----------------|--------------|--------------------|
| FLUMIL cápsulas | 82432 SSA IV | BEAR-101162/RM2000 |
| FLUMIL solución | 82442 SSA IV | BEAR-101163/RM2000 |

FLUM-01A-09



# Bredelin®



**Bredelin®.** Levofloxacino. Tabletas y solución inyectable. Antibiótico. **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada tableta contiene: Levofloxacino hemihidrato equivalente a 500 mg de Levofloxacino. Excipiente c/bp 1 tableta. Cada frasco ampula contiene: Levofloxacino hemihidrato equivalente a 500 mg de Levofloxacino. Vehículo c/bp 100 ml. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Infecciones del tracto respiratorio alto y bajo incluyendo sinusitis, exacerbación aguda de bronquitis crónica, neumonía adquirida en la comunidad y nosocomial. Infecciones de la piel y anexos como impétigo, abscesos, furunculosis, celulitis, erisipela. Infecciones urinarias incluyendo pielonefritis aguda, prostatitis crónica bacteriana. Osteomielitis y en infecciones producidas por agentes bacterianos sensibles a levofloxacino. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, epilepsia, pacientes con antecedentes de lesión de tendones relacionada a la administración de fluoroquinolonas, niños en fase de crecimiento, embarazo y lactancia. **PRECAUCIONES GENERALES:** Debe ser usado con precaución en pacientes con predisposición a convulsiones, pacientes tratados con Fenbufen o AINES o fármacos que bajen el umbral de las crisis convulsivas como Teofilina. Pacientes con diarrea severa, persistente y/o sanguinolenta durante o después del tratamiento ya que puede tratarse de colitis pseudomembranosa causada por Clostridium difficile. Se recomienda que durante el tratamiento con levofloxacino no se exponga a la luz solar ya que puede presentarse reacciones de fotosensibilidad. Levofloxacino debe indicarse con precaución en pacientes con defecto de la actividad de glucosa-6-fostato deshidrogenasa ya que puede presentarse reacciones hemolíticas. **RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** No se use durante el embarazo o lactancia. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Comunes: Náusea y diarrea. Poco comunes: prurito eritema, anorexia, vómito, dolor abdominal, dispepsia, cefalea, vértigo, somnolencia, insomnio, astenia, sobrecrecimiento micótico y proliferación de otros microorganismos resistentes. Raras: urticaria, broncoespasmo/disnea, diarrea sanguinolenta que puede ser enterocolitis o colitis pseudomembranosa, depresión, ansiedad, reacciones psicóticas (alucinaciones), parestesia, temblor, agitación, confusión, convulsiones, taquicardia, hipotensión, artralgias, mialgias, tendinitis. Muy raras: angioedema, hipotensión, choque anafiláctico, fotosensibilidad, hipoglucemia sobre todo en diabéticos, hipostesia, trastornos visuales y auditivos, trastornos del gusto y olfato, ruptura de tendón, debilidad de tendón, debilidad muscular, hepatitis, insuficiencia renal aguda, neumonitis alérgica y fiebre, síntomas extrapiramidales, vasculitis por hipersensibilidad, crisis de porfiria. Aisladas: erupciones bulosas severa, necrólisis epidérmica tóxica y eritema exudativo multiforme, rabdomiolisis. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** Levofloxacino puede interactuar con sales de hierro, antiácidos a base de calcio, magnesio y aluminio y multivitamínicos conteniendo zinc por lo que se sugiere administrarlo dos horas antes o después de su administración. El Sucrafrato disminuye la biodisponibilidad de Levofloxacino. Teofilina, y otros AINES pueden disminuir el umbral de crisis convulsivas. La administración de levofloxacino con fenbufen puede incrementar en un 13% los niveles de levofloxacino. Probenecid y Cimetidina disminuyen la depuración renal de Levofloxacino. La administración conjunta con antagonistas de la vitamina K han reportado sangrado o aumento en las pruebas de coagulación. **PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** Levofloxacino no tiene efectos de carcinogénesis, mutagénesis, teratogénesis ni sobre la fertilidad. Sin embargo al igual que otras quinolonas puede producir alteraciones a nivel del cartilago de animales jóvenes. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Oral. La dosis recomendada por VO es de 500 o 750 mg cada 24 horas e Intravenosa en infusión continua de 250 mg durante 30 minutos y de 60 minutos con 500 mg sin embargo la duración dependerá del tipo y severidad de la infección por lo que se recomienda lo siguiente:

| Indicación  | Dosis de acuerdo a la severidad | Duración del tratamiento   |
|---|---------------------------------|--|
| ITU no complicada                                 | 250 mg c/24 h                   | 3 días   |
| ITU complicada incluyendo pielonefritis aguda     |                                 | 7 a 10 días I.V.   |
| Sinusitis aguda                                   | 500 mg c/24 h                   | 10 a 14 días V.O.  |
| Exacerbación de bronquitis crónica                |                                 | 5 a 7 días V.O.  |
| Neumonía adquirida en comunidad                   |                                 | 7 a 14 días  |
| Prostatitis crónica bacteriana                    |                                 | 28 días  |
| Infecciones intraabdominales                      |                                 | 7 a 14 días<br>en combinación con un antibiótico para anaerobios |
| Infecciones de piel y tejidos blandos             |                                 | 7 a 10 días  |
| Osteomielitis                                     |                                 | 6 a 12 semanas   |
| Infecciones complicadas de piel y tejidos blandos | 750 mg c/ 24 h                  | 7 a 14 días  |

Soluciones compatibles: Cloruro de sodio al 0.9%, Dextrosa al 5%, Ringer en Dextrosa al 2.5% y combinaciones para nutrición parenteral.  
Pacientes con insuficiencia renal ( $\leq$  de 50 ml/min de depuración de creatinina)

| Depuración de creatinina ml/min                                    | Dosis inicial mg | Dosis subsecuente mg |
|--|------------------|----------------------|
| 50-20  | 250              | 125 mg c/24 h        |
|  | 500              | 250 mg c/12 o 24 h   |
| 19-10  | 250              | 125 mg c/48 h        |
|  | 500              | 125 mg c/24 o 48 h   |
| <10, hemodiálisis y Diálisis peritoneal crónica ambulatoria (DPCA) | 250              | 125 mg c/48 h        |
|  | 500              | 125 mg c/24 h        |

**MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:** Hasta el momento no se han reportado. **PRESENTACIONES:** Caja con 7 tabletas de 500 mg cada una. Caja con frasco ampula con 500 mg en 100 ml. **RECOMENDACIONES SOBRE ALMACENAMIENTO:** Consérvese en lugar fresco y seco a temperatura ambiente a no más de 30°C. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** No se deje al alcance de los niños.

HECHO EN MÉXICO POR:  
Laboratorios Senosiain S.A. de C.V.  
Camino a San Luis Rey 221, 38137 Celaya, Gto.,  
Reg. No. 400M2006 SSA IV, KEAR 06330021830182/R2006  
Reg. No. 220M2006 SSA IV, GEAR 06330021830084/R2006  
No. de entrada: 083300203A2039

BRED-01A-08







# Bredelin®

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

Indicaciones terapéuticas:

## **Bredelin**

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

### 1. **Tratamiento de infecciones del tracto respiratorio superior e inferior, incluyendo:**

- Faringoamigdalitis
- Sinusitis
- Otitis media
- Exacerbación aguda de bronquitis crónica
- Neumonías adquiridas en la comunidad
- Neumonía nosocomial

### 2. **Gérmenes sensibles al Levofloxacin** en diferentes localizaciones.



**AGRELESS® CLOPIDOGREL.** Tabletas. FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN: Forma farmacéutica: Tableta. Fórmula: Cada tableta contiene Bisulfato de Clopidogrel equivalente a 75 mg de Clopidogrel. Excipiente cbp 1 tableta. **INDICACIONES TERAPEÚTICAS:** Antiagregante Plaquetario: Indicado en prevención de eventos vasculares de origen esquémico, en pacientes con historia de enfermedad aterosclerosa sintomática documentada (infarto al miocardio, enfermedad vascular cerebral isquémica o enfermedad arterial periférica establecida), Síndrome coronario agudo (SCA). En pacientes con síndrome coronario agudo: angina inestable o infarto no Q (subendocárdico). Indicado en: prevención de eventos isquémicos recurrentes (infarto agudo al miocardio, enfermedad vascular cerebral isquémica y muerte cardiovascular), en adición a la terapia estándar que incluye ácido acetilsalicílico (AAS). Intervención coronaria percutánea (ICPI). Está indicado en la prevención de eventos isquémicos recurrentes después de una ICPI, con o sin colocación de Stent, en adición a la terapia estándar que incluye ácido acetilsalicílico (AAS), Clopidogrel. **CONTRAINDICACIONES:** El clopidogrel está contraindicado en pacientes que hayan demostrado hipersensibilidad al Clopidogrel o a cualquiera de los componentes de la fórmula. El Clopidogrel está contraindicado en aquellos pacientes con sangrado clínicamente significativo. El Clopidogrel está contraindicado en pacientes con insuficiencia hepática severa y durante la lactancia materna. **PRECAUCIONES GENERALES:** Al igual que otros agentes antiplaquetarios, el clopidogrel debe ser utilizado con precaución en pacientes con riesgo de sangrado de origen traumático, quirúrgico u otras condiciones patológicas. Si el paciente requiere cirugía programada y no se deseara efecto antiplaquetario, Clopidogrel deberá ser discontinuado 7 días antes de la cirugía. Se debe advertir al paciente que, mientras se encuentre en tratamiento con clopidogrel, cualquier sangrado puede tener mayor duración de lo habitual. El paciente deberá informar al médico o a su odontólogo que está en tratamiento con Clopidogrel antes de cualquier intervención quirúrgica, o si presenta algún sangrado más prolongado de lo habitual. El clopidogrel deberá manejarse con precaución en pacientes con enfermedad hepática severa o quienes puedan presentar deficiencias hemorrágicas. Cuando se presenten síntomas o exista alguna sospecha de sangrado o efectos hematológicos indeseables, debe realizarse oportunamente evaluaciones y conteos de células sanguíneas (y/u otros estudios apropiados). Clopidogrel prolonga el tiempo de sangrado por lo que debe administrarse con precaución en pacientes con propensión a sangrados patológicos gastrointestinales intrínsecos. Raramente se ha reportado purpura trombótica trombocitopénica (PTT) con el uso de clopidogrel (algunas ocasiones después de una corta exposición), caracterizada por: trombocitopenia, anemia hemolítica microangiopática y puede estar asociada con datos neurológicos, disfunción renal o fiebre. La PTT es una condición que requiere rápido tratamiento. La experiencia con Clopidogrel en pacientes con disfunción renal severa es limitada. Por lo tanto debe emplearse con la precaución en estos pacientes. La seguridad de la administración concomitante de Clopidogrel con warfarina no se ha establecido, puede incrementar la intensidad de los sangrados, por lo que esta combinación debe usarse con precaución. **RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** Embarazo: En humanos no existen estudios adecuados y han controlados durante el embarazo. Se han realizado estudios de producción en ratas con dosis de Clopidogrel de 500 mg/kg/día y en conejos con dosis hasta de 300 mg/kg/día, dichos estudios no han evidenciado ningún efecto en fertilidad o daño fetal. En consecuencia, debido a que los estudios de reproducción en animales no siempre son predictivos de la respuesta en seres humanos, el clopidogrel solamente se utilizará durante el embarazo si a criterio del médico resulta claramente necesario. Lactancia: Estudios llevados a cabo en ratas han demostrado que el Clopidogrel y/o sus metabolitos son excretados en la leche materna, sin embargo, no se conoce si el fármaco es excretado en la leche humana. Debido a que muchos fármacos son excretados en la leche humana y en virtud del potencial de reacciones adversas serias en el lactante, se deberá decidir si se suspende la lactancia o si se discontinúa el medicamento, tomando en cuenta la importancia del medicamento para la madre. Usar precaución. La seguridad y efectividad de su empleo en menores de 18 años no ha establecido. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Los eventos adversos con clopidogrel en general son leves y transitorios y sin relación a la dosis. En general Clopidogrel es bien tolerado; en estudios clínicos controlados se encontraron las siguientes reacciones secundarias y efectos adversos. Trastornos hemorrágicos: La incidencia global de sangrado es la misma para Clopidogrel y ácido acetilsalicílico (AAS) 9.3%; la incidencia de casos graves fue de 1.4% para Clopidogrel y 1.6 para AAS. Hemorragia gastrointestinal: Con el uso de Clopidogrel, 2.0%; con el uso de AAS, 2.7%. Hemorragia intracranial: Clopidogrel 0.4%, AAS 0.5%. Hematológicos: El clopidogrel no se asocia con un incremento en la incidencia de neutropenia y trombocitopenia comparado con AAS. Reacciones gastrointestinales: Los eventos gastrointestinales se han presentado con baja incidencia, siendo los más comunes dolor abdominal, dispepsia, gases y constipación. La incidencia de úlceras gástricas y/o duodenales es menos frecuente que con ácido acetilsalicílico. La diarrea fue el efecto adverso más común. Eventos: Se reportan episódicos en el grupo de Clopidogrel (4.2 %) comparados con los pacientes tratados con ASA (3.5%). Trastornos del sistema nervioso central y periférico: La incidencia de cefalea, mareos, vértigos y parestesia es significativamente menor en pacientes con Clopidogrel (22.3%) vs AAS (23.8 %). Experiencia poscomercialización: Se ha descrito reacciones de hipersensibilidad principalmente cutáneas: rash maculopapular, o eritematoso, urticaria, prurito, angioedema. Asimismo, muy raramente se han reportado casos de broncoespasmo, reacciones anafilácticas, fiebre, artralgia o artritis, confusión/ alucinaciones, alteraciones en el gusto, pruebas anormales de función renal o hepática. Los trastornos hematológicos se han presentado muy raramente, así como tampoco se han reportado casos de hemorragia cerebral, mielocitopenia, purpura trombocitopénica, retinitis, oúlar, sangrado del tracto respiratorio, epistaxis, hematemia y/o de heces quirúrgicas. Los casos de sangrado con desenlace fatal (hemorragias intracraniales, gastrointestinales o retroperitoneales) también son raros. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** Inhibidor de glicoproteínas IIb/IIIa: Es posible la interacción farmacodinámica entre Clopidogrel y los inhibidores de glicoproteínas IIb/IIIa, por lo tanto la administración concomitante de estos productos debe usarse con precaución. Ácido acetilsalicílico: El ácido acetilsalicílico no modifica el efecto de Clopidogrel sobre la agregación plaquetaria inducida por ADP, pero clopidogrel sí potencia el efecto del ácido acetilsalicílico sobre la agregación plaquetaria inducida por colágeno. La administración concomitante de 500 mg de ácido acetilsalicílico dos veces al día durante 24 horas, no incrementa significativamente la prolongación del tiempo de sangrado inducido por la ingestión de Clopidogrel. Heparina: En un estudio clínico realizado en sujetos sanos, clopidogrel no modificó el efecto de la heparina sobre la coagulación. La administración conjunta de heparina no tuvo efecto sobre la inhibición de la agregación plaquetaria producida por clopidogrel. Sin embargo la seguridad de esta combinación no ha sido establecida y en caso de llevarse a cabo deberá vigilarse estrechamente al paciente. Trombolíticos: Se ha estudiado la seguridad de la administración conjunta de clopidogrel, activador de plasminógeno y heparina en pacientes con infarto miocárdico reciente. La frecuencia de sangrado clínicamente significativo fue similar a la observada cuando se administró heparina y activador de plasminógeno simultáneamente con ácido acetilsalicílico. Warfarina: La seguridad de la administración de Clopidogrel con warfarina no se ha establecido; en consecuencia, la administración de estos antiagregantes orales deberá realizarse con precaución. Antifibrinolíticos no esteroideos (AINES): Se realizó un estudio clínico en voluntarios sanos administrando conjuntamente clopidogrel y Naproxeno, observándose un incremento en la pérdida de sangre gastrointestinal oculta. Por consiguiente el riesgo de sangrado gastrointestinal se encuentra potencialmente incrementado, por lo que esta combinación farmacológica deberá ser administrada con precaución. No se presentaron interacciones farmacodinámicas significativas al coadministrar Clopidogrel con atenolol, nifedipino o ambos. La actividad farmacodinámica de clopidogrel no se vio significativamente influenciada por la administración conjunta de fenobarbital, ornitidina o estrógenos. Información procedente de estudios realizados en macrófagos de hepatocitos humanos indican que clopidogrel podría inhibir la actividad de uno de las enzimas CYP 2C9 (del citocromo P-450). Esto podría llevar a niveles plasmáticos elevados de fármacos como fenitoína y tiludimata, fluoxetina o AINES que son metabolizados por CYP 2C9. Inhibidores de la bomba de protones (IBP): El uso concomitante de Clopidogrel y Omeprazol debido a la coadministración puede resultar en reducciones significativas en los niveles de metabolitos activos de clopidogrel y en las pruebas de función hepática. Los pacientes con riesgo de ataques cardíacos o derrames cerebrales, a los cuales se les administra clopidogrel para prevenir los coágulos de sangre, no tendrán un completo efecto de anti-coagulación si también toman Omeprazol. Respecto a los inhibidores de la bomba de protones (IBP) clase de fármacos, esta recomendación sólo se aplica a Omeprazol y no a todos los IBP. No todos los IBP tienen el mismo efecto inhibitorio sobre la enzima CYP 2C19, que es crucial para la conversión de clopidogrel en su forma activa. Pantoprazol puede ser una alternativa (PPI) para su consideración. Se trata de un inhibidor de la CYP 2C19 y tiene menos efecto sobre la actividad farmacológica de clopidogrel de Omeprazol. En estudios clínicos se han administrado en forma concomitante fármacos como: Diuréticos, beta-bloqueantes, inhibidores de la ECA, calcio antagonistas, anticolinérgicos, vasodilatadores coronarios, hipoglucemiantes orales y Anticoagulantes, sin evidencia de interacciones adversas clínicamente significativas. **PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** El Clopidogrel no evidenció efectos carcinogénicos cuando fue administrado en ratones durante 78 semanas y en ratas durante 104 semanas en dosis superiores a 77 mg/kg/día. El Clopidogrel no demostró genotoxicidad en las siguientes pruebas in vitro. Prueba de Ames, prueba de reparación de DNA en hepatocitos de ratas, ensayo de mutación genética en fibroblastos de Hámster chino y análisis de cromosomas en metafase en linfocitos humanos y en una prueba in vivo. Prueba de micronúcleos por vía oral en ratón. Se observó que Clopidogrel no representó efecto alguno sobre la fertilidad en ratas macho y hembra a dosis de 400 mg/kg/día. Administrando dosis de hasta 500 mg/kg/día en ratas y de hasta 300 mg/kg/día en conejos, se observó que el Clopidogrel no tuvo efecto teratogénico. **DISY Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Dosis oral de Clopidogrel según la indicación: Antiagregante Plaquetario: Una tableta de 75 mg al día. Síndrome coronario agudo (SCA): Primer día dosis de inicio, Clopidogrel 300 mg (cuatro tabletas de 75 mg) al día, posteriormente 75 mg al día en adición a la terapia estándar, incluyendo ácido acetilsalicílico (AAS, 75-325 mg al día). Intervención coronaria percutánea (ICPI) con o sin colocación de Stent: Puede iniciar la administración de clopidogrel en cualquier momento antes del procedimiento, recomendándose por lo menos 5 horas antes de la intervención, con la siguiente dosis: primer día de tratamiento (dosis de inicio), previa a la intervención, Clopidogrel 300 mg al día (cuatro tabletas de 75 mg), posteriormente continuar con 75-325 mg al día. En caso necesario, puede iniciar el tratamiento con clopidogrel en las primeras horas posteriores a la ICPI, siguiendo el mismo esquema. **MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:** Ha sido reportado un caso de sobredosificación deliberada de Clopidogrel en una mujer de 34 años que ingirió 1,050 mg, no hubo efectos adversos ni se aplicó terapia especial alguna y el paciente se recuperó sin secuelas. En voluntarios sanos se han administrado hasta 600 mg de clopidogrel sin aparición de reacciones adversas; en dichos sujetos, el tiempo de sangrado estaba prolongado por un factor de 1.7, el cual es idéntico al observado con la dosis terapéutica de 75 mg/día. En caso de emergencia que requiera revertir de manera aguda el efecto de Clopidogrel, se debe considerar la transfusión plaquetaria. **PRESENTACIONES:** Caja con frasco etiquetado con 14, 28 tabletas de 75 mg e instructivo. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** Literatura exclusiva para médicos. Leéste instructivo anexo. Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños. No se use durante la lactancia. El empleo de este medicamento durante el embarazo, queda bajo responsabilidad del médico. Contiene un desecante NO INGERIBLE, consérvese dentro del envase. Este producto contiene Azul No. 1 que puede producir reacciones alérgicas. Hecho en México por: ULTRA LABORATORIOS, S.A. DE C.V. Dr. Roberto Michel No. 2920, Col. Alamo Industrial, C.P. 44490. Guadalupe, Jalisco, México. Venta Marca Comercial: AGRELESS®. **DISTRIBUIDOR:** SIEGFRIED RHEIN, S.A. DE C.V. Calle 2 No. 30, Fracc. Ind. Benito Juárez, C.P. 76120, Querétaro, Querétaro, México. **REGISTRO No.:** 303M2011 SSA IV. Autorización No. Formulación para Prescripción realizada de acuerdo a lo establecido en el artículo 42 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad (última reforma publicada DOF del 19 de Enero del 2012).

# Biomics®



**FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:**  
Cada cápsula contiene:  
Cefixima trihidrato equivalente a 400 mg de Cefixima. Excipiente cbp 1 cápsula

**FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:**  
Suspensión  
Hecha la mezcla, cada 100 ml contienen:  
Cefixima trihidrato 2.24g equivalente a 2 g de Cefixima. Vehículo cbp 100 ml  
Cada 5 ml equivalen a 100 mg de Cefixima

**INDICACIONES TERAPEÚTICAS:**  
**Biomics®** está indicado en procesos infecciosos donde se requiera la acción de una cefalosporina de tercera generación con amplio espectro y resistente a las betalactamasas como: sinusitis, otitis media, faringitis y amigdalitis, bronquitis aguda y agudizaciones en la bronquitis crónica, neumonía. Infecciones de vías urinarias no complicadas, gonorrea no complicada, infecciones gastrointestinales como salmonelosis, shigelosis, fiebre tifoidea y aquellas infecciones causadas por gérmenes sensibles. Después de su administración oral, la concentración de cefixima en suero es superior a la concentración media inhibitoria de los gérmenes sensibles incluyendo algunas cepas resistentes a penicilinas y cefalosporinas como: Streptococcus pneumoniae y pyogenes, H. influenzae y parainfluenzae (betalactamasa positivo y negativo), E. coli, P. mirabilis y N. gonorrhoeae (betalactamasa positivo y negativo), Streptococcus agalactiae, Proteus vulgaris, K. pneumoniae y oxytoca, Past. multocida, Providencia sp, Salmonella sp, Shigella sp, Citrobacter amaloniticus, Serratia marcescens. Resistentes. Pseudomonas sp, algunas cepas del grupo D de Streptococcus (enterococcus), Listeria monocytogenes, Staphylococcus (incluyendo meticilino resistentes), enterobacterias, Bacteroides fragilis y Clostridio.

**CONTRAINDICACIONES:**  
Hipersensibilidad a cefalosporinas u otros betalactámicos.

**PRECAUCIONES GENERALES:**  
Historia de enfermedad gastrointestinal, particularmente colitis, se sabe que los antibióticos de amplio espectro pueden producir diarrea o colitis pseudomembranosa. En caso de insuficiencia renal grave se recomienda ajustar la dosis. Una vez reconstituida, la suspensión de **Biomics®** contiene 50 por ciento de azúcar.

**RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:**  
Su uso durante el embarazo, lactancia y menores de 6 meses, queda bajo la responsabilidad del médico.

**REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:**  
Diarrea, dolor abdominal, náusea o vómito, dispepsia, flatulencia, colitis pseudomembranosa, reacciones de hipersensibilidad como: prurito, rash, Stevens-Johnson, eritema multiforme, necrosis tóxica epidérmica y choque anafiláctico, hepatitis e ictericia, dolor de cabeza y mareo, trombocitopenia, leucopenia, neutropenia y eosinofilia, prurito genital, vaginitis y candidiasis genital.

**INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:**  
La Cefixima disminuye la respuesta inmunológica a la vacuna tifoidea por lo que se recomienda, administrar **Biomics®** 24 horas después de la vacunación. En el caso de coadministración con anticoagulantes se recomienda monitorear los tiempos de coagulación. El uso concomitante de cefalosporinicos más aminoglicósidos aumenta el potencial de nefrotoxicidad.

**PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:**  
Hasta el momento no se han descrito.

**DISY Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Oral

| Niños  | 8 mg/kg dosis única               | Tiempo de duración:                       |
|--|-----------------------------------|---|
| Adultos y niños mayores de 12 años o peso superior a 50 kg | 400 mg dosis única al día         | de acuerdo a la severidad de la infección |
| Salmonelosis   |                                   | Por lo menos 12 días                      |
| Shigella   | 10 mg/kg dosis dividida c/12 hrs. | Por lo menos 5 días                       |
| S. pyogenes (faringoamigdalitis)                           |                                   | Por lo menos 10 días                      |

**MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:**  
Hasta el momento no se ha reportado; sin embargo, se sugiere medidas sintomáticas.

**PRESENTACIONES:**  
**Biomics®** suspensión: Caja con dos frasco uno con polvo y otro con diluyente para reconstituir 50 ó 100 ml, y pipeta dosificadora.  
**Biomics®** cápsulas: Caja con 6 cápsulas de 400 mg cada una

**RECOMENDACIONES SOBRE ALMACENAMIENTO:**  
Suspensión: Consérvese a temperatura ambiente a no más de 30°C. Hecha la mezcla, la suspensión se conservará 8 días a temperatura ambiente y 14 días en refrigeración (2-8°C).  
Cápsulas: Consérvese a temperatura ambiente a no más de 25°C.

**LEYENDAS DE PROTECCIÓN:**  
Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños.

| Producto       | Reg. No.        |
|----------------|-----------------|
| <b>Biomics</b> | 073M2011 SSA IV |
| <b>Biomics</b> | 188M2009 SSA IV |

No. de entrada: 113300202C3656

Hecho en Mexico por:  
Tecnofarma, S.A. de C.V., Oriente 10 No. 8, Nuevo parque Industrial,  
San Juan del Río, Querétaro, C.P. 76809  
Para:  
**Laboratorios Sensiain S.A. de C.V.**  
Camino a San Luis Rey 221, Ex-Hacienda Sita. Rita, Celaya, Gto. 38137 México



BIOM-01A-11

# Biomics®

el antibiótico de acción superior



Cápsulas

*Ahora en  
cápsulas y  
suspensión*



## ★ Biomics

**el antibiótico de acción superior**, es estable a la inactivación enzimática bacteriana por lo que garantiza el éxito terapéutico en:

- Faringoamigdalitis
- Sinusitis aguda
- Otitis media aguda
- Bronquitis aguda

nuevo

# RaaS®

## Telmisartán

### El antihipertensivo con beneficios metabólicos



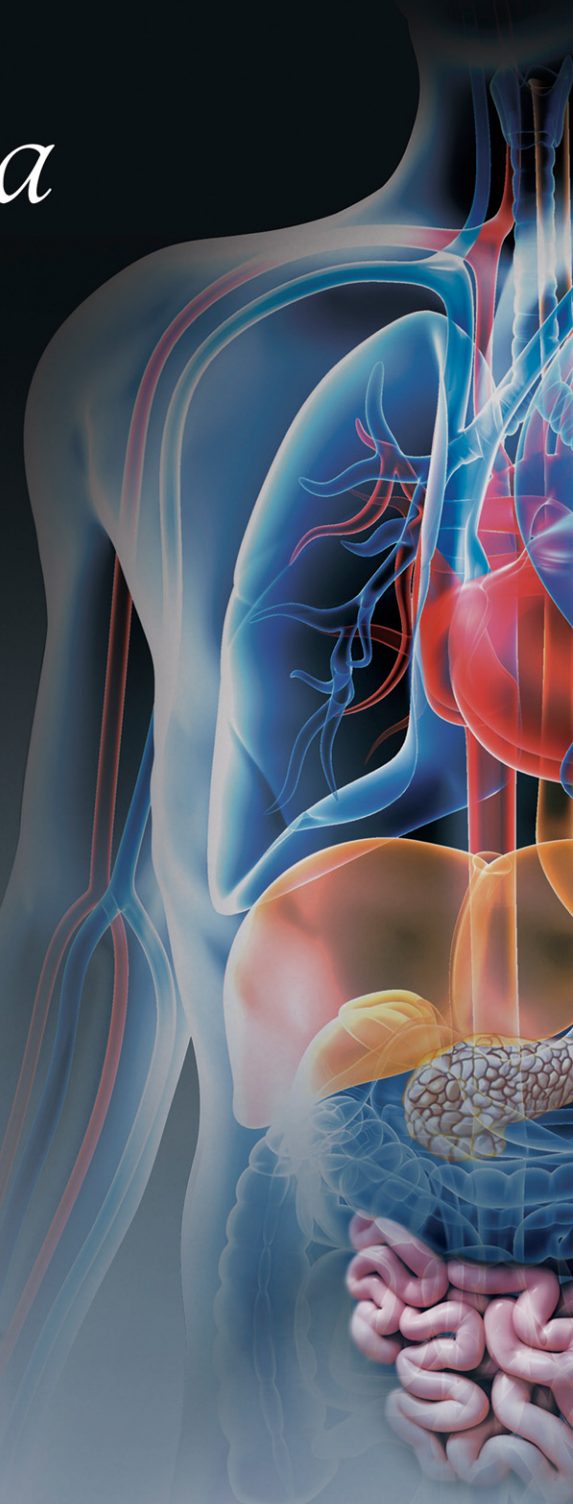
**1** toma al día

Línea *cardiometabólica*



**RaaS®** (Telmisartán) Tabletas. **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada TABLETA contiene: Telmisartán 40 y 80 mg. Excipiente, c.b.p. 1 tableta. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Tratamiento de la hipertensión arterial esencial. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad conocida a cualquiera de los componentes del medicamento. Durante el embarazo y la lactancia. En sujetos con patología obstructiva de las vías biliares y en casos de insuficiencia hepática severa. **PRECAUCIONES GENERALES:** En los pacientes con estenosis bilateral de la arteria renal o con estenosis de la arteria de un riñón funcional que son tratados con medicamentos que afectan al sistema de la renina-angiotensina-aldosterona existe el riesgo de hipotensión arterial severa e insuficiencia renal. Se recomienda monitoreo continuo de las concentraciones plasmáticas del potasio y de la creatinina cuando se administre Telmisartán a pacientes con insuficiencia renal. No existe experiencia con el uso del medicamento en pacientes con trasplante renal reciente. Telmisartán debe ser usado con extremo cuidado en pacientes quienes exhiben signos de hipotensión. Hay un incremento en el riesgo de hipotensión sintomática en la depleción de sales como sodio o volumen intravascular, especialmente después de la primera dosis. Debe ser corregida la depleción de volumen previo a la administración de Telmisartán; Telmisartán debe ser usado con precaución en pacientes con insuficiencia renal que es estrictamente dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRA) (Ejem. pacientes con falla cardíaca congestiva severa o con una enfermedad renal subyacente, inclusive estenosis de la arteria renal). el tratamiento con medicamentos que afectan este sistema, se ha asociado con hipotensión aguda, hiperozemia, oliguria y en raras ocasiones con insuficiencia renal aguda; Deberá tenerse precaución cuando se administren concomitantemente Telmisartán con diuréticos ahorradores de potasio, de complementos con potasio, con sustitutos de la sal que contienen potasio o de otros medicamentos que aumenten las concentraciones de potasio (heparina, etefera) porque pueden dar lugar a un aumento en las concentraciones del potasio sérico; Telmisartán deberá ser utilizado con precaución en los pacientes con patología obstructiva de las vías biliares o con insuficiencia hepática, ya que Telmisartán es eliminado principalmente con la bile y, por lo tanto, se espera que tengan disminución en su eliminación, incrementado significativamente las concentraciones plasmáticas de Telmisartán comparados con los pacientes con función hepática normal. Así es que, en pacientes con insuficiencia hepática la terapia se iniciará con dosis reducidas, luego entonces se ajustará la dosis hasta alcanzar las metas clínicas; Los pacientes con aldosteronismo primario generalmente no responden a tratamientos antihipertensivos que actúan mediante inhibición del sistema renina-angiotensina, por lo que este medicamento no es recomendable en estos casos; Se recomiendan precauciones especiales en pacientes con estenosis aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrofica obstructiva, como ocurre con otros vasodilatadores, con estos patologías; Puede ocurrir hipocalcemia durante tratamientos con medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, especialmente en casos de insuficiencia renal y/o cardíaca. Es recomendable el monitoreo de las concentraciones séricas de potasio en los pacientes en riesgo; Como ocurre con otros tratamientos antihipertensivos, la disminución excesiva de la presión arterial en pacientes con cardiopatía isquémica puede resultar en un infarto del miocardio o en enfermedad cerebral vascular (ECV); A pesar de Telmisartán es eficaz en la reducción de la presión arterial en pacientes de raza negra (una población de renina baja), generalmente hay una menor respuesta antihipertensiva en comparación con otros grupos étnicos. Una mayor proporción de pacientes de raza negra alcanzarán las metas de presión arterial cuando se combinan antagonistas de la angiotensina II con un diurético; No se han realizado estudios acerca de la habilidad para el manejo de vehículos o maquinaria; sin embargo, se debe tener en cuenta que puede suceder mareo o somnolencia como resultado de una terapia antihipertensiva. **RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** Telmisartán no deberá ser administrado durante el embarazo y la lactancia. Se deberá cambiar a una terapia alternativa adecuada si se planea un embarazo. Durante el embarazo, las sustancias que actúan directamente sobre el sistema de la renina-angiotensina pueden causar daño e incluso la muerte al producto en desarrollo, por lo tanto, el Telmisartán está contraindicado durante el embarazo. Si se determina embarazo durante la medicación con Telmisartán, este último debe ser discontinuado inmediatamente. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Las reacciones secundarias del medicamento listadas abajo se han acumulado de los estudios clínicos en pacientes tratados para hipertensión y de estudios posteriores a la comercialización (fase IV). El listado también toma en cuenta eventos adversos serios y eventos adversos que llevan a suspender el tratamiento que se reportaron en tres estudios clínicos de largo plazo que incluyeron 21,642 pacientes tratados con telmisartán para prevención de movilidad y mortalidad cardiovascular, por más de seis años; Infecciones: Infecciones del tracto urinario (incluyendo cistitis), infecciones de las vías respiratorias superiores; Alteraciones psiquiátricas: Ansiedad; Alteraciones oftálmicas: Desórdenes de la visión; Alteraciones laberínticas y del oído: Vértigo; Alteraciones gastrointestinales: Dolor abdominal, diarrea, sequedad de boca, dispepsia, flatulencia, trastornos gástricos; Alteraciones de la piel y del tejido celular subcutáneo: Eccema, sudoración incrementada; Alteraciones musculoesqueléticas, óseas y del tejido conectivo: Artralgias, migrañas, dolor lumbar, calambres en piernas o dolor de miembros inferiores y síntomas tipo tendinitis; Ataque al estado general: Dolor precardial, síntomas tipo influenza. Además, se han reportado en la fase de post-comercialización de Telmisartán (cuya frecuencia de estos efectos es desconocida): eritema, prurito, síncope/débil, insomnio, depresión, vómito, hipotensión (incluyendo hipotensión ortostática) bradicardia, taquicardia, función hepática anormal/desorden de hígado, insuficiencia renal incluyendo fallo renal agudo, hipercalcemia, disnea, anemia, eosinofilia, trombocitopenia, astenia y falta de eficacia, han sido reportados. Como sucede con la administración de otros antagonistas de la angiotensina II, se han reportado casos aislados de angioedema, urticaria y otros eventos relacionados. Sea han reportado con poca frecuencia; descenso en la hemoglobina o un incremento del ácido úrico. También, se ha observado un incremento de la creatinina o de los enzimas hepáticos durante el tratamiento con Telmisartán, pero dichos cambios sucedieron como hallazgos de laboratorio, con una frecuencia semejante o menor a la del placebo. También, han sido reportados, incrementos de creatinina fosfoquinasa en sangre (CPK) de los pacientes tratados con Telmisartán desde su introducción en el mercado. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS O DE OTRO GÉNERO:** Telmisartán puede potenciar los efectos hipotensores de otros medicamentos antihipertensivos. No se han identificado otras interacciones que sean de frecuencia clínica. Se ha observado con la digoxina un aumento de 20% en las concentraciones plasmáticas mínimas (en algunos casos), por lo que debe considerarse el monitoreo de éstos. Se han reportado elevaciones reversibles de las concentraciones del litio en suero y toxicidad de éste durante su administración concomitante con inhibidores de la ECA. En casos raros se ha reportado también con los antagonistas de los receptores de la angiotensina II, incluyendo Telmisartán, por lo que se recomienda un seguimiento estrecho de los pacientes en estos casos. El tratamiento con AINEs (incluyendo ASA en dosis > 3 g/día e inhibidores COX-2) es asociado con insuficiencia renal aguda potencial en pacientes que son deshidratados. Los pacientes que reciben AINEs y Telmisartán deben ser hidratados adecuadamente y ser monitoreado su función renal desde el inicio del tratamiento combinado; Han sido reportados durante el tratamiento combinado con AINEs, un efecto reducido de fármacos antihipertensivos como Telmisartán por inhibición de prostaglandinas vasodilatadoras pueden presentarse efectos sinérgicos con compuestos que actúan en el sistema renina-angiotensina como Telmisartán. **PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** Los estudios preclínicos con telmisartán no indicaron efecto teratogénico, mutagénico o carcinogénico. **DOSIS VIA DE ADMINISTRACIÓN:** Oral; Telmisartán puede ser administrado antes o después de los alimentos. Dosis recomendada: 40mg a 80mg una vez al día. Algunos pacientes pueden beneficiarse con una dosis de 20mg. Puede incrementarse la dosis hasta 80mg/día en los casos en que no se obtenga la disminución esperada de la presión arterial. Cuando se considere un incremento de dosificación se debe tomar en cuenta que el efecto antihipertensivo máximo se obtiene generalmente tras 4 a 8 semanas de haber iniciado el tratamiento. Pacientes con hipertensión severa: se han utilizado dosificaciones superiores a 160 mg solo o en combinación con 12.5mg a 25mg de hidroclorotiazida diariamente, mismos que han sido efectivos y bien tolerados. Pacientes con insuficiencia renal: No es necesario ajustar la dosis, incluyendo hemodiálisis. El medicamento no es retirado de la circulación mediante hemofiltración. Pacientes con insuficiencia hepática: de leve a moderado: dosis diaria máxima recomendable: 40mg. No es necesario efectuar ajustes de la dosificación en sujetos de la tercera edad. Niños y adolescentes: No existe información sobre la seguridad y la eficacia del Telmisartán en esta población. **MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:** No se dispone de información concretamente a sobredosificación en humanos. En caso de hipotensión sintomática, deberán instituirse medidas generales de sostén y lavado gástrico. Telmisartán no es hemodializable. **PRESENTACIONES:** Caja con envase con 30 tabletas con 40 mg. Caja con envase con 30 tabletas con 80 mg. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños. No se use en el embarazo, la lactancia, ni en menores de 12 años. Reporte los sospechosos de reacción adversa al correo: farmocovigilancia@cofepris.gob.mx o farmocovigilancia@liomont.com.mx. Hecho en México por LABORATORIOS LIOMONT, S.A. DE C. V. Adolfo López Mateos No.68. Col. Cuajimalpa, C.P. 05000, Deleg. Cuajimalpa de Morelos, D.F., México © Marca registrada Reg. Núm. 309M2014 SSA IV No. de Aviso: 153300202C172

# Línea *cardiometabólica*



**Acciones integrales para un problema latente**

No. de autorización SSA: 143300202C6914



# Ketorolaco SUPRADOL®

## Suprime el dolor

Cuando es apremiante  
suprimir el dolor...

SUPRADOL® Ketorolaco trometamina Tabletas, Tabletas sublinguales, inyectable, Gel. FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULA-  
CIÓN: Cada tableta contiene: Ketorolaco trometamina 10 mg. Excipiente c.p.p. 1 tableta. Cada tableta sublingual contiene:  
Ketorolaco trometamina 20 mg. Excipiente c.p.p. 1 tableta. Cada ampolla con solución inyectable contiene: Ketorolaco trometamina 50 mg. Vehículo c.p.p. 1 mL. Cada ampolla con solución inyectable contiene: Ketorolaco trometamina 60 mg. Vehículo c.p.p. 2 mL. Cada jeringa prellenada contiene: Ketorolaco trometamina 30 mg. Vehículo c.p.p. 1 mL. Gel a 100 mg/ml. gel con-  
teniente: Ketorolaco trometamina 2 g. Excipiente c.p.p. 100 g. El ketorolaco trometamina pertenece al grupo de fármacos anti-  
inflamatorios no esteroides. Su nombre químico es: ácido (-)-S-benzil-2, 3-dihidro-1H-pirrolino-1-carboxílico, 2-amino-2-(hidroximetil)-3-propenilo. INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Analgesia no narcótica. SUPRADOL® tabletas, tabletas  
sublinguales y solución inyectable está indicado para el tratamiento del dolor agudo a corto plazo. SUPRADOL® Gel, anal-  
gesia antiinflamatoria de aplicación tópica para el tratamiento de dolores musculares, articulares y post-traumáticos. Es  
eficaz en el tratamiento de traumatismos de tejidos blandos, como equimosis, torceduras, bursitis, tendinitis, epicondritis, sín-  
dromes de articulaciones superficiales (dedos, rodilla, tobillo). CONTRAINDICACIONES: Antecedente de hipersensibili-  
dad a ketorolaco, ácido acetilsalicílico o otros AINES. Antecedente de úlcera, perforación o sangrado gastrointestinal. No debe  
ser utilizado en pacientes con síndrome de poliposis nasal, angioedema y broncoespasmo secundarios al uso de ácido acetil-  
salicílico, ni ante úlcera péptica activa. No se debe administrar en niños en el postoperatorio de amigdalectomía. No se reco-  
mienda en analgesia obstétrica. No debe ser aplicado en o cerca de los ojos, mucosas o heridas abiertas. PRECAUCIONES  
GENERALES: Ketorolaco puede ser causa de úlcera péptica, sangrado gastrointestinal y/o perforación. Debido al efecto  
de inhibición de la síntesis de prostaglandinas ketorolaco puede causar una reducción del flujo renal que descompensa la función  
renal, en particular en pacientes con daño renal preexistente. Se deberá tener precaución en pacientes con antecedentes de  
enfermedad alérgica ya que se han reportado reacciones anafilácticas con la administración de ketorolaco. Asimismo se ha  
reportado la presentación de reacciones anafilácticas y anafilactoides en sujetos sin antecedentes de atopía. Ketorolaco inhibe  
la agregación plaquetaria y prolonga el tiempo de sangrado; aunque el tiempo de ácido acetilsalicílico la función plaque-  
taria vuelve a ser normal 24 a 48 horas después de suspender el tratamiento. Aunque no se ha demostrado interacción entre  
ketorolaco y heparina o warfarina, ketorolaco se deberá utilizar con precaución extrema en este caso y se deberá realizar  
seguimiento estrecho del paciente. El médico deberá tener presente el riesgo de hemorragia o hematoma postquirúrgico  
durante el uso de ketorolaco, así como de cualquier otro AINE. No se deberá administrar ketorolaco a pacientes que estén reci-  
biendo otro AINE por el riesgo acumulativo de las reacciones colaterales características de estos fármacos. Ketorolaco se deberá  
administrar con precaución en pacientes con insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial u otros padecimientos cardiovascula-  
res, ya que se han descrito casos de retención de líquidos y edema con la administración de ketorolaco. Se deberá realizar  
ajuste de la dosis en pacientes >65 años, en sujetos con peso menor de 50 kg y en pacientes con elevación de creatinina sérica.  
En estos casos, la dosis total diaria no deberá exceder 60 mg. La capacidad para conducir vehículos o utilizar maquinaria  
puede verse afectada en los individuos tratados con ketorolaco, debido a la presentación de somnolencia, mareo, vértigo,  
depresión e insomnio; por lo que se deberán extremar las precauciones cuando se realicen actividades que exijan atención.  
Ketorolaco puede potenciar la toxicidad asociada al tratamiento con metotrexato. Probenecid altera la farmacocinética de  
ketorolaco. PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: No se recomienda su uso  
durante el embarazo, el trabajo de parto o el parto. Tampoco durante la lactancia. SUPRADOL® Gel no debe ser aplicado en  
o cerca de los ojos, mucosas o heridas abiertas. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: La incidencia de eventos adversos aso-  
ciados al uso de AINES disminuye de 50 a 10%, cuando se utilizan durante períodos cortos. Con el uso de ketorolaco, las re-  
acciones secundarias son poco frecuentes: diarrea, náusea, sangrado gastrointestinal, sangrado rectal, melena, náusea, dispepsia,  
dolor gastrointestinal, diarrea, constipación, hinchazón, sensación de plenitud, flatulencia hepática, edematosos, vómito, gastritis,  
eructos, edema, eritema, erupción, aumento de peso, rubor, prurito, hiperestesia, púrpura, somnolencia, mareo, cefalea,  
sordería, boca seca, náuseas, parosmia, pesadillas, depresión, ansiedad, dolor de cabeza, insomnio, irritabilidad para  
concentrarse, insomnio, estimulación, vértigo, disosia, asma incrementado en la frecuencia urinaria, angitis, hematuria, prurito,  
urticario, rash, anomalías del gusto y de la vista. Íntimos: Aunque raramente, también se han observado como reacciones  
adversas: insuficiencia renal aguda, dolor en el flexor con o sin hematuria y/o exzema, hiponatremia, hipercalemia,  
síndrome urémico hemolítico, relación urinaria, reacciones de hipersensibilidad, anafilaxia, broncoespasmo, edema laríngeo,  
hipotensión, rubor, rash, hepatitis, ictericia colestática, insuficiencia hepática, síndrome de Lylel, síndrome de Stevens Johnson,  
dermatitis exfoliativa, rash maculopapular, sangrado de herida postquirúrgica, trombocitopenia, epistaxis, convulsiones,  
sueños anormales, alucinaciones, hipersensibilidad, pérdida de la audición auditiva, meningitis séptica y síntomas extrapira-  
midiales. SUPRADOL® Gel, se han reportado reacciones locales en el sitio de aplicación, como irritación, eritema, dermatitis, pero  
raramente de seriedad suficiente como para discontinuar el tratamiento. En pacientes susceptibles puede desencadenar re-  
acciones de tipo alérgico, en caso de que ocurra erupción o irritación durante el tratamiento con SUPRADOL® Gel, éste deberá  
ser discontinuado. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: SUPRADOL® se une en gran medida a proteínas  
plasmáticas (99.2%) en relación directa con la concentración. No altera la fijación proteica de la digoxina. Los estudios in vitro  
muestran que frente a concentraciones terapéuticas de salicilato (30 mg/mL), la fijación de ketorolaco se reduce un 2%. Las  
concentraciones terapéuticas de digoxina, paracetamol, fenofibrato y talbutamida, no alteran la fijación proteica de ketorolaco.  
Como es un fármaco potente y se encuentra presente en bajas concentraciones en el plasma, no se esperaría que desplazara  
significativamente a otros fármacos fijados a las proteínas. En los estudios realizados en animales o en humanos no hay  
ninguna evidencia de que ketorolaco induzca o inhiba las enzimas hepáticas capaces de metabolizarlo o de metabolizar otros  
fármacos. En consecuencia, no se esperaría que SUPRADOL® altera la farmacocinética de otros medicamentos. Probenecid  
reduce la depuración de ketorolaco lo cual aumenta la concentración plasmática (triplica el área bajo la curva), así como la  
vida media (aproximadamente al doble). Asimismo, reduce la respuesta a furosemida en 20%. Ketorolaco induce una posible  
inhibición de la depuración renal de litio, lo que resulta en una elevación de la concentración plasmática de este y de su toxicidad  
potencial. Reduce la depuración de metotrexato, por lo que posiblemente aumente la toxicidad del mismo. La adminis-  
tración concomitante de SUPRADOL® e inhibidores de la ECA aumenta el riesgo de daño renal, particularmente en pacientes  
depletados de volumen. Ketorolaco ha sido administrado concurrentemente con morfina o meperidina en varios estudios  
clínicos de dolor postquirúrgico, sin evidencia de interacciones adversas. Una dosis alta en gatas disminuye la velocidad pero  
no el grado de absorción de ketorolaco oral. PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARLINOGENESIS, TERATOGENESIS  
Y SOBRE LA FERTILIDAD: En los estudios clínicos realizados hasta el momento, SUPRADOL® no ha mostrado potencial terato-  
génico, carcinogénico o mutagénico. DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Oral, sublingual, I.V. o I.M. Topica. Adultos: 10 mg cada  
4 a 6 horas, para un máximo de 40 mg en 24 horas. En caso de transición de la vía IM a la oral, la dosis oral no debe exceder  
40 mg en 24 horas (6 120 mg al día dosis total). Uso I.M.: 30 a 60 mg iniciales, seguidos de 10 a 30 mg cada 6 horas para un  
total de 150 mg el primer día y posteriormente 120 mg al día por un máximo de 5 días. Uso I.V.: 30 mg administrados  
en un lapso de 15 segundos, seguidos de la aplicación de 10 a 30 mg cada 6 horas, durante un máximo de 5 días, sin rebasar  
los dosis máximas de 120 mg al día. Infusión: Iniciar con un bolo de 30 mg I.V. en un minuto con las soluciones parenterales con-  
vencionales. El tratamiento parenteral no deberá exceder de 5 días, sin sobrepasar la dosis parenteral máxima de 120 mg al  
día. Sublingual se administra colocando la tableta debajo de la lengua hasta su disolución completa. No se debe ingerir la  
tableta completa. En adultos y mayores de 16 años con más de 50 kg: 1 tableta (30 mg) al inicio, pudiéndose repetir la dosis  
cada 6 horas sin exceder de 4 tabletas (120 mg) en 24 horas, durante 2 a 5 días como máximo. Adultos > 65 años o con peso  
corporal menor de 50 kg o con insuficiencia renal: 1/2 tableta (15 mg) cada 6 horas sin exceder de 2 tabletas (60 mg) en 24  
horas, durante 2 a 5 días máximo. Gel: Aplique 3-4 veces al día sobre el área afectada. Frotando suavemente hasta que  
SUPRADOL® Gel se absorba completamente. SUPRADOL® Gel puede utilizarse concomitantemente con otras presentaciones  
de SUPRADOL®. Niños: Las dosis recomendadas y las indicaciones para el uso de SUPRADOL® Gel en niños aún no han sido  
establecidas. Dosificación por razón necesaria: SUPRADOL® puede administrarse en un esquema de acuerdo a la necesidad  
del paciente dependiendo de la severidad y tipo del dolor, para esto, se requiere una dosis inicial de 30 a 60 mg y posterior-  
mente se ajustará la dosis y/o el horario; sin sobrepasar la dosis máxima diaria (150 mg por el 1er día y 120 mg los días sub-  
secuentes). Si posterior a la dosis inicial recomendada anteriormente se presenta el dolor antes de las 6 horas podrá  
incrementarse el 50% de la dosis previamente administrada, si por el contrario, el paciente aún refiere analgesia a las 6 horas  
podrá disminuirse en un 50% la dosis anteriormente administrada. Esquema de transición de la vía parenteral a la vía oral:  
Adultos: El día del cambio a la vía oral la dosis no debe exceder 120 mg/día, incluyendo la dosis máxima oral de ese mismo  
día (40 mg); las dosis orales de los días posteriores no deberán exceder la dosis máxima diaria (40 mg). Niños: para niños  
mayores de 3 años, se recomienda una dosis I.M. o I.V. de 0.75 mg/kg cada 6 horas hasta una dosis máxima diaria de 60 mg.  
Debe regularse la dosis de acuerdo a la respuesta. La administración parenteral no debe exceder de dos días. Infusión intrave-  
nosa en niños: 0.17 mg/kg/h, sin exceder la dosis máxima recomendada. SOBREDOSIFICACIÓN INGESTA ACCIDENTAL: MANI-  
FESTACIONES Y MANEJOS (Antídotos): Dosis diarias de 360 mg administradas durante 5 días consecutivos, causan dolor  
abdominal y úlcera péptica que cura después de discontinuarse el tratamiento. Dosis únicas de 200 mg administradas por vía  
oral a voluntarios sanos, no produjeron efectos adversos aparentes. Se ha reportado acidosis metabólica después de la sobre-  
dosis intencional. La diálisis peritoneal o hemodialisis no depuran significativamente al ketorolaco. PRESENTACIONES: Caja  
con 10 tabletas de 10 mg. Caja con 3 ampollas de 30 mg/1 mL. Caja con 3 ampollas de 60 mg/2 mL. Caja con 1 y 3 jeringas  
prellenadas de 30 mg/1 mL (P/PK). Caja con 4 tabletas sublinguales de 30 mg de ketorolaco trometamina en envase  
de burbujas. Caja con tubo de 30g. LEYENDAS DE PROTECCIÓN: Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños.  
Literatura exclusiva para médicos. No se administre en el embarazo, durante el parto y la lactancia. SUPRADOL® Gel no debe  
administrarse en niños menores de 12 años. Tabletas, tabletas sublinguales e inyectable no se administran a menores de 16  
años. LABORATORIOS LIOMONT S.A. DE C.V. Etica Farmacéutica desde 1938. A. López Mateos Núm. 68 Cuajimalpa 05000  
México, D.F. Reg. 026992, 036992, 0962000 y 2509199 SSA, IV No. de Entrada: 03301010105. No de entrada SSA:  
H33002022C5615

...Cambie la expresión  
de su paciente



**LIOMONT**  
ÉTICA FARMACÉUTICA DESDE 1938



**EMPRESA  
SOCIALMENTE  
RESPONSABLE**



## CONTENIDO

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

### CARDIOLOGÍA

- S1 0088 Determinantes de disfunción endotelial en pacientes mexicanos
- S1 0111 Obtención de metas de control cardiometabólico en una clínica universitaria mediante un modelo asistencial educativo
- S2 0206 Hemangioma cardiaco
- S2 0241 Efecto de atorvastatina sobre los niveles de bipterinas y la relación BH4/BH2 en pacientes diabéticos
- S3 0243 Choque cardiogénico secundario a infusión de rituximab
- S3 0261 Prevalencia de los síndromes isquémicos coronarios agudos y de factores de riesgo cardiovascular en pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca, de 2013 al2014
- S4 0303 Detección clínica de obesidad; ¿cuál es el mejor método?
- S5 0314 Efectos sobre el ácido úrico de las combinaciones de losartán con hidroclorotiazida o con amlodipina en pacientes hipertensos
- S5 0315 Síndrome del corazón roto, a propósito de un caso
- S6 0328 Insuficiencia cardiaca derecha como factor de riesgo para evento vascular cerebral en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- S7 0340 Asociación de ictus isquémico con la presencia de polimorfismo -1131T>C del gen de apolipoproteína A-V en pacientes del Hospital General Regional No. 1 del IMSS, México, DF
- S7 0346 Endocarditis infecciosa causada por *Streptococcus acidominimus*: reporte de caso
- S8 0360 Síndrome de Takotsubo o miocardiopatía por estrés. Reporte de un caso y revisión de la literatura
- S9 0382 Caso de amiloidosis cardiaca como causa de hipertrofia miocárdica
- S9 0402 Estimación del riesgo cardiovascular a 10 años y su asociación con calidad de vida relacionada con la salud en pacientes asintomáticos
- S10 0430 Correlación entre péptido natriurético B y fracción de eyección ventricular para insuficiencia cardiaca en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal en el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez
- S11 0449 Efecto del bosentan sobre la presión pulmonar
- S11 0456 Síncope recurrente secundario a alteración carotidea tipo kinking un reto diagnóstico
- S12 0505 Síndrome QT largo familiar, desencadenado por trimetoprim sulfametoxazol.
- S12 0525 Miocardiopatía de Takotsubo, el síndrome del "corazón roto": reporte de un caso en paciente adulto mayor
- S13 0531 Evento vascular cerebral en foramen oval permeable y cierre con dispositivo Amplatzer.
- S14 0578 Paciente femenina embarazada con bradicardia
- S14 0581 Cardiotoxicidad inducida por antraciclinas y choque séptico secundario a colitis neutropénica
- S15 0588 Reporte de caso de síndrome de Tako-Tsubo: Enfermedad del corazón roto
- S15 0645 Corazón de porcelana: descripción de caso
- S15 0649 Beneficio pronóstico del tratamiento con beta bloqueadores en el síndrome coronario agudo con función sistólica conservada
- S16 0656 Insuficiencia cardiaca aguda como presentación de cardiomiopatía periparto; reporte de un caso y revisión de la literatura
- S17 0667 Trauma cardiaco. Reporte de un caso con secuelas en el sistema de conducción cardiaco.
- S17 0693 Efecto de los antagonistas de receptores de mineralocorticoides sobre la presión arterial pulmonar en los pacientes con insuficiencia cardiaca
- S18 0701 Atrial fibrillation in a patient with albuterol-induced lactic acidosis induced by albuterol
- S19 0706 Tromboembolismo pulmonar en el puerperio e hipertensión arterial pulmonar suprasistémica: reporte de un caso.
- S19 0742 Angiodisplasia intestinal asociada a estenosis aórtica
- S20 0751 En el infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST, la extensión del área de miocardio salvado y el área de la remodelación ventricular pueden predecirse en base a la expresión de los niveles sericos de PGC1-alfa
- S20 0763 Evento vascular cerebral paradójico simultáneo con tromboembolia pulmonar en paciente con foramen oval permeable
- S21 0783 Desección aguda de la aorta: ¿es facil el diagnostico? Presentación de un caso
- y el péptido atrial natriurético en pacientes con neumatía obstructiva crónica e hipertensión pulmonar grave

**CIENCIAS BÁSICAS**

- S22 0067 Correlación entre las concentraciones de sodio sérico y el factor de Von Willebrand en plasma de pacientes con diabetes mellitus tipo I
- S22 0540 Utilidad de citocinas TH1 Y TH2 como biomarcadores de gravedad en adultos con infecciones respiratorias agudas
- S23 0625 Análisis molecular de genotipos de *Blastocystis* sp y su asociación con el síndrome de intestino irritable, en una población rural del estado de Morelos

**DERMATOLOGÍA**

- S24 0020 Elefantiasis verrucosa nostra y sepsis
- S24 0086 Enfermedad de Bourneville-Pringle con crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas como primera manifestación en paciente adulto y cuadro clínico característico.
- S25 0192 Metástasis cutánea como primera manifestación clínica de un adenocarcinoma pancreático. Reporte de un caso
- S25 0302 Síndrome de Osler Weber Rendu; reporte de caso en hospital de tercer nivel
- S26 0345 Penfigoide ampolloso en paciente con trastorno afectivo bipolar en tratamiento con risperidona. Reporte de caso
- S27 0462 Signos visibles de la edad asociados a cardiopatía isquémica en pacientes mexicanos diagnosticados y sometidos a cateterismo cardiaco en el Hospital Ángeles del Pedregal: Resultado preliminares
- S27 0484 Lupus cutáneo discoide. Reporte de caso
- S28 0597 Enfermedad indiferenciada de tejido conectivo con Stevens Johnson
- S28 0614 Síndrome de estimulación mastocitaria cutánea como manifestación de mastocitosis sistémica
- S29 0636 Paniculitis pancreática
- S29 0796 Asociación entre alopecia areata y bocio tóxico difuso

**EDUCACIÓN**

- S30 0437 Estudio sobre inserción laboral y percepción de los egresados de la Especialidad en Medicina Interna de la Universidad de Guadalajara del Hospital Civil Dr. Juan I Menchaca

**ENDOCRINOLOGÍA**

- S31 0040 Hipercalcemia inducida por inmovilización. Caso clínico y revisión de la literatura
- S32 0057 Asociación entre el índice triglicéridos/colesterol-HDL y la glucosa alterada en ayuno en pacientes normotensos con obesidad y sobrepeso
- S33 0099 Parálisis hipocalémica tirotóxica ¿una enfermedad frecuente? Serie de casos
- S34 0108 Modificación del porcentaje de hemoglobina glucosilada en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 al año de tratamiento según su terapéutica hipoglucemiante (oral vs insulina vs ambos)
- S34 0114 Tumor pardo mandibular como manifestación inicial de hiperparatiroidismo primario (HPP)
- S35 0116 Síndrome poliglandular autoinmune (SPA) tipo III asociado al haplotipo HLA-DQB1\*0302 en una mujer con vitíligo, hipotiroidismo autoinmune

- S36 0154 Síndrome poliglandular tipo IV (diabetes latente autoinmune y enfermedad de Addison). Reporte de caso y abordaje diagnóstico
- S36 0164 Evaluación de esquema de insulina subcutánea escalonada contra uso de insulina basal y esquema basal-bolo en pacientes diabéticos tipo 2 no graves hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna en el Hospital General de México
- S37 0172 Porcentaje de control en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo a nivel de HbA1c en una unidad médica de primer nivel de atención en Petróleos Mexicanos"
- S37 0173 Prevalencia de obesos metabólicamente sanos en una unidad médica de primer nivel de atención de Petróleos Mexicanos (PEMEX)
- S38 0176 Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética secundario a tumor neuroendocrino en mediastino de células pequeñas de alto grado. Reporte de caso
- S39 0185 Insulin lispro low mixture twice daily versus basal insulin Glargine once daily and prandial insulin lispro once daily as insulin intensification strategies in patients with type 2 diabetes: a Latin American subpopulation analysis
- S39 0226 Enfermedad de Kennedy (atrofia muscular espino-bulbar). Presentación de un caso
- S40 0228 Grado, comparación y resultado de insulización en pacientes atendidos en la clínica de diabetes del Hospital General Dr. Manuel Gea González SSA
- S40 0240 Enfermedades autoinmunes en tiroiditis de Hashimoto: frecuencia de concomitancia en una cohorte de pacientes mexicanos
- S41 0247 Hiperglucemia en el paciente hospitalizado: comparación de tres esquemas terapéuticos
- S41 0266 Osteítis fibrosa quística como manifestación inicial de hiperparatiroidismo primario. Reporte de caso
- S42 0288 Marcadores pronóstico de rehospitalización temprana de pacientes con diabetes mellitus tipo 2
- S43 0289 Recurrencia tumoral en pacientes adultos con craneofaringiomas
- S44 0295 Nivel de hemoglobina glucosilada como método diagnóstico para diabetes mellitus 2 en población del Estado de México derechohabiente del Centro Médico ISSEMYM en el periodo de enero de 2012 a mayo de 2014
- S44 0337 Parálisis tirotóxica hipocalémica secundaria a nódulo tiroideo hiperfuncionante
- S45 0349 Factores asociados a descontrol metabólico y adherencia a tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2
- S45 0350 Vipoma pancreático con metástasis hepáticas. Presentación de un caso clínico
- S46 0364 Alta prevalencia del alelo T del polimorfismo rs7903146 del gen TCF7L2 en personas con diabetes tipo 2 de la ciudad de Durango
- S46 0366 Niveles de transcripción del gen del receptor del péptido semejante a glucagón GLP1R en distintos órganos y tejidos
- S47 0367 Metilación del sitio promotor del gen del receptor de vitamina D (VDR) en pacientes con diabetes tipo 2 y personas sanas
- S47 0372 Síndrome poliglandular autoinmune tipo II (síndrome de Schmidt): enfermedad de Addison y tiroiditis de Hashimoto asociados a vitíligo





S48 0377 Uso de escalas de Apache II, SOFA, PCR Y VSG al ingreso a la unidad, como predictores de deficiencia de vitamina D en pacientes críticamente enfermos en la unidad de terapia intensiva del Hospital San José Tec

S49 0405 Factores que influyen en el mal apego al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2

S49 0446 Síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética asociado a un carcinoma neuroendocrino del canal anal: Informe de un caso.

S50 0454 Hipercalcemia maligna: síndrome paraneoplásico relacionado con tumor ovarico

S50 0458 Síndrome de Cushing por adenoma suprarrenal secretor de cortisol independiente de ACTH como causa de hipertensión arterial secundaria: Revisión de la literatura a propósito de un caso

S51 0468 Insulina lispro/lispro-protamina 25/75 contra glargina para el manejo de pacientes hospitalizados con diabetes tipo 2

S51 0482 Seguridad cardiovascular de liraglutida: Meta-análisis de eventos adversos cardiovasculares mayores en los estudios de obesidad y diabetes tipo 2

S52 0496 Tiroiditis secundaria a aplicación de yodo radiactivo como causa rara de tiroiditis y tormenta tiroidea en paciente con bocio toxico multinodular. Reporte de un caso

S53 0508 Hipertensión e hipokalemia como manifestación de enfermedad de Cushing

S54 0509 Incidentaloma e Hipertensión Arterial Sistémica

S54 0513 Debilidad muscular, paraplejia súbita e hipertensión arterial sistémica, presentación inusual de enfermedad de Conn

S55 0541 Síndrome de silla turca vacía secundario a traumatismo craneoencefálico severo en paciente con choque séptico

S55 0570 Hiponatremia severa como manifestación de síndrome de Sheehan

S56 0571 Carcinoma de paratiroides en un paciente con lesiones osteolíticas. Caso clínico

S57 0576 Asociación de polimorfismos Asp299Gli y Tre399Ile del gen TLR4 con inflamación en obesos

S57 0600 Coma mixedematoso. Reporte de un caso

S58 0618 Panorama de la insuficiencia suprarrenal primaria en el INCMNSZ. Revisión de casos de 2000-2014

S59 0665 Hipercalcemia secundaria a sobreproducción de vitamina D, asociada a enfermedad por adyuvantes

S59 0668 Crisis paratiroidea hipercalcémica

S60 0709 Tormenta tiroidea. Reporte de un caso

S60 0741 Somatostatino asociado a neurofibromatosis tipo 1. Reporte de caso

S61 0766 Almidón de maíz en proinsulinoma sin respuesta a tratamiento. Reporte de caso

S61 0789 Estudio piloto de glucometría no capilar en pacientes diabéticos ambulatorios de la consulta de medicina interna y endocrinología del HR 1° de octubre

S62 0812 Liraglutida 3.0 mg: efectos dependientes e independientes de pérdida de peso

S63 0836 Relación entre hemoglobina glucosilada y niveles séricos de vitamina D en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

## EPIDEMIOLOGÍA

S64 0069 Presentaciones clínicas de tuberculosis extrapulmonar en un servicio de Medicina Interna de tercer nivel

S64 0227 Síndrome constitucional, una entidad de estudio. Serie de casos del Centro Médico Nacional de Occidente

S65 0320 Impacto del género como factor asociado a riesgo de enfermedad vascular aguda

S65 0348 Prevalencia y factores de riesgo asociados a neumonía asociada a ventilación (NAV) por *Acinetobacter baumannii* en un hospital público del Noreste de México

S66 0479 Estudio comparativo de dos metodologías para la evaluación del apego correcto a la higiene de manos en la sala de medicina interna

S67 0523 Prevalencia y factores asociados a las infecciones nosocomiales en el CMN La Raza HE

S67 0631 Prevalencia de síndrome metabólico asociado a enfermedad vascular aguda en un hospital del sureste de México

S68 0642 Mesotelioma maligno pleural: comparación diagnóstica entre tomografía computada y pruebas inmunohistoquímicas en población mexicana

S69 0703 Características, procedencia, diagnósticos más frecuentes, comorbilidades, estancia prolongada y causas de egreso de los ingresos a la sala de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

S69 0713 Principales causas de mortalidad, relación con estancia prolongada y factores de riesgo en la sala de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

S69 0781 Prevalencia de hipertensión arterial en relación al conocimiento de factores de riesgo cardiovascular en el área metropolitana de Monterrey

S70 0798 Autopercepción de salud y su relación sociodemográfica y clínica; estudio en población rural y urbana

S70 0824 Características clínicas de pacientes que acudieron por enfermedad tipo influenza a urgencias de un centro de tercer nivel en la temporada invernal 2013-2014

## GASTROENTEROLOGÍA

S71 0011 Índice tobillo-brazo en la identificación de aterogénesis subclínica asociada en pacientes con insuficiencia hepática crónica

S71 0041 Encefalopatía hepática mínima como predictor de mortalidad en pacientes con hepatitis alcohólica

S72 0052 Trombosis de la vena porta en pacientes con cirrosis: ¿Un hallazgo o un factor de mal pronóstico?

S73 0054 Terapia transfusional y sus efectos sobre el calcio sérico en hepatópatas

S73 0055 Comparación del uso de lactulosa y metronidazol vs lactulosa o metronidazol en el tratamiento de la encefalopatía hepática aguda

S73 0070 Hepatitis fulminante por virus de Epstein Barr

S74 0081 Poliposis inflamatoria gigante como manifestación de enfermedad de Crohn

- S75 0091 Eficacia comparativa entre levofloxacino vs ceftriaxona más macrólidos en neumonía adquirida en la comunidad
- S75 0092 Valor predictivo positivo de la prueba de inmunoensayo para detección de toxina A y B de *Clostridium difficile* en un hospital privado
- S76 0106 Gradiente de presión venosa hepática como predictor de fibrosis hepática avanzada
- S76 0110 Asociación de la insuficiencia renal aguda con la mortalidad y complicaciones de pacientes hospitalizados con cirrosis hepática
- S77 0122 Síndrome de sobreposición de cirrosis biliar primaria y hepatitis autoinmune: reporte de un caso
- S78 0129 Efectos de un programa de optimización de TC de abdomen en el departamento de Urgencias
- S78 0201 Histoplasmosis intestinal, diarrea crónica: reporte de un caso en un paciente inmunocompetente
- S79 0205 Enfermedad de Crohn con afección esofágica: reporte de un caso y revisión de la literatura
- S79 0262 Pseudoquistes pancreáticos. Reporte de caso
- S80 0267 Trombosis venosa espleno-porto-mesentérica. Complicaciones agudas y crónicas: diagnóstico y tratamiento
- S80 0270 Hipocalcemia secundaria a hipomagnesemia como manifestación de actividad en enfermedad de Crohn
- S81 0357 Proteinopatías a nivel gastrointestinal en la enfermedad de Alzheimer asociadas a síndrome de Ogilvie. Reporte de caso
- S82 0376 Utilidad de la defecorresonancia en el estudio de pacientes con estreñimiento crónico refractario a tratamiento médico convencional
- S82 0381 Defunción posterior a tratamiento intervencionista con quimioembolización transarterial con partículas de polivinilo en un paciente con hepatocarcinoma estadio B de la BCLC en un hígado no cirrótico
- S83 0434 Características de los pacientes con enfermedad celiaca en el Hospital San José, Tec Salud en Monterrey, Nuevo León
- S83 0475 Hemorragia gastrointestinal de origen oscuro secundario a sarcoma en yeyuno
- S84 0488 Frecuencia de la hemorragia asociada a varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática detectados en un servicio de endoscopia Gastroenterológica
- S85 0664 Cáncer gástrico: ¿estamos perdiendo la oportunidad de un diagnóstico precoz?
- S85 0671 Hígado graso asociado al embarazo
- S86 0826 Frecuencia y factores de riesgo de enfermedad diverticular en el paciente geriátrico. De la Clínica Hospital ISSSTE Tamazunchale, San Luis Potosí
- S87 0849 Síndrome de heterotaxia y poliesplenía detectado en el adulto. A propósito del diagnóstico diferencial del abdomen agudo
- HEMATOLOGÍA**
- S88 0036 Aumento de las infecciones bacterianas después de la transfusión de hemocomponentes leucorreducidos no irradiados en receptores de trasplante de células madre alogénico después de acondicionado de intensidad reducida
- S89 0075 Linfoma difuso de células B con invasión retrocular. Revisión de un caso
- S89 0076 Presentación atípica de mieloma múltiple
- S90 0078 Granulocitosis como presentación inicial de leucemia linfocítica crónica
- S90 0079 Síndrome de Sweet como manifestación de síndrome mielodisplásico
- S91 0083 Sarcoma mielóide primario testicular
- S92 0102 Evaluación de la escala de Padua y Caprini vs escala de HAP (Padua modificada) para riesgo tromboembólico en pacientes hospitalizados en la Unidad de Terapia Intermedia de un hospital privado
- S92 0104 Evaluación histológica y funcional de la médula ósea: correlación con la evolución clínica y los marcadores de reconstitución inmune en pacientes que reciben un trasplante de células madre hematopoyéticas después de un régimen de acondicionamiento de intensidad reducida
- S93 0117 Mieloptisis por glioblastoma multiforme: reporte de caso
- S93 0127 Amiloidosis primaria cardíaca: presentación de un caso
- S94 0150 Alteraciones fibrinolíticas en cáncer de próstata
- S95 0189 Síndrome mielodisplásico del tipo citopenia refractaria con displasia multilineal secundaria a hipertiroidismo por nódulo tiroideo tóxico
- S95 0224 Hematopoyesis extramedular pleural y degeneración combinada subaguda en un paciente con anemia perniciosa y fibrosis quística.
- S96 0260 Síndrome de POEMS asociado a enfermedad hepática y renal poliquística (EPQ): reporte de un caso de esta rara asociación
- S96 0265 Linfoma extranodal NK/T nasal
- S97 0274 Hemofilia adquirida secundaria a infección por virus Epstein Barr
- S98 0284 Púrpura trombocitopénica trombótica: reporte de un caso refractario a tratamiento con recambio plasmático
- S99 0296 Disfunción orgánica en relación con mieloma múltiple; reporte de un caso
- S99 0308 Un caso de enfermedad por depósito de cadenas ligeras que se presenta con una gran hepatomegalia
- S100 0310 Quilotórax de aspecto no quiloso: Manifestación inicial de linfoma no Hodgkin tipo B folicular
- S101 0322 Quilotórax y quiloascitis asociados a linfoma no Hodgkin. Reporte de caso
- S101 0347 Macroglobulinemia de Waldenström: reporte de un caso
- S102 0389 Hipercalcemia paraneoplásica y lesiones osteolíticas secundarias a Linfoma B de células grandes: reporte de caso y revisión de la literatura
- S103 0390 Anemia hemolítica como manifestación hematológica de tuberculosis pulmonar activa
- S103 0403 Deficiencia adquirida de factores de coagulación dependientes de vitamina K. Caso clínico
- S104 0408 Lesiones líticas como primera manifestación de carcinoma metastásico
- S104 0420 Micosis fungoides: diagnóstico y tratamiento quimioterapéutico en el Hospital Juárez de México, reporte de caso
- S105 0428 Síndrome de hiperviscosidad: experiencia de tres décadas en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
- S106 0447 Amaurosis unilateral secundaria a infiltración leucémica del nervio óptico
- S106 0453 Caso clínico síndrome de plaquetas pegajosas asociado a la presencia de hiperhomocisteinemia
- S107 0480 Reporte de un caso de leucemia cutis (LC) como primera manifestación de leucemia mielode aguda (LMA)



- S107 0494 Trombocitopenia inmune como primera manifestación de cáncer papilar de tiroides
- S108 0499 Reporte de un caso mieloma múltiple de cadenas ligeras lambda
- S108 0507 Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes estirpe B asociado en infección VIH. Presentación de un caso
- S109 0511 Asociación entre la hemotransfusión y el riesgo de infecciones nosocomiales
- S110 0517 Linfoma de células T periférico no específico, en adulto joven. Reporte de caso
- S110 0518 Hemofilia adquirida asociada a puerperio.
- S111 0532 Leucemia cutis en paciente con leucemia linfoblástica aguda
- S111 0535 Histiocitosis de células de Langerhans, presentación inicial como síndrome de reacción por drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos (síndrome de DRESS)
- S112 0536 Leucemia linfocítica crónica: predisposición y anticipación genética, presentación de 2 casos
- S113 0561 Trombosis mesentérica de repetición como presentación de mutación del gen de la protrombina g20210 a: reporte de un caso
- S113 0584 Diagnóstico poco común en paciente con fiebre, diaforesis profusa hepatoesplenomegalia, adenomegalias y pérdida de peso
- S114 0590 Síndrome de destrucción de la línea media. Caso de linfoma no Hodgkin de células T/NK
- S115 0598 Paciente de 51 años con ingreso por choque hemorrágico secundario a herida superficial; diagnóstico diferencial e importancia en el diagnóstico precoz de la hemofilia tipo A
- S115 0602 Pancreatitis aguda grave y síndrome urémico como presentación de mieloma múltiple
- S116 0621 Policitemia vera como emergencia hematológica: presentación de un caso
- S117 0622 Síndrome hematófagocítico: reporte de un caso y revisión de la literatura
- S117 0624 Leucemia promielocítica: reporte de caso
- S118 0628 Hipercalcemia como única manifestación de mieloma múltiple
- S118 0629 Importancia del diagnóstico diferencial de reacción leucemoide en un servicio de Medicina Interna
- S119 0661 Amiloidosis cutánea nodular: reporte de un caso
- S120 0669 EVC isquémico en paciente joven secundario a deficiencia de proteínas C y S. Reporte de caso
- S120 0672 Experiencia de linfoma de Hodgkin en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca
- S121 0679 Linfoma difuso de células B vaginal concomitante con síndrome de Wolf Parkinson White: reporte de un caso
- S121 0683 Mielotoxicidad por fármacos. Pancitopenia abordaje diagnóstico
- S122 0686 Desarrollo de anemia nosocomial y su relación con la solicitud de exámenes de laboratorio en la sala de medicina interna en un hospital de tercer nivel
- S123 0689 Manifestaciones clínicas de anemia perniciosas; reto diagnóstico
- S124 0691 Linfoma primario de bazo en un paciente con Artritis Reumatoide. Presentación de un caso
- S124 0692 Análisis del apego a las recomendaciones de la European Leukemia Net para la monitorización de la respuesta citogenética de los pacientes con LMC-FC tratados con imatinib como primera línea en el INCMNSZ
- S125 0699 Morbilidad y cuidados paliativos en pacientes con mieloptisis
- S126 0705 Varicela zóster atípica complicada como primera manifestación de leucemia mieloide crónica
- S126 0715 Linfoma Burkitt abdominal con compresión extrínseca grave en un hombre de 18 años
- S127 0721 Aplasia pura de serie roja secundaria a infección por parvovirus B19 en asociación con cirrosis biliar primaria; reporte de un caso
- S127 0722 A propósito de un caso de linfoma no Hodgkin de la zona gris
- S128 0731 Linfoma primario de sistema nervioso central en paciente inmunocompetente. Reporte de un caso
- S129 0732 Lesión renal aguda por pigmentos en anemia hemolítica inmune en el embarazo. Reporte de un caso
- S129 0739 Trombofilia familiar, deficiencia de antitrombina III. Detección de dos casos con tromboembolia pulmonar
- S130 0740 Linfoma linfoblástico T presentación mediastinal; revisión de literatura y caso clínico
- S131 0750 Hemofilia A adquirida en una paciente de 79 años que se presenta con hematoma cervical disecante
- S131 0757 Micosis fungoides transformada. Presentación inicial como linfoma cutáneo no Hodgkin de células T grandes con expresión aberrante de CD20: presentación de un caso
- S132 0775 Neoplasia de células dendríticas. reporte de un caso
- S133 0779 Reporte de caso: presentación de un caso, enfermedad de Rosai-Dorfman
- S133 0793 Púrpura de Henoch Schönlein como presentación inicial de mieloma múltiple
- S134 0801 Linfoma difuso de células grandes inmunofenotipo B (LDCGB) subtipo rico en linfocitos T e Histiocitos: reporte de un caso
- S135 0802 Pancitopenia asociada a infección por parvovirus B19. Reporte de un caso
- S135 0811 Trombosis venosa profunda tibial bilateral en el tercer trimestre de una primigesta
- S136 0843 Leucemia de células dendríticas; reporte de un caso
- S137 0846 Respuesta al tratamiento y supervivencia en pacientes adultos con leucemia promielocítica aguda tratados con el protocolo del International Consortium on Acute Promyelocytic Leukemia (IC-APL) modificado

## INFECTOLOGÍA

- S137 0012 Colitis ulcerativa crónica inespecífica y tuberculosis abdominal en un paciente con inmunosupresión adquirida
- S138 0015 Etiología poco frecuente de mediastinitis necrotizante descendente
- S139 0019 Cistitis enfisematosa perforada. Reporte de un caso
- S139 0044 Evolución de la anemia como indicador de respuesta a tratamiento antituberculoso. Análisis retrospectivo 2010-2014 en la UMAE CMN La Raza
- S140 0061 Presentación de un caso de abscesos epidurales lumbares secundarios a bacteriemias por *Escherichia coli*
- S141 0065 Loxoscelismo cutáneo-visceral. Reporte de caso

- S141 0077 Manifestaciones por citomegalovirus en paciente inmunocompetente
- S142 0084 Importancia de diagnóstico temprano en mucormicosis
- S142 0094 Patrón de resistencia a quinolonas en enterobacterias con betalactamasa de espectro extendido y su correlación con el uso previo de quinolona y aminoglucósido en Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos durante el año 2014
- S143 0095 Neumonía bacteriana, diferencia entre gérmenes aislados en el Hospital Central Norte de Pemex y lo reportado en la literatura internacional, asociado a resistencia bacteriana. Importancia de realizar guías locales
- S144 0100 Comparación de enterobacterias betalactamasa de espectro extendido en hemocultivo y urocultivo tomados durante el 2012, 2013 y 2014 en Hospital Central Norte de Pemex
- S144 0101 Factores pronósticos de mortalidad en pacientes con neumonía intrahospitalaria
- S145 0105 Determinación de la dosis diaria definida de antibióticos durante el 2014 en un hospital privado de la zona metropolitana de la Ciudad de México
- S146 0128 Tétanos generalizado clase III de Ablett. Reporte de caso
- S147 0131 Perfil de resistencia bacteriana de *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii* en secreción bronquial en el periodo de enero del 2013 a julio del 2014
- S147 0132 Choque séptico y brote severo de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en un caso confirmado de fiebre Chikungunya (ChikV)
- S148 0163 Lesión pulmonar cavitada: tuberculosis vs nocardia
- S149 0165 Leptospirosis en regiones tropicales de México
- S149 0183 Comparación del volumen plaquetario medio, APACHE II y SOFA como predictores de mortalidad en pacientes con sepsis en el Hospital Regional de Tlalnepantla
- S149 0214 Valor predictivo de la dinámica de depuración de procalcitonina en la población adulta con sepsis
- S150 0225 Incidencia de neumonía asociada a apoyo mecánico ventilatorio, en relación al uso de protectores de mucosa gástrica, en el Hospital General Regional 1
- S150 0230 Micobacteriosis diseminada por *Mycobacterium bovis* en paciente con artritis reumatoide en tratamiento con adalimumab
- S151 0234 Prevalencia bacteriana de urocultivos positivos en pacientes con diagnóstico presuntivo de infección de vía urinaria adquirida en la comunidad o de manera intrahospitalaria del HGZ 27, del 1 de octubre de 2014 al 31 de junio de 2015
- S152 0236 Prevalencia bacteriana de cultivos positivos de líquido peritoneal en pacientes con diagnóstico presuntivo de peritonitis asociada a diálisis del HGZ 27, del 1 de enero de 2015 al 31 de julio de 2015
- S152 0237 Prevalencia bacteriana de cultivos de expectoración positivos en pacientes con diagnóstico presuntivo de neumonía intrahospitalaria del HGZ 27, del 1 de febrero de 2015 al 31 de julio de 2015
- S153 0238 Neumonía por *Pneumocystis jirovecii* como principal causa de mortalidad en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el servicio de Medicina Interna del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara
- S154 0244 Un caso de *Clostridium difficile* cepa 027/NAP1/BI con novedoso tratamiento
- S154 0253 Pericarditis y mediastinitis infecciosa secundarias a infección por VIH
- S155 0272 Fiebre y cefalea
- S155 0279 Aspergilosis invasiva por *A. flavus* en paciente con neutropenia febril
- S156 0304 Características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo de las infecciones ocasionadas por enterobacterias productoras de carbapenemasas en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México
- S156 0309 Factores pronósticos asociados con mortalidad en pacientes con hemocultivos positivos en un hospital de segundo nivel mexicano
- S157 0313 Colangitis aguda en pacientes posoperados de derivación biliodigestiva (DBD) por lesión benigna de la vía biliar: experiencia en centro de tercer nivel
- S158 0321 Diagnóstico diferencial de linfadenitis cervical abscedada. Reporte de caso
- S158 0326 Apego a una guía de terapia antimicrobiana intrahospitalaria mediante un programa de optimización del uso de antibióticos en hospital de enseñanza
- S159 0327 Criptococosis pulmonar con diseminación al Sistema Nervioso Central en paciente VIH negativo
- S160 0342 Tuberculosis miliar en el embarazo: reporte de caso
- S160 0354 Mielitis transversa aguda secundaria a neuroborreliosis
- S161 0356 Síndrome de Guillain-Barré como manifestación inicial de la infección por VIH. A propósito de un caso
- S161 0363 La infección por virus de inmunodeficiencia humana y la colitis ulcerativa crónica inespecífica: una asociación poco común que debe sospechar el clínico
- S162 0379 Tuberculosis diseminada, presentación clínica y sobrevida: -Serie de 5 casos del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud
- S163 0386 Infecciones asociadas a catéter venoso central en un centro privado de tercer nivel de atención
- S163 0387 Meningoencefalitis por virus del Oeste del Nilo: primer reporte de caso de 2015 en México
- S164 0423 Meningitis por *Mycobacterium tuberculosis* en paciente inmunocompetente con gene-expert (GE) y adenosin deaminasa (ADA) negativos. Validez de dichos estudios en líquido cerebroespinal (LCE)
- S165 0431 Pielonefritis enfisematosa derecha. Reporte de un caso en el Hospital General Tacuba ISSSTE
- S165 0444 Empiema por toxoplasmosis. Reporte de un caso clínico
- S165 0452 Características clínico epidemiológicas de la influenza A H1N1 en el servicio de medicina interna del nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca
- S166 0459 Relación de egresos económicos respecto al uso de los antibióticos más frecuentes en la sala de medicina interna de un hospital de referencia de 3er nivel en el noreste de México
- S167 0476 Sarcoma de Kaposi esofágico en paciente sin lesiones dérmicas, con infección por VIH
- S167 0486 Utilidad de la procalcitonina en el diagnóstico de infección de vías respiratorias bajas, en pacientes con enfermedad renal crónica terminal
- S168 0490 Paludismo por *Plasmodium vivax* con afección a sistema nervioso central: reporte de un caso



- S169 0529 Quilotórax y quiloascitis simultánea debido a *Mycobacterium tuberculosis* en paciente VIH positivo. Reporte de caso
- S169 0548 Características clínicas de la población infectada por *Acinetobacter complex* y perfil de farmacorresistencia
- S170 0553 Espectro clínico y mortalidad de pacientes con VIH /SIDA en Poza Rica de 2007 - 2015. Hospital Regional Poza Rica PEMEX.
- S171 0555 Encefalomiелitis diseminada aguda asociada a *Mycobacterium tuberculosis* reporte de caso
- S172 0589 Trasplante fecal como tratamiento de infección por *Clostridium difficile*
- S172 0594 Tuberculosis ganglionar como causa de fiebre de origen oscuro: caso clínico
- S173 0595 Pancreatitis aguda como complicación en un paciente con dengue
- S173 0615 Hepatocarcinoma en paciente portador de hepatitis C crónica y hepatitis B aguda
- S174 0617 Sensibilidad a antimicrobianos de los urocultivos: estudio multicéntrico del noreste de México
- S175 0626 Trombosis venosa como complicación de espondilodiscitis aguda causada por *Prevotella denticola*, en un paciente con estado hiperosmolar hiperglucémico. Reporte de un caso
- S175 0632 Meningitis espontánea por *Escherichia coli* en un adulto. Reporte de un caso
- S176 0644 Utilidad de albúmina y proteína C reactiva como factores predictores de severidad en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad y su relación con puntaje de índice de severidad de neumonía
- S177 0652 Reporte de un caso de absceso hepático amebiano con ruptura espontánea a cavidad pleural
- S177 0654 Pancreatitis aguda asociada a bacteriemia por *Salmonella typhi*, como forma de debut clínico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- S178 0662 Infección por *Vibrio vulnificus*: reporte de un caso
- S178 0684 Absceso de psoas secundario. Serie de tres casos clínicos
- S179 0695 Complicaciones pulmonares de pacientes con infección por VIH, diagnosticadas por broncoscopia, 14 años de experiencia en el INCMNSZ
- S180 0700 Encefalitis asociada a Herpes zoster trigeminal en un paciente inmunocompetente: Reporte de un caso
- S181 0704 Mucormicosis cutánea primaria
- S181 0716 Tuberculosis diseminada en paciente inmunocompetente: a propósito de un caso
- S181 0719 Criptococosis meníngea en paciente no VIH
- S182 0725 Otra forma de presentación clínica de neurosífilis
- S182 0727 Hiperparatiroidismo primario en paciente con infección por virus de la inmunodeficiencia humana sin terapia antirretroviral altamente activa
- S183 0728 Frecuencia de los factores de riesgo identificados para bacteriemias por *Escherichia coli* productora de BLEE en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González
- S184 0735 Equinocosis quística hepatopulmonar en un paciente con tricoleucemia. A propósito de un caso
- S184 0738 Absceso pulmonar por *Pneumocystis jirovecii* en paciente sin infección por VIH
- S185 0744 Tuberculosis diseminada en paciente con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis
- S186 0752 Infección por *mycobacterium tuberculosis* ocular. Reporte de un caso y revisión de literatura
- S186 0753 Rickettsiosis asociada a rabiomielitis: presentación de un caso
- S187 0765 Gangrena simétrica periférica
- S187 0780 Gnatostomiasis: una causa descuidada de paniculitis
- S187 0788 Leptospirosis icterica
- S188 0800 Hipoglucemia asociada al uso de levofloxacino
- S189 0818 Perfil clínico, inflamatorio, de discapacidad autopercebida (DA) y seguimiento prospectivo a 20 semanas en primeros casos confirmados de Fiebre Chikungunya (ChikV) en el departamento de Medicina Interna del HRAE Ciudad Salud
- S190 0831 Mielitis transversa aguda por virus del herpes zóster; presentación de un caso servicio de Medicina Interna, Hospital General de Tlaxcala, Tlaxcala, México
- S190 0838 Brucelosis crónica como causa de fiebre de origen a determinar
- S191 0840 Feohifomicosis renal en paciente con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- S192 0845 Trombosis séptica del sistema portal (Pileflebitis). Reporte de un caso
- S192 0848 Nocardiosis diseminada en un paciente inmunocomprometido con mieloma múltiple

#### MISCELÁNEOS

- S193 0039 Menos es más (reducción de infecciones de vías urinarias y uso de sondas foley mediante herramienta electrónica)
- S194 0058 Secuestro pulmonar en un paciente adolescente. Reporte de un caso
- S194 0090 Procalcitonina como predictor de resolución quirúrgica en pacientes con empiema
- S195 0107 Escleritis monoocular crónica como expresión de tuberculosis ocular: reporte de un caso
- S196 0109 Púrpura trombocitopénica trombótica adquirida asociada a anticuerpos antifosfolípidos positivos tratada satisfactoriamente sin plasmaféresis: reporte de caso y seguimiento prospectivo a 4, 8, 12 y 16 semanas
- S196 0115 *Salmonella spp.* como agente causal de empiema complicado
- S197 0130 Linfangioleiomiomatosis como causa de disnea en mujer premenopáusic. Reporte de caso
- S198 0157 Evaluación de principales factores de riesgo cardiovascular en pacientes con antecedente de evento cerebrovascular atendidos por el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González
- S198 0169 Síndrome de POEMS asociado a enfermedad hepática y renal poliquística (EPQ): reporte de un caso de esta rara asociación
- S199 0231 Manejo de la vía aérea en el departamento de Medicina Interna: experiencia en un hospital académico de tercer nivel
- S200 0251 Depresión refractaria debido a hipomagnesemia crónica secundaria a síndrome de Gitelman. Reporte de caso clínico
- S200 0255 Reducción del dolor en sala de Medicina Interna, en el Hospital Universitario UANL
- S201 0287 Correlación entre los niveles séricos de ácido úrico y la prueba homa2 en sujetos no diabéticos

- S201 0292 Azul de metileno en choque séptico refractario a uso de aminas; reporte de un caso y revisión del tema
- S202 0300 Asociación entre el control del asma y los niveles séricos de IGE en adultos con asma alérgica
- S203 0318 Paciente con hemoptisis masiva secundario a linfopitelioma en base de lengua con infarto agudo al miocardio del hospital regional de Ciudad Madero, PEMEX
- S203 0319 Asociación entre la ideación suicida y la severidad del asma en adultos
- S204 0323 Inmunodeficiencia común variable en una mujer embarazada. Reporte de un caso
- S204 0330 Impacto de la intervención nutricional sobre los días de estancia hospitalaria y la mortalidad en pacientes hospitalizados con malnutrición
- S205 0339 Nivel de conocimientos en bioética básica en la población médica de Querétaro
- S206 0369 Uso de la Escala de Padua para evaluar el riesgo de trombosis de manera sistematizada mediante su inclusión en el expediente electrónico en pacientes ingresados en salas de Medicina Interna del Hospital Universitario de Monterrey
- S206 0375 Identificación de *Mycobacterium tuberculosis complex* en líquido cefalorraquídeo asociado a vasculitis del Sistema Nervioso Central: reporte de caso
- S207 0419 ¿Sabemos cuidar un catéter central? Valoración del apego a las guías clínicas en un centro universitario
- S208 0421 Manejo de la coagulopatía durante la colocación de un acceso central: reporte de un centro universitario
- S208 0424 Síndrome de Good: infrecuente entidad como causa de infecciones crónicas. Reporte de un caso
- S209 0425 Síndrome de Parry-Romberg. Reporte de tres casos
- S210 0427 Combinación de bosentan y sildenafil en la hipertensión arterial pulmonar de diversas etiologías
- S210 0435 Microangiopatía tumoral trombótica pulmonar: reporte de un caso y diagnóstico diferencial
- S211 0445 Miopatía mitocondrial tipo miopatía aislada por deficiencia de coenzima Q10. Reporte de un caso
- S212 0469 Síndrome de Morgagni-Stewart-Morel
- S212 0492 Uso combinado de glucosa-insulina en el manejo de hiperkalemia: Impacto de la dosificación en el registro de hipoglucemia y éxito terapéutico
- S213 0504 Reporte de caso: tuberculosis pleural en paciente con resultado de adenosin deaminasa negativo, confirmado mediante sistema GENE XPERT
- S214 0526 Enfermedades relacionadas con el desarrollo de úlceras por presión en sala de Medicina Interna de un hospital de enseñanza
- S214 0575 Reporte de caso: histiocitosis de Langerhans de inicio y diagnóstico en el adulto
- S215 0670 Reporte de caso: pancitopenia multifactorial en paciente con cuci, secundario a déficit folatos y b12, infeccioso (citomegalovirus y mycoplasma) que condicionaron presencia de crioglobulinas, más toxicidad farmacológica
- S216 0694 Linfoma hidrao vacciniiforme. Presentación de un caso
- S216 0730 Síntomas más frecuentes en la prueba de mesa inclinada en los pacientes con disautonomía
- S217 0754 Histiocitosis de células de Langerhans multististémica tratada con infliximab: el papel de la terapia anti- TNF $\alpha$ .
- S218 0816 Síndrome de salida torácica vascular. Reporte de un caso
- S218 0829 Causas de estancias inapropiadas en un servicio de medicina interna

## NEFROLOGÍA

- S219 0017 Incidencia de nefropatía inducida por contraste temprana y tardía
- S219 0096 Necrosis de pene como rara manifestación de calcifilaxis en la uremia
- S220 0098 Hipoalbuminemia como factor de riesgo de peritonitis en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo en diálisis peritoneal continua ambulatoria
- S221 0133 Determinación de la sensibilidad antimicrobiana de los agentes causales más frecuentes en pacientes con diagnóstico de peritonitis asociada a diálisis del Hospital Central Norte de Pemex, marzo 2013- marzo 2015
- S221 0135 Factores riesgo relacionados con mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica y hemodiálisis intervencionista
- S222 0136 L-Carnitina como profilaxis primaria en la hipotensión arterial intradialítica (HAID) en pacientes con enfermedad renal crónica en etapa 5
- S222 0146 Mortalidad de pacientes incluidos a diálisis peritoneal continua ambulatoria mayores de 60 años en el Hospital General de la Raza
- S223 0147 Comparación de eventos de peritonitis en mayores de 65 años frente a paciente jóvenes incluidos al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria en el Hospital General de la Raza
- S223 0159 Uso de fosfatasa alcalina como marcador alternativo a la hormona paratiroidea para el diagnóstico de hiperparatiroidismo secundario en enfermedad renal crónica
- S224 0177 Efectividad de la espironolactona en el tratamiento de la microalbuminuria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2
- S224 0200 Hipomagnesemia grave secundaria a necrosis tubular aguda
- S225 0217 Epidemiología y pronóstico del daño renal agudo adquirido en la comunidad vs daño Renal Agudo Hospitalario
- S226 0219 Factores clínicos, dialíticos y de laboratorio asociados a mala calidad de vida en pacientes mexicanos en hemodiálisis
- S227 0220 Adaptación transcultural y validación de la versión mexicana del *Kidney Disease Questionnaire KDQOL-SF36* versión 1.3
- S228 0239 Síndrome hemolítico-urémico asociado a evento previo de pancreatitis aguda: reporte de un caso
- S228 0388 Experiencia en terapia sustitutiva renal continua Prismaflex® en un centro privado de tercer nivel de atención: indicaciones y desenlaces clínicos con base a función renal
- S229 0567 Síndrome de Sagliker, expresión catastrófica de hiperparatiroidismo secundario
- S229 0633 Úlceras necróticas cutáneas en un paciente con enfermedad renal crónica terminal (ERC): una presentación poco común de arteriopatía urémica calcificante
- S230 0714 Sjögren primario con glomerulonefritis membranoproliferativa y falla cardíaca aguda como manifestaciones extraglandulares



- S230 0717 Bloqueo auriculoventricular completo como primera manifestación de acidosis tubular renal tipo IV
- S231 0743 Asociación entre la calcificación corneal y conjuntival evaluado por el Score de Porter y Crombie, con las escalas de mortalidad aceptadas para insuficiencia renal crónica
- S231 0786 Síndrome de Fanconi (SF) y acidosis tubular renal distal (ATR1) dos defectos tubulares adquiridos coexistiendo en una paciente con lupus eritematoso sistémico (LES)
- S232 0791 Nefropatía inducida por la administración de medios de contraste durante el intervencionismo coronario percutáneo en pacientes con síndrome coronario agudo con función renal normal
- S232 0828 Nefropatía por inmunoglobulina A (IGA) asociada a dengue
- S233 0832 Asociación entre descontrol hipertensivo y dosis de hemodialisis subóptima en pacientes del Hospital General de Texcoco, Guadalajara, Veracruz

### NEUROLOGÍA

- S233 0014 Esclerosis lateral amiotrófica. Reporte de un caso
- S234 0085 Presentación atípica de mielitis transversa
- S235 0087 Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica, hallazgos clínicos, imagenológicos y electroencefalográficos característicos
- S235 0089 Hemibalismo como manifestación de evento vascular cerebral isquémico. Reporte de caso
- S236 0119 Efecto terapéutico de oxígeno hiperbárico en miopatía mitocondrial. Reporte de un caso.
- S237 0121 Atrofia cortical posterior como presentación atípica de enfermedad de Alzheimer: estudio clínico, electroencefalográfico, neuropsicológico y de neuroimagen
- S237 0138 NeuroBehcet y respuesta radiológica a anti-TNF
- S238 0145 Síndrome de Wallenberg. Reporte de un caso
- S238 0152 Cerebritis como complicación neurológica de endocarditis infecciosa en un paciente con aorta bivalva
- S239 0186 Enfermedad de Devic. Reporte de caso
- S240 0198 Meningitis aséptica secundaria a aplicación de inmunoglobulina en una paciente con síndrome de Miller-Fisher
- S240 0199 Síndrome de Miller-Fisher en un paciente con artritis reumatoide en tratamiento con Abatacept
- S241 0204 Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible. Reporte de un caso y revisión de literatura
- S241 0208 Síndrome medular no traumático en un hospital de la frontera norte de México
- S242 0212 Síndrome de Miller-Fisher en el paciente geriátrico: a propósito de un caso
- S242 0248 Síndrome de neurona motora inferior de causa vascular: oclusión aguda de aorta
- S243 0254 Síndrome de Wernicke-Korsakoff. Reporte de caso
- S243 0264 Encefalomielitis diseminada aguda
- S244 0285 Leucoencefalopatía multifocal progresiva por virus JC a propósito de un caso en un paciente con VIH-sida en tratamiento con antirretrovirales
- S244 0290 Presentación inicial en la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob. Reporte de un caso
- S245 0293 Síndrome neuroléptico maligno; presentación de un caso

- S245 0297 Cáncer como estado de hipercoagulabilidad: miembro torácico fantasma secundario a *stroke* en paciente anticoagulado con rivaroxaban
- S246 0331 Disociación cito-proteica en líquido cerebroespinal para el diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré (SGB): experiencia en el Hospital Dr. Manuel Gea González
- S246 0341 Demencia de rápida progresión secundaria a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob definitiva. Reporte de caso. ISSEMYM Toluca.
- S247 0370 Síndrome opsoclonus-mioclonus en un paciente con hipertricosis congénita ligada al cromosoma X, diagnóstico reciente de VIH y romboencefalitis por tuberculosis
- S248 0407 Mioclonías en hemicara y brazo ipsilateral, estado confusional e hiponatremia de causa no identificada: expresión clínica de encefalitis autoinmune asociada con canales de potasio dependientes de voltaje
- S248 0429 Epilepsia refractaria a tratamiento anticonvulsivante en paciente con encefalitis de Rasmussen
- S249 0451 Síndrome de Guillain-Barré (sx GB) asociado a tuberculosis (TB) meníngea. Reporte de caso
- S249 0464 Angioma cavernoso intracraneal: Reporte de un caso
- S250 0470 Encefalitis límbica asociada a linfoma de Hodgkin: Reporte de un caso
- S251 0487 Características clínicas, epidemiológicas y radiológicas de pacientes con el diagnóstico incidente de enfermedad vascular cerebral
- S251 0491 Disección carotídea: causa común de síndrome de Horner.
- S252 0503 Reporte de un caso: síndrome de Miller Fisher
- S253 0547 Inhibidores del Factor Xa para el tratamiento de la trombosis venosa cerebral
- S253 0556 Mielitis transversa como manifestación inicial de esclerosis múltiple
- S254 0557 Serie de casos. Trombosis venosa cerebral
- S254 0579 Miastenia gravis en paciente con infección por virus de inmunodeficiencia humana: reporte de caso
- S255 0583 Encefalitis por anticuerpos antirreceptor NMDA
- S255 0585 Síndrome de Lance Adams; reporte de caso
- S256 0592 El déficit cognitivo se relaciona con el índice de masa corporal elevado
- S256 0596 Síndrome de encefalopatía posterior reversible en una paciente puerpera
- S257 0612 Síndrome de Fahr como causa infrecuente de calcificaciones cerebrales
- S258 0627 Presentación atípica de esclerosis múltiple: Presentación de un caso y revisión de la literatura
- S258 0637 Factores relacionados con el establecimiento de infarto cerebral en pacientes con tuberculosis meníngea
- S259 0638 Variante central del síndrome de encefalopatía reversible posterior en un paciente secundario a uremia e hipertensión. Reporte de caso
- S259 0663 Correlación del cuadro clínico con la resonancia magnética en un paciente con síndrome de Wallenberg; reporte de caso
- S260 0674 Enoxaparina, dosis tromboprolifáctica en el EVC isquémico y su asociación con la evolución a EVC hemorrágico
- S261 0677 Crisis colinérgica sobrepuesta a crisis miasténica: reporte de caso

- S261 0749 Encefalomiелitis diseminada aguda en una paciente de 19 años de edad, el dilema diagnóstico con esclerosis múltiple, la importancia pronóstica y disminución de la progresión de la enfermedad
- S262 0769 Síndrome de Fahr: causa poco frecuente de epilepsia generalizada asociada a alteraciones del metabolismo del calcio
- S263 0770 Síndrome de Guillain-Barré like como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico: presentación de un caso
- S263 0776 Correlación clínico-neurofisiológica en pacientes con síndrome de Guillain-Barre en pacientes del Hospital Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS
- S264 0792 Crisis miasténica con tiroiditis de Hashimoto, una asociación compleja diagnóstica de enfermedades autoinmunes. Reporte de un caso
- S264 0813 Encefalitis autoinmune contra el receptor de NMDA: un nuevo síndrome neuropsiquiátrico

### ONCOLOGÍA

- S265 0005 Antígeno tumoral CA 15-3 y valor predictivo en metástasis cerebrales en cáncer de mama triple negativo etapa clínica III
- S265 0062 Derrame pericárdico maligno secundario a adenocarcinoma pulmonar
- S266 0066 Histiocitosis de células de Langerhans pulmonar. Reporte de caso
- S267 0080 Melanoma gástrico sin origen primario conocido. Reporte de caso
- S267 0120 Hipoglucemia como manifestación paraneoplásica del carcinoma hepatocelular. Presentación de caso
- S268 0162 Hipercalemia maligna asociada a carcinoma de células escamosas de cérvix
- S269 0171 Sarcoma de Kaposi del tracto gastrointestinal en un paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): reporte de caso
- S269 0184 Cáncer de pulmón con metástasis a mama. Reporte de caso y revisión de la literatura
- S269 0191 Mesotelioma peritoneal maligno como diagnóstico diferencial de enfermedad inflamatoria intestinal en paciente joven
- S270 0202 Sarcoma de Ewing extra óseo en adulto joven: reporte de un caso
- S271 0203 Ablación por radiofrecuencia de metástasis hepáticas múltiples por adenocarcinoma de colon
- S271 0229 Morbimortalidad hospitalaria en pacientes con tumores germinales
- S272 0250 Síndrome vasculítico paraneoplásico: pannerteritis nodosa como manifestación inicial de tumoración sólida
- S272 0273 Sarcoma de mama. ¿Cuál es su tratamiento ideal?
- S273 0276 Rabdomyosarcoma alveolar pericárdico (presentación de un caso)
- S273 0353 Carcinoma neuroendócrino de células grandes G3 (a propósito de un caso)
- S274 0373 Linfoma de Burkitt esporádico de presentación endémica
- S275 0409 Estudio observacional de tumores neuroendócrinos en una cohorte mexicana
- S275 0442 Carcinoma gástrico y adenocarcinoma prostático sincrónico; reporte de un caso
- S276 0461 Quimioterapia oral: conceptos e ideas de los pacientes a considerar en el futuro

- S277 0477 Tumor fibroso solitario gigante de la pleura. Reporte de un caso
- S277 0501 Reporte de un caso: dermatomiositis paraneoplásica
- S278 0580 Reporte de un interesante caso de hemoptisis como presentación atípica de un carcinoma de células claras
- S278 0613 Tumor desmoides. presentación de un caso y revisión
- S279 0646 Tumor carcinoide: reporte de caso y revisión de la literatura
- S280 0648 Púrpura trombocitopénica autoinmune paraneoplásica en una paciente con diagnóstico incidental de cáncer de vesícula biliar: presentación de un caso
- S280 0673 Rabdomyosarcoma en adulto joven: reporte de casos y revisión de la literatura
- S281 0687 Elevación aislada de creatinfosfocinasa fracción MB como manifestación de síndrome paraneoplásico asociado a adenocarcinoma gástrico
- S282 0702 Presentación de adenocarcinoma pulmonar en árbol en gemación
- S282 0712 Presentación clínica inusual de cáncer de páncreas, diagnóstico posmortem. Reporte de un caso
- S283 0720 Taponamiento cardíaco como primera manifestación de cáncer gástrico

### OTROS

- S284 0022 Asociación entre colapso del cuidador y pronóstico de pacientes geriátricos hospitalizados en medicina interna
- S284 0042 Implementación de un sistema electrónico intrahospitalario como auxiliar en el manejo del dolor de pacientes hospitalizados
- S285 0103 Mortalidad asociada a trombocitopenia al momento de la admisión en pacientes con sepsis abdominal en la Unidad de Cuidados Intensivos
- S286 0113 Factores que afectan la calidad de vida en pacientes que fueron hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos por sepsis
- S286 0137 Neumopatía intersticial como primera manifestación de un carcinoma de células pequeñas
- S287 0161 Efecto profilático de la pravastatina en la incidencia de neumonía asociada al ventilador (NAV)
- S287 0187 Neumonía organizada asociada artritis reumatoide
- S287 0215 Edema agudo pulmonar postextubación. Reporte de un caso
- S288 0291 Valoración del estado nutricional y su impacto en el pronóstico de pacientes hospitalizados
- S288 0311 Polifarmacia intrahospitalaria
- S289 0312 Administración de medicamentos con escáner de código de barras (AMEB)
- S289 0317 Escenario de polifarmacia intrahospitalaria en hospital universitario
- S289 0324 Pérdida recurrente del embarazo e hipertensión arterial pulmonar. Reporte de caso
- S290 0336 Asociación entre mortalidad intrahospitalaria y el estado de fragilidad-robustez al ingreso, de pacientes del servicio de Geriátria en un hospital público de segundo nivel al Norte De México
- S291 0384 Incremento en la detección de pacientes en riesgo de muerte mediante una escala de cart modificado (Mindex)





- S291 0441 Eficacia clínica de la inmunoterapia alérgeno específica en el tratamiento de la rinitis y el asma alérgicas
- S292 0471 Farmacodermia, síndrome de DRESS. Reporte de un caso
- S292 0502 Infecciones de repetición por *Streptococcus viridans* como manifestación de secuestro broncopulmonar
- S293 0506 Sarcoma sinovial bifásico primario de pulmón en paciente de la tercera década de la vida
- S293 0543 Prevalencia de uso de medicación inapropiada en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna
- S294 0544 Depresión en el adulto mayor asociada a Polifarmacia valorada en la consulta de Geriátrica de un hospital de segundo nivel en el Norte del País.
- S295 0563 Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda y neumonía por broncoaspiración, como manifestación de cáncer esofágico
- S295 0564 Síndrome de Rendu-Osler-Weber o telangiectasia hemorrágica hereditaria (HHT): Repercusiones
- S296 0586 Coeinfeción de tuberculosis y coccidiodiomicosis. Reporte de caso
- S296 0587 Polimorfismos en pacientes con Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Agua (SIRA) en unidades de cuidados intensivos
- S297 0603 Actinomicosis pulmonar. Causa de nódulo pulmonar solitario inusual, que se confunde con neoplasias
- S297 0611 Eficacia de familiares en la toma de decisiones de salud por pacientes con enfermedad renal terminal en tratamiento con hemodiálisis
- S298 0634 Relación de la variabilidad glucémica con la variabilidad circadiana de la presión arterial en individuos con normopeso sin alteraciones en la tolerancia a la glucosa
- S299 0651 Evaluación del efecto de la actividad física de intensidad moderada sobre la variabilidad glucémica en individuos sedentarios con normopeso, sin alteraciones en la tolerancia oral a la glucosa.
- S299 0697 Osteomalacia oncogénica asociada a hiperparatiroidismo primario
- S300 0762 Factores de riesgo para variabilidad de la marcha
- S301 0804 Reconocimiento de sarcopenia en la casa hogar Arturo Mundet
- S301 0810 Rabdomiolisis inducida por ejercicio de baja intensidad
- S307 0112 Neumonitis por metotrexato: presentación de un caso atípico por el tiempo de exposición
- S307 0124 Panarteritis nodosa. Reporte de un caso
- S307 0126 Mastoiditis crónica bilateral como manifestación inicial de granulomatosis con poliangiítis. Reporte de caso
- S308 0140 Riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide
- S309 0155 Fungemia, neumonía y meningitis por *Cryptococcus neoformans* en una mujer con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) que requirió hospitalización por fiebre: reporte de caso
- S309 0166 Fibrosis miocárdica en la esclerosis sistémica: una causa atípica de insuficiencia cardíaca
- S310 0181 Asociación de duración de la enfermedad y la neuropatía periférica en pacientes con síndrome antifosfolípido primario
- S310 0193 Impacto de la osteoartritis de mano en puntuaciones de actividad de la enfermedad y el estado de salud en pacientes con artritis reumatoide
- S311 0196 Enfermedad de Weber-Christian como causa infrecuente de pancitopenia y fiebre de origen desconocido
- S311 0259 Actividad lúpica de difícil control; a propósito de un caso
- S312 0268 Síndrome febril y miopatía
- S312 0271 Vasculitis primaria no ANCA
- S313 0275 Neumatosis intestinal secundaria asociada con esclerosis sistémica
- S313 0277 Hemorragia alveolar en pacientes con lupus eritematoso sistémico; una complicación rara y frecuentemente letal. Reporte de un caso
- S314 0282 Síndrome de *sweet* idiopático asociado con respuesta inflamatoria sistémica
- S314 0294 Dermatomiostitis como forma de presentación en paciente con tuberculosis ganglionar. Reporte de caso
- S315 0301 Recurrencia de trombosis posnegativización de anticuerpos antifosfolípidos en pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario
- S316 0329 Síndrome antisintetasa como fenómeno paraneoplásico en cáncer pulmonar epidermoide. Reporte de un caso con anticuerpos anti-PL12 positivos
- S316 0334 Reporte de caso de paciente femenina de 40 años con diagnóstico de anemia hemolítica (anticuerpos antinucleares positivos) que evoluciona en tres meses a neurolupus
- S317 0338 Prevalencia de síndrome de Sjögren y síndrome Sicca asociados a pacientes mexicanos con esclerosis sistémica
- S318 0359 Síndrome medular anterior secundario a espondilodiscitis infecciosa, secundaria a *Escherichia coli*
- S318 0380 Manifestaciones hematológicas en el síndrome antifosfolípidos (SAF) no trombótico: serie de casos del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud
- S319 0391 Falso positivo de infección por VIH en paciente con lupus eritematoso sistémico
- S319 0400 Bronquiolitis obliterante como manifestación inicial de granulomatosis con poliangiítis (granulomatosis de Wegener)
- S320 0404 Aortitis aislada presentada como cuadro suboclusivo intestinal: presentación de un caso y revisión de la literatura

## REUMATOLOGÍA

- S302 0028 El índice plaqueta/linfocito está elevado en adultos lúpicos con enfermedad activa
- S303 0029 El índice neutrófilo/linfocito está elevado en adultos lúpicos mexicanos con enfermedad activa
- S303 0043 Calcinosis en esclerosis sistémica. Distribución topográfica en pacientes mexicanos
- S304 0045 Prevalencia de hipovitaminosis D en una cohorte de pacientes con esclerodermia
- S305 0046 Asociación del tipo de composición corporal y el nivel de la actividad clínica en espondiloartritis
- S305 0068 Caracterización del perfil metabólico y riesgo cardiovascular en una cohorte de pacientes con síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes
- S306 0097 Síndrome de vena cava superior como primera manifestación de síndrome de anticuerpos antifosfolípidos en un masculino

- S321 0412 Granulomatosis de Wegener. Presentación de un caso
- S321 0426 Diagnóstico de dermatomiositis durante el embarazo. Alto riesgo para el binomio
- S322 0440 Evaluación del riesgo cardiovascular en pacientes con síndrome antifosfolípido primario (SAFP)
- S322 0457 Neumonía organizada con progresión a síndrome antisintetasa
- S323 0466 Motivos de hospitalización y muerte de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico atendidos en el Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" del 2013 al 2014
- S324 0478 Neurolupus. Reporte de caso
- S324 0489 Granulomatosis de Wegener presentación de un caso
- S325 0493 Dermatomiositis inducida por infección de virus de inmunodeficiencia humana, reporte de un caso
- S326 0495 Reporte de un caso: síndrome antifosfolípido catastrófico asociado a puerperio con respuesta exitosa a tratamiento
- S326 0498 Lupus de inicio tardío con afección hematológica, renal, neuropsiquiátrica e inmunológica. Reporte de un caso
- S327 0510 Síndrome antisintetasa asociado a síndrome de Sjögren y trombocitosis esencial: presentación de caso clínico
- S328 0521 SAAF catastrófico. A propósito de un caso
- S328 0534 Vasculopatía cutánea asociada a cocaína adulterada por levamisol. Reporte de cuatro casos
- S329 0550 Arteritis de Takayasu en el embarazo
- S330 0558 Vasculitis inducida por levamisol
- S330 0569 Reporte de caso: perniosis como manifestación inicial de un masculino con síndrome antifosfolípido
- S331 0593 Policondritis recidivante y esquizofrenia. Reporte de un caso
- S331 0657 Caso clínico: lupus eritematoso sistémico con afección renal síndrome nefrótico y afección neurológica con polirradiculoneuropatía crónica inflamatoria desmielinizante
- S332 0660 Comparación de 5 escalas de riesgo cardiovascular en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide en un hospital universitario
- S333 0676 Dacrioadenitis como manifestación excepcional en poliangiitis microscópica
- S334 0678 Prevalencia de afección orgánica grave de acuerdo a escala de Medsger en una cohorte de pacientes mexicanos con esclerosis sistémica
- S334 0681 Neumatosis intestinal en un paciente con lupus eritematoso sistémico (LES)
- S335 0685 Mielopatía por síndrome de anticuerpos antifosfolípidos(SaF): a propósito de un caso
- S336 0696 Úlceras genitales como manifestación inicial de lupus eritematoso generalizado, a propósito de un caso
- S336 0707 Vasculitis sistémica. Poliangeitis con granulomatosis
- S337 0708 Hepatitis autoinmune y lupus eritematoso sistémico en una paciente con sangrado de tubo digestivo e hidrotórax hepático: presentación de un caso clínico
- S337 0710 Enfermedad de Still del adulto: Reporte de un caso
- S338 0726 Púrpura de Henoch Schonlein en paciente femenino de 42 años de edad
- S339 0733 Prevalencia y manifestaciones clínicas de casos de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar (Tb) en una cohorte de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES)
- S339 0734 Pancreatitis crónica autoinmune y pseudotumor como manifestación de enfermedad sistémica relacionada a IGG4, a propósito de dos casos clínicos
- S340 0736 Nefritis lúpica en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga
- S341 0756 Elevación de transaminasas y trombocitopenia en el puerperio. Presentación de síndrome antifosfolípidos (SAF)
- S341 0760 Hipertensión renovascular secundario a arteritis de Takayasu
- S342 0767 Granulomatosis con poliangeítis. Comunicación de un caso de presentación atípica
- S342 768 Hepatitis autoinmune: presentación insidiosa. Reporte de caso
- S342 0774 Artritis e inflamación granulomatosa, datos para tener en mente el diagnóstico de sarcoidosis
- S343 0787 Displasia fibromuscular (DFM) focal simulando vasculitis de grandes vasos e inusualmente asociada a enfermedad ateromatosa severa (EAS)
- S344 0808 Reducción porcentual del vaciamiento gástrico a sólidos con 99 MTC- sulfuro coloidal en relación al tiempo de evolución y subtipo de esclerosis sistémica
- S344 0819 Manifestaciones cutáneas atípicas (MCA) en lupus eritematoso sistémico (LES) y su relación con enfermedad multisistémica grave durante el seguimiento: serie de 3 casos
- S344 0821 Fiebre de origen oscuro, como manifestación de autoinmunidad secundaria a absceso renal por *Escherichia coli* hipervirulenta
- S345 0823 Pericarditis constrictiva secundaria a esclerosis sistémica sine esclerodermia. Un reto clínico
- S345 0839 Granulomatosis con poliangiitis serie de casos y revisión de la literatura
- S346 0844 Anemia aplásica como manifestación hematológica en lupus. Reporte de caso
- S347 0850 Calcinosis de localización atípica en pacientes con esclerodermia. Presentación de 3 casos

## TOXICOLOGÍA

- S347 0151 Intoxicación por etilenglicol en un paciente de 37 años. Reporte de un caso
- S348 0156 Toxicología clínica panorama epidemiológico y análisis de Casos
- S349 0190 Loxoscelismo: serie de 12 casos
- S349 0332 Reporte de caso clínico de intoxicación por suplementos termogénicos (black spider) en paciente femenina de 20 años de edad cursando con disfunción orgánica múltiple
- S350 0333 Reporte de caso de paciente femenina de 37 años con intoxicación aguda por bencenos y toluenos (xilol) exposición no laboral, manifestado con hipokalemia severa y acidosis tubular renal
- S351 0658 Rbdomiolisis asociada a ingesta de suplemento dietario para reducción de peso: picolinato de cromo

nuevo

# RaaS®

## Telmisartán

### El antihipertensivo con beneficios metabólicos



**1** toma al día

Línea *cardiometabólica*



**RAAS®** (Telmisartán) Tabletas. **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada TABLETA contiene: Telmisartán 40 y 80 mg. Excipiente, c.b.p. 1 tableta. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Tratamiento de la hipertensión arterial esencial. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad conocida a cualquiera de los componentes del medicamento. Durante el embarazo y la lactancia. En sujetos con patología obstructiva de las vías biliares y en casos de insuficiencia hepática severa. **PRECAUCIONES GENERALES:** En los pacientes con estenosis bilateral de la arteria renal o con estenosis de la arteria de un riñón funcional que son tratados con medicamentos que afectan al sistema de la renina-angiotensina-aldosterona existe el riesgo de hipotensión arterial severa e insuficiencia renal. Se recomienda monitoreo continuo de las concentraciones plasmáticas del potasio y de la creatinina cuando se administre Telmisartán a pacientes con insuficiencia renal. No existe experiencia con el uso del medicamento en pacientes con trasplante renal reciente. Telmisartán debe ser usado con extremo cuidado en pacientes quienes exhiben signos de hipotensión. Hay un incremento en el riesgo de hipotensión sintomática en la depleción de sales como sodio o volumen intravascular, especialmente después de la primera dosis. Debe ser corregida la depleción de volumen previo a la administración de Telmisartán; Telmisartán debe ser usado con precaución en pacientes con insuficiencia renal que es estrictamente dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRA) (Ejem. pacientes con falla cardíaca congestiva severa o con una enfermedad renal subyacente, inclusive estenosis de la arteria renal). el tratamiento con medicamentos que afectan este sistema, se ha asociado con hipotensión aguda, hiperozemia, oliguria y en raras ocasiones con insuficiencia renal aguda; Deberá tenerse precaución cuando se administren concomitantemente Telmisartán con diuréticos ahorradores de potasio, de complementos con potasio, con sustitutos de la sal que contienen potasio o de otros medicamentos que aumenten las concentraciones de potasio (heparina, etefera) porque pueden dar lugar a un aumento en las concentraciones del potasio sérico; Telmisartán deberá ser utilizado con precaución en los pacientes con patología obstructiva de las vías biliares o con insuficiencia hepática, ya que Telmisartán es eliminado principalmente con la bile y, por lo tanto, se espera que tengan disminución en su eliminación, incrementado significativamente las concentraciones plasmáticas de Telmisartán comparados con los pacientes con función hepática normal. Así es que, en pacientes con insuficiencia hepática la terapia se iniciará con dosis reducidas, luego entonces se ajustará la dosis hasta alcanzar las metas clínicas; Los pacientes con aldosteronismo primario generalmente no responden a tratamientos antihipertensivos que actúan mediante inhibición del sistema renina-angiotensina, por lo que este medicamento no es recomendable en estos casos; Se recomiendan precauciones especiales en pacientes con estenosis aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrofica obstructiva, como ocurre con otros vasodilatadores, con estos patologías; Puede ocurrir hipocalcemia durante tratamientos con medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, especialmente en casos de insuficiencia renal y/o cardíaca. Es recomendable el monitoreo de las concentraciones séricas de potasio en los pacientes en riesgo; Como ocurre con otros tratamientos antihipertensivos, la disminución excesiva de la presión arterial en pacientes con cardiopatía isquémica puede resultar en un infarto del miocardio o en enfermedad cerebral vascular (ECV); A pesar de Telmisartán es eficaz en la reducción de la presión arterial en pacientes de raza negra (una población de renina baja), generalmente hay una menor respuesta antihipertensiva en comparación con otros grupos étnicos. Una mayor proporción de pacientes de raza negra alcanzarán las metas de presión arterial cuando se combinan antagonistas de la angiotensina II con un diurético; No se han realizado estudios acerca de la habilidad para el manejo de vehículos o maquinaria; sin embargo, se debe tener en cuenta que puede suceder mareo o somnolencia como resultado de una terapia antihipertensiva. **RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** Telmisartán no deberá ser administrado durante el embarazo y la lactancia. Se deberá cambiar a una terapia alternativa adecuada si se planea un embarazo. Durante el embarazo, las sustancias que actúan directamente sobre el sistema de la renina-angiotensina pueden causar daño e incluso la muerte al producto en desarrollo, por lo tanto, el Telmisartán está contraindicado durante el embarazo. Si se determina embarazo durante la medicación con Telmisartán, este último debe ser discontinuado inmediatamente. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Las reacciones secundarias del medicamento listadas abajo se han acumulado de los estudios clínicos en pacientes tratados para hipertensión y de estudios posteriores a la comercialización (fase IV). El listado también toma en cuenta eventos adversos serios y eventos adversos que llevan a suspender el tratamiento que se reportaron en tres estudios clínicos de largo plazo que incluyeron 21,642 pacientes tratados con telmisartán para prevención de movilidad y mortalidad cardiovascular, por más de seis años; Infecciones: Infecciones del tracto urinario (incluyendo cistitis), infecciones de las vías respiratorias superiores; Alteraciones psiquiátricas: Ansiedad; Alteraciones oftálmicas: Desórdenes de la visión; Alteraciones laberínticas y del oído: Vértigo; Alteraciones gastrointestinales: Dolor abdominal, diarrea, sequedad de boca, dispepsia, flatulencia, trastornos gástricos; Alteraciones de la piel y del tejido celular subcutáneo: Eczema, sudoración incrementada; Alteraciones musculoesqueléticas, óseas y del tejido conectivo: Artralgias, migrañas, dolor lumbar, calambres en piernas o dolor de miembros inferiores y síntomas tipo tendinitis; Ataque al estado general: Dolor precardial, síntomas tipo influenza. Además, se han reportado en la fase de post-comercialización de Telmisartán (cuya frecuencia de estos efectos es desconocida): eritema, prurito, síncope/débil, insomnio, depresión, vómito, hipotensión (incluyendo hipotensión ortostática) bradicardia, taquicardia, función hepática anormal/desorden de hígado, insuficiencia renal incluyendo fallo renal agudo, hipercalcemia, disnea, anemia, eosinofilia, trombocitopenia, astenia y falta de eficacia, han sido reportados. Como sucede con la administración de otros antagonistas de la angiotensina II, se han reportado casos aislados de angioedema, urticaria y otros eventos relacionados. Sea han reportado con poca frecuencia; descenso en la hemoglobina o un incremento del ácido úrico. También, se ha observado un incremento de la creatinina o un incremento de la creatinina o de los enzimas hepáticos durante el tratamiento con Telmisartán, pero dichos cambios sucedieron como hallazgos de laboratorio, con una frecuencia semejante o menor a la del placebo. También, han sido reportados, incrementos de creatinina fosfoquinasa en sangre (CPK) de los pacientes tratados con Telmisartán desde su introducción en el mercado. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS O DE OTRO GÉNERO:** Telmisartán puede potenciar los efectos hipotensores de otros medicamentos antihipertensivos. No se han identificado otras interacciones que sean de frecuencia clínica. Se ha observado con la digoxina un aumento de 20% en las concentraciones plasmáticas mínimas (en algunos casos), por lo que debe considerarse el monitoreo de éstos. Se han reportado elevaciones reversibles de las concentraciones del litio en suero y toxicidad de éste durante su administración concomitante con inhibidores de la ECA. En casos raros se ha reportado también con los antagonistas de los receptores de la angiotensina II, incluyendo Telmisartán, por lo que se recomienda un seguimiento estrecho de los pacientes en estos casos. El tratamiento con AINEs (incluyendo ASA en dosis > 3 g/día e inhibidores COX-2) es asociado con insuficiencia renal aguda potencial en pacientes que son deshidratados. Los pacientes que reciben AINEs y Telmisartán deben ser hidratados adecuadamente y ser monitoreado su función renal desde el inicio del tratamiento combinado; Han sido reportados durante el tratamiento combinado con AINEs, un efecto reducido de fármacos antihipertensivos como Telmisartán por inhibición de prostaglandinas vasodilatadoras pueden presentarse efectos sinérgicos con compuestos que actúan en el sistema renina-angiotensina como Telmisartán. **PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** Los estudios preclínicos con telmisartán no indicaron efecto teratogénico, mutagénico o carcinogénico. **DOSIS VIA DE ADMINISTRACIÓN:** Oral; Telmisartán puede ser administrado antes o después de los alimentos. Dosis recomendada: 40mg a 80mg una vez al día. Algunos pacientes pueden beneficiarse con una dosis de 20mg. Puede incrementarse la dosis hasta 80mg/día en los casos en que no se obtenga la disminución esperada de la presión arterial. Cuando se considere un incremento de dosificación se debe tomar en cuenta que el efecto antihipertensivo máximo se obtiene generalmente tras 4 a 8 semanas de haber iniciado el tratamiento. Pacientes con hipertensión severa: se han utilizado dosificaciones superiores a 160 mg solo o en combinación con 12.5mg a 25mg de hidroclorotiazida diariamente, mismos que han sido efectivos y bien tolerados. Pacientes con insuficiencia renal: No es necesario ajustar la dosis, incluyendo hemodilísis. El medicamento no es retirado de la circulación mediante hemofiltración. Pacientes con insuficiencia hepática: de leve a moderado: dosis diaria máxima recomendable: 40mg. No es necesario efectuar ajustes de la dosificación en sujetos de la tercera edad. Niños y adolescentes: No existe información sobre la seguridad y la eficacia del Telmisartán en esta población. **MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:** No se dispone de información concretamente a sobredosificación en humanos. En caso de hipotensión sintomática, deberán instituirse medidas generales de sostén y lavado gástrico. Telmisartán no es hemodializable. **PRESENTACIONES:** Caja con envase con 30 tabletas con 40 mg. Caja con envase con 30 tabletas con 80 mg. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños. No se use en el embarazo, la lactancia, ni en menores de 12 años. Reporte los sospechos de reacción adversa al correo: farmocovigilancia@cofepris.gob.mx o farmocovigilancia@liomont.com.mx. Hecho en México por LABORATORIOS LIOMONT, S.A. DE C. V. Adolfo López Mateos No.68. Col. Cuajimalpa, C.P. 05000, Deleg. Cuajimalpa de Morelos, D.F., México © Marca registrada Reg. Núm. 309M2014 SSA IV No. de Aviso: 153300202C172

# Línea *cardiometabólica*



**Acciones integrales para un problema latente**

No. de autorización SSA: 143300202C6914





## XXXVIII Congreso Nacional de Medicina Interna

### CARDIOLOGÍA

#### 0088 Determinantes de disfunción endotelial en pacientes mexicanos

Ramírez S,<sup>1</sup> Carranza J<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Clínica Hospital Zamora, ISSSTE

<sup>2</sup> Clínica Cardiometabólica, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

**Introducción:** la disfunción endotelial (DE) es la primera etapa de la aterosclerosis, la cual es la primera causa de muerte en el mundo. No existen datos acerca de los principales factores que determinan DE en nuestro medio. **Material y métodos:** se estudiaron 523 pacientes, divididos en 167 con DE y 356 con función endotelial normal (FEN), en un diseño observacional, analítico, retrospectivo y transversal de la base de datos de una clínica cardiometabólica. La función endotelial se midió por el método de vasodilatación dependiente de flujo en la arteria humeral, se registraron historia médica, antropometría, química sanguínea, perfil de lípidos, resistencia a la insulina

(RI), índice tobillo/brazo (IT-B) e íntima-media carotídea (I-MC). Se realizó estadística descriptiva, t de student, chi cuadrada, razón de momios y coeficiente de correlación en función del tipo de datos analizados, se consideraron significativos los valores de  $p < 0.05$ . **Resultados:** los sujetos con DE tuvieron promedios mayores de peso, IMC, cintura, índice cintura estatura, PAS, índice tobillo brazo, HbA1c, íntima-media carotídea y menor de C-HDL. Tuvieron porcentajes mayores de hombres, obesidad por IMC, obesidad abdominal, DM, HAS, PAS, PAD, índice tobillo/brazo anormal, hipoalfalipoproteïnemia, hipercolesterolemia, hipetrigliceridemia, disglucemia, intolerancia a la glucosa, hiperinsulinemia, resistencia a la insulina, hiperuricemia, microalbuminuria y aterosclerosis carotídea. Los factores asociados a mayor riesgo de DE fueron obesidad central y la hipertensión sistólica. **Conclusión:** los sujetos con DE tienen un mayor número de factores de riesgo cardiometabólico pero

los determinantes principales de DE parecen ser la obesidad abdominal y la hipertensión sistólica.

#### 0111 Obtención de metas de control cardiometabólico en una clínica universitaria mediante un modelo asistencial educativo

Carranza J,<sup>1</sup> Gómez C,<sup>2</sup> López S<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Dr. Miguel Silva, SSA

<sup>2</sup> Clínica Cardiometabólica, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

**Introducción:** se ha implementado en una Clínica Universitaria un modelo de atención en base a la participación de estudiantes y pasantes de medicina, enfermería, salud pública y nutriología. Son entrenados para la recolección de datos clínicos en formatos diseñados con un fin docente y para la educación de los pacientes. Las decisiones diagnósticas y terapéuticas las toma un Médico Especializado en el manejo de problemas cardiometabólicos. **Objetivo:** determinar el porcentaje de

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

pacientes de la clínica cardiometabólica universitaria que alcanzan las metas de control de factores de riesgo cardiovascular recomendadas. **Material y métodos:** se diseñó un estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo de 858 expedientes de pacientes diagnosticados con Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Dislipidemia, que han acudido a la Clínica Cardiometabólica Universitaria y que han recibido tratamiento por lo menos un año. Se establecieron los siguientes puntos de corte de control: IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>, Perímetro Abdominal: Hombres  $\geq$  90 cm, Mujeres  $\geq$  80 cm, Glucemia de ayuno (GA)  $\geq$  100 mg/dl, Glucemia postprandial (GPP)  $\geq$  140 mg/dl, Hemoglobina glucosilada (HbA1c)  $\geq$  6.5%, PAS  $\geq$  40 mmHg, PAD  $\geq$  100 mmHg, TG  $\geq$  150 mg/dl, c-LDL  $\geq$  100 mg/dl, c-HDL  $<$  40 mg/dl. **Resultados:** se encontraron 214 pacientes con HAS, 190 con DM y 310 con alguna dislipidemia, la mayor parte de la población es obesa tanto por IMC y por perímetro abdominal, además de tener frecuencias elevadas de disglucemia, intolerancia a la glucosa, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia. En el cumplimiento de metas tras las intervenciones terapéuticas, en los pacientes diabéticos hubo un alcance en GA del 24.7%, GPP del 44.7%, HbA1c del 51.5%. De acuerdo a los pacientes hipertensos el alcance de metas en PAS del 63.8%,

PAD del 92.9%. En pacientes diagnosticados con dislipidemias el alcance de metas es en c-LDL del 51.2%, Triglicéridos del 60.9%, c-HDL del 60%. **Conclusión:** el modelo de atención utilizado ha conseguido un alcance de metas de control cardiometabólico superiores a las grandes encuestas nacionales y a las reportadas por grupos de especialistas médicos, por lo que proponemos su utilización o implementación incluso en las instituciones de seguridad social en donde además los pacientes tendrían el beneficio de la gratuidad del tratamiento farmacológico.

#### 0206 Hemangioma cardiaco

Díaz D

Hospital Ángeles del Carmen

**Introducción:** el hemangioma cardiaco (HC) es un tumor raro, benigno, más común en 5ª década de vida. Clínica depende de múltiples factores.

**Descripción del caso:** masculino 72 años, con fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca y cirugía de bypass coronario hace 12 años, meses después en segunda intervención se detecta tumor cardiaco sin realizar intervención terapéutica. Valorado en febrero 2015, en resonancia magnética (RM) con tumor compatible con HC en pericardio. Se decide manejo conservador por comórbidos, evolución clínica y comportamiento del HC. **Discusión y Conclusión:** tumores

estables, tamaño promedio 4.4 cm, tasa de crecimiento 1-2 mm/año, predominio en hombres, pericardio localización inusual. Ecocardiograma estudio no invasivo inicial, RM permite diagnóstico diferencial. Tratamiento quirúrgico controversial, conservador es efectivo con  $\beta$ -bloqueadores, esteroides, radioterapia y/o anti-VEGF; decisión en base a síntomas, riesgo embolismo, ruptura y muerte súbita. Mortalidad 6.5%.

#### 0241 Efecto de atorvastatina sobre los niveles de biopterinas y la relación BH4/BH2 en pacientes diabéticos

Rubio A,4 Vargas H,1 Del Valle L,3 Lozano J,4 Vargas G,4 Rodríguez L,4 Escalante B2

1Otra, CINVESTAV DF, 2Otra, CINVESTAV Monterrey, 3SSA, Instituto Nacional de Cardiología, 4SSA, Hospital General de Ticomán

La tetrahidrobiopterina (BH4) es un cofactor esencial para la síntesis de óxido nítrico, la disminución de su síntesis o su oxidación a dihidrobiopterina (BH2) provoca disfunción endotelial. El índice BH4/BH2 es más importante que los valores de BH4 para mantener una adecuada función endotelial. Nuestro grupo encontró que el índice BH4/BH2 mantiene una relación inversa con la progresión de la aterosclerosis. Las estatinas han mostrado que mejoran la función endotelial y

disminuyen el riesgo cardiovascular del diabético, por lo que las guías recientes recomiendan administrar un estatina a todo paciente diabético mayor de 40 años con al menos otro factor de riesgo cardiovascular. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto de atorvastatina sobre los niveles de biopterinas y el índice BH4/BH2 en pacientes con diabetes tipo 2. **Material y método:** 20 pacientes con diabetes tipo 2, sin tratamiento previo con estatinas ni inhibidores del eje renina-angiotensina, recibieron atorvastatina 10 mg una vez al día por 3 meses. En todos ellos BH4 y BH2 se midieron por cromatografía líquida de fase reversa con fluorescencia al inicio y el final del estudio. Los pacientes fueron evaluados mensualmente y se registró presión arterial, glucemia de ayuno, perfil de lípidos y efectos adversos. El análisis estadístico se realizó con las pruebas de Shapiro-Wilk y Wilcoxon. **Resultados:** El manejo con atorvastatina aumentó los niveles de BH4 (5.4 a 9.1,  $p=0.047$ ) y redujo los de BH2 (7.4 a 6.99,  $p=0.60$ ), y mejoró significativamente el índice BH4/BH2 (0.83 a 1.85  $p=0.016$ ). Ningún paciente presentó efectos adversos. **Conclusión:** Nuestros Resultados muestran que atorvastatina brinda un beneficio sobre los niveles de las biopterinas, llevándolo a un patrón protector con predominio de las acciones de BH4. Esto explica, al

menos en parte, los efectos favorables de las estatinas, no relacionados con sus acciones hipolipemiantes, en pacientes diabéticos, que disminuyen su riesgo cardiovascular.

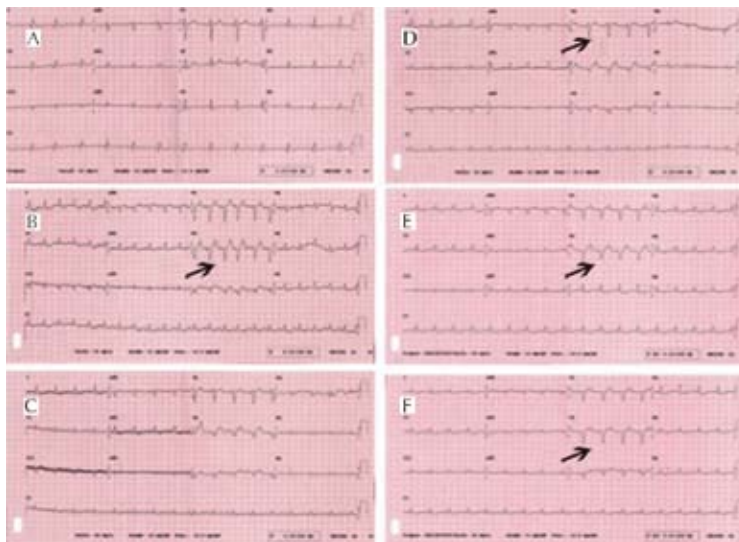
#### 0243 Choque cardiogénico secundario a infusión de rituximab

*Cruz J, Carrillo R, Peña C, Romero J, Flores O, Sánchez H*  
Privado Fundación Clínica Médica Sur

Algunos de los agentes quimioterapéuticos que se asocian a Infarto Agudo del Miocardio (IAM) son: taxanos, alcaloides de la vinca, 5-fluorouracilo, cisplatino, carboplatino, bevacizumab, sorafenib, y erlotinib. El Rituximab es un agente comúnmente utilizado en el tratamiento de leucemias CD20+. Se ha implicado como causa de arritmias cardiacas en 8%

de los pacientes tratados para linfoma.<sup>1</sup> Menos del 0,1% de infusiones de rituximab se han asociado con Síndrome Coronario Agudo (SCA). El mecanismo etiopatogénico del SICA después de la terapia con rituximab no se ha dilucidado. Armitage y cols<sup>2</sup> describieron 3 casos con trastornos linfoproliferativos que experimentaron SICA asociados con la infusión inicial de rituximab. En este trabajo se describe y analiza el caso de un enfermo que presentó choque cardiogénico asociado a rituximab.

#### 0261 Prevalencia de los síndromes isquémicos coronarios agudos y de factores de riesgo cardiovasculares en pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca, de 2013 al 2014



Aceves G, Ramos G, Calvo C SSA, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca, servicio de Medicina Interna.

**Introducción:** Los síndromes isquémicos coronarios agudos son problema de salud pública a nivel mundial debido al gran impacto de morbilidad y mortalidad que representan, afectan al 1% de la población. En el mundo, cada 4 segundos ocurre un infarto agudo del miocardio. En nuestro país es una de las primeras causas de muerte desde la década de los 90, representando actualmente el 26.2%; en México en la población adulta hay más de 17 millones de hipertensos, 14 millones con dislipidemia, 6 millones con DM2, 35 millones con sobrepeso u obesidad y más de 15 millones con tabaquismo, collevando con esto a un alto riesgo cardiovascular. **Objetivo:** Conocer la prevalencia y factores de riesgo cardiovascular en la población atendida en el servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal realizado entre enero del 2013 a diciembre 2014, en el servicio de Medicina Interna del Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca. Muestreo no probabilístico, se incluyó a pacientes que cumplieran con la tercera definición del infarto de miocardio, se elaboró un instrumento de registro con datos socio demográficos esenciales, factores

de riesgo cardiovasculares, características clínicas, electrocardiográficas, bioquímicas, tratamiento y complicaciones.

**Resultados:** N= 234 casos reportados con SICA, 143 con elevación del ST, 91 sin elevación del ST ambos sexos, hombres=61%, mujeres=39%, media 62 años, promedio de edad en hombres 61 y mujeres 67. El 80% de la población presento hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 y tabaquismo, como factores de riesgo cardiovascular. A su ingreso se identifico sintomatología clásica de isquemia en 86%. El tratamiento utilizado fue Ácido acetilsalicílico, tienopiridinas, heparina de bajo peso molecular, betabloqueadores e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina en un 90%. La angioplastia fue realizada en un 19% mientras que la fibrinólisis en 12.6%. La mortalidad hospitalaria global fue del 3.8%. **Conclusión:** los Resultados obtenidos son muy similares a los descritos a nivel mundial y coincide con descripciones hechas en México. Los hombres presentan el evento 6 años antes que las mujeres. Factores de riesgo cardiovascular modificables tales como DM2, HAS y tabaquismo están presentes en un 80% de la población con enfermedad aterotrombotica. Mortalidad 3.8%.

**0303 Detección clínica de obesidad; ¿cuál es el mejor método?**

Carranza J,1 Valencia E2 1SSA, Hospital General Dr. Miguel Silva, 2Otra, Clínica Cardiometabólica, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

La obesidad metabólica se define como el depósito ectópico y disfuncional de grasa, es decir grasa visceral. Su medición objetiva se hace con técnicas de imagen costosas y fuera del alcance de la mayoría de los clínicos. Con el objeto de determinar que método de diagnóstico de obesidad refleja mejor alteraciones metabólicas y vasculares se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo en 735 pacientes que acudieron a una Clínica Cardiometabólica. Se determinó obesidad por Índice de Masa Corporal (IMC), perímetro abdominal (PA) e Índice Cintura-Estatura (ICE), se caracterizaron antecedentes, metabolismo de glucosa-insulina, perfil lipídico, presión arterial (PA), microalbuminuria, (MA), función endotelial mediante vasodilatación dependiente de flujo y medición del espesor de la íntima-media carotídea. Se realizó estadística descriptiva, prueba de t de student para comparar promedios de variables numéricas, prueba de chi cuadrada para comparar variables categóricas, coeficiente de correlación y razón de riesgos con intervalo de confianza del 95%, se consideraron significativos los valores de  $p <$





0.05. Se detectaron 290 obesos por IMC, 602 por PA y 645 por ICE. La correlación entre IMC y PA fue de  $r = 0.67$  y entre IMC y ICE fue de  $r = 0.72$ , mientras que entre PA e ICE fue de  $r = 0.84$ . El PA fue mejor para detectar diferencias en promedios en cuanto a PA, perfil de lípidos, metabolismo de la glucosa, resistencia a la insulina, MA, disfunción endotelial y aterosclerosis carotídea, en segundo lugar fue el ICE y luego el IMC. En detección de porcentajes de alteraciones en la PA, metabolismo de la glucosa-insulina, perfil de lípidos, MA, disfunción endotelial y aterosclerosis carotídea no hubo diferencia entre los 3 **Métodos**. En cuanto a determinación de riesgos, solamente el ICE mostró una ventaja en la probabilidad de disfunción endotelial respecto a los otros dos indicadores. **Conclusiones:** La detección de obesidad mediante PA e ICE parece tener mayor confiabilidad en la detección de alteraciones metabólicas y vasculares que el IMC en nuestra población.

### 0314 Efectos sobre el ácido úrico de las combinaciones de losartán con hidroclorotiazida o con amlodipina en pacientes hipertensos

Rubio A,1 Garro A,1 Elizalde C,1 Suárez J,2 Durán M<sup>1</sup>  
1SSA, Hospital General de Ticomán, 2ISSSTE, Centro Médico 20 de Noviembre.

La hiperuricemia se asocia a disfunción endotelial, y parti-

cipa en los mecanismos que favorecen el desarrollo de hipertensión, síndrome metabólico, aterosclerosis y enfermedad cardiovascular, los antihipertensivos pueden modificar los niveles séricos de ácido úrico, ya sea aumentando (tiazidas) o disminuyendo (losartán) la uricemia, sin embargo, hay muy pocos estudios que evalúen el efecto de las combinaciones de antihipertensivos sobre tales niveles séricos. **Objetivo:** Evaluar el efecto de dos combinaciones de losartán, con amlodipina o con hidroclorotiazida, sobre los niveles séricos de ácido úrico en pacientes hipertensos. **Métodos:** Se evaluaron 60 pacientes hipertensos con hipertensión arterial descontrolada, quienes se aleatorizaron en 2 grupos de 30 pacientes c/u. Uno de ellos (LA) recibió la combinación losartán/amlodipina (100/5mg), el segundo grupo (LH) recibió losartán/hidroclorotiazida (100/12.5 mg), en ambos casos por 3 meses. En todos los pacientes se determinó ácido úrico y creatinina sérica antes y después del tratamiento. El método estadístico usado fue ANOVA. **Resultados:** En ambos grupos se logró una reducción significativa de la presión arterial, sin diferencias significativas entre ellos (LH de 157/92 a 124/78 mm Hg, LA 155/94 a 123/79). El grupo LA mostro una reducción significativa de los niveles séricos de ácido úrico después del tratamiento, (6.5 a 4.6 mg/

dl  $p = 0.048$ ) mientras que en el LH se presentó un aumento no significativo de los mismos (5.72 a 5.75 mg/dl,  $p > 0.05$ ). Al comparar ambos grupos, hay una diferencia significativa ( $p < 0.005$ ) en la reducción de la uricemia a favor del grupo LA. **Conclusiones:** Ambos manejos antihipertensivos son igualmente eficaces para reducir las cifras de presión arterial, sin embargo, la combinación de losartán con el calcioantagonista resultó en una reducción significativa de los niveles séricos de ácido úrico, lo que disminuye el riesgo metabólico y cardiovascular de los pacientes hipertensos, y explican, al menos en parte, las ventajas reportadas de las combinaciones de inhibidores del eje renina angiotensina con calcioantagonistas, sobre las combinaciones con hidroclorotiazida.

### 0315 Síndrome del corazón roto, a propósito de un caso

Ortiz A

SSA, Hospital Universitario de Saltillo

**Antecedentes:** También conocido como síndrome de Takotsubo, discinesia medio apical transitoria del ventrículo izquierdo, cardiomiopatía por estrés, se trata de una entidad que es muy similar en su presentación clínica al síndrome coronario agudo. **Objetivo de estudio:** Dar a conocer esta patología para evitar sea subdiagnosticada ya que a largo

plazo su pronóstico es bueno. **Informe de caso:** Masculino de 30 años, con tabaquismo positivo de 1.5 paquetes año y etilismo cada 8 días a razón 113 gr de alcohol. Niega enfermedades crónicas degenerativas. Ingresa a urgencias con dolor precordial tipo opresivo de intensidad 9 de 10, acompañándose de diaforesis. Con duración mayor a 30 minutos. Presión arterial de 140/100 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 y respiratoria de 24. Presentando un supra desnivel del ST en cara inferior a su ingreso y 12 hrs después de V4, V5 y V6. CPK 334 IU/L, CK MB 58 IU/L, troponina 0.2 ng/ml. Se maneja como síndrome coronario agudo. Se realiza ecocardiograma observando hipocinesia mínima medio apical, fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) de 70% posteriormente la coronariografía reporta arterias epicárdicas angiográficamente sin lesiones, con hipocinesia severa septo apical e ínfero apical con FEVI de 55%. Se egresa 5 días después con mejoría clínica. **Conclusiones:** El síndrome de Takotsubo forma parte del diagnóstico diferencial del paciente que acude a urgencias con dolor precordial. Se estima que el 2% de todos los diagnosticados como síndrome coronario agudo corresponde a este síndrome. La etiología exacta es desconocida. Aunque es más frecuente en mujeres post menopáusicas, el ser género masculino no excluye

el diagnóstico. Es frecuente la presencia de un factor de estrés desencadenante, de ahí su denominación de miocardiopatía por estrés. La Clínica Mayo menciona los siguientes criterios diagnósticos: discinesia del segmento medio con o sin involucro apical del ventrículo izquierdo de forma transitoria, ausencia de obstrucción coronaria en angiografía, cambios electrocardiográficos o elevación de troponinas y ausencia de feocromocitoma o miocarditis. El tratamiento es de soporte y es importante mencionar que es reversible. Podemos concluir que en nuestro medio puede ser más frecuente de lo esperado sin embargo estar subdiagnosticado.

### **0328 Insuficiencia cardíaca derecha como factor de riesgo para evento vascular cerebral en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica**

*Bozada K*

SSA, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Ismael Cosío Villegas.

**Antecedentes:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una entidad con elevada morbi-mortalidad a nivel mundial. La proyección de mortalidad por EPOC para el año 2020 se estima en el tercer puesto. Los pacientes con EPOC tienen un mayor riesgo de morbimortalidad por causas cardiovasculares como: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca (IC), ar-

terio patía periférica, diabetes mellitus, depresión, enfermedad tromboembólica, hipertensión pulmonar, insuficiencia renal, arritmias cardíacas y obesidad. La prevalencia de IC en pacientes con EPOC es de 27 %.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de eventos vasculares cerebrales (EVC) en pacientes con IC derecha y determinar si ésta es factor de riesgo para desarrollar EVC en pacientes con EPOC.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo, se enrolaron 90 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EPOC, del año 1999 a julio del 2015. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de EPOC confirmado por espirometría e IC derecha confirmada mediante ecocardiograma y el EVC mediante TAC de cráneo y ecocardiografía. Los pacientes con fibrilación atrial fueron excluidos. Se realizó una t student para muestras independientes con la finalidad de observar las diferencias de los pacientes con y sin EVC. Para evaluar el riesgo de presentar EVC en IC derecha, se realizó una regresión logística. **Resultados:** Se evaluaron 90 pacientes (edad:  $74.74 \pm 7.40$  años). Las diferencias entre los pacientes que con y sin EVC fueron: diabetes mellitus (53.8 % vs 25.4 %,  $p=0.010$ ), tromboembolia pulmonar (69.2 % vs 28.1 %,  $p=0.001$ ), cardiopatía isquémica (8 % vs 32.8 %,  $p=0.016$ ), hiperreactividad bronquial (38.5 % vs 14.1%,  $p=0.010$ ), enfermedad



vascular periférica (65.4% vs 21.9%,  $p=0.001$ ), hipertensión arterial pulmonar (88.5% vs 50%,  $p=0.001$ ) insuficiencia cardiaca (96.2% vs 78.1%,  $p=0.038$ ), IC derecha (83.33 % vs 27.87 %,  $p < 0.001$ ). PCR (3.4 [3.4-4.2] vs 2.3 [2.3 - 2.97],  $p < 0.001$ ). Los pacientes con IC derecha tuvieron mayor riesgo de EVC [RR; 35.93 (IC: 3.21 - 401.49,  $p=0.004$ )] dicho valor ajustado por edad, sexo, diabetes mellitus, hemoglobina y enfermedad vascular periférica.

**Conclusión:** La Insuficiencia Cardiaca derecha es un factor de riesgo independiente para EVC probablemente debido a la estasis cerebral por congestión de la vena cava superior.

#### 0340 Asociación de ictus isquémico con la presencia de polimorfismo -1131T>C del gen de apolipoproteína A-V en pacientes del Hospital General Regional No. 1 del IMSS, México, DF

Benitez M,<sup>1</sup> Escobedo J,<sup>3</sup> Cruz M,<sup>2</sup> González E<sup>3</sup>

<sup>1</sup>IMSS Hospital General se Subzona con Medicina Familiar No.15, Tonalá, Chiapas, <sup>2</sup>IMSS, Unidad de Investigación en Bioquímica, Centro Médico Nacional Siglo XXI, México, DF, <sup>3</sup>IMSS, Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital General Regional No.1 Carlos Macgregor Sánchez Navarro, México, DF

**Antecedentes:** El ictus isquémico es la principal causa de

discapacidad neurológica del adulto y tercera causa de años perdidos a nivel mundial. Presentó un incremento del 12 % en los últimos 10 años. Se han identificado factores de riesgo genéticos asociados con un incremento en la incidencia de ictus isquémico. El polimorfismo de nucleótido único (SNP) -1131T>C del gen de la apolipoproteína A-V (APOA-V) se asocia a un incremento de riesgo cardiovascular y a una mayor incidencia de fenotipos finales como ictus isquémico. **Objetivo de estudio:** Determinar si la presencia del polimorfismo -1131T>C de APOA-V se asocia con incremento en la ocurrencia de ictus isquémico. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio de casos (ictus isquémico) y controles (sin ictus isquémico) pareados por edad y género en 504 pacientes de un Hospital General Regional del IMSS. Se registraron los factores de riesgo por cada paciente y posteriormente se determinó la presencia del SNP -1131T>C de APOA5, mediante amplificación de las regiones conocidas por PCR en tiempo real, mediante el primer con referencia AY422949 aplicando tecnología TaqMan para el rs662799, con dos fluorocromos. Se realizó análisis univariado y estadística descriptiva. Se calculó la razón de momios pareada (RM), con IC al 95%, valor alfa al 0.05 y se aplicó el modelo de regresión logística condicional multivariado de ajuste y explicativo,

para medir la asociación de la presencia del polimorfismo -1131T>C con ictus isquémico, ajustado por edad, sexo, presión arterial sistólica, diabetes mellitus tipo 2 y niveles de hemoglobina. **Resultados.** La frecuencia del homocigoto de la variante (CC) se expresó en 1.7% en los controles y 2.5% para los casos. Se determinó para los casos una RM= 1.67, IC 95% 1.02-2.76,  $p=0.04$  para el heterocigoto de la variante (alelo TC) y una RM= 1.54, IC 95% 0.27-8.6,  $p= 0.61$  para el homocigoto de la variante (alelo CC). LR chi2 = 47.26;  $P= < 0.00001$ ;  $R^2=0.16$  (ajustado por edad, género, presión arterial sistólica, niveles de hemoglobina y diabetes mellitus tipo 2). **Conclusión:** Se demostró asociación positiva de la variante del polimorfismo -1131T>C del gen de la apolipoproteína A5, con un incremento del riesgo de ictus isquémico en la población mexicana.

#### 0346 Endocarditis infecciosa causada por *Streptococcus acidominimus*: reporte de caso

Suárez A,<sup>1</sup> Meraz M,<sup>2</sup> Fonseca S,<sup>1</sup> Sánchez M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SSA, Hospital Metropolitano Bernardo Sepúlveda, <sup>2</sup>Privado, Hospital San José, Tec de Monterrey.

**Introducción:** La mortalidad debida a endocarditis infecciosa ha disminuido. El *S. aureus* y *S. viridians* son los principales microorganismos causantes de

dicha enfermedad<sup>1</sup>. El *Streptococcus acidominimus* es un organismo raro en infecciones a humanos y no se han reportado casos que lo relacionen con endocarditis infecciosa en adultos<sup>2</sup>. **Descripción del caso:** Masculino de 78 años de edad portador de marcapasos bicameral, con fiebre intermitente en los últimos 4 meses. Procedimiento dental 5 meses previo, niega actividades ganaderas. Presenta soplo diastólico en foco aórtico III/VI y 3 lesiones de Janeway localizadas en pie derecho. Ecocardiograma transesofágico: imagen de 3 mm, móvil, cerca de la valva anterior mitral; 2 imágenes basculantes en el cable del marcapasos ventricular a nivel de la válvula tricuspídea. Hemocultivos positivos para *Streptococcus acidominimus*. Se inicia antibioticoterapia, se programa para recambio de cables de marcapasos y se egresa a domicilio. **Comentarios:** Debido a los nuevos organismos patógenos emergentes y al aumento a la resistencia a los antibióticos se requieren de nuevos esquemas de tratamiento para cubrir estas infecciones. **Conclusiones:** *Streptococcus acidominimus* es un microorganismo raro en humanos, haciendo difícil determinar su relevancia epidemiológica y clínica. Se deben crear criterios diagnósticos apropiados y técnicas laboratoriales precisas para su detección. **Bibliografía:** 1.- Brachlow, A.; Awadallah,

S. and Chatterjee, A. Endocarditis Due to *Streptococcus acidominimus*. *Pediatr Cardiol* 24:161–163, 2003. 2.- Wu, C., et. al. *Streptococcus acidominimus* causing invasive disease in humans: a case series. *Journal of Medical Case Reports* 2014. Obtenido de: <http://www.jmedicalcasereports.com/content/8/1/57>

### 0360 Síndrome de Takotsubo o miocardiopatía por estrés. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Morales A,<sup>1</sup> Valdez L,<sup>1</sup> Pérez R<sup>2</sup>  
1Privado, Hospital Ángeles Clínica Londres, 2SSA, Hospital Juárez de México.

Síndrome Tako-Tsubo se caracteriza por angina y elevación del ST que simula infarto agudo al miocardio (IAM) y se distingue por ausencia de obstrucción coronaria en fase aguda, discinesia anteroapical con hipercinesia basal reversible y evolución electrocardiográfica típica. Descarga exagerada de actividad simpática, espasmo de las coronarias y disfunción microvascular. Aunque la presentación clínica simula un IAM, la arteriografía coronaria resulta sin lesiones obstructivas. Femenino de 44 años, educadora, antecedente hipertensión arterial sistémica. Inicia padecimiento 12 horas previas a su ingreso, posterior a periodo de estrés emocional, presenta dolor torácico de tipo opresivo, intensidad 8/10

irradiado miembros torácicos, duración 20 minutos, remitiendo al reposo, posteriormente vuelve dolor de mismas características intensidad 10/10, acompañado de diaforesis, disnea, náusea, vomito, acude a unidad medicina familiar donde se realiza electrocardiograma (ECG) observándose lesión subendocárdica de V1 a V6, se indica tratamiento antiisquémico. Acude a urgencias de esta unidad, se realiza ECG: Ritmo sinusal FC 87 lpm, Eje QRS 10°, onda P 120ms, intervalo PR 160ms, complejo QRS 60ms, presencia de ondas q de 1mv en DI, AvL, segmento ST de 4mv en VI a V6. Ingresa a unidad de cuidados coronarios con TA: 190/94, resto de exploración física sin alteraciones. Ecocardiograma: Anillo 14mm, aurícula izquierda 35x42x44mm, tracto de salida ventrículo derecho 24mm, septum 9mm, pared posterior 9mm, patrón de llenado normal, movilidad del ventrículo izquierdo con discinesia apical, FEVI: 45%, TAPSE 15mm, aurícula derecha 31x41mm, pericardio sin derrame. Radiografía tórax: sin cardiomegalia, hipertensión venocapilar grado I. **Laboratorios:** Leucos 9900, Hb 14.2, Hct 40, Plaquetas 186000, Glucosa 100, Urea 12.6, Cr .89, K 4.8, Na 139, CPK 1290, Mb 117, Troponina i 1.0. Diagnóstico: Síndrome coronario agudo tipo IAM con elevación del segmento ST en cara antero-



septal, no complicado. Al no realizarse trombolisis temprana, se realiza cateterismo cardiaco: Arteria coronaria derecha e izquierda, sin alteraciones importantes. Resonancia magnética ventrículo izquierdo: edema miocárdico, probable cardiomiopatía por estrés. Al no encontrar lesiones importantes en arterias coronarias, así como mejoría paulatina de las condiciones de la paciente, se diagnostica síndrome de Tako-Tsubo.

### 0382 Caso de amiloidosis cardiaca como causa de hipertrofia miocárdica

*Paredes J*

Privado, Hospital Zambrano Hellion

**Antecedentes:** La amiloidosis cardiaca es dada por infiltración extracelular de amiloide de mal pronóstico, que su detección oportuna puede mejorarlo. Se confirma con biopsia cardiaca positiva para amiloide o un engrosamiento del ventrículo izquierdo (VI) > 12 mm en ausencia de hipertensión arterial o alguna causa potencial de hipertrofia de VI con biopsia positiva en algún otro órgano. Para su diagnóstico es necesario la sospecha clínica, basado en datos de falla cardiaca que progresa rápido, acompañado de bajo voltaje en EKG y engrosamiento miocárdico en ecocardiograma (ETT), estos últimos dos hallazgos se observan en el 74% de los

casos confirmados con biopsia. En resonancia magnética se ve realce tardío miocárdico como característica de proceso infiltrativo. Los tipos son: amiloidosis por cadenas ligeras, familiar, sistémica senil, auricular aislada y secundaria. El tratamiento y pronóstico son distintos dependiendo del tipo, por lo que es importante su diferenciación. **Objetivo.** Describir características clínicas sugestivas de amiloidosis como causa de hipertrofia miocárdica. **Informe del caso.** Hombre de 72 años que acude por disnea de esfuerzo de 3 meses, siendo de grandes esfuerzos durante el ejercicio. Progresa disnea y se agrega fatiga. ETT con hipertrofia severa de VI de predominio septal, presión sistólica de arteria pulmonar de 55 mmHg y BNP de 1227 pg/mL. Refiere pérdida de 8 kg en 1 año y edema de miembros pélvicos. Exploración física con S4 presente. EKG con bajo voltaje en plano frontal y sobrecarga de presión de VI. Resonancia magnética con realce tardío en las zonas anteroseptal, anterior y apical. Prueba de esfuerzo negativa. Cateterismo cardiaco con presión arterial pulmonar media 52 mmHg, presión cuña 30 mmHg, gasto cardiaco 5.8 L/min, angiografía coronaria sin lesiones significativas. En este momento se sospecha de infiltración miocárdica. Biopsia endomiocárdica con hipertrofia moderada de fibras sin evidencia de necrosis, rojo

congo positivo. Electroforesis de proteínas en suero globulina Alfa 1 y 2 elevadas. Cadena ligera lambda elevada. **Conclusiones.** La amiloidosis cardiaca se considera de mal pronóstico. Se debe sospechar en pacientes con datos de falla cardiaca, bajo voltaje en EKG e hipertrofia VI en ETT. El diagnóstico es realizado con biopsia y la tipificación es importante para dar tratamiento específico.

### 0402 Estimación del riesgo cardiovascular a 10 años y su asociación con calidad de vida relacionada con la salud en pacientes asintomáticos

*Rodríguez A,<sup>1</sup> Bozada K,<sup>3</sup> Ricano K,<sup>3</sup> Fomperoza A,<sup>2</sup> Herrera L<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Privado, Servicio de Medicina Interna, Centro Médico ABC, <sup>2</sup>PEMEX, Hospital Regional de PEMEX, Minatitlán, <sup>3</sup>Universitario, Universidad Veracruzana, campus Minatitlán.

**Introducción:** Existen diversas ecuaciones para la estimación de desenlaces cardiovasculares en diversos contextos clínicos y geográficos, sin embargo existe poca información sobre la asociación entre el riesgo estimado y el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (HRQL). **Objetivo:** Estimar la correlación entre la estimación de riesgo cardiovascular y HRQL. **Material y métodos:** Estudio transversal de pacientes asintomáticos en consulta externa de un hospital de segundo nivel de la ciudad

de Minatitlán, Veracruz durante abril y agosto de 2015, se recolectaron variables socio-demográficas, clínicas, estudios de laboratorio y estimación de riesgos a 10 años por ecuación de Framingham (IF) para enfermedad cardiovascular (CVD), enfermedad coronaria (EC), enfermedad vascular cerebral (EVC) y adicionalmente ecuaciones ASSIGN, BNF/JBS2 y AHA/ACC 2013 y HRQL con EuroQol-5D (EQ5D). **Resultados:** Se incluyeron 142 pacientes con edad  $59.8 \pm 11.9$  años, 50% varones, mediana de escolaridad de 9 (RIQ 6 - 12) años, ingreso socioeconómico de  $15813 \pm 5602$  pesos al mes, IMC  $30.82 \pm 5.59$  kg/m<sup>2</sup>, perímetro abdominal  $96 \pm 13.2$  cm, tabaquismo 26.1%, IT =  $6.18 \pm 17.3$  paquetes/año, alcoholismo 21.8%, tensión arterial media  $76.82 \pm 9.13$  mm Hg, diabetes mellitus tipo 2 en el 33.8%; colesterol total  $191 \pm 47$  mg/dl, colesterol HDL  $45 \pm 9$  mg/dl, triglicéridos  $182 \pm 110$  mg/dl, HbA1c  $6.6 \pm 1.6\%$ , TFG por CKD-EPI de  $91.04 \pm 29.3$  ml/min, EQ5D de  $0.78 \pm 0.23$  puntos y escala visual análoga (EVA) de  $79.77 \pm 13.9$ ; riesgo de EC por IF = 11.52 (IC95%=10.13 - 12.91 IAM - IF = 6.06 (IC95% = 5.07 - 7.06 EVC por IF = 2.81 (IC95% = 2.40 - 3.22 CVD - IF = 17.60 (IC95% = 15.56 - 19.64 muerte por EC por IF = 2.9 (IC95% = 2.37 - 3.53 muerte por CVD por IF = 4.61 (IC95% = 3.73 - 5.49), CVD por BNF/JBS2 = 14.31

(IC95% = 12.61 - 16.01 riesgo CVD por ecuación ASSIGN = 18.40 (IC95% = 15.97 - 20.82 riesgo AHA/ACC 2013 = 13.63 (11.57 - 15.69). Las correlaciones de EQ5D: riesgo de EVC por IF,  $r=-0.18$  ( $p=0.032$  para la EVA de EQ5D con muerte CVD y AHA/ACC 2013 fueron de  $r=-0.20$  ( $p=0.13$ ),  $r=-0.19$  ( $p=0.02$ ), respectivamente. **Conclusiones:** La población estudiada cursa con elevado riesgo cardiovascular a 10 años, existe correlación entre el deterioro de la HRQL y el aumento de riesgo de EVC y muerte cardiovascular.

#### **0430 Correlación entre péptido natriurético B y fracción de eyección ventricular para insuficiencia cardíaca en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal en el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez**

*González M, Flores M, Infante H, Luna T, Maya L*

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

**Antecedentes:** La principal causa de morbilidad y mortalidad en la enfermedad renal crónica (ERC) es de origen cardiovascular. La determinación de marcadores diagnósticos de insuficiencia cardíaca (IC), permitirá implementar acciones preventivas y terapéuticas. **Objetivo.** Evaluar la correlación entre los niveles de péptido natriurético tipo B (BNP) y la

fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI), para IC en pacientes con ERC en diálisis peritoneal (DP). Describir la frecuencia de alteraciones cardíacas y prevalencia de disfunción ventricular. **Metodología.** Estudio descriptivo, transversal y prospectivo en 15 pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria del Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez; con determinación de niveles plasmáticos de BNP y datos ecocardiográficos de disfunción ventricular. **Resultados.** Se demostró afección estructural y funcional cardíaca en el 93.3% de los pacientes. El 13.3% presentó disfunción sistólica, 26.6% disfunción diastólica y 33.3% ambas. El 66.9% de los pacientes presentó niveles de BNP mayores de 200 pg/ml, y en el 46.9% se determinó FEVI menor a 50%. De los pacientes con BNP mayor de 200 pg/ml, el 70% presentó disfunción sistólica. En los pacientes con BNP menor a 200 pg/ml (33.3%), el 100% presentó FEVI conservada. Se encontró una dependencia funcional entre ambas variables ( $p = 0.026$ ). Los niveles séricos elevados del BNP se correlacionaron significativamente con la disminución de la FEVI ( $\rho = -0.7$   $p = 0.004$ ). **Conclusiones.** Los niveles séricos elevados del BNP se correlacionan de manera significativa con la disminución de la FEVI. La alta prevalencia de alteraciones cardíacas en la población con

ERC en DP hace imperiosa la determinación de marcadores diagnósticos de IC para establecer medidas terapéuticas efectivas que disminuyan la morbilidad y mortalidad de causa cardiovascular.

#### 0449 Efecto del bosentan sobre la presión pulmonar y el péptido atrial natriurético en pacientes con neumopatía obstructiva crónica e hipertensión pulmonar grave

Rodríguez LO, Sánchez RO, Vargas GO, Juárez RO, Rubio A1  
0. IMSS Hospital General de Zona 27; 1. SSA Hospital General de Ticomán

La hipertensión pulmonar aumenta el trabajo del ventrículo derecho e incrementa la mortalidad de aquellos sujetos con valores superiores a los 25 mm Hg, el ecocardiograma es un método útil para medir las cifras de presión de la arteria pulmonar. El péptido natriurético auricular es un marcador de falla cardíaca, sus cifras séricas elevadas ( $>$  de 100 pg/ml) se asocian a mayor mortalidad cardiovascular. El bosentan es un bloqueador de receptores de endotelina que se ha utilizado con éxito en el manejo de la hipertensión pulmonar. **Objetivo.** Evaluar el efecto del bosentan sobre las cifras de presión pulmonar y los valores séricos del péptido natriurético auricular en pacientes mexicanos. **Material y método:** Se evaluaron 18 pacientes con diagnóstico de

neumopatía obstructiva crónica e hipertensión pulmonar severa (presión pulmonar mayor a 45 mm Hg), en todos ellos se realizó prueba de tolerancia a la caminata de 6 minutos, ecocardiograma y determinación de valores séricos de péptido natriurético atrial antes del estudio y al término del mismo un año después. En todos los pacientes se administró bosentan 62.5 mg cada 12 horas durante un mes y posteriormente 125 mg cada 12 horas los 11 meses restantes, los pacientes fueron evaluados mensualmente para dar seguimiento a su evolución y detectar efectos adversos. El método estadístico usado fue ANOVA. **Resultados:** Incluimos 9 pacientes del sexo masculino y 9 femeninos, con edad promedio de  $63 \pm 18$  años, todos manifestaron percibir subjetivamente una mejoría importante de la sintomatología y de la tolerancia al ejercicio en la prueba de caminata de 6 minutos. La presión pulmonar disminuyó significativamente ( $p=0.026$ ) de  $65.8 \pm 11$  mm Hg a  $57.8 \pm 9$  mm Hg, mientras que los valores del péptido natriurético atrial se redujeron de  $65.5 \pm 41$  pg/ml a  $56.7 \pm 36$  pg/ml,  $p=0.51$ . Cuando evaluamos las modificaciones del péptido natriurético atrial en los 6 sujetos con valores basales por encima de lo normal, encontramos una disminución significativa de los mismos ( $p=0.023$ ), de  $109.1 \pm 12$  a  $94.6 \pm 4.8$  pg/ml. **Conclusiones:** El bosentan mejora la

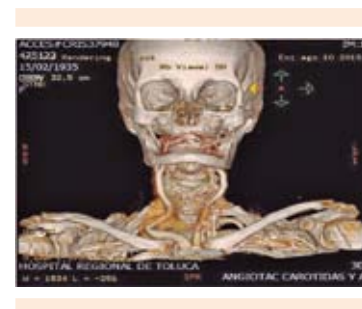
sintomatología y la tolerancia al ejercicio en sujetos con hipertensión pulmonar grave, reduciendo significativamente las cifras de presión pulmonar, y disminuyendo los valores de péptido natriurético atrial en pacientes con cifras basales del mismo por arriba de lo normal.

#### 0456 Síncope recurrente secundario a alteración carotídea tipo kinking un reto diagnóstico

Jiménez SO, Rodríguez J1, Graziano P1, Mateos H1, Gutiérrez J1, García M1

0. Otra Centro Médico ISSE-MYM Toluca; 1. Otra

**Introducción:** Las alteraciones anatómicas de las arterias carótidas se dividen en tortuosidades, torsión (kinking) y espiral (coiling), existe una forma congénita y otra relacionada a aterosclerosis, se asocian a isquemia cerebral transitoria y síncope. **Caso clínico:** Femenino de 78 años, antecedentes de DM2, HAS, bloqueo aurícula ventricular de 3er grado. Cuadro clínico de síncope recurrente atribuido a BAV requiriendo colocación de marcapasos definitivo, 1 año



posterior presenta 2 nuevos episodios en donde se descarta disfunción de marcapasos, USG doppler carotideo: imagen hiperecogénica en carótida común izquierda, disminución de flujo, diagnóstico ecográfico: enfermedad ateromatosa de arteria carótida común izquierda. Angio TAC: alteración tipo kinking de arteria carótida común derecha. **Conclusiones:** esta alteración anatómica es poco frecuente en la edad adulta, en este caso se atribuyó la alteración anatómica como etiología del síncope, el tratamiento es quirúrgico.

**0505 Síndrome QT largo familiar, desencadenado por trimetoprim sulfametoxazol.**

*Trinidad A0, Mouret U0*

O.SSA Belisario Domínguez

El síndrome de QT largo (SQTL) es una canalopatía arritmogénica que ocasiona inestabilidad eléctrica del corazón predisponiendo a muerte súbita al presentar arritmias ventriculares malignas. La prevalencia e incidencia en México no es conocida debido a que la enfermedad está subdiagnosticada. El SQTL es responsable de un número significativo de las muertes en la gente joven sin enfermedad estructural cardíaca. Se calcula que presenta una incidencia tan alta como 1 de cada 2500 personas. Presentamos a paciente masculino de 20 años de edad quien refiere antecedentes de muerte súbita

en la familia por rama materna, madre, abuelo a edades tempranas (menores de 45 años). Fue diagnosticado con Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), con tratamiento de base y profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) la cual inicio 3 semanas previas al ingreso. Inicia 20 minutos previos al ingreso a servicio de urgencias con presencia de pérdida súbita del estado de alerta por 2 minutos, con dolor precordial y síntomas de descarga adrenérgica, refiriendo cuadros sincopales de 2 semanas de evolución sin haber buscado atención médica. Se evidencia por monitoreo cardíaco trazo electrocardiográfico con taquicardia ventricular e imagen sugerente de Torsade de Pointes, se realiza cardioversión eléctrica respondiendo adecuadamente a la misma. En el electrocardiograma con prolongación QT de 500 milisegundos(ms) y corregido en 480ms, sin algún otro dato patológico. Sin elevación de enzimas cardíacas. Se realiza ecocardiograma transtorácico sin demostrar lesiones estructurales. Se inicia tratamiento con betabloqueador y monitoreo holter con periodos de taquicardia supraventricular y taquicardia ventricular, solicitándose apoyo a otra unidad hospitalaria por antecedentes familiares, realizándose tamizaje genético encontrando mutaciones en la región transmembranal de *kcnq1*, diagnosticándose

con esto síndrome de QT largo tipo 1, retirándose TMP-SMX e iniciándose dapsone, con reducción del QT en 40ms previo a colocación de desfibrilador, tras la colocación del cual no presento nuevos datos de bajo gasto cardíaco. Esta alteración puede ser congénita y con frecuencia tener un patrón hereditario, puede ser desencadenado con el uso de algunos medicamentos, como es el caso de nuestro paciente ya que no presentaba ningún otro factor previo a sintomatología.

**0525 Miocardiopatía de Takotsubo, el síndrome del “corazón roto”: reporte de un caso en paciente adulto mayor**

*García JO, Iniestra FO, Valle H1, Briceño FO*

O.IMSS Hospital de Especialidades CMN La Raza; 1.IMSS Hospital de Especialidades CMN La Raza

**Introducción:** La miocardiopatía de Takotsubo se caracteriza por una disfunción sistólica transitoria del ventrículo izquierdo, principalmente de sus segmentos apical y medial, que simula un infarto agudo al miocardio, en ausencia de enfermedad arterial coronaria. Suele afectar mujeres, postmenopáusicas, entre la séptima y octava década de la vida. Los mecanismos incluyen exceso de catecolaminas tras un evento estresante (por enfermedad o estrés emocional), vasoespasmos coronario y disfunción micro-





vascular, con arterias coronarias sin lesiones en estudios de imagen. El tratamiento consiste en tratar la causa desencadenante, así como fármacos que mejoren la función cardíaca. El pronóstico, con tratamiento adecuado, es bueno, con una mortalidad documentada del 1 al 8 %.

**Contenido:** Femenino de 79 años, ingresa por presentar dolor torácico, opresivo, irradiado a brazo izquierdo, acompañado de disnea, náusea y vómito. Se documenta elevación de troponinas y Electrocardiograma con desnivel positivo del segmento ST en región anteroseptal, manejada como Síndrome Isquémico Coronario Agudo tipo Infarto al Miocardio, no trombolizado por tiempo de evolución. Además presentó hiperglucemia, acidosis metabólica y cetonuria, compatible con cetoacidosis diabética. Fué ingresada a la Unidad de Terapia Intensiva, recibiendo tratamiento anti isquémico óptimo e insulínico, con mejoría del cuadro. Una vez estabilizada, se realiza Coronariografía, reportando arterias coronarias sin lesiones, con buen llenado. Ventriculograma con acinesia anteroapical e hipocinesia anteroseptal, con contracción de pared lateral normal. Posteriormente se realiza Ecocardiograma, que reporta FEVI conservada, concluyendo como diagnóstico final Miocardiopatía de Takotsubo. **Conclusión:** La disfunción ventricular transitoria,

sin afectación de la circulación coronaria, caracteriza a la Miocardiopatía de Takotsubo. En este caso se cumplen con los criterios establecidos para dicha entidad (cambios en el ST, elevación de troponinas, Hipocinesia de pared anterior, ausencia de lesiones en arterias coronarias). El tratamiento oportuno de la afectación cardíaca, así como resolución del factor desencadenante, conlleva un buen pronóstico en estos pacientes, quienes pueden recuperar función ventricular de 1 a 4 semanas posterior al evento.

**0531 Evento vascular cerebral en foramen oval permeable y cierre con dispositivo Amplatzer.**

López A0

0.ISSSTE Hospital Regional Adolfo López Mateos

Hombre de 28 años de edad con los siguientes **Antecedentes:** hipertensión arterial sistémica de 8 meses tratamiento con IECA, Dislipidemia con hipertrigliceridemia hace 8 meses tratamiento con estatina, Hiperuricemia de 8 meses tratamiento con alopurinol. Evento vascular Cerebral hace 8 meses en región del lóbulo cerebeloso izquierdo. Etilismo positivo por 10 años. Motivo de ingreso : Inicio hace 10 días con Cefalea parietoccipital opresiva, plenitud otica bilateral, sensación de vértigo. Acude al servicio de urgencias. TAC de Cráneo : EVC

cerebeloso izquierdo antiguo mas evento vascular cerebral en región occipital derecha. Ingreso al servicio de medicina interna. EF: TA: 130 /90, FC 80, FR 12, Peso 80 Kg, Talla: 1.70 m Paciente conciente orientado , Glasgow de 15, Neurológico: funciones mentales superiores conservadas, Fondo de ojo sin alteraciones, movimientos oculares con limitación de a la abducción de ojo izquierdo, nistagmo horizontal a la mirada extrema bilateral, no agotable, pupilas Isocóricas 4mm, Desviación de la úvula a la izquierda, Tono y trofismo conservado, FM 5/5, No babinsky. Disimetría leve derecha sin diadococinesias. Cardio-pulmonar: Ruidos cardiacos sin alteraciones, murmullo vesicular conservado. Resto sin alteraciones. Estudios de laboratorio y gabinete: BH, QS, ES sin alteraciones. Imagen por resonancia magnética: datos compatibles con lesión de tipo isquémico subaguda occipital derecha en territorio de la arteria cerebral posterior ipsilateral. Cerebelomalacia izquierda por lesión isquémica antigua. Variantes anatómicas del polígono de Willis. Mega cisterna magna. Campimetría: Defecto campimétrico secundario con hemianopsia homónima. Laboratorio: Antitrombina III 96.3 (73-112 %), Factor V leiden 2.2 ( 2.18-3.38%), Proteína C de la coagulación 112 ( 69-134%). ANCA C Negativo, ANCA P Negativo. Antifosfolípido nega-

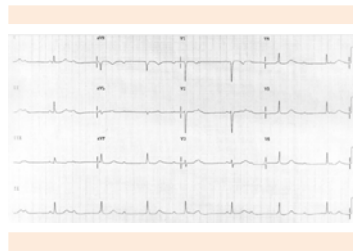
tivo, Anticardiolipina negativo, antiglicoproteína negativo. Doppler Carotideo. Sin evidencia de Enfermedad Carotidea. Ecocardiograma transesofágico: Septum interatrial delgado y aneurismático con foramen oval permeable. IDX: 1) Foramen Oval permeable 35 mm . 2) Evento vascular cerebral de tipo isquémico en territorio de la arteria cerebral posterior. 3) Hipertensión arterial sistémica Estadio 1. **Tratamiento:** Cateeterismo Cardíaco : Cierre de foramen oval con Dispositivo Aplatzer 35 mm.

#### 0578 Paciente femenina embarazada con bradicardia

*Reyes F*

SSA, Hospital General Dr Manuel Gea González

**Caso clínico:** Paciente femenina de 34 años de edad quien cuenta con antecedente de Púrpura Trombocitopénica Inmune, intolerancia a los carbohidratos. Inició padecimiento actual, de forma incidental al notar frecuencia cardíaca de 40 latidos por minuto. Se realizó ECG donde se evidenció bloqueo AV de tercer grado. Se realizó Ecocardiograma sin evidencia de lesiones estructuras, FEVI 69%. **Discusión:** Bloqueo AV de tercer grado también se observa un pico en edad pediátrica (bloqueo AV congénito). Ocurre con una incidencia de uno por cada 22 000 nacimientos. Se asocia comúnmente a madres con anticuerpos anti SSA o SSB



circulantes durante el embarazo. Tiene una preponderancia con el sexo femenino (60%). En la literatura, existen pocos casos documentados acerca de pacientes con bloqueo AV de tercer grado asintomático, por ende, solo existen recomendaciones. **Conclusiones:** Por clínica, en ausencia de alteraciones estructurales por ecocardiograma, se trata de bloqueo AV congénito.

#### 0581 Cardiotoxicidad inducida por antraciclinas y choque séptico secundario a colitis neutropénica

*Pérez S, Miranda T*

Privado, Hospital Christus Mu-  
guerza de Alta Especialidad.

Femenina 53 años, portadora de cáncer de mama ECIII.1° ciclo de quimioterapia con doxorubicina, 7 días previos a su ingreso. A las 96 horas de administrada la QTX presenta dolor abdominal difuso tipo cólico 10/10, náusea y vómito de características fecaloideas, así como constipación, ataque al estado general y disnea de medianos esfuerzos. A su ingreso SV: TA 60/40 mmHg, FC 135 ´, FR 29´, Temp 35.8oC, SpO2 98% (30%). Consciente, orientada, polip-

néica, taquicárdica, facies de dolor, mucosas mal hidratadas. RCR sin agregados, campos pulmonares bien ventilados, lesión ulcerada en CSE mama derecha. Abdomen distendido, dolor a la palpación superficial difuso, peristalsis, rebote +. Extremidades sin edema, llenado capilar > 3'. Laboratorio: Hb 14.5, GB 0.15 K/uL, neutrófilos 19, linfocitos 109, monocitos 19, PLT 116 mil. Glucosa 165 mg/dl, creat 1.2 g/dl, BUN 43.1, ácido úrico de 1.7, TGO, TGP nls, albumina 4.2 y P en 6.2. GSV: pH 7.29, PCO2 38, , HCO3 18.3, SvO2: 64.0 %, lactato 5.6, procalcitonina 59.62. TAC de abdomen con distensión de asas de intestino delgado y grueso, diámetro 8.8 cm, con presencia de niveles hidroaéreos. Se inicia reanimación hídrica dirigida por metas y medición de la presión abdominal en 15. Se inicia norepinefrina a 0.5 mcg/kg/min y vasopresina a 0.03 UI/min, hidrocortisona 50 mg cada 6 h. Meropenem, anidulafungina, metronidazol y Filgrastim 300 mcg/ml SC DU. Durante su 1er día cursa con oliguria, y evacuaciones abundantes líquidas y fétidas, en promedio 7 por día con Toxina A y B de Clostridium difficile negativa. Continua con SvcO2 de 35, por lo que pide un Pro BNP de 4855 pg/ml y un ETT documentándose una hipoquinesia global con FEVI del 28%. Se inicia Levosimendan 0.1 mcg/kg/min y seguimiento con monitoreo hemodinámico con Vigileo. Troponina I positiva 0.60, resto

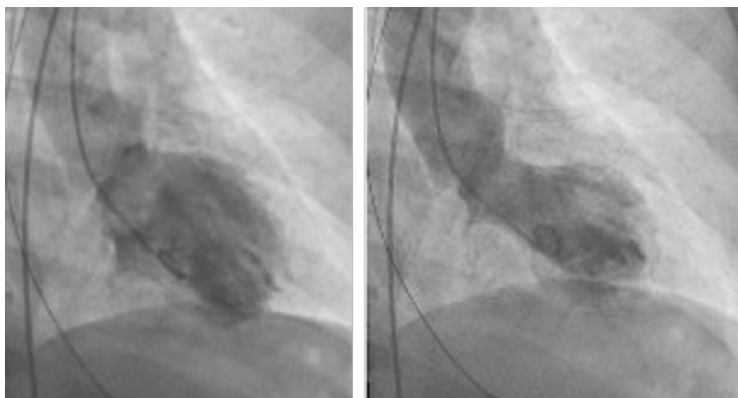
normales. Se documenta fiebre tomándose cultivos los cuales son negativos. Se inicia NPT al 4to día, se suspenden presores, mejora la diuresis y disminuye el número de evacuaciones al día. Se agrega vancomicina 1 gr cada 12 h por persistencia de la fiebre. En su 5to día, 48 horas después del inicio de levosimendan, se suspende; repitiéndose Pro BNP 1668, y ETE con mejoría en la sinergia de contracción y FEVI del 40%. Se inicia dieta oral tolerándola. Al 7º día pasa a Cuidados Intermedios y se egresa del hospital al 10mo día.

#### 0588 Reporte de caso de síndrome de Tako-Tsubo: Enfermedad del corazón roto

Garzón K0, Guerrero R0, Martínez I0

0.SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Femenina de 58 años con antecedente de artritis reumatoide, diabetes mellitus e insuficiencia venosa de 4 años de evolución. Presentó celulitis en muslo derecho y absceso perirrenal ipsilateral, que requirió drenaje quirúrgico y tratamiento antibiótico. En su recuperación presentó disnea, taquipnea, taquicardia, uso de músculos accesorios de la respiración; se realizó electrocardiograma, que evidenció elevación del segmento ST en derivaciones V1, V2 y V3; así como aumento de enzimas cardíacas. Se realizó coronariografía y ventriculografía la cual descartó enfermedad



Cateterismo con ventriculografía izquierda: Discinesia medio ventricular transitoria: **A)** Diástole; **B)** Final de la Sístole

coronaria obstructiva y mostró alteraciones segmentarias de la contractibilidad con imagen de trampa japonesa para pulpos sugestiva de síndrome Tako-tsubo. Esta cardiomiopatía primaria tiene baja incidencia en América Latina, se presenta predominantemente en mujeres posmenopáusicas con factores estresantes físicos y emocionales. En este caso la paciente requirió manejo inotrópico, con posterior resolución del cuadro.

#### 0645 Corazón de porcelana: descripción de caso

Mandujano I, Rodríguez M, Delgado G, Ibarra H, Pacheco A, Galarza D

Universitario Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL.

**Antecedentes:** La pericarditis constrictiva tiene incidencia en México de 1 a 2 casos por año.

**Informe de caso:** Masculino de 48 años, con alcoholismo,

hipertensión, y hepatopatía crónica. Acude por disnea. Se detecta Fibrilación auricular rápida, cardiomegalia grado III y derrame pleural bilateral, hepatomegalia y ascitis. El US cardíaco reportó: Disfunción severa global, fracción de eyección 20%, Ventriculo derecho TAPSE 12mm; TAC de tórax muestra corazón de porcelana. Se diagnostica pericarditis constrictiva, se realiza cateterismo con posterior pericardiectomía. **Discusión:** En México la etiología es tuberculosis, la imagen de corazón calcificado se encuentra en 40% de los casos. El tratamiento de elección es quirúrgico. **Conclusión:** La pericarditis constrictiva es rara, debe sospecharse en pacientes con corazón de porcelana.

**0649 Beneficio pronóstico del tratamiento con beta bloqueadores en el síndrome coronario agudo con función sistólica conservada**

Almanza J, Díaz C  
SSA, Hospital Juárez de México.

**Antecedentes:** El beneficio del tratamiento con Beta Bloqueadores, en los enfermos portadores de Síndrome Coronario Agudo (SCA) se encuentra sólidamente fundamentada en estudios previos a la era de la Revascularización Coronaria y en los pacientes con Disfunción Ventricular. **Objetivo:** Analizar la existencia del Beneficio pronostico del Tratamiento con Beta Bloqueadores en los pacientes portadores de SCA con Función Ventricular Conservada (FVC). **Material y metodos:** Estudio de cohortes, Retrospectivo que incluyo a 1363 pacientes, ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios y Post-Quirúrgicos de Corazón, de la División de Medicina Critica del Hospital Juárez de México de la Secretaría de Salud del 29/07/2010 al 29/07/2015. De los cuales 1077 se consideraron como portadores de SCA y de ellos solo 378 con fracción de eyección del ventrículo izquierdo > 50%. Se analizó mediante propensity score y posteriormente se obtuvieron dos grupos de 188 pacientes con tratamiento con beta bloqueadores y sin el. El valor Pronostico de mortalidad se analizo mediante análisis multivariable de regresión de Cox. **Resultados:** Durante el estudio hubo 156 defunciones (11.44 %). El grupo de pacientes tratados con Beta

Bloqueadores tuvo menos Mortalidad 10.2 % VS 26.8%;  $p < 0.001$ . El tratamiento con Beta Bloqueadores resulta un Factor Protector Independiente según el análisis multivariable de regresión de Cox ( hazard ratio = 0.68; intervalo de confianza del 95% , 0.46 - 0,89;  $p < 0.001$ ). **Conclusiones:** El tratamiento con Beta Bloqueadores en los pacientes portadores de síndrome coronario agudo aun con función ventricular conservada se asocio con menor mortalidad a corto, mediano y largo plazo.

#### 0656 Insuficiencia cardiaca aguda como presentación de cardiomiopatía periparto; reporte de un caso y revisión de la literatura

Machuca M0, Centeno L1  
OSSA, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca; 11MSS, Unidad de Medicina Familiar No. 178.

**Antecedentes:** La miocardiopatía periparto se caracteriza por desarrollo de falla cardiaca durante el último mes del embarazo o un mes posterior al mismo, en ausencia de otra causa. Generalmente se presenta con disfunción sistólica y fracción de expulsión de Ventrículo Izquierdo < 45%. Su incidencia va de 1:2289 a 1:4000 nacidos vivos. La etiología es desconocida, aunque se considera multifactorial, involucrando vías que llevan a daño endotelial y disfunción miocárdica. Como factor de

riesgo se considera edad > 30 años, ascendencia africana, embarazos múltiples, historia de preeclampsia, eclampsia, uso de cocaína y terapia con terbutalina **Objetivo:** Presentar caso clínico y revisión de la literatura. **Resumen clínico:** Femenina de 29 años, sin crónico degenerativas ni antecedentes de importancia. Que en el último trimestre de su quinto embarazo desarrolla preeclampsia, motivo por el que se interrumpe vía abdominal a las 38SDG. Siendo valorada en consulta 2 semanas posteriores a evento obstétrico y es ingresada por presentar incremento gradual de disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna y edema de extremidades inferiores de 5 días de evolución. A su ingreso TA: 140/74mmHg, FC: 119 lpm FR: SaO2: con datos de dificultad respiratoria, IY de 5 cm, RHY (+), derrame pleural bilateral del 20% aproximadamente y edema extremidades pélvicas Godet +++ tercio proximal tibial. EKG: taquicardia sinusal, no isquemia, necrosis ni lesión. Exámenes sin alteraciones en la Química Sanguínea, Biometría Hemática, Función Hepática. Serologías (VHC, VHB, VIH) negativas. Se realiza Ecocardiograma Trastorácico reportando: cardiomiopatía dilatada con Fracción de Expulsión de Ventrículo Izquierdo de 39%. Por lo que se inicia manejo para Falla Cardiaca con IECA, Inotrópico, Diuréticos ahorrador de potasio y de Asa, así como



anticoagulación con enoxaparina. Se egresa paciente y se envía a rehabilitación cardíaca. En el seguimiento paciente con mejoría de Clase Funcional, actualmente en Estadio II. **Conclusiones:** La cardiomiopatía postparto es una forma rara de insuficiencia cardíaca con causa desconocida. El 20% de las mujeres mueren tempranamente (< 1 año) y sobreviven el 10% a los 2 años y 6% a los 5 años. El tratamiento a base de vasodilatadores, inotrópicos, diuréticos y anticoagulantes; en algunos casos se requiere trasplante. El tratamiento temprano mejora el pronóstico.

#### **0667 Trauma cardíaco. Reporte de un caso con secuelas en el sistema de conducción cardíaco.**

*Montes H1, Pacchiano L1, Palafox G0, González E1*

0 ISSSTE, Hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza, 1 ISSSTE, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

**Antecedentes:** La importancia del trauma cardíaco radica en su letalidad y baja incidencia. Debido a la baja incidencia, no hay muchas series de casos de esta patología. Las manifestaciones clínicas cardiológicas pueden ser variadas desde dolor torácico, síncope, tamponade cardíaco, costocondritis, bradiarritmias, ruptura septal, disfunciones valvulares, miocarditis, fibrosis endomiocárdica y pericarditis constrictiva. **Objeto**

**de estudio:** El objetivo de este caso es mostrar la evolución de una patología con de baja incidencia. Se muestra además una revisión bibliográfica. **Informe de caso:** Se trata de paciente masculino de 51 años, policía federal de profesión. Como antecedentes personales patológicos presenta trastorno de ansiedad de 5 meses de diagnóstico en tratamiento con imipramina. Inicia su padecimiento actual al realizar persecución policíaca en motocicleta cuando el paciente cae de la motocicleta y recibe traumatismo contuso en el tórax con manubrio. El paciente se incorpora y continúa persecución, sin embargo inicia sintomatología de dolor precordial de tipo opresivo intensidad 10/10, acompañado de descarga adrenérgica y vasovegetativa. Por este motivo acude a servicio de urgencias donde se documentan a su ingreso bradicardia sintomática con ritmo de la unión en electrocardiograma (FC 35 lpm) por lo que requiere manejo con soporte aminérgico en terapia intensiva. El paciente con curva enzimática para síndrome coronario agudo por lo que se ingresa a cateterismo cardíaco, el cual no muestra lesiones angiográficamente significativas. Se realiza ecocardiograma, el cual no muestra trastornos de la relajación ni disfunción valvular. **Resultados** Se egresa a paciente con cita a cardiología. Se realiza Holter por

la consulta externa, el cual muestra bradicardia sinusal de 30 lpm. En la consulta externa, el paciente refiere síncope en dos ocasiones, por lo que se coloca de marcapaso. **Conclusion:** Presentamos un caso de trauma cardíaco, el cual cursa con síndrome coronario agudo. Sin embargo, al realizarse cateterismo cardíaco el paciente no muestra lesiones ni disección coronaria. El paciente queda con secuelas y daño a nivel de sistema de conducción con bradicardia sintomática. Es posible que la etiología sea por fibrosis endomiocárdica. Reportamos un caso con afección a sistema de conducción crónica sin presentar afección coronaria o valvular.

#### **0693 Efecto de los antagonistas de receptores de mineralocorticoides sobre la presión arterial pulmonar en los pacientes con insuficiencia cardíaca**

*Cintora C*

SSA, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

**Introducción:** Los antagonistas de receptores mineralocorticoides (ARM) en hipertensión arterial pulmonar (HAP) están descritos a nivel experimental. Estos han demostrado atenuación de la resistencia vascular y disminución de la remodelación vascular pulmonar y ventricular derecha. En ensayos clínicos se ha demostrado que disminuye la presión arterial pulmonar

(PAP) cuando se administra de manera conjunta con otros tratamientos en pacientes con hipertensión arterial pulmonar e Insuficiencia Cardíaca (IC). Sin embargo, se desconoce el efecto de los ARM sobre la PAP en IC. **Objetivo:** Evaluar el efecto de los ARM sobre la PAP secundaria a IC. **Material y métodos:** Se realizó un estudio trasversal, con pacientes con diagnóstico de IC. Criterio de inclusión: mayores de 18 años con diagnóstico de IC de acuerdo con ecocardiograma. Se realizó una regresión lineal múltiple con el objetivo de evaluar el efecto de los ARM sobre la PAP. **Resultados:** Se evaluaron 615 pacientes, de los cuales 55.12 % fueron hombres, de 62.82 ± 16.17 años, las comorbilidades más frecuentes fueron; hipertensión 72.68 %, diabetes mellitus 45.37 %, dislipidemias 50.89 %, cardiopatía isquémica 34.13 % e hipertensión arterial pulmonar 90.13 %. Al evaluar el efecto de los ARM sobre la PAP se observó que por cada miligramo de ARM (espironolactona 25 mg por semana en promedio) utilizado, se reduce 0.91 mm Hg la PAP, esto ajustado por sexo, edad, dosis de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, beta bloqueadores, cardiopatía dilatada, fracción de eyección del ventrículo derecho, ángulo de fase (con bioimpedancia eléctrica por análisis vectorial). **Conclusiones:** En pacientes con Insuficiencia Cardíaca e

hipertensión pulmonar los ARM reducen de manera considerable la PAP.

#### **0701 Atrial fibrillation in a patient with albuterol-induced lactic acidosis induced by albuterol**

Reyes A

Universitario, Hospital Universitario Dr José Eleuterio González, UANL

A 59-year-old male with a 48-year history of persistent partly controlled Asthma and a recent hospitalization for asthma exacerbation, presented to the Emergency Department with 3-day history of dry cough, tachypnea, and shortness of breath and audible wheezing. He refers that only had home-based treatment and occasionally inhaled ipratropium bromide/albuterol sulfate. He reported minimal chest pain, and denied associated fever. Initially during the asthma exacerbations, he was treated with four doses of albuterol (two of 5mg, and two of 10mg) and one dosis of ipratropium/albuterol (2.5/0.5mg) delivered by micronebulizer, and intravenous hydrocortisone. After the initial management, he showed no improvement. It was also accompanied by lactic acidosis, demonstrated through arterial blood gases. During the cardiac rhythm monitorization, he suddenly develop atrial fibrillation with rapid ventricular response (Afib with RVR,

CHADS2.-VASc of 0 points and the stroke risk was 0.2%, and HASBLED risk of 0 points, risk was 0.9% [16] . Then we initiate endovenous bolus of Amiodarone dose 150mg, and infused unfractionated heparin, achieving normal heart rhythm. Echocardiogram demonstrate a left ventricular remodeling with concentric left atrium and right cavities with normal dimensions. Left ventricular ejection fraction (LVEF) of 55%, with no contractility defects. Systolic and diastolic was preserved in the right ventricle. There were no episodes of hypotension, he made a rapid recovery during this hospitalization and was discharged home days later. Hyperlactatemia that develops in patients due to salbutamol (B-adrenergic) in asthmatic patients is considered a characteristic lift of drug administration, and should not be taken as an indicator of the asthmatic severity of symptoms; however creates a paradoxical situation where the bronchodilation exist helping the initial symptoms of asthma but worse tachypnea, as a compensatory mechanism of acidosis. During acidosis and hyperlactataemia developed atrial fibrillation; there is a clear association between atrial fibrillation and acidosis due to the altered resting membrane potential in the muscle fibers. Hyperlactatemia without acidosis in a large percentage of patients in hospitalized patients with status



asthmaticus did not portend a poor prognosis.

**0706 Tromboembolismo pulmonar en el puerperio e hipertensión arterial pulmonar suprasistémica: reporte de un caso**

*Gil Velázquez, Escobar Torres, Sánchez Hernández*

IMSS, Hospital General Regional No. 25

**Objetivo:** Describir las características clínicas de hipertensión arterial pulmonar crónica en el puerperio, así como su abordaje diagnóstico. **Presentación del caso.** Femenino de 31 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal, sin antecedentes de importancia, solamente refiere disnea de grandes a medianos esfuerzos desde hace 3 años, no precordialgia, gestas 4, partos 4, último parto 14/08/14 de 40 semanas de gestación ameritando inducción del parto vía vaginal sin complicaciones siendo egresada al siguiente día. Reingresa el 23/08/14 por disnea progresiva hasta ortopnea, adicionándose precordialgia 6/10, evidenciando hipotensión 60/30, desaturación 50%, dificultad respiratoria requiriendo ventilación mecánica e infusión con norepinefrina mejorando hemodinámicamente logrando retiro de ventilador y aminas al siguiente día. Se realiza Electrocardiograma y Angiotomografía evidenciando tromboembolismo pulmonar. Se realiza ecocardiograma transtorácico reportando dilatación ventricular dere-

cha, insuficiencia tricuspídea, acinesia del septum interventricular, colapso de pared libre ventricular izquierda, presión sistólica pulmonar 140mmHg, FEVI 78%, trombo distal en rama izquierda pulmonar a 5 cm de su bifurcación, se manejó con enoxaparina, sildenafil y dobutamina por 48hrs, con adecuada respuesta. Se egresa con anticoagulación oral, enviada a hemodinámica para valoración de tratamiento quirúrgico. **Comentario.** Puede manifestarse insuficiencia cardiaca derecha por hipertensión pulmonar secundaria a tromboembolismo pulmonar crónica en el puerperio, estando indicado manejo con oxigenoterapia, aminas, anticoagulación e inhibidores de fosfodiesterasa como fue en este caso. **Conclusiones.** La mayoría de las muertes ocurren en el puerperio precoz, y en su mayoría se deben a un incremento brusco en las resistencias vasculares pulmonares, no obstante también puede manifestarse como hipertensión crónica e insuficiencia cardiaca derecha secundaria a tromboembolismo crónico en el puerperio.

**0742 Angiodisplasia intestinal asociada a estenosis aórtica**

*Mouret U, Trinidad A, Villalobos F*

SSA, Hospital de Especialidades Belisario Domínguez

El síndrome de Heyde es una asociación entre estenosis aórtica y sangrado por an-

giodisplasia intestinal. Se desconoce la incidencia ya que los casos reportados han sido aislados por la falta de conocimiento de la patología y el subdiagnóstico. Se presenta el caso de una mujer de 70 años con antecedentes personales de hipertensión, enfermedad renal crónica sin tratamiento sustitutivo de la función renal con una uremis residual de 500ml al día con diurético, así como antecedente de cardiopatía reumática, que acude a urgencias por la presencia de falla cardiaca por transgresión hídrica destacando a la exploración soplo sistólico en foco aórtico con irradiación a carótidas, así como con datos de requerimiento de diálisis en agudo, realizándose manejo avanzado de la vía aérea por fatiga muscular, se realiza ecocardiograma que reporta la presencia de doble lesión mitral y válvula aórtica calcificada y área efectiva de 0,5 cm<sup>2</sup>, se ingresa con hemoglobina de 8.8g/dl, se coloca catéter e inicio diálisis peritoneal, con mejoría clínica de falla cardiaca y renal, se logra extubación exitosa con evolución hacia la mejoría. Un día previo al egreso presenta evacuaciones de tipo melena en 6 ocasiones con disminución de niveles de hemoglobina 2 gramos sobre la basal, se realiza tomografía computarizada abdominal con contraste, endoscopia oral y colonoscopia, evidenciándose la presencia de angiodisplasia de colon transversal y proxi-

mal, con punto de sangrado en ángulo hepático por lo que se realiza manejo con láser de argón, resangrado en dos ocasiones más decidiéndose manejo quirúrgico con resección colónica de ángulo hepático con reconexión y egresando. Paciente reingresa 2 semanas después por cuadro de melena con hemoglobina de ingreso de 5.0mg/dl, se inicia transfusión así como nueva colonoscopia que muestra nuevo punto de sangrado en ángulo esplénico manejo con láser de argón, sin nuevos datos de sangrado. Se presenta el caso al servicio de hemodinamia al asociarse estenosis aórtica y sangrado por angiodisplasia intestinal realizándose valvuloplastia percutánea al no contar con cirugía de recambio valvular en la unidad, desde hace 3 meses se mantiene en consultas de seguimiento sin presentar nuevo sangrado hasta el momento actual. La importancia del caso radica en la valoración integral del paciente senil con sangrado y anemia cuyo no está claramente establecido.

**0751 En el infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST, la extensión del área de miocardio salvado y el área de la remodelación ventricular pueden predecirse en base a la expresión de los niveles séricos de PGC1-alfa**

*Almanza J, Díaz C*

Privado Ángeles Metropolitano

**Antecedentes:** El coactivador de 1 alfa del receptor activado gamma del proliferador de peroxisoma (PGC 1 alfa) es un regulador metabólico (Metabolismo Oxidativo) que se libera durante la Isquemia Miocárdica en el Infarto Agudo del Miocardio con elevación del segmento ST y hay evidencias de que previene el Remodelamiento del Ventrículo Izquierdo en "Modelos Animales". Su nivel de actividad puede estudiarse en pacientes portadores de Síndrome Coronario Agudo (SCA) del tipo del Infarto Agudo del Miocardio con elevación del segmento ST. **Objetivo:** Analizar el valor predictivo de los niveles séricos de PGC 1 alfa en la extensión del área de necrosis miocárdica y en el área de remodelamiento ventricular en los pacientes con SCA del tipo del Infarto Agudo del Miocardio con elevación del segmento ST. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, de 20 pacientes con evidencia de un primer evento de infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST, de localización anterior y con criterios de reperfusión miocárdica exitosa. Se determino la expresión de PGC 1 alfa sérica al ingreso y a las 72 horas, se evaluó su correlación con el daño miocárdico y el volumen ventricular y la función sistólica a los 6 meses. En la primera semana del evento isquémico mediante

estudio de Resonancia Magnética Cardíaca se estimó la extensión del área de edema y necrosis miocárdica. A los 6 meses se evaluó por este método el tamaño del infarto y la remodelación ventricular. Definida como el incremento > 10% del volumen telediastólico del ventrículo izquierdo. Definido como Miocardio Salvado a la diferencia entre las áreas de edema y de necrosis.

**Resultados:** Se apreció mayor área de miocardio salvado en los pacientes con expresión de PGC 1 alfa detectable al ingreso ( 19.2 % VS 4.2%) de PGC 1 alfa a las 72 horas se correlaciono con una mayor área de remodelación ventricular ( variación del volumen telediastólico del ventrículo izquierdo a los 6 meses, el 31.2% VS 1.3). **Conclusiones:** El grado de expresión basal de PGC 1 alfa y una respuesta atenuada o disminuida del sistema después del infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST se asocio con una mayor área de miocardio salvado y predijo menor área de remodelación del ventrículo izquierdo.

**0763 Evento vascular cerebral paradójico simultaneo con tromboembolia pulmonar en paciente con foramen oval permeable**

*Ramos M*

IMSS, Hospital General Regional No. 1 Dr. Carlos Mcgregor Navarro

Se trata de paciente femenino de 43 años con antecedente





de Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con Insulina NPH, Cáncer cervicouterino diagnosticado en enero 2015, reporte histopatológico de carcinoma escamoso moderadamente diferenciado infiltrante, EC 1B2, recibe 4 ciclos de Quimioterapia con Platino, con poca tolerancia, por lo que continua manejo con radioterapia externa 50 Gy en 25 sesiones. El día 29.06.15 presenta déficit neurológico por lo que acude al servicio de Urgencias donde se evidencia afasia motora y hemiparesia derecha, se realiza resonancia magnética el día 01.07.15 la cual es reportada como Evento vascular cerebral tipo isquémico en territorio de arteria cerebral media izquierda, que se acompaña de edema leve y desplazamiento de la línea media de 4 mm. El día 03.07.15 presenta disnea súbita y desaturación, con PO<sub>2</sub> de 36mmHg, por lo que se decide manejo avanzado de la vía aérea, e inicio de manejo con vasopresores por inestabilidad hemodinámica. A la exploración física sin datos de trombosis venosa profunda, Ruidos cardiacos rítmicos, desdoblamiento de 2do ruido. Se realiza TAC de tórax que reporta tromboembolia pulmonar masiva, con contraindicación absoluta

para trombolisis, por lo que se decide realizar trombectomía, encontrando en arteriograma oclusión del 90% de la arteria pulmonar derecha y oclusión segmentaria de arteria pulmonar izquierda, con mediciones de presión asistólica pulmonar de 60 mmHg, además de hallazgo por auriculografía de shunt derecha a izquierda. Se estima que en el 30% de los Eventos vasculares cerebrales isquémicos se presenta Foramen oval permeable y se asocia como factor de riesgo para accidentes cerebrovasculares criptogénicos. En un meta-análisis de 9 estudios de casos y controles que involucran 566 pacientes y 458 controles sin evento vascular cerebral, los pacientes jóvenes con EVC presentaban un odds ratio de 3,1 para foramen oval permeable. Aunque no hay un tratamiento establecido para los pacientes con Evento vascular cerebral y foramen oval permeable, las opciones terapéuticas incluyen agentes antiplaquetarios, anticoagulantes, el cierre quirúrgico, o el cierre percutáneo. En este caso la paciente contaba como factor de riesgo para tromboembolismo la neoplasia, sin embargo se presentó simultáneamente EVC y TEP masiva, y como hallazgo durante el cateterismo Foramen oval permeable.

### **0783 Desección aguda de la aorta: ¿es fácil el diagnóstico? Presentación de un caso**

*Dueñas H, Dominguez G, Bustillos M*

ISSSTE, Hospital Regional ISSSTE Monterrey.

La disección aguda de la aorta (DAAo) es una situación crítica y de rápida evolución que se manifiesta con síntomas y signos que hacen pensar en otras entidades. Se genera por una falsa luz en la capa media del vaso con un desgarro de la íntima produciendo una disección que se extiende longitudinalmente. La distensión de la falsa luz llega a producir estenosis de la luz verdadera. Las manifestaciones clínicas dependen del grado de extensión. Los antecedentes clínicos generalmente aportaran información hacia otras patologías, favoreciendo retraso en el diagnóstico y tratamiento. **Objetivo:** presentar el caso de un paciente masculino con dolor abdominal, urgencia hipertensiva, paraparesia, paraplejia inferior, y a las 24 horas datos de insuficiencia arterial aguda de ambas piernas. **Conclusiones:** la DAAo es una emergencia médica que requiere una alta presunción diagnóstica y que puede, ser confundida. Requiere alta sospecha para su diagnóstico y tratamiento oportunos.

CIENCIAS BÁSICAS

**0067 Correlación entre las concentraciones de sodio sérico y el factor de Von Willebrand en plasma de pacientes con diabetes mellitus tipo I**

Archundia I

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

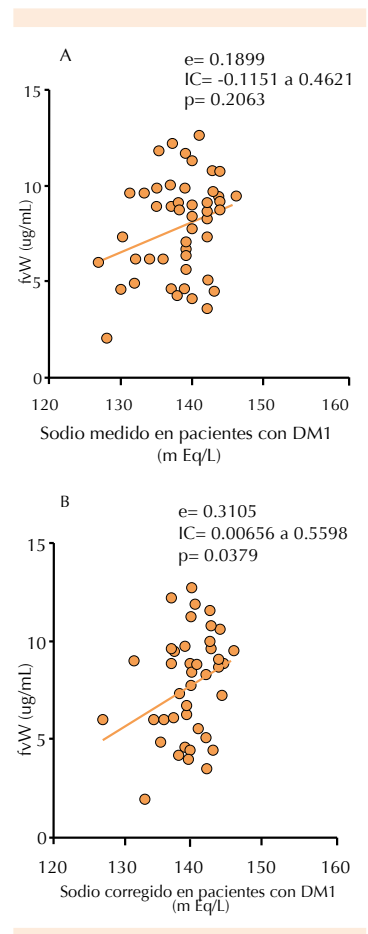
**Introducción:** en estudios en modelo de ratón, el sodio incrementa la síntesis y secreción de Factor de von Willebrand (fvW) en las células endoteliales. **Objetivo:** existe una correlación entre la concentración de sodio sérico y fvW en plasma de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) **Material y método:** en el Servicio de Endocrinología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, en los años 2013 y 2014 se realizó un estudio transversal analítico con 67 pacientes con DM1 que autorizaron su participación mediante consentimiento informado. Determinamos las concentraciones de sodio en suero por potenciometría ión específico y las concentraciones de fvW en plasma por el método de ELISA. **Resultados:** existe una correlación positiva entre la concentración de sodio corregido y fvW  $e=0.3105$ ,  $IC=0.009656-$

$0.5598$ ,  $p=0.0379$ . **Conclusión:** el sodio podría contribuir a la aterotrombosis en pacientes con DM1.

**0540 Utilidad de citocinas TH1 Y TH2 como biomarcadores de gravedad en adultos con infecciones respiratorias agudas**

Flores M0, Rosas A0, Rendon L0 0.Universitario Univeristario UANL

**Antecedentes:** Debido a la alta prevalencia de infecciones de vías respiratorias superiores en adultos y a la falta de estas escalas pronósticas, que correlacionen la gravedad de los síntomas de infecciones respiratorias agudas con niveles de citocinas séricas (tipo Th1 y Th2), se desarrolló este proyecto. **Objetivo:** Determinar el perfil de citocinas Th1 y Th2 en suero de adultos con infecciones respiratorias agudas. **Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional, comparativo, longitudinal, prospectivo, no ciego. Se calculó un tamaño de muestra (N= 50), número calculado por conveniencia. Definimos una infección respiratoria aguda como aquel cuadro clínico de duración menor de 15 días, de probable etiología viral y que cumpliera con los siguientes síntomas: Tos, rinorrea, estornudos, odinofagia, ataque al estado general o fiebre, escalofríos o cefalea. En el día 1, se recolectó la historia clínica del paciente, con previo consentimiento informado, se tomaron muestras sanguíneas para la determinación de citocinas en suero (IL-13, IL-2, IL-4, IL-5, IL-6 e IFN- $\gamma$ ) y un hisopado



**Figura 1.** Correlación entre las concentraciones de sodio sérico y el factor de Von Willebrand.



faríngeo para la determinación del virus. (Influenza A (H1, H3, 2009 H1N1), Influenza B, Parainfluenza (1-4), Coronavirus (229E, OC43, NL63, HKU1), RSV, Metapneumovirus (hMPV), Rhinovirus/Enterovirus, Adenovirus y Bocavirus). De manera que por día, hasta el día número 7 se documentó la severidad de los síntomas. Se calculó con la asignación de un puntaje, dado por el paciente, para cada síntoma (0 = nada, 1= leve 2= moderado 3= severo), con la sumatoria del puntaje de todos los síntomas, se obtuvo un puntaje que los clasificó como enfermedad leve (0-8 puntos), enfermedad moderada (9-16 puntos) y enfermedad severa (17-24 puntos). Este puntaje fue documentado por día. El día 7 se procedió a la segunda toma de muestra sanguínea para determinar las citocinas del suero (IL-13, IL-2, IL-4, IL-5, IL-6 e IFN- $\gamma$ ). **Resultados:** Se encontró que el síntoma más común de las infecciones respiratorias agudas fue la rinorrea, IL-2 e IFN- $\gamma$  se correlacionaron con mayor gravedad de los síntomas al día 7, con un nivel de significancia considerable. Pacientes con IMC por arriba de 30 no se correlaciono con mayor gravedad de la infección. **Conclusiones:** Se concluye que el perfil de citocinas tipo TH1 es el que correlaciona con gravedad de los síntomas en pacientes con infecciones respiratorias agudas.

### 0625 Análisis molecular de genotipos de *Blastocystis* sp y su asociación con el síndrome de intestino irritable, en una población rural del estado de Morelos

*Rojas L1, Moran P1, Valdez A1, Gonzalez E1, Hernandez E1, Nieves M1, Magaña U1, Partida O1, Ramiro M0, Ximenez C1*  
 O.IMSS, Unidad de Educación, Investigación Científica y Dirección de Política de Salud de Prestaciones Médicas, 1.Universitario, Unidad de Investigación de Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, campus Hospital General de México.

**Antecedentes** *Blastocystis* es un parásito, protista unicelular entérico de los seres humanos y de algunos animales. Los síntomas intestinales más comunes atribuidos a la infección por *Blastocystis* son: la diarrea y dolor abdominal; sin embargo, quizás la manifestación clínica más frecuentemente asociada a este microorganismo sea el Síndrome de Intestino Irritable (SII). A nivel mundial, se han descrito 17 subtipos de *Blastocystis* a través de la caracterización molecular del gene para la subunidad pequeña del RNA ribosomal, de los cuales solo los primeros 9 subtipos han sido identificados en aislados de humanos. La gran diversidad genética presente en *Blastocystis* sp ha dado lugar a sugerir, que su patogenicidad depende del genotipo o sub-

tipo colonizante. El objetivo de este trabajo fue analizar los genotipos de *Blastocystis* y su posible asociación al SII, en una población rural de las mujeres en Xoxocotla Morelos.

**Métodos** La caracterización molecular de los genotipos de *Blastocystis* se realizó mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), utilizando iniciadores que amplifican un fragmento de 600pb de la subunidad pequeña del 18S del RNA ribosomal y un fragmento de 561 pb del gene de propionil CoA. Los productos obtenidos por PCR fueron secuenciados. Las secuencias se utilizaron para establecer la relación filogenética entre los aislados, y la correlación entre el genotipo infectante y la presencia de trastornos gastrointestinales. **Resultados** El estudio incluyó muestras de heces de 85 mujeres. Alrededor del 50% de la población tuvo entre 13 y 25 años de edad. La prevalencia de parásitos por examen microscópico fue del 60%, y por PCR *Blastocystis* sp. se identificó en el 41%. Con base en el cuestionario de diagnóstico ROMA III para el adulto de Trastornos Gastrointestinales Funcionales (FGID), el SII no fue identificado ni en individuos parasitados o no-parasitados. Conclusiones Sin lugar a dudas la alta prevalencia de *Blastocystis* en la población fue notable; el genotipo G2 fue frecuentemente encontrado y aparentemente

no está asociado a ningún desorden gastrointestinal, a diferencia del genotipo G3, el cual, se asociado a sinto-

matología gastrointestinal. Sin embargo, no encontramos una correlación entre Blastocystis y Síndrome de Intestino Irrita-

ble. Apoyo financiero: PAPIIT, UNAM: IN226511; CONACYT: 210C01-140990 y PAPIIT, UNAM: IN218214.

## DERMATOLOGÍA

### 0020 Elefantiasis verrucosa nostra y sepsis

*Batún J, Hernández El, Olán F*  
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez, SSA

**Introducción:** la elefantiasis verrucosa nostra es una patología poco frecuente secundaria a una obstrucción linfática crónica de etiología múltiple. Se caracteriza por la presencia de deformidad, fibrosis dérmica, lesiones verrugosas y papilomatosas. Se emplea el termino nostra para diferenciarla de los trastornos linfoedematosos secundarios a filiaría. El manejo consiste en tratar la causa de obstrucción linfática y medidas para prevenir la sobreinfección. **Descripción del caso:** femenino de 35 años, con el antecedente de hipertensión arterial sistémica (HAS) y diabetes mellitus con mal apego al tratamiento, índice de masa corporal de 39.58 kg/m<sup>2</sup>. Inicia su padecimiento hace un año al presentar lesiones cutáneas en cara anterior de la tibia que progresan hacia toda la extre-

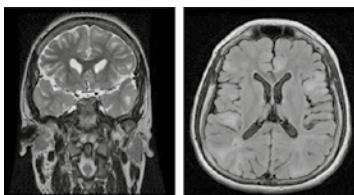
midad, aumento de volumen, cuatro días previos a su ingreso presenta exudado seroso fétido en lesiones cutáneas de extremidad derecha, fiebre, desorientación, por lo cual es llevada a hospitalización. EF mal estado general, hipotensión, taquicardia, polipneía, disnea, aumento de volumen en ambas extremidades inferiores, hiperqueratosis, presencia de placas rosadas, y lesiones verrugosas, nódulos y pápulas con aspecto empedrado a nivel de ambas piernas, con presencia de exudado seroso en extremidad derecha. Parclínicos leucocitos 20.7 x 10<sup>3</sup>/μL, neutrófilos 19.3 x 10<sup>3</sup>/μL, glucosa 285 mg/dL, PCR 19.3 mg/dL. Se realiza biopsia y toma de cultivo. Es valorada por cirugía general quien realiza amputación supracondílea de miembro pélvico derecho, para erradicar foco infeccioso. Se inicia terapia con líquidos y antibióticos, ingresa a la unidad de cuidados intensivos donde requiere de la administración de aminos vasoactivas, presenta deterioro y fallece a las 48 hrs.

El reporte histológico muestra hiperplasia pseudoepiteliomatosa, hiperqueratosis, edema y espacios linfáticos dilatados. Se recaba reporte de cultivo con desarrollo de *Staphylococcus epidermidis* y *Estreptococo beta hemolítico grupo A*. **Comentario y Conclusiones:** se realiza el diagnóstico de EVN debido a los cambios característicos de la piel, al reporte histológico y al antecedente de HAS y obesidad los cuales se relacionan con el desarrollo de esta patología. Las lesiones cutáneas de la EVN tienen alto riesgo de colonización bacteriana, especialmente en pacientes inmunocomprometidos como fue el caso de nuestra paciente.

### 0086 Enfermedad de Bourneville-Pringle con crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas como primera manifestación en paciente adulto y cuadro clínico característico.

*Rodríguez S, Martínez C, Flores P*  
Centro Médico Ecatepec, IS-SEMYM

**Descripción del caso:** masculino de 19 años, acude a consulta por crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas en 2 ocasiones, a la exploración física presenta dermatosis diseminada bilateral y simétrica que afecta todos los segmentos corporales constituida por: a) zona centro facial: neoformaciones de 3 a 5 mm de diámetro de color rojo parduzco semiesféricas de base sésil, b) espalda, zona lumbar y rodilla izquierda: manchas hipocrómicas lanceoladas de 1mm a 2.5cm, c) zona lumbar: placa de 14x7cm indurada, de consistencia firme bien limitada, d) en 4° y 5° dedo de pie izquierdo: tumoraciones filiformes de 2 mm de diámetro y 5mm a 1cm de largo duros que emergen desde el pliegue proximal del aparato ungueal. Se hace el diagnóstico de esclerosis tuberosa y se decide realizar estudios de extensión: Tomografía axial computada (Figura 1) presencia de nódulos subependimarios bilaterales, ultrasonido renal que reporta angioliipomas, electroencefalograma ondas beta y brotes paroxísticos de actividad epileptogena.



**Figura 1.** TAC de cráneo con detección de nódulos subependimarios.

**0192 Metástasis cutánea como primera manifestación clínica de un adenocarcinoma pancreático. Reporte de un caso**

*Mora L, Arellano C*

Hospital General Ticomán, SSA

**Introducción:** diversas dermatosis se asocian a la presencia de tumores primarios incluyendo el carcinoma pancreático. **Descripción del caso:** masculino de 50 años el cual inicia 2 meses previos con dermatosis localizada a cara anterior de tórax, caracterizada por un nódulo de 5 mm de diámetro con bordes eritematosos, pruriginoso e indoloro, el cual presenta crecimiento rápidamente progresivo. Se acompaña de epigastralgia y pérdida de peso. A la exploración física se observa nódulo ulcerado de 15 cm de diámetro en tórax anterior, con base necrótica y salida de material seroso, bordes eritematosos y telangetasias perilesionales. Se encuentran nódulos diseminados en cara, cuello y miembros torácicos superiores. Abdomen doloroso en hipocondrio derecho, sin visceromegalias. Se toman biopsias de las lesiones cutáneas más representativas. Por aumento del dolor abdominal se realiza tomografía axial computarizada contrastada y se reporta crecimiento de cabeza del páncreas compatible con probable neoplasia e imágenes hipodensas en hígado sugerentes de metástasis focales. Finalmente, se recibe resultado histopatológico de las biopsias

cutáneas donde se reporta adenocarcinoma moderadamente diferenciado metastásico. **Resultados** Se realiza diagnóstico de adenocarcinoma de cabeza de páncreas metastásico. **Discusión y Conclusiones:** las metástasis cutáneas (MC) abarcan un 10% de las manifestaciones clínicas de un tumor primario. En el carcinoma pancreático son poco frecuentes y generalmente se trata de una lesión en ombligo conocida como nódulo de la hermana María José. Las manifestaciones extraumbilicales son aun menos comunes. Presentamos el primer reporte de un paciente mexicano con MC como primera manifestación de un adenocarcinoma pancreático. A nivel internacional es el primer caso de cáncer de páncreas con MC localizadas en región torácica y posteriormente diseminadas. El fácil acceso al estudio de la piel y la posible trascendencia diagnóstica de sus manifestaciones obliga al médico internista a profundizar en el estudio de las múltiples dermatosis sugerentes de enfermedad sistémica.

**0302 Síndrome de Osler Weber Rendu; reporte de caso en hospital de tercer nivel**

*Cano L, Méndez A, Cobos D, Hernández M*

SSA, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Antecedentes:** Epistaxis es un signo común en la población

general, en este reporte de caso se comenta una paciente que presentó episodios de epistaxis recurrentes durante 16 años, sin etiología aparente, fue hospitalizada por cor anémico, se realizó protocolo de estudio de manera multidisciplinaria hasta llegar a el diagnóstico de Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (Síndrome de Osler Weber Rendu) Este síndrome se caracteriza por displasia de los vasos sanguíneos, es raro con una prevalencia de 1 caso en cien mil habitantes, cuenta con una gran variedad de presentaciones clínicas por lo que suele ser infra diagnosticada. Es un trastorno hereditario de comportamiento autosómico dominante, y se presenta con epistaxis recurrentes, malformaciones arteriovenosas (MAV) en piel, mucosas y órganos internos (entre los más frecuentes, cerebro, pulmones e hígado). El diagnóstico es clínico, basado en los criterios de Curaçao (2000) que incluye epistaxis recurrentes, telangiectasias, malformaciones arteriovenosas viscerales e historia familiar (de primer grado), siendo diagnóstico definitivo con más de 3 criterios presentes. **Objetivo:** Realizar el reporte de un caso de Hemorragia Hereditaria Telangiectásica en una paciente con epistaxis recurrentes. **Informe de caso:** Paciente femenina de 46 años de edad, hospitalizada por epistaxis de recurrentes y falla cardiaca crónica agudizada,

presentando durante su estancia hospitalaria 15 episodios de epistaxis sin desencadenante aparente, con presencia de telangiectasias en boca, lengua, mejillas y dedos de ambas manos, debido al antecedente de episodios de epistaxis recurrentes de 16 años de evolución y antecedentes familiares de epistaxis recurrentes, se inicia abordaje diagnóstico para HHT, realizándose endoscopia, ecocardiograma transesofágico y resonancia magnética de cráneo, evidenciando MAV cerebrales, cumpliendo con tres de los cuatro criterios diagnósticos de Curaçao, por lo que se establece el diagnóstico de hemorragia hereditaria telangiectásica. **Conclusión:** La HHT es una entidad rara con una serie de manifestaciones clínicas muy variables, que presenta como motivo de consulta más frecuente la epistaxis recurrente, dado que puede presentar complicaciones graves como hemorragias intracraneanas o abscesos cerebrales es indispensable realizar el diagnóstico temprano e instaurar el tratamiento.

#### 0345 Penfigoide ampolloso en paciente con trastorno afectivo bipolar en tratamiento con risperidona. Reporte de caso

Muñoz G,<sup>2</sup> Sánchez A,<sup>2</sup> Ruiz F,<sup>2</sup> Manrique A,<sup>1</sup> Ávila J,<sup>2</sup> Ramírez A,<sup>2</sup> Esquivel V<sup>2</sup>

<sup>1</sup>IMSS, Hospital General de Zona #3, <sup>2</sup>SSA, Hospital General de Tampico.

A:El Penfigoide Ampolloso PA es una enfermedad autoinmune adquirida caracterizada por ampollas subepidérmicas con mayor incidencia en ancianos. Su fisiopatología no es aún clara pero se ha demostrado fuerte correlación con múltiples fármacos y enfermedades psiquiátricas O:¿Hay relación de PA con enfermedades psiquiátricas y fármacos? C: Mujer de 56 años que tras ser hospitalizada por Trastorno Afectivo Bipolar en fase de manía tratada con Risperidona presenta dermatosis diseminada con tendencia a generalización respeta cara, piel cabelluda y áreas de brazos y piernas compuesta por flictenas y ampollas de contenido seroso grandes, tensas y zonas de exulceración con costras serohemáticas; mucosas y uñas sin compromiso. Corte histológico con ampolla subepidérmica. Tratada con prednisona 1mg/kg/día R: Existe relación entre PA y trastorno afectivo bipolar y el uso de neurolépticos C: El trastorno afectivo bipolar y el uso de neurolépticos son factores independientes para el desarrollo de PA.



**0462 Signos visibles de la edad asociados a cardiopatía isquémica en pacientes mexicanos diagnosticados y sometidos a cateterismo cardiaco en el Hospital Ángeles del Pedregal: Resultado preliminares**

García A0, Soto L0, Rodríguez F0, Díaz E0

0. Privado Hospital Ángeles Del Pedregal

La cardiopatía isquémica continúa siendo una de las primeras causas de muerte en población general, además de ser relacionada con la edad se ha demostrado en varios estudios que signos específicos visibles asociados con la edad, se relacionan con mayor riesgo de presentar cardiopatía isquémica. **Objetivo:** Determinar la relación que existe entre signos visibles de la edad asociados a cardiopatía isquémica en pacientes con una o más lesiones significativas comprobadas por cateterismo cardíaco. **Materiales y Métodos:** Se incorporaron 83 pacientes mexicanos de 34 a 93 años de edad con diagnóstico de cardiopatía isquémica y sometidos a cateterismo cardíaco diagnóstica y terapéutica donde se evidenciara la presencia de una o más lesiones coronarias ateroscleróticas significativas que ingresaron de forma primaria o derivados de otro centro al Hospital Ángeles del Pedregal de la Ciudad de México entre Abril de 2014 a Abril de 2015. Se realizó un estudio descriptivo, correlacio-

nal, retrospectivo realizándose un análisis exploratorio de la muestra a través del uso de porcentajes y el test de correlación de porcentajes, utilizando el test de correlación de Pearson entre la presencia de signos visibles de la edad los cuales fueron alopecia fronto temporal y coronal, pliegue del lóbulo de la oreja, xantelasma y arco corneal y su relación con la presencia de cardiopatía isquémica preexistente. **Resultados:** 83 pacientes estudiados, el 98.7% (82) presentaba por lo menos algún signo relacionado con la edad: 7.31% (6) presentaban un signo de la edad, 21.9% (18) dos signos, 23.1% (19) 3 signos, 30.4% (25) 4 signos y 17.0% (14) 5 signos de la edad. El 100% de los pacientes con lesión de 3 o más vasos (18) presentaban más de 4 signos relacionados con la edad, siendo 55.5% (10) 5 signos y 44.4% (8) 4 signos, de los pacientes que con lesión de 2 vasos (34), 11.7% (4) 5 signos, 50% (17) 4 signos y 38.3% (13) 3 signos. **Conclusiones:** Los signos visibles de la edad asociados a cardiopatía isquémica fueron frecuentes en nuestra población estudiada, encontrándose una asociación significativa. La extensión y severidad de la aterosclerosis coronaria correlaciona directamente con el número de signos visibles presentes. Los signos de la edad fueron un indicador dermatológico importante para cardiopatía isquémica deben

ser tomados en cuenta para predecir el factor de riesgo.

**0484 Lupus cutáneo discoide. Reporte de caso**

Chi S0

0.SSA Agustín O´Horán

Masculino de 45 años con lesiones en cabeza y zonas de alopecia de 10 años de evolución, sin manejo médico. Dos semanas previas al ingreso presenta cefalea occipital EVA 8/10 sin mejoría con paracetamol, presenta gingivorragia y fiebre de 38GC, sin predominio de horario, de manera ocasional. Acude a centro de salud, donde documentan bicitopenia (anemia normocítica normocromica regenerativa y trombocitopenia severa), por lo que se refiere a Hematología, donde se documenta síndrome mielodisplásico, mediante aspirado de médula ósea. Se valora por Dermatología por dermatosis diseminada a piel cabelluda, pabellones auriculares, cara, hombros, brazos y parte alta de espalda, a la exploración física presenta paniculitis, lesiones en placas con hipopigmentación central, con borde eritemato-



so, hiperpigmentado y atrofia central, se realiza biopsia. En **Laboratorios:** VSG77, C3 115, C4 17.70. Se reporta biopsia compatible con lupus cutáneo discoide y anti DNAs positivo.

**0597 Enfermedad indiferenciada de tejido conectivo con Stevens Johnson**

*Fuentes G, Hidalgo B, Pliego C, Guevara E*  
ISSSTE, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

**Introducción:** El síndrome de Stevens Johnson se caracteriza por reacciones mucocutáneas usualmente desencadenadas por fármacos principalmente e infecciones, se ha descrito la prevalencia de este síndrome hasta de un 1.2% en lupus eritematoso sistémico. En cuanto a enfermedades reumáticas aproximadamente un 25% no pueden ser diagnosticadas por su presentación pudiendo permanecer sin diagnóstico entre 5 y 10 años de seguimiento. **Presentación del caso:** masculino de 26 años, desde hace un año en estudio por esclerodermia, dolor articular en metacarpofalángicas, interfalángicas proximales, distales y carpos con relativa debilidad de los mismos, de predominio matutino con mejoría con la actividad física, a la vez refiere cambio de coloración en yemas de los dedos con dolor que se autolimita en cuestión de minutos. Ingresó por presentar meses previo a su ingreso síndro-

me ictérico, dolor abdominal difuso y diarrea. Tratado con múltiples fármacos, entre ellos antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos. Presenta úlceras en mucosa oral, piel en torso, extremidades superiores y genitales, hepatoesplenomegalia, se agregan mialgias y debilidad en brazos posteriormente disfagia para sólidos. hemoglobina 8.4g, VCM 83, complemento C3 36, C4 11.5, IgG 2470, anti DNA 233 UI/mL, antinucleares 12, factor reumatoide 9.8, anti mitocondriales (+) proteína C reactiva 2.19, VSG 17 Ecocardiograma: derrame pericárdico y PSAP 73mmHg. Tomografía de abdomen con hepatoesplenomegalia, biopsia de músculo: miositis **Discusión y Conclusiones:** presentamos un caso reto diagnóstico ya que presenta datos de esclerodermia, dermatomiositis y hepatitis autoinmune de una presentación atípica empezando por el sexo del paciente, quien a la vez presenta síndrome de Stevens Johnson el cual ya tiene en sí una prevalencia similar a la de la población general.

**0614 Síndrome de estimulación mastocitaria cutánea como manifestación de mastocitosis sistémica**

*Alvarado Romero S, Carrillo González AL, Pulido Díaz N*  
UMAE, Hospital de Especialidades, CMN La Raza

**Introducción:** La mastocitosis sistémica es una enfermedad

poco frecuente, de etiología desconocida, y de síntomas inespecíficos, se caracteriza por una proliferación y acumulación mastocitaria anormal en diversos órganos y tejidos del organismo como la piel (80%), la médula ósea y otros. Las manifestaciones clínicas son producidas por una ocupación proliferativa de mastocitos en el órgano o tejido afectado; produciendo liberación de sustancias bioactivas que tienen una acción local o distal.

**Presentación del caso:** Femenino de 33 años de edad, previamente sana sin antecedentes de importancia. Acude a valoración por antecedente de 5 meses de evolución con sensación de calor en región de cara y cuello con lesiones dérmicas en dichas regiones que se presentan diariamente y desaparecen en promedio en 40 minutos. Refiere que en periodos de estrés emocional empeoran con cefalea moderada. Fue valorada previamente en alergología con pruebas cutáneas, de alergia, parásitos, negativos. EF: TA 110/70, FR 18 x min, FC 70x min, Temp 37gds. Paciente femenino consciente, cardiopulmonar sin alteración abdomen normal, extremidades simétricas no edemas. Piel se observan lesiones dérmicas maculares, papulares y algunas telangetasias de forma evanescente, sobre una zona eritematosa en cara y cuello. **Laboratorios:** Hemoglobina 14.4g/dl, leucocitos 13800,





neutrófilos 50%, eosinófilos 5%, linfocitos 15%, plaquetas 268000, glucosa 90mg/dl, creatinina 0.7mg/dl, DHL 450U/l, determinación de triptasa sérica en dos ocasiones de 19.7 y 20.2 mcg/l. Aspirado de Medula ósea normal, Densitometría ósea densidad adecuada para la edad. USG abdominal normal. La biopsia de las lesiones mostró acumulo focal y algunos infiltrados densos multifocales de mastocitos. Se inicio manejo con cromoglicato disódico y antagonistas de histamina H1 y H2 con mejoría del cuadro dentro de los 30 días siguientes. **Conclusiones:** La mastocitosis sistémica es una entidad clínica rara con síntomas inespecíficos con lo cual es difícil de sospechar en los pacientes. El tratamiento de la mastocitosis se basa en medidas preventivas para evitar la degranulación mastocitaria como evitar temperaturas extremas o el ejercicio físico intenso, evitar ingesta de aines, codeína y sus derivados. Un año es la mediana desde el inicio de síntomas al diagnóstico. En las formas agresivas puede estar indicado el interferón o la cirugía.

### 0636 Paniculitis pancreática

Hernández B

Otra, Hospital General Naval de Alta Especialidad

La paniculitis pancreática es una enfermedad que se caracteriza por necrosis de la grasa subcutánea. Se asocia

principalmente a enfermedades pancreáticas graves como la pancreatitis aguda o crónica y el carcinoma pancreático de tipo acinar en 2 a 3%. Las lesiones cutáneas aparecen como nódulos subcutáneos eritematosos. Presentamos el caso de un paciente con paniculitis pancreática asociado a un probable carcinoma pancreático. Masculino de 45 años de edad, originario del D.F y residente del Estado de México, antecedente de hipertensión arterial de 4 años de diagnóstico en control. Acude por la aparición de nódulos eritematosos que le provocaban dolor y prurito en ambas piernas, pérdida no intencionada de peso de 13 kg en los 3 meses previos agregándose en los últimos 7 días somnolencia, fiebre de 38.3°C, hipotensión, taquicardia, taquipnea e hipoxemia. EF: TA 100/70 mmHg, FC 88 x', FR 20 x', T36°C. Despierto, consciente y orientado, con dermatosis diseminada en tronco, y las cuatro extremidades, caracterizadas por nódulos indurados eritematosos dolorosos de diversos tamaños algunos de ellos con ulceración central con exudado purulento. Lab: Leuc 13.500 x10<sup>3</sup>/uL, NT 11.2 x10<sup>3</sup>/uL, LT 0.27 x10<sup>3</sup>/uL, Bandas 14%, Hb 10.3 g/dl, Hcto. 31.%, PLT 191.000, VSG 35 mm/h, PCR 164 mg/dl, Cr 1.4 mg/dl, Urea 73 mg/dl, Gluc 114 mg/dl, BT 1.6 mg/dl, AST 109 IU/L, FA 151 mg/dl, Lipasa 15,695 mg/dl, Ami-

lasa 27 mg/dl, DHL 1739 mg/dl, Alb 2.0 mg/dl, Gasometría arterial: acidosis metabólica. Estudio Histopatológico de biopsia de piel que muestra una paniculitis lobulillar con necrosis de los adipocitos (adipocitos Fantasma). **Concluye:** Paniculitis pancreática. Concluimos los diagnósticos finales fueron sepsis grave, disfunción orgánica múltiple, lesión renal aguda, desequilibrio ácido base, paniculitis pancreática e hipertensión arterial sistémica. **Comentario:** Este caso ilustra la importancia de pensar en una paniculitis pancreática ante la presencia de nódulos subcutáneos eritematovioláceos de evolución crónica que se confirma por biopsia obligándonos a descartar una enfermedad pancreática.

### 0796 Asociación entre alopecia areata y bocio tóxico difuso

Galicia M, Vidaurri H, Melo M, Rojas F, Dominguez S

SSA, Hospital de Especialidades de la Ciudad De México Dr. Belisario Dominguez

**Introducción:** la alopecia areata es una causa común de alopecia no cicatrizal, el sitio más frecuentemente afectado es la piel cabelluda en forma de parche único o múltiples. También puede involucrar la pérdida total de pelo en piel cabelluda, (alopecia total) o la total pérdida de pelo en todo el cuerpo (alopecia universal). De todos los casos de alopecia, el 4.2 a

5.6% son totales o universales. La etiología aún no está clara, sin embargo existe una asociación significativa entre alopecia areata y trastornos tiroideos, principalmente hipotiroidismo en el 14.1%. **Informe de caso:** femenina de 18 años de edad, que inició su padecimiento a los 14 años con pérdida progresiva de pelo de la piel cabelluda, cejas, pestañas y vello corporal hasta la pérdida corporal total de pelo, por lo que acudió al Hospital Infantil de México Federico Gómez al servicio de Dermatología, iniciándole tratamiento con corticoides tópicos en piel cabelluda, sin mejoría clínica. A los 15 años, 12 meses después del inicio de la alopecia, se agregaron: ansiedad, irritabilidad, palpitaciones, disnea de medianos esfuerzos, y aumento de volumen de la región anterior de cuello. En julio del 2013, a los 18 años,

acudió a los servicios de Endocrinología y Dermatología del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez, SEDESA. Exploración física: alopecia de piel cabelluda, cejas, pestañas, vello corporal, axilar, púbico, narinas. Cuello con tiroides aumentada de volumen (el doble que el habitual) de consistencia blanda, sin nódulos, ni ganglios. Extremidades superiores con temblor fino y reflejos osteotendinosos aumentados ++++. Paraclínicos: Con el diagnóstico clínico de hipertiroidismo y alopecia areata universal se solicitó perfil tiroideo con reporte de hipertiroidismo y gamma grama tiroideo observándose bocio tóxico difuso. Evolución: en agosto de 2013: Se inició tratamiento con tiamazol 10 mg cada 8 horas y propranolol 20 mg cada 8 horas, durante 18 meses, sin respuesta clínica ni

bioquímica, por lo que se indicó administración de 20 mCi de I131, el 21 de Abril del 2015, con lo que se observó disminución del volumen tiroideo y resolución de los síntomas de hipertiroidismo. Posteriormente se inició tratamiento sustitutivo con Levotiroxina 100 µg cada 24 horas. En relación con la alopecia, se inició tratamiento con 20 mg cada 24 horas, sin mejoría. **Conclusiones:** la asociación entre enfermedad tiroidea y alopecia areata es del 18.3%. Por lo que los pacientes con alopecia areata deben recibir evaluación de la función tiroidea con exploración física dirigida y toma de perfil tiroideo con el fin de detectar incluso enfermedad tiroidea subclínica. En este caso la paciente desarrolló alopecia universal y se asoció más tarde a hipertiroidismo, lo cual ocurre en el 2.8% de los casos.

## EDUCACIÓN

### 0437 Estudio sobre inserción laboral y percepción de los egresados de la Especialidad en Medicina Interna de la Universidad de Guadalajara del Hospital Civil Dr. Juan I Menchaca

Calvo C,<sup>1</sup> Michel S,<sup>2</sup> Aguilar J,<sup>1</sup> Ramos C,<sup>1</sup> Ortiz J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitario, Hospital Civil de Guadalajara Dr Juan I Menchaca; <sup>2</sup>Universitario, Universidad de Guadalajara.

**Objetivos:** Conocer la inserción laboral de los egresados, la percepción sobre las habilidades adquiridas, el porcentaje de

titulación, el empleo y actividad actual, lo que permitirá definir las modificaciones que el programa requiera. **Material y métodos:** Se realizó un censo por vía telefónica al 80% de los egresados de la especialidad del 2009 al 2014. **Resultados:** Se incluyeron 28 sujetos, edad



promedio 29.2 años el 57.1% estaba casado, y 35.7% del sexo femenino. El 75.0% de los egresados actualmente trabaja, el 25% restante cursa otra subespecialidad. 47.6% trabaja en el gobierno y el 47.6% en empresas privadas y tiene 2.1 empleos en promedio. 38.1% tiene ingresos económicos de \$20 a \$25,000 pesos mensuales, el 28% entre \$10,000 y \$15,000 pesos, y el 9.5% más de \$40,000 pesos. 95.2% de los entrevistados indica que se desempeña en una actividad afín a su formación. 54.5% menciona que el posgrado incrementó sus percepciones económicas y 27.3% su nivel jerárquico. Solo el 4.3% desempeña o ha desempeñado

puestos administrativos de liderazgo. Ninguno ha obtenido premios o distinciones en la actividad laboral. El 46.4% realiza actividades docentes generalmente con pacientes. 71.4% de los egresados indican estar titulados y certificados por el Consejo Mexicano de la especialidad. 57.1% de los entrevistados indica que el plan de estudios cubrió sus expectativas, mientras que el 39.3% lo logró parcialmente y 3.6% no. Las principales habilidades adquiridas evaluadas con la escala del 1 (nada desarrolla) al 5 (muy desarrollada) fueron, la capacidad para solucionar los problemas 4.6, liderazgo 4.4, las más baja fue desarrollo en la investigación 2.9. La

adquisición de habilidades y conocimientos específicos fueron: Enseñanza de pacientes 4.4, coordinar otras especialidades 4.3, administración de la atención en salud 3.7. Las áreas específicas adquiridas fueron; manejo de la diabetes mellitus 4.3, hipertensión arterial 4.2, atención en el anciano 4.1. Los entrevistados evaluaron el posgrado con 8.6 de calificación en una escala del 1 al 10, los beneficios obtenidos 9.2, los conocimientos 8.9, preparación de los profesores 8.4, instalaciones 8.3, plan de estudios 7.8, pertinencia de los horarios de trabajo 7.6. 96.4% de los egresados considera que el posgrado satisface las exigencias de la práctica.

## ENDOCRINOLOGÍA

### 0040 Hipercalcemia inducida por inmovilización. Caso clínico y revisión de la literatura

Cano E,<sup>1</sup> Gonzalez A,<sup>2</sup> Castilleja F,<sup>2</sup> Hinojosa G<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital San José, ITESM

<sup>2</sup> Hospital Zambrano-Helion

**Introducción:** la hipercalcemia asociada a inmovilización fue descrita por Albright en 194; aunque recientemente poco se ha publicado en las revistas especializadas, desde entonces ha sido descrita como una

complicación en pacientes con postración prolongada, sobre todo jóvenes con inmovilización como aquellos con lesión en médula espinal. **Descripción de caso:** se trata de una mujer de 35 años sin antecedentes médicos de importancia que sufre traumatismo craneoencefálico severo como resultado de accidente al estar practicando ciclismo. Posterior al tratamiento de las lesiones neurológicas, permanece en un estado de inmovilización crónica y tras

ocho meses de estancia en terapia intensiva presenta hipercalcemia. Los niveles de calcio iónico y total elevados fueron asociados a niveles de PTHi (paratohormona intacta.) bajos, excreción de calcio aumentada. Los niveles de 25 OH vitamina D y 1,25 OH vitamina D no justifican la presencia de hipercalcemia y N-telopéptidos elevados (Cuadro 1). La función tiroidea y adrenal fueron normales. Por la ausencia de antecedentes médicos de im-

**Cuadro 1.** Parámetros bioquímicos del paciente

| Parámetro              | Resultado | Unidad     | Límite de referencia |
|------------------------|-----------|------------|----------------------|
| Creatinina             | 1.1       | mg/dL      | (0.6-1.1)            |
| Albumina               | 2.8       | g/dL       | (3.5-5)              |
| Fosfata alcalina       | 133       | U/L        | (40-150)             |
| Deshidrogenasa láctica | 170       | U/L        | (125-243)            |
| Fósforo                | 3.2       | mg/dL      | (2.3-4.7)            |
| Calcio total           | 16.3      | mg/dL      | (8.4-10.2)           |
| Calcio corregido       | 17.26     | mg/dL      | (8.4-10.2)           |
| Calcio iónico          | 2.29      | mmol/L     | (1.0-1.2)            |
| Calcio en orina 24 h   | 400       | mg         | (100-300)            |
| Paratohormona intacta  | 14.3      | pg/mL      | (15.0-68.3)          |
| 25-hidroxivitamina D   | 26.7      | ng/mL      | (> 30)               |
| 1,25-hidroxivitamina D | 5.8       | pg/mL      | (10-75)              |
| Fosfata alcalina ósea  | 17.8      | Ug/L       | (0-21.3)             |
| N-telopéptidos         | 400       | nmol BCE/L | (6.2-19)             |

portancia y la presentación aguda de la hipercalcemia, dentro de las posibilidades diagnósticas se incluyeron solo el hiperparatiroidismo primario, la hipercalcemia inducida por vitamina D y la inducida por la inmovilización. Se inició terapia de rehabilitación y se aumentó el aporte de fluidos con adición de diurético sin presentar mejoría considerable por lo que se administró una infusión de 4 mg de ácido zoledrónico. El monitoreo posterior del calcio mostró una disminución paulatina de sus valores hasta lograr valores de normalidad a los 16 días de inicio de tratamiento, y sin alteración en la función renal. Dos meses después de la normalización de la calcemia, la paciente continúa con su tratamiento de soporte sin recidiva de la hipercalcemia. **Discusión:** la hipercalcemia por inmovilización es un diagnóstico poco frecuente que se presenta con

predominio en niños o pacientes jóvenes con limitación de la movilidad en las primeras cuatro a seis semanas posteriores a la lesión-inmovilización, sin embargo puede presentarse incluso seis meses posteriores. El diagnóstico de hipercalcemia por inmovilización requiere de una evaluación exhaustiva para descartar otras causas más probables de hipercalcemia. Primero se establece la relación de la hipercalcemia con los niveles séricos de PTHi y vitamina D. En caso de sospecha clínica se deberá de descartar hipercalcemia asociada a cáncer. La presencia de niveles elevados de NTX y normales o bajos de fosfata alcalina ósea específica, confirman la pérdida ósea de calcio. El balance negativo en la formación ósea es debido al incremento en la secreción de esclerostina por los osteocitos que disminuye el estímulo de formación de hueso

al bloquear la vía Wnt-Runx2 en el osteoblasto. El tratamiento mayormente utilizado es la infusión de ácido zoledrónico, con una disminución paulatina del metabolismo óseo, la normocalcemia se alcanza generalmente a los 5 días. El denosumab, un antiresortivo autorizado para el tratamiento de osteoporosis se ha utilizado con mayor frecuencia, pero su uso se asocia a potenciales efectos adversos y hacen falta estudios para recomendar su uso de manera rutinaria.

**Conclusiones:** la hipercalcemia por inmovilización es un diagnóstico que debe tomarse en cuenta en los pacientes con inmovilidad e hipercalcemia. Niveles de calcio mayores a 13 mg/dl no descartan a la inmovilización como causa de hipercalcemia. El tratamiento de manera temprana debe enfocarse en la hidratación y el diurético de asa; en caso de no tener mejoría el ácido zoledrónico está indicado.

#### **0057 Asociación entre el índice triglicéridos/colesterol-HDL y la glucosa alterada en ayuno en pacientes normotensos con obesidad y sobrepeso**

Hernández Y

Hospital General Ticomán, SSA

**Introducción:** las concentraciones de colesterol-HDL (C-HDL), como las concentraciones de Triglicéridos (TG) en suero, están asociadas de manera independiente con



la sensibilidad a la insulina y sus concentraciones elevadas con aumento en el riesgo cardiovascular. Recientemente se ha descrito la relación entre la concentración sérica de triglicéridos (TG) y colesterol de alta densidad (HDL-C) como marcador equiparable de resistencia a la insulina, con la ventaja de ser una herramienta sencilla y ampliamente disponible. **Objetivo:** determinar la asociación entre el índice Triglicéridos/ Colesterol-HDL (TG/C-HDL) y la glucosa alterada en ayuno en pacientes con sobrepeso y obesidad con presión arterial normal. Hipótesis. El índice TG/C-HDL está asociado con la glucosa alterada en ayuno en sujetos obesos y con sobrepeso normotensos. Diseño del estudio: Observacional, descriptivo, analítico, transversal y prolectivo. **Material y métodos:** se determinó una muestra de 68 participantes, el 50% de estos presentó glucosa alterada en ayuno y el resto glucosa normal. Todos los pacientes fueron normotensos, con sobrepeso u obesidad, y se determinó la concentración sérica en ayuno de glucosa, triglicéridos séricos, y colesterol Total, HDL (High Density Lipoprotein) Y LDL (Low Density Lipoprotein). Análisis estadístico. Se utilizó estadística descriptiva para la caracterización de la población. El análisis estadístico inferencial se realizó mediante pruebas de asociación (razón de momios) y chi cuadrada para

variables cualitativas dicotómicas. Se calculó p mediante T de Student para variables cuantitativas continuas. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa con una  $p < 0.05$ . **Resultados:** se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el índice TG/C-HDL elevado y la presencia de glucosa alterada en ayuno con un valor de  $p < 0.05$ , lo cual fue confirmado con el cálculo de la razón de momios: OR = 2.77 (95% IC 1.006, 7.673), concluyendo que el índice TG/C-HDL elevado es factor de riesgo para tener glucosa alterada en ayuno. Se realizó mediante T de Student correlación y se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre la glucosa y los niveles altos de triglicéridos en hombres. **Conclusión:** a la luz de nuestros **Resultados**, es de trascendencia el manejo multidisciplinario del paciente con factores de riesgo para síndrome metabólico, y por ende, resistencia a la insulina. Incluyendo aquellos que no cumplen criterios diagnósticos para diabetes y síndrome metabólico, ya que factores como dislipidemia, estilo de vida y raza, tienen implicaciones importantes en su desarrollo.

#### **0099 Parálisis hipocalémica tirotóxica ¿una enfermedad frecuente? Serie de casos**

*Jiménez X, Liceaga G, Escobedo J*

Hospital General Regional 1, Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, IMSS

**Introducción:** la parálisis periódica hipocalémica tirotóxica es una rara y grave complicación de la tirotoxicosis, convirtiéndose en una verdadera urgencia metabólica reversible. La causa más frecuente es la enfermedad de Graves, la presentación es 20 veces más frecuente en hombres que en mujeres y el 85% de casos ocurre en jóvenes entre los 20 y 40 años, el 95% es esporádico. **Descripción de casos:** Caso 1. Masculino de 24 años, quien ingresa por cuadro de 10 horas de evolución con pérdida progresiva de la fuerza de las cuatro extremidades, imposibilidad para deambular, refiere 24 horas ingesta de alimentos copiosos. Examen físico(EF): TA 140/80, FC 97 lpm. Fuerza de 3/5 en extremidades superiores y 2/5 en inferiores, arreflexia generalizada. **Laboratorios:** K 1.9 meq/l, TSH 0.08 mg/dl, T4 16.4 mg/dl. Caso 2. Masculino 27 años, cuadro clínico de 2 meses de evolución, con mialgias con cuadriparesia flácida súbita recurrente al despertar no asociada a otros síntomas. Episodios precedidos siempre por ingesta abundante de carbohidratos, cada vez con resolución espontánea de 12 a 24 horas. EF: TA 120/85, FC 100 lpm, Fuerza 2/5 generalizada, hiporreflexia. **Laboratorios:** K 1.8 meq/l, TSH 0.04 mg/dl, T4 12.7 mg/dl. Caso 3. Masculino de 20

años, con cuadro clínico 2 horas previos a su ingreso, inicia al despertarse al intentar levantarse con caída por pérdida de la fuerza en las cuatro extremidades no asociada a ningún otro síntoma. Refiere 24 horas antes ejercicio extenuante. EF:TA 130/80, FC 100 lpm, temblor fino distal, fuerza de 2/5 generalizada, hiporreflexia en extremidades superiores y arreflexia en inferiores. **Laboratorios:** K 1.8 meq/l, Magnesio 1.6 meq/l, TSH 0.05 mg/dl, T4 18.26 mg/dl. A los 3 casos se realizó reposición de K con resolución total del cuadro y se les egreso con Betabloqueador y Antitiroideo. **Discusión:** este síndrome requiere la presencia de tres factores, el paciente debe poseer una predisposición genética, cursar con hipertiroidismo y presentar un factor desencadenante de la hipocalcemia, como se describió en estos tres casos. Los factores desencadenantes como consumo abundante de carbohidratos, ingesta de alcohol, ejercicio extenuante, trauma, cirugía, infecciones. **Conclusión:** es una emergencia médica potencialmente letal y reversible, es de vital importancia el reconocimiento precoz, ya que el tratamiento oportuno define la evolución de la enfermedad.

**0108 Modificación del porcentaje de hemoglobina glucosilada en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 al año de tratamiento según su**

**terapéutica hipoglucemiante (oral vs insulina vs ambos)**

Juárez A,<sup>1</sup> Zacarías R,<sup>1</sup> Méndez J,<sup>1</sup> Serrano R<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Dr. Manuel Gea González, SSA

<sup>2</sup> Hospital General de Zona 2-A "Troncoso", IMSS

**Introducción:** la hemoglobina glucosilada (HbA1C) se considera una excelente medida para conocer el control glucémico en los pacientes con Diabetes mellitus (DM). Su modificación en base a distintos esquemas de tratamiento farmacológico (hipoglucemiantes orales, insulina o su combinación) se ha descrito previamente; sin embargo, una gran parte de los estudios han sido elaborados con población en su mayoría caucásica, la cual difiere de la población mexicana que tratamos diariamente, pudiendo existir distintos porcentajes de modificación de la HbA1C a lo ya reportado. **Objetivo:** determinar el porcentaje de HbA1C en los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) al año de tratamiento, según su terapéutica hipoglucemiante (oral vs insulina vs ambos). **Materiales y Métodos:** estudio observacional, analítico, retrospectivo, longitudinal (antes y después). Se revisaron 122 expedientes de pacientes con DM2 atendidos en la consulta externa del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en el periodo del 1° de enero del 2009 al 1° de enero del 2014. **Resultados:**

del total de pacientes, 59% eran del sexo femenino, 38.5% se encontraban en obesidad, 64.8% con hipertensión arterial sistémica (HAS) y 84.4% con dislipidemia. A la estratificación por tratamientos, se obtuvo el 38.5% en el grupo de hipoglucemiantes orales (HGO), 11.5% en el grupo de insulinas y 50% en el tratamiento combinado. Al aplicar la diferencia de medias para la HbA1C se obtuvo para HGO: basal, 7.06±1.23% y a los 12 meses 7.00±1.84% (IC 95% -0.50 - 0.61; p=0.84) tratamiento con insulinas: basal, 8.04±2.43% y a los 12 meses 7.37%±1.37 (IC 95% -0.64 - 1.99; p=0.29) y para el tratamiento combinado: basal, 8.49±2.22% y a los 12 meses 8.01±1.70% (IC 95% 1.04 - 1.73; p=0.87) ninguno con significancia estadística. **Conclusiones:** en pacientes con DM2 se observó una tendencia a la disminución de HbA1C de 0.7% en el grupo de tratamiento con insulina, de 0.4% en el tratamiento combinado y no existió modificación en el grupo de HGO, lo anterior sin alcanzar significancia estadística. Estos **Resultados** difieren a lo reportado previamente en la literatura.

**0114 Tumor pardo mandibular como manifestación inicial de hiperparatiroidismo primario (HPP)**

Matamoros A, Rodríguez M, López R, Ramírez R, Sánchez E, Alemán D, Corral E  
Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** en el hiperparatiroidismo primario (HPP) se encuentra alterada la secreción de hormona paratiroidea (PTH), por lo que hay alteración del calcio (Ca) y fósforo (P). Su etiología más frecuente es por un adenoma paratiroideo (AP). La osteítis fibroquística (OF) es la afección ósea y se manifiesta con tumores pardos definidos como lesiones óseas focales osteolíticas derivadas de células gigantes que aparecen en cualquier pieza ósea. **Descripción del caso:** masculino, 58 años de edad, sano. Acude por pérdida de fuerza de extremidades pélvicas con múltiples caídas de su plano desde hace 40 días; con disfagia, pérdida de peso de 8kg, diaforesis y fiebre nocturna. Cavidad oral con tumor blando molar inferior izquierdo, masa dura mandibular derecha y periodontopatía. Tiroides no palpable, no adenomegalias, extremidades con fuerza 3/5 y disestesias. Creatinina 2.25mg/dL, Ca 13.5mg/dL, P 2.7mg/dL, albúmina 3.5gr/dL, fosfatasa alcalina 187U/L, PTH 1040.70pg/ml. Tomografía de cabeza y cuello: 2 imágenes ovoideas (maxilar derecho, mandíbula izquierda) delimitadas por fina cápsula hiperdensa con remodelación ósea; lesión ovoidea circunscrita paratraqueal derecho con desplazamiento de lóbulo tiroideo y tráquea. Biopsia maxilar derecha y borde alveolar inferior izquierdo: granuloma periférico de células gigantes, displasia fibrosa ósea.

Se reseca lesión paratraqueal con biopsia: AP con degeneración quística y calcificación distrófica de la pared. **Discusión:** se presenta caso de tumor pardo debutante de un HPP, se reporta actualmente la presencia de éstos en un 10 a 15% de los casos. La OF es asintomática en el 5% y en casos graves hasta el 15% de los casos, estos tumores son el primer signo bucal descritos como lesión quística definida, radiolúcida con adelgazamiento de cortical, resuelven con tratamiento quirúrgico del AP o de 3 de las 4 glándulas hiperplásicas, después de la corrección de las alteraciones hormonales y metabólicas. **Conclusión:** los pacientes con HPP no suelen debutar con manifestaciones óseas ya que son diagnosticados en un estadio temprano, por lo que es de relevancia este caso ya que estos tumores en región maxilar y mandibular no son comunes y suelen ser hallazgos radiográficos. Las manifestaciones esqueléticas son la principal causa de morbilidad asociada a esta enfermedad, por lo que es de importancia su diagnóstico oportuno.

**0116 Síndrome poliglandular autoinmune (SPA) tipo III asociado al haplotipo HLA-DQB1\*0302 en una mujer con vitíligo, hipotiroidismo autoinmune (HA), enfermedad celíaca (EC), gastritis atrófica (GA) y cáncer de mama previo**

Sepúlveda J,<sup>1</sup> Valenzuela X,<sup>1</sup> Zúñiga F,<sup>1</sup> Kleinert A,<sup>1</sup> Ocaña M,<sup>1</sup> Ramírez J<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, SSA

<sup>2</sup> Hospital Regional De Alta Especialidad Ciudad Salud, IMSS

**Introducción:** el HLA-DQB1 se ha relacionado con cáncer de mama, vitíligo, EC y otras. Reportamos un caso de SPA tipo III y cáncer de mama previo asociado a HLA-DQB1\*0302.

**Descripción del caso:** mujer de 58 años, con vitíligo desde los 30 años y cáncer de mama derecha a los 48 años. Se inició estudio por encefalopatías graves recurrentes. Del protocolo se concluyó encefalopatía hepática con hiperamonemia asociada a insuficiencia hepática inducida por radiación. Se descubrió HA y por el antecedente de vitíligo se sospechó SPA, encontrando anticuerpos (Ab) antigliadina, Ab antitransglutaminasa, Ab antifactor intrínseco y Ab anti células parietales. La biopsia gástrica reportó GA. Por la presencia de neoplasia se solicitó estudio citogenético encontrándose el haplotipo HLA-DQB1\*0302.

**Conclusión:** el SPA es un reto diagnóstico. La búsqueda intencionada de enfermedades



autoinmunes no endocrinas está justificada. La búsqueda de HLA puede estar justificada en presencia de neoplasias previas.

**0154 Síndrome poliglandular tipo IV (diabetes latente autoinmune y enfermedad de Addison). Reporte de caso y abordaje diagnóstico**

*Calzada P, Vallejo L, Reyes R, Rivera D*

Centro Médico Ecatepéc, IS-SEMYM

**Introducción:** los síndromes poliglandulares autoinmunes (SPG) se definen como la falla autoinmune de al menos dos glándulas. El tipo 4 se refiere a afección de dos glándulas sin integrarse en los 3 síndromes poliglandulares previos: Tipo 1: Candidiasis Crónica, Hipoparatiroidismo Primario, Enfermedad de Addison; Tipo 2: Insuficiencia suprarrenal autoinmune, Diabetes Mellitus Tipo 1 y Enfermedad Tiroidea Autoinmune; Tipo 3: Enfermedad tiroidea Autoinmune y otra glándula afectada, sin incluir Insuficiencia Suprarrenal Autoinmune. El reemplazo hormonal sigue siendo el pilar del tratamiento para estos síndromes para evitar complicaciones.

**Descripción de casos:** femenino de 71 años, con antecedente de Diabetes Mellitus Tipo 2 (1996) en tratamiento con insulina NPH 12-0-4 Unidades, Hipotiroidismo primario (1995) en tratamiento con Levotiroxina 75 mcg cada 24 horas, anteceden-

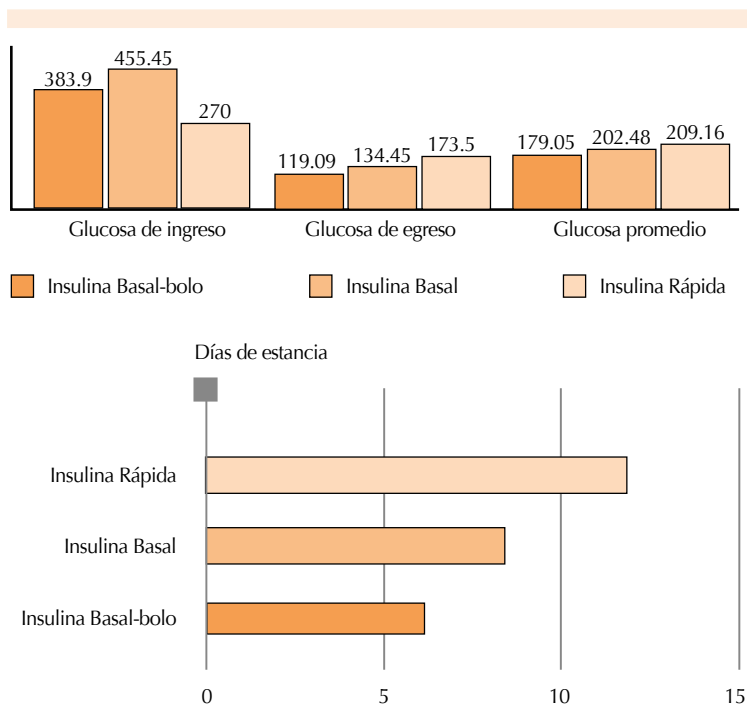
te de Tuberculosis hace 20 años; dos internamientos previos por diarrea crónica manejada con Pancreatina, Butilhisocina, Ranitidina y Gel de Aluminio y magnesio. Acude por presencia de náusea, vómito, dolor abdominal, hiponatremia e hipercalemia severa con alteraciones electrocardiográficas y diarrea crónica iniciando medidas Anticalcemia e hidratación en servicio de urgencias; ingresa a Medicina Interna con hipotensión ortostática, hipoglucemia, hiponatremia euvolemica hiposmolar, con Osmolaridad renal normal, Hiperpigmentación de pliegues en manos y axilas, hidratada y con hipercalemia a pesar de la pérdida extrarrenal de potasio. Se descarta falla renal con creatinina de 1.1 mg/dl, Hipocortisolismo, con ACTH elevada y (GTTK) Gradiente Transtubular de Potasio compatible de 3.5 compatible con Déficit de Mineralocorticoide. Mejora con la administración de Hidrocortisona 100 mg cada 8 horas y corrección de Hipercalemia, Hiponatremia, Hipoglucemia e Hipotensión ortostática. Se solicitan Anticuerpos Anti GAD 65 y Anti-21 alfa Hidroxilasa; resultando ambos positivos. Documentando Diabetes LADA (Diabetes del Adulto Latente Autoinmune) e Insuficiencia Suprarrenal Autoinmune. **Conclusión:** el conocimiento de Síndromes poliglandulares implica la sustitución hormonal oportuna y evitar complicacio-

nes metabólicas, electrolíticas o manifestaciones clínicas, que pueden complicarse al tratar de forma aislada una sola endocrinopatía.

**0164 Evaluación de esquema de insulina subcutánea escalonada contra uso de insulina basal y esquema basal-bolo en pacientes diabéticos tipo 2 no graves hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna en el Hospital General de México**  
*Álvarez F, Jaramillo E, Sánchez V*  
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, SSA

**Introducción:** esquemas de insulina rápida subcutánea se mantienen en práctica para control glucémico. **Objetivo:** comparar eficacia y rapidez de los esquemas con insulina basal, basal-bolo e insulina rápida escalonada para control glucémico. **Material y método:** estudio observacional en pacientes diabéticos no graves. Criterios de exclusión: descompensación, IRC, uso de esteroides, afección mental y embarazo. **Resultados:** 27 pacientes divididos en 3 grupos según tratamiento recibido. Las cifras de glucosa al momento del egreso mostraron mayor reducción promedio en los pacientes que fueron manejados con esquema basal-bolo en comparación con los otros esquemas, se presentó mayor tiempo de estancia hospitalaria en el grupo de esquema de insulina rápida escalonada.





**Figura 1.** Crisis de glucemias promedio durante hospitalización en relación con el tipo de esquema de insulina empleado.

Los eventos de hipoglucemia fueron registrados únicamente en pacientes con esquema basal-bolo. **Conclusión:** Se comprueba la eficacia de esquemas de insulina basal bolo para control metabólico comparado con los otros dos esquemas.

**0172 Porcentaje de control en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo a nivel de HbA1c en una unidad médica de primer nivel de atención en Petróleos Mexicanos”**

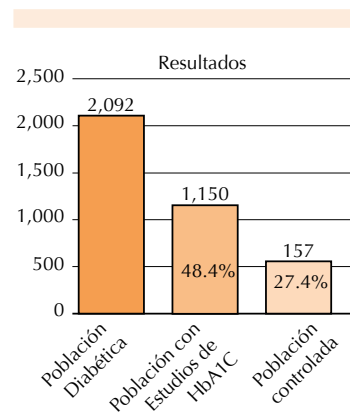
*Perez K, Segovia M, Cantu M*  
 Consultorio Tampico, PEMEX

**Introducción:** de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud

2012 (ENSANUT) existe un progreso importante en la atención de Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), con un incremento en el porcentaje de pacientes con buen control del 5.29% en el 2006 a un 24.5% en el 2012 de acuerdo al nivel de hemoglobina glicada (HbA1c).

**Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo durante el periodo de Febrero a Mayo del 2015 obteniéndose del expediente electrónico de PEMEX, la población diabética controlada definida como aquél paciente que tuviera por lo menos 1 consulta en el cuatrimestre y un nivel de HbA1c de acuerdo a edad: <65 años

HbA1c <7, >65 años HbA1c <8%. **Resultados:** de 1,150 pacientes, 557 cumplen con los criterios de buen control (27.43%). **Conclusiones:** el 27.43% de los pacientes del Consultorio Tampico de Petróleos Mexicanos, se encuentran controlados de acuerdo al nivel de hemoglobina glicada, superando el promedio de los últimos resultados de ENSANUT del 2012 (24.7%).



**Figura 1.** Control en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo a nivel de HbA1c

**0173 Prevalencia de obesos metabólicamente sanos en una unidad médica de primer nivel de atención de Petróleos Mexicanos (PEMEX)**

*Perez K, Segovia M, Cantu M*  
 Consultorio Tampico, PEMEX

**Introducción:** existe evidencia clara que un subgrupo de pacientes obesos parecen estar protegidos del desarrollo de alteraciones metabólicas, se les ha identificado como obe-

sos metabólicamente sanos (OMS). **Objetivo:** determinar la prevalencia de pacientes OMS en una unidad médica de primer nivel de atención de petróleos mexicanos (PEMEX). **Material y método:** estudio retrospectivo, descriptivo y observacional durante el periodo de Enero 2010 a Julio 2015 obteniéndose del Supervisor Nacional de los Servicios Médicos de Salud de PEMEX la población asistente al laboratorio de salud con criterios de OMS de acuerdo al Adult Treatment Panel III. **Resultados:** en dicho periodo acudieron a laboratorio de salud 2010 pacientes, 1099 padecían algún grado de obesidad (54.67%), con tan sólo 46 pacientes OMS, lo que representa un 4.18% (Figura 1). **Conclusiones:** la verdadera prevalencia de los OMS no se conoce debido a falta de consenso sobre la definición (varía de 3-57%). Es necesario estandarizar el concepto.

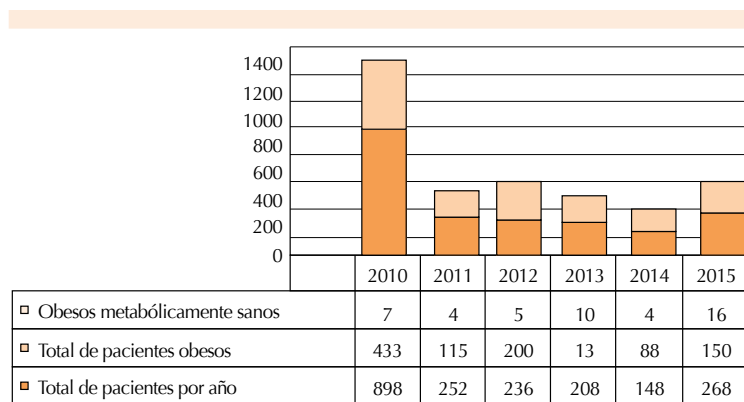
**0176 Síndrome de secreción inadecuada de hormona anti-diurética secundario a tumor neuroendocrino en mediastino de células pequeñas de alto grado. Reporte de caso**

*Ceballos D, Gold V, Ibarra D, Muñoz E, Ramírez J*

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 1 de León, Guanajuato, IMSS

**Descripción del caso:** femenino de 44 años, antecedente de Hipertensión Arterial Sistémica de 5 años de evolución en tratamiento con IECA. Inicia su padecimiento 5 meses previos con astenia, adinamia, hipoxemia, acompañado de pérdida de peso de 10 kilogramos, en este lapso; Inicia con disnea de grandes esfuerzos que de forma progresiva llega a presentarse con pequeños esfuerzos, niega ortopnea, disnea paroxística nocturna y edema de miembros inferiores. A la exploración clínica paciente con palidez de piel y tegumentos adecua-

do estado de hidratación, sin ingurgitación yugular, campos pulmonares con murmullo vesicular conservado, sin integrar síndrome pleuropulmonar, área cardiaca con ruidos cardiacos rítmicos, con soplo holosistólico mitral II/VI, que aumenta con la inspiración profunda y soplo eyectivo pulmonar II / VI sin S3, S4 o frote, abdomen asignológico, extremidades con adecuado llenado capilar, sin edemas. Laboratorios iniciales Hb: 10.3gr/dl, VCM 85.5 fl, CMH: 29.9 pg, leucocitos 3320, neutrófilos 51.8%, función renal conservada, electrolitos séricos con sodio 118.0, potasio 4.0, osmolaridad sérica 251.8mmol/l, sodio urinario 93mmol/l, osmolaridad urinaria 203mOsmol, densidad urinaria 1.010. Ecocardiograma transtorácico reportó masa mediastinal de 50x40mm a nivel de la bifurcación de la arteria pulmonar que sugiere ser de origen extravascular, condiciona compresión de ambas ramas, dilatación de la arteria pulmonar, y comprime aurícula derecha. Tomografía simple y contrastada en la cual se observa tumoración mediastinal que comprime y desplaza arterias pulmonares principales y refuerza con el medio de contraste, diámetro máximo de 10.5cm con extensión paraórtica y peribronquial izquierda. Se realiza mediastinoscopía en la cual se observa conglomerado ganglionar importante al cual se realiza biopsia con resul-



**Figura 1.** Prevalencia de obesos metabólicamente sanos



tado de neoplasia maligna de células pequeñas, azules indiferenciada, e inmunohistoquímica, tumor neuroendócrino grado III, citoqueratina AE1/AE3, sinaptofisina y cromogranina positivas en células neoplásicas e índice proliferativo Ki-67 en más de 75% de la neoplasia. **Conclusión:** el SIADH es un trastorno frecuentemente infradiagnosticado, cerca del 1-2% de los padecimientos oncológicos lo presentan siendo más frecuente en tumores neuroendocrinos, estos representan el 5% de los tumores mediastinales y del 1 al 5% de los tumores torácicos con una supervivencia a los 5 años del 67%.

**0185 Insulin lispro low mixture twice daily versus basal insulin Glargine once daily and prandial insulin lispro once daily as insulin intensification strategies in patients with type 2 diabetes: a Latin American subpopulation analysis**

*Eugenio D, Rojas A, Duan R, Gross J, Linetzky B, Martins J, Sposetti G, Stempa O, Rodriguez A*

Private Hospital

**Background/Objective:** This post-hoc analysis examined the efficacy and safety of twice-daily insulin lispro low mixture (LM25) and once-daily basal insulin glargine plus once-daily prandial insulin lispro (IGL) in a Latin American subpopulation (Argentina, Brazil, and Mexico) of participants with type 2 diabetes mellitus (T2DM).

**Material and Methods:** This phase 4, randomized, open-label, parallel-arm trial included participants aged 18 to 75 years with T2DM who were taking once-daily insulin glargine and stable doses of metformin and/or pioglitazone and had glycosylated hemoglobin (HbA1c) between 7.5% and 10.5% and fasting plasma glucose 6.7 mmol/L (121 mg/dL). Participants were randomized 1:1 to receive twice-daily LM25 (before breakfast and dinner) or basal insulin glargine (at bedtime) and IGL (before the largest daily meal) in addition to their existing dose of metformin and/or pioglitazone for 24 weeks. The primary efficacy outcome was the change in HbA1c from baseline to Week 24. **Results:** A total of 162 participants (80 LM25; 82 IGL) with a mean (standard deviation [SD]) age of 57.3 (9.0) years and body mass index of 31.3 (5.2) kg/m<sup>2</sup> were included. The mean (SD) change in HbA1c (%) from baseline was -1.5 (1.0) in the LM25 group and -1.0 (1.2) in the IGL group. At Week 24, 35.1% of participants in the LM25 group and 31.6% of participants in the IGL group achieved the target HbA1c.

**0226 Enfermedad de Kennedy (atrofia muscular espino-bulbar). Presentación de un caso**

*Delgado A, Cabrera S, Hernández P, Casillas J, Soto J, Gómez T, Sandoval N, Martín E*

Unidad Médica de Alta Especialidad 1 Bajío, IMSS

**Descripción del caso:** masculino 41 años de edad. Carga genética: HAS, DM2, AR. 2 Hermanos con infertilidad, temblor distal en reposo y atrofia muscular en extremidades superiores, inferiores y tronco. Inicia su padecimiento desde los 28 años de edad con debilidad muscular de predominio proximal con curso asimétrico, la cual se acentuaba con la actividad física extenuante, así mismo temblor fino en reposo, atrofia muscular y mioclonias de aparición espontánea en extremidades inferiores y superiores. Desde hace 3 años en protocolo de estudio por infertilidad primaria; con deterioro de la debilidad para subir escaleras de un 1er piso y deglución, con cambios de voz de tipo nasal; desde hace 1 año agregándose parestesias en miembros inferiores y zonas con alodinia. La exploración física de relevancia: paresia facial izquierda, cavidad oral con fasciculaciones linguales, Ginecomastia. Extremidades superiores hipotroficas se aprecia mayor debilidad en la musculatura proximal y en MS derecho; fuerza bilateral 4/5, REM: bicipital +, estilorradiar y tricpitar abolidos, temblor postural en manos, que desaparece en el reposo y disminuye a la acción. Extremidades inferiores con fuerza distal conservada y proximal disminuida con debilidad para levantarse de la silla, fuerza muscular bilateral 4/5, REM con hiporreflexia: patelar +, aquileo +. Zona de alodinia

en cara anterior de pierna izquierda. Marcha con aumento de la base de sustentación con discreta claudicación del lado derecho. **Laboratorios:** Colesterol Total 292 mg/dl, Triglicéridos 389 mg/dl; Perfil hormonal: FSH 2.8 mUI/ml, LH 8.1 mUI/ml, Prolactina 19.4 ng/ml, Testosterona 11.76 ng/ml (1.42-9.23), Testosterona libre 4.46 ng/dl (0.8-2.7), Estradiol 36.6 pg/ml, T4 1.19 ng/dl, TSH 2.93 µUI/ML y enzimas musculares: CPK 1486, CPK-MB 58 y DHL 592. Espermatobioscopia: azoospermia. Punción lumbar: Normal. Cariotipo: Normal. Velocidades de conducción motora normal. La EMG muestra actividad de inserción prolongada; en reposo con potenciales de fibrilación, fasciculaciones, algunas ondas positivas y descargas de patrón repetitivo en todos los músculos explorados. Resonancia magnética de cráneo y columna cervical normal. Estudio molecular por PCR el cual demostró la presencia de 54 repetidos de CAG en el exón 1 del gen AR que se localiza en el cromosoma Xq12, confirmando el diagnóstico de enfermedad de Kennedy.

**0228 Grado, comparación y resultado de insulización en pacientes atendidos en la clínica de diabetes del Hospital General Dr. Manuel Gea González SSA**  
 Torres A  
 Hospital General Dr. Manuel Gea González, SSA

**Introducción:** la Diabetes Mellitus es la primera causa de morbilidad-mortalidad en el país. **Objetivo:** determinar el grado de insulización, en una cohorte de pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. **Material y métodos:** estudio Transversal y Analítico. Información obtenida de la base de datos de los pacientes atendidos en la clínica de diabetes. **Resultados:** 234 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, El 72 % de los pacientes presentaban hipertensión y el 26% Dislipidemia. 50.4% se encuentra en tratamiento con insulina, la insulina más utilizada es la NPH 78%.32% de los pacientes se encuentran en buen control con HbA1C <7, cuando se ajustó de a la edad en pacientes >65 años tomando una HbA1C <8, se incremento el control a 42.7%, en este grupo el 42% cumple metas (Cuadro 1). **Conclusión:** el grado de insulización en nuestra muestra es superior a la media nacional, incluso a la encuesta NHANES. Existe una relación entre grado de insulización y control metabólico.

**0240 Enfermedades autoinmunes en tiroiditis de Hashimoto: frecuencia de concomitancia en una cohorte de pacientes mexicanos**

Peña I, Bravo R, Díaz A, Díaz E  
 Hospital privado Ángeles Lomas

**Antecedentes:** la asociación entre la autoinmunidad de la glándula tiroidea y enfermedades autoinmunes sistémicas y otras enfermedades órgano-específicas es clara y ha despertado interés desde hace mucho tiempo, sin embargo se modifica de país a país.<sup>1</sup> Las enfermedades autoinmunes son causa de morbilidad crónica significativa por lo que es necesario estimar frecuencias en la población para entender la importancia clínica.<sup>2</sup> En nuestro país se carece de estudios que nos reporten la frecuencia de enfermedades autoinmunes en pacientes con tiroiditis de Hashimoto. **Objetivo:** conocer la frecuencia de enfermedades autoinmunes en pacientes con tiroiditis de Hashimoto en la población mexicana de un

**Cuadro 1.** Comparación entre la población y los estudios NHANES (2010) y ENSANUT (2012)

|                            | NHANES (2010) | ENSANUT (2012) | Clínica Diabetes | Clínica Diabetes > 65 | Clínica Diabetes ajustado a la edad |
|----------------------------|---------------|----------------|------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| HbA1C                      | 52.5%         | 25.4%          | 32%              |                       |                                     |
| HbA1C                      |               |                |                  | 50%                   |                                     |
| Control adecuado           |               |                |                  |                       | 42.7%                               |
| Porcentaje de insulización | 31.9%         | 15.2%          | 50.4%            | 50%                   |                                     |



hospital privado, así como cual es la enfermedad autoinmune concomitante más común en TH y comparar estos resultados con lo publicado de manera internacional. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, en una cohorte de pacientes con diagnóstico de TH en el Hospital Angeles Lomas. Se revisaron 440 expedientes electrónicos de pacientes con diagnóstico de TH, donde se buscó adicionalmente la presencia de enfermedades autoinmunes concomitantes. Se incluyeron hombres y mujeres mayores de 16 años, con diagnóstico de TH, atendidos de enero de 2005 a mayo de 2015. Se excluyeron pacientes de cualquier edad con diagnóstico de hipotiroidismo no autoinmune. **Resultados:** se encontró otra enfermedad autoinmune en pacientes con TH en un 15.45%. La enfermedad autoinmune concomitante que más se reportó fue artritis reumatoide, en un 4.09%. Existe una mayor frecuencia de enfermedades autoinmunes en pacientes con tiroiditis de Hashimoto que en la población general, resultados muy similares con lo reportado de manera internacional.<sup>3</sup> **Conclusiones:** estos resultados confirman la tendencia de enfermedades autoinmunes de agruparse en una misma persona, apoyando a la teoría de un camino patológico en común. Podría ser clínicamente importante realizar estudios de escrutinio

en personas con TH para otras enfermedades autoinmunes.

#### **0247 Hiperglucemia en el paciente hospitalizado: comparación de tres esquemas terapéuticos**

*Quintanilla D, González J, García C, Tamez H*

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Antecedentes:** La hiperglucemia en el paciente hospitalizado no crítico se asocia a incrementos en morbilidad y estancia hospitalaria. Esquemas terapéuticos basados en insulina NPH/rápida han demostrado superioridad en control glucémico comparado con insulina rápida solo en rescates. **Objetivo:** Evaluar si diferencias en la administración de insulina NPH influyen en el nivel de control glucémico y tasa de hipoglucemias en el tratamiento de hiperglucemia hospitalaria en el paciente no crítico. **Material y métodos:** Se compararon 3 esquemas de insulina NPH/rápida fraccionando la dosis diaria de NPH en monodosis, doble o triple dosis en 81 pacientes con hiperglucemia hospitalaria persistente durante más de 24 horas. Se evaluó el nivel de control glucémico, la tasa de hipoglucemia, la dosis de insulina requerida y la adherencia a la toma de glucometrías y aplicación de insulina. **Resultados:** La edad media fue de  $58 \pm 13$  años, 52% mujeres. La estancia hospitalaria de 8 (4-36) días.

Los pacientes presentaron una evolución de la diabetes de 0-30 años. No existieron diferencias en los parámetros demográficos ni bioquímicos basales. Recibieron una mediana de 5 (2-14) días de tratamiento. No existieron diferencias en el porcentaje de glucosas en rangos meta entre los 3 grupos: 58% NPHx1, 49% NPHx2 y 51% NPHx3 ( $p=0.26$ ). 30% de los pacientes con NPHx1 presentaron hipoglucemia comparado con 11% de NPHx2 y 11% de NPHx3, presentando una tasa de 2.3% en NPHx1, 0.83% en NPHx2 y 0.69% en NPHx3 ( $p=0.12$ ). El grupo de NPHx1 requirió menor dosis promedio de insulina (0.42 U/k) en comparación a NPHx2 (0.54 U/k) y NPHx3 (0.55 U/kg) ( $p=0.017$ ). La adherencia en la toma de glucometrías y aplicación de insulina fue similar en los 3 grupos. **Conclusiones:** La administración de insulina NPH ya sea en monodosis o fraccionada en doble o triple dosis diaria no influye en el nivel de control glucémico ni en tasa de hipoglucemias en el paciente hospitalizado con hiperglucemia. Sin embargo, NPH en monodosis se relaciona significativamente con menores requerimientos diarios de insulina, a pesar de una mayor tendencia no significativa a hipoglucemia.

**0266 Osteítis fibrosa quística como manifestación inicial de hiperparatiroidismo primario. Reporte de caso**

Castro L, Velázquez T, Castro P IMSS, Hospital General de Zona 48, San Pedro Xalpa, México, DF.

**Introducción:** El hiperparatiroidismo primario es una endocrinopatía caracterizada por hipersecreción de PTH, la mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos. La enfermedad ósea en hiperparatiroidismo es descrita como osteítis fibrosa quística, esta implicación esquelética se caracteriza por una sorprendente tasa de resorción ósea osteoclástica. **Resumen:** Femenino de 54 años, antecedente de fractura radiocubital. Tiene sintomatología desde hace 4 años; dolor lumbar y de extremidades, posteriormente con debilidad muscular. Acude a consulta en el año 2012 con intenso dolor en columna y extremidades inferiores, por iniciativa propia se realiza densitometría en la que se documenta osteoporosis por lo que se inicia tratamiento con bifosfonatos por dos años, al persistir con el dolor y debilidad incluso con más intensidad, acude nuevamente a valoración donde se encuentra con limitación funcional importante refiriéndose con múltiples caídas. EF; caquética, extremidades superiores con tumoración en dedo índice derecho de 3 cm limitada a falange distal, sólida, fija, de bordes lisos, con dolor a la movilización, de igual manera con tumoración en región ante-

rior de tibia izquierda de 5 cm; sólida, fija, de bordes lisos, con fuerza 3+/5 en las cuatro extremidades, ROT's +++/++++. Laboratorio: Gluc 82, Ca 13.1, P 1.9, Mg 1.9, K 4.1, Hgb 12.5, Alb 3.9, FA 1021, Ca/Cr 0.607, RTP 73.85%. PTH 5115, TSH 5.63 T3 132 T4L 0.81, electroforesis de proteínas; NI, proteína de Bence-Jonck; negativa, SOM: Lesiones líticas en clavículas, prácticamente todas las costillas sin cortical, lesiones en sal y pimienta en cráneo, lesión en falange distal de segundo orjeo, en tibia y peroné izquierda sugestivas de tumores pardos. Gammagrama paratiroides; captación de radiotrazador anormal por debajo de polo inferior de lóbulo derecho de glándula tiroides. **Conclusión:** La incidencia de hiperparatiroidismo primario puede variar de 0.4 a 21.6 casos por 100 000 habitantes, es casi tres veces mas frecuente en mujeres. En la actualidad es detectado en fases tempranas y asintomáticos, por lo tanto las manifestaciones óseas como: Osteítis fribrosa quística y tumores pardos son extremadamente raras, ya que estas manifestaciones nos hablan de enfermedad avanzada. Se ha reportado que tienen una incidencia del 1.5-1.7%, por lo que rara vez lo encontramos como primera manifestación.

**0288 Marcadores pronóstico de rehospitalización temprana de pacientes con diabetes mellitus tipo 2**

Román L,1 Calvo C,1 Villegas G,1 Cisneros C,1 Delgado D,2 Cabrera M,1 González G3 1SSA, Departamento de Medicina Interna, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca, 2Instituto de Terapéutica Experimental y Clínica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, 3Departamento de Medicina Interna, servicio de Endocrinología, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca.

**Introducción:** En México, la prevalencia de Diabetes Mellitus (DM) es de 9.2% y 30% de los sujetos con diabetes hospitalizados, presentan dos o más hospitalizaciones. El objetivo fue establecer los marcadores pronóstico de rehospitalización temprana de pacientes con DM tipo 2 en piso de Medicina Interna. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de cohorte prospectiva dinámica desde febrero de 2015 hasta completar el tamaño de muestra. Los criterios de selección fueron diagnóstico de DM tipo 2 sin enfermedad renal terminal, edad >18 años, masculino o femenino, hospitalizados en Medicina Interna; el grupo de cohorte se agrupó en sujetos que se rehospitalizaron en Urgencias o Medicina interna, antes de 30 días de haber sido egresados, al menos 24 horas, por evento no programado; los controles fueron pareados por edad y género, considerados



como aquellos que no fueron rehospitalizados durante al menos 30 días del egreso. Se analizó la duración de la DM, estrato socioeconómico, índice de Katz, comorbilidades de Charlson, tratamiento, glucemia al egreso, hemoglobina glucosilada (HbA1c), anemia, fibrinógeno y perfil de lípidos. **Resultados:** Se ingresaron 62 pacientes, con edad media de  $63.6 \pm 13.2$  años, 40 (64.5%) masculinos. La mayor parte de las hospitalizaciones fueron por alteración neurológica (33.9%) y por etiología predominó la infecciosa (45.2%). Los pacientes con índice de Katz  $\leq 3$  tuvieron factor protector de rehospitalización (RR 0.21, IC 95% 0.06-0.73,  $p=0.01$ ), aquellos con Charlson  $\geq 4$  presentaron mayor riesgo de ser reingresados tempranamente (RR 4.28, IC 95% 1.30-14.08). El grupo control tuvo menores glucemias al egreso ( $143 \pm 13$ ) en comparación con aquellos que reingresaron ( $242 \pm 84$  mg/dL,  $p < 0.05$ ) y tuvieron un promedio de  $7.1 \pm 1.4$  días de hospitalización vs  $5.3 \pm 0.5$  días en los rehospitalizados ( $p < 0.05$ ). La duración de la DM, estrato socioeconómico, tratamiento empleado, HbA1c, anemia, fibrinógeno y perfil de lípidos no influyeron en la variable de desenlace. **Conclusiones:** Se identificaron como factores de protección aquellos pacientes autosuficientes (Katz  $\leq 3$ ) y con más días de hospitalización, probablemente por

mayor estabilización, así como mejor control metabólico; los marcadores de rehospitalización temprana fueron mayor número de comorbilidades ( $\geq 4$ ) y glucemia elevada antes de ser egresados.

### 0289 Recurrencia tumoral en pacientes adultos con craneofaringiomas

Cerda M, Vargas G, Ríos M, Martínez M

IMSS, Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI.

**Antecedentes.** El craneofaringioma es un tumor raro benigno localizado en la región selar, localmente invasivo y con considerable morbimortalidad. Aunque el pronóstico es mejor en jóvenes que en adultos (sobrevivencia del 83 al 96% vs 54 a 96% a 5 años), a largo plazo no se han encontrado diferencias importantes, con tasas de progresión y recurrencia estimada en 33% principalmente en los primeros 3 a 4 años del tratamiento quirúrgico. **Objetivo.** Describir las características clínicas y radiológicas de los pacientes con craneofaringiomas recurrentes y no recurrentes. **Material y Métodos.** Mediante un muestreo no probabilístico de casos existentes, se realizó un estudio transversal analítico con pacientes postoperados de craneofaringioma recurrentes y no recurrentes. Se incluyeron pacientes en seguimiento en la consulta externa de Endocrinología del CMN Siglo XXI, en la

ciudad de México en el período de Agosto 2014 a Agosto 2015. Se recopilaron los datos clínicos y radiológicos del expediente del paciente y se compararon las variables clínicas que se pudieran asociar a recurrencia tumoral. **Resultados.** De los 29 pacientes seleccionados se excluyeron 6 por no contar con expediente completo, del total de casos 47.8% correspondieron a mujeres. La edad promedio al diagnóstico fue de  $31.17$  años  $\pm 13.54$ . Destacó el tamaño tumoral mayor a 2cm en el 82.61% así como la localización intra y extra-selar en 60.87%. La principal modalidad de tratamiento fue quirúrgica en 65.22% y de éstos el abordaje transcraneal en 81.82%. La recurrencia tumoral se presentó en 34.78% con un tiempo promedio de recurrencia de 25.5 meses. Las principales variables con diferencia según subgrupos (no recurrente vs recurrente) fueron los niveles de colesterol total a los 5 años ( $170.1 \pm 19.8$  vs  $258 \pm 41.3$ ,  $p=0.005$ ), LDL ( $81.7 \pm 23.5$  vs  $167.2 \pm 33.3$ ,  $p=0.002$ ) y HbA1c ( $7.5 \pm 3.5$  vs  $6.7$ ,  $p=0.001$ ), así como el desarrollo de nuevo déficit campimétrico postquirúrgico (6.67% vs 62.5%,  $p=0.004$ ) y la presencia de tumor residual posterior a la cirugía (0% vs 87.5%,  $p=0.001$ ). **Discusión y Conclusión.** El 35% de recurrencia tumoral observado en nuestra serie fue similar a lo reportado en la literatura. Los

pacientes con recurrencia presentaron mayor índice de tumor residual posterior a la primera cirugía, lo cual ha sido considerado como principal factor de riesgo por algunos autores, así mismo el tamaño tumoral.

### 0295 Nivel de hemoglobina glucosilada como método diagnóstico para diabetes mellitus 2 en población del Estado de México derechohabiente del Centro Médico ISSEMYM en el periodo de enero de 2012 a mayo de 2014

Osorio A, Brea E, Acuña A, Orive J, Guevara A  
Otra, Centro Médico ISSEMYM Toluca Arturo Montiel Rojas

**Antecedentes.** Durante décadas el diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) se ha basado en la curva de tolerancia a la glucosa, método diagnóstico considerado como estándar de oro. Recientemente la Asociación Americana de Diabetes (ADA) agregó a los criterios diagnósticos la hemoglobina glucosilada (HbA1c), estableciendo como diagnóstico un nivel igual o mayor de 6.5%. Existe controversia sobre la validez de esta prueba como método diagnóstico debido a que la variabilidad en los resultados puede tener un origen étnico y el método de laboratorio no está estandarizado. Por tal motivo se inició un estudio multicéntrico (Nuevo León, Quintana Roo y Estado de México), con la finalidad de determinar el nivel de HbA1c apropiado para el diagnóstico

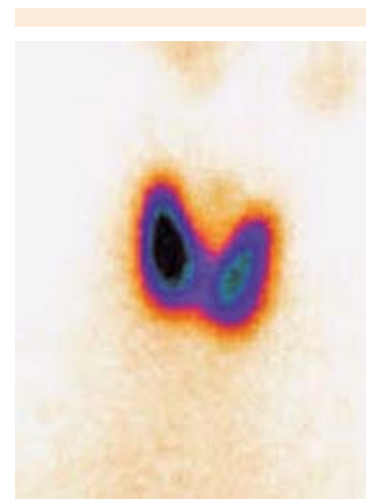
de DM en población mexicana. En este estudio se presentan los resultados del Edo de México, en población derechohabiente de Centro Médico ISSEMYM Toluca (CMI). **Métodos.** Se realizó un estudio observacional de prueba diagnóstica en CMI. Se determinó la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN para los puntos de corte de HbA1c 6.5 +/- 0.3%, tomando como estándar de oro la curva de tolerancia a la glucosa. Pacientes elegibles; ambos géneros, mayores de 18 años a quienes se les haya realizado CTG y HbA1c, sin diagnóstico previo de DM. **Resultados.** Se incluyeron 154 pacientes en el periodo de Enero 2012 a mayo 2014. El valor de HbA1c con mayor sensibilidad (62%) fue de 6.2%, el de mayor especificidad (98%) fue 6.8%, el VPP más alto (83%) se encontró en 6.7 y 6.8%, y el de mayor VPN (90%) fue 6.2%. **Conclusiones.** Los resultados de nuestro estudio sustentan la necesidad de realizar estudios más amplios y en población abierta para determinar el mejor nivel de HbA1c como diagnóstico en nuestra población.

### 0337 Parálisis tirotóxica hipocalémica secundaria a nódulo tiroideo hiperfuncionante

Cortés M, Cortés B  
Universitario, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Masculino 22 años de edad sin antecedentes de importancia. 2 semanas previas a su ingreso

con parestesias en miembros inferiores, el 31/08/2015 en forma súbita al tratar de incorporarse de la cama le fue imposible por falta de fuerza en miembros inferiores. Acude al servicio de urgencias en donde se encuentra con SV estables, FMS normales, disminución de fuerza muscular proximal en muslos 1/5, 5/5 piernas. 1/5 enantebrazos y 5/5 brazos. Sensibilidad conservada, ROTS patelar ausente al igual que bicipital. Se reportan laboratorios K: 1.5 meq/l, resto electrolitos normales al igual que BHC, TGP, TGO, CPK Y DHL. glucosa: 129 mg/dl, TSH: 0.0 mul/mL, T3T: 458 mg/dl, T3L: 6.0 pg/ml, T4T: 15.6 mg/dl, T4L: 3.1 mg/dl. Gamagrama torioideo: nódulo funcionante que abarca todo el lóbulo tiroideo derecho. Se inició reposición de potasio en infusión 10 meq/h con recuperación de integridad de la fuerza muscular 6 Hrs después de la infusión. Se pre-







cribió propranolol 20 mg VO c/8 Hrs y tiamazol 5 mg VO c/8hrs.

### 0349 Factores asociados a descontrol metabólico y adherencia a tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Maciel E, Flores J, Calvo C

SSA, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca.

**Introducción:** El descontrol metabólico y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se asoció a diferentes factores, tales como actividad física inadecuada, estado socioeconómico, depresión, ansiedad, entre otros. Se ha observado que una buena adherencia al tratamiento tiene efectos positivos en el control metabólico. **Objetivo del estudio:** Identificar los factores asociados a descontrol metabólico y adherencia a tratamiento en pacientes con DM2. **Antecedentes:** Condiciones concurrentes como, depresión, ansiedad y artritis, se encuentran en mayor proporción en las personas con DM2 que en las personas de la misma edad sin DM2 y con frecuencia complican el manejo de la diabetes. **Material y métodos:** Tipo de estudio observacional, analítico, transversal. Cuestionarios aplicados a 180 pacientes, hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de DM2 que acudían al servicio de Medicina Interna. Se evaluó el

control metabólico y la adherencia al tratamiento. Variables de estudio: sociodemográficas, antropométricas, bioquímicas, tabaquismo, actividad física, tiempo de evolución, edad al diagnóstico, complicaciones crónicas asociadas a la DM2, tipo de tratamiento, ansiedad, depresión. Sede: Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. Análisis estadístico: descriptivo con media y desviación estándar, correlaciones parciales y porcentajes.

**Resultados:** Se estudiaron 180 pacientes, de los cuales 33% hombres y 67% mujeres, edad de  $56.5 \pm 12.1$  años al momento del estudio. Tiempo de evolución de  $12 \pm 8$  años. El 31% recibía monoterapia y el resto terapia combinada. La actividad física como tratamiento no farmacológico fue de 27.8%. Retinopatía diabética 48.3%, pie diabético 7.2%, nefropatía diabética 14.4%, neuropatía diabética 30%, cardiopatía isquémica 17.8%, hipertensión arterial sistémica 56.7%, la depresión se presentó en el 60% y ansiedad en 45%; la correlación parcial con la adherencia al tratamiento y control metabólico fue significativa con una  $p=0.01$ , IC 95% y una  $p=0.04$ , IC 95% respectivamente. El descontrol metabólico, de acuerdo a la definición de la ADA, se presentó en el 76.7%, con HbA1c de  $8.7 \pm 2.1\%$ . La adherencia al tratamiento farmacológico se observó en el 65%. **Conclusiones:** Los fac-

tores asociados al descontrol metabólico y adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 fueron la edad, ansiedad y depresión.

### 0350 Vipoma pancreático con metástasis hepáticas. Presentación de un caso clínico

Soto J, Delgado A, Casillas J, Cabrera S, Martín E, Hernández P, González L

IMSS, UMAE No.1. Bajío.

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos se originan de los tejidos derivados de la cresta neural, neuroectodermo y endodermo, afectando el páncreas y el tracto gastrointestinal. El vipoma tiene una incidencia de 1 caso por 1 millón de personas, es un tumor funcional que secreta péptido intestinal vasoactivo originando un síndrome de diarrea de tipo secretora, con manifestaciones clínicas secundarias al desequilibrio hidroelectrolítico. El diagnóstico se basa: historia clínica, imagen, concentración de hormonas e histología. El tratamiento de la enfermedad localizada es su excisión y la diseminada la cirugía, quimioterapia, radionúclidos y fármacos de diana molecular. **Descripción caso:** Masculino 57 años de edad, con carga genética: HAS y DM2. Alcohólico y tabaquismo +. DM2 de 8 años de dx sin tx. Inicia su padecimiento 6 meses previos a su ingreso, con diarrea, 6 a 7 evacuaciones diarias, acuosas,

sin moco ni sangre, intermitentes, volumen de 1000 ml por día, sin ceder al ayuno; náuseas y vómitos de contenido gástrico, Con múltiples reincidencias, valorado por médico facultativo, manejado con esquemas antimicrobianos no especificados, sin mejoría. Pérdida de peso de 26 kg en 6 meses. Signos vitales: TA 100/70, FC 98; FR 18; T: 37°C. La exploración física neurológicamente íntegro, mucosas deshidratadas, buena coloración de piel y tegumentos. Cuello sin alteraciones. Cardi-respiratorio sin compromiso, Abdomen blando depresible con perístasis aumentada en intensidad y frecuencia, no dolor a la palpación no masas o megalias palpables. Al tacto rectal se aprecian heces acuosas, sin evidencia de melena o sangre fresca, próstata de consistencia levemente aumentada. Se inicia protocolo de estudio de diarrea crónica: **Laboratorios:** potasio: 2.4 mmol/l, fósforo 7.6 mg/dl, cloro 88 mmol/l, calcio 12.7 mg/dl. Coprológico: consistencia: líquida; color: amarillo, leucos: 0-1 por campo; grasa: no contiene; quistes y trofozoitos: no contiene; sangre oculta en heces: negativo. Coproparasitoscópico y Coprocultivo: negativo. Colonoscopia: Proctitis inespecífica, ileoscopia normal. TAC de abdomen: imágenes sugestivas de hígado metastásico en segmento VI. Biopsia Hepática: Neoplasia endocrina grado III (Carcinoma

neuroendocrino metastásico). Péptido intestinal vasoactivo: 105.7 pg/ml. Inmunoquímica: cromogranina A: +++; K167: +5%.

#### **0364 Alta prevalencia del alelo T del polimorfismo rs7903146 del gen TCF7L2 en personas con diabetes tipo 2 de la ciudad de Durango**

*González Á, Cháirez B, Rincónes D, Reyes M, Sierra R*  
Universitario, Departamento de Medicina Molecular, Facultad de Medicina y Nutrición.

**Introducción.** El gen TCF7L2 es el locus con la asociación más fuerte a diabetes mellitus tipo 2 (DM2) descrito a la fecha. Un polimorfismo de un solo nucleótido (SNP rs7903146, C>T) es el principal responsable de esta asociación, también relacionada a riesgo cardiovascular. La dieta mediterránea anula los efectos del alelo T, de ahí la importancia de conocer frecuencias e identificar portadores de este SNP para orientar la intervención nutricional. **Objetivo.** Determinar la frecuencia de alelos y genotipos del SNP rs7903146 del gen TCF7L2 en personas con DM2 residentes de Durango. **Métodos.** Estudio descriptivo genético-molecular que incluyó 142 mujeres y 97 hombres con DM2. La genotipificación se realizó por PCR-HRM a partir de ADN genómico de leucocitos. **Resultados.** Las frecuencias alélicas globales fueron: C,

71%; T, 29%; las genotípicas fueron: CC, 51%; CT, 38%, TT, 11%. La muestra no mostró desviación del equilibrio de Hardy-Weinberg. **Conclusión.** El alelo estudiado es de alta prevalencia, lo que remarca la importancia de la genotipificación de variantes génicas con impacto en nutrición y metabolismo, para intervenciones alimenticias mejor dirigidas. Lo anterior contribuiría a disminuir los problemas de salud asociados a DM2 y otros padecimientos relacionados.

#### **0366 Niveles de transcripción del gen del receptor del péptido semejante a glucagón GLP1R en distintos órganos y tejidos**

*González Á,<sup>1</sup> González Á,<sup>2</sup> Reyes M<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universitario, Departamento de Medicina Molecular, Facultad de Medicina y Nutrición, <sup>2</sup>Privado, Clínica Los Ángeles.

**Introducción.** El uso cada vez mayor de análogos de GLP1 (exenatida, liraglutida, etc.) para diabetes tipo 2 amerita de estudios sobre la expresión del gen GLP1R, codificante del receptor del péptido semejante a glucagón, blanco de los análogos de GLP1, que se expresa en distintos tejidos. **Objetivo.** Analizar por minería de datos la expresión a nivel transcripcional y el estado funcional de la cromatina del gen GLP1R en distintos órganos y tejidos. **Métodos.** En la base



del Roadmap Epigenomics Project, que incluye 22 órganos y tejidos, se analizaron datos de secuenciado de ARN, así como de estado funcional y epigenético de la cromatina. **Resultados.** El gen GLP1R se expresa mayoritariamente en islotes pancreáticos y aurícula derecha, seguidos de ventrículo derecho, izquierdo e intestino. El análisis del estado funcional y epigenético de la cromatina fue concordante con los datos de secuenciado de ARN. **Conclusión.** Los principales sitios de transcripción de GLP1R son los islotes pancreáticos y la aurícula derecha; amerita de estudiarse la concordancia de la transcripción con la presencia del receptor, los efectos sistémicos de los análogos de GLP1, y el papel de este receptor en sitios de alta expresión poco estudiados a la fecha, como la aurícula derecha.

### 0367 Metilación del sitio promotor del gen del receptor de vitamina D (VDR) en pacientes con diabetes tipo 2 y personas sanas

González Á,<sup>1</sup> Rincones D,<sup>1</sup> Reyes M,<sup>1</sup> Sierra R,<sup>2</sup> Cháirez B<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Universitario, Departamento de Medicina Molecular, Facultad de Medicina y Nutrición,  
<sup>2</sup>Privado, Departamento de Medicina Molecular, Facultad de Medicina y Nutrición.

**Antecedentes.** Se ha descrito metilación alterada del ADN en los islotes pancreáticos,

incluyendo genes asociados a diabetes tipo 2 (DM2) como FTO, TCF7L2 y PPARG. El receptor de vitamina D es un factor de transcripción asociado a DM2 y su gen codificante (VDR) tiene sitios potenciales de metilación en su promotor, lo cual perturbaría los efectos de la vitamina D. No hay estudios acerca de modificaciones epigenéticas de VDR en DM2. **Objetivo.** Determinar si existe metilación diferencial del sitio promotor del gen VDR entre pacientes con DM2 y personas sanas. **Métodos.** Diseño de estudio de casos y controles pareados por edad y sexo. Se incluyeron cinco participantes por grupo. Se aisló ADN genómico a partir de leucocitos y se amplificó por PCR un fragmento de 131 pb del promotor de VDR. La temperatura de disociación de las cadenas del fragmento amplificado (Tm) se determinó por fundido de ADN de alta resolución. **Resultados.** La mediana de edad en el grupo de casos fue de 55 años y en el de controles de 56. La amplificación por PCR fue muy específica. Se encontró tendencia a mayor grado de metilación en el grupo de casos, ya que la media de Tm para este grupo fue de 89.98 °C y para el grupo de controles de 89.77 °C (p = 0.075). **Conclusiones.** El resultado sugiere mayor grado de metilación del gen VDR en pacientes diabéticos, por lo que, dada la importancia de la vitamina D en el metabolismo,

el tópico amerita de estudios con muestras más grandes y el estudio específico de los sitios metilados. **Palabras clave.** Epigenética, Vitamina D, VDR, DM 2.

### 0372 Síndrome poliglandular autoinmune tipo II (síndrome de Schmidt): enfermedad de Addison y tiroiditis de Hashimoto asociados a vitíligo

Aquino J, Rodríguez E, Urbina A, Ramírez L, González A, Zaccarías R  
 SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

**Antecedentes:** Los Síndromes Poliglandulares Autoinmunes (SPA) son endocrinopatías raras donde coexisten al menos dos enfermedades glandulares autoinmunes. **Caso:** Mujer de 61 años de edad, quien en julio de 2015 acudió a Urgencias con hipotensión arterial (85/50 mmHg) e hiponatremia. Se encontró dermatosis diseminada bilateral y simétrica con manchas acrómicas irregulares e hiperpigmentación generalizada marrón oscuro. Laboratorios con sodio 121 mEq/L, potasio 4.7 mEq/L, TSH 9.21 mUI/L, FT4 1.13 ng/dL (0.54-1.64), TPOAb 285.4 UI/mL (0.01-5.61) y cortisol 0.23 mcg/dL (8.7-22.4). **Discusión:** El SPA tipo II (Síndrome de Schmidt) es el más frecuente y se caracteriza por insuficiencia suprarrenal (enfermedad de Addison) con por lo menos otra alteración endócrina autoinmune (tiroidi-



tis de Hashimoto y/o diabetes mellitus tipo 1). La asociación con vitiligo es extremadamente infrecuente. Aunque los SPA son raros se deben de sospechar al diagnosticar dos o más endocrinopatías simultáneas.

### 0377 Uso de escalas de Apache II, SOFA, PCRYVSG al ingreso a la unidad, como predictores de deficiencia de vitamina D en pacientes críticamente enfermos en la unidad de terapia intensiva del Hospital San José Tec

Fonseca S,<sup>1</sup> Teijeiro R,<sup>2</sup> Sánchez V,<sup>2</sup> Rangel I<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SSA, Hospital San José, Tec de Monterrey, <sup>2</sup>Privado, Hospital San José, Tec de Monterrey, <sup>3</sup>Privado, Hospital San José, Tec de Monterrey

**Antecedentes:** Se han documentado altas prevalencias de deficiencia de vitamina D en la población hospitalaria, la deficiencia se ha asociado con

peores desenlaces en pacientes críticos. Los costos del estudio y la falta de estandarización hacen que la determinación del estatus de Vitamina D no esté al alcance de todos en México.

**Objetivo de estudio::** Analizar la utilidad de las escalas, APACHEII y SOFA, así como de los marcadores de inflamación PCR, VSG, como predictores de deficiencia de Vitamina D al ingreso a la UTIA, como objetivos secundarios se analizó la incidencia acumulada de deficiencia de vitamina D en UTIA, la severidad de la deficiencia de Vitamina D y sus relación con los días de estancia intrahospitalaria. **Material y métodos:** Este fue un estudio observacional, longitudinal, analítico, prospectivo de casos y controles, donde se reclutaron 46 pacientes de la UTIA entre Enero y Julio del 2014. Se determinó PCR, VSG, APACHEII y SOFA, al ingreso, y a las 24 horas se solicitaron los niveles de 25-hidroxivitamina

D, se dividió a los pacientes en dos grupo uno conformado por los pacientes mayores de 18 años con Niveles de Vitamina D que los clasificaban como suficientes y otro en conformado por los pacientes clasificados como insuficientes y deficientes, se comparó la utilidad de las escalas previamente mencionadas y los marcadores de inflamación para predecir la deficiencia de Vitamina D y se siguió a los pacientes hasta el egreso. **Resultados:** Las escalas de severidad APACHEII, SOFA y los marcadores de inflamación PCR y VSG no fueron de utilidad para predecir la deficiencia de vitamina D al ingreso a la UTIA. Al dividir a la población por grupos de deficiencia al ingreso, únicamente se encontró diferencia significativa en el tiempo de estancia intrahospitalaria ( $p = 0.024$ ), siendo esta superior en pacientes con deficiencia severa contra los otros grupos de pacientes, la incidencia de deficiencia de vitamina D a las 24 horas y fue superior al 80% en la población estudiada. **Conclusión:** Se encontró una alta incidencia de Deficiencia de Vitamina D, y una asociación significativa en relación a mayor tiempo de estancia hospitalaria lo cual justifica el considerar hacer la determinación de 25-OHVD en los pacientes críticamente enfermos un estándar de atención que debería implementarse en nuestra UTIA.



#### 0405 Factores que influyen en el mal apego al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2

Vélez C, Lavalle F, Violante J, Sánchez M, Villarreal J, Galarza D  
Universitario Hospital Universitario Dr. José E. González.

**Introducción.** En México existen 6.4 millones de personas con diabetes, solo un 25% se encuentran en control. Uno de los principales motivos es la falta de apego a tratamiento. En este trabajo se buscaron variables que influyen en el apego a tratamiento de la Diabetes mellitus tipo 2 (DM2). **Material y Métodos.** Se analizaron 277 pacientes de la consulta de Endocrinología y Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. José E. González. Criterios de inclusión: > de 30 años, diagnóstico DM2, no hepatopatía o cáncer, HbA1c < 12.5%; Criterios de exclusión: DM tipo 1, embarazo, trastorno psiquiátrico o negarse a participar. Se realizó historia clínica + somatometría, se aplicó cuestionario de apego al tratamiento (Morisky Green) consistiendo en 4 variables dicotómicas (Si/No), determinando apego si se responde en el siguiente orden : NO/SI/NO/NO. Se tomó Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) por punción venosa periférica; analizándose por intercambio de iones por cromatografía líquida de alta presión (Bio-Rad Laboratories). Se realizó Análisis sociodemográfico mediante

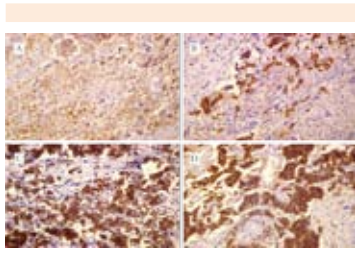
estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y de dispersión. Para la obtención de resultados, se realizó un análisis de regresión logística uni y multivariado considerando P significativa < 0.05. Se utilizó SPSS versión 17. **Resultados.** La media de edad fue de 55.3 ± 10.4 años, predominio de sexo femenino; 84.8% presentaba alguna comorbilidad, siendo las más prevalente Hipertensión (50.4%) y Obesidad (40.4%). La media de tiempo de evolución de la DM2 fue de 10 ± 7.3 años. Un 46.2% presentaban complicaciones crónicas con la neuropatía periférica como las más frecuente en 38.6%; el promedio de HbA1c fue de 8.4 ± 1.95 %. Se demostró que 62% tenía Mal apego a tratamiento, siendo factores para esto Obesidad (P=0.031) y presencia de complicaciones crónicas (P= 0.05), neuropatía (P= 0.008), nefropatía (P= 0.015 demostrándose de manera objetiva al obtener en la población con mal apego a tratamiento un resultado mayor de HbA1c (P= 0.034). **Conclusiones.** En este estudio se concluye que existe una relación entre falta de apego a tratamiento y la presencia de Obesidad así como complicaciones crónicas de la DM2; de ahí la importancia de un adecuado manejo integral del paciente, así como de sus complicaciones, reflejándose esto en un mejor apego al tratamiento y por consecuencia un mejor control.

#### 0446 Síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética asociado a un carcinoma neuroendocrino del canal anal: Informe de un caso.

Cómez P0, García A0, Félix J0, Cortés S0, Martínez A0, Rodríguez F0

0.Privado Hospital Ángeles del Pedregal

Los tumores neuroendocrinos (TNE) comprenden una variedad de neoplasias provenientes de células neuroendocrinas de diversos sitios anatómicos; pueden manifestarse como diferentes síndromes clínicos paraneoplásicos. El objetivo de este reporte es destacar la importancia de la asociación entre un TNE y un síndrome paraneoplásico. Femenino de 62 años que ingresa por confusión, síndrome diarreico, dolor y distensión abdominal. Se diagnóstica síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética. Se realizan estudios complementarios evidenciándose una lesión en canal anal mediante colonoscopia. La biopsia fue consistente con un TNE poco diferenciado (Figura 1). Estudios de imagen posteriores descartaron metástasis y se inició tratamiento con quimioterapia. El abordaje de diagnóstico y terapéutico de los TNE requiere un enfoque multidisciplinario; es necesaria una evaluación integral para un diagnóstico y un tratamiento oportunos debido a su agresividad y a su pronóstico poco favorable.



**Figura 1.** Inmunohistoquímica del tumor de canal anal, compatible con carcinoma neuroendocrino poco diferenciado positivo para cromogranina **A**), sinaptofisina **B**) factor de transcripción tiroideo 1 **C**) y citoqueratina 7 **D**).

#### 0454 Hipercalcemia maligna: síndrome paraneoplásico relacionado con tumor ovarico

Vélez CO, Nacianceno JO, Villareal MO

0.Universitario Hospital Universitario Dr. José E. González

**Introducción:** La detección de hipercalcemia en pacientes con cáncer indica mal pronóstico, con mortalidad hasta del 50%. Existen diferentes tipos de hipercalcemia relacionado con cáncer, la más frecuente es la hipercalcemia humoral con frecuencia de 80%; este tipo se relaciona con la proteína relacionada a hormona paratiroidea (PTHrP) compartiendo 60% de homología con la hormona paratiroidea (PTH) y uniéndose a un receptor común provocando elevación del calcio sérico por medio de la resorción ósea activando los osteoclastos y a través de un aumento de la expresión del activador de receptores de osteoblastos del factor nuclear del ligando kB (RANKL). Descripción del caso Femenino de

55 años, antecedentes diabetes mellitus 2, tratamiento con metformina; resto negativos. Antecedentes Ginecoobtétricos: Gesta 5, Partos 5; Menopausia a los 50 años; dispositivo intrauterino insitu. Inicia con dolor abdominal intenso, cuadrante inferior izquierdo (CII) asociado con náusea y vómito, pérdida de peso de 5 kg en 3 semanas agregándose estreñimiento. Al examen físico, signos vitales normales, abdomen doloroso con masa palpable en CII consistencia pétre, no móvil, diametro 10 x 6 cm. Exploración neurológica normal. Paraclínicos: Nitrógeno de la urea 29, creatinina 1.3, albúmina 3.2, Calcio 14.5, calcio corregido 15.1. Se toma PTH < 3 pg/ml; se toma PTHrP con valor > 50 pg/ml. Se realiza TAC de pelvis observandose masa heterogénea, 15 x 8 cm con metástasis a ganglios pararárticos. Antígeno Ca-125 43.2 U/ml. Se inicia Hidratación intravenosa con salina a 200 ml/hr; cumpliendo diuresis de 1 ml por Kg. En 48 hrs el calcio disminuye a 10 mEq/L. Se realiza Histerosalpingooferectomía bilateral reportando Carcinoma seroso de alto grado. La paciente presenta mejoría clínica y se decide manejo ambulatorio.

**Conclusión:** La hipercalcemia humoral no es una entidad infrecuente en su relación con malignidad teniendo esta una alta mortalidad. Se debe monitorizar estrechamente el calcio sérico, ya que pue-

de tener consecuencias leves como estreñimiento y mareos tanto fatales como coma y arritmias. Se debe conseguir un adecuado estado de volemia para promover la calciuresis, siendo esto el tratamiento angular seguida de bifosfonatos si no se consigue un adecuado control. Es importante descartar en un paciente con cáncer hipercalcemia maligna como síndrome paraneoplásico para su oportuno manejo.

#### 0458 Síndrome de Cushing por adenoma suprarrenal secretor de cortisol independiente de ACTH como causa de hipertensión arterial secundaria: Revisión de la literatura a propósito de un caso

Gómez BO, Cedillo JO, Palma RO, García AO, Rodríguez FO, Díaz EO

0.Privado Ángeles del Pedregal

Se trata de un hombre de 45 años con carga genética para diabetes mellitus, índice tabáquico de 15 paquetes/año, consumo de alcohol 2 veces por semana sin llegar a la embriaguez, ejercicio cardiovascular diario durante 1 hora, alérgico a sulfas y azitromicina, hipertensión arterial de 3 años de diagnóstico en tratamiento con olmesartan. Inicia 10 días previos a hospitalización al presentar cefalea holocraneana 6/10 pulsátil, sin predominio horario, no asociada al reposo o al esfuerzo, se automedica con Ibuprofeno sin mejoría,

presenta aumento progresivo de volumen en miembros pélvicos, torácicos y palpebral bilateral, así como plétora facial, se documenta cifras de presión arterial elevadas. Es hospitalizado para estudio, a su ingreso presenta leucocitosis de 16.7 con neutrofilia 80/20%, hipoalbuminemia de 3. Por persistencia de hipertensión hasta 213/130mmHg, se maneja con nitroglicerina en infusión y amlodipino, presenta hipoalbuminuria y proteinuria en rangos no nefróticos, se descarta origen renal y se realizan estudios de escrutinio en donde destaca cortisol elevado sérico y en orina (180 y 2141 respectivamente) Hormona adenocorticotropa (ACTH) negativo. Se realiza Tomografía en donde se identifica masa suprarrenal. Se hace diagnóstico de adenoma suprarrenal secretor de Cortisol, independiente de ACTH. El Síndrome de Cushing (SC) comprende un extenso grupo de signos y síntomas que se presentan como producto de una exposición crónica, excesiva y sistémica al efecto glucocorticoide del cortisol. Como consecuencia de ésta exposición se presenta una pérdida del sistema de retroalimentación del eje Hipotálamo - Hipófisis - Suprarrenales y del ritmo circadiano normal de secreción de cortisol. La mayoría de los SC por secreción endógena se relaciona con una excesiva producción de ACTH, siendo más frecuentemente por un adenoma hipofisiario. Es

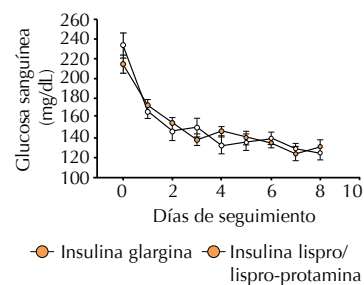
mucho menos frecuente que el SC endógeno sea por adenomas suprarrenales hiperfuncionantes o hiperplasia/displasia suprarrenal bilateral, Aproximadamente el 80% de los casos se debe a tumores secretores de ACTH y el 20% de los casos restantes son independientes de secreción de ACTH. El diagnóstico definitivo del SC consiste en confirmar bioquímicamente el hipercortisolismo y determinar su etiología, la medición de cortisol libre en orina de 24 horas tiene especificidad del 98% y sensibilidad del 100%.

#### 0468 Insulina lispro/lispro-protamina 25/75 contra glargina para el manejo de pacientes hospitalizados con diabetes tipo 2

0.IMSS Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza; 1.Otra Laboratorio de Medicina de la Conservación, Escuela Superior de Medicina, IPN; 2.Otra Instituto de Ciencias Biológicas, IPN

**Antecedentes:** No hay estudios que investiguen el uso de una premezcla de insulina análoga en el ámbito hospitalario. **Objetivo:** Comparar la eficacia del tratamiento con una premezcla de insulina análoga (insulina lispro/lispro-protamina 25/75, LP25/75) con el régimen basal-plus con insulina glargina en pacientes hospitalizados con diabetes tipo 2 (DT2). **Material y métodos:** Se condujo un ensayo clínico en 54 pacientes hospita-

lizados con DT2 y más de 140 mg/dL que fueron aleatorizados a recibir insulina LP25/75 o glargina. En ambos grupos, se administró insulina lispro de corrección antes de los alimentos. **Resultados:** La mejoría en el control glucémico fue similar en ambos grupos sin diferencia en el promedio de glucosa durante el seguimiento (Figura 1). No hubo diferencia en la frecuencia de hipoglucemia ( $P=0.529$ ). **Conclusión:** El uso de una premezcla de insulina análoga es tan eficaz y seguro como el régimen basal-plus para lograr el control glucémico.



**Figura 1.** Comparación en la concentración de glucosa durante los días de seguimiento de ambos grupos (media  $\pm$  error estándar).

#### 0482 Seguridad cardiovascular de liraglutida: Meta-análisis de eventos adversos cardiovasculares mayores en los estudios de obesidad y diabetes tipo 2

Liceaga G0, Poulter N1, Bain S2, Caterson I3, Gross J4, Hatch J5, Salisbury A6, Jensen C7, Osorto C8, Marso S9

0.IMSS Hospital Dr. Carlos McGregor Sánchez, IMSS; 1.Otra

Imperial College London, UK; 2.Otra Swansea University, Swansea, Wales, UK; 3.Otra University of Sydney, Sydney, Nsw, Australia; 4.Otra Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, Rs, Brazil; 5.Otra Cardiovascular Institute Of North Colorado, Banner Health, Loveland, Co, Usa; 6.Otra Saint Luke's Mid America Heart Institute, Kansas City, Mo, Usa; 7.Otra Novo Nordisk A/S, Søborg, Denmark; 8.Otra Novo Nordisk Mexico; 9.Otra University Of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, TX, USA

La seguridad cardiovascular de liraglutida en individuos con sobrepeso/obesidad o en diabetes tipo 2 (DM2) no se conoce. Realizamos un metanálisis en individuos de 5 ensayos fase II/III con liraglutida para manejo de peso (MP), incluyendo el seguimiento con fase de 120 días. Un metanálisis de 21 ensayos en DM2, en los que se utilizó liraglutida, proporcionó información adicional. La dosis máxima de liraglutida en el programa MP fue 3.0 mg, y en ensayos para DM2 fue 1.8 mg. El desenlace primario fue aparición de eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE) = infarto de miocardio no fatal, accidente cerebrovascular no fatal o muerte CV, adjudicados a liraglutida (cualquier dosis) o con el comparador (placebo o activo) se analizó utilizando un modelo de riesgo proporcional Cox

estratificado por ensayo. La adjudicación prospectiva (cegada, independiente) se implementó en 3 ensayos MP; la adjudicación post-hoc se realizó para el resto de ensayos. Los individuos que no experimentaron algún evento durante el período de tratamiento o dentro de 30 días después de la última dosis se censaron. Se realizó análisis de sensibilidad para confirmar la robustez del análisis primario. A través de los ensayos MP (liraglutida 3,872; comparador 2,036) características iniciales: 71% mujeres; historia de enfermedad CV 9%; edad media 47 años; IMC medio 38 kg/m<sup>2</sup>. A través de los ensayos DM2 (liraglutida 5,511; comparador 2,748) 43% mujeres; historia de enfermedad CV 13%; edad media 56 años; IMC medio 30 kg/m<sup>2</sup>. En ensayos de MP el número total de MACE adjudicados fue bajo y numéricamente < con liraglutida (cualquier dosis: 10 eventos 0.2%, 0.2/100 pacientes-año exposición [PYE]; liraglutida 3,0 mg: 7 eventos 0.2%, 0.2/100 PYE) que con comparador (comparador: 10 eventos 0.5%, 0.4/100 PYE; placebo: 10 eventos 0.5%, 0.4/100 PYE). Las razones de riesgo (HR) y los IC de 95% para liraglutida (cualquier dosis) frente a comparador: 0.40 [0.16; 1.01]; liraglutida 3.0 mg frente a placebo: 0.33 [0.12; 0.90]. Como se esperaba, se observó altas tasas de eventos entre los ensayos

DM2: (liraglutida [cualquier dosis]: 26 eventos 0.5%, 0.6/100 PYE vs comparador en total: 23 eventos, 0.8%, 1.3/100 PYE vs. comparador total): HR [IC 95%]: 0.6 [0.35, 1.15]. En conclusión, no hubo indicios de aumento de riesgo de MACE con liraglutida a dosis de hasta 3.0 mg una vez/día en pacientes con sobrepeso/obesidad, o con DM2.

#### **0496 Tiroiditis secundaria a aplicación de yodo radiactivo como causa rara de tiroiditis y tormenta tiroidea en paciente con bocio tóxico multinodular. Reporte de un caso**

*Cajina D0, Infante H0, Morales H0, Domínguez S0, Rojas F0, Villalobos F0, Cortez E0, Castro L0*

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

La tiroiditis puede ocurrir de forma aguda en pacientes tratados con yodo radiactivo, y se relaciona con liberación de hormonas tiroideas y crisis tirotóxica aguda. Sin embargo, eso es extremo raro. Masculino de 21 años de edad, con antecedentes de relevancia: hipertiroidismo por bocio multinodular tóxico, diagnosticado en junio de 2014 inicialmente tratado con tiamazol y propranolol, mostrando nula respuesta tratamiento farmacológico, por lo que se decide la administración de yodo radioactivo con dosis ablativa de 20 mCi. 1 mes después presenta cuadro





caracterizado por tos, disfagia, disfonía, aumento de tamaño de la región anterior del cuello, palpitaciones e intolerancia al calor. Acude a valoración a nuestro hospital donde a su ingreso se sospecha de tirotoxicosis, encontrando de acuerdo a escala de Burch-Wartofsky (25 puntos) datos de tormenta inminente por lo que se ajusta tratamiento mediante b-bloqueo y antitiroideo hasta estabilización. Posteriormente se realiza perfil tiroideo que reporta t4 libre 5.18 ng/dL y TSH 0.04 mui/ml. Se realiza ultrasonido tiroideo reportando bocio multinodular con datos de tiroiditis. El paciente cursa con mejoría, sin embargo, manifiesta en días posteriores disnea y disfagia, inicialmente a sólidos y finalmente a líquidos, por lo que sospechando obstrucción laríngea, se solicita tac de cuello evidenciando aumento en el grosor de las cuerdas vocales de hasta 10 mm y tiroides de tamaño aumentado. El paciente evoluciona de manera tórpida requiriendo manejo nutricional parenteral por incapacidad para la deglución. Por lo anterior se realiza manejo radical quirúrgico con tiroidectomía total. Su evolución postquirúrgica fue adecuada, se realiza nuevo perfil tiroideo con evidente hipotiroidismo con t4 libre 0.9 ng/dl, TSH 40 mui/ml, se inicia tratamiento sustitutivo presentando mejoría. La aplicación de yodo radiactivo en pacientes con hipertiroidismo

generalmente presenta buena tolerancia, con hipotiroidismo como efecto esperado, sin embargo rara vez se presenta exacerbación del hipertiroidismo, tiroiditis, o bien (en sus formas más severas) tormenta tiroidea. Se describe en la literatura una incidencia menor del 1%. La alteración histológica predominante es la ruptura folicular y liberación de hormonas tiroideas almacenadas con empeoramiento de los síntomas de hipertiroidismo. Se considera que el "pretratamiento" con antitiroideos favorece una disminución en la sintomatología, sin embargo, pocos estudios lo han corroborado.

#### **0508 Hipertensión e hipokalemia como manifestación de enfermedad de Cushing**

*Ordoñez T0, Ordoñez T0*  
0.IMSS Unidad Medica de Alta Especialidad 189 Adolfo Ruiz Cortines

Femenino de 81 años de edad con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 de 12 años de evolución en tratamiento con insulina intermedia y metformina, Hipertensión Arterial Sistémica de difícil control desde hace 1 año, en tratamiento con amlodipino, losartan y metoprolol. Se inicia protocolo de estudio por la presencia de parestesias y debilidad de miembros pélvicos asociado a hipokalemia persistente que condicionó múltiples internamientos 6 meses previos. A

la exploración física destaca obesidad central, atrofia de extremidades y vello terminal en rostro. La química sanguínea mostró glucosa de 163 mg/dl, hemoglobina glucosilada de 9.3, creatinina 0.4 mg/dl, bun 24 mg/dl, urea 51.4 mg/dl, potasio 2.1 mg/dl, sodio 139 mg/dl. La gasometría arterial y el perfil tiroideo normales. La renina 8.1 U/mL (2.8-39.9), aldosterona 9.1 ng/dL. La relación PAC/PRA descarta trastorno mineralocorticoide (aldosteronismo). Por sospecha clínica se inicia protocolo para hipercortisolismo: cortisol libre urinario: 5063.35 mcg/24 hrs/2214.5 mcg/24 hrs. Cortisol a las 23:00 hrs de 14.1 mcg/dl – cortisol post-1 mg dexametasona 24.3 mg/dL. Los resultados confirman hipercortisolismo endógeno. La determinación de ACTH es 177 pg/ml. Esta cifra apoya síndrome de Cushing ACTH-dependiente. Se solicitó IRM de hipófisis describiéndose lesión selar de 10x10x6 mm, la prueba de supresión con 8 mg resultó en una supresión de 78%. Lo anterior apoya enfermedad de Cushing. La paciente se encuentra en protocolo para tratamiento quirúrgico por vía transesfenoidal. La hipertensión e hipokalemia son manifestaciones clásicas de hiperaldosteronismo primario. La relación PAC/PARA es una herramienta útil para diagnóstico diferencial de los trastornos que generan esta condición. El hipercortisolismo

es una causa poco frecuente de estos trastornos, aunque los síndromes de ACTH ectópica pueden generar hipokalemia. La localización en síndrome de Cushing es vital para definir el tratamiento. El hallazgo en este caso de tumor hipofisario y supresión con dexametasona 8 mg mayor a 78% confirmó enfermedad de Cushing (tumor hipofisario productor de ACTH). La resección de tumor hipofisario constituye la única alternativa de curación para esta paciente.

#### **0509 Incidentaloma e Hipertensión Arterial Sistémica.**

*Martínez JO, Pérez AO, Zulaica HO, Padilla RO, Joya JO*  
O.Privado Centro Médico ABC

Mujer de 54 años con antecedente de hipercolesterolemia 2003, menopausia 2006, osteoporosis 2011, hipertensión arterial 2013 y nódulo tiroideo derecho 2014. Acude a urgencias en febrero del 2015 por presentar dolor en fosa iliaca izquierda sugestivo de diverticulitis. Se solicitó tomografía abdominal en la cual se observó incidentaloma suprarrenal. Se caracteriza la lesión mediante la realización de una tomografía de suprarrenales con cortes finos, donde se describen dos masas en la glándula suprarrenal izquierda con reforzamiento central. Dentro de sus estudios de gabinete llamaba la atención Na 143, K 4.1, Cl 104, CO<sub>2</sub> 27, Ca 9.1, P 3.9, Mg 2.1. Renina

< 0.6 ng/ml/h. Aldosterona 26ng/dl (< 21). PAC/PRA 43.33 DHEA 1.32, Androstenediona 0.6. Cr URNARIA 0.9 G/24H. Cortisol urinario 85 mg/24 HRS, Metanerina urinarias Totales 349 (< 1300). Los resultados fueron congruentes con hiperaldosteronismo primario, por lo que se procede a realizar una prueba de supresión con carga oral de sodio con los siguientes **Resultados:** Creatinina en orina: 1123.2 mg/24h. Na en orina: 254.8 meq/24 hrs. Aldosterona en orina 29 mcg/24 hrs. Debido a que la masa no era mayor de 1 cm, en una paciente mayor de 40 años, se realiza un muestreo de venas suprarrenales para confirmar la localización del adenoma: Suprarrenal derecha aldosterona 29/ cortisol 9.7; cociente a/c 2.98. Suprarrenal izquierda aldosterona 2470/ cortisol 28.5; cociente a/c 86.66 Cociente aldosterona/cortisol: izquierdo/ derecho: 29.08. Se confirma lateralización de incidentaloma izquierdo. Se realiza resección endoscópica de suprarrenal izquierda. Se suspenden antihipertensivos en el periodo post-operatorio inmediato sin necesidad de reiniciarlos posteriormente.

#### **0513 Debilidad muscular, paraplejía súbita e hipertensión arterial sistémica, presentación inusual de enfermedad de Conn**

*Mendoza DO, Porras CO*  
O.IMSS Hospital General de Zona y Medicina Familiar 2

Síndrome caracterizado por hipertensión arterial, hipopotasemia, alcalosis metabólica, disminución de la actividad de renina plasmática e hipersecreción de aldosterona descrito en 1955 cuya variante normokalemica es la presentación más común siendo la hipokalémica la más severa presente en menos del 20% de los pacientes. Previamente la prevalencia era menor del 1% en hipertensos con hipokalemia, sin embargo actualmente alcanza del 5-20% en relación a aldosterona plasmática y actividad de renina plasmática como screening en presencia de normokalemia, siendo la hiperplasia bilateral idiopática la causa más frecuente 60%, seguido del adenoma productor de aldosterona 35%. Presentamos el caso de un masculino de 34 años de edad sin crónico degenerativo, ni toxicomanías con carga genética para hipertensión arterial sistémica quien comienza 4 días previo a su ingreso con debilidad muscular progresiva acompañado de disestesias y posteriormente previo a su ingreso paraplejía con incapacidad para la deambulación; se documenta alcalosis metabólica, hipertensión arterial de 160/110mmHg e hipokalemia de 1.5. A pesar de la corrección hidroelectrolítica y recuperación de la fuerza y movilidad de extremidades, continua persistiendo con descontrol hipertensivo y nuevamente hipokalemia de 2.8; se realiza ultrasonido abdo-



minal, perfil tiroideo y cortisol sérico sin alteración, se realiza test de supresión de secreción de aldosterona con solución salina 2000cc para 2 horas reportando una relación aldosterona plasmática:activdad de renina plasmática de 37, una concentración de renina de 3.8 y aldosterona de 144, localizando por tomografía simple abdominal imagen nodular de bordes regulares hipodensa 19x14mm, polo superior, riñón izquierdo, compatible con adenoma suprarrenal unilateral izquierdo. El paciente cursa con el cuadro clásico de hiperaldosteronismo de evolución aguda presente solo en una minoría de la población, la debilidad muscular en relación a hipokalemia e hipertensión arterial debe orientar hacia patología endocrinológica siendo necesario determinar la concentración plasmática de aldosterona y su relación con la actividad de renina plasmática y post carga de solución salina así como la realización de tomografía computada para localización de la lesión.

**0541 Síndrome de silla turca vacía secundario a traumatismo craneoencefálico severo en paciente con choque séptico**

*Arriaga A0, Gomez A0, Orive J0*  
O.Otra Centro Médico ISSEMYM

Se trata de paciente masculino de 46 años de edad con antecedente heredofamiliar

de Diabetes Mellitus tipo 2 y Cáncer de Próstata. Con antecedente patológico de Traumatismo Craneoencefálico severo hace 17 años secundario a accidente automovilístico, Vitiligo desde hace 10 años e Hipotiroidismo de 10 años de diagnóstico; transfusionales positivos, alérgico al medio de contraste, etilismo ocasional; ultima hospitalización hace 8 años por Deterioro neurológico e Hipotensión. Inicio su padecimiento tres días previos a su ingreso con fiebre de 39.5°C recibiendo tratamiento con quinolona sin mejoría, agregándose posteriormente Insomnio, confusión, evacuaciones diarreas, dolor abdominal y vómito por lo que ingreso al servicio de Urgencias encontrándose en estado de Choque. Como parte de su abordaje se realizó Tomografía simple de cráneo con evidencia de Encefalomalacia, bioquímicamente con Pancitopenia, elevación de azoados e hiperbilirrubinemia directa; punción lumbar con líquido cefalorraquídeo sin alteraciones, examen general de orina patológico, ingresando al Servicio de Medicina Interna con diagnóstico de Choque séptico de foco urinario requiriendo manejo con aminos vasoactivas y antibiótico de amplio espectro progresando con mejoría parcial y remitiendo tras el inicio de esteroide sistémico. En sus estudios de extensión se encontró con Hipocortisolismo,

Derrame pleural en Tomografía simple de tórax, ultrasonido de hígado y vías biliares con Líquido libre, derrame pleural y Hepatomegalia. Ante la presencia de Hipotiroidismo e Insuficiencia Suprarrenal se inició protocolo de estudio para enfermedad poliglandular, se solicitó perfil hipofisario con Hipogonadismo Hipogonadotrófico, Hipotiroidismo, Hipoprolactinemia y ACTH baja, Se complementó con Panel viral que resultó negativo, Anticuerpos Antinucleares, anti DNA y antisuiprarrenales negativos, antiperoxidasa positivos. Se realizó Resonancia Magnética con evidencia de Aracnoidocele y Silla Turca vacía. Posterior al diagnóstico se envió a Endocrinología donde continua seguimiento y se mantiene con mejoría del perfil hormonal tras terapia de sustitución respectiva. **Conclusión:** El caso resalta la importancia del abordaje del Choque séptico asociado a Hipotiroidismo en paciente joven con antecedente de Traumatismo Craneoencefálico severo que le condicionó síndrome de silla turca vacía.

**0570 Hiponatremia severa como manifestación de síndrome de Sheehan**

*Flores L,<sup>1</sup> Ávila J,<sup>1</sup> Ramírez A,<sup>1</sup> Esquivel V,<sup>2</sup> Muñoz G<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>SSA, Hospital General de Tampico Doctor Carlos Canseco, <sup>2</sup>SSA, Hospital General de Tampico Doctor Alberto Romo Caballero.

**Antecedentes:** El Síndrome de Sheehan (SS) es una causa común de panhipopituitarismo. La disfunción de la hipófisis puede permanecer subdiagnosticada por muchos años debido a la diversidad del cuadro clínico, así como al bajo índice de sospecha. Una posible manifestación del SS es la hiponatremia, atribuible a múltiples mecanismos fisiopatológicos como la depleción de volumen, hipotiroidismo, deficiencia glucocorticoide, mineralocorticoide y posiblemente secreción inadecuada de hormona antidiurética. **Objetivo:** Describir el caso de una paciente que presenta manifestaciones neuropsiquiátricas debido a hiponatremia inexplicable, en la que se documenta SS; cuyo cuadro clínico revierte con líquidos intravenosos y terapia hormonal. **Informe del caso:** Femenino de 43 años que es traída a valoración por presentar desorientación, soliloquios, bradipsiquia, lenguaje incoherente e inversión del ciclo vigilia-sueño; con tensión arterial 80/60 mmHg, deshidratación, piel pálida, áspera y seca; ausencia de vello pubiano y axilar; no presenta déficit motor o sensitivo. Na 117 mmol/L, K 4 mmol/L, Cl 83 mmol/L, glucosa 112 mg/dL, urea 35.1 mg/dL, BUN 16.4 mg/dL, Creatinina 1.4 mg/dL, osmolaridad sérica en 246 mosm/Kg, Hb 7.5 g/dL, VGM 79 fL. Se repone Na mediante fórmula de Adrogue, manejo con líquidos

endovenosos y hemotransfusión; mostrando mejoría clínica extraordinaria. Se interroga entonces a la paciente quien menciona amenorrea así como caída de vello axilar y pubiano desde el último parto hace 7 años; donde presentó hemorragia profusa, que ameritó transfusión de varios concentrados eritrocitarios. Sospechamos deficiencia mineralocorticoide como parte de SS por lo que se pide sodio urinario 174 mmol/L, potasio urinario 6.6 mmol/día, Creatinina urinaria al azar 25.8 mg/dL, fracción de excreción de Na 8.07%, osmolaridad urinaria 247 mosm/Kg, T4 total 1.4 µg/dL, T4 libre 0.1 ng/dL, T3 0.32 ng/mL, TSH 0.81 µUI/mL, FSH 2.9 mUI/mL, HL 0.5 mUI/mL, tomografía computada de cráneo en la que se observa silla turca vacía. Se inicia restitución glucocorticoide mediante esteroide exógeno, a fin de prevenir crisis adrenal aguda; posteriormente levotiroxina a 1.6 mcg/Kg, carbonato de calcio 600 mg/día, calcitriol 0.5 mg/día, estrógenos y progesterona. **Conclusiones:** SS debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de las mujeres que se presentan con hiponatremia de origen desconocido.

#### **0571 Carcinoma de paratiroides en un paciente con lesiones osteolíticas. Caso clínico**

*Atilano A, Ancer J, Galarza D*  
Universitario, Hospital Universitario

**Antecedentes:** El carcinoma de paratiroides es una malignidad endocrinológica muy infrecuente, siendo mucho más activa hormonalmente que su contraparte benigna. **Objetivo del estudio:** Presentar un caso clínico de hipercalcemia maligna de origen endocrinológico con lesiones líticas. **Informe de Caso:** Masculino de 36 años, acude por ataque al estado general, pérdida de peso de 10kg y dolor óseo acompañado de limitación de la flexión en extremidades de 12 meses de evolución hasta la postración, además tumoración en maxilar derecho. Calcio sérico 15.7 mg/dl, fosforo 1.4 mg/dl, albumina 2.4 g/dl, fosfatasa alcalina 506 U/L, PTH inicial 1485 mg pg/ml y Vitamina D 13 ng/ml. Gamagrama SESTAMIBI con presencia de tumoración de paratiroides inferior izquierda, TAC de senos paranasales con lesión lítica de contenido hipodenso en maxilar derecho, serie ósea metastásica con abundantes lesiones líticas en cráneo y extremidades. Se realiza hemitiroidectomía izquierda con resección de tumor de paratiroides y biopsia de lesión en maxilar reportándose carcinoma de glándula paratiroides de 3.1 cm de diámetro y tumor de células gigantes en maxilar. **Discusión:** El carcinoma de paratiroides posee la capacidad de ser un reto diagnóstico tanto clínica como histológicamente, debido a las escasas características que sirven para diferenciar



la enfermedad maligna de la benigna en la evolución clínica temprana de la enfermedad, más en el contexto de lesiones líticas en hueso que pueden sugerir fuertemente el diagnóstico de Mieloma Múltiple en el diagnóstico diferencial de la hipercalcemia maligna. Los tumores óseos de células gigantes tienen una presentación no específica, por lo general se presentan insidiosamente y se relaciona con dolor de huesos, masas de tejidos blandos, como compresión de estructuras adyacentes o de forma aguda con una fractura patológica. **Conclusión:** Actualmente un alto índice de sospecha de este raro tumor maligno con el cuadro clínico antes descrito y adecuada extirpación en bloque del tumor en la cirugía inicial ofrecer las mejores posibilidades de curación y supervivencia libre de enfermedad alargada cáncer de paratiroides Referencias Marcocci C, Cetani F, Rubin MR, et al. Parathyroid carcinoma. *J Bone Miner Res* 2008;23:1869-80. Chakarun C, Forrester D, et-al. Giant Cell Tumor of Bone: Review, Mimics, and New Developments in Treatment. *Radiographics*. 2013.

#### **0576 Asociación de polimorfismos Asp299Gli y Tre399Ile del gen TLR4 con inflamación en obesos**

Díaz J,<sup>1</sup> Reyes M,<sup>2</sup> Lazalde B<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universitario, Depto. de Biología Molecular, <sup>2</sup>Universitario,

Depto. de Biología Molecular, <sup>3</sup>IMSS, Hospital General de Zona.

**Introducción:** El Receptor Tipo Peaje-4 (TLR-4 por sus siglas en inglés) juega un papel clave en la activación de la señalización metabólica e inflamatoria inducida por lípidos y se propone a este receptor como el vínculo entre inmunidad innata, lípidos y resistencia a la insulina. En el gen del receptor TLR-4 (TLR4) se localizan dos polimorfismos, Asp299Gli y Tre399Ile. Los portadores del genotipo Asp299Gli tienen niveles reducidos de citocinas proinflamatorias, por lo que puede ser importante en enfermedades no infecciosas asociadas a obesidad, resistencia a la insulina y diabetes. El objetivo de este estudio fue determinar, en individuos con obesidad, la frecuencia de los polimorfismos Asp299Gli y Tre399Ile del gen TLR4 y su asociación con la inflamación crónica. **Material y métodos:** Es un estudio de casos y controles; se buscaron marcadores de inflamación crónica y se asignaron a los grupos de casos o controles. La genotipificación se realizó por Reacción en Cadena de la Polimerasa – Polimorfismo de la Longitud de los Fragmentos de Restricción (PCR-RFLP), y la asociación con inflamación crónica se determinó por medio de la prueba  $\chi^2$ . **Resultados:** Se incluyeron 93 individuos en cada grupo, pareados por edad y sexo.

La frecuencia de los alelos 299Gli y 399Ile fue muy baja (en los casos un heterocigoto Asp299Gli y dos heterocigotos Tre399Ile y en controles dos heterocigotos Asp299Gli y un homocigoto Ile399Ile). El análisis de asociación de polimorfismos Asp299Gli y Tre399Ile con inflamación en obesos, realizado bajo un modelo de análisis dominante, aditivo y recesivo, no mostró diferencias significativas entre los grupos. **Conclusiones:** Las bajas frecuencias de los polimorfismos encontradas en este estudio dificultaron las inferencias estadísticas.

#### **0600 Coma mixedematoso. Reporte de un caso**

Vallejo L, Reyes J, Flores P, Cruz M, Ruiz A, Prado M, Rivera D Otra, Centro Médico ISSEMYM Ecatepec

El coma mixedematoso es la forma más severa del Hipotiroidismo, la incidencia aproximada es de 0.22 millones de casos por año, con una mortalidad del 20 al 60%. **Caso clínico:** Masculino de 69 años de edad, con hipertensión arterial sistémica de 1 año de diagnóstico en tratamiento con losartan cada 12 horas, complicaciones asociadas retinopatía hipertensiva, enfermedad renal crónica de un año de diagnóstico en terapia de remplazo renal con diálisis peritoneal automatizada. Inicia padecimiento actual el

día 18 de agosto mientras se encontraba en reposo al referir malestar general, palpitaciones y pérdida súbita del estado de alerta, motivo por el cual es traído al hospital encontrándose con paro cardiorrespiratorio, iniciando maniobras de reanimación avanzadas logrando adecuada respuesta, ingresando a Medicina Interna para manejo de síndrome post parada. Al interrogar al familiar, refiere que un mes previo el paciente presentaba astenia, adinamia, tendencia a la somnolencia, además de estreñimiento, al momento en que ingresa el paciente lo relevante a la exploración física es temperatura de 35°C, FC 46 lpm, TA 90/40 mmHg, neurológicamente bajo efectos de sedación, con macroglosia, cardiorrespiratorio sin alteraciones con apoyo de ventilación mecánica, abdomen globoso con peristalsis disminuida, catéter Tenckhoff sin datos de infección, extremidades con edema ++ infra rotuliano. Paciente con síndrome post parada cardíaca sin causa aparente y que dados los antecedentes y exploración física se sospecha de coma mixedematoso, motivo por el cual se da tratamiento con hidrocortisona 100 mg IV en bolo con posterior administración de Levotiroxina 500 mcg por sonda nasogastrica, con posterior dosis de 100 mcg al día e hidrocortisona 50 mg IV cada 6 hrs, posteriormente a iniciar tratamiento el paciente con

mejoría en cuanto a hipotermia, frecuencia cardíaca y cifras tensionales, posteriormente se obtienen los siguientes resultado TSH 262 mU/l, T4 libre 0.21 mU/l, sodio 125 mEq/l, CPK 1788 UI/L, con lo cual se realiza el diagnóstico de coma mixedematoso con base a los siguientes hallazgos: Hiponatremia, Hipotermia, alteración del estado de consciencia, niveles elevados de CPK. Paciente que a pesar del tratamiento con mejoría temporal y parcial, fallece al cuarto día de tratamiento.

#### **0618 Panorama de la insuficiencia suprarrenal primaria en el INCMNSZ. Revisión de casos de 2000-2014**

*León A, Juárez O, Gómez F*  
SSA, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán.

**Antecedentes:** La insuficiencia suprarrenal es una condición potencialmente letal secundaria a la deficiente producción y/o acción de glucocorticoides, con o sin deficiencia de mineralocorticoides o andrógenos concomitante. La insuficiencia suprarrenal primaria (ISP) cursa con deficiencia de todas las hormonas sintetizadas en la corteza suprarrenal. No se conoce la frecuencia exacta de la enfermedad en México, por lo que es necesaria la descripción general de la enfermedad para conocer el comportamiento de la misma en nuestro medio.

A nuestro conocimiento, no hay ningún estudio descriptivo publicado sobre la enfermedad en México. **Objetivo:** Describir las características principales de los pacientes con ISP en el INCMNSZ. **Materiales y Métodos:** Es estudio de cohorte retrospectiva. Se revisaron expedientes obtenidos del archivo clínico del INCMNSZ de pacientes registrados con el diagnóstico de ISP en un periodo de 14 años (2000-2014). Se describieron características antropométricas, clínicas y de laboratorio al diagnóstico, etiología, método diagnóstico, tratamiento implementado, complicaciones metabólicas posteriores al tratamiento y presencia de crisis suprarrenales. **Resultados:** 278 casos fueron candidatos para el estudio. Se encontró una mayoría de pacientes del sexo femenino en comparación con el sexo masculino (70.1 vs 29.9%). Lo más frecuente encontrado al diagnóstico fue: hiperpigmentación (60%), fatiga (56.4%), hiponatremia (35%) e hiperkalemia (25%). La etiología más común fue la autoinmune (33.45%), seguida de la tuberculosis (23.02%), la congénita (9%) y la postquirúrgica (7%). El diagnóstico fue clínico en el 58.3% de los casos y la prueba diagnóstica más utilizada (22.66%) fue el cortisol a.m.. En cuanto al tratamiento se encontró que el 84.53% de los pacientes fueron tratados en algún momento con hidrocortisona; el uso de



prednisona se relacionó significativamente con el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 ( $p=0.01$ ) y dislipidemia (DLP) ( $p=0.00$ ) y el uso de hidrocortisona solo con el desarrollo de DLP ( $p=0.002$ ). Hubo una frecuencia de 33.8% de crisis suprarrenales entre los casos y una letalidad de la enfermedad del 13.66 % a lo largo del seguimiento, principalmente por causa infecciosa en ambas.

**Conclusiones:** La presentación, diagnóstico y tratamiento de la ISP en nuestro medio, tiene algunas diferencias a lo reportado a nivel internacional.

#### **0665 Hipercalcemia secundaria a sobreproducción de vitamina D, asociada a enfermedad por adyuvantes**

*Lemus A, Gonzalez G*

IMSS, Hospital de Especialidades, Centro Medico Nacional La Raza.

**Antecedentes:** La hipercalcemia es una alteración electrolítica de etiología diversa. El abordaje de la hipercalcemia implica un reto diagnóstico, ya que requiere la medición e interpretación de electrolitos, hormonas y vitaminas relacionadas en el complejo metabolismo fosfocálcico. Las enfermedades granulomatosas pueden inducir hipercalcemia hasta en el 15% de los casos y de estos, el 50% presentar hipercalciuria. En los macrófagos de tejido granulomatoso existe sobreexpresión de alfa 1-Hidroxilasa, la cual

condiciona sobreproducción de 1-25 hidroxivitamina D, que incrementa la absorción de calcio intestinal y renal, teniendo como resultado final hipercalcemia no dependiente de Paratohormona (PTH). **Objetivo:** Presentar el abordaje diagnóstico de un paciente con hipercalcemia secundaria a sobreproducción de vitamina D. **Informe del caso:** Varón de 48 años con antecedente de litiasis renal bilateral recurrente, exclusión renal derecha y enfermedad renal crónica. Aplicación de aceite mineral en glúteos con fines cosméticos hace 30 años que ocasiona necrosis de tejido graso. Durante estudio metabólico se identificó hipercalcemia de 12.2mg/dl, hipercalciuria de 380mg/24h, normofosfatemia de 3.1mg/dl y PTH suprimida de 3.9pg/ml; considerándose hipercalcemia no asociada a PTH, por lo que se midió 1-25hidroxivitamina D, la cual se encontró elevada (137ng/ml), confirmando por biopsia de tejido graso, granulomatosis en zonas de aplicación de material modelante. Concluyendo hipercalcemia no asociada a PTH, por sobreproducción de vitamina D. Se inició tratamiento específico con esteroide sistémico, con lo cual se logró normalización de calcemia. **Conclusiones:** Las concentraciones de calcio sérico se encuentran estrechamente regulado por un sistema de hormonas y vitaminas. La hipercalcemia por exceso de vi-

tamina D, puede presentarse en diversas patologías granulomatosas incluyendo neoplasias, por lo que un adecuado abordaje diagnóstico es imprescindible. Para ello se requiere correlacionar niveles de electrolitos séricos y urinarios; hormonas y vitaminas, lo cual permitirá un tratamiento oportuno.

#### **0668 Crisis paratiroidea hipercalcémica**

*Vazquez R, Hernandez L*

SSA, Hospital General Dr. Rafael Pascasio Gamboa.

**Introducción:** La crisis paratiroidea hipercalcémica es una complicación rara de hiperparatiroidismo primario, con una incidencia reportada de 6.7%, potencialmente letal. Los niveles de calcio sérico pueden llegar a 26mg/dl, con una media de 17mg/dl. **Descripción de casos:** Fem de 57 años de edad. APP: Osteoporosis / Litiasis renal bilateral con manejo quirúrgico (Litotripsia extracorporea). Inicia padecimiento 3 meses previos a su ingreso al presentar ataque al estado general caracterizado por astenia, adinamia, hiporexia; con seguimiento en consulta de urología y nefrología por elevación de azoados, el día de su ingreso presenta de forma progresiva incoordinación motora, debilidad muscular. EF: Glasgow 14, somnolienta, palidez de tegumentos, CP sin compromiso, fuerza muscular 3/5, bioquímicos con Hb 10.5 g/dl, Urea 47

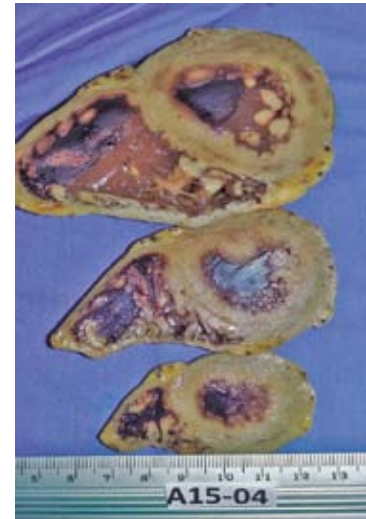
mg/dl, Cr 2 mg/dl, K 3 mmol/l, Ca total 20.6 mg/dl, P 2.4 mg/dl, Alb 4mg/dl, PTH 3130 pg/mL, US de tiroides con nódulo tiroideo derecho hipoeoico, con calcificaciones y aumento de flujo vascular, se inicia hiperhidratacion con solucion salina 6 litros/dia, diurético de asa con horario, Acido zolendronico 4 mg, con descenso progresivo de calcio serico 11.2 mg/dl a las 36 horas, se realiza GG Paratiroideo con Tc 99m con reporte de incremento de actividad metabolica celular a nivel de paratiroides, se realiza abordaje quirúrgico con reporte histopatologia de adenoma atípico. **Comentario:** La crisis hiperparatiroidea es caracterizada por incremento profundo de calcio serico, cambios en estado mental, alteracion de funcion renal, cardiovascular, gastrointestinal, asi como marcada elevacion de niveles de hormona paratiroidea asociada a hiperparatiroidismo primario esporadico. Gammagrafia de paratiroides con Tec 99 debe ser realizada para determinar la localizacion de la hipersecrecion de adenoma paratiroideo, ya que existe la probabilidad de localizacion ectopica de tejido paratiroideo. Se deben esperar excelentes **Resultados** siempre y cuando sea realizado un diagnostico rápido, tratamiento medico y quirúrgico oportuno. **Conclusiones:** La finalidad de presentar este caso clínico es el reafirmar la crisis hiperparatiroidea como una emergencia

endocrina inusual, en la que medidas como rehidratacion, calciuresis, y terapia con bifosfonatos continuan siendo medidas efectivas como parte del manejo médico.

#### 0709 Tormenta tiroidea. Reporte de un caso

*Olvera A, Hernandez J, Vargas A SSA, Hospital General de León.*

ARM Fem 34 años Expediente: 15-09552 Ingreso: 12 marzo 2015 08mar15. Ingreso al HGG. Inicia hace 7 años con aparición de nódulo en región de cuello. Se hace diagnostico de bocio nodular. Hace 4 años presenta pérdida de peso progresiva. Desde hace 1 año los síntomas se exacerban y aparecen palpitations; se hace diagnóstico de Hipertiroidismo, se inicia tratamiento. 15ene15 presentó lipotimia. **Laboratorios:** T3 total: > 800 ng/dL; T4 total: > a 24 ug/dL; TSH: 0.01 uUI/ml; T3 libre: > 300pg/dL; T4 libre: > 6 ng/dL. Ingresa por deterioro neurológico, requiere apoyo ventilatorio invasivo. El día 10mar15 presenta taquicardia de 200 x', con periodos de taquicardia ventricular y fibrilación. Se evoluciona a nivel ventilatorio, se inicia tratamiento con acenocumarina. Para el 21mar15 con presencia de edema agudo pulmonar y sangrado de tubo digestivo alto. Paciente fallece el día 24 de marzo 2015 con diagnósticos de choque hipovolémico, hemorragia de tubo digestivo alto e hipertiroidismo.



#### 0741 Somatostatina asociado a neurofibromatosis tipo 1. Reporte de caso

*Garcia S, Ku A, Hernandez G, Gama O, Vazquez S, Solis S, Ogaz M, Aguilar E SSA, Hospital General de Pachuca*

**Introducción.** El somatostatina presenta incidencia de 1 por cada 40 millones de habitantes, edad entre 50 y 55 años, la mayoría están en cabeza de páncreas; 75% son malignos y metastásicos. El 10% se relaciona con la Neurofibromatosis tipo 1 siendo el de origen duodenal el más frecuente, raramente asociado a secreción de somatostatina. La triada clásica es diabetes, colelitiasis y esteatorrea. Diagnóstico definitivo es histopatológico, característicamente se encuentran cuerpos de psammoma. Las metástasis más frecuentes son a ganglios,





hígado y pulmón. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Factor pronóstico más importante son las metástasis a distancia, con supervivencia a 5 años del 27%. **Descripción del caso.** Femenino 33 años de edad con Neurofibromatosis tipo 1; ingresa con insuficiencia respiratoria, pérdida de 14 kg en 6 meses, sin sintomatología asociada, con adenopatías bilaterales cervicales de predominio derecho, en hemitórax ipsilateral se integra síndrome de derrame pleural; con nodulaciones en tórax anterior y extremidades; toracocentesis reporta exudado pleural, tomografía de tórax con tumoración de características heterogéneas en hemitórax derecho. Evolución tórpida, 48 hrs posterior a ingreso con datos de acidosis respiratoria severa, y paro cardiorrespiratorio. Biopsia post-mortem hepática con reporte histopatológico de tumor neuroendocrino no funcionando de tipo somatostatinoide duodenal. **Discusión del caso.** Los tumores neuroendocrinos se asocian en una proporción variable a síndromes genéticos. En este caso presentamos la asociación de éste y la enfermedad de Von Recklinghausen; llama la atención la presentación clínica con insuficiencia respiratoria, sin referirse datos característicos clínicos de este tipo de tumores. La evolución fue tórpida, como se menciona en la literatura, en estos tumores la supervivencia es pobre. Entre

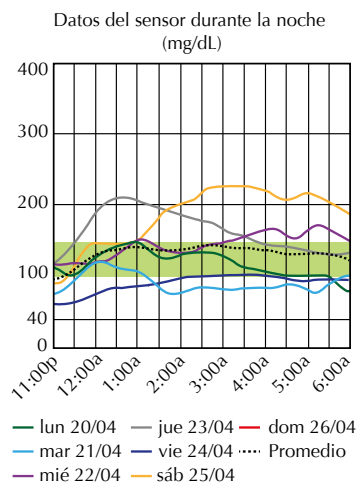
las posibilidades diagnósticas y por los antecedentes de la paciente los tumores neuroendocrinos formaron parte de los diagnósticos diferenciales sin tener una clínica específica que orientara a uno de ellos; finalmente el diagnóstico histopatológico nos reveló un somatostatinoide de origen duodenal, lo que explica que la paciente no haya referido síntomas comunes de secreción hormonal, ya que éstos están menos asociados a síndrome de somatostatina.

#### 0766 Almidón de maíz en proinsulinoma sin respuesta a tratamiento. Reporte de caso

*Andrade L0, Flores J1, Gómez F1*

0.SSA, Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez; 1.Otra, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán.

**Antecedentes.** En el manejo de la hipoglucemia persistente se ha descrito a los polímeros de glucosa de lenta liberación como una opción. **Cuadro clínico.** Hombre 76 años, IT de 75 C/A, 6 ingestas al día, HAS, enfermedad trivascular. Presenta triada de Whipple. Prueba de ayuno concuerda con proinsulina. TC trifásica de páncreas reporta órgano atrófico e incidentaloma suprarrenal izquierdo. EUS reporta tumor en cuerpo de páncreas. Se realiza resección quirúrgica, continua con hipoglucemia, se



maneja con dieta y tabletas de glucosa sin mejoría. Se inicia dieta nocturna de almidón de maíz a razón de 1gr/Kg peso en agua fría, posterior BID, con mapeo de glucemia con ausencia de hipoglucemias. **Discusión.** El almidón crudo tiene cadenas de glucosa ramificada, al hidrolizarse se liberan lentamente, permitiendo normoglucemia por 6 h 2. Se usó 1gr/Kg de peso dosis nocturna y posterior BID, logrando ausencia de hipoglucemia. **Conclusión.** En proinsulinoma, el almidón crudo es una opción terapéutica.

#### 0789 Estudio piloto de glucometría no capilar en pacientes diabéticos ambulatorios de la consulta de medicina interna y endocrinología del HR 1º de octubre

*Pantoja E, Ramírez O, Laguna M*  
ISSSTE, Hospital Regional 1º de Octubre.

**Antecedentes:** con relación a la monitorización no invasiva se continúan desarrollando prototipos bajo el objetivo de no ser invasivos, disminuir la posibilidad de contraer infecciones (en el caso de uso hospitalario) y correlacionarse adecuadamente con los valores de una glucemia capilar, para esto se han diseñado varias técnicas que parten desde la aplicación de un detector infrarrojo a la aplicación e bioimpedancia, ultrasonido, electromagnetismo; por mencionar algunas y en ninguno de estos se han reportado efectos adversos. El presente trabajo pretende determinar si es posible realizar una medición de glucosa por medios no invasivos a través de luz infrarrojo. Se requieren de este tipo de trabajos para avanzar en este aspecto y con esto favorecer una mejor adherencia a medidas terapéuticas y con ello mejor control del paciente con Diabetes Mellitus y así reducir las complicaciones macro y microvasculares. **Objetivo:** reportar la concordancia entre las determinaciones de glucosa del glucómetro no invasivo, glucometría capilar y la glucemia central. **Material y métodos:** estudio piloto de un glucómetro no invasivo basado en luz infrarroja, desarrollado en la Escuela de Biónica de UPIITA del IPN. Se contó con la colaboración en el estudio FES Zaragoza. La muestra fue de 80 pacientes diabéticos ambulatorios buscando una correlación de 0.70.

En todos se efectuó glucometría capilar y glucometría sérica. El análisis incluyó estadística descriptiva y correlación, regresión lineal con alfa de 0.05. Este protocolo fue aprobado por comité de investigación y de ética.

**Resultados:** se reclutaron 80 pacientes con edad de  $56.7 \pm 10.2$  años. Hombres fueron 24 (30%) y 56 mujeres (70%). El tiempo de evolución de la diabetes de  $13.1 \pm 8.5$  años. El IMC de los pacientes fue  $29.3 \pm 5.1$  kg/m<sup>2</sup>. La correlación entre glucosa capilar y sérica versus glucometría no capilar de labio y de dedo índice fue de 0.972 y de 0.958 con significancia de 0.01.

**Conclusiones:** este estudio piloto de glucometría capilar no invasiva pese a la obtención de una buena correlación con los niveles de glucosa reportados por la glucometría capilar convencional (estadísticamente significativo), es necesario realizar mediciones continuas para validar su precisión en una muestra más grande, y así ser utilizado con seguridad para la medición de los niveles de glucosa sanguínea en forma no invasiva.

### 0812 Liraglutida 3.0 mg: efectos dependientes e independientes de pérdida de peso

*Alexanderson E<sup>0</sup>, Bays H<sup>1</sup>, Uddén J<sup>2</sup>, Pi X<sup>3</sup>, Birgitte C<sup>4</sup>, Jensen C<sup>4</sup>, Llamas J<sup>5</sup>, Van L<sup>6</sup>*

<sup>0</sup>SSA, Hospital General de Mexico; <sup>1</sup>Otra, L-Marc Research Center, Louisville Ky, USA, <sup>2</sup>Otra, Capho St Goran'S

Hospital/Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden, <sup>3</sup>Otra, St Luke's-Roosevelt Hospital Center, Columbia University, New York, Ny, USA, <sup>4</sup>Otra, Novo Nordisk A/S, Søborg, Denmark; <sup>5</sup>Otra Novo Nordisk A/S, México, <sup>6</sup>Otra Dept Endocrinology, Diabetology & Metabolism, Antwerp, Belgium.

La obesidad a menudo resulta en consecuencias metabólicas y biomecánicas adversas para la salud. Los estudios SCALE examinaron la eficacia y seguridad de liraglutida 3.0 mg en individuos con sobrepeso u obesidad, con o sin prediabetes; DM2; o apnea obstructiva del sueño. En ellos, liraglutida 3.0 mg vs placebo disminuyó el peso corporal en promedio entre 5.7 a 8.0% vs 0.2 a 2.6% y la circunferencia de cintura de 4.7 a 8.2 cm vs 1.2 a 4.0 cm, respectivamente (todos  $p < 0.001$ ). También mejoró significativamente los objetivos secundarios tales como A1c, glucosa plasmática en ayuno (GPA), presión arterial, perfil lipídico, y reducción del uso concomitante de medicamentos hipoglucemiantes, hipolipemiantes y antihipertensivos. Las puntuaciones de calidad de vida relacionada con la salud (QoL) y el índice de apnea hipopnea (IAH) también mejoraron. Los datos del análisis post hoc de la contribución relativa de pérdida de peso y el efecto sobre criterios de eficacia secundarios fue-



ron generados principalmente del estudio SCALE Obesidad y prediabetes. Se incluyeron además A1c, GPA, y el uso de antidiabéticos orales (OAD) de los estudios SCALE diabetes y apnea del sueño, además del IAH de este último. Se aplicó un modelo de mediación, para explicar la relación dependiente e independiente entre una variable estudiada, y un resultado observado. El análisis tiene sus limitaciones, incluyendo que la pérdida de peso es una observación post-aleatorización. El grado en el cual intervienen los efectos de pérdida de peso inducidos por liraglutida sobre las variables de desenlace secundarias al final del tratamiento fue clasificado de 0 - 100%. Los criterios relacionados predominantemente por la pérdida de peso con liraglutida incluyeron circunferencia de cintura, presión arterial diastólica, triglicéridos y HDL, así como el IAH y IWQoL-Lite totales y los puntajes función física [clasificados 88-100%]. Los criterios predominantemente independientes de la pérdida de peso incluyeron desenlaces glucémicos y el uso de ADO [clasificados 18-32%]. Importantemente, para cada desenlace, incluyendo aquellos independientes de pérdida de peso, la pérdida de peso fue un contribuyente importante al efecto del tratamiento. En conclusión, en individuos con

sobrepeso u obesidad, liraglutida 3.0 mg ejerce sus efectos de reducción de peso a través de efectos dependientes e independientes.

### **0836 Relación entre hemoglobina glucosilada y niveles séricos de vitamina D en pacientes con diabetes mellitus tipo 2**

*Gallegos Ó, Dávila D<sup>o</sup>, Escobedo R<sup>1</sup>, Rubio A<sup>o</sup>, Huerta S<sup>o</sup>, Vargas G<sup>o</sup>*

<sup>o</sup>SSA, Hospital General Ticomán, <sup>1</sup>IMSS, Hospital General Ticomán.

**Antecedentes:** la vitamina D participa en la sensibilidad a la insulina mediante el metabolismo del calcio y regulando la expresión del gen del receptor de la insulina. **Objetivo:** determinar la relación entre hemoglobina glucosilada y niveles séricos de vitamina D en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo, analítico y prolectivo tipo casos y controles. Muestra calculada de 60 sujetos. Se reclutaron pacientes con DM2 adscritos a la consulta de Medicina Interna del Hospital General Ticomán así como pacientes sin DM2. Se midieron: 25-OH vitamina D sérica, Hb1Ac, calcio y fósforo sérico, BUN, creatinina y glucosa sérica preprandial. Se excluyeron pacientes portadores de ERC III

KDOQI o superior, trastornos tiroideos, procesos infecciosos, antecedente de ingesta de suplementos de calcio o vitamina D en los últimos tres meses, consumo de diuréticos así como con mal apego a tratamiento y a régimen dietético. **Resultados:** se incluyeron 60 pacientes, 30 casos y 30 controles, 37 mujeres (61.7%) y 23 (38.3%) hombres. Edad promedio  $46.8 \pm 12.01$  años. En el grupo con DM2: la vitamina D sérica tuvo una media de  $12.68 \pm 6.7$  ng/dl, hemoglobina glucosilada con una media de  $11.33 \pm 2.43$  % y glucosa sérica preprandial  $234.2 \pm 46.5$  mg/dl. En el grupo control: la media de vitamina D sérica  $32.9 \pm 8.7$  ng/dl. La correlación entre los niveles de 25-OH vitamina D (variable independiente) y hemoglobina glucosilada (variable dependiente) mediante el coeficiente de Pearson en el grupo con DM2 fue  $r = -0.738$ , con una  $r^2$  de 0.545 (54),  $p < 0.0001$ . Razón de momios OR = 91 (95% IC 15.4-529.4).  $X^2 = 38.5$   $p < 0.0001$ . **Conclusiones:** existe asociación estadísticamente significativa entre la hipovitaminosis D sérica y la presencia de DM2 con un valor de  $X^2$  de 38.5  $p < 0.0001$ . El OR de 91 (95% IC 15.4 - 529.4) traduce que la presencia de hipovitaminosis D confiere un riesgo 91 veces mayor de DM2 comparado con aquellos sujetos sin hipovitaminosis D.

## EPIDEMIOLOGÍA

### 0069 Presentaciones clínicas de tuberculosis extrapulmonar en un servicio de Medicina Interna de tercer nivel

Hernandez J, Pineda L, Rodriguez F

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

**Introducción:** la infección por tuberculosis se divide en tuberculosis pulmonar (TBP) y tuberculosis extrapulmonar (TBE) definiéndose esta última como la infección por *M. tuberculosis* de cualquier órgano o tejido que no sean los pulmones, basándose en el aislamiento del bacilo. **Objetivo:** determinar las diferentes formas de presentación clínica en pacientes con tuberculosis extrapulmonar en la población de un servicio de Medicina Interna, así como conocer comorbilidades, conocer el método diagnóstico más utilizado para su determinación así como el tiempo transcurrido para llegar a este. **Material y método:** estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, realizado en el Departamento de Medicina Interna del CMNR. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de TBE en el periodo de enero del 2009 a diciembre del 2014. Se realizó un análisis descriptivo con distribución de frecuen-

cias. **Resultados:** se incluyeron 33 pacientes, 22 mujeres y 11 hombres, con una edad de 40.4 (+12.9) años, la presentación más frecuente fue la linfática con 6 casos reportados seguida de la renal/urogenital, ingresándose como fiebre de origen desconocido (51%), el método diagnóstico más utilizado fue el histopatológico (45.5%), obteniéndose el diagnóstico final en 55 días, presentando comorbilidades como tabaquismo (54.5%) y binomio DM2-HAS en un tercio de pacientes. **Conclusión:** La presentación clínica más frecuente de TBE en un servicio de medicina interna de tercer nivel es la forma linfática y urogenital, presentándose comúnmente como un cuadro de FOD y utilizándose el estudio histopatológico como herramienta diagnóstica más frecuente seguido del cultivo.

### 0227 Síndrome constitucional, una entidad de estudio. Serie de casos del Centro Médico Nacional de Occidente

Lara J

Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

**Introducción:** el síndrome constitucional o consuntivo, supone la asociación de astenia, anorexia y pérdida significativa de peso. Su origen es múltiple y diverso por lo que requiere una

valoración integral que permita orientarnos hacia su etiología, lo que puede ser todo un reto diagnóstico, motivando el envío de los pacientes a los departamentos de Medicina interna. **Objetivo:** conocer, mediante análisis de casos, la etiología del síndrome constitucional de los pacientes que ingresaron al departamento de Medicina interna de Centro Médico Nacional de Occidente. **Material y métodos:** se incluyeron los pacientes ingresados con esta entidad como diagnóstico principal a nuestro departamento de enero de 2014 a junio de 2015. Se revisaron de forma retrospectiva los expedientes clínicos. Los datos obtenidos se analizaron con el programa Microsoft Excel 2013. **Resultados:** se incluyeron 15 pacientes, 4 mujeres (27%) y 11 hombres (73%), con edades de 44 a 78 años. Del total analizado, las causas encontradas fueron de etiología neoplásica (66%), seguidas de etiologías psiquiátrica 13% e infecciosa, gastrointestinal y pulmonar con 7% cada una. Del total de neoplasias, 30% fue por cáncer pulmonar microcítico, 20% cáncer de colon, 20% linfoma no Hodgkin, 20% tumor primario desconocido y 10% cáncer gástrico. En el análisis por sexo, 50% de las mujeres presentaron neoplasias como causa de los síntomas y el otro 50% fue



por síndromes psiquiátricos. En cuanto a las neoplasias, el cáncer colorrectal originó el 50% y el otro 50% fue por tumor primario desconocido. En hombres, 73% mostraron etiología neoplásica, 9% causas infecciosas, 9% patología intestinal y 9% pulmonar. El cáncer pulmonar microcítico fue el más frecuente (37%), seguido del adenocarcinoma gástrico y los linfomas con 25% cada uno, 13% fue por tumor primario desconocido. **Conclusiones:** el síndrome constitucional es una de las entidades con mayor prevalencia en la práctica clínica habitual con una incidencia del 3% en los servicios de Medicina interna. Es importante el adecuado abordaje diagnóstico que nos guíe a la etiología para mejorar el pronóstico y calidad de vida. En ésta serie de casos la etiología más prevalente fueron las neoplasias malignas de pulmón y tubo digestivo, 60% ya con metástasis. Etiologías benignas como depresión mayor y neumopatía crónica involucran gran deterioro funcional y social.

### 0320 Impacto del género como factor asociado a riesgo de enfermedad vascular aguda

Tabares A, Ruiz J, Baños M, Borraz D  
SSA, Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casaus, Villahermosa.

**Introducción:** La enfermedad Vascular representa un conjunto

de enfermedades caracterizadas por daño vascular aterotrombotico y/o hemorrágico, este conjunto de enfermedad es la principal causa de muerte a nivel mundial. Existen múltiples factores de riesgo para presentar esta patología, en nuestra entidad se desconoce el efecto de género sobre el riesgo para desarrollar enfermedad vascular. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal analítico en pacientes ingresados al hospital Dr. Juan Graham C. Villahermosa, Tabasco, del 1- Marzo - 2014 al 31 - Julio - 2015, con diagnóstico de Evento Cardiovascular Agudo que incluía: evento vascular cerebral isquémico, hemorrágico hipertensivo, síndrome coronario agudo y a enfermedad arterial periférica, se registraron datos clínicos, antropométricos y laboratorios durante su estancia. Se analizaron 2 grupos, genero masculino y genero femenino y se compararon variables entre grupos. Se analizaron los datos con estadística descriptiva y se compararon grupos con prueba no paramétrica de U de Mann Wetney y Chi cuadrada, se considero un valor de P menor a 0.05 como significativo. Se utilizó paquete estadístico SPSS versión 21. **Resultados:** Se incluyeron 130 pacientes mujeres 49% (64), hombres 51% (66). La media de edad de 64.13 años (+11.5) vs 61.9 años (+12.3) p= 0.55. Los datos sociodemográficos destaca estado civil casado 72 %,

escolaridad primaria mujeres 62.50% vs 59.1%, analfabeta 29.7% vs 24.2%, ocupación labores del hogar 45.5% vs labores del campo 37.9%, viven en zona rural 41.5%, ingresos de 2 salarios mínimos 76.2%, pertenecientes al estado de Tabasco 90%, Tanto el tabaquismo como el indice tabáquico fue mayor hombres 2.6 (+8.8) vs 6.7 (+11.5) p= 0.003, sedentarismo mujeres 84.5% vs 75.8%, Acantosis nigricans hombre 39.4% vs 17.2%, HAS en mujer 95.3% vs 80.3%, p=0.014, con evolución 11.89 años (+8.5) vs 7.5 años (+8.2) p =0.009, Obesidad abdominal hombres 86.4% vs 65.6%. Síndrome metabólico clasificación de FDI hombres 75.8% vs 71.9%, Framingham hombre 45.0 % vs 27.9 % (p=0,008), diagnostico de ingreso EVC isquemico mujer 51.6% vs 40.9%. **Conclusión:** El género femenino tiene mayor prevalencia en sedentarismo y HAS, desarrollaron más evento de EVC isquémico, género masculino mayor en obesidad abdominal, dislipidemia porcentaje Framingham y mas prevalente en desarrollo EVC hemorrágico y SICA.

### 0348 Prevalencia y factores de riesgo asociados a neumonía asociada a ventilación (NAV) por *Acinetobacter baumannii* en un hospital público del Noroeste de México

Rodríguez D,<sup>2</sup> Valdovinos S,<sup>1</sup> Becerra A,<sup>1</sup> Sánchez V,<sup>2</sup> Molina J<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>SSA, Hospital Metropolitano

Dr. Bernardo Sepulveda, <sup>2</sup>Privado, Hospital San José, Tec de Monterrey, Escuela Nacional de Medicina del Tecnológico de Monterrey, <sup>3</sup>IMSS, Unidad Médica Dde Alta Especialidad (UMAE) No.34 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Antecedentes:** Pacientes con infecciones nosocomiales por *A. baumannii* tienen tasas altas de mortalidad. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de NAV por *A. baumannii* en pacientes y los factores de riesgo asociados a su presentación. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, transversal, analítico, de casos y controles. **Resultados:** Se determinó un grupo de estudio de 56 pacientes, 32 casos y 24 controles. Resultados de variables se muestran en tabla. **Discusión:** La prevalencia de NAV por *A. baumannii* fue mayor en el género masculino, la mayor parte presentaron tiempo

prolongado de VMI, un valor de APACHE II menor a 25 representa un factor de riesgo para presentar NAV por *A. baumannii*. La mortalidad intrahospitalaria mostró una diferencia estadísticamente significativa en el grupo en estudio (23 vs 10 con  $p=0.023$ ,  $OR= 0.561$  con IC 95% 0.322-0.980), comparativamente con el grupo de controles, podemos afirmar que en NAV por *A. baumannii* presentan una tasa alta de mortalidad.

**0479 Estudio comparativo de dos metodologías para la evaluación del apego correcto a la higiene de manos en la sala de medicina interna**

*Pezina C0, Camacho A0, Borjas O0, González A0, Baena I0, Rodríguez J0, Galarza D0*  
 0. Universitario Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL)

**Antecedentes:** La higiene de manos (HM) es una medida simple y económica para el control de infecciones nosocomiales. A pesar de esto su cumplimiento y apego a la técnica adecuada es del 20 al 70%. La observación directa es el estándar para la supervisión de HM, sin embargo tiene limitantes como la necesidad de personal especializado y la alteración del comportamiento del sujeto de observación; esto da pie a la búsqueda de formas de monitorización indirecta como el uso de sistemas de video vigilancia (VV). **Metodología:** Estudio prospectivo y descriptivo sin intervención desarrollado en las salas de internamiento de Medicina interna (61 camas) en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) durante mayo y junio de 2015. Se utilizaron 15 video-

**Cuadro 1.** Análisis univariable

| Variables                                    | Casos n=32  | Controles n=24 | ODDS Ratio (IC 95%)   | Valor de p |
|--|-------------|----------------|-----------------------|------------|
| Edad en años (media ± DE)                    | 57.4 ±15.2  | 53.6 ±/ 17.4   | 1.015 (0.982 - 1.050) | 0.384      |
| Genero Mujer                                 | 12 (37.5%)  | 7 (29.1%)      | 1.168 (0.742 - 1.840) | 0.515      |
| Tiempo prolongado de VMI                     | 30 (95.75%) | 22 (91.6%)     | 0.867 (0.317 - 2.373) | 1          |
| Inicio tardío de NAV                         | 29 (90.6%)  | 19 (79.1%)     | 0.621 (0.247 - 1.563) | 0.268      |
| NAV con microorganismo coexistente           | 16 (50%)    | 4 (16.66%)     | 0.333 (0.128 - 0.870) | 0.1        |
| APACHE II (valor de escala) media ± DE       | 18.6 ±/ 5.1 | 25.75 ±/ 15.29 | 0.960 (0.845 - 0.994) | 0.055      |
| Uso de más de 3 Antibióticos amplio espectro | 15 (45.4%)  | 5 (20.83%)     | 0.444 (0.188 - 1.053) | 0.044      |
| Uso crónico de esteroides                    | 2 (6.25%)   | 1 (4.16%)      | 0.849 (0.369 - 1.955) | 1          |
| Antecedente de Diabetes Mellitus             | 12 (37.5%)  | 9 (37.5%)      | 1.0 (0.626 - 1.598)   | 0.51       |
| Antecedente de Hipertensión Arterial         | 10 (31.25%) | 11 (45.83%)    | 1.162 (0.720 - 1.874) | 0.53       |
| Infección por VIH                            | 2 (6.25%)   | 2 (8.33%)      | 1.154 (0.421 - 3.159) | 1          |
| Infección coexistente                        | 26 (81.25%) | 16 (66.6%)     | 0.692 (0.362 - 1.326) | 0.21       |
| Muerte Intrahospitalaria                     | 23 (69.6%)  | 10 (41.66%)    | 0.561 (0.322 - 0.980) | 0.023      |

IC: Intervalo de confianza; DE: Desviación Estándar, VMI: Ventilación Invasiva; NAV: Neumonía Asociada a Ventilación; VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.



cámaras colocadas en pasillos y entrada de cada habitación. La información recabada fue almacenada en un servidor privado con acceso a solo 5 observadores. Cada observador fue entrenado por 3 semanas según la normativa de la Organización Mundial de la Salud para los 5 momentos de HM, logrando una concordancia inter observador mayor al 90%. Se clasificó cada uno de los 5 momentos de HM como una oportunidad de lavado, siendo correcto si se llevó a cabo y como incorrecto la ausencia de lavado. Se analizaron un promedio de 140 a 180 minutos de video diarios seleccionados del total de las cámaras al azar y se comparó con observación directa (OD) que fue realizada por personal de epidemiología hospitalaria con entrenamiento en control de infecciones. Tanto el observador de VV y OD desconocían la finalidad del estudio; únicamente se incluyó para el análisis a personal de enfermería y médico. Con la información recabada se realizó una base de datos para análisis posteriormente mediante el uso del software SPSSV22 se realizó análisis de estadística descriptiva utilizando Chi- Cuadrada. **Resultados:** Se obtuvieron 139 oportunidades con apego del 60% de enfermería y 32% para médicos por OD; 714 visualizaciones por VV apego de enfermería del 32% y médico del 28%. El apego total a higiene de manos por VV fue de

26.7% y OD 73.3% (P=0.006). Apego por parte de enfermería (VV y OD) (P=0.01) y médicos sin diferencia (P=0.778). El estudio demostró una notable discrepancia entre los resultados obtenidos por VV y OD de forma global, con diferencia significativa para enfermería.

### **0523 Prevalencia y factores asociados a las infecciones nosocomiales en el CMN La Raza HE**

*Paredes OO, Vera O1, Grajales C2*

0.IMSS Centro Medico Nacional La Raza Hospital Especialidades;

1.IMSS Centro Medico Nacional La Raza Especialidades; 2.IMSS División de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

**Introducción:** Las infecciones nosocomiales (IN) son infecciones contraída en el hospital después de 48 horas del internamiento, y constituyen un problema de salud pública, que refleja la calidad de salud, por lo que es prioritario identificar los factores de riesgo asociados para realizar programas de prevención y reducir la morbimortalidad. **Objetivo:** Determinar la prevalencia IN y sus factores asociados en un Hospital de tercer nivel **Material y método:** Se realizó un estudio transversal en un Hospital tercer nivel que incluyó a todo paciente hospitalizado en el mes de Febrero 2015. Se

analizaron factores de riesgo para: neumonía asociada a ventilación (NAV), infección de vías urinarias (IVU), infección de herida quirúrgica(IHQ) y bacteriemias Se realizó, análisis multivariado. **Resultados:** De 272 pacientes encuestados, 50 (18.4%) presentaron IN (NAV 32%, IVU 40% , IHQ 6%, bacteremia22%. Los siguientes factores asociados fueron estadísticamente significativa: cirugía, transfusiones, catéter venoso central, ventilación mecánica, traqueostomía, sonda vesical, sonda nasogástrica, neoplasia, linfopenia, hipoalbuminemia, quimioterapia y sedantes. **Conclusión:** Se encontró una alta prevalencia (18%) de IN como NAV, IVU, IHQ y bacteremias. Con respecto a los factores asociados, éstos resultaron similares con lo descrito en estudios previos.

### **0631 Prevalencia de síndrome metabólico asociado a enfermedad vascular aguda en un hospital del sureste de México**

*Borraz D, Tabares A, Ruiz J, Baños A*

SSA, Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casaus, Villahermosa

Los pacientes con síndrome metabólico (SM) tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular(ECVA), La prevalencia puede variar de acuerdo con los criterios clínicos utilizados para definir el SM, al tipo de población

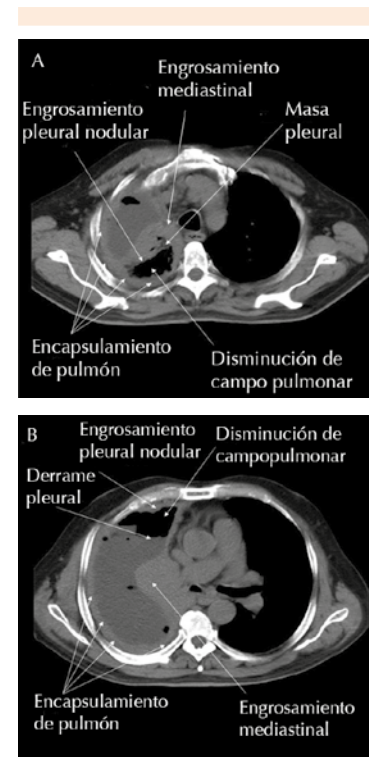
y grupo estudiado. Se han realizado estudios que tratan de demostrar la relación entre la aparición de SM y la incidencia de enfermedad coronaria. El objetivo primario fue analizar la prevalencia de SM en estos pacientes con enfermedad cardiovascular aguda. **Métodos:** Se realizó un Estudio Transversal analítico incluyendo pacientes mayores de 18 años que ingresaron al servicio de medicina interna con diagnóstico de ECVA: EVC Isquémico o Hemorrágico, SICA y Enfermedad Ateromatosa. Se registraron datos clínicos, antropométricos, factores de riesgo cardiovascular y tratamiento, se calculó escala de riesgo de Framingham. El estudio fue aprobado por comité de ética hospitalario y todos los pacientes incluidos contaron con consentimiento informado firmado. Se excluyeron eventos hemorrágicos por causas traumáticas o aneurisma. Se identificó la prevalencia de SM utilizando los criterios de la Federación Internacional de Diabetes; obesidad abdominal un perímetro abdominal >80 mujeres y >90 cms hombres. Se realizó estadística descriptiva e inferencial. Un valor de P menor a 0.05 se consideró significativo. **Resultados:** Del 1 – Junio - 2014 a 30 – junio- 2015 se incluyeron 130 pacientes con enfermedad vascular aguda. El grupo de pacientes fue el siguiente: 60 pac. con EVC isquémico, 23 pac.

con EVC hemorrágico, 28 pacientes con SICA y 19 pacientes con enfermedad periférica. El 86% tenían escolaridad primaria o ningún estudio y el 41% vive en zona rural, con salario quincenal de < 2000 pesos 48% de los pacientes. Se observó que el 33.3% con SM mostraron acantosis nigricans. La obesidad abdominal se observó en el 47% de los pacientes. El SM fue establecido en 44 pacientes con EVC isquémico (45.8%), 25 pacientes con SICA (26.0%), 18 pacientes con EVC hemorrágico (18.8%) y 9 pacientes con enfermedad ateromatosa periférica (9.4%). El género masculino representó el 52.1% vs 47.9%. El grupo con EVC isquémico tuvo una escala de riesgo Framingham Alto en el 42%, los pacientes EVC hemorrágico 17%, SICA 28% y el 12% para pacientes con enfermedad ateromatosa periférica. **Conclusiones** Los pacientes con EVC isquémico y SICA tienen mayor prevalencia en SM.

**0642 Mesotelioma maligno pleural: comparación diagnóstica entre tomografía computada y pruebas inmunohistoquímicas en población mexicana**

*Gopar R0, García M0, Montes H0, Aguilar G1, Peña M0, Santiago R0, Nava A0*  
 OISSSTE, Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, 11MSS, Centro Médico Nacional Siglo XXI

**Antecedentes:** En México existe una epidemia de mesotelioma maligno pleural (MMP) al no estar prohibido el asbesto. El diagnóstico definitivo de MMP es un reto por el alto grado de invasión y costo de las herramientas disponibles. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de signos tomográficos y calcular sensibilidad y especificidad en una muestra de pacientes mexicanos con sospecha de MMP. **Material y métodos:** Estudio transversal en 161 pacientes. Se registró la presencia de los 10 signos de MMP con punto de corte de cinco o más. Se creó una tabla tetracórica utilizando  $\chi^2$ . **Resultados:** Los 5 signos más frecuentes fue-







ron: engrosamiento pleural mediastinal, disminución de campo pulmonar, engrosamiento pleural nodular, masa pleural y contracción de hemitórax. Se encontró sensibilidad de 93.9% y especificidad de 82.8%.

**Conclusión:** Se obtuvo una alta sensibilidad con la tomografía para el diagnóstico de MMP por lo que puede ser útil para la detección de esta enfermedad.

**0703 Características, procedencia, diagnósticos más frecuentes, comorbilidades, estancia prolongada y causas de egreso de los ingresos a la sala de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González**  
*García M, Galarza D, Villarreal M, Hernández I, Rodríguez G*  
Universitario Dr. José Eleuterio González.

**Antecedentes:** En el 2014 se implementó el uso de un sistema electrónico en nuestro hospital, lo cual nos ha permitido desarrollar una base de datos confiable de la estadística de nuestro departamento. **Objetivo del estudio:** Conocer las características, procedencia, diagnósticos más frecuentes, comorbilidades, estancia prolongada y causas de egreso de los pacientes que ingresan a la sala de medicina interna de nuestro hospital en comparación con el año pasado. **Material y métodos** Mediante la aplicación de un sistema electrónico, se recabaron y analizaron los datos de los pa-

cientes que ingresaron a la sala de medicina interna de nuestro hospital en comparación con el año pasado. **Resultados** Ver imagen **Conclusiones:** 1) Se ingresan en promedio 225 pacientes cada mes. 2) La mayoría de los ingresos proceden de urgencias (86.5%) 3) Los diagnósticos más frecuentes son Enfermedad Renal Crónica, IAM, Sangrado de tubo digestivo, pancreatitis aguda y Neumonía.

**0713 Principales causas de mortalidad, relación con estancia prolongada y factores de riesgo en la sala de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González**  
*García M, Galarza D, Villarreal M, Hernández I, Rodríguez G*  
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Antecedentes:** En el 2014 se implementó el uso de un sistema electrónico en nuestro hospital, lo cual nos ha permitido desarrollar una base de datos confiable de la estadística de nuestro departamento. **Objetivo del estudio:** Conocer las principales causas de mortalidad, relación con estancia prolongada y factores de riesgo en la sala de Medicina Interna de nuestro hospital. **Material y métodos:** Mediante la aplicación de un sistema electrónico, se recabaron y analizaron los datos de los pacientes que ingresaron a la sala de medicina interna de nuestro hospital en

comparación con el año pasado. **Resultados** Ver imagen **Conclusiones:** 1) La tasa de mortalidad en nuestro Departamento es 4.4% 2) Las principales causas de mortalidad son Neumonía, Cirrosis, Enfermedad Renal Crónica y LLA. 3) Los factores de riesgo asociados con mortalidad son nefropatía crónica y anemia.

**0781 Prevalencia de hipertensión arterial en relación al conocimiento de factores de riesgo cardiovascular en el área metropolitana de Monterrey**  
*Ramos J, Benavides M, Hughes M*  
Universitario, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL.

**Introducción:** la hipertensión arterial es un padecimiento multifactorial con incidencia y prevalencia crecientes, con más de la mitad de las personas mayores de 60 años afectadas. Los pacientes hipertensos tienen mayor riesgo de tener insuficiencia cardíaca, eventos coronarios, o desarrollar DM2, enfermedad cerebral vascular e insuficiencia renal crónica, colocando a la enfermedad cardiovascular como la principal causa de muerte en México. Conociendo el impacto de estas enfermedades, es necesario que la población conozca cuáles son los principales factores que los predisponen. **Objetivo:** estimar la prevalencia de hipertensión arterial en la ciudad de Mty, N.L., Mx., así como su relación con los principales fac-

tores de riesgo cardiovascular. Metodología: el presente es un estudio descriptivo, de campo, transversal; y la obtención de datos se realizó a partir de las mediciones de la tensión arterial (TA) en 232 personas. La población estuvo constituida por personas entre 16-80 años de ambos sexos, en una clínica de cardiología, en Monterrey, N.L. México. Los datos de las variables estudiadas se introdujeron en una base de datos y se analizaron mediante el programa estadístico SPSS. **Resultados:** en total, se obtuvieron 232 personas para la muestra, el 61.6 % femenino y el 38.4% masculino, entre los 16 y los 80 años con una media de  $44 \pm 14.4$  años. Se determinó la HTA de acuerdo a la clasificación del JNC7. Acerca del conocimiento de HTA, el 44% reportó ser hipertenso, pero solo el 34 % tenía cifras en niveles altos al momento de la medición. No se encontró relación entre la obesidad, dislipidemia, diabetes mellitus o sedentarismo, entre las personas con hipertensión arterial reportada y los pacientes normotensos. **Conclusiones:** aunque se encontró una mayor prevalencia de HTA a la reportada, esto puede deberse a que era una medida voluntaria, lo cual podría también explicar la falta de correlación entre la hipertensión y los factores de riesgo cardiovascular.

#### **0798 Autopercepción de salud y su relación sociodemográfica**

#### **y clínica; estudio en población rural y urbana**

*Escobedo J<sup>o</sup>, Acosta I<sup>l</sup>, Sosa A<sup>l</sup>*  
<sup>o</sup>Privado, Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey, Campus Monterrey; 1SSA, Laboratorio de Demencias, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, DF, México.

**Antecedentes:** el concepto de salud en adultos mayores depende de la conjunción de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social. Su determinación, es relevante para los clínicos, los tomadores de decisión y los investigadores que trabajan con este grupo de población. Dado que la percepción del estado de salud es una herramienta factible de considerar para conocer el estado de salud de los ancianos, diversas investigaciones han mostrado que medir la percepción personal de salud es útil como un indicador global del nivel de salud de la población que refleja elementos tanto sociales, de salud y morbimortalidad.

**Objetivo del estudio:** analizar las características sociodemográficas y de salud física, que influyen en la autopercepción de la salud. **Material y métodos:** 1706 adultos mayores de 65 años de áreas urbana y rural, participantes del estudio de base poblacional del Grupo 10/66. El tipo de estudio fue observacional y transversal. Previa aceptación y bajo con-

sentimiento informado, se les realizó valoraciones médicas, encuestas, antropometría, toma de signos vitales y muestras de laboratorio. **Discusión:** el análisis de los factores que determinan una mala autopercepción de salud en nuestro grupo, nos demuestra que la población más propensa a tener una mala percepción personal de salud, son aquellos que presentan escolaridad baja, pacientes con hipertensión, pacientes con EVC, pacientes con Depresión, con Alteraciones de la marcha, con alteraciones del sueño, pacientes con episodios repetidos de dolor y pacientes con algún tipo de discapacidad. A pesar de la subjetividad de la percepción propia de salud, algunos estudios han mostrado que la morbilidad que perciben coincide en dos terceras partes con la diagnosticada por los profesionales de la salud. Esta información nos puede ayudar a la toma de decisiones relacionadas con acciones y programas concretos de atención médica y social de los ancianos en México.

#### **0824 Características clínicas de pacientes que acudieron por enfermedad tipo influenza a urgencias de un centro de tercer nivel en la temporada invernal 2013-2014**

*Albarran A, Ramírez C, Huerta F, Ortiz E, Herrera A, Martínez A, Palmas L*  
 IMSS, Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI.



**Antecedentes:** El Centro para el control y prevención de Enfermedades (CDC) en el periodo de octubre 2013 - abril 2014 registró el pico más alto de casos relacionados a Influenza AH1N1. No todos los casos sospechosos de influenza resultan positivos, pero todos generan costos a las instituciones. Nuestro objetivo fue describir las características de la población que acude con sospecha de Influenza al hospital de especia-

lidades CMN Siglo XXI durante una nueva epidemia. **Material y métodos:** estudio transversal de casos admitidos al servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel por sospecha de influenza de acuerdo a las guías de práctica clínica. Analizar los factores asociados a severidad de la infección. **Resultados:** se registraron 109 pacientes con promedio de 44 años edad, el 78% tenían menos de 60 años; el 62% fueron mujeres, 75% tenían

por lo menos un factor de riesgo como obesidad (26%) o hipertensión (27%). Solo 65 pacientes tuvieron prueba confirmatoria, 33.8% fueron positivas y 21% de ellos fallecieron. **Conclusiones:** La frecuencia de casos confirmados para Influenza es baja. Los factores asociados a mortalidad en los casos confirmados son la presencia de hipertensión, leucocitosis y presentación clínica de Insuficiencia respiratoria aguda grave (IRAG).

## GASTROENTEROLOGÍA

### 0011 Índice tobillo-brazo en la identificación de aterogénesis subclínica asociada en pacientes con insuficiencia hepática crónica

*Escobedo R, Gallegos I, Muñoz N*  
Hospital General Ticoman, SSA

**Introducción:** existe una tendencia pro-aterogénica en pacientes con enfermedad hepática crónica (EHC). El grosor de intima media carotídea (CIMT) por Doppler es útil para el diagnóstico precoz de la aterogénesis subclínica, que correlaciona con factores de riesgo cardiovascular. Este estudio evaluó la relación entre aterogénesis subclínica y el índice tobillo brazo (ITB) en pacientes con EHC. **Material y métodos:** pacientes con EHC

del Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Xoco atendidos durante Marzo 2014 a Febrero 2015. Se midió ITB y CIMT por métodos convencionales. La muestra se dividió en dos grupos de acuerdo a la determinación de CIMT (CIMT <0.05cm y CIMT >0.05cm). Se comparó mediante diferencia de promedios, análisis de riesgo (razón de momios), y estandarización por variables de interacción potencial (regresión logística). **Resultados:** se reclutó a 60 pacientes, 53 (88.3) hombres y 7 (11.6) mujeres, edad promedio de 47 años. La media de ITB  $1.012 \pm 0.144$ , en el grupo con CIMT >0.05. El ITB 5.2mg/dL) RM 5.3 (IC 95, 1.28-22.09), VSG (>20seg) RM 6.9 (IC 95, 1.68-28.9), edad >50 años

RM 7.1 (IC 95, 1.10-47.03). **Conclusiones:** Se encontró que el ITB 0.05cm). Esto sugiere la utilidad del ITB como marcador no invasivo de aterogénesis subclínica y posiblemente de eventos cardiovasculares en pacientes con EHC.

### 0041 Encefalopatía hepática mínima como predictor de mortalidad en pacientes con hepatitis alcohólica

*Bosques F, Cortez C, Hernandez C, Gonzalez J, Monreal R*  
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** la encefalopatía hepática mínima (EHM) es parte del espectro de la encefalopatía hepática, se caracteriza por alteraciones cognitivas y psicomotoras leves que afectan

la calidad de vida. Se ha observado una clara relación entre encefalopatía hepática manifiesta y mortalidad en pacientes con enfermedad hepática crónica y hepatitis alcohólica, sin embargo no está bien establecido si la EHM es también una herramienta pronóstica en estos pacientes. **Objetivos:** el objetivo primario de este estudio es determinar el valor pronóstico en mortalidad a 90 días de la detección de EHM en pacientes con hepatitis alcohólica. Como objetivos secundarios se determinó la prevalencia de encefalopatía hepática mínima en pacientes con hepatitis alcohólica y se valoró la relación entre encefalopatía hepática mínima y el desarrollo de complicaciones como sangrado de tubo digestivo, lesión renal aguda, encefalopatía hepática manifiesta, peritonitis bacteriana espontánea, coagulopatía, y correlación con escalas de severidad. **Material y métodos:** tipo de estudio: Prospectivo observacional comparativo. Se incluyeron en el estudio a los pacientes con diagnóstico clínico de hepatitis alcohólica. Se determinó la presencia de EHM utilizando el método de critical flicker frequency siendo positivo un valor menor a 38 Hertz. Se obtuvo además las escalas de severidad de MELD y Maddrey y se dio seguimiento a los 30, 60 y 90 días para valoración del desarrollo de complicaciones y mortalidad. Análisis estadístico: Se utilizó exacto de

Fisher. **Resultados:** se enrolaron 15 pacientes, 7 de los cuales presentaban EHM, se siguieron durante 90 días y se determinó el desarrollo de complicaciones y mortalidad. No se encontró una correlación significativa de encefalopatía hepática mínima con mortalidad (p.31) ni el desarrollo de complicaciones (p .7). Se observó una correlación significativa entre encefalopatía hepática mínima y MELD mayor a 24 (p.007). En el grupo de los pacientes con EHM se encontró una mortalidad del 57.9%, mientras que en el grupo sin EHM presentó una mortalidad del 25%. **Conclusiones:** en pacientes con hepatitis alcohólica la presencia de encefalopatía hepática mínima no mostró tener valor pronóstico de mortalidad ni del desarrollo de complicaciones, sin embargo, se observa una tendencia a predecir mortalidad por lo que se deberá aumentar el tamaño de la muestra.

#### **0052 Trombosis de la vena porta en pacientes con cirrosis: ¿Un hallazgo o un factor de mal pronóstico?**

*Borjas O, Cortez C, Alejandre J, García J, Gonzalez E*  
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** el diagnóstico de Trombosis de la Vena Porta (TVP) se ha relacionado con aumento del sangrado gastrointestinal e infarto intestinal. No está claro si la trombosis de la

vena porta no relacionada a malignidad se asocia con una supervivencia reducida, o si es un epifenómeno de la enfermedad hepática avanzada. **Objetivos:** valorar prevalencia de TVP e influencia en STDA, PBE, encefalopatía 3-4, ascitis de gran volumen y mortalidad en pacientes con cirrosis. **Material y métodos:** estudio retrospectivo (Junio 2011 - Diciembre 2014) de los pacientes tratados con diagnóstico de la CIE 10 "fibrosis y cirrosis del hígado" u "otras cirrosis" en un solo centro (Hospital Universitario, UANL). **Resultados:** 169 pacientes, 55 mujeres y 114 varones, edad media  $54.43 \pm 12.75$ . Trece pacientes con TVP (7.6). El grupo TVP fue más joven ( $46.7$  VS  $55.1$  p = 0.025). Etiología predominante fue alcohólica. Los pacientes con Child A fueron más frecuentes en TVP (31 vs 5.1 p = 0.002) y los Child C en No-TVP (46.2 vs 57.1%). La media del puntaje MELD fue menor en TVP ( $11.54 \pm 5.06$  vs  $19.72 \pm 8.26$  p = <0.001). El TP, TTP, INR y BI fueron menores en TVP. El recuento plaquetario fue mayor en pacientes TVP ( $182.3 \pm 80.4$  vs  $121.4 \pm 75.3$  p = 0.003). Ninguno de los pacientes TVP recibió tratamiento anticoagulante. En STDA y PBE no hubo diferencia entre grupos. La encefalopatía grado 3-4 ( $46.7\%$  vs  $30.7\%$  p = 0.007) y la ascitis de gran volumen fue mayor en No-TVP (57 vs 38.4% p = 0.012). La supervivencia fue

mejor en los pacientes con TVP ( $16.5 \pm 27.9$  vs  $4.13 \pm 12.2$  meses  $p = 0.005$ ). La única variable predictor de mortalidad en análisis multivariado fue el Meld (HR 1.155, CI - 95 %, 1.098 - 1.215  $p = <0.001$ ). **Conclusiones:** este es el primer estudio que reporta la prevalencia de TVP en México. Encontramos que TVP por sí mismo no lleva a un peor pronóstico. La variable más confiable para predecir los **Resultados:** es el MELD. La presencia de TVP podría ser sólo un epifenómeno y no un marcador de enfermedad hepática avanzada.

#### 0054 Terapia transfusional y sus efectos sobre el calcio sérico en hepatópatas

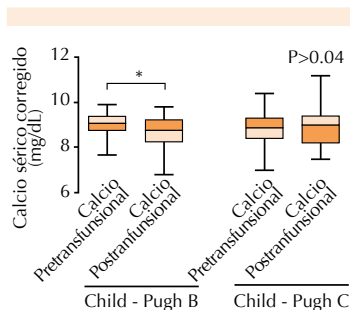
Muñoz E,<sup>1</sup> Suárez J,<sup>1</sup> Cerda F,<sup>1</sup> Huerta D,<sup>2</sup> Ramírez A<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Xoco, SSA

<sup>2</sup> Hospital General Ticoman, SSA

**Introducción:** en la elaboración de concentrados eritrocitarios (CE) se usan sustancias quelantes de calcio para prolongar su vida útil.

**Objetivo:** evaluar el efecto de la transfusión de CE en el calcio de pacientes con Insuficiencia Hepática (IH) **Material y métodos:** pacientes con IH y anemia, en Medicina Interna del Hospital Xoco. Se comparó el calcio pre y post transfusión de un CE. **Resultados:** se incluyó 33 hombres y 7 mujeres. Edad  $51.1 \pm 12$  años. Distribución por Child-Pugh:



**Figura 1.** Terapia transfusional y sus efectos en el calcio sérico en hepatópatas.

B ( $n=23$ ) y C ( $n=17$ ). La media de calcio pre-transfusional  $8.96 \pm 0.63$  mg/dl, y pos-transfusional  $8.77 \pm 0.81$ ;  $p = 0.13$ . Con diferencia significativa en los niveles de calcio en pacientes Child-Pugh B  $9.02 \pm 0.47$  vs  $8.68 \pm 0.75$  mg/dl;  $p = 0.04$ ; se asoció al uso de CE con más de 21 días de almacenaje CE  $>21$  días [ $5.02\% \pm 3.53$ ]  $<21$  días [ $3.02\% \pm 2.49$ ],  $p = 0.03$ .

**Conclusión:** La transfusión de CE se relaciona con reducción de calcio en pacientes con IH Child-Pugh B, además de que el tiempo de almacenamiento tiene impacto significativo en el nivel de reducción del calcio.

#### 0055 Comparación del uso de lactulosa y metronidazol vs lactulosa o metronidazol en el tratamiento de la encefalopatía hepática aguda

Ramírez A, Melchor A, Muñoz E Hospital General Xoco, SSA

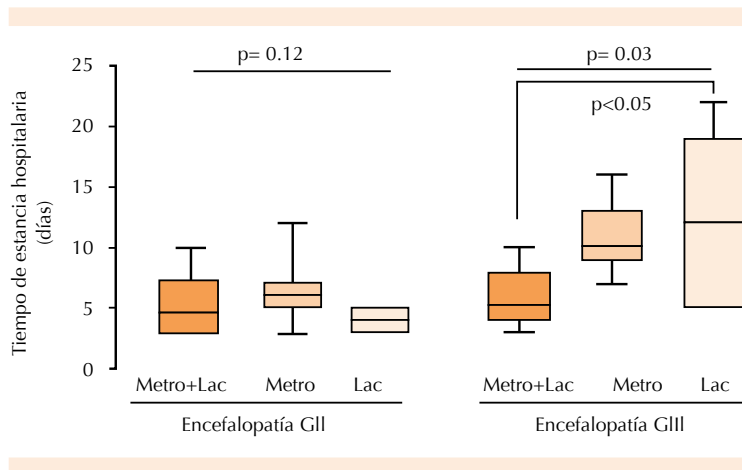
**Objetivo:** se analizó si el uso de lactulosa con metronidazol disminuye los días de estancia

hospitalaria en menor tiempo que al usar lactulosa o metronidazol. **Material y métodos:** se realizó un estudio de cohorte retrospectivo. Se revisaron 60 expedientes de pacientes que ingresaron al servicio de Medicina Interna del hospital general de Xoco con diagnóstico de EH grado II-IV de West Haven. Los pacientes fueron divididos en tres grupos de acuerdo a la terapia utilizada. El análisis estadístico se realizó con VassarStats. Se empleó ANOVA para comparar las medias entre grupos. **Resultados:** al correlacionar los días de estancia hospitalaria con la terapia empleada para los 3 grupos se obtuvo una  $p = 0.10$ , se realizó un análisis de estratificación en el cual se correlacionó el grado de encefalopatía con la terapia empleada y los días de estancia hospitalaria, obteniéndose para pacientes con encefalopatía grado 2 una  $p = 0.12$  y para grado 3 una  $p = 0.03$  al comparar el uso de metronidazol + lactulosa con lactulosa en monoterapia.

#### 0070 Hepatitis fulminante por virus de Epstein Barr

Garza F, Galarza D, Herrera A Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Descripción del caso:** se trata de paciente femenino de 36 años de edad con antecedentes personales de Lupus Eritematoso Sistémico en tratamiento con prednisona 5 mg al día



**Figura 1.** Comparación del uso de lactulosa y metronidazol vs lactulosa o metronidazol.

vía oral y Metroxate 10 mg por semana vía desde hace 1 año con buena respuesta clínica. Inicia padecimiento 1 mes previo a su ingreso con astenia, adinamia, y anorexia, así como fiebre no cuantificada, 15 días previos al ingreso presenta dolor en hipocondrio derecho e ictericia y persiste fiebre, un día previo a su ingreso presenta alteración del estado de conciencia, caracterizada por lenguaje incomprensible y estupor, por lo que acude a un hospital de primer nivel del cual refieren a la paciente a nuestra institución por sospecha de hepatitis aguda con encefalopatía hepática (niega ingesta de paracetamol al ingreso a esta institución se encuentra a una paciente estupefada, desorientada en espacio y tiempo, con ictericia evidente, y dolor a la palpación en hipocondrio derecho, se solicitan estudios de gabinete, resultando con

una elevación de transaminasas y fosfatasa alcalina 15 veces por encima del límite superior e INR en 8.58, Bilirrubinas en 19.4 a expensas de indirecta, US de abdomen muestra inflamación hepática, se solicita panel para hepatitis A, B y C resultando negativos, ELISA para VIH negativo; por cuadro clínico compatible con hepatitis fulminante se inicia terapia con N-acetilcisteína y bolos de metilprednisolona, y se ingresa a la unidad de cuidados intensivos, en los días posteriores presenta deterioro gradual del estado de conciencia hasta encontrarse en encefalopatía grado IV (estado comatoso), por lo que se boletina como emergencia "0" para trasplante hepático; se solicita PCR en tiempo real para Citomegalovirus y para virus de Epstein Barr el cual se reporta positivo con 1432 copias/mL (.021 por ciento de hepatitis fulminantes son causadas por

Virus de Epstein Barr, motivo de lo interesante y raro de este caso), el trasplante hepático se realiza 6 días posterior a su ingreso hospitalario de un donante cadavérico, la paciente evoluciona favorablemente, recuperando el estado de conciencia 3 días posteriores a trasplante hepático, logrando su extubación y egreso de terapia intensiva 5 días posterior a trasplante, y alta a domicilio con terapia médica 10 días posteriores a trasplante hepático, a la fecha con seguimiento de la paciente por 15 días no ha presentado alguna complicación.

**0081 Poliposis inflamatoria gigante como manifestación de enfermedad de Crohn**

*Alemán D, Ramírez R, Matorros A, Sánchez E, Rodríguez M, Corral M, López R, Reyes A, Terán O, del Prado X, López Y, Ceñal I, Salgado T*  
Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** la poliposis inflamatoria gigante (PIG) es una lesión poco común benigna, asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Dos tercios se presenta en Enfermedad de Crohn (EC) y un tercio en Colitis Ulcerosa. Es confundida con Cáncer de Colon, ya que contiene tejido mucoso y submucoso, sin embargo, predomina el infiltrado inflamatorio. Con complicaciones como obstrucción colónica o intususcepción, requiriendo tratamiento quirúrgico. **Des-**



**cripción del caso:** masculino de 54 años, diabético, síndrome de intestino irritable. Inicia hace 4 meses con fiebre, diaforesis, escalofríos, pérdida de 18 kg en 3 meses y dificultad para defecar. En su hospitalización persiste con fiebre, dolor abdominal y estreñimiento, solicitándose tomografía abdominal que reporta tumoración heterogénea de 7x6 cms en sigmoides. Se realiza rectosigmoidoscopia con lesión polipoidea múltiple, reportándose biopsia con pólipos hiperplásicos sésiles y colitis crónica inespecífica moderada. Continúa la misma sintomatología, agregándose datos de abdomen agudo, radiografía abdominal con dilatación colónica y niveles hidroaéreos. Se realiza laparotomía exploradora encontrándose tumoración abdominal que involucra sigmoides adyacente y unión rectosigmoidea, se extiende a retroperitoneo. Con formación de absceso pericólico y abierto a cavidad, sin disrupción de la pared intestinal, enviado a patología reportando: Ell intramural crónica con hiperplasia de la capa muscular y granulomatosa no caseificante consistente con EC e hiperplasia folicular linfoide. **Discusión:** entidad asociada a largos períodos de inflamación, ulceración y reparación; provocando proyecciones polipoideas > 1.5 cms agrupadas formando una tumoración, localizada principalmente en colon descendente y sigmoides.

Colonoscópicamente se aprecia una masa de gusanos característica. Histopatológicamente con infiltrado inflamatorio sobre la muscular de la mucosa, úlceras profundas e hiperplasia linfoide. El tratamiento recomendado es la colectomía. **Conclusiones:** la PIG es una patología benigna infrecuente asociada a EC, no obstante ante cualquier sospecha clínica, endoscópica o imagenológica se deberá realizar colectomía con estudio histopatológico complementario que permita descartar una neoplasia del colon.

#### **0091 Eficacia comparativa entre levofloxacino vs ceftriaxona más macrólidos en neumonía adquirida en la comunidad**

*Miranda T, Perez S*

Hospital Christus Muguerza de Alta Especialidad

**Introducción:** en nuestro medio, la neumonía adquirida en la comunidad es una de las principales causas de hospitalización, además de ser una de las principales causas de morbimortalidad por lo que es importante conocer la medida terapéutica más eficaz. **Objetivo:** comparar la eficacia entre el uso de Levofloxacino vs Ceftriaxona más Macrólido en pacientes con neumonía adquirida de la comunidad. **Materil y métodos:** diseño observacional, descriptivo y retrolectivo. Se incluirán todos los pacientes entre 16 y 65 años edad, que hayan ingresado al

Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad con cuadro clínico compatible con Neumonía Adquirida a la Comunidad en un periodo comprendido de Mayo del 2012 a Mayo del 2014. **Resultados:** se incluyeron 64 pacientes, 38 pacientes pertenecen al grupo recibió Levofloxacino y 26 pacientes al grupo que recibió Ceftriaxona más Macrólido. Se reportaron los siguientes resultados de Levofloxacino vs Ceftriaxona más Macrólido; en cuanto a CURB 65 (1.2 (IC95% 0.5-1.9) vs 1.4(IC95% 0.6-2.2), los días de estancia hospitalaria (5.92 (IC 95% 4.93-6.92) vs 5.65 (IC 95% 4.66-6.64) p=0.69), en cuanto a días de fiebre (2.11 (IC 95% 1.50-2.71) vs 2.15 (IC 95% 1.51-2.81) p=0.91), en cuanto a días con tos (4.66 (IC 95% 3.82-5.50) vs 4.85 (IC 95% 3.79-5.90) p=0.77), en días con disnea (2.32 (IC 95% 1.69-2.94) vs 2.65 (IC 95% 1.95-3.36) p=0.47). **Conclusiones:** no se encontró diferencia estadísticamente significativa de la eficacia en el tratamiento de Levofloxacino vs Ceftriaxona más Macrólido en pacientes adultos con Neumonía Adquirida en la Comunidad.

#### **0092 Valor predictivo positivo de la prueba de inmunoensayo para detección de toxina A y B de Clostridium difficile en un hospital privado**

*Perez S, Miranda T*

Hospital Christus Muguerza de Alta Especialidad

**Introducción:** *Clostridium difficile* es un bacilo gram positivo, causa comúnmente de diarrea en el medio hospitalario; siendo la incidencia documentada hasta un 10%. Hay distintos medios para su detección sin embargo en nuestro medio, una prueba muy utilizada es el inmunoensayo de Toxinas A y B. **Objetivos:** 1) Estimar el valor predictivo positivo de la prueba de inmunoensayo para detección de toxina A y B de *Clostridium difficile* 2) Establecer la incidencia de diarrea por *Clostridium Difficile* en el Hospital 3) Factores asociados más comunes. **Material y métodos:** estudio prueba diagnóstica. Se incluyó a pacientes que a los que se les buscó diarrea por *Clostridium difficile* de Enero del 2010 a Agosto del 2013 del Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad y con prueba de inmunoensayo positiva, y que se comprobara por biopsia y cultivo la presencia de *Clostridium difficile*. **Resultados:** se analizaron 360 pacientes a los que se le solicitaron Toxinas A y B, de los cuales 55 casos resultaron positivas; en 35 se demostró la presencia de *Clostridium difficile*. La incidencia fue del 10.2% y VPP de la prueba utilizado fue de 0.64 (IC95, 0.51-0.76). Se encontró que el uso de antibiototerapia previa (n=29) y el de inhibidores de bomba de protones (n=19) fueron los factores asociados más comunes. **Conclusiones:** la incidencia de *Clostridium*

*difficile* en nuestro medio es similar a la literatura revisada, sin embargo el Valor predictivo positivo fue bajo.

#### **0106 Gradiente de presión venosa hepática como predictor de fibrosis hepática avanzada**

*Borjas O, Hernández B, Cortéz C, Alejandre J, González E*  
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** el gradiente de presión venosa hepática (GPVH) correlaciona con fibrosis hepática en etiologías virales y con complicaciones de la enfermedad avanzada. La biopsia hepática es considerada el estándar de oro para el diagnóstico de fibrosis hepática, sin embargo la variabilidad inter-observador, la viabilidad de la muestra y complicaciones limitan su uso. Estudios no invasivos como el Fibrotest se han utilizado como predictor de fibrosis hepática con resultados variables. **Material y métodos:** estudio retrospectivo (Junio 2011-Diciembre 2014) en un solo centro, Hospital Universitario (UANL). Pacientes con diagnóstico clínico de Hepatopatía Crónica sometidos a estudios de hemodinamia hepática con toma de biopsia. **Resultados:** total de 64 pacientes, Se descartaron 11 pacientes por muestra de tejido insuficiente. Total 53 pacientes, 29 hombres (54.7%) 24 mujeres (45.3%). Edad media 54.11 ± 12.3. Child A 24 (45.3%), B 23

(43.4%), C 6 (11.6%). MELD 8 (4-19). Etiología: alcohólica 19 (35.8%), Virus Hepatitis C 7 (13.2%), autoinmune 11 (20.8%), medicamentosa 2 (3.8%), Cirrosis Biliar Primaria 1 (1.9%) Esteato-hepatitis no alcohólica 3 (5.7%) criptogénica 10 (18.9%). En relación a GPVH, 6 (11.4%) pacientes mostraron GPVH normal (? 5mmHg), 3 (5.6%) 5.1-9.9 mmHg, 3 (5.6%) Hipertensión Portal (HP) clínicamente significativa (10-11.9mmHg) y 41 (77.4%) HP severa. La curva de la característica operativa del receptor (ROC) del GPVH para predecir fibrosis avanzada (3-4) tuvo un área bajo la curva (AUC) de 0.91 con un valor de GPVH 11.4 mmHg, con sensibilidad 95% Especificidad 75%. La curva ROC de GPVH para fibrosis hepática avanzada por Fibrotest resultó de 0.727, con valor de GPVH 11.9 mmHg, sensibilidad 90%, Especificidad 40%. **Conclusiones:** el GPVH se correlaciona con el grado de fibrosis hepática. Un GPVH por arriba de 11.4 mmHg es predictor de fibrosis hepática avanzada. Se puede utilizar este punto de corte para estimar el grado de fibrosis en pacientes con biopsia hepática insuficiente.

#### **0110 Asociación de la insuficiencia renal aguda con la mortalidad y complicaciones de pacientes hospitalizados con cirrosis hepática**

*López M,<sup>1</sup> Castro D,<sup>1</sup> Santamaría T<sup>2</sup>*





<sup>1</sup> Hospital General de Ecatepec  
Dr. José María Rodríguez, SSA

<sup>2</sup> Hospital General de Ticomán,  
SSA

**Introducción:** la insuficiencia renal aguda es una complicación frecuente de pacientes hospitalizados con cirrosis hepática descompensada. En este año el International Club of Ascites, publica una propuesta de un nuevo abordaje diagnóstico y terapéutico de la falla renal aguda en cirrosis.

**Material y métodos:** estudio transversal observacional no aleatorizado multicéntrico, se utilizó la definición de falla renal aguda propuesto por el ICA. **Resultados:** se incluyeron de 45 pacientes con cirrosis hepática, 36 hombres y 9 mujeres, con una edad promedio de 46.2 años, La etiología de la cirrosis hepática fue alcohol en 40 pacientes(88.9%), viral en 3(6.6%) y mixta en 2 (4.4%), la estadificación de falla renal aguda inicial fue: estadio1: 36 (80%), estadio 2: 8(17.78%) y estadio 3:1(2.22%). Ocurrieron 7 defunciones (15.5%). **Conclusiones:** la mortalidad estuvo asociada a una progresión del estadio de la falla renal aguda, y a la estadificación de la cirrosis hepática.

#### 0122 Síndrome de sobreposición de cirrosis biliar primaria y hepatitis autoinmune: reporte de un caso

López M,<sup>1</sup> González E,<sup>2</sup> Lara M,<sup>3</sup> Ayala D<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Tacuba,  
ISSSTE

<sup>2</sup> Hospital General Regional.  
Lic. Adolfo López Mateos,  
ISSSTE

<sup>3</sup> Hospital General de Ecatepec  
Dr. José María Rodríguez, SSA

**Introducción:** la coexistencia de cirrosis biliar primaria y hepatitis autoinmune, es una condición caracterizada por manifestaciones de ambas patologías, y que requiere tratamiento de ambas entidades. La cirrosis biliar primaria y la hepatitis autoinmune, son consideradas clásicamente diferentes enfermedades hepáticas. Con todo, se presentan pacientes con características clínicas, bioquímicas y serológicas de ambas patologías, en quienes se ha usado el término de síndrome de sobre posición para definir a esta condición con características ambiguas. **Descripción del caso:** femenino, 47 años, con los siguientes antecedentes: hermana fallecida por hepatitis de etiología no determinada, sin otros antecedentes de relevancia. La paciente inició desde seis años previos a su valoración en la clínica de hepatitis con fatiga y pérdida ponderal estimada en 10 Kg a lo largo de los últimos tres años, prurito generalizado, hace un año notó ictericia escleral leve por lo cual acudió a facultativo quien solicita estudios de laboratorio hallando elevación de aminotransferasas, fosfatasa alcalina y gammaglutamil

traspesptidasa, con hiperbilirrubinemia leve con patrón obstructivo, solicitó serología para virus de la hepatitis con anticuerpos positivos contra antígeno de superficie del virus de la hepatitis B, por lo que la paciente fue referida a la clínica de hepatitis de nuestro hospital. Se solicitó ultrasonografía de hígado y vía biliar en donde se reporta crecimiento hepático moderado, sin alteraciones de la vía biliar. Se realizaron serologías para VHA, VHC las cuales se reportaron negativas, se reportaron anticuerpos contra antígeno de superficie de la hepatitis B positivo, con historial de vacunación reciente para hepatitis B. Se realizó PCR para ARN de VHC y ADN de VHB negativas, se volvió a repetir la determinación de antígenos y anticuerpos contra core, antígeno de superficie y antígeno e, los cuales fueron negativos. Se realizó determinación de anticuerpos anti mitocondriales y antinucleares positivos. Se realizó biopsia hepática con inflamación portal crónica moderada, hepatitis de interfase leve, con fibrosis leve (Metavir F1) Nuestra paciente tenía una puntuación de probabl, con 24 puntos pretratamiento en el sistema de puntuación del Grupo Internacional de Hepatitis Autoinmune, títulos muy elevados de AMA-M2 y una puntuación de probable en el sistema de puntuación de CBP, por lo que consideramos que presentaba un síndrome sobreposición

HAI-CBP con predominio de HAI. Se instauró tratamiento con corticoides, respondiendo favorablemente, con resolución del brote y normalización de los parámetros analíticos.

### 0129 Efectos de un programa de optimización de TC de abdomen en el departamento de Urgencias

Escobedo M,<sup>1</sup> Villegas J,<sup>1</sup> Villarreal M,<sup>2</sup> Galarza D<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL

<sup>2</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** estudios observacionales han demostrado que 1 de cada 100 personas expuestas a 10 msv, equivalente a una tomografía computarizada (TC) de abdomen o tórax, estará en riesgo de desarrollar cáncer debido a esa única exposición. En México se desconoce la eficacia de la regulación de las TC. En el Hospital Universitario (HU) de la UANL se implementó un programa para regular las TC de abdomen en el Departamento de Urgencias (DU) del HU. En dicho programa se proporciona a los médicos a cargo del DU un curso educativo en donde se abordan las indicaciones correctas de las TC de abdomen según el Colegio Americano de Radiología (ACR) y los riesgos que conlleva la radiación. El estudio se realizó para establecer la eficacia de este programa. **Objetivo:** determinar y comparar la can-

tividad de TC de abdomen que se realizan y su justificación antes y después del "Programa de Uso Racional de Estudios Imagen" (PUREI). **Material y métodos:** estudio retrospectivo donde identificaron mediante la red de radiodiagnóstico los estudios realizados durante un periodo de 50 días antes del PUREI y 50 días después del mismo. Posteriormente se revisó de expedientes la indicación del estudio. La justificación del estudio se determinó según los criterios del American College of Radiology "ACR Appropriateness Criteria®", es importante recalcar que se utilizó el puntaje más estricto de 7-9 para catalogar al estudio como justificado. **Resultados:** se realizaron un total de 220 estudios antes y 221 estudios después del PUREI. En ambos grupos el porcentaje de mujeres fue de 49%. La media de edad fue de 46 años para ambos grupos. Se realizaron 45.9% de estudios no justificados antes del programa de optimización en comparación de 36.7% posterior al PUREI ( $p=0.03$ , Test de Fisher 43.6% de TC de abdomen simples antes del PUREI en comparación con 33.9% posterior al mismo ( $p=0.05$  y 32.3% de TC de abdomen contrastadas antes en comparación 41.2% después ( $p=0.07$ ). En el resto de estudios que involucran la región abdominal no hubo diferencias significativas. **Conclusión:** con una estrategia relativamente

sencilla se logró disminuir de manera significativa los estudios no justificados en el DU de un Hospital Universitario. Es probable que esto se traduzca en más diagnósticos oportunos y en menos repetición de estudios con una reducción en la morbi-mortalidad y en la exposición a la radiación y los riesgos que esta conlleva.

### 0201 Histoplasmosis intestinal, diarrea crónica: reporte de un caso en un paciente inmuno-competente

Zaldivar J, Badillo S, Calle D, Anda J, Meza P, Lerma L, Lomeli M, Flores C

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, SSA

**Introducción:** la histoplasmosis gastrointestinal (HGI) es muy común (70-90%), pero se sospecha poco, por manifestaciones atípicas y suele ser confundida y mal diagnosticada. La progresión y diseminación de la histoplasmosis es mortal sin tratamiento. **Objetivo:** conocer una de las formas clínicas extrapulmonares de la histoplasmosis. **Descripción del caso:** presentación de un caso de HGI. Femenina de 56 años de edad. **Antecedentes:** 2 pericos de mascota afuera de su casa, DM2, HAS. 4 hernioplastias, última hace 2 meses. Cuadro de un mes de evolución con diarrea líquida, amarilla, sin moco ni sangre, fiebre no cuantificada, náusea y vómito, por lo que fue hos-

pitalizada. A la exploración abdomen globoso, blando, puntos ureterales +, herida quirúrgica dehiscente con líquido purulento. **Laboratorios:** sodio 119, cloro 94, EGO esterasa leucocitaria 2+, proteinuria 1+, leucocitos 25-50/campo, bacterias abundantes, albumina 1.9, hemoglobina 10.8, VCM 83.9, HCM 28.4, leucocitos 7,700, plaquetas 301,000, ferritina 916, PCR ultrasensible 59, toxina de *C. difficile* negativa, peptido natriurético cerebral: 2347, anticuerpo anti-transglutaminasa IgG e IgA y anti-endomiso, anti-histoplasma capsulatum sérico negativo, urocultivo: *E. coli* BLEE (ECB), *E. faecalis*, hemocultivos: *K. pneumoniae* BLEE, ECB. Evolucionó con diarrea dolor abdominal, fiebre, melena, rectorragia, hematoquezia, edema generalizado, leucocitosis, estertores pulmonares, deterioro neurológico; tomografía (TC) tórax: infiltrados sugestivos micóticos; colonoscopia: pancolitis con empedrado inespecífico y múltiples pólipos, biopsia: histoplasmosis intestinal; tratamiento con antibióticos de amplio espectro, amfotericina B. Desarrolló falla cardiaca aguda, choque séptico y muerte. **Discusión:** consideramos que el sitio de infección inicial pudo ser la herida quirúrgica abdominal. La biopsia utilizó tinción de Grocott la cual confirma histoplasmosis; la serología fue negativa, la cual es poco sensible en histoplasmosis

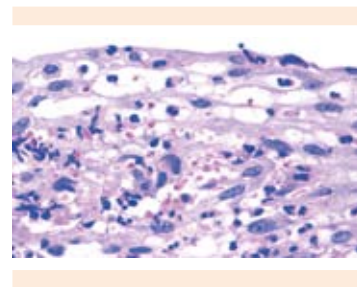
diseminada; no se confirmó histoplasmosis diseminada, pero la TC fue sugerente. Nuestra apreciación como factor causal de muerte fue la sepsis, y el desencadenante la HGI con un rápido compromiso pulmonar que a pesar del tratamiento indicado tuvo un rápido deterioro. **Conclusión:** la HGI es una entidad que tiene muchas manifestaciones atípicas, pero se debe de sospechar en pacientes en riesgo y con diarrea crónica.

#### 0205 Enfermedad de Crohn con afección esofágica: reporte de un caso y revisión de la literatura

Alvarez C, Martínez E, Pérez J, Gutiérrez L  
Hospital General de Pachuca, SSA

**Introducción:** la enfermedad de Crohn es un padecimiento crónico del tubo digestivo que puede afectar cualquier parte del tracto digestivo, de la boca al ano. Se cree que es el resultado de la alteración entre mediadores proinflamatorios y antiinflamatorios. Susceptibilidad genética y agentes ambientales pueden contribuir. 30% afectan al intestino delgado, particularmente íleon, 20% colon, 45% ambos y menos del 8% al esófago. **Descripción del caso:** femenino de 41 años de edad, inicia desde hace 6 meses con episodios de diarrea, náusea, dolor abdominal, vómito e intolerancia a la vía

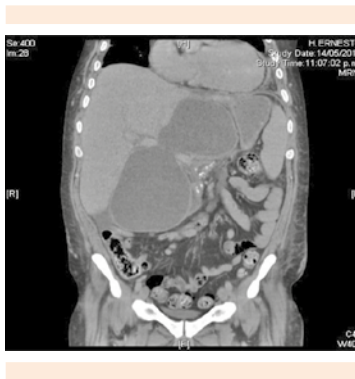
oral. Presenta salida de material purulento por sonda nasogástrica, se realiza endoscopia que reporta inflamación severa, ulceraciones y microabscesos. Se toma biopsia donde se observa infiltrado agudo y crónico en epitelio escamoso y lámina propia, compatibles con enfermedad de Crohn (Figura 1). **Conclusiones:** la afección esofágica en Crohn es una entidad infrecuente, que debe sospecharse ante síntomas digestivos infrecuentes.



#### 0262 Pseudoquiste pancreático. Reporte de caso

Andrade C, Ibarra H, Ancer J, Garza J, Villarreal M, Galarza D  
Hospital Universitario Dr. José E Gonzalez, UANL

**Antecedentes:** La pancreatitis por alcohol es la causa principal (59 -78%). **Objetivo** Presentar un caso de Pseudoquiste pancreático en un paciente con Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis. **Informe de caso:** Masculino de 35 años; alcohólico crónico, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Acude por disnea al reposo, 1 semana de evolución y dolor epigástri-



co. Al ingreso febril, abdomen doloroso. Hemocultivo de catéter y periférico positivo para *Pseudomonas Spp*, se recambia catéter e inicia antibiótico. Presenta hematemesis, endoscopia superior reporta esofagitis grado C, mucosa gástrica congestiva con efecto masa, tomografía de abdomen contrastado observa páncreas con calcificaciones, 2 masas isodensas, 12.4 cm, se parecen pseudoquiste pancreático. Se realiza cistogastroanastomosis exitosa, reporte de patología consistente. **Conclusión:** El pseudoquiste pancreático es una complicación frecuente, su detección oportuna y tratamiento adecuado mejoran el pronóstico.

**0267 Trombosis venosa esplenoporto-mesentérica. Complicaciones agudas y crónicas: diagnóstico y tratamiento**  
*Ilizaliturri O, Monreal R, Espinosa J*  
 Hospital Universitario José Eleuterio González

**Antecedentes:** La trombosis venosa esplenoporto-mesentérica (TV-EPM) es una entidad

poco frecuente. **Objetivo:** Describir las complicaciones agudas y crónicas de un evento de TV-EPM así como su abordaje diagnóstico y terapéutico. Reporte de caso: Masculino de 39 años de edad sin antecedentes personales relevantes que ingresa por cuadro agudo de trombosis venosa portal aguda con extensión a vena mesentérica superior y esplénica secundaria a trombocitosis esencial (trombocitosis + mutación JAK2 V617F). Durante la fase aguda presenta datos de hipertensión portal (ascitis, esplenomegalia y varices esofágicas pequeñas sin estigma de riesgo). Se decidió manejo con Rivaroxaban, además de Aspirina, Hidroxiurea y diuréticos. Dos meses posteriores al inicio de su padecimiento reingresa en repetidas ocasiones por cuadro de suboclusión intestinal que remite con el ayuno y tratamiento conservador y se exacerba al reiniciar la vía oral. EnteroTAC revela la presencia de estenosis a nivel de íleon terminal. Se decide realizar LAPE la cual corrobora el diagnóstico sin observar datos de isquemia intestinal. Se realiza resección de segmento afectado con posterior anastomosis termino-terminal sin complicaciones. **Discusión:** Nuestro paciente presentó un cuadro de TV-EPM secundaria a trombocitosis esencial, presentando datos de hipertensión portal en la fase aguda y estenosis intestinal de forma crónica. Después de la

recuperación de un episodio agudo de trombosis venosa mesentérica, la estenosis intestinal es una de las posibles complicaciones a considerar en estadios crónicos. La exploración quirúrgica puede ser una opción apropiada, la cual evita el malestar del paciente debido a la necesidad de restricción dietética y necesidad de hospitalizaciones recurrentes. Hasta el momento existen solo algunos reportes de caso en donde Rivaroxaban ha mostrado ser efectivo y seguro en el manejo de trombosis venosa portal. **Conclusión:** La TV-EPM es una entidad rara en la cual siempre se debe investigar una causa subyacente. Un seguimiento estrecho es requerido con el objetivo de identificar de forma oportuna posibles complicaciones tanto en la fase aguda como crónica de la enfermedad. Hasta el momento Rivaroxaban parece una opción segura en el tratamiento de esta entidad.

**0270 Hipocalcemia secundaria a hipomagnesemia como manifestación de actividad en enfermedad de Crohn**

*Romero J, Méndez A, Castellanos D, Cruz A*  
 SSA, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Antecedentes:** Existen pocos casos documentados de hipocalcemia secundaria a hipomagnesemia en pacientes con Enfermedad de Crohn (CD), siendo ésta un factor



desencadenante de su actividad. El magnesio forma parte importante de los mecanismos inflamatorios, regulando la secreción de TNF alfa y NFkB, así como la homeostasis del calcio, tanto a nivel gastrointestinal como óseo, además de participar como cofactor de la 125-hidroxivitamina D-hidroxilasa. La hipomagnesemia en estos pacientes, es causa de hipocalcemia, deficiencia de vitamina D y de actividad de la enfermedad. Se presenta un caso de hipocalcemia asociada a hipomagnesemia en un paciente con CD activa.

**Objetivo:** Identificar la asociación entre hipomagnesemia e hipocalcemia en un paciente con CD activa. **Informe del caso:** Masculino de 34 años con diagnóstico de CD y Espondilitis Anquilosante de 2 años de evolución, tratado con certolizumab pegol mensual. Antecedente de resección de íleon terminal por apendicitis complicada y portador de ileostomía, con múltiples internamientos por hipocalcemia a pesar del tratamiento suplementario con calcio oral. Ingresó por parestesias y debilidad de extremidades, con signos de Chvostek y Trousseau. La ileostomía era de gasto alto en ileostomía y se documentó hipocalcemia corregida de 7.3 mg/dL e hipomagnesemia de 0.7 mg/dL. Se realizó reposición electrolítica con mejoría sintomática. Al alcanzar niveles normales de Calcio, se redu-

jo su infusión y se ajustó su reposición oral. De nuevo se documentó hipokalemia, con un gradiente transtubular de potasio de 11.3, sin desequilibrio ácido base, concluyéndose la hipomagnesemia como el factor desencadenante. La PTH se encontró elevada y la 25-hidroxivitamina D fue normal, descartándose deficiencia de vitamina D o hipoparatiroidismo; se calculó el CDAI en rango de actividad de CD. **Discusión:** El magnesio en la CD ha demostrado estar relacionado con mecanismos inmunopatológicos de su activación; de la misma manera, juega también un papel importante en la regulación del calcio. El gasto elevado de la ileostomía en este caso, se relacionó con la pérdida gastrointestinal de magnesio, lo que a su vez condicionó activación de la cascada inflamatoria, mecanismo que perpetuó la actividad de la CD.

#### **0357 Proteinopatías a nivel gastrointestinal en la enfermedad de Alzheimer asociadas a síndrome de Ogilvie. Reporte de caso**

*Jiménez-Castillo G, Medrano-Deleija I, Barragán-Berlanga A* SSA, San José, Tecnológico de Monterrey/Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda.

**Antecedentes:** La Pseudo-obstrucción intestinal aguda o Síndrome de Ogilvie (SO), es una dilatación colónica proximal sin obstrucción mecánica;

es poco conocido y diagnosticado con una incidencia del 18.5%. **Objetivo del estudio:** Conocer las proteínopatías a nivel Gastrointestinal (GI) de la Enfermedad de Alzheimer (EA) en relación con el SO y otros factores de riesgo. **Informe de caso:** Femenino de 83 años. Antecedente de Artritis Reumatoide y EA de larga evolución. Medicamentos: olanzapina, memantina, rivastigmina y metotrexate. Valoración Geriátrica integral (VGI) con KATZ G, Lawton y Brody de 0/8, Rockwood 6/7, Cornell y MMSE no valorable al momento. Inicia 3 meses previos con aumento del perímetro abdominal, hiporexia y dolor abdominal con ausencia de canalización de gases y evacuaciones; exploración física: neurologicamente desorientada en tiempo y lugar, orientada en persona con glasgow en 15; no compromiso cardiorrespiratorio, abdomen globoso a expensas de aire, timpánico a la percusión, peristalsis aumentada en colon derecho y muy disminuido en izquierdo; dolor abdominal en cuadrante inferior derecho a la palpación. Laboratorios sin alteraciones. Radiografía de abdomen con distensión del colon en todo su trayecto, mayor en rectosigmoides; TAC de abdomen con enfermedad diverticular y panendoscopia con gastritis atrófica. Se coloca sonda intrarrectal con mejoría y se egresa. Reingresa en dos ocasiones con misma sintomatología hasta

el inicio de neostigmina. **Resultados:** En la EA el depósito de alfa-sinucleína tiene un rol importante en los plexos autonómicos, ganglios periféricos, así como en las estructuras tele-encefálicas y existe una reducción en el factor neurotrópico cerebral el cual interviene en el sobrevida de las neuronas del Sistema Nervioso Central (SNC) y GI. Otros factores de riesgo son la edad (> 60 años), pluripatología, polifarmacia y medicamentos (como antipsicóticos, opioides o anticolinérgicos trastorno neurocognitivo mayor y fragilidad. **Conclusión:** El SO es poco reconocido y tiene alta mortalidad (perforación 15-50%). En el EA las alteraciones a nivel de proteínas en el sistema GI lo hacen común; hay que descartar casuas obstructivas o metabólicas. Para el tratamiento se debe considerar la VGI; el uso de neostigmina funciona hasta en el 91% de los casos contra el 30% de mortalidad quirúrgica.

**0376 Utilidad de la defecorre-sonancia en el estudio de pacientes con estreñimiento crónico refractario a tratamiento médico convencional**

Garza D, Cano I, Morales L, Tinoco A, Sánchez M

Privado San José, Escuela de Medicina, Tecnológico de Monterrey.

Los trastornos del piso pélvico son un problema frecuente en

adultos, que impacta en su calidad de vida, y los lleva a padecer estreñimiento y dolor crónico. La evolución en estudios para evaluar la defecación de los pacientes, nos ha llevado a contar con defecografía, manometría, ultrasonido transperineal y defecorresonancia (DR). No se ha establecido un consenso en la utilidad de la DR en el abordaje de estreñimiento crónico. La DR, con mayor definición anatómico-funcional, debiera auxiliarnos en el diagnóstico etiológico de pacientes en los cuales no queda claro por el abordaje convencional.

**Objetivo:** Conocer si la DR es útil en el diagnóstico etiológico en pacientes con estreñimiento crónico y proctalgia persistente, quienes han sido estudiados y tratados en forma convencional. **Material y Método:** Se revisaron 5 expedientes de pacientes adultos, 4 femeninos y 1 masculino, con edad media de 44 años. Todos con estreñimiento crónico manifestado por esfuerzo defecatorio acompañado de proctalgia. Los 5 fueron sometidos a manometría anorrectal encontrando disinergia del piso pélvico. Se les realiza defecografía encontrando aumento de ángulos anorrectales, rectocele anterior, orificios anales reducidos y descenso de la unión anorrectal por debajo de la línea pubococcígea. Los pacientes recibieron tratamiento con laxantes, mejorando la frecuencia de evacuaciones

pero persistiendo con tenesmo y dolor rectal. Posteriormente, recibieron reeducación anorrectal mejorando la sensibilidad y la disinergia del piso pélvico. A pesar de continuar tratamiento médico y ejercicios en casa, continuó el dato pivote de proctalgia, por lo que se decide realizar DR en busca de defectos anatómicos. Se efectúa en forma estandarizada DR en múltiples secuencias y cortes estandarizados. **Resultado:** Se identifica, en los 5: descenso del piso pélvico, hipomotilidad del recto, vaciamiento de 40% y estrechez en los orificios anales. Reportan 2 con fibrosis adyacente a músculo puborectal, 2 con colecciones o abscesos, 2 con engrosamiento asimétrico de esfínter anal y 1 con tracto fistuloso y otro con desgarró de músculo esfínterico. **Conclusión:** La DR es útil para estudiar pacientes que no respondieron a terapéutica convencional y fueron abordados sin encontrar el defecto. Nos proporciona mayor detalle del ano, recto y estructuras adyacentes, por lo que debemos considerarlo en el algoritmo.

**0381 Defunción posterior a tratamiento intervencionista con quimioembolización transarterial con partículas de polivinilo en un paciente con hepatocarcinoma estadio B de la BCLC en un hígado no cirrótico**

Lara L,1 Castilleja J,1 García R2  
1Universitario, Hospital Zambrano Hellion, Tecnológico



de Monterrey, 2Universitario, Hospital San José, Tecnológico de Monterrey.

Masculino de 73 años de edad quien acude por malestar general, dolor abdominal, hiporexia, náusea y vómito de una semana de evolución. Refiere pérdida de peso de 12 kg en el último año. A la exploración física con datos clínicos de deshidratación leve y abdomen doloroso sin datos de irritación peritoneal. Laboratorios de ingreso muestran leve transaminasemia, resto sin alteraciones. Se solicita TC de abdomen multifase encontrando masa de bordes poco definidos en segmento 6 del hígado de 6.1 x 7.5 x 7.7 cms radiológicamente compatible con hepatocarcinoma. Se confirmaron dichos hallazgos con RMN contrastada. En secuencia de supresión para grasa, datos de esteatosis hepática. AFP de 8324 UI/ml. Se estadifica como BCLC B en el contexto de un paciente sin cirrosis, ECOG 1, CHILD A. Se realiza TACE con partículas de polivinilo, mostrando pérdida de la circulación de lesión de mayor dimensión. Dicho procedimiento cursó sin complicaciones. Dos semanas posteriores es reingresado por intolerancia a la vía oral, dolor abdominal de mayor intensidad y fiebre de 38°. Clínica y bioquímicamente con datos compatibles insuficiencia hepática aguda IHA y nueva AFP de 33500 UI/ml. TC multifase mostró hepatomegalia impor-

tante a expensas de lóbulo izquierdo y un crecimiento desproporcionado de lesiones satélite. Durante su evolución en los siguientes días se presentó progresión de la IHA. Se continúa seguimiento con cuidados paliativos y de soporte. 24 días posteriores a quimioembolización ocurre el deceso del paciente. El tratamiento con TACE es una opción terapéutica para el control del hepatocarcinoma irreseccable. El promedio de supervivencia posterior a TACE fue de 20 meses en diversas cohortes para un BCLC B. La IHA ha sido la complicación más frecuente en estudios retrospectivos con una incidencia que oscila entre 17-20%. Factores de mal pronóstico en pacientes tratados con TACE han sido identificados, tales como hipoalbuminemia, ascitis, pobre estatus funcional, e involucro vascular. Molecularmente se ha descrito un crecimiento acelerado de enfermedad metastásica por aumento de VEGFR e IGF2R secundario a isquemia. Llama la atención del presente caso el crecimiento exponencial de metástasis 15 días posteriores a la intervención con TACE precipitando IHA en un paciente con buena reserva hepática, no cirrótico, sin factores de mal pronóstico que justificara su presentación.

**0434 Características de los pacientes con enfermedad celiaca en el Hospital San José, Tec Salud en Monterrey, Nuevo León**

Suárez A,<sup>1</sup> Decanini J,<sup>2</sup> Sánchez M,<sup>2</sup> Morales L,<sup>2</sup> Barbosa Á,<sup>2</sup> Díaz C<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SSA, Hospital Metropolitano Bernardo Sepúlveda, <sup>2</sup>Privado, Hospital San José, Tec de Monterrey

**Antecedentes:** La enfermedad celiaca (EC) es una enteropatía autoinmune en la cual no existen estudios descriptivos en pacientes adultos en México.

**Objetivos:** Describir las características clínicas, serológicas e histopatológicas de pacientes con EC, en el Hospital San José Tec de Monterrey.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y analítico de pacientes con EC.

**Resultados:** Se incluyeron 29 pacientes; de los cuales 23 (79.3%) presentaron IgA antigliadina positivo, 27 (93.1%) IgG antigliadina positivo; 5 (17.2%) IgA antiendomiso positivo; 12 (41.4%) IgA transglutaminasa positivo y 12 (41.4%) IgG transglutaminasa positivo. Hubo infiltración linfocítica, Marsch I, en 16 pacientes (55.2%), 9 (31%) con hiperplasia de criptas, Marsch II, y 4 (13.8%) con atrofia de vellosidades, Marsch III. **Discusión y Conclusiones:** Los anticuerpos antiendomiso y antitransglutaminasa se relacionan con un alto valor predictivo positivo para el grado de atrofia en la escala de Marsch.

**0475 Hemorragia gastrointestinal de origen oscuro secundario a sarcoma en yeyuno**

*Avilés M0, Castellanos D1, Cruz A0*

0.SSA Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga"; 1.SSA Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Antecedentes:** El sangrado gastrointestinal de origen oscuro (SGIOO) constituye el sangrado de origen incierto, que persiste o recurre, con hallazgos negativos en las endoscopias alta y baja. Representa 5% de los casos de SGI; 80% se originan en intestino delgado. Evidente como hematemesis, melena o hematoquezia, o bien sangrado oculto con anemia ferropénica o sangre oculta en heces. Los tumores de intestino delgado representan del 1.1 al 2.4% de los tumores GI. Los tumores de su estroma (TEGI) se presentan en 30% en yeyuno; 40% son invasores y 10% se detectan como enfermedad metastásica. Los TEGI y el leiomioma comparten similitudes clínicas, macro y microscópicas, que hacen difícil su diagnóstico diferencial en ausencia de inmunohistoquímica. **Descripción del caso:** Hombre de 54 años, inició seis meses previos con melena esporádica y posteriormente diaria. Ingresó por síndrome anémico, abdomen doloroso en mesogastrio, sin visceromegalias ni ascitis. Laboratorio: Hemoglobina 5.2 g/dL, microcítica hipocrómica, plaquetas de 60,000. Requirió apoyo transfusional mejorando Hb hasta 7 g/dL, TTP de 51.6

segundos, INR 1.4, transaminasas normales. Marcadores tumorales: Ca 19-9 de 199.4U/mL (elevado) y Ca 125 de 685 U/mL (elevado). Endoscopia y colonoscopia sin evidenciar causa de sangrado. Se planeó estudio con cápsula endoscópica; sin embargo, de manera súbita cursó con hematoquezia masiva, deterioro hemodinámico y disminución de Hb a 4.2 g/dL. La laparotomía documentó tumoración hemorrágica perforada de 8x4x4cm, requiriendo resección de 25 cm de yeyuno con entero-entero anastomosis termino-terminal. El reporte histopatológico concluyó tumor maligno compatible con sarcoma del estroma gastrointestinal de tipo epitelial. Estudios de extensión con actividad metastásica pulmonar y ganglionar. Por criterio oncológico, candidato a manejo paliativo. El reporte de inmunohistoquímica fue Leiomioma Epiteloide. **Conclusiones:** Es importante no olvidar esta consideración diagnóstica en el SGIOO, aun cuando la incidencia de estos tumores es baja, su capacidad invasora elevada determina su baja supervivencia. Los pacientes que no presentan enfermedad invasora, se benefician de la sola resección, con tasa de supervivencia a 5 años hasta de 63%; con enfermedad metastásica, la supervivencia es de 19 meses, haciendo al diagnóstico temprano el mejor predictor de sobrevida.

## **0488 Frecuencia de la hemorragia asociada a varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática detectados en un servicio de endoscopia Gastroenterológica**

*Reyes L0*

0.Ssa Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca

**Introducción:** La cirrosis hepática (CH) genera alrededor de 800,000 muertes a nivel mundial por año, es la cuarta causa de muerte entre los individuos de 25-45 años en México. La hemorragia por várices gastroesofágicas se reporta entre el 25-30% de los pacientes con CH. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de hemorragia variceal y características demográficas de los pacientes con CH atendidos en el servicio de Gastro-endoscopia del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. **Material y métodos:** Estudio transversal descriptivo realizado del 1 de enero al 31 diciembre del 2014. Se valoraron a todos los pacientes con CH y hemorragia digestiva alta que contaran con endoscopia. Se calculó una muestra de 228 pacientes. **Resultados:** Se incluyeron 236 pacientes, 172 fueron hombres (72.9%), 64 mujeres (27.1%), con una media de la edad de 54±14.04 años. Se encontró una frecuencia de hemorragia variceal del 15%. Entre otras causas de sangrado se encontró a la Úlcera gástrica y duodenal, las gastritis hemorrágicas, la





hipertensión porta severa entre otras, teniendo como principal etiología de la cirrosis al consumo crónico de alcohol en un 67% de los pacientes. Los recuentos plaquetarios de ingreso de los pacientes mostraban una media de  $126 \pm 63.9$  miles, hemoglobina  $8.9 \pm 2.6$  y albumina  $2.38 \pm 0.67$ . **Conclusión:** Los resultados obtenidos muestran una alta prevalencia de varices esofágicas en los pacientes cirróticos. Cada episodio de sangrado incrementa el 11% de mortalidad de manera acumulativa. Es necesario implementar medidas preventivas para mejorar la tasa de sangrado en pacientes con CH.

#### **0664 Cáncer gástrico: ¿estamos perdiendo la oportunidad de un diagnóstico precoz?**

*Tapia R*

Privado, Centro Médico ABC.

**Antecedentes:** El cáncer gástrico (CAG) es la tercera causa de mortalidad por neoplasias en México. Según la guía de diagnóstico y tratamiento (AMG, 2010) la endoscopia con toma de tejido para biopsia, es el estudio más rentable para la identificación de esta patología.

**Objetivo:** Conocer el número y características clínicas de los enfermos que tuvieron al menos un estudio endoscópico de tubo digestivo proximal antes del diagnóstico definitivo de CAG. **Materiales y Métodos:** Se revisaron los expedientes de todos los enfermos con

diagnóstico de CAG admitidos al INCMNSZ durante un periodo de 5 años. La población se dividió en grupo A, aquellos con un solo estudio endoscópico en el que se estableció el diagnóstico de CAG y B, aquellos que tuvieron más de un estudio endoscópico dentro de un periodo máximo de 24 meses antes del diagnóstico definitivo de CAG. **Resultados:** De los 112 enfermos con CAG, 70% conformaron el grupo A y 30% el grupo B. De éste último, en 26 de los 34 casos la imagen endoscópica sugería una neoplasia que no fue confirmada histológicamente. En los 8 restantes la imagen macro ni microscópica fue sugerente de malignidad. La única variable que implica un riesgo significativo de retraso en el diagnóstico fue el uso de inhibidores de bomba de protones en los enfermos del grupo B. **Conclusiones:** El hecho que la mayoría de los enfermos con endoscopia previa tuviera una imagen macroscópica sugestiva de CAG obliga a revisar el material histológico y en su caso repetir el estudio.

#### **0671 Hígado graso asociado al embarazo**

*Vazquez R, Hernandez L*

SSA, Hospital Regional Dr. Rafael Pascasio Gamboa.

**Introducción:** El hígado graso asociado al embarazo es una enfermedad catastrófica de falla hepática aguda que afecta

a la embarazada, generalmente en el tercer trimestre de gestación, su reconocimiento temprano resulta esencial ya que un retraso en el diagnóstico se asocia a una significativa morbimortalidad materna y perinatal. **Descripción de casos:** Fem de 16 años de edad. G: 1 A:0 Inicia padecimiento 2 días previos a su ingreso al cursar con embarazo aparentemente normoevolutivo sin control prenatal, presentando desencañamiento de TDP recibiendo atención por partera empírica en domicilio, posteriormente presenta náusea, vómito de contenido alimenticio, cambios en coloración de la piel, epistaxis. EF: Glasgow 11, piel y mucosas secas, ictericia generalizada, derrame pleural derecho, taquicárdica, abdomen con matidez cambiante, anasarca, bioquímicos con Hb 5.6 g/dl, leucocitos 28730 con predominio de neutrofilos, plaquetas 11500, glucosa 56, Urea 89 mg/dl, Cr 4.3 mg/dl, Alb 1.6, AST 521 ALT 482, GGT 245, BT 16.5, BD 14.2 BI 2.3, DHL 2310, Tp 23 TTP 53 INR 2.6, panel viral de VHA,B, C, TORCH negativo, US abdomen con datos de hiperecogenicidad difusa, se inicia apoyo transfusional de hemoderivados, se ingresa a terapia intensiva, se continua con hidratación intensiva, ácido ursodesoxicólico 750mg/día, con requerimiento de TSFR en modalidad HD por LRA oligúrica que condiciono EAP, posteriormente con

mejoría clínica y bioquímica, siendo egresada tras 24 días de estancia intrahospitalaria.

**Comentario:** El hígado graso asociado al embarazo es un trastorno multisistémico, con afección principalmente hepática, renal y coagulopatía, con una incidencia reportada de 14 por 10,000 embarazos. Caracterizada por infiltración microvascular grasa de los hepatocitos con pérdida progresiva de la función hepática atribuido a un defecto en la beta oxidación mitocondrial de ácidos grasos. El curso clínico puede ser variado, para el diagnóstico se proponen los criterios de Swansea con alto valor predictivo negativo, la interrupción del embarazo y reconocimiento temprano son la piedra angular del tratamiento, además del manejo médico de soporte, lográndose disminuir mortalidad a < 10%.

**Conclusiones:** La finalidad de presentar este caso clínico es señalar la importancia de la presente patología por el riesgo elevado de falla multiorgánica y mortalidad asociada en donde el manejo multisistémico y monitoreo hemodinámico son esenciales para un mejor tratamiento y pronóstico favorable.

#### **0826 Frecuencia y factores de riesgo de enfermedad diverticular en el paciente geriátrico.**

**De la Clínica Hospital ISSSTE Tamazunchale, San Luis Potosí**  
Alvarado J<sup>0</sup>, Reséndiz L<sup>2</sup>, Zapata J<sup>3</sup>, Zapata S<sup>1</sup>

<sup>0</sup>Universitario, Universidad Cuauhtemoc, San Luis Potosí, San Luis Potosí; <sup>1</sup>Universitario Universidad del Noreste, Tampico, Tamaulipas; <sup>2</sup>ISSSTE, Clínica Hospital Tamazunchale, San Luis Potosí; <sup>3</sup>IMSS, Hospital General De Zona No. 6 Ciudad Valles, San Luis Potosí.

**Antecedentes:** en occidente la enfermedad diverticular afecta a más de la mitad de > 60 años 20% con síntomas, 70% con enfermedad diverticular son asintomáticos. El Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán con prevalencia 4.1% en radiología y 1.9% en autopsias, el Hospital Español de México de 9.2% en radiología. Es poca bibliografía que describa la asociación entre enfermedad diverticular y la dieta en la población mexicana > 65 años. En Estados Unidos y Australia, es común la relación de diverticulosis y dieta baja en fibra, poco en Asia y África, donde la dieta es alta en fibra. La dieta baja en fibra causa estreñimiento, la constipación hace que los músculos se estiren al evacuar heces y causa enfermedad diverticular en el colon. El diagnóstico es clínico, con énfasis en hábitos intestinales; en > 60 años aumenta la sensibilidad de síntomas en cuadrante inferior izquierdo. **Objetivo:** describir frecuencia y factores de riesgo de enfermedad diverticular en el paciente geriátrico. **Material y método:** Estudio observacio-

nal, descriptivo, retrospectivo. Del 1 de enero al 30 de junio de 2014, previa autorización, se revisaron expedientes > 60 años que acudieron a la consulta de medicina interna, describiendo el tiempo de diagnóstico de enfermedad diverticular, comorbilidad y complicaciones, estadística con t de Student. **Resultados:** 16 pacientes, 9 hombres, edad media 70.9, máx. 86 años, mínima 56 años, IMC promedio 26.56, máximo de 36, mínimo de 20, solo 13 con enfermedad diverticular. 2 usaban silla de ruedas, 4 andador 2 con enfermedad diverticular, 1 presentó sangrado, 2 se complicaron con perforación, 1 falleció por choque séptico por divertículo perforado, 15 presentaron dolor, 6 con diagnóstico de HAS, 1 con epilepsia, 3 con ERGE, 6 con EPOC, 9 con DM2, 4 con EVC. Solo 4 consumían verduras a diario. La enfermedad diverticular complicada con perforación t de - 5.745, p = 0.000, sangrado diverticular t de - 6.708, p = 0.000, para la relación de dolor y enfermedad diverticular p = 1.000, p = 0.333, el uso de silla de ruedas y andador t de - 35.745, p = 0.000 y t de - 4.392, p = 0.001, respectivamente; para las comorbilidades; DM2 t de - 1.732, p = 0.104, HAS t de - 3.416, p = 0.004, EPOC t de - 2.782, p = 0.014, ERGE y EVC t de - 3.478 p = 0.003 t de - 3.576. Para el consumo de verduras diario t de - 4.392,



$p = 0.001$ . **Discusión:** la población consume pocos vegetales, dieta es rica en carbohidratos y almidones, haciéndolos susceptibles a divertículos, la frecuencia de enfermedad diverticular y el bajo consumo de verduras, están relacionados, con un 99% de seguridad, de comorbilidades el uso de silla de ruedas o andador, a mayor IMC aumenta el riesgo para su aparición.

#### **0849 Síndrome de heterotaxia y poliesplenía detectado en el adulto. A propósito del diagnóstico diferencial del abdomen agudo**

García J<sup>1</sup>, Saguchi C<sup>0</sup>, Pachuca D<sup>0</sup>, Morales A<sup>2</sup>, Morales L<sup>2</sup>, Vergara O<sup>2</sup>

<sup>0</sup>Privado, Fundación Clínica Médica Sur, <sup>1</sup>SSA, Instituto Nacional de Cancerología, <sup>2</sup>SSA, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

**Introducción:** la detección incidental de las anomalías tipo "Situs" en adultos usualmente indican que estos pacientes no tienen afecciones cardíacas congénitas, obstrucción intestinal o deficiencias inmunológicas. El diagnóstico

incidental suele ser por el hallazgo de cuadros abigarrados de apendicitis, colelitiasis, colecistitis, cirrosis o neoplasias. Algunos pacientes presentan mayor susceptibilidad a desarrollar cáncer hepático o linfoma, en ellos el situs puede ser identificado en la estadiificación o vigilancia. **Caso clínico:** hombre de 52 años, acudió a Urgencias por fiebre diaria 38.5°C y dolor en mesogastrio de 8 días de evolución. Antecedentes: HTAS tratado con lisinopril e hipotiroidismo con levotiroxina, no historia de infección reciente. Fue tratado con levofloxacina y amikacina IM sin respuesta; clínicamente dolor en mesogastrio, rebote (+) y dolor lumbar. BH: HB 13.3 g/dL, CGB 18.1/mm<sup>3</sup>, PMN 88%, PLQ 241/m<sup>3</sup>, EGO: prot. +. CrS 1.5 mg/dL (0.6-1.3), PCR 179.5 mg/L (0-7.4) PCT 2.4 (0-0.06). USG abdominal asplenia; hemocultivos (-), urocultivo (-). Por abdomen agudo, marcadores inflamatorios elevados, se hizo TAC abdomen: páncreas corto semianular, malrotación mediointestinal, bazo (poliesplenía) y estómago invertidos, interrupción de v. cava inferior y continuación v. ázigos (situs ambiguus), trombosis

v. mesentérica sup., colección pericecal-apendicular. LAPE: apendicitis perforada; cultivo: E. coli BLEE (+). Evolución tórpidas, reperfusión --> 2da LAPE ileostomía, absceso residual --> punción-drenaje-catéter; cultivo E. coli BLEE (+) e infección de herida operatoria. Manejo antimicrobiano con meropenem. Los marcadores inflamatorios se normalizaron, así como el **Discusión y Conclusión:** heterotaxia ("hetero" = otro, "taxia" = arreglo) es una condición del desarrollo caracterizado por la colocación al azar de órganos viscerales (corazón, pulmones, hígado, bazo y estómago). Los órganos están orientadas al azar respecto al eje Izq.-Der. La heterotaxia es la posición intermedia de la formación y disposición de los órganos toracoabdominales, entre situs solitus y situs inversus. Por lo general la mezcla de asimetría orgánica de la heterotaxia conduce a complicaciones graves-mortales (cardio-pulmonares). Este caso describe la presentación de un paciente adulto en la sexta década de vida, sin complicación previa, hasta el incidental cuadro de apendicitis.

## HEMATOLOGÍA

### 0036 Aumento de las infecciones bacterianas después de la transfusión de hemocomponentes leucorreducidos no irradiados en receptores de trasplante de células madre alogénico después de acondicionamiento de intensidad reducida

Jaime JI,<sup>1</sup> Villarreal CO,<sup>2</sup> Gómez DI,<sup>1</sup> Salazar R,<sup>3</sup> Mendez N,<sup>3</sup> Vazquez E<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Hematología. <sup>2</sup> Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL. <sup>3</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** los hemocomponentes transfundidos a pacientes con trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) son irradiados para evitar la enfermedad de injerto contra huésped asociada a la transfusión (EICH-AT). El efecto de la transfusión de productos sanguíneos no irradiados en pacientes con TPH, incluyendo incidencia de complicaciones de trasplante, infecciones bacterianas, presentación EICH aguda y crónica no se ha documentado. **Material y métodos:** se analizó la evolución clínica, características injerto incluyendo el prendimiento de neutrófilos y plaquetas, la EICH aguda y crónica e infecciones comparando transfusiones de productos irradiados vs no-

irradiados, debido a la no disponibilidad de irradiador en nuestro centro. Todos los hemocomponentes fueron leucorreducidos. **Resultados:** de un total de 156 pacientes, 73 recibió productos irradiados vs 83 no-irradiados. Las infecciones bacterianas fueron significativamente más frecuentes en el grupo no-irradiados,  $p=0.04$ , así como mayores tasas de fiebre y neutropenia, y mucositis. No se documentó ningún caso de EICH-AT. El EICH clásico ocurrió en 37 pacientes (50.7%) del grupo

irradiados vs 36 (43.9%) del no-irradiados,  $p= 0.42$ . El EICH aguda se presentó en 28 pacientes (38.4%) del grupo irradiados vs 33 (39.8%) del no-irradiado,  $p=0.87$ . La supervivencia libre de EICH a 2 años fue del 40% para irradiados contra 40.6% del grupo no-irradiación,  $p=0.071$  (Cuadro 1). **Conclusiones:** se encontró una mayor incidencia de infecciones bacterianas en receptores de TPH transfundidos con hemoderivados no irradiados, que idealmente debe ser siempre irradiados

**Cuadro 1.** Parámetros en pacientes irradiados vs no irradiados

| Parámetros n=156                            | Productos irradiados n=73 (%) | Productos no irradiados n=83 (%) | P     |
|---|-------------------------------|----------------------------------|-------|
| <b>Edad</b>                                 | 21 (1.67)                     | 26 (1.61)                        | 0.698 |
| <b>Género</b>                               |                               |                                  | 0.327 |
| Masculino                                   | 47 (64.4)                     | 46 (55.4)                        |       |
| Femenino                                    | 23 (35.6)                     | 37 (44.6)                        |       |
| <b>Diagnóstico</b>                          |                               |                                  | 0.002 |
| Leucemia                                    | 31 (42.5)                     | 62 (73.5)                        |       |
| Mieloma                                     | 5 (6.8)                       | 1 (1.2)                          |       |
| Síndrome mielodisplásico                    | 18 (24.7)                     | 12 (14.5)                        |       |
| Linfoma                                     | 6 (13.7)                      | 6 (7.2)                          |       |
| Otro*                                       | 9 (12.3)                      | 3 (3.6)                          |       |
| <b>Hemocomponentes trasfundidos (rango)</b> |                               |                                  |       |
| Plaquetas globulares                        | 2 (1.25)                      | 2 (1.64)                         | 0.546 |
| Concentrados                                | 2 (1.32)                      | 3 (1.40)                         | 0.033 |
| Aféresis plaquetaria                        | 1 (0.34)                      | 1 (0.19)                         | 0.568 |
| <b>Pacientes trasfundidos</b>               |                               |                                  |       |
| Paquetes globulares                         | 55 (75.3)                     | 56 (67.5)                        | 0.294 |
| Productos plaquetarios                      |                               |                                  | 0.071 |
| Concentrado plaquetario                     | 15 (24.6)                     | 27 (37)                          |       |
| Aféresis plaquetaria                        | 5 (8.2)                       | 1 (1.4)                          |       |
| ambos                                       | 41 (67.2)                     | 45 (61.6)                        |       |

\*Otro: talasemia, hemoglobinuria paroxística nocturna, anemia de células falciformas y síndrome de Wiskott-Aldrich



### 0075 Linfoma difuso de células B con invasión retroocular. Revisión de un caso

Martínez N

Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** el linfoma difuso de células B (DLBCL) es el subtipo histológico más común de los Linfomas no Hodgkin (LNH). Su incidencia es de 7 casos por 100,000 habitantes en EUA. La presentación clínica clásica es con masas cervicales o abdominales de crecimiento rápido pero pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo (40% extranodales/extramedulares). La asociación a fenómenos autoinmunes en enfermedades linfoproliferativas ha sido reportada pero su naturaleza permanece poco clara por la rareza del fenómeno; entre dichos fenómenos se menciona la anemia hemolítica y la purpura trombocitopénica, siendo esta última un proceso que dificulta importantemente el diagnóstico al contraindicar procedimientos invasivos. Tiene una prevalencia reportada del 0.2-1%. **Descripción del caso:** femenino de 49 años, hemotipo B+, previamente asintomática. Inicia padecimiento 10 de julio de 2015 con cefalea frontal, dolor retroocular y edema palpebral derecho con tratamiento sin mejoría. El 23 de julio presenta aparición de petequias generalizadas y epistaxis acompañado y fiebre por lo que acude a urgencias. La exploración se evidencia ojo derecho con

proptosis, ptosis, edema; petequias generalizadas, masa occipitoparietal izquierda, y adenomegalia cervical derecha de 5x4cm, las cuales son móviles y no dolorosas. Hemograma con 38,000 plaquetas. TAC corporis simple: masa retroocular derecha hiperdensa con infiltrado en recto interno izquierdo; conglomerados ganglionares cervicales, mediastinales y hepatoesplenomegalia. Biopsia incisional: Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes rico en linfocitos T. **Discusión:** los linfomas orbitarios retrooculares suelen ser subtipos de DLBCL. Su prevalencia es baja (1% de todos los LNH) y se asocia frecuentemente a enfermedad extranodal. Generalmente se requiere terapia dual con radioterapia para mejorar sobrevida. Nuestra paciente se presenta con enfermedad avanzada estadio IV (clasificación de Lugano) con altas probabilidades de infiltración a SNC por lo que hay pobre pronóstico y sobrevida a corto plazo **Conclusiones:** la relevancia de este caso es por presentación poco común retro-ocular con un fenómeno inmunológico asociado que dificultaba el diagnóstico por contraindicación de procedimientos invasivos.

### 0076 Presentación atípica de mieloma múltiple

López Y, Mijangos F, Morones I, Terán J

Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** el mieloma múltiple es una proliferación clonal de células plasmáticas, generalmente productoras de inmunoglobulinas. Representa aproximadamente 1% de todos los cánceres y 10% de los del tipo hematológico. Sus variantes clínicas son sintomático, asintomático, no secretor, leucemia de células plasmáticas **Descripción del caso:** masculino de 47 años, ingresa por cervicalgia y lumbalgia, de 7 meses de evolución, asociado a daño renal progresivo con proteinuria de 5.6gr en 24 horas sin predominio de albuminuria, con albumina 4gr/dl, globulinas 2.3gr/dl, inmunoglobulinas A 26.6mg/dl, G 533 mg/dl, M 18 mg/dl, calcio 9mg/dl, B2 microglobulina 3687ng/ml, cadenas ligeras kappa 8 mg/l, lambda 1040mg/l, medula ósea con infiltración 40% de células plasmáticas, biopsia renal con glomérulo hialinizado, túbulos renales con infiltrado mononuclear, se manejó con bortezomib, dexametasona, talidomida, a 6 meses de tratamiento con hemoglobina 13gr/dl, creatinina 1.4mg/dl, calcio 9.4mg/dl, sin lesión lítica por PET Comentarios. La variante no secretora representa del 1-4% del total de todos los mielomas, su presentación clínica, supervivencia y respuesta al tratamiento no difieren del mieloma clásico, aunque cursa con insuficiencia renal por excreción urinaria de cadenas ligeras, se clasifica en no-ex-

cretor (85%) y no productor (15%). El diagnóstico requiere el hallazgo de una infiltración medular con células plasmáticas >10%, acompañada de hipercalcemia, anemia, lesiones óseas, insuficiencia renal, en ausencia de componente monoclonal sérico y urinario, la determinación de cadenas ligeras libres es de utilidad en el diagnóstico. Se pueden encontrar elevaciones de las concentraciones de cadenas ligeras kappa o lambda y/o alteraciones del cociente kappa/lambda, lo que sugiere que el tumor excreta componente monoclonal en una pequeña cantidad, por debajo del umbral de sensibilidad de los métodos diagnósticos utilizados, el PET es una herramienta útil para demostrar la infiltración distribuida en el citoesqueleto. **Conclusiones:** la relevancia de este caso subraya la necesidad de mantener el mieloma múltiple en el diagnóstico diferencial, aun cuando no se identifique componente monoclonal en sangre y orina.

#### 0078 Granulocitosis como presentación inicial de leucemia linfocítica crónica

López Y, Mijangos F, Terán J, Castro L, Reyes A, Salgado T, Alemán D, Martínez N, del Prado X, Ceñal I  
Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** la leucemia linfocítica crónica B es la neoplasia mieloproliferativa más frecuente

en la población occidental, cuya característica es la acumulación de linfocitos B monoclonales que expresan CD5, CD19, CD20 y CD23, siendo Las alteraciones citogenéticas más frecuentes del (13q14.1), + 12, del(11q), del 6(q) y del(17p), más del 70% de los pacientes tiene al diagnóstico más de 65 años, la sospecha se establece en un paciente que cursa con linfocitosis y/o adenomegalia o esplenomegalia. **Descripción del caso:** femenino de 68 años, diabetes mellitus 2, hipertensión arterial sistémica, ingresada por dolor abdominal en hipocostado izquierdo, intensidad 5/10, de 1 mes de evolución, distensión abdominal, astenia adinamia, el ultrasonido abdominal con esplenomegalia de 20.5x5.2x12.4cm, de contornos regulares, homogéneo, como hallazgo inusual se presenta con citología hemática con leucocitos 378.5x103/μL, neutrófilos 246.8x103/μL, linfocitos 69.1x103/μL, hemoglobina 10gr/dl, plaquetas 175x103/μL, los linfocitos y neutrófilos en su mayoría maduros, Idh 1458UI/L, médula ósea con infiltración en 90% por prolinfocitos y linfoblastos con inmunofenotipo cd45 brillante, cd20+, cd19++, hla dr ++, cd5+ ccd79a++, compatible leucemia linfocítica crónica, citogenética t(9:22) no detectable, se dejó manejo con dexametasona, fludarabina, rituximab, ciclofosfamida, después de 6 meses de tratamiento

con hemoglobina 14gr/dl, hematocrito 42.6%, leucocitos 6x103/μL, neutrófilos 3.3x103/μL, linfocitos 1.7x103/μL, plaquetas 157x103/μL, en remisión hematológica **Discusión:** el diagnóstico de La Leucemia Linfocítica Crónica, se establece al encontrar un gran número de linfocitos circulantes (>5x103/μl) que son células B monoclonales que poseen el antígeno CD5. Se confirma al detectar una infiltración de la médula ósea por esas mismas células. En este caso con presentación inicial de predominio de neutrófilos en biometría hemática, quien por médula ósea se diagnostica predominio de linfocitos, por inmunofenotipo y citogenética tiene característica de leucemia linfocítica crónica, con adecuada respuesta al manejo. **Conclusiones:** existen pocos estudios en población mexicana sobre la leucemia linfocítica crónica, su expresión inicial con panmielosis es rara y obliga a descartar participación mieloides.

#### 0079 Síndrome de Sweet como manifestación de síndrome mielodisplásico

Ramírez R,<sup>1</sup> Sánchez E,<sup>1</sup> Matamoros A,<sup>1</sup> Rodríguez M,<sup>1</sup> Corral M,<sup>1</sup> López R,<sup>1</sup> Reyes A,<sup>1</sup> Terán O<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Central Norte, PEMEX  
<sup>2</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** el síndrome de Sweet (SS) se caracteriza por inicio súbito de fiebre, leu-



cocitosis y lesiones cutáneas (pápulas, placas o nódulos eritematosos, bien delimitados, sensibles al tacto, con o sin vesículas; histológicamente con infiltrado neutrofílico en la dermis papilar, sin vasculitis leucocitoclástica). El 20% de los casos se asocia a enfermedades malignas, de éstas 80% son hematológicas (policitemia vera, síndrome mielodisplásico y leucemia mieloide aguda).

**Descripción del caso:** masculino de 71 años, que inicia hace 3 semanas de evolución con rash cutáneo generalizado de aparición súbita que asoció a ingesta de mariscos (presentó mejoría parcial con antihistamínicos), se agrega hiporexia, astenia, adinamia y diaforesis nocturna, así como fiebre intermitente, pérdida de peso, dolor abdominal en cuadrantes superiores, tipo cólico, sin irradiaciones; motivo por el que es ingresado. A la exploración observamos lesiones en piel con placas eritematosas, dolorosas, en tronco y extremidades. Se realiza biopsia de las lesiones que reporta infiltrado neutrofílico, sin vasculitis leucocitoclástica. Leucocitos 60.500/uL a expensas de neutrófilos, hemoglobina 9.9gr/dl, trombocitopenia 23.000/uL, ADE 17%, VSG 45mm/hr. Se realiza aspirado de médula ósea que reporta síndrome mielodisplásico con transformación posterior a leucemia mieloide aguda. **Discusión:** el SS es una enfermedad cutánea poco frecuente; en este caso asociada a

neoplasia hematológica, descrito por primera vez en 1955 por Dr. Costello, y cols. En México se ha reportado una incidencia de 2.7 a 3 casos/100,000 en la población general. Se desconoce la patogenia. Para el diagnóstico del SS asociado a malignidad se requieren 2 criterios mayores y 2 menores. El tratamiento de primera línea son los esteroides sistémicos, cerca de 30% de los casos puede recurrir. **Conclusión:** se presenta paciente con síndrome de desgaste asociado a lesiones dérmicas, integrándose el diagnóstico de SS asociado a síndrome mielodisplásico con transformación a leucemia mieloide aguda, cumpliendo 2 criterios mayores y 4 menores, siendo esta patología de baja incidencia en la población mexicana, y poco descrita en la bibliografía, sin embargo de importancia en la sospecha diagnóstica del médico internista.

#### **0083 Sarcoma mieloide primario testicular**

*Copca D, Teran J, Reyes A, Gonzaga T, Lagunas M, Bautista A, Baca A, Martínez M, Hernández A, Alba D*

Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** los sarcomas mieloides son proliferaciones extramedulares de mieloblastos, anteriormente conocidos como cloromas por la coloración verde que adquieren secundaria a la producción

de mieloperoxidasa. Se reportan más frecuentemente en piel, tejidos blandos, órganos linfoides, mucosas y tracto gastrointestinal. Por lo general se asocian a leucemia mieloide aguda o recurrencia de la misma y en el 27% de los casos como enfermedad de novo, dificultando el diagnóstico diferencial ya que tienen morfología similar a otras neoplasias hematológicas, lo que causa un diagnóstico inicial erróneo en el 75% de los casos. **Descripción del caso:** masculino de 46 años. Pérdida de 7kg en 2 semanas, deshidrogenasa láctica 2056 UI/L, ultrasonido con lesiones hipoecogénicas del parénquima testicular derecho con vascularidad periférica. Se realizó orquiectomía con diagnóstico histopatológico de seminoma. Posteriormente con leucocitosis (34900), neutrófilos (72%), trombocitopenia (17000), deshidrogenasa láctica 9134 UI/L. Aspirado de médula ósea con desmoplasia e infiltración por células positivas para CD56, CD4, BCL-2. Inmunohistoquímica con positividad para ACL, CD56, CD68, CD163, CD45, negativo para CD117, mieloperoxidasa, CD20, CD34, descartándose diagnóstico de seminoma. Aparecen lesiones cutáneas nodulares, redondeadas, 2 a 3cm, no dolorosas en cara y tórax anterior. Biopsia con infiltración dérmica de neoplasia maligna de estirpe hematológica, positividad para CD56, CD4, ACL. Conclu-

yéndose sarcoma mielóide primario de testículo con expresión posterior de leucemia mielóide aguda y sarcoma mielóide en piel. **Discusión:** se presentan como tumor único o múltiples masas nodulares en diferentes órganos. A cualquier edad, más común en adultos jóvenes y niños, predominando en género masculino. El diagnóstico diferencial es difícil, incluyéndose linfoma no Hodgkin, tumores de células pequeñas redondas, carcinoma indiferenciado, enfermedades mieloproliferativas crónicas con localización extramedular. Los esquemas de tratamiento son similares a los de leucemia mielóide aguda. **Conclusiones:** representa un reto diagnóstico cuando no se tiene el antecedente de leucemia mielóide aguda o enfermedades proliferativas crónicas, por lo que se requiere alta sospecha clínica y un amplio estudio de inmunohistoquímica para iniciar un tratamiento oportuno que mejore la supervivencia.

**0102 Evaluación de la escala de Padua y Caprini vs escala de HAP (Padua modificada) para riesgo tromboembólico en pacientes hospitalizados en la Unidad de Terapia Intermedia de un hospital privado**

Gómez B, Rodríguez F, Díaz E, Gil I

Hospital Ángeles Pedregal

**Introducción:** la enfermedad tromboembólica venosa (ETV):

Trombosis venosa profunda (TVP) y Tromboembolia pulmonar (TEP), es la primera causa de muerte en pacientes hospitalizados. Los avances en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de TVP y TEP la colocan en la posición de ser la causa de muerte hospitalaria más prevenible. Los principales factores de riesgo incluyen >40 años, estasis venosa, daño a la pared del vaso sanguíneo, alteraciones de los factores de coagulación y antecedente de TVP y TEP. Existen 2 enfoques generales en la toma de decisiones para tromboprolifaxis. El primero considera el riesgo de ETV en cada paciente, en base a la predisposición individual y a los factores de riesgo asociados, sin embargo este no tiene validación adecuada y su uso rutinario no es frecuente, el segundo, propuesto por el colegio americano de médicos de Tórax (ACCP), solo incluye pacientes que serán sometidos a un tratamiento quirúrgico. **Objetivo:** desarrollar una escala específica para pacientes hospitalizados, en una unidad de cuidados intermedios (UTIM), que tome en cuenta las variables y factores de riesgo relacionados con el desarrollo ETV para predecir el riesgo de presentación y administrar medidas antitrombóticas. Demostrar la diferencia entre las escalas que ya existen. Demostrar la importancia del tabaquismo y la dislipidemia como factores de riesgo signifi-

cativos. **Materiales y Métodos:** se tomaron en cuenta a todos los pacientes ingresados en (UTIM) del Hospital Ángeles del Pedregal mayores de 18 años que no hubieran sido sometidos a cirugía de enero a abril del 2014. Se incluyeron 137 pacientes a los cuales se les aplicaron las escalas de PADUA y CAPRINI y se realizó una nueva escala HAP, se realizó un control vía telefónica a los 3 meses para evaluar el desarrollo de TEP y se compararon los resultados de para valorar su significancia, valor predictivo y riesgo. El diseño fue Retrospectivo, observacional y transversal. **Resultados:** se encontró un resultado favorable con la escala HAP, mostrando sensibilidad del 100% y especificidad del 74%, superiores a los resultados con las escalas validadas. **Conclusión:** la especificidad y sensibilidad de HAP fue superior a Padua y similar a Caprini en cuanto al desarrollo de ETV y por tanto a la predicción de la misma, por lo que recomendamos su uso en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intermedios.

**0104 Evaluación histológica y funcional de la médula ósea: correlación con la evolución clínica y los marcadores de reconstitución inmune en pacientes que reciben un trasplante de células madre hematopoyéticas después de un régimen de acondicionamiento de intensidad reducida**



Jaime J,<sup>1</sup> Villarreal C<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Hematología

<sup>2</sup> Servicio de Medicina Interna  
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** un trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) exitoso depende de la erradicación eficiente del clon maligno y la reconstitución de la hematopoyesis y el sistema inmunológico del hospedero. La información sobre la reconstitución inmunológica e histológica de la médula ósea y su correlación clínica después de TPH es escasa. **Material**

**y métodos:** se incluyeron 27 pacientes que recibieron un TPH con acondicionamiento de intensidad reducida (RIC). Los pacientes incluidos tenían al menos 100 días post-trasplantados, sin recaídas y la buena evolución clínica. Se evaluó la reconstitución inmune, su histología y se correlacionó con la evolución clínica. Se evaluó la arquitectura medular mediante aspirado y biopsia. Se midió linfocitos en sangre periférica, incluyendo T, B y células NK, y CD34 +, además de células progenitoras CD133 + en la médula ósea y la sangre periférica por citometría de flujo. **Resultados:** un total de 27 pacientes con TPH (8 autólogo y 19 alogénicos), con mediana de 155 (100-721) días post-trasplante. Once pacientes (40,7%) tuvieron biopsias hipocelulares; 5 (62,5%) autólogos presentaron disminución de

celularidad eritroide y mieloide vs. 8 (42,1%) y 11 (57,9%) de los casos alogénicos, respectivamente. La maduración fue normal en todos los grupos. Se documentó un aumento del número de linfocitos CD8 + con un CD4 invertida: relación CD8 (1,58), [CD4=34,74 (±19,07 CD8=55,13 (±19,61)] en sangre periférica. **Conclusión:** aun siendo asintomáticos y con un trasplante exitoso, se encontró hipocelularidad en más de 40% de los casos después de 100-700 días, alertando de una reserva baja de la médula ósea en estos pacientes.

#### 0117 Mieloptisis por glioblastoma multiforme: reporte de caso

Jáquez M, Scherling A, Morales A

Hospital General Dr. Manuel Gea González, SSA

**Introducción:** mieloptisis es la invasión medular por elementos extraños. Menos del 10% de los cánceres con enfermedad metastásica presenta mieloptisis. **Descripción del caso:** paciente masculino de 71 años de edad con antecedente de resección de glioblastoma multiforme en lóbulo temporal izquierdo, acudió a valoración por alteración en el estado de alerta, encontrando fractura de cadera izquierda, anemia, trombocitopenia y reacción leucoeritroblástica. **Discusión:** el desarrollo de metástasis extracraneales ocurre en el 0.44% de los tumores neuroepiteliales,

principalmente asociado a intervención quirúrgica. En la mieloptisis, más frecuentemente se reporta dolor óseo (65%), anemia y trombocitopenia (63.3%) y reacción leucoeritroblástica (61%) (Figura 1).

**Conclusión:** se muestra la importancia de la realización de biopsia y aspirado de médula ósea en sospecha de neoplasia, ya que la determinación de involucro medular cambiará el tratamiento y pronóstico del paciente.

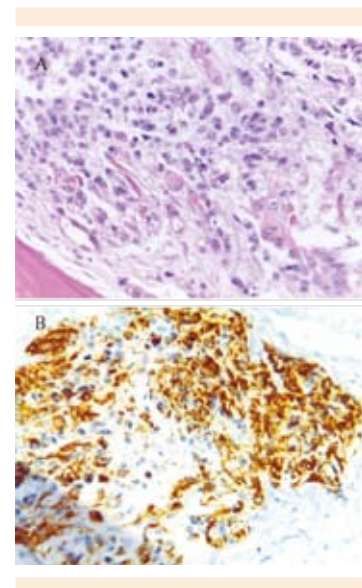


Figura 1. Mieloptisis por glioblastoma multiforme.

#### 0127 Amiloidosis primaria cardiaca: presentación de un caso

Valdez L, Morales A, Fernández J, Barrera M, Hernández D

Hospital Ángeles Clínica Londres

**Descripción del caso:** femenino de 73 años, hipertensa sin

tratamiento. Acude por disnea, fatiga, edema y dolor neuropático de miembros pélvicos. Con signos vitales normales, macroglosia, xerostomía y púrpura palpebral superior. Fósforo 5.6, sodio 125, colesterol total 317, triglicéridos 158, albúmina 1.8, EGO con proteínas 500 mg/dL, 3 cilindros céreos y 10 células epiteliales. Electrocardiograma con bajo voltaje generalizado y desviación del eje hacia la izquierda. Albúmina, creatinina y proteínas en orina al azar, 310mg/dL, 68.9mg/dL, 443mg/dL respectivamente. Proteínas totales y albúmina en orina de 24 horas 6.3g, 4.4g respectivamente. Biopsia renal reporta seis glomérulos, uno completamente esclerosado, otro con ligera proliferación mesangial y esclerosis incipiente. Ecocardiograma transtorácico muestra grosor septal diastólico de 20 mm, pared posterior de 21 mm, con aspecto moteado, compatible con miocardiopatía infiltrativa, PSAP 40 mmHg. Resonancia magnética cardíaca reporta hipertrofia del ventrículo izquierdo, pseudohipertrofia del septum interatrial, hipocinesia global, reforzamiento tardío de gadolinio subendocárdico en forma global, compatible con proceso infiltrativo. Aspirado y biopsia de médula ósea: celularidad 60%, plasmocitos 6%, sin predominio de cadenas ligeras. Inmunohistoquímica: células plasmáticas 8%, cadenas ligeras Lambda positivas, cadenas ligeras Kappa libres

urinarias 4.08mg/L, cadenas ligeras Lambda libres urinarias 8.08mg/L, relación lambda/kappa urinarias 0.3mg/L. Electroforesis de proteínas: Cadenas ligeras kappa 71mg/dL, Cadenas ligeras Lambda 46mg/dL, Relación Kappa/Lambda 1.5. Se realiza Biopsia de tejido adiposo, con la finalidad de encontrar la etiología del tejido infiltrativo cardíaco, reportando ligera hiperqueratosis, discreto infiltrado inflamatorio mononuclear de la dermis superficial de predominio pericapilar, con tinción rojo Congo positiva al microscopio de luz polarizada, corroborándose Amiloidosis. La paciente cursa con datos de falla cardíaca aguda con BNP de 8000, bloqueo AV 2° grado Mobitz I, FEVI 38 %, PSAP 50 mmHg. Inmunohistoquímica reporta cadenas ligeras Lambda sobre Kappa 2:1, lo que corresponde a amiloidosis primaria cardíaca.

#### 0150 Alteraciones fibrinolíticas en cáncer de próstata

*Meza Lopez Y, Majluf A, Liceaga M, Hernández J, Escobedo J*  
Hospital General Regional 1, Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, IMSS

**Introducción:** las células cancerosas son capaces de activar el sistema de coagulación y la fibrinólisis influye en la progresión tumoral. El cáncer de próstata es común en México y después de la prostatectomía el riesgo de trombosis venosa

profunda o tromboembolia pulmonar puede ser hasta del 40%. **Objetivo:** evaluar si existen diferencias en la activación del sistema fibrinolítico en pacientes según el grado de diferenciación en cáncer de próstata. **Material y método:** se estudiaron los pacientes con cáncer de próstata recién diagnosticados en el Hospital General Regional No. 1 del IMSS en los meses de mayo y junio de 2015. Se clasificaron de acuerdo al grado de diferenciación histopatológica con la escala de Gleason, en tres categorías, bien, moderadamente y mal diferenciados. En condiciones de ayuno se tomaron muestras para la medición de tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina activada, tiempo de trombina, fibrinógeno, dímero D y factores de coagulación II, VII y VIII. Se categorizaron los tiempos de coagulación en acortado, normal y alargado, y los factores de coagulación en normal y elevado (>150%). Se compararon los valores promedio de las variables continuas con ANOVA y las variables categóricas con chi cuadrada. **Resultados:** se estudiaron 40 pacientes, 12 con carcinoma acinar (30%) y 28 con adenocarcinoma (70%). Según el grado de diferenciación 22 fueron bien diferenciados (55%), 4 moderadamente diferenciados (10%) y 14 mal diferenciados (35%). A medida que había peor diferenciación los pacientes tenían



mayor edad y mayores valores de factores de coagulación II y VIII. Los pacientes con cáncer de próstata mal diferenciado tienen casi tres veces mayor riesgo de tener valores elevados de factor VIII de la coagulación. (RR 2.78; IC95% 1.45-5.34). A su vez los pacientes con estadios mejor diferenciados tienen dos veces mayor riesgo de tener un estado protrombótico. (RR 2.10; IC95% 1.00-4.43)

**Discusión:** los pacientes con un cáncer de próstata peor diferenciado tienen mayor edad y alteraciones en la fibrinolisis, mientras que aquellos con buena diferenciación tienen mayor riesgo de tener un estado protrombótico. **Conclusiones:** existen alteraciones en de la fibrinolisis y el sistema de coagulación relacionados con el grado de diferenciación celular en cáncer de próstata, que podrían explicar el mayor riesgo de eventos trombocitos.

#### **0189 Síndrome mielodisplásico del tipo citopenia refractaria con displasia multilinaje secundario a hipertiroidismo por nódulo tiroideo tóxico**

Rodríguez F, Mendoza S, Paulino G

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

**Introducción:** los síndromes mielodisplásicos (SMD) son un grupo de enfermedades clonales de las células madre hematopoyéticas caracteri-

zadas por hematopoyesis ineficaz, citopenias, alteraciones morfológicas, el diagnóstico requiere de descartar otros diagnósticos diferenciales. **Objetivo:** conocer el abordaje diagnóstico de trombocitopenia refractaria y pérdida de peso en estudio. **Descripción del caso:** masculino de 82 años con antecedente de hipertrofia prostática obstructiva. Inicia su padecimiento 1 año previo a su ingreso con astenia, adinamia y lipotimia así como equimosis espontáneas sin causa aparente en extremidades, pérdida de peso de 20kg en 5 meses, diaforesis profusa sin predominio de horario, evacuaciones disminuidas en consistencia 5 al día no disentería, no moco. Se agrega disfagia a líquidos por lo que acude a HGZ detectándose trombocitopenia de 15 mil, se envió hematología quienes inician protocolo de estudio y tratamiento con prednisona y danazol. TAC cervicotoracoabdominal que evidenció bocio tiroideo con invasión a mediastino superior. Debido a hallazgo se envió a medicina interna. Perfil tiroideo T3 351, T4L 4.77, TSH 0.01. USG tiroideo nódulo hipoecóico, presencia de calcificaciones bordes bien definidos, flujo central y periférico. Gammagrama tiroideo con Tc99 con incremento de la concentración en el lóbulo izquierdo. BAAF del nódulo: lesión de células oncócicas y degeneración quística. AMO: celularidad 10-15% dis-

poyesis en serie granulocítica hipogranulares, megacariocitos ausentes. **Biopsia MO:** Celularidad 10-15% relación M:E 3:1, sin fibrosis reticulínica, megacariocito hipolobulado. Cariotipo normal. Se hace diagnóstico de SMD del tipo citopenia refractaria con displasia multilinaje. En ese momento con 30mil plaquetas a pesar de tratamiento. Se decide administración I131 25MCI por el hipertiroidismo con posterior mejoría de sintomatología y aumento de plaquetas hasta 129 mil. **Discusión:** se ha observado que un hipertiroidismo no tratado puede estar asociado a citopenias e incluso SMD. La toxicidad de las hormonas tiroideas en médula ósea puede ser mediado por factores de crecimiento o proteínas inhibitorias. **Conclusión:** el pronóstico del SMD varía dependiendo el grado de afección. Se han reportado casos en donde el SMD tiene resolución posterior al tratamiento de hipertiroidismo mejorando el pronóstico y evitando la progresión a Leucemia mieloide aguda.

#### **0224 Hematopoyesis extramedular pleural y degeneración combinada subaguda en un paciente con anemia perniciosa y fibrosis quística.**

Castillo S, Atilano A

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** la hematopoyesis extramedular, ocurre principal-

mente en el hígado y el bazo, con la no hepatoesplénica representando menos del 5% de los casos. **Descripción del caso:** paciente masculino, de 46 años, con antecedente de diabetes mellitus que se presenta a nuestro hospital, con historia de 6 meses con pérdida de peso, disminución de todas las modalidades sensitivas en extremidades inferiores y deterioro progresivo de la marcha; se encuentra hepatoesplenomegalia, pancitopenia, lactato deshidrogenasa > 7000 UI/L (límite superior 180 UI/L), y derrame pleural bilateral. A la exploración neurológica integramos el diagnóstico de degeneración combinada subaguda; ante la sospecha de deficiencia de vitamina B12, se solicitan niveles de homocisteína y cobalamina, que se reportan en 115.4  $\mu\text{mol/L}$  (límite superior 13.9  $\mu\text{mol/L}$ ) y 59 pg/mL (límite superior 211 pg/mL) respectivamente. Se realiza tomografía toraco-abdominal contrastada que reporta lipomatosis pancreática sugestiva de fibrosis quística (misma que se confirma mediante determinaciones de cloro en sudor) sin hallazgos sugestivos de neoplasia. La biopsia de médula ósea confirma diagnóstico de deficiencia de vitamina B12. Se envían anticuerpos antifactor intrínseco, e inicia reposición oral de cobalamina (1000 mcg/día). Se realiza toracocentesis, en cuya citología se reporta la presencia de mieloblastos, eri-

troblastos y células plasmáticas, confirmando así el diagnóstico de hematopoyesis extramedular pleural. Posterior a esto, se reportan los anticuerpos antifactor intrínseco positivos, estableciendo el diagnóstico de anemia perniciosa. Tras mejoría clínica se egresa al paciente. Al seguimiento un mes posterior, se documenta resolución de anormalidades hematológicas y neurológicas. **Descripción:** al revisar la literatura, encontramos 9 casos más de esta patología (confirmada por la presencia de precursores en citología o biopsia), 7 de ellos asociados a mielofibrosis, uno más a adenocarcinoma de pulmón, y otro en un paciente previamente sano. Nuestro caso es el primero en reportar la presencia de hematopoyesis extramedular pleural a causa de anemia perniciosa.

**0260 Síndrome de POEMS asociado a enfermedad hepática y renal poliquistica (EPQ): reporte de un caso de esta rara asociación**

Ramirez J, Sepúlveda J, Tevera M, Ocaña M  
Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, SSA

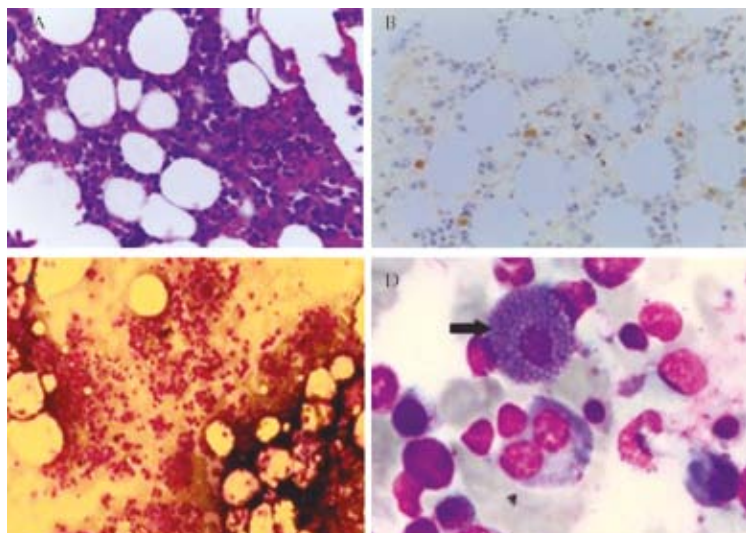
**Introducción:** el POEMS es una enfermedad rara. Su asociación con enfermedad poliquistica, es excepcional. Se reporta un caso de POEMS asociado a enfermedad hepática y renal poliquistica. **Descripción del caso:** hombre de 72 años que

inició síntomas dermatológicos por lesiones hiperpigmentadas en ambas piernas y alteraciones en la sensibilidad. Se documentó hipercalcemia, lesión renal y anemia. Por sospecha de POEMS se inició protocolo de estudio, documentándose un pico monoclonal de IgG, polineuropatía por EMG, incremento de VEGF en suero y un AMO con infiltración por linfocitos linfoplasmocitoides. La TAC, evidenció múltiples quistes hepáticos y renales. Se concluyó POEMS asociado a EPQ (Figura 1). El paciente se encuentra bajo tratamiento con melfalan, prednisona y talidomida. **Conclusión:** El síndrome POEMS es un reto diagnóstico para el internista y su diagnóstico oportuno mejora el pronóstico. Existe solo un reporte en la literatura de la asociación POEMS-EPQ, y su causa se desconoce hasta el momento.

**0265 Linfoma extranodal NK/T nasal**

Morales A, Hernández M, Salinas V, Hernández D, Valencia R Privado, Hospital Ángeles, Clínica Londres.

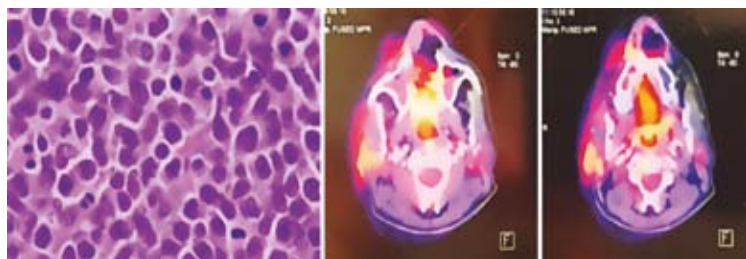
El linfoma extraganglionar de células T/NK se caracteriza por su morfología y su baja incidencia: < 15% de los linfomas no Hodgkin y 0,2% de todas las neoplasias. Asociado al virus de Epstein Barr (VEB). Pueden presentarse dos formas: nasal o extranasal.



A. Biopsia de médula ósea que muestra aumento de la células plasmáticas. B. Biopsia de médula ósea con inmunohistoquímica Lambda positiva. C. Aspirado de médula ósea a 10x con aumento de la celularidad. D. Aspirado de médula ósea en campo de alto poder en el que se observa célula de Mott y célula plasmática binucleada (flecha y punta de flecha, respectivamente). (Cortesía y con autorización de Dr. Morales, Hospital General "Dr. Manuel Gea González, SSA).

Cursa con mortalidad de 82 % y supervivencia de 3 a 24 meses. Varios factores clínicos tienen importancia pronóstica. Masculino, 61 años, quien inició con epistaxis recurrentes. A la exploración física se evidencia lesión ulcerativa necrohemorrágica nasal derecha. Se realiza biopsia e histopatología reportando neoplasia maligna linfóide de células NK/T extranodal con

positividad para Ag común leucocitario, CD3, expresión de TIA-1 y perforina. Aislamiento de VEB técnica de hibridación in situ y PCR. 18FDG-PET CT con reforzamiento nasal derecho y ausencia tercio inferior distal de tabique nasal con adenopatía mediastinal. Médula ósea y LCR negativos. Actualmente 5ta sesión de quimioterapia SMILE con régimen en L-asparaginasa.



### 0274 Hemofilia adquirida secundaria a infección por virus Epstein Barr

Oliva E, Vera O, Peralta A, García J, Olvera A  
IMSS, Centro Médico Nacional La Raza

**Antecedente:** La hemofilia adquirida en el adulto se ha descrito secundaria a enfermedades autoinmunes, neoplasias, proceso infeccioso y puerperio. La fisiopatología no está del todo establecida. Debe sospecharse ante la presencia de síndrome hemorrágico, principalmente a nivel muscular y dermatológico, asociado a prolongación del tiempo de tromboplastina parcial activada.

**Objetivo:** Describir el abordaje diagnóstico y tratamiento en una paciente con hemofilia adquirida. **Informe de caso:** Mujer de 34 años. Sin toxicomanías, ni crónico degenerativos. Inició padecimiento con astenia, adinamia y odinofagia, recibiendo tetraciclina y dexametasona; posteriormente ceftriaxona e hipolipemiantes. Dos semanas después aparece edema y equimosis en miembros pélvicos; recibió azatioprina y esteroide, sin mejoría. Ingresó a Cuidado Intensivos por choque hipovolémico hemorrágico, destacando a la exploración física palidez, equimosis y edema generalizado, requiriendo intubación orotraqueal por neumonía. Exámenes de laboratorio: leucocitosis 33,000, PMN 25.100, linfocitos 4.250,

Hb 5, VCM 89.5, RDW 55, plaquetas 576,000, reticulocitos 25%, frotis celularidad reactiva, CK 7426, Cr 1.7 mg/dl, AST 193 U/l, ALT 32 U/l, BT 0.65 mg/dl, DHL 826 mg/dl, TP 19 s, TPPa 129 s. Abordaje de coagulopatía: pruebas serológicas inmunológicas con anticardiolipinas y anticoagulante lúpico negativo, TPPa con dilución en plasma sin corregir, actividad de Factor VIII 2%, Factor IX 1%, Factor II 102%, factor V 82%. IgG para cápside de Epstein Barr 750 U/ml, IgM 10 U/ml; TC toracoabdominal adenopatías paraaóricas, mediastinales, USG de tejidos blandos con hematomas intramusculares. Tratamiento hemostático inicial crioprecipitados y plasma fresco congelado. Tratamiento inmunosupresor para inhibidores de la coagulación con prednisona 50 mg/día, pulso de metilprednisona y ciclofosfamida, mantenimiento con rituximab presentando mejoría clínica sin evidencia de sangrado. **Comentario:** El presente caso reúne criterios para hemofilia adquirida secundaria a procesos infecciosos, la cual es una alteración rara, con abordaje complejo y lineamientos de tratamiento poco establecidos, generalmente con pronóstico bueno; sin embargo, la paciente precisa de tratamiento intensivo, incluyendo el inmunosupresor, dado la severidad del cuadro con alto riesgo para la vida.

**0284 Púrpura trombocitopénica trombótica: reporte de un caso refractario a tratamiento con recambio plasmático**

*Valero G, Obispo E, Mayén J*  
SSA, Hospital Juárez de México

**Antecedentes:** La púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) está agrupada dentro de las microangiopatías trombóticas. Se reconocen 2 formas: la congénita y la adquirida, siendo esta última la más frecuente. En Estados Unidos y Europa se reportan 4 casos por millón de habitantes al año, en México no hay datos epidemiológicos de ésta. El tratamiento de elección es el recambio plasmático asociado a esteroides; 10% de los pacientes mostrará resistencia al tratamiento. **Caso clínico:** Mujer de 29 años de edad sin antecedentes patológicos u otros de relevancia. Ingresa por padecimiento de 1 mes de evolución caracterizado por astenia, adinamia, 2 semanas posteriores se agregan alzas térmicas no cuantificadas, taquicardia, cefalea holocraneana. Es valorada por médico externo a la institución, quien solicita paraclínicos destacando anemia severa, trombocitopenia severa, leucocitosis, hiperbilirrubinemia de patrón indirecto, reticulocitosis; se envía a unidad de segundo nivel para su valoración. Se ingresa a hospitalización y se toma prueba de Coombs directo, reportándose negativa. Durante su estancia presenta crisis convulsiva gene-

ralizada compleja, con estado postictal persistente; se toma tomografía axial computarizada de cráneo descartándose alteración estructural. Se toma frotis de sangre periférica en el que se observan esquistocitos abundantes, diagnosticando PTT. Se inicia manejo con plasmas frescos congelados y posteriormente recambios plasmáticos, con un total de 7, con recuperación parcial al 5° recambio. Al término de los recambios presenta recaída con nuevo evento hemolítico. Se envía a nuestra institución para continuar manejo. Se reinician recambios plasmáticos, en un total de 5 sesiones adicionales y esteroide sistémico, sin mejoría, por lo que se inicia rituximab 500 miligramos intravenosos semanales, 3 dosis y se dan 4 sesiones más de recambios plasmáticos. Al término del tratamiento, con remisión de esquistocitos en el frotis, mejoría de las cifras de hemoglobina, plaquetas y disminución de bilirrubinas. No se encontraron otras causas desencadenantes (enfermedades autoinmunes u oncológicas, medicamentos, infecciones, embarazo). **Conclusión:** La PTT es un padecimiento infrecuente, potencialmente mortal. El rituximab se ha mostrado eficaz en el tratamiento de casos refractarios o con recidivas precoces y se ha relacionado con un menor riesgo de recaídas.



### 0296 Disfunción orgánica en relación con mieloma múltiple; reporte de un caso

Rojas F, Infante H, Cortés F, Maya L, Cajina D, Citalan J, González J, Galicia M, Domínguez S, Cortez E, Villalobos F SSA, Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

**Introducción:** El mieloma múltiple se caracteriza por la proliferación neoplásica de células plasmáticas productoras de una inmunoglobulina monoclonal. Representa 1 % de todas las neoplasias y 13 % de los cánceres hematológicos. **Descripción del caso:** Masculino de 64 años de edad, acude a servicio médico por presentar dolor óseo de un mes de evolución, paraclínicos con elevación de azoados, se da analgésico y se da de alta con referencia para valoración por nefrología en nuestro hospital. Acude a cita encontrándose deshidratado, con palidez de tegumentos, caquético, se decide ingreso a medicina interna para estudio de insuficiencia renal y mejorar condiciones. Antecedente de pérdida ponderal de 20 kg en tres meses, dolor óseo generalizado. Paraclínicos: serie ósea con lesiones osteolíticas en cráneo, tórax, húmeros, ambos fémur, hemoglobina 5.90, glucosa 106, urea 188, BUN 88, creatinina 5.39, albumina 2.5, calcio corregido 13.8, gasometría con acidosis metabólica descompensada,

ultrasonido renal que reporta riñones de tamaño normal, conservación de la relación corteza –médula. Paciente que presenta, elevación de calcio sérico y azoados, anemia, lesiones osteolíticas y dolor óseo reuniendo características clínicas de mieloma, se decide por el contexto clínico realizar aspirado de médula ósea :infiltración por proceso proliferativo de células plasmáticas en 10 % del material, B 2 microglobulina 14 mg/l otorgándose estadio III International Staging System. Se inicia quimioterapia a base de Talidomida, ciclofosfamida y dexametasona. Paciente que evoluciona hacia la mejoría clínica con laboratorios con creatinina 1.02, hemoglobina de 7.7, albumina 2.2, calcio corregido 8.4. **Conclusiones:** El Mieloma múltiple enfermedad que puede manifestarse de distintas maneras, en el caso del paciente la primera manifestación fue dolor óseo, síntoma más frecuente 60-80%, la osteólisis 80 %de los casos, secundaria a un desequilibrio entre resorción y formación ósea, en 25 % se presenta anemia grave por causas multifactoriales: reducción de la concentración de eritropoyetina debido al aumento de citosinas como Factor de Necrosis Tumoral alfa e Interleucina 1, apoptosis de los progenitores eritroides por la activación de Fas e infiltración a médula ósea. La insuficiencia renal en 20-40 % de los pacientes ocasionada

por la eliminación de las cadenas ligeras de Inmunoglobulinas e hipercalcemia principalmente. El paciente reunía todos los criterios de disfunción orgánica relacionados con el mieloma Hipercalcemia, Insuficiencia Renal, Anemia y Enfermedad ósea, de estos el más importante es la Insuficiencia renal ya que su respuesta al tratamiento determina el pronóstico.

### 0308 Un caso de enfermedad por depósito de cadenas ligeras que se presenta con una gran hepatomegalia

Aguilar G

Otra, Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras

La enfermedad por depósitos de cadenas ligeras (EDCL) es una rara entidad clinicopatológica asociada a proliferación monoclonal de células plasmáticas, sobreproducción y depósito de cadenas ligeras en los tejidos, lo que puede provocar su disfunción. Reportamos un caso con afectación hepática preponderante. **Introducción:** La enfermedad por depósito de cadenas ligeras fue descrita en 1976 por Randall et al en 2 pacientes con enfermedad renal crónica terminal y depósitos granulares de cadenas ligeras Rojo Congo negativas. Este trastorno puede ser sistémico o localizado. En este caso la presentación clínica fue una gran hepatomegalia. **Descripción:** Mujer de 59 años de edad con gran hepatomegalia,

anemia y eritrosedimentación centenaria de un año de evolución. La paciente comenzó con sensación de ocupación en hipocondrio derecho, no doloroso; fiebre; astenia, adinamia y pérdida de peso. A la palpación, hepatomegalia de gran tamaño, firme, no dolorosa, superficie regular y borde romo. En estudios paraclínicos, eritrosedimentación 131 mm/h, hemoglobina 80 g/l, volumen corpuscular medio 84fl, coagulograma normal, proteínas totales 85 g/l, albumina 33.6 g/l, colesterol 2,85 mmol/l, transaminasas normales. Estudios de imagen, hepatomegalia difusa, ejes vasculares hepáticos permeables; adenopatías retro e intraperitoneales. La biopsia hepática notificó fibrosis en espacio de Disse con sustancia hialina rojo Congo negativa; por inmunohistoquímica cadenas ligeras Kappa presentes. Con el diagnóstico de enfermedad por depósito de cadenas ligeras la paciente es trasladada al servicio de hematología para iniciar quimioterapia.

**Discusión:** la enfermedad por depósito de cadenas ligeras afecta 2.5 veces más a hombres que a mujeres. De 35 a 76 años. La tinción con Rojo Congo es negativa, su ultraestructura, gránulos electrodensos. La cadena ligera más identificada es kappa. La presentación clínica de EDCL es según la naturaleza y el número de órganos afectados. No se precisa aun si la EDCL localizada existe o

representa la expresión inicial de la enfermedad sistémica. Actualmente no hay un esquema de tratamiento establecido utilizado esteroides y melfalán sin lograr buenos **Resultados.** El bortezomib con mejores respuestas; y el trasplante de células madre autólogas. Su pronóstico es sombrío, con supervivencia promedio de 4 años.

### **0310 Quilotórax de aspecto no quiloso: Manifestación inicial de linfoma no Hodgkin tipo B folicular**

*Alcaraz L, García É, Delgado A, Parra V*

IMSS, Unidad Médica de Alta Especialidad 1 Bajío, León, Guanajuato.

**Introducción:** El quilotórax es una forma poco frecuente de derrame pleural (2%). El quilo se acumula en cavidad pleural por rotura u obstrucción del conducto torácico. Los LNH suponen la proliferación monoclonal maligna de células linfáticas en localizaciones linforeticulares, su forma de presentación más común son las linfadenopatías, de forma poco frecuente inician con manifestaciones compresivas.

**Descripción:** Femenino de 66 años inicia con tos seca y disnea de pequeños esfuerzos, en la PA de tórax se observó únicamente derrame pleural izquierdo del 70%, se realizaron 3 toracocentesis evacuadoras por recidiva del mismo en un lapso de 3 meses, obteniendo

1500 cc en cada una, enviando citológico en el que se encuentra ph 7, Aspecto turbio +++, leucocitos 1620 mm<sup>3</sup>, polimorfonucleares 3%, mononucleares 97%, glucosa 151 mg/dl, proteínas totales 4.6 g/dl, DHL 288, no se observan bacterias, cultivo negativo, en la última toracocentesis se realiza determinación de colesterol 80, triglicéridos 145, se realiza TAC encontrando adenopatías difusas en tórax y abdomen, conglomerado retroperitoneal, se realiza LAPE con biopsia encontrando Tumor retro-peritoneal que abarca todo el retroperitoneo infiltrando hilio renal y el útero de consistencia firme, se extraen fragmentos lobulados de tejido, 5x1.5x1 cm, amarillos semi blandos de aspecto adiposo, se envía material a inmunohistoquímica: CD20 +++, BCL-2 +++, BCL-6 ++, DC5 ++, KI67 +++, concluyendo Linfoma no hodkin tipo B CD20+ folicular, con áreas difusas (CD20+). Se inicia tratamiento quimioterápico con Ciclofosfamida, Epirrubicina, Doxorrubicina liposomal, Vincristina, Rituximab y Dexametasona con adecuada evolución, El derrame se resolvió sin necesidad de pleurodesis con el tratamiento de su proceso primario. **Discusión:** El quilotórax frecuentemente tiene un aspecto lechoso o turbio debido a su alto contenido en lípidos, el diagnóstico suele ser fácil, sin embargo; los derrames quilosos pueden presentarse





con una apariencia turbia o sero-sanguinolenta hasta en un 50% de los casos conllevando a demora diagnóstica. **Conclusión:** La posibilidad diagnóstica de quilotorax debería tenerse en cuenta en cualquier paciente con derrame pleural turbio o sero-hemático, persistente o recurrente y de etiología incierta ya que el tratamiento de la enfermedad de base es esencial, produciéndose en ocasiones remisión del quilotorax.

### 0322 Quilotorax y quiloascitis asociados a linfoma no Hodgkin. Reporte de caso

*Reyes I, Morones I, Santillán W, López D, Paz A, Hernández R, Terán J, Reyes A*  
PEMEX, Hospital Central PEMEX Norte.

**Introducción** La prevalencia de quilotorax es de 5% y quiloascitis 1:20000-187000 admisiones. La concurrencia de ambas se ha reportado en series de derrames quilosos en 10.9%. El diagnóstico es con los triglicéridos en líquido pleural (>110mg/dl) y peritoneal (>200mg/dl). Su origen es traumático y no traumático, estos últimos, más del 50% son malignos y se subdividen en Linfomatosos y no Linfomatosos. Es una complicación poco común de Linfoma no Hodgkin. **Caso clínico** Hombre de 77 años con Leucemia tratada hace 10 años (desconoce tipo y manejo). Parálisis de cuerdas vocales hace 6 meses sin ma-

nejo. Hospitalizado por Disnea de pequeños esfuerzos, tos con expectoración hialina, pérdida de 15 kg en 6 meses y plenitud postprandial. A la exploración con adenomegalia submaxilar bilateral firme, no dolorosa, fija a planos de 3 cm, derrame pleural derecho, ascitis, sin tumoraciones ni visceromegalias. Leucocitos  $6.1 \times 10^3/\mu\text{l}$ , neutrófilos  $4.2 \times 10^3/\mu\text{l}$ , linfocitos  $1.2 \times 10^3/\mu\text{l}$ , monocitos  $0.6 \times 10^3/\mu\text{l}$ , Hemoglobina 10.8gr/dl, VCM 80.6fl, CMCH 31.8gr/dl, plaquetas  $576 \times 10^3/\mu\text{l}$ , VSG 49mm/h, Creatinina 1.45mg/dl, Triglicéridos 100mg/dl, Albumina 3.1gr/dl, DHL 271UI/l, Fosfatasa alcalina 114U/l. Radiografía de tórax con derrame pleural derecho. Toracocentesis se obtienen 1900 ml quilooso, triglicéridos 2071mg/dl, colesterol 115.7mg/dl. Paracentesis con líquido lechoso, colesterol 52.5mg/dl, triglicéridos 1033 mg/dl, albumina 1.3 gr/dl. Tomografía con aumento difuso de cuerdas vocales izquierdas, adenopatías sólidas en cadena yugular izquierda, mediastinales, axilares, mesentéricas y retroperitoneales que condicionan uropatía obstructiva derecha, derrame pleural derecho. Biopsia de ganglio retroperitoneal con infiltrado linfoide atípico. Citología de líquido pleural con células de estirpe linfoide anaplásico, concluyendo Linfoma no Hodgkin anaplásico con atipia, CD5(+), CD10(+), CD30(+). **Conclusiones:** La afectación pleural en

linfomas se da en 10% y de estos el derrame quilooso es raro, mientras que las quiloascitis, un tercio son originados por complicaciones de Linfoma. La concomitancia quilotorax-quiloascitis es muy rara, ocurre cuando los linfáticos abdominales se obstruyen por infiltración o compresión que conduce a quilotorax. Tras el manejo del Linfoma la resolución ocurre en 25-70% y en algunos es recurrente. El paciente recibió 8 ciclos de CHOP con remisión completa de quilotorax.

### 0347 Macroglobulinemia de Waldenström: reporte de un caso

*Torres J,<sup>1</sup> Hernández A<sup>2</sup>*  
<sup>1</sup>IMSS, CMN del Bajío HE 1, <sup>2</sup>IMSS.

**Objetivo:** revisión de la presentación clínica de un paciente con Macroglobulinemia de Waldenström (MW). Masculino de 70 años, residente de Lagos de Moreno, Jalisco. Escolaridad primaria, agricultor, viudo. Niega antecedentes heredofamiliares. Antecedentes personales no patológicos negados. Antecedentes personales patológicos: hospitalización 4 meses previos por síndrome anémico severo requiriendo de hemotransfusión masiva (16 PG) sin causa identificada. Inicia con dolor lumbar de intensidad moderada, ligera limitación funcional, disminución progresiva de la agudeza visual e hipoacusia bilateral, astenia,

adinamia y epistaxis, requiriendo de taponamiento nasal anterior, gingivorragia ocasional autolimitada. Se recibe con diagnóstico de bicitopenia en estudio. Durante su estancia con falla renal aguda Cr 1.7mg/dl (basal 1.4mg/dl), uresis de 2000cc en 24hrs, ganancia ponderal de 5Kg en 4 meses. Pancitopenia severa (Hcto 17.2%, Hgb 5.1g/dl, leucocitos 3110/mL). Proteínas totales 11g/dl, albúmina 3.2g/dl, globulinas 7.8g/dl, serología TORCH, VIH, hepatitis B y C negativa. IgM 8.59g/dl, IgG 1.97g/dl, IgA 0.47g/dl. Beta-2-microglobulina sérica 4.59mg/dl. Proteína de Bence-Jones en orina de 24hrs positiva. Aspirado de médula ósea con escaso infiltrado de células linfoplasmocitoides; el inmunofenotipo se reporta negativo para células neoplásicas (CD45/CD138/CD38/CD56/?2microglobulina/CD19/cyIlgkappa/cyIglambda). Fluorangiografía de fondo de ojo con venas dilatadas y tortuosas además de retardo del llenado vascular con microhemorragias. Serie ósea sin lesiones líticas, "sal y pimienta" o fracturas. Rastreo tomográfico reporta crecimientos ganglionares infiltrativos a nivel cervical, prevascular mediastinal, mediastinal posterior, retroperitoneal, perihepática, periesplénica, mesentérica y pélvica, derrame pleural bilateral escaso, esplenomegalia 173x93mm. Electroforesis de proteínas séricas reporta totales

de 11.4g/dl, albúmina 2.9g/dl, globulinas 8.5g/dl de las cuales ?1 0.4g/dl, ?2 1.1g/dl, ? 1g/dl, ? 6g/dl. Se concluye diagnóstico de MG sintomática e inicia tratamiento con talidomida como monoterapia. **Conclusiones:** La MW es una gamapatía monoclonal causada por linfoma linfoplasmocítico (LLP), aunque el inmunofenotipo investigado descarta mieloma de células plasmáticas, se aprecia negatividad para CD38, CD45 y CD19 que suelen encontrarse en los pacientes con LLP.

**0389 Hipercalcemia paraneoplásica y lesiones osteolíticas secundarias a Linfoma B de células grandes: reporte de caso y revisión de la literatura**  
*García R, Covarrubias D*  
SSA, Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga.

La hipercalcemia es un hallazgo común y su importancia radica en la gran variedad de etiologías de la misma. Masculino de 56 años que se presenta con lumbalgia y lesiones líticas en columna vertebral, negativo para síntomas "b" y sintomatología urinaria, al que se le inició abordaje por sospecha de neoplasia prostática. Laboratorios de ingreso trombocitopenia 107 000, lesión renal aguda con creatinina 2.5 y urea 83.5, hiperuricemia 13.3, ALT 114, AST 131, DHL 863, Na 140, K 3.3, Cl 95, Ca 12.8, P 6.4, Mg 2.3. En resonancia magnética de columna se reportó lesión

dependiente de ambos psoas, involucrando musculatura espinal posterior derecha, invasión del canal lumbar a través de neuroforámenes de L2 a S1, envuelve estructuras vasculares, uréter distal derecho, con dilatación proximal de éste y de la pelvis renal ipsilateral, sugere lesión tumoral de alto grado de malignidad. Se solicitó toma de biopsia de tumoración, guiada por ultrasonido. La cual reporta "Linfoma B de células grandes por inmunofenotipo del centrogerminal, con índice proliferativo de 30%" con la inmunohistoquímica siguiente: CD20, BCL-6, BCL-2, CD45, Ki67 positivos y CD3, MUM-1 y ALK negativos. La asociación de lesiones osteolíticas con linfoma se da en 5-15% de los casos, así como hipercalcemia y linfoma en 10%, sin embargo ambas como manifestación inicial del linfoma son extremadamente raros, se reporta del 2%. Se desconoce a fondo la fisiopatología, aunque están involucrados factores activadores de osteoclastos como MIP-1 $\alpha$ , producidos por las células tumorales. Sin embargo estas manifestaciones pueden ser producidas por otras patologías hematológicas como leucemias agudas, linfoma linfoblástico de precursores B, etc. En un nivel molecular el péptido relacionado a la hormona paratiroidea, las proteínas inflamatorias de macrófago 1 $\alpha$  y 1 $\beta$  y calcitriol, se han relacionado con lesiones líticas e hipercalcemia en



linfomas, confiriendo a estos pacientes un pronóstico desfavorable. La importancia del tratamiento de la hipercalcemia maligna radica en el daño producido a nivel renal que inician con una respuesta disminuida a la hormona antidiurética manifestada inicialmente como incapacidad para concentrar la orina. Posteriormente se disminuye el flujo sanguíneo renal y la tasa de filtrado glomerular debido a vasoconstricción grave inducida por el mismo calcio.

### 0390 Anemia hemolítica como manifestación hematológica de tuberculosis pulmonar activa

Vásquez E,<sup>1</sup> Pérez M<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>IMSS, UMAE Dr Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza, <sup>2</sup>IMSS, Hospital General de Zona No. 27, <sup>3</sup>IMSS.

**Introducción:** Las manifestaciones hematológicas de la tuberculosis pulmonar activa se encuentran las siguientes: anemia normocítica-normocrómica (60%), leucocitosis (40%), anemia hemolítica (< 0.1%). Entre las teorías inmunológicas de la anemia hemolítica asociada a tuberculosis activa se encuentran autoanticuerpos contra la membrana del eritrocito con disminución de la vida media, complejos antígeno-anticuerpo por estimulación de la cubierta de la micobacteria y activación del complemento con fagocitosis secundaria.

**Caso:** Masculino de 78 años sin antecedentes cronicodege-

nerativos, inicia padecimiento con cuadro caracterizado por astenia, adinamia, tos con esputo verdoso y hemoptisis, disnea, pérdida de peso de 8kg en 12 meses posteriormente se agrega tinte icterico de piel y conjuntivas, coluria, acolia. Clínicamente se encuentra paciente con tinte icterico generalizado, adelgazado, febril, área pulmonar con murmullo vesicular presente sin presencia de estertores, se realiza radiográfica de tórax con patrón retículo-nodular bilateral y BAAR en esputo siendo positivo en tres muestras (+++). Iniciando tratamiento con Dotbal. Cabe mencionar que el paciente no recibió tratamiento con hemotrasfusión. Evolución de paraclínicos de laboratorio en relación con días de tratamiento con DOTBAL: 13/06 (Dosis 0): BT 2.6 mg/dl, BD0.32 mg/dl, BI 2.3 mg/dl, DHL 264 U/L, Hb 5.3 g/dL, VCM 68.2 fL, HbCM 18.5 pg 26/06 (Dosis 9): BT 4.7 mg/dl, BD 1.57 mg/dl, BI 3.1 mg/dl, DHL 343 U/L, Hb 6.3 g/dL, VCM 72.4 fL, HbCM 20.9 pg 05/07 (Dosis 18): BT 0.80 mg/dl, BD 0.35 mg/dl, BI 0.5 mg/dl, DHL 137 U/L, Hb 7.4 g/dL, VCM 79.1 fL, HbCM 20.4 pg. 23/08 (Dosis 60): BT 0.9 mg/dl, BD 0.5 mg/dl, BI 0.3 mg/dl, DHL 151 U/L, Hb 14.3 g/dL, VCM 92.3 fL, HbCM 32 pg Commbms directo positivo. Serología viral para hepatitis B, C y VIH negativo. Frotis de sangre periférica: Anisocitosis, hipocromía, 1 eritroblasto en

100 células. Reticulocitos: 3%

**Conclusión:** La tuberculosis pulmonar o diseminada activa puede causar anemia hemolítica inmune severa siendo esta extremadamente rara, un retraso en el diagnóstico puede comprometer la vida del paciente, la terapia antifélica es el único tratamiento curativo y la normalización de cifras de hemoglobina constituye una prueba inherente del origen infeccioso como causa de anemia hemolítica. El uso de esteroide es controvertido.

### 0403 Deficiencia adquirida de factores de coagulación dependientes de vitamina K. Caso clínico

Benavides D,<sup>1</sup> Salazar C,<sup>1</sup> Figueroa G,<sup>1</sup> Colunga P,<sup>1</sup> González C,<sup>1</sup> Galarza D<sup>1</sup>, Torres N<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitario, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, <sup>2</sup>IMSS

Presentamos el caso de un paciente masculino, con historia familiar de síndrome hemorrágico no especificado. Tabaquismo positivo activo, utilización crónica de marihuana. Acude a consultar por síndrome hemorrágico que corrige con transfusión de plasmas frescos congelados en dos ocasiones. A su ingreso a este hospital refiere pérdida de peso de 5 kg en un mes, además de fiebre de predominio nocturno. Se realizan tiempos de coagulación que evidencian prolongación del TP, por lo que se inicia tratamien-

to a base de plasmas frescos, tras los cuales la prolongación de dichos tiempos disminuye (15s, con testigo de 11.2s). Tras descartarse hepatopatía crónica por laboratorios y por imagen, se procede a ingresar al paciente a Piso de Medicina Interna. Se continúa realizando monitorización de tiempos de coagulación, los cuales se mantienen con TP y TTP prolongados durante su internamiento (TP 32s TTP 38s), llegando a prolongarse hasta más de 50 segundos el TP. Fibrinógeno normal, anticoagulante lúpico no detectado. PLT normales. No presentaba síntomas de malabsorción, fisicoquímico de heces no característico para malabsorción. Se procedió a realizar medición de factores de coagulación específicos y dependientes de vitamina k, en especial factores II, VII, IX y X de la coagulación. Factor II: 17.5%, Factor VII: 11.2%, Factor IX: 15%, Factor X: 10%, con factor V normal; por lo que se sospecha una deficiencia adquirida de vitamina K. Una deficiencia adquirida de vitamina k se puede desarrollar posterior a mutaciones en su gamma-carboxilación. Se realizó una secuenciación de genes de gamma-carboxilación (VKDCF-1 y 2) que resultó normal. Se ha visto también, la intoxicación por componentes que actúan como superwarfarínicos de larga duración, como el brodifacoum (derivado de 4-hidroxycumarina) que se

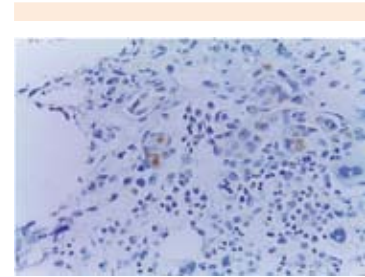
puede encontrar en diversas presentaciones, y que lo podríamos encontrar en forma de un activo en la marihuana que consumía. Por motivos económicos, no fue posible detectar este agente, pero debido a que se pueden encontrar pocas causas de deficiencia de vitamina k, y debido a que la mutación no se presentaba en el paciente, decidimos inclinarnos al diagnóstico probable de intoxicación por brodifacoum. El paciente acude a consulta de seguimiento de Hematología, con tiempos de coagulación, presentando TTP y TP normales, posterior a la suplementación constante de vitamina K.

#### 0408 Lesiones líticas como primera manifestación de carcinoma metastásico

Jáquez M, Scherling A, Morales A

SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

**Introducción.** Las neoplasias más comunes que producen metástasis a hueso son de mama en mujeres y próstata en hombres, y hasta el 72 % de los pacientes debutan con involucro óseo (1). **Caso clínico.** Paciente femenino de 51 años de edad que acudió a valoración por dolor abdominal encontrándose múltiples perforaciones en íleon terminal requiriendo manejo quirúrgico. Con anemia y trombocitopenia leves, además de lesiones líticas en tomografía toraco-



abdominal, fue valorada por el servicio de Hematología realizando biopsia de médula ósea (BAMO) donde se encontró infiltración por carcinoma de estirpe epiteloide con receptores para estrógeno positivo sugestivo de carcinoma mamario como lesión primaria. No obstante, se realizó ultrasonido mamario sin encontrar lesión sugerente de neoplasia. **Discusión.** Paciente con probable cáncer mamario demostrando la utilidad de la BAMO para el diagnóstico en este tipo de neoplasias sin manifestaciones previas (inclusive radiológicas) del tumor primario.

#### 0420 Micosis fungoides: diagnóstico y tratamiento quimioterapéutico en el Hospital Juárez de México, reporte de caso

Alonso C, Matías M, González A  
SSA, Hospital Juárez de México.

Masculino de 60 años de edad. Niega antecedentes heredo-familiares, índice tabáquico de 9, niega exposición a mielotóxicos. Neurocisticercosis desde los 20 años de edad, como secuela convulsiones



tónico clónicas generalizadas, en tratamiento con carbamazepina 200 miligramos cada 8 horas, con adecuado apego. Inicia su padecimiento hace 11 años al presentar dermatosis diseminada a cabeza, cuello con tendencia la generalización, respetando palmas y plantas. De aspecto monomorfo polilesional constituido por 4 neoformaciones exofíticas de diversos tamaños, consistencia firme, ulceradas con costra en la superficie. Placas infiltradas de diferentes tamaños y formas, con escama en al superficie, borde infiltrado, algunas hipopigmentadas. Evolución crónica, pruriginosa, dolorosa. Acude a consulta a centro dermatológico donde se diagnóstica micosis fungoides, se inicia tratamiento con fototerapia en 51 sesiones, dexametasona intralesional en dos ocasiones y metotrexate 7.5 miligramos 2 veces por semana por 6 semanas. Es referido a otra institución hospitalaria con resultados de biopsia de piel. 19 de Septiembre de 2013: Los cortes muestran una epidermis con escasa capa cornea y focos de queratosis acantosis regular a moderada a expensas de los procesos interpapilares los cuales se anastomosan en algunas zonas atrapando papilas en dermis superficial se observan moderados infiltrados linfocitarios perivasculares, algunos linfocitos presentan núcleos hiper Cromáticos , invaden la epidermis y tienden a formar

Microabscesos de Pautrier . El resto del corte sin alteraciones, diagnóstico histológico: sugiere micosis fungoides. Enero de 2015 se programa nueva biopsia de piel cabelluda, reportando: Linfoma cutáneo de células T consistente de micosis fungoide con componente foliculotropico acentuado. El inmunofenotipo avala micosis fungoide, dada la marcación predominante , para linfocitos T (cd3 y cd4 positivos) con depleción de C5 C7 Y CD8. La actividad proliferativa es alta (40%) el resultado de la marcación con CD30 ( aunque abundantes) no avala el diagnóstico de linfoma anaplásico.

**0428 Síndrome de hiperviscosidad: experiencia de tres décadas en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán**

*Gómez I, Martínez D*

SSA, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Antecedentes:** El síndrome de hiperviscosidad (SHV) se refiere a las alteraciones clínicas causadas por el aumento en la viscosidad sanguínea, debido al incremento anormal del componente celular o acelular de la sangre, suele ocurrir sobretodo en discrasias de células plasmáticas (DCP), enfermedades reumatológicas e infecciones crónicas. A pesar de haberse descrito hace medio siglo, existe un gran descono-

cimiento del tema. Al ser un centro de referencia, él INNSZ requiere mejorar las estrategias de abordaje diagnóstico y terapéutico de esta entidad.

**Objetivo:** Describir la etiología, características clínico-bioquímicas, tratamiento y desenlace del SHV, entre 1984 y 2015.

**Material y métodos:** Estudio retrolectivo, observacional, longitudinal y descriptivo.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio, se presentaron 20 episodios en 14 pacientes, 50% eran mujeres, la edad promedio fue de 59.2 años. Diez de los 14 (71%) debutaron con SHV como cuadro inicial de su enfermedad. Cinco casos (35.7%) se debieron a mieloma múltiple (MM), 4 (28.5%) a macroglobulinemia de Waldenström, 4 (28.5%) a síndrome de Sjögren (SS) y 1 (7%) a linfoma no Hodgkin. El 70% de los casos de SHV fueron secundarios a DCP. En el 100% de los episodios de SHV se presentaron síntomas neurológicos, en el 70% manifestaciones hemorrágicas y en el 65% visuales. La viscosidad sérica promedio al diagnóstico fue de 12.60 y postratamiento de 3.7. En los casos secundarios a gammopatias monoclonales, el pico monoclonal promedio fue de 8 g/dl. El tiempo promedio transcurrido entre el diagnóstico de SHV y la plasmaféresis fue de 3.8 días. La mediana de sesiones requeridas fue de 2. El 95% de los pacientes mostró mejoría clínica posterior a la plasmaféresis.

La mediana de supervivencia global fue de 2071 días y la supervivencia a 5 años fue del 58%. El 28% de los pacientes tuvo al menos una recaída. La mediana de supervivencia libre de progresión fue de 485 días. Al momento del corte de este estudio, 7 de los 14 pacientes habían fallecido, todos por complicaciones infecciosas.

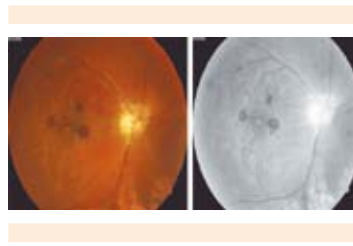
**Conclusiones:** En nuestro centro el SHV se debe exclusivamente a hiperglobulinemia. Las principales causas son el MM y el SS. Las manifestaciones clínicas más frecuentes de SHV son las neurológicas. El tiempo para iniciar el tratamiento con plasmaféresis es corto y el 95% presenta mejoría clínica. Ningún paciente murió por SHV.

#### 0447 Amaurosis unilateral secundaria a infiltración leucémica del nervio óptico

*Aquino J, Moreno C, Scherling A, Henaine A*

SSA Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Antecedentes:** la retinopatía leucémica es la manifestación ocular más frecuente de la leucemia mieloide, aunque la infiltración del nervio óptico es rara. CASO: Mujer de 53 años, diabética e hipertensa. El 24/07/2015 presentó amaurosis súbita en ojo derecho. Ingresó el 12/08/2015 y hemograma con leucocitos  $200 \times 10^9/L$ , neutrófilos  $182 \times 10^9/L$  y reacción leucoeritoblástica. Biopsia de hueso con 2% de



blastos. Reacción de cadena de polimerasa para BCR-ABL t(9:22) positivo, concluyéndose leucemia mieloide crónica. Resonancia magnética de cráneo sin infiltración extraocular. En examen de fondo de ojo derecho se observó papila de bordes borrados, atrofia peripapilar, vasos tortuosos, manchas de Roth en mácula, microaneurismas y microhemorragias dispersas. **Discusión:** la infiltración de células leucémicas puede producir manchas de Roth (hemorragias con centro blanco). El tratamiento de la infiltración al nervio óptico incluye radioterapia y quimioterapia intratecal, con alta tasa de recaída.

#### 0453 Caso clínico síndrome de plaquetas pegajosas asociado a la presencia de hiperhomocisteinemia

*Ávila NO, Bracamonte VO, Mendoza SO*

0. IMSS Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

**Antecedentes:** El síndrome de plaquetas pegajosas (SPP) y la hiperhomocisteinemia son dos enfermedades raras que se han asociado fuertemente a eventos trombóticos arteriales y

venosos. **Objetivo:** Conocer la asociación de SPP e hiperhomocisteinemia como causas de trombofilia en paciente joven, que a pesar de tratamiento óptimo de anticoagulación, presenta recurrencias de eventos trombóticos cerebrales.

**Informe de caso clínico:** Femenino de 41 años, inicia cuadro clínico en el año 2000 con infartos en el lóbulo parietal derecho y mesencéfalo; acude a nuestro servicio para abordaje diagnóstico de enfermedad vascular cerebral (EVC) en paciente joven. Posteriormente presentó EVC isquémico recurrente hasta un total de 6 eventos del año 2000 al 2009, con lesiones a nivel tallo cerebral y ganglios basales, tiempo durante el cual se mantuvo bajo tratamiento con acenocumarina con INR en niveles óptimos. **Resultados:** Se realizó panangiografía cerebral, doppler carotídeo y ecocardiograma sin alteraciones, después de descartar etiología aterosclerosa, cardioembólica y malformaciones vasculares; se inicia estudio por probable enfermedad de tipo reumatológico, se realizaron los siguientes paraclínicos: Anticoagulante lúpico, anticardiolipinas, anti-DNA, ANAs y complemento todos con reporte normal. Se inició protocolo de estudio por trombofilia que incluyó Proteína C y S, antitrombina III; Factor XI y XII, plasminógeno, plasmina, antiplasmina y fibrinógeno normales, mutación factor V de Leiden, resultados que no



fueron concluyentes. En el 2009 finalmente se reportó hiperhomocisteinemia postcarga oral de metionina de 35 ng/ml y SPP positivo tipo III (hiperagregación plaquetaria con ADP). Se inicia tratamiento a base de ácido acetilsalicílico y ácido fólico. **Discusión:** Se ha descrito la asociación de SPP a dos o más alteraciones relacionadas con trombofilia, en este caso a hiperhomocisteinemia. Es importante considerar estas causas de trombofilia en pacientes con trombosis recurrentes a pesar de anticoagulación óptima para diagnóstico y tratamiento oportuno.

#### **0480 Reporte de un caso de leucemia cutis (LC) como primera manifestación de leucemia mielode aguda (LMA)**

Zaragoza LO

0.ISSSTE Fernando Quiroz Gutierrez

**Introducción:** La leucemia mielode es la proliferación clonal de precursores mieloides con disminución de la capacidad de maduración. Equivalen al 80% de las leucemias en adultos, La LC se asocia con LMA y puede manifestarse antes o después del diagnóstico de leucemia. No tiene lesiones patognomónicas, y el tipo de las lesiones pueden orientar el diagnóstico hacia otras entidades antes de pensar en LC. **Caso clínico:** Hombre de 79 años, Índice tabáquico: 16 cajetillas año. Psoriasis hace 6 meses tratada

con Metrotexate, ingresa por presentar astenia, hiporexia, fiebre y mialgias de 10 días de evolución, pérdida de peso de 3 kg en el último mes. A la exploración lesiones dérmicas diseminadas a piel cabelluda, tronco, extremidades superiores e inferiores, cara, cuello y región retroauricular de 5mm a 1cm., algunas aisladas y otras agrupadas, eritemato-violáceas ligeramente elevadas, en su superficie con escamas blancas de lamina grande y adherida, pruriginosas. La B.h.: Leucocitos 29.100, neutrófilos 4000, linfocitos 16000. Plaquetas 114000. Frotis de sangre periférica: linfocitos 77%, monocitos 14%, con bastones de AUER, moderados blastos. Aspirado de medula ósea: Blastos 80%, morfología L1 de la familia mieloperoxidasa negativa, enterasa 60% negativa, granulocitos jóvenes 10%. Celularidad aumentada, megacariocitos ausentes, población de blastos de 9 a 12 micras, RNC 9:1. Biopsia cutánea: dermis con infiltrado nodular y difuso de células leucémicas. Infiltrado perivascular y perianexial con preservación epidérmica relativa, núcleos redondos u ovalados con poco citoplasma. Se da tratamiento con citarabina/fludarabina; ocho días después fallece. **Discusión:** La LC es una erupción cutánea donde las células leucémicas se encuentran en la piel como maculas, papulas, placas de color púrpura, rosadas o plomo,

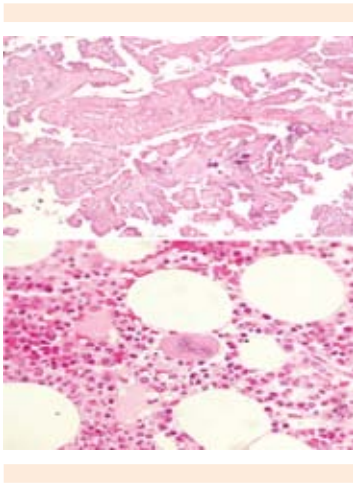
generalmente asintomáticas y pueden confundirse con otras entidades como la psoriasis guttata. La mayoría se dan en la leucemia monocítica M5 y la mielomonocítica M4. La LC es infrecuente y en ocasiones es el síntoma inicial y un signo de mal pronóstico. **Bibliografía.** 1. Franco, C.; Arias, M.; Buonsante, M.E; Abeldaño, A.; Leucemia cutis en leucemia mielode aguda. Dermatol Argent 2008 2.Wagner G, Fenchel K, Back W. Leukemia cutis, epidemiology, clinical presentation, and differential diagnoses. 2012 3. Leukemia cutis resembling a flare-up of psoriasis.

#### **0494 Trombocitopenia inmune como primera manifestación de cáncer papilar de tiroides**

Olguin AO, Scherling AO, Espinosa AO, Sevilla D1

0.SSA Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez; 1.SSA Instituto Nacional de Cancerología

**Introducción:** La trombocitopenia inmune secundaria (TIS) asociada a tumores sólidos es poco frecuente, siendo los más frecuentes mama y pulmón. **Presentación del caso:** Femenino de 71 años. Inició padecimiento (19.02.14) posterior a extracción dental con sangrado incoercible con  $3 \times 10^9/L$  plaquetas en hemograma. Debido a edad > 60 se realizó aspirado y biopsia de médula ósea (BAMO), evidenciando hiperplasia megacariocítica sin displasia, compatible con



destrucción periférica. En tomografía se evidenció tumoración tiroidea, con biopsia por aguja fina reportando carcinoma papilar de tiroides. Se iniciaron corticosteroides (3.03.14) con respuesta completa (RC) plaquetaria a los 7 días. Posteriormente se realizó tiroidectomía (agosto 2014) y aplicación de I131 con suspensión de corticosteroides. Actualmente en RC de TIS.

**Discusión:** para nuestro conocimiento es el primer reporte de TIS asociada a cáncer papilar de tiroides. Además de RC posterior a tratamiento oncológico concomitante.

#### 0499 Reporte de un caso mieloma múltiple de cadenas ligeras lambda

Adalid DO, Duarte JO, Peralta AO, Vera OO

0.IMSS Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

**Antecedente:** el mieloma múltiple (MM) es caracterizado

por proliferación neoplásica de células plasmáticas productoras de inmunoglobulina monoclonal. La incidencia anual es de 4-5 personas por cada 100,000 habitantes. Las células plasmáticas malignas pueden producir inmunoglobulinas de cadenas pesadas y ligeras, la producción de Cadenas Ligeras Lambda, como el caso de nuestro paciente solo se relaciona con el 5% de los casos de MM. **Objetivo Descripción de un paciente con MM de cadenas ligeras Lambda. Informe de caso:** Masculino 62 años, técnico de rayos X, inicia cuadro clínico de síndrome anémico, dolor óseo generalizado, pérdida ponderal significativa no intencionada con elevación de azoados y anemia normocítica normocromica, por lo que se inicia protocolo de estudio, requiriendo Aspirado de Medula Ósea que demuestra infiltración de medula ósea 70% de células plasmáticas tipo I y II, se complementa protocolo con determinación de inmunoglobulinas y electroforesis séricas de proteínas las cuales se encuentran sin alteraciones, se determinan cadenas ligeras, resultando positivas para Lambda 3266 mg/dL, así como inmunofijación observándose cadenas lambda de proteínas monoclonal, inicia manejo con Talidomida, Dexametasona, Acido Zoledronico y posteriormente Bortezomib por 4 ciclos. Determinación Bence Jones positivo. Se realiza

reestadificación encontrándose 2% de células plasmáticas, determinación de cadenas ligeras reportándose lambda 76.15 mg/dL, concluyéndose muy buena respuesta parcial, se presenta al Comité de Trasplante de Medula Ósea. Se realiza movilización con Bortezomib mas Filgastrim, se realiza trasplante autólogo. El pronóstico inicial otorgado al diagnóstico por estadificación de Durie-Salmon correspondiente a un EC IIIB fue de 26 meses de supervivencia sin tratamiento. Posterior al Trasplante con adecuada evolución.

**Comentario:** la presentación clínica más frecuente del MM incluye anemia, dolor óseo, elevación de creatinina o proteína sérica. La elevación de cadenas ligeras Kappa y Lambda solo se encuentra en el 16% de los casos. **Conclusión:** presentamos el caso de un paciente con MM de cadenas Ligeras Lambda dentro de los casos más raros del MM el cual ha presentado una adecuada evolución posterior a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas en variedad autólogo.

#### 0507 Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes estirpe b asociado en infección VIH. Presentación de un caso

Delgado AO, Casillas JO, Soto JO, Martín EO, Hernández PO, Cabrera SO

0.IMSS UMAE No.1 Bajío

**Introducción:** es una de las neoplasias más frecuentes ob-





servadas en pacientes con infección por VIH. Es el primero considerado una enfermedad definitiva de SIDA. Incidencia con VIH es 100 veces la encontrada en la población general. El linfoma difuso de células grandes estirpe B (LDCGB) y linfoma de Burkitt (LB) son los más comunes. **Descripción del caso:** Femenino de 40 años de edad. Carga genética: DM2 y HAS. HAS de 6 años en tx captopril, tuberculosis pulmonar en 2005, infección por VIH en el 2009 en tx con Atripla (Efavirenz, emtricitabina, tenofovir), carga viral menor de 40 copias y CD4 53, VPH cervical en 2013. Resección de tumoración axilar en 2014 con reporte de liposarcoma de células redondas G I. Inicia su padecimiento 3 semanas previo a su ingreso con evacuaciones líquidas de color café, con moco no sangre, 3-4 al día, negando dolor, fiebre o mejoría con el ayuno, y pérdida de 20kg en 1 año. EF: Glasgow de 15, leve tinte icterico +, adenomegalia supraclavicular derecha de consistencia dura, fija, 4-5cm, axila ipsilateral conglomerados ganglionares aumentados de consistencia 7cm; cardiorrespiratorio sin compromiso, hepatomegalia. Extremidades íntegras edema +. **Laboratorios:** HB 7.7g/dl, HTO 25.7% VCM 108.4fl HCM 32.5pg, PLQ 55000, LEUCOS 1030/ml, Neutros 860/ml, linfos 80/ml, TP 16.7s, INR 1.4, TTP 657s, GGT 394u/l, ALB 1.3g/dl TGP 29u/l, TGO 78u/l, FA

610u/l, DHL 795u/l, BT 4mg/dl, BI 0.5mg/dl, BD 3.5mg/dl USG abdominal: Hepatopatía difusa, hepatomegalia, líquido libre en cavidad pélvica. Se decide su ingreso a descartar actividad tumoral, iniciando protocolo estudio. TAC cuello y torax: quiste de retención maxilar izquierdo, conglomerados a nivel cervical, paraórtico, interaórtico, pulmonar y subcarinales que refuerzan medio contraste. Hepatoesplenomegalia. Realizándose biopsia de ganglio cervical concluyendo diagnóstico LNH difuso de células grandes estirpe B, iniciando quimioterapia CHOP + rituximab. **Conclusiones:** Nuestra paciente con infección VIH/SIDA C3 con falla clínica, inmunológica, síndrome de desgaste y diarreico agudo, con actividad tumoral, realizando el diagnóstico de LNH difuso de células grandes estirpe B, se inicia QT esquema CHOP. **Bibliografía:** Álvaro Pizarro, et. Al, Lymphomas associated with HIV infection in patients at the Hospital San Borja Arriarán / Fundación Arriarán 2001-2008, Rev Chilena Infectol 2013.

#### 0511 Asociación entre la hemotransfusión y el riesgo de infecciones nosocomiales

*Santana P0, Bustillos M0, Dominguez G0, Perez R0, Salas A0*  
0.ISSSTE Hospital Regional ISSSTE Monterrey

**Introducción** La hemotransfusión es una práctica común en

el manejo del paciente hospitalizado, no existiendo una cifra específica de hemoglobina con la cual se encuentre indicado dicho procedimiento, con una variabilidad entre 7 hasta 10gr/dl, dependiendo del contexto del paciente y de la experiencia del médico tratante. La transfusión alogénica resulta en la infusión al receptor de una gran cantidad de antígenos extraños, principalmente por expresión de HLA clase I y II de los leucocitos del donante, siendo necesaria la regulación a la baja del sistema inmune, lo que es conocido como el efecto TRIM (Transfusion-associated ImmunoModulation), siendo demostrado que existe una disminución de secreción de IL-2, menor actividad de células NK, menor relación CD4/CD8 y disminución de la acción de los macrófagos. **Objetivo:** valorar la hemotransfusión como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades nosocomiales. **Material y métodos** Se realiza un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, con muestra a conveniencia de acuerdo al total de pacientes que desarrollaron algún tipo de infección nosocomial, durante el periodo comprendido de mayo a julio de 2015 en el Hospital General "Fray Junípero Serra" y Hospital Regional ISSSTE Monterrey en los cuales se observó si contaban con el antecedente de transfusión de al menos 1 paquete globular durante los

14 días previos al desarrollo de la infección. **Resultados:** Se reunieron un total de 42 sujetos, 24 hombres y 18 mujeres, de los hombres 11(45.8%) presentaron infección y 13(54.2%) no la presentaron y de las mujeres 11(61.1%) y 7(38.9%) respectivamente ( $p = 0.33$ ). La edad en el grupo de casos fue de 60.95 ( $\pm 12.6$ ) y en el grupo control de 67,7 ( $\pm 14.9$ )  $p = 0.12$ . Los días transcurridos desde el internamiento no presentaron diferencia entre los grupos infectado y el control ( $p = 0.6$ ). Se presentó una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la cantidad de paquetes transfundidos, con un promedio de 1.4 para los que desarrollaron infección contra 0.045 para el grupo de control ( $p = 0.000$ ). La transfusión se observó como factor de riesgo para infección con un OR de 49 estadísticamente significativo ( $p = 0.000$ ). **Conclusiones:** De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio se concluye que la hemotransfusión es un factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedades nosocomiales.

#### **0517 Linfoma de células T periférico no especificado, en adulto joven. Reporte de caso**

*Navarro EO*

O.SSA Hospital Juarez de México

Paciente masculino de 35 años de edad sin crónico-degenerativos conocidos. toxicomanias:

consumo de marihuana y cocaína desde los 13 años, múltiples parejas sexuales heterosexuales, alérgico al TMP/SFX, presenta cuadro clínico de tres de evolución, consistente en mialgias, artralgias (rigidez matinal que mejoraba con el paso de las horas) malestar general y alzas térmicas de predominio vespertino, diaforesis y paresia en miembros inferiores, sin pérdida de peso, encontrándose al examen físico, dermatosis caracterizada por maculas de bordes bien definidos, eritematosas, no pruriginosas a nivel de torax anterior, no palidecen a la digitopresion, hepatoesplenomegalia y adenopatías en cuello. Resto de examen físico dentro de parámetros normales. Biometría hemática de ingreso: HB 13.6, plaquetas: 126.000, VCM: 90.1, linfocitos 640, leucocitos: 1222, neutrofilos: 470., frotis de sangre periférica: sin blastos. Presenta picos febriles, se inicia manejo antibiótico por 10 días con ceftazidima 2 gramos cada 8 horas y amikacina 1 gramo cada 24 horas, fluconazol 100 miligramos cada 12 horas, TAC abdominopelvica: derrame pleural laminar bilateral, hepatomegalia y esplenomegalia sin evidencia ganglionar ni metastasica al momento del estudio. paciente que persiste febril, con panel viral sin reactividad para VIH, VHC. VHB, CMV TORCHS negativo. BH 24/08/2015: leucocitos 930, HB 16.2, HCT 38.9, procalcitonina

0.22, LDH 597, paciente que persistía febril a pesar de manejo antibiótico. PPD negativo tomografía de cuello y torax: derrame pleural bilateral y proceso intersticial en hemitórax izquierdo, sin evidencia de actividad tumoral. Perfil inmunológico: anticardiolipina IGM 16.3 u/ML, anticardiolipina IGG 3.6, U/ml, b2 glicoproteína 31.05 Ur, B2 glicoproteína IGG 0.0, anti SM 0.0, anti DNA 0.0. paciente con disminución de cuenta leucocitaria WBC 1.00 HB 11.9, HCT 35.4, VCM 86.6, HCM: 29.0, PLT: 57.000, neutrofilos: 0.51, linfocitos: 0.33, VSG 19. LDH 1051. hemocultivos y urocultivos negativos. procalcitonina 0.27. biopsia de ganglio inguinal derecho: La morfología e inmunomarcacion, sugieren descartar proceso linfoproliferativo de inmunofenotipo T. la morfología de linfocitos T, atípicos CD2 Y CD8 positivos con pérdida de marcadores T CD7 Y KI 67 elevado, son consistentes con linfoma T periférico no especificado, inmunofenotipo CD3 (48.9%), CD38 (87.15%),

#### **0518 Hemofilia adquirida asociada a puerperio.**

*Vera OO, Paredes O1, Peralta A1*  
0.IMSS CMN La Raza Hospital de Especialidades; 1.IMSS Centro Médico Nacional La Raza Hospital de Especialidades

**Introducción:** La hemofilia adquirida es un trastorno raro (incidencia: 0,2- 1/ millón pacientes) y es producida por un



anticuerpo contra el factor VIII. Se asocia a varias causas siendo una de las más frecuentes el embarazo (primer parto) y puerperio. Los inhibidores de autoanticuerpos, desaparecer espontáneamente después de un período medio de 30 meses posparto. El cuadro clínico varía desde equimosis leves y anemia grave (20%). Se caracteriza por prolongación del tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa) que no corrige con plasma y bajos niveles de factor VIII. El tratamiento de las hemorragias agudas es con factor VII o concentrado de complejo de protrombina activado, y la erradicación del anticuerpo con la terapia inmunosupresora.

**Objetivo:** Presentar un caso de hemofilia adquirida asociada a puerperio. **Descripción del caso:** Mujer de 28 años sin antecedentes de importancia cuyo parto fue en mayo de 2015, dos meses después inició con pequeñas manchas esquemáticas que fueron incrementando de tamaño, acompañado de dolor en pierna y rodilla izquierda (se descarto trombosis), por lo que se le realizó estudios de laboratorio con TTPa sin coagular, por lo cual es enviada a nuestro servicio para protocolo de estudio, durante su evolución presentó dolor de pierna izquierda y aumento de volumen por acumulo de sangre, produciendo un síndrome compartimental por lo que requirió fasciotomía cursando con anemia grave y estado de choque

hipovolémico. **Tratamiento:** para el estado de choque con paquetes globulares, amikar, pulsos de metilprednisolona, ciclofosfamida, agentes BYPASS (factor VII) Y FEIBA (complejo protrombinico activado). **Laboratorios:** Hemoglobina 5.2gr/dl, leucocitos 7000, plaquetas 169. Estudios de hematología especial con anticuerpo antifactor VIII (16 UI Bethesda), factor VIII 1%, TTPa prolongado (no coagula), TP 12 segundos, anticoagulante lúpico negativo, anticuerpos anticardiolipinas negativas, anticuerpos antinucleares negativos. **Conclusiones:** La hemofilia adquirida es un evento raro que se observa en el puerperio y que requiere alta sospecha clínica debido a que tiene alta morbimortalidad y requiere tratamiento específico como los factores bypass que se le otorgo a esta paciente con buena respuesta.

#### **0532 Leucemia cutis en paciente con leucemia linfoblástica aguda**

*Vigueras A0, Sinco A1, Solis S1, Gama U1, Nava H1, Vazquez S1*

0.SSA Hospital General de Pachuca; 1.Hospital General de Pachuca

La leucemia cutis (LC) es la infiltración de células leucémicas a nivel de la piel, en etapas tardías, se toma como un signo de enfermedad diseminada, presentandose unicamente en el 6-10% de leucemia linfocítica,

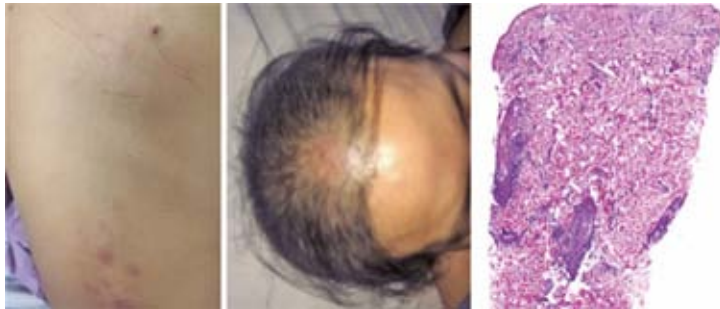
se reporta caso de paciente con leucemia linfoblástica aguda (LLA) en recaída, femenino de 38 años de edad, con diagnóstico de LLA, 6 meses previos a ingreso, la cual deja seguimiento, un mes previo inicia con dermatosis diseminada, acude a valoración, encontrando lesiones nodulares, violáceas, de 2-5 cm de tamaño, dolorosas a la palpación a nivel cefálico y torácico, se toma biopsia de lesión torácica, reportándose LC, tomamos aspirado de médula ósea hallándose datos de recaída, se inicia quimioterapia, presentando desaparición de lesiones dermatológicas 72 horas del inicio del manejo, dejando zonas de hiperpigmentación (Figura 1). La LC es indicativo de mal pronóstico, por lo que es importante conocer las características clínicas de la misma, el diagnóstico es histopatológico.

#### **0535 Histiocitosis de células de Langerhans, presentación inicial como síndrome de reacción por drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos (síndrome de DRESS)**

*Pérez EO*

0.IMSS Centro Médico Nacional La Raza

**Antecedentes:** La histiocitosis de células de Langerhans se caracteriza por acumulación y proliferación de histiocitos, eosinófilos y células de Langerhans, afecta órganos y sistemas de forma aislada o múltiple. El diagnóstico es mediante biop-



sia de la lesión y presencia de CD1a y/o CD207 en la misma. La clínica involucra piel y hueso, usualmente lesión dolorosa, fiebre, pérdida de peso, diarrea, edemas, disnea, polidipsia y poliuria. **Informe de caso:** Masculino de 23 años, alérgico a penicilina. Hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina. Inició con pérdida de peso 20 kilogramos en 6 meses, dermatosis y edema en extremidades superiores. Recibió dapsona, cold cream, aceite de almendras dulces, loratadina, clobetasol y eritromicina, sin mejoría. A la exploración física temperatura de 38.3, dermatosis en tórax anterior, posterior y extremidades inferiores caracterizada por placas y máculas anulares y arciformes de borde eritematoso y centro claro. En manos, antebrazos y muñecas pápulas induradas amarillentas. Crecimiento ganglionar en axilas e ingles, edema de extremidad inferior izquierda. Se documentó eosinofilia, transaminasemia y hepatomegalia, TSH mayor de 40, ultrasonido de tiroides bocio multinodular, crecimientos

ganglionares cervicales bilaterales de aspecto inflamatorio. Pruebas de degranulación de levotiroxina y eritromicina negativas. Biopsia de ganglio linfático inguinal derecho con hiperplasia sinusal y paracortical, proliferación histiocítica y eosinofílica. Inmunohistoquímica CD68, CD1a, S-100, CD20 y CD3 positivos. **Discusión:** Masculino de 23 años que cumplió criterios para síndrome de DRESS: \*Sospecha de relación causal entre la administración del medicamento y la aparición de la reacción adversa. \*Rash cutáneo agudo. \*Involucro de al menos un órgano interno \*Linfadenopatías en dos sitios diferentes. \*Linfocitosis o eosinofilia o trombocitopenia. \*Fiebre mayor de 38 grados Se asocia con el uso de antibióticos, antiepilépticos y antihipertensivos. Se sospechó posible causa eritromicina o levotiroxina, pero las pruebas de degranulación fueron negativas. En este contexto con TSH más de 40 no concordante con la pérdida de peso, adenopatías significativas, eosinofilia

progresiva y mayor transaminasemia obligaba a descartar entidades secundarias, se realizó biopsia de ganglio linfático cuyo reporte histopatológico e inmunohistoquímica concluyó Histiocitosis de células de Langerhans.

**0536 Leucemia linfocítica crónica: predisposición y anticipación genética, presentación de 2 casos**

*Viguera A0, Sinco A1, Gama U1, Solís S1, Vazquez S1, Nava H1*

0.SSA Hospital General de Pachuca; 1.Hospital General de Pachuca

La leucemia linfocítica crónica (LLC) es un trastorno linfoproliferativo crónico de las células B, la historia natural es extremadamente variable, se presentan casos de familiares con diagnóstico de LLC. Masculino de 73 años de edad, con índice tabáquico de 20 paquetes/año, que es diabético e hipertenso de larga evolución, con hipertrofia prostática benigna requiriendo manejo quirúrgico un mes previo, se toman preoperatorios, donde se encuentra leucocitosis con linfocitosis (218310 u/l), resto normal, a la exploración con adenomegalias de 1cm, tres en cadena cervical izquierda, ausencia de visceralomegalias, resto sin alteración. En frotis de sangre periférica con linfocitosis, se diagnóstica una leucemia linfocítica crónica, se da manejo con clorambucilo,



solicitamos inmunomarcaje positivo para CD5 y CD23, ZAP 70 y CD38 negativos, presentando adecuada respuesta a manejo, con estadificación estadio I de Rai o A de Binnet. En noviembre del 2014 su hermana de 67 años, acude a valoración por dolor lumbar y síndrome anémico, en controles con 102 200 linfocitos u/L, con anemia severa, elevación de DHL, a la exploración física con adenopatías cervicales y axilares de aproximadamente 2 cm, con hepatomegalia y esplenomegalia, resto de exploración física dentro de parámetros normales, se toma frotis de sangre donde presenta linfocitosis, cumpliendo criterios para LCC, se inicia manejo con cloram-bucilo y alopurinol, con buena respuesta tanto clínica como de laboratorio al uso de alquilante, pero con anemia severa microcítica, con DHL y bilirrubinas normales, COOMBS directo negativo, por lo que se descarta anemia hemolítica, se continua manejo con hematínicos, con pobre respuesta, citofluorometría muestra que estas células son positivas para CD5 y CD23, negativas para CD38 y ZAP-70, actualmente persiste con anemia severa, con evolución torpida. La LLC presenta una predisposición familiar que se ha documentado en 5 a 10% de los pacientes. El riesgo aumenta dos a siete veces cuando se tiene un familiar de primer grado, en este caso nuestros pacientes son hermanos, que

demuestran además la anticipación genética, presentando diagnóstico 6 años antes la paciente femenina, con evolución tórpida, además de compartir inmunomarcaje. Aunque no hay pruebas disponibles de la transmisión genética, ciertos polimorfismos genéticos pueden predisponer a los pacientes.

**0561 Trombosis mesentérica de repetición como presentación de mutación del gen de la protrombina g20210 a: reporte de un caso**

*Ganado A0*

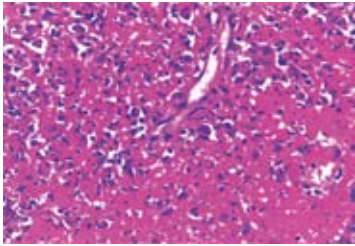
0.Otra Centro Médico ISSE-MYM

La Mutación del gen de la Protrombina G20210 A en Estados Unidos es la segunda trombofilia más frecuente con una prevalencia del 2%, en los países Europeos se reporta ligeramente mayor mientras que en otras poblaciones tiene una prevalencia del 0.7%. En nuestro país no contamos con estadísticas, sin embargo una cohorte de 100 pacientes con trombofilias publicada por Argüelles y cols. reportó una incidencia de 11 pacientes con esta mutación. Presentamos el caso de paciente femenina de 54 años con antecedente de trombosis mesentérica de repetición y 5 laparotomías exploratorias durante tres meses por el mismo motivo, portadora de ileostomía con altos gastos. Ingresó al servicio de Urgencias por presentar oliguria y

aumento del gasto de ileostomía acompañado de dolor tipo urente abdominal, condicionando lesión renal aguda AKIN III. Por antecedente de múltiples cuadros de trombosis mesentérica se inicia protocolo para trombofilias atípicas, se solicitan Proteína C, proteína S, antitrombina III, anticoagulante lúpico, factor V de Leyden, anticuerpos anticardiolipina, B2 glicoproteína, homocisteína, todos ellos sin anomalías, por lo que se solicitó mutación del gen de la protrombina G20210 reportándose como positivo corroborándose mutación a los 3 meses, iniciando así manejo anticoagulante con antagonistas de la Vitamina K, hasta la fecha sin nuevos episodios de trombosis, reconexión de ileostomía exitosa. Si bien el tratamiento no difiere en comparación del manejo del resto de trombofilias, el objetivo se basa en identificar aquella historia familiar sugerente de alto grado de penetrancia genética para poner a prueba un paciente sintomático y luego a sus familiares con el fin de profilaxis en momentos de alto riesgo en los miembros afectados.

**0584 Diagnóstico poco común en paciente con fiebre, diaforesis profusa hepatoesplenomegalia, adenomegalias y pérdida de peso**

*Reyes F, Fuentes A, Rivera V*  
SSA, Hospital General Dr Manuel Gea González



**Caso Clínico.** Paciente masculino de 24 años, sin antecedentes personales patológicos de importancia. Asistió por fiebre, diaforesis profusa, adenomegalias cervicales. En laboratorios de ingreso no se encontró alteraciones en bromearía hemática, DHL 1068. Se realizó TAC evidenciado adenomegalias cervicales, Hepato-Esplenomegalia. VIH, VHC, VHB negativos, ANAs, Anti DNA negativos; anticuerpos Anti VEB negativos. **Discusión:** Enfermedad de Kikuchi Fujimoto o linfadenitis histiocítica necrotizante, fue descrito por primera por Kikuchi a la par de Fujimoto en publicaciones diferentes en el año de 1972. Desde entonces, se han descrito se han descrito 733 casos en todo el mundo, donde el 19% (140 casos) son pacientes pediátricos. Como causa podemos encontrar infección por virus (Hperpes, Parbovirus B19, VIH) relacionado con HLA DPA 101. Conclusiones En el abordaje de pacientes con adenomegalias, los diagnósticos diferenciales son tan amplios, que pensar en enfermedad de Kikuchi es poco frecuente.

**0590 Síndrome de destrucción de la línea media. Caso de linfoma no Hodking de células T/NK**  
Ramirez D

IMSS, Hospital General Regional Numero 1 Ignacio Garcia Tellez, Cuernavaca

**Introducción.** El síndrome de destrucción de la línea media se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas secundarios a la afección, generalmente destructiva de localización medio facial. Las causas incluyen una gran variedad de enfermedades, desde inflamatorias hasta neoplásicas, tal es el caso del LNH que representa 1.5% de todos los linfomas extraganglionares y en el que la localización más frecuente asociada a esta entidad se encuentra en las fosas nasales y los senos paranasales. **Objetivo.** Presentación de un caso de Síndrome de Destrucción de la línea media por Linfoma No Hodking de celulas T /NK. **Reporte del caso.** Hombre de 51 años antecedente de Ulcera gástrica perforada con reporte histopatológico de gastritis crónica inespecífica. Inicia hace 18 meses con obstrucción nasal bilateral, rinorrea purulenta, hiposmia, fiebre de 38.3oC y diaforesis de predominio nocturno, multitratado por sinusitis maxilar. Evoluciona con aumento de volumen en hemicara izquierda, lesión necrótica en región maxilar con material seropurulento y eritema, ptosis palpebral, blefaroedema y be-

flaroeritema ipsilateral, ulcera en paladar duro, además de síndrome constitucional. Dx de pb Absceso Maxilar izquierdo encontrando bioquímicamente pancitopenia y DHL elevada, se inicia manejo antimicótico y antibioticoterapico de amplio espectro. Evolucionando con persistencia de sintomatología, encontrando radiológicamente velamiento de seno maxilar con desviación septal nasal hacia la derecha, solicitando estudios complementarios bioquímicos no concluyentes. TAC con Lesión infiltrativa en el antro maxilar izquierdo con extensión etmoidal izquierda y derecha con destrucción de la pared medial de la órbita izquierda y extensión orbito nasal, exudado inflamatorio etmoidal bilateral esfenoidal y frontal, se sospecha zygomaticosis y se inicia manejo con anfotericina B. Reporte histopatológico de neoplasia maligna de alto grado compatible con Linfoma no Hodking de células pequeñas y grandes. Manejado con QT con CHOP falleciendo paciente a las 48 horas de iniciado el tratamiento. Inmunofenotipo CD2+/cCD3+(intracitoplasmático)/CD56+. La clínica de este Síndrome es sugerente de enfermedad de vías áreas altas generalmente relacionada con sintomatología nasal, la ausencia de respuesta al tratamiento obliga a indagar más asociando factores de riesgo, historia clínica y exploración física



completa y métodos auxiliares de diagnóstico. La mayoría de los pacientes en los que se establece finalmente un LNH nasosinusal mueren poco tiempo después del diagnóstico, como consecuencia de las complicaciones del tratamiento, habitualmente por cuadros sépticos debido a la inmunosupresión; el diagnóstico oportuno deberá ser prioritario para mejorar el pronóstico del paciente.

**0598 Paciente de 51 años con ingreso por choque hemorrágico secundario a herida superficial; diagnóstico diferencial e importancia en el diagnóstico precoz de la hemofilia tipo A**

*Chacón V, Lobato A, Bautista F, Legorreta J, Tapia J, Gonzalez A*  
Otra, Centro Médico ISSEMYM Ecatepec

Masculino de 51 años de edad, jornalero, residente de Tultepec, Estado de México. Antecedentes de importancia alcoholismo de 20 años de evolución, índice tabáquico de 3.3 paquetes año. Inicia su padecimiento en la infancia con epistaxis y gingivorragia ocasional y aumento de volumen en grandes articulaciones posterior a contusión directa, con consumo crónico de esteroide y analgésicos para artralgias, el 27-04-2015 recibe impacto en pierna derecha provocado por caída de vehículo no motorizado, con herida superficial sangrante de 10 cm

aproximadamente, acude a urgencias donde se sutura herida sin complicaciones aparentes. Persiste con sangrado por lo que regresa el día 30-4-15, presentando disnea, palpitations, a la exploración con frecuencia cardiaca 112, frecuencia respiratoria 32, presión arterial 74/40, somnolencia, sangrado en capa constante de la herida, articulación de rodillas y codos aumentadas de tamaño con dolor y limitación al movimiento; PARACLÍNICOS reportando hemoglobina 5, hematocrito 16.7, plaquetas 184,000, TP 14 TTP 59 INR 1.2, hematuria microscópica. Índice de coagulabilidad 1.5, perfil viral con HCV (-), H.Bs.Ag(-), H.A.V (-), albumina 2.4, TGO 15, TGP 28, FA 86, GGT 10, BT 0.3, BI 0.1, BD 0.2, inmunoglobulinas G, A, M y E (-) C3 140, C4 19, VSG 58. Factor VIII 6.4%, Factor IX 90.80%, Factor XII 21.10%, Factor XIII 132.70%, Cofactor de ristocetina 212.80%, Von Willebrand antigénico 240.20%, Fibrinógeno 638, DILUCION ½ TTPa: 111 segundos, DILUCION ¼ TTPa: 180 segundos. Radiografía de codos y rodillas con destrucción del cartílago articular, gonartrosis grado IV y anquilosis. TAC de cráneo zona de encefalomalacia en lobulo parietal izquierdo, quiste aracnoideo temporal izquierdo Gallasi I y cambios corticos subcorticales. Con lo que se diagnostica Hemofilia A. **Tratamiento:** Se administran cuatro concentrados eritro-

citarios, tres plasmas frescos congelados, y al tener reporte se administra factor VIII recombinante 250UI calculado al 30% de la actividad requerida x kg/ peso dosis. **Comentario:** cabe mencionar que es de especial interés el hecho de que las manifestaciones relacionadas con el padecimiento se encontraron en una edad tardía, ya que generalmente es una enfermedad diagnosticada en la infancia; además de que el motivo de ingreso haya sido por contusión moderada y no por hemorragias espontáneas.

**0602 Pancreatitis aguda grave y síndrome urémico como presentación de mieloma múltiple**

*Guajardo E, Tapia J, Castillo A, Diaz C, Bautista F, Prado M, Martinez C, Razo G*  
Otra, Centro Medico ISSEMYM Ecatepec.

Masculino 52 años antecedentes de importancia exposición hace 8 años en fábrica de plásticos PVC 6 meses, inicia con dolor en región torácica hace 8 meses tras levantar objeto pesado, dolor lumbar de 3 meses en región lumbosacra; 15 días previos a su ingreso presente dolor en epigastrio lancinante intensidad 7/10 que se irradia en hemicinturon, intermitente, acompañado de náusea y vómito, exacerbado a la ingesta de alimentos, sin atenuantes, incrementando en intensidad a 9/10; se toman paraclínicos con elevación de enzima pancreá-

ticas, a su ingreso con acidosis metabólica severa y síndrome urémico colocándose catéter Mahurkar e inicio de hemodiálisis. TAC de abdomen donde se reporta edema a nivel pancreático (Balthazar B) y lesiones líticas en cadera, columna y arcos costales, fracturas por compresión a nivel de t10 y a nivel de l5. Paraclínicos: Glucosa 88 mg/dl, BUN 222 mg/dl, creatinina 38.6 mg/dl, Ácido úrico de 11.8 mg/dl, colesterol de 126 mg/dl, triglicéridos 158 mg/dl, Na 135, K 7.0, Cl 98. Calcio de 7.1 mg/dl, P 12.3 mg/dl, Mg 2.5 mg/dl, amilasa de 206 U/L, lipasa de 2461 U/L. T<sub>p</sub> 14.5, TTPa 27.8, INR de 1.25, Leucocitos de 8050, neutrófilos de 6625, linfocitos de 748, hemoglobina de 9.0 mg/dl, Ht de 30.5% plaquetas de 212000, colesterol 97 mg/dl, triglicéridos de 54 mg/dl, bilirrubina 0.6 mg/dl, directa 0.2 mg/dl, indirecta 0.4 mg/dl, AST 15 U/L, ALT 16 U/L, Proteínas totales 6.1 g/dl, albumina 3.3 gr/dl, globulinas 2.8 g/dl, relación A/G de 1.18, FA 73 U/L, GGT 27 U/L, CPK 212 U/L, CPK MB de 19 U/L, DHL de 225 U/L, depuración de creatinina en orina de 24 horas 2.6 ml/min, proteínas en orina de 24 horas de 1215 mg, TSH 0.45, T4L 0.60 T3L 1.39, hemoglobina Glucosilada de 6.3%, VSG 42 mm/hr, Ag carcino embrionario 8.29 ng/dl, Alfafofo proteína 1.51 ng/dl, IgG 970 mg/dl, IgA 284 mg/dl, IgM 30 mg/dl, IgE 28.25 U/ml. Ag prostático

específico 0.63 ng/dl, libre de 0.17 ng/dl, complemento C3 92 mg/dl y C4 39.0 mg/dl, PCR 4.6 mg/dl. PTH de 311.8 pg/dl, hierro sérico de 53.0 mcg/dl, capacidad de fijación del hierro de 188 mcg/dl, transferrina de 135 mg/dl, Índice de saturación 28.19%, ferritina de 1016.8 ng/ml. HIV, HCV, Hbs AG, HAV negativos. Valorado por el servicio de hematología realizando aspirado de médula ósea observando hasta un 42% de células plasmáticas con imagen morfológica que sugiere mieloma múltiple.

#### **0621 Policitemia vera como emergencia hematologica: presentación de un caso**

*Soler F0, García A1, Isaias J1, Palma R1, Garza J1, Salinas E1, Hurtado R1*  
OPrivado, Angeles Del Pedregal; 11MSS.

Paciente femenino de 51 años de edad con antecedentes, de resección de ganglio submandibular hace 17 años, legrado uterino por embarazo anembriónico hace 20 años, Colectectomía via laporoscópica en el 2001, Funduplicatura tipo Niessen en el 2010, Fractura de metacarpianos en la infancia y tobillo derecho en la infancia, Tiroiditis de Hashimoto de larga evolución con hipotiroidismo como secuela en tratamiento con levotiroxina 100mcg cada 24 horas. Inicia su padecimiento actual un día previo a su ingreso, refiriendo

cefalea tipo punzante de intensidad 7/10 en región bitemporal y occipital, acompañada de fosfenos y náusea sin llegar al vomito, sin exacerbantes o atenuantes; por lo que se toma TA en domicilio donde registra 146/109 mmHg, por lo que de automedicarse con losartan 100mg, VO DU, Ketorolaco 30mg SL, DU, Paracetamol 500mg VO DU, sin presentar mejoría aparente por lo que acude con médico tratante, quien registra TA de 150/90 y realiza EKG que reporta sin alteraciones de importancia. Recibe en urgencias con TA de 150/97 mmHg FC 72 lpm FR 16 rpm Temp 36.5°C SatO<sub>2</sub> 98% a la exploración física conjunta derecha hiperemica sin secreción o hemorragia, ruidos cardiacos rítmicos aumentados en intensidad y adecuada frecuencia, se ausculta soplo sistólico I/IV. Se toman laboratorios control Hb 23.4 Hto 72.2 Plq 364 Leu 12.5 82/11 glu 106 BUN 17.4 U 35.5 Cr 0.72 AU 5.7 PT 7.1 Alb 3.8 Glo 3.3 Ca 10.3 P 3.98 Na 138 K 4.63 Cl 107 CO<sub>2</sub>T 20.2 BT 0.83 FA 104 TGP 60.2 TGO 31.5 GGT 35.47 DHL 261 Col 236 Tg 88 Ami 48 Li 36, EGO Turbio pH 7.0 Cristales amorfo escasos, Celulas epiteliales 6 – 12, Bacterias escasas, se le inicia tratamiento antihipertensivo a base de losartan 50mg cada 24 horas, con persistencia de la cefalea, se le tomo ECOTT donde se reporta FEVI 65% PSAP 25mmHg sin alteracio-





nes de la movilidad global o segmentaria, se IC a hematólogía por poliglobulia, quien indica Flebotomía terapéutica, que inmediatamente genera control de cifras hipertensivas a 130/70mmHg así como de la sintomatología. Continuando con datos de poliglobulia, clínicamente con cefalea con intensidad 5/10, por lo que se deciden realizar eritroferesis, se solicitan pruebas para JAK 2 el cual se encuentra positivo se inicia tratamiento médico con Ruxolotinib 20mg cada 12 horas, con respuesta clínica a los 3 días.

**0622 Síndrome hematofagocítico: reporte de un caso y revisión de la literatura**

*Soto E, Carmen A, Angeles J, Soler F, Hurtado R*

Privado, Hospital Angeles Pedregal.

Paciente masculino de 18 años de edad originario y residente del Distrito Federal, soltero, sin antecedentes personales de importancia. Inicia padecimiento actual 1 mes previo a su ingreso con ataque al estado general, astenia, adinamia e ictericia generalizada. Acude con médico particular quién de manera ambulatoria realiza exámenes de laboratorio encontrando: Trombocitopenia (92,000), hiperrubirrubinemia (Bilirrubinas Totales 16.90, Bilirrubina Directa 14.30, Bilirrubina Indirecta 2.5 TGO 1445 TGP 2565). No se inicia

manejo médico, niega ingesta de medicamentos. Continúa con la misma sintomatología por la cual acude a valoración, donde lo encontramos: Trombocitopenia (23,000), anemia normocítica normocrómica (Hemoglobina 10.5) Bandas 11, Neutropenia severa 200, hiperbilirrubinemia a expensas de directa (BT 4.7, BD 3.1, BI 1.5). Se realiza serología infecciosa, encontrándose PCR para CMV QN 185. Biopsia y aspirado de médula ósea: Hemofagocitos abundantes. Se hace el diagnóstico de Síndrome Hematofagocítico secundario a Citomegalovirus. Se coloca catéter venoso central y se inicia manejo con Ganciclovir, ciclosporina A, gammaglobulina, etopósido, G-CSF, esteroides así como múltiples transfusiones de aféresis plaquetarias. Paciente evolucionó lentamente a la mejoría, presentó infección oportunista con absceso perianal secundaria a la neutropenia, que se resolvió exitosamente con antibioterapia. Se egresa 35 días posteriores a su ingreso, afebril, tolerando vía oral, no requirió apoyo ventilatorio ni vasopresores. Se decide egreso con manejo médico. El estándar de tratamiento actual consiste en un curso decreciendo de etopósido y dexametasona, con o sin terapia intratecal. Idealmente, es importante iniciar el tratamiento inmediatamente así como tratar la causa cuando se identifique. Si los pacientes no muestran al

menos una respuesta parcial a las 2-3 semanas de iniciar la terapia, la terapia de rescate debe ser considerado. La recurrencia de la fiebre y el aumento de los marcadores de inflamación después 6 de una aparente respuesta también debe conllevar a la búsqueda cuidadosa de infección oportunista la cual en el caso de nuestro paciente se manifestó como una infección perianal que remitió de manera favorable.

**0624 Leucemia promielocítica: reporte de caso**

*Soler F, Garcia A, Soto E, Angeles J*

Privado, Hospital Angeles Del Pedregal.

Paciente Femenino de 16 años de edad de infección de vías aéreas superiores de repetición desde hace 10 años en tratamiento con múltiples esquemas antibióticos. Inicia su padecimiento actual 6 meses previos a su ingreso con equimosis espontánea de miembros pélvicos no traumáticas, que resuelve de forma espontánea, 3 semanas previas a su ingreso inicia con hipermenorrea sin alteraciones hemodinámicas, resolviendo el cuadro de manera espontánea, 4 días previos a su ingreso onidofagi, adenomegalia dolorosas en cadena cervical anterior posterior y axilares, por lo que acude con médico tratante quien toma BH de control reportando Hb 11.6 Hto 29.3 Plq 16 Leu 2000 16/79

por lo que se decide su envío al servicio de urgencias de este hospital. A su ingreso con TA 120/80 mmHg, FC 78 lpm FR 17rpm Temp 36.5 se encuentra paciente conciente alerta orientada con funciones mentales sin alteraciones, Glasgow de 15, cuello con adenomegalia cervicales de cadena anterior y posterior de aproximadamente de 0.8X0.7cm ruidos cardiacos rítmicos de adecuado tono e intensidad, ruidos respiratorios de murmullo vesicular sin estertores o sibilancias, abdomen blando plano depresible no doloroso a la palpación extremidades sin datos de edema se tomaron laboratorios de control Hb 8.8 Hto 26.8 Plq 8 Leu 2100 16/73 proquelocitosis +, Anisocitosis ADE 16.9, Basofilia difusa, se le realiza biopsia y aspirado de MO: Leucemia Aguda promielocítica M3 de 94%, positivo por cuerpo de Auer. Se inicia ATRA 70mg cada 24 horas, Ciprofloxacino 400mg VO cada 12 horas, Fluconazol 100 mg VO cada 24 horas.

#### **0628 Hipercalcemia como única manifestación de mieloma múltiple**

*Esquivel A, Hernández M, Morales G*

IMSS, Hospital General Regional No.1 Dr. Carlos Macgregor Sanchez Navarro.

Mieloma múltiple representa el 10% de las neoplasias hematológicas, la cual padecen

5/100 000 habitantes; de estas neoplasias representa solo el 2 % el no secretor, presentándose típicamente como fractura patológica e hipercalcemia, cumpliendo como malignidad primaria de hueso más frecuente y representa reto diagnóstico como protocolo diferencial de hipercalcemia, la cual se realiza en nuestro paciente encontrando manifestación electrolítica y musculoesquelética sin embargo sin pico monoclonal en electroforesis y sin presencia de Bence Jones. Masculino de 44 años sin antecedentes patológicos. Inicia padecimiento hace 6 meses enviado como hipercalcemia persistente como hallazgo único, 1 mes posterior con caída de su propio plano de sustentación con traumatismo directo en parrilla costal derecha con dolor secundario a trauma, TAC toraco-abdominal encontrando múltiples lesiones líticas costales y vertebrales, así como a nivel de pelvis, persiste hipercalcemia con aumento de fosfatasa alcalina, LDH anemia normo y como protocolo diagnóstico: se realiza PTH reportada menor a 4pn/l, se descarta hipoparatiroidismo, se realiza serie ósea metastásica encontrando lesiones líticas en cráneo, y en huesos de tórax AMO reporta linfocitos inmaduros, neutrófilos bandas, reacción leucoeritroblástica, dacriocitos, se reporta biopsia infiltración por linfoma no hodgkin. Se realiza IgA, IgG, IgM normales, APE AFP ACE,

Ca 19-9 normales, Endoscopia alta gastropatía eritematosa difusa, depuración de creatinina de 24h con proteína de Bence Jones NEGATIVA, electroforesis de proteínas negativa, B2 microglobulina reportada 3775pn, ECOTT reporta válvula aortica con calcificación insuficiencia mitral ligera, PSAP 47mmhg, colonoscopia con divertículos de colon izquierdo BMO reporta hiperplasia de 90% CD138+, CD79+ y restricción de cadenas ligeras lambda, mielofibrosis GDO II-III, EC de salmún y durie II-B ISS III ECOG 1-2 Presentamos el caso de un paciente con hipercalcemia persistente como única manifestación de Mieloma múltiple, en el que se descartaron otras patologías mucho más frecuentes (endocrinas, paraneoplásico, lisis, linfomas etc) además de nula elevación de proteínas. El diagnóstico precoz y oportuno mejora la supervivencia y las complicaciones a corto plazo en comparación con mieloma secretor 8.3 vs 5.4 años respectivamente.

#### **0629 Importancia del diagnóstico diferencial de reacción leucemoide en un servicio de Medicina Interna**

*Altamirano G, Silva R, Morales G*

IMSS, Carlos Macgregor Sánchez Navarro.

**Introducción** Denominamos reacción Leucemoide (RL) al conteo de leucocitos > 50x10<sup>3</sup>



sin evidencia de neoplasia hematológica. Frecuentemente es secundaria a etiología infecciosa y en algunos casos como manifestación paraneoplásica. Su aparición está asociada a mal pronóstico. Se reporta 3 casos de pacientes con manifestaciones clínicas diferentes y su abordaje hacia la causa de Hiperleucocitosis. **Casos Clínicos:** Primer Caso: Ca Gástrico. Masculino 83a, 6 meses previos con plenitud posprandial, disfagia a sólidos, pérdida de peso de 18kgrs Derrame pleural izquierdo y hepatomegalia. **Laboratorios:** Leu: 165 x10<sup>3</sup> Diferencial: N:160x10<sup>3</sup> L:2.10x10<sup>3</sup> M:2.01x10<sup>3</sup> Hb:12.3 g/dL Hto:39 Plq:338x10<sup>3</sup> Biopsia: reporte de Ca gástrico. Segundo caso. Colitis Pseudomembranosa. Masculino de 68<sup>a</sup>, cursó con infección de vías urinarias, se inició tratamiento con antibiótico, posteriormente desarrolló picos febriles, dolor abdominal y evacuaciones diarreas mucosas, **Laboratorios:** Leu:159 x10<sup>3</sup> Neu:95.3% Linf:20% Hb:9.2g/dl Plq:57 x10<sup>3</sup> Tercer Caso: Ca Renal Masculino de 74a, inició con dolor lumbar izquierdo 8/10, acompañado de hematuria macroscópica, pérdida de peso de 10kg. Se realizó TAC con reporte de Absceso renal izquierdo, se realizó nefrectomía. **Laboratorios:** 181.00 x 10<sup>3</sup> N:175 x10<sup>3</sup> L:1.36% M:4 x10<sup>3</sup> Hb:8.6 g/dL plq:133 x10<sup>3</sup> Reporte final de Patología: Ca renal En los tres casos los

hallazgos en Frotis de sangre periférica (FSP) fueron Leucocitos aumentados (++++), con predominio de neutrófilos, y granulaciones tóxicas, y en el Aspirado de Medula Ósea solo (AMO): Hiper celular con cambios reactivos. Normal. Prueba de citogenética para Leucemia Mieloide negativas. La RL es una condición principalmente infecciosa, sin embargo puede vincularse a tumoraciones gástricas, renales y pulmonares como manifestación paraneoplásica. El diagnóstico es con el análisis de la Biometría Hemática, FSP y AMO. El pronóstico de estos pacientes coincide en los 3 casos con una mortalidad hasta del 90%. Se encuentran realizando investigaciones sobre la asociación de factores de crecimiento liberados de masas tumorales y el seguimiento posterior de estos pacientes como marcador de desarrollo a futuro de algunos tipos de neoplasias, por lo que es importante su estudio a futuro.

#### **0661 Amiloidosis cutánea nodular: reporte de un caso**

*Lemus A, Pineda L, Guzman G* IMSS, Hospital de Especialidades, Centro Medico Nacional La Raza.

**Antecedentes.** Las amiloidosis cutáneas se caracterizan por depósito amiloideo en epidermis y dermis, pero puede localizarse en órganos vitales. La amiloidosis nodular, se considera una amiloidosis cutánea

localizada pero puede producirse como una manifestación de la amiloidosis sistémica.

**Objetivo.** Presentar un caso de amiloidosis cutánea nodular.

**Informe del Caso.** Mujer de 67 años. DM2 y HAS. Inicio hace 6 años con placas eritematosas papulo-nodulares axilares asintomáticas, tratadas con rasurado. Recidivaron y con aparición a nivel submamario, suprapúbico, axilas e ingles, con ulceración y aparición de equimosis espontáneas en párpados, tronco y extremidades. Presenta maculas purpúricas periorbitarias bilaterales, en tronco y brazos. Placas verrugosas, hiper cromicas, a nivel axilar, submamaria, suprapública e inguino-genital. Macroglósia y onicodistrofia en ambas manos.

**Laboratorios:** Estudios generales en rangos normales. Proteínas totales 7.3g/dL (6-8.3), Albumina 3.5g/dL (3.5-5), Globulinas 3.8 (6-8), Calcio 8.70mg/dL (8.4-10.2), Depuración de Cr 52.45mL/min, proteinuria 0.07g/24hr. IgG 1990mg/dL (700-1800), IgA, IgM normales. Proteína Bence Jones en orina negativa. Proteinograma: Albumina 48.90%(58-69.60), alfa 1 2.90% (1.80-3.80), alfa 2 12.90% (3.70-13.10), beta 30% (8.90-13.60), gamma 5.60% (8.40-18.30). SOM: normal. USG renal y TAC abdomen: quistes renales bilaterales. ECO-TT: VI movilidad conservada, FE 72%, disfunción diastólica por alteración de la relajación, PSAP 30mmHg. Biopsia hueso:

normal. Biopsia de grasa periumbilical y piel: Amiloidosis positiva a rojo Congo. **Conclusiones:** La amiloidosis nodular es rara. Se presenta como nódulos que parecen bullas, el prurito es escaso, el centro de las lesiones puede hacerse atrófico. Debido a la fragilidad capilar, las lesiones se ulceran y el trauma produce hemorragia cutánea. Aparecen en tronco, brazos, piernas, genitales y cara. Algunas lesiones son indistinguibles a las encontradas en la amiloidosis AL. El diagnóstico se establece en ausencia de proliferación de células plasmáticas en médula ósea. Se requiere un seguimiento prolongado, ya que un 15% a 50% de los pacientes llegan a desarrollar amiloidosis sistémica.

**0669 EVC isquémico en paciente joven secundario a deficiencia de proteínas C y S. Reporte de caso**

*Gallegos ÓO, Ferrusquia D1*  
0 SSA, Hospital General Ticomán; 1 SSA, Hospital General Tláhuac.

MGM, femenino 40 años, originaria del DF, católica, casada, ama de casa. Madre portadora de DM2. Menarca a los 13 años, ciclos de 30x5 días, FUM en 2014, IVSA a los 18 años, 1 PS. Consumo de anticonceptivos orales durante 5 años, suspendido hace 6 meses. G: 2, A:0, P:1, C:1. Niega DOCMA, Papanicolau hace 1 año con resultado negativo. Crónico

degenerativos y etilismo negados. Tabaquismo + desde los 18 años, IT 3.2. Resto negados. Padeamiento actual: Inicia el día 17 de abril a las 01:00 hrs mientras leía, con cefalea tipo opresivo occipital, de inicio súbito, intensidad 7/10, sin irradiaciones, sin atenuantes ni exacerbantes, asociada a parestesias en piel cabelluda en región parieto-temporal derecho, se agrega debilidad de miembros pélvicos, temblor asimétrico, fino, distal, con caída subsecuente desde plano de sustentación, niega traumatismo directo craneal, posterior a caída refiere hemiparesia izquierda, se agrega desviación de comisura labial hacia el lado derecho, ingresa al servicio de urgencias con SV TA 116/79mmHg FC80x` FR 20x` TEM 36C DXTX 87mg/dl PESO 90kg. EF: somnolienta, juicio, memorial calculo, lenguaje y abstracción conservados. NC: desviación comisura bucal a la derecha, borramiento surco nasogeniano. Hemiparesia fasciocorporal izquierda, FM2/5 ES y FM 2/5 MPs, hiperreflexia, Babinski y sucedáneos presentes del lado izquierdo. Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Campos pulmonares bien ventilados. Abdomen sin alteraciones. Se realiza TAC simple de cráneo documentando EVC isquémico hemisférico derecho, con edema cerebral moderado. Tiempos coagulación normal. PFH normal. ANÁLISIS: dentro del protocolo de EVC en

paciente joven, primero deben abordarse causas cardíacas. En el ECG, no se documenta FA ni trastornos del ritmo. En el Ecocardiograma se reporta FEVI 65%, no se evidencia foramen oval permeable ni trombos intraauriculares. En el Doppler carotídeo sin datos de estenosis, ni placas ulceradas con flujos y picos sistólicos conservados. Se abordan causas inmunológicas, ANAs, ANTI-dsDNA, anti Smith, anticoagulante lúpico y anticardiolipina negativos. Se buscan trombofilias, se miden niveles de proteínas C y S, con valores de 15% y del 35%, respectivamente. Concluyendo que se trata de un EVC isquémico 2ario a deficiencia de proteína C y S en un contexto adquirido secundario a ingesta de anticonceptivos orales.

**0672 Experiencia de linfoma de Hodgkin en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca**

*Maciel E, Flores J, Díaz B, Ruiz M, Zambrano M*  
SSA, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca.

**Introducción:** El Linfoma de Hodgkin (LH) es una enfermedad hematológica maligna la cual se genera de los centros germinales o postgerminales de las células B, presentan una composición celular única, cuenta con un sustrato inflamatorio acompañado de células neoplásicas de Reed-Sternberg. Afecta de manera más común



a los varones y presenta una incidencia bimodal con dos picos de presentación entre los 15 y 35 años y en mayores de 60 años. **Objetivo:** Describir las características clínicas, bioquímicas, histopatológicas y de tratamiento de los pacientes con diagnóstico de LH del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes retrospectivamente de los pacientes con LH del Servicio de Hematología de enero de 2013 a agosto 2015; se documentaron 22 casos de pacientes con diagnóstico de LH. Se analizaron edad, sexo, edad al diagnóstico, características clínicas y bioquímicas, variedad histológica, tratamiento aplicado, número de recaídas y mortalidad. **Análisis y Conclusiones:** Se incluyeron 22 pacientes de los cuales 14(63.6%) fueron mujeres, 8(36.4%) fueron hombres, con una media de edad de 36 años ( $\pm 17$ ), los signos y síntomas encontrados fueron fiebre (41%), prurito (9%), diaforesis (50%) y enfermedad extranodal (22.7%). La variedad histológica más frecuente fue esclerosis nodular en 12 (54%), seguido de celularidad mixta en 6 (27%), predominio linfocítico 3 (14%) y depleción linfocítica 1 (5%). Al estadiar de acuerdo al sistema de Ann Arbor los estadios al diagnóstico I-II fue de 59% y III-IV 41% y de ellos 59% con síntomas B. El 95.5% de los pacientes recibió esque-

ma de quimioterapia ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina) y radioterapia en el 13.6%. La tasa de respuesta fue de 73% con remisión completa, la media de número de recaídas de los pacientes fue de 2 en el 22.7% de los pacientes. Los hallazgos de laboratorio documentados (n=22) hemoglobina 12g/dl, leucocitos 9427/mm<sup>3</sup>, neutrofilos 8395/mm<sup>3</sup>, linfocitos 4428/mm<sup>3</sup>, plaquetas 352280/mm<sup>3</sup>, VSG 276 UI/L, DHL 34 mm/h. La mortalidad del grupo fue de 4.5% en el período estudiado. **Conclusiones:** En nuestra población estudiada la tasa de respuesta global a tratamiento fue similar a la reportada en la literatura. En relación a la variedad histológica las frecuencias también fueron similares a los previamente reportado.

#### **0679 Linfoma difuso de células B vaginal concomitante con síndrome de Wolf Parkinson White: reporte de un caso**

*Vicente B, Pérez C, Sarre D, Escobar E, Díaz E*  
Privado, Hospital Ángeles Pedregal.

Presentamos el caso de un paciente femenino de 26 años con antecedente de púrpura trombocitopénica autoinmune, acude a revisión ginecológica de control encontrándose una masa anexial en vagina de consistencia indurada. Se realiza excéresis de la tumoración. Estudio histopatológico

reportó linfoma difuso de células grandes inmunofenotipo B, CD20 + y co-expresión de bcl-2. Se descarta afectación de médula ósea e inicia manejo con R-CHOP, pre-medicada con dexametasona, paracetamol y aprepitant. Una hora posterior al término de la quimioterapia la paciente refiere náusea, mareo y ansiedad. Se registra frecuencia cardíaca de 45 lpm. Se realiza EKG que muestra bloqueo incompleto de rama derecha, onda Delta y QT corregido límite. Se sospecha cardiotoxicidad por quimioterapia y se realiza ecocardiograma transtorácico que no mostró alteraciones y se concluyó bradicardia secundaria al uso de aprepitant y en un Holter de 24 horas de forma externa se diagnosticó Síndrome de Wolf Parkinson White. Se administran seis ciclos de quimioterapia sin complicaciones. Se realiza PET CT de control que mostró respuesta del 60-70%. Se realiza nueva biopsia vaginal que no mostró presencia de linfoma.

#### **0683 Mielotoxicidad por fármacos. Pancitopenia abordaje diagnóstico**

*Flores D0, Flores C1*  
0.IMSS, Hospital General de Zona 32; 1.SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

**Introducción:** Las citopenias pueden ser complicaciones frecuentes y graves de las enfermedades, especialmente de

las autoinmunes, que pueden ser derivadas de la actividad de la enfermedad ó la toxicidad farmacológica. Puede haber una gran cantidad de causas de pancitopenias por lo que se requiere un abordaje multidisciplinario. **Objetivo:** Dar a conocer mielotoxicidad por fármacos y abordaje diagnóstico de pancitopenia. **Material y métodos:** Reporte de caso. Femenino de 61 años, antecedentes; Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, hipotiroidismo hace 20 años, artritis reumatoide diagnosticada a los 60 años de edad en tratamiento con metotrexato en esquema de 3 semanas: 1ra semana 3 días continuos 2.5mg, 2da semana 5mg 2 días continuos y 2.5mg 1 día y 3ra semana 5mg tres días seguidos. Motivo de atención; cuadro de 2 semanas de evolución con astenia y adinamia, disnea de grandes esfuerzos, edema facial y en labios, gingivorragia, odinofagia y disfagia a líquidos, palidez tegumentaria. Exploración física; Palidez de piel y tegumentos, eutérmica, quejumbrosa, con costras hemáticas en mucosa oral y labios. Laboratorio; Hb 4.8, leucos 600, plaquetas 30,000. Factor reumatoide 32, anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado 20, perfil TORCH, panel viral VHB y VHC, Elisa HIV negativos, antinucleares homogéneo 1:1280, anti DNA 42.5, anti Ro, La y anti Sm negativos. USG hepatoesplénico

normal. **Discusión:** El metotrexato sigue siendo la piedra angular del tratamiento de la artritis reumatoide, como todo fármaco no está exento de efectos secundarios, el diagnóstico preciso, dosificación adecuada son esenciales para disminuir la toxicidad. El uso de metotrexato está basado en mecanismo del ácido fólico, la suplementación adecuada de ácido fólico es importante para evitar riesgo de toxicidad. Si bien la eficacia y seguridad es dosis dependiente. Se recomiendan dosis única semanal promedio de 12.5mg-20mg, con monitorización de transaminasas, función renal, biometría hemática, cada 4 a 12 semanas promedio de acuerdo a comorbilidades. La pancitopenia asociada a uso de metotrexato es de 1-2%, siendo factores de riesgo como; enfermedad renal, edad avanzada, falta de suplementación con folatos, interacciones medicamentosas (TMP/SMX), error en la dosificación, hipoalbuminemia, ingesta de alcohol abundante, infección agregada. **Conclusiones:** Conocer los mecanismos patogénicos implicados en las enfermedades y los efectos adversos de las terapias utilizadas es primordial en el control adecuado de las mismas. **Bibliografía:** 1. Molina Tornero J et al. *Reumatol Clin.* 2015;11(1):3-8. 2. Hepburn A, Narat S, Mason J. *Rheumatology* 2010; 2243-2254. 3. Ranganath VK. *Rheum Dis Clin N Am.*2007;33:197-217.

### 0686 Desarrollo de anemia nosocomial y su relacion con la solicitud de exámenes de laboratorio en la sala de medicina interna en un hospital de tercer nivel

Ramírez M, Galarza D, Hawing J, Gallegos D, Salazar C  
Universitario, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL.

**Introducción:** Actualmente contamos con una amplia disponibilidad de estudios de laboratorio, que nos permite hacer la práctica médica cada vez más objetiva y confiable. El uso indiscriminado de pruebas de laboratorio se ha señalado como causa de desarrollo de anemia nosocomial. Empero, existen pocos estudios que consideren esto como factor importante para desarrollar anemia. **Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo con período de tiempo comprendido entre enero-octubre-2012 incluyendo pacientes ingresados en la sala de medicina interna cuya hemoglobina al ingreso sea normal, así como excluyendo aquellas patologías de base que se relacionen a hemorragia activa. El objetivo es encontrar la estadística general en base a variables clínicas y paraclínicas de aquellos pacientes que desarrollan anemia. **Resultados:** Se incluyeron un total de 73 pacientes femeninos y 50 masculinos. Del total, solo el



26% de los pacientes desarrollaron anemia durante su internamiento. En el análisis bivariado, se observó asociación entre el género femenino y el desarrollo de anemia al final del internamiento ( $p=0.013$ ). No encontramos diferencias en cuanto a patologías crónico-degenerativas como factor para el desarrollo de anemia. Notamos que el 61.8% de los pacientes que desarrollaron anemia estuvieron más de 1 semana internados ( $p=0.001$ ). Se calculó el volumen de sangre total extraído durante el internamiento, teniendo una media de 52 mL (+ 31.89) con un promedio de estancia de 8.6 días (+ 6.5 sin embargo, contrario a la lógica natural se asoció el desarrollo de anemia intrahospitalaria con aquellos individuos a quienes se les extrajo < 100 mL durante su estancia ( $p=0.002$ ). Por otra parte, la química sanguínea, como estudio de laboratorio independiente, produjo el 41.9% del volumen sanguíneo total extraído en nuestra cohorte estudiada, seguida por la biometría hemática (25%) y los electrolitos séricos (20.4%).

**Conclusiones:** El desarrollo de anemia nosocomial no puede ser sólo atribuido a la toma de muestras y más bien parece ser multifactorial. No obstante, sí debe ser considerado sobre todo en pacientes con estancias prolongadas. Por lo anterior, el uso adecuado de los estudios de laboratorio se presenta como deseable, en vísperas de infor-

mación más sólida que pueda descartar su implicación en el desarrollo de anemia.

#### **0689 Manifestaciones clínicas de anemia perniciosa; reto diagnóstico**

*Villanueva E, Segovia M, García R*

PEMEX, Hospital Regional de Petróleos Mexicanos de Ciudad Madero, Tamaulipas.

**Introducción:** La anemia megaloblástica por carencia de vitamina B12 secundaria a la falta de proteína de la mucosa gástrica (factor intrínseco FI), se le conoce como Anemia Perniciosa (AP). **Objetivo:** Mostrar que la AP no solo es un diagnóstico bioquímico, cuenta con una amplia variedad de manifestaciones clínicas que el diagnóstico se convierte en un reto. Femenino de 47 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica y melasma de 2 años de diagnóstico. Inicia su padecimiento en el año 2011 con hiperpigmentación en región malar, perioral y periungueal de manos y pies. En septiembre de 2014 inicia con parestesias e hipoestesia en ambos pies con evolución ascendente hasta nivel abdominal y dedos de las manos, seguido de inestabilidad postural, marcha atáxica y debilidad a la deambulación. A la exploración con signos vitales estables y afebril, manchas hipercrómicas en región malar; fuerza de extremidades inferiores 4/5 y

superiores 5/5; nivel sensitivo en T7; hiperreflexia global; inestabilidad postural; marcha atáxica; Romberg presente. Laboratorio: leucocitos 3100, neutrófilos 1300, hemoglobina 9.8, hematocrito 28.9, VCM 111, HCM 37.9, ADE 24.6, plaquetas 166 000, DHL 5128, bilirrubina total 2.2, indirecta 1.6. Resonancia magnética encefálica con lesiones hiperintensas puntiformes subcorticales, cervical con hiperintensidad en cordones posteriores, torácica con lesión ocupante T2, no en flair y sin reforzamiento. Punción lumbar con inmunológicos, cultivo y citológico negativo. Por sospecha clínica y bioquímica se inició prueba terapéutica con folinato cálcico y tiaminal con mejoría clínica y de hiperpigmentación. Los anticuerpos antifactor intrínseco y anticelulas parietales positivos. Endoscopia: gastritis folicular con atrofia leve-moderada y metaplasia intestinal incompleta. Último control bioquímico con hemoglobina 12.2, VCM 86.2. **Conclusión:** Dentro de las manifestaciones de anemia perniciosa podemos encontrar hiperpigmentación acral, degeneración subaguda de medula espinal con afección cordonal posterior, lesión ocupante de espacio intradural-extramedular dorsal. Los anticuerpos antiFI tienen una sensibilidad de 50-70% y especificidad cercana al 100%. Es importante realizar un abordaje completo y temprano a todos los pacientes, ya que el pronóstico y mejoría de los

síntomas dependerá del retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento.

**0691 Linfoma primario de bazo en un paciente con Artritis Reumatoide. Presentación de un caso**

*Silva C, Aranda A, Aguirre & la-cute, Amador L, Ojeda J, Paz J* SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

**Antecedentes:** El linfoma primario de bazo (LPB) es una neoplasia poco común, que se presenta en 1% de los linfomas no Hodgkin (LNH). Se ha encontrado incidentalmente en pacientes en abordaje con esplenomegalia asintomática por ultrasonido abdominal, así como en pacientes que han presentado diferentes comorbilidades, como artritis reumatoide (AR), cirrosis hepática secundaria a Virus de Hepatitis C (VHC) o alcoholismo. La literatura reporta 32 casos de LPB en un estudio aislado, sin embargo no se cuenta con datos precisos. En 2011 se establecieron criterios diagnósticos dentro de los cuales se incluyen involucro o presencia de células neoplásicas en bazo, que pudiera estar extendido a médula ósea, hígado, sangre periférica, en ausencia de infiltración a ganglios linfáticos. **Objetivo de estudio:** Presentar el caso de un paciente con AR que fue diagnosticado en nuestro servicio con LNH primario de bazo. **Caso clínico**

: Masculino de 57 años de edad originario y residente de Salvatierra Guanajuato, campesino, analfabeta. Antecedente de AR diagnosticada hace 4 años en tratamiento actual con metotrexate, azulfidina y cloroquina. Inicia padecimiento actual 6 semanas previas a ingreso al HRAEB con cuadro de fiebre vespertina no cuantificada, sudoración nocturna, pérdida involuntaria de 5Kg y aumento de volumen abdominal. A la exploración física sin datos de enfermedad reumatológica activa, no sinovitis, arcos de movilidad conservados, no se palpan adenomegalias cervicales, axilares, inguinales, destaca esplenomegalia a 8cm de borde costal. Ante estos hallazgos se solicitan paraclínicos; hemoglobina 10.2 g/dl, hematocrito 27.5, Volumen globular medio 108.7, Concentración media de hemoglobina corpuscular 35.6, Deshidrogenasa láctica 1617 U/L y Beta2 microglobulina 6274. Se realiza tomografía axial computada de cuello, tórax y abdomen donde destaca esplenomegalia y bazo con presencia de lesiones heterogéneas, no hay adenomegalias. Se solicita además Aspirado de Médula ósea (AMO) el cual se encuentra sin infiltración, médula reactiva. Se decide llevar a esplenectomía abierta y toma de biopsia de hígado, enviándose pieza a patología, reportando LNH de células grandes con inmunofenotipo B (LNHCGB). Por

inmunohistoquímica CD20 positivo en células neoplásicas, CD3 positivo en linfocitos T reactivos residuales, Ki67 índice de proliferación del 80%. Biopsia hepática con infiltración linfoide atípica consistente con LNHCGB.

**0692 Análisis del apego a las recomendaciones de la European Leukemia Net para la monitorización de la respuesta citogenética de los pacientes con LMC-FC tratados con imatinib como primera línea en el INCMNSZ**

*Hernández C, Bourlon C, Vargas C, Bourlon M, Tuna E, Gutiérrez-Cirlos C, Aguayo Á* SSA, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

**Antecedentes:** La leucemia mieloide crónica (LMC) es causada por una translocación recíproca t(9;22) que produce un gen oncogénico BCR/ABL; puede detectarse mediante Bandeado G (Cg-ABC), u otras técnicas como hibridación por fluorescencia in situ (FISH). Se han identificado factores de riesgo para falla el tratamiento con Imatinib (IM), entre los que destaca no conseguir respuesta citogenética (RCg) temprana. Las tasas reportadas de seguimiento citogenético (Cg) acorde a las recomendaciones de la European Leukemia Net (ELN) en población latinoamericana son menores al 50% a los 3, 6 y 12 meses, la Cg-ABC el





método más usado. **Objetivo:** Determinar la tasa de apego a las recomendaciones de la ELN para la monitorización citogenética de pacientes con LMC-FC, así como el uso y éxito de Cg-ABC y FISH y la correlación entre estas pruebas.

**Material y método.** Estudio retrospectivo de la cohorte de pacientes con LMC-FC del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), se seleccionaron pacientes mayores de 18 años, que recibieran IM 400mg/día como primera línea y al menos 18 meses de seguimiento, se obtuvieron datos demográficos, clínicos y estudios citogenéticos (Cg) del expediente, analizando medidas de tendencia central y se calculó correlación de Pearson entre Cg-ABC y FISH.

**Resultados:** Se incluyeron 63 pacientes, media de edad de 37 años. La tasa de seguimiento Cg fue de 50, 92, 93 y 84% a los 3, 6, 12 y 18 meses. En 70 y 78% de los pacientes se solicitó Cg-ABC y FISH respectivamente, la Cg-ABC fue óptima en 48%, y la FISH en 98%. El coeficiente de correlación de Pearson entre ambas fue de 0.84. **Conclusiones:** Primer descripción del tema en una cohorte de un centro de tercer nivel en México, las características demográficas y clínicas fueron similares a las reportadas. Las tasas de apego al seguimiento Cg acorde a la ELN fueron superiores a las reportadas en países

de Latinoamérica, lo que tiene impacto en el reconocimiento de pacientes que no logran RCg temprana y con ello, en riesgo de falla a tratamiento, lo que permite modificar su manejo de forma temprana. Hubo mayor uso y eficiencia de la técnica de FISH sobre la Cg-ABC, además, se encontró buena correlación entre ambas pruebas, lo que abre opción a considerar la FISH como alternativa para el monitoreo Cg de los pacientes en zonas donde la tasa de éxito de Cg-ABC sea baja.

#### **0699 Morbilidad y cuidados paliativos en pacientes con mieloptisis**

Vargas C

SSA, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

**Antecedentes:** El desarrollo de mieloptisis está asociado a una pobre supervivencia. La principal fuente de datos al respecto proviene de pequeñas series de casos con escasa información. La morbilidad, así como el papel de los cuidados paliativos en este grupo de pacientes no están bien definidos. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico histopatológico de mieloptisis en el lapso de 1998 a 2014 en un centro de tercer nivel de atención en la ciudad de México. Se recolectaron datos clínicos y paraclínicos respecto a la presentación, evolución

y desenlaces de los pacientes.

**Resultados** Se incluyeron 63 pacientes. La edad promedio fue de 59 años, 56% fueron hombres y el 73% tenían un ECOG > 2. Los sitios de tumor primario fueron: próstata (24%), gástrico (21%), mama (19%), primario desconocido (19%) y otros (17%). El diagnóstico de mieloptisis y del cáncer primario se establecieron al mismo tiempo en 62% de los casos. Se encontraron metástasis óseas en 84% y metástasis viscerales en 65% de los casos. Un 83% de pacientes se presentó con anemia (Hb media 8.7 + 2.29g/dl), en 63% hubo trombocitopenia (media plaquetas 71+115.7x10<sup>9</sup>/L), neutropenia en 6% (media leucocitos 6.9+4.62x10<sup>3</sup>/L) y en 72% se demostró reacción leucoeritroblástica. Se administró quimioterapia paliativa al 59% de los pacientes, el 52% fueron remitidos a la clínica de cuidados paliativos. El tiempo medio de referencia fue de 13 días (rango 1-746) y la mayoría de los pacientes fue visto una sola vez [número medio de visitas 1 (rango 1-19)]. Los síntomas más frecuentes en las consultas fueron dolor óseo en 71%, síndrome anémico en 49%, infecciones en 42%. Las principales intervenciones fueron analgesia en 61%, soporte transfusional en 67% y control de disnea en 5%. El 41% de los pacientes requirió acudir al servicio de urgencias por lo menos una

vez. La media de supervivencia al diagnóstico oncológico fue de 4 meses (IC 95% 0-8.4) y solo 1 mes al diagnóstico de mieloptisis (IC 95% 0-2.1). Las principales causas de muerte fueron sepsis (32%), sangrado (19%) y anemia con repercusión hemodinámica (8%). **Conclusiones:** La mieloptisis tiene un mal pronóstico y se asocia a una mala calidad de vida. La implementación de medidas de soporte de manera temprana que incluyan apoyo transfusional, control del dolor y profilaxis de infecciones son de gran importancia. Un objetivo dirigido a proporcionar cuidados paliativos de manera temprana debería ser prioridad en este grupo de pacientes.

**0705 Varicela zóster atípica complicada como primera manifestación de leucemia mielóide crónica**

*Ku A, Hernandez G, Garcia S, Solis S, Gama U, Vazquez S, Arrieta M, Sinco A, Lopez M SSA, Hospital General de Pachuca.*

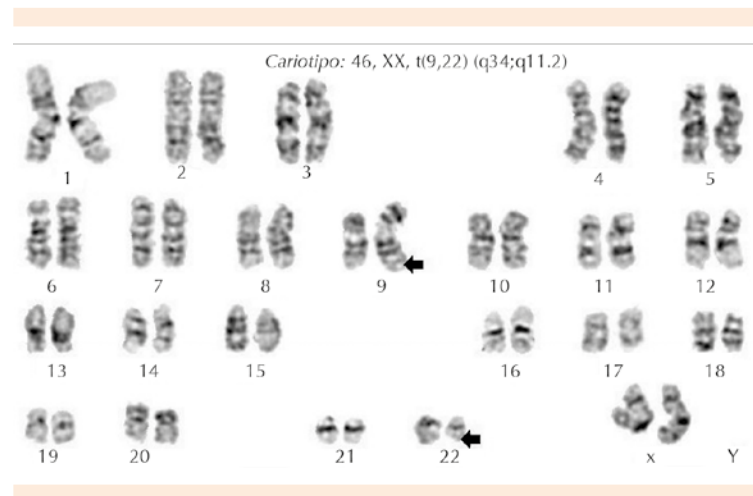
**Introducción** LMC trastorno mieloproliferativo, se caracteriza por la translocación del cromosoma 9:22 (cromosoma Ph) que resulta en un gen de fusión BCR-ABL, que codifica una proteína (p210) con función de tirosinasa no controlada. CASO Mujer 21 años con dermatosis generalizada con vesículas, tx con aciclovir, datos SIRA, ameritó AMV y

terapia con Ig. BH inicial 92 mil leucocitos totales con 78% de neutrófilos, resto normal, AMO reportó reacción leucemoide sin blastos. Bx de MO reportó Ph (+). **Discusión:** El cromosoma Ph (+) en 95% de los pacientes. Incidencia de 1-2 casos/100 000 habitantes/año, 15% de todas las leucemias, edad media de Dx 53-55 años. El 85% de los pacientes son Dx en la fase crónica, menos frecuente con infecciones; ella debutó con varicela atípica complicada por neumonía, leucocitosis se pensó en reacción leucemoide únicamente. Dx es por confirmación de Ph+ análisis citogenético en MO. Tx trasplante alogénico e Imatinib en fase crónica, supervivencia 88% a 6 años.

**0715 Linfoma Burkitt abdominal con compresión extrínseca grave en un hombre de 18 años**

*Amaro N, Avilés M, Zapata R SSA, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga*

**Antecedentes:** El linfoma de Burkitt es una neoplasia que rara vez afecta a los adultos. Se describen tres variantes clínicas siendo la forma esporádica poco frecuente, representando menos del 1% de los Linfomas no Hodgkin en adultos o de 2 a 3 casos por millón de personas por año **Descripción del caso:** Masculino de 18 años de edad que inicia con pérdida de 10 kg de peso en un año acompañado de constipación y tumoración en fosa iliaca derecha de 4x4 cm. Nota un rápido aumento de volumen del tumor y dolor moderado en hemiabdomen inferior. Ingres a Medicina Interna donde se integra los diagnósticos de síndrome consuntivo, obstrucción intestinal distal y linfedema de miembros inferiores. Físicamente con tumoración abdominal de 20 cm de diámetro, indurada, en flanco derecho, mesogastrio, fosa iliaca derecha e hipogastrio. Dado el crecimiento rápido del



tumor, se exacerbó la constipación, y cursó con compresión extrínseca de ambos ureteros y grandes vasos en abdomen. Clínicamente no es posible determinar dependencia del tumor a algún órgano. Cursa con lesión renal aguda AKIN III e hiperazoemia urea de 83.7 mg/dl Creatinina 4.7 mg/dl. Se inicia abordaje para descartar lesión neoplásica abdominal mediante la realización de tomografía, la cual reporta tumor en peritoneo sin distinción de planos con la vejiga y próstata sugerentes de crecimientos ganglionares e infiltración intestinal. Paraclínicos: Leucocitosis de  $47.3 \times 10^3$ , linfocitos totales de  $0.78 \times 10^3$ , neutrófilos totales de  $44.48 \times 10^3$ , ácido úrico de 9.5 mg/dl y DHL 963 U/l, B2 microglobulina 5.57, Antígeno CA-125 de 373. Biopsia de ganglio compatible con linfoma de Burkitt Cd20+; Cd 10+; bcl-6 +; ki67+ (90% CD68 +; citopatológico con 17500 células, linfocitos 75% DHL 2287 U/L. Se coloca catéter doble J para manejo de hidronefrosis. Se traslada a Oncología para inicio de quimioterapia, presentando aplasia medular secundaria y fallece por sepsis grave por foco urinario. **Conclusión:** El LB es un tipo raro de LNH que se caracteriza por un rápido crecimiento ganglionar que puede manifestarse en distintas partes del cuerpo. En el presente caso se muestra una presentación poco común a nivel abdominal manifestándose con constipa-

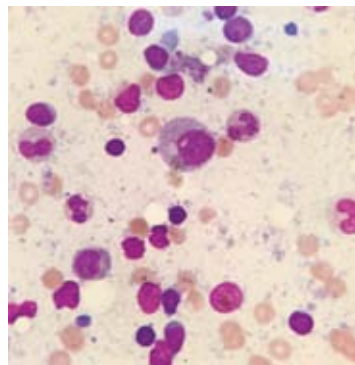
ción e hidronefrosis. Su rápido crecimiento orientó el abordaje diagnóstico, sin embargo, su baja frecuencia hace difícil su sospecha hasta evidenciar el tumor.

**0721 Aplasia pura de serie roja secundaria a infección por parvovirus B19 en asociación con cirrosis biliar primaria; reporte de un caso**

Ruiz S

SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

Mujer de 38 años, alcoholismo crónico. En mayo de 2015 presentó ictericia, prurito generalizado y coluria; rectorragia. Astenia, adinamia, hiporexia, disnea de medianos y pequeños esfuerzos. A la exploración física obesidad, ictericia y esplenomegalia. Presento hipoalbuminemia, hiperbilirrubinemia directa, prolongación de tiempos de coagulación. Anemia normocítica arregenerativa, hemoglobina inicial de 5.9 g/dL, se clasifico como



insuficiencia hepática crónica Child Pugh B, se determinaron anticuerpos antinucleares positivos inicio tratamiento con azatioprina 50 mg diarios y prednisona 20 mg en dosis reducción, requirió apoyo transfusional de 9 concentrados eritrocitarios por anemia refractaria se realizó amoclonuyendo en aplasia pura de serie roja, Igm para parvovirus B19 positivo, inicio tratamiento con prednisona 75mg cada 24 horas pobre respuesta a esteroide, se administró inmunoglobulina G no modificada con mejoría de la anemia.

**0722 A propósito de un caso de linfoma no Hodgkin de la zona gris**

Escobar O, Gil I, Sanchez A  
IMSS, Hospital General Regional No. 25.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, así como el abordaje diagnóstico del caso clínico de un paciente con linfoma de alto grado de malignidad de la zona gris. **Descripción del caso:** Enfermo de 42 años, residente del Estado de México, chofer de trailer, fumador con índice tabáquico: 42, no exposición a drogas o cancerígenos, Inicia su padecimiento 2 semanas previas a su ingreso con disnea de esfuerzo progresiva, fiebre no cuantificada, diaforesis nocturna y pérdida de peso de 12 kilos en 1 mes. Ingresó con TA: 90/60 mmHg, FC 120 lpm, FR: 20 X', ECOG: III,

Karnosky: 50%, sin datos neurológicos, palidez tegumentaria severa, taquicardia sinusal, con soplo sistólico multifocal. Estudios: Hb 4.2mg/dL, leucocitos 3800, plaquetas 108000, VIH negativo, funcionamiento hepático, coagulación y electrolitos normales, se maneja con transfusiones. TAC de 4 regiones con actividad ganglionar en cuello, y masa voluminosa en mediastino, actividad tumoral en hígado, el aspirado de medula ósea y la biopsia de hueso con infiltración, el reporte de patología de ganglio cervical con linfoma no Hodgkin de la zona gris con inmunohistoquímica CD20+, CD30+, CD45+, Cd79a+, CD15-, CD10-, BOB1+, PLM1+, MUM1+ (50%). el estadio clínico es IVBx. Tratado con R-EPOCH cada 21 días por 6 ciclos con enfermedad estable documentada por PET-CT y aspirado de medula ósea al termino de la quimioterapia. **Comentario:** En la clasificación de la WHO del 2008 para neoplasia mieloides y linfoides se incluye el linfoma no Hodgkin borderline o de la zona gris (características intermedias entre linfoma no Hodgkin y linfoma Hodgkin) debido a que no se había considerado como linfoma borderline, esta enfermedad estaba sub-diagnosticada, su incidencia aumentado debido a los diagnósticos histopatología y a los métodos diagnostico actuales (moleculares). **Conclusión:** El pronóstico y la supervivencia

es pobre, debido a que se debe tratar ambas histologías, esto dificulta el éxito del tratamiento y las tasa de respuesta son bajas, hasta ahora no existe un esquema de quimioterapia de elección, sin embargo los pacientes que son tratados con EPOCH o CHOEP tienen tasas de supervivencia libre de enfermedad entre 50-70% a 5 años. Nuestro paciente se encuentra en remisión, fue enviado a radioterapia por enfermedad voluminosa mediastinal.

**0731 Linfoma primario de sistema nervioso central en paciente inmunocompetente. Reporte de un caso**

*Ovando D, Pérez R, Valero G*  
SSA, Hospital Juárez de México.

El linfoma primario de sistema nervioso central es una variante poco común del linfoma no Hodgkin extranodal que involucra al cerebro, leptomeninges, retina o medula espinal, sin evidencia de afección sistémica. Representa el 4% de los tumores primarios de sistema nervioso central de recién diagnóstico. La edad promedio de presentación en pacientes inmunocompetentes es de 50 años, y afecta por igual a hombres y mujeres. El factor de riesgo más relacionado es la inmunodeficiencia, como infección por VIH, inmunodeficiencia adquirida o congénita como el síndrome de Wiskott-Aldrich y enfermedad linfoproliferativa ligada a X. En pacientes

con inmunocompetencia se han asociado enfermedades de vías aéreas superiores o gastrointestinales en un 15%. Enfermedades autoinmunes como artritis reumatoide, LES, vasculitis y pacientes postrasplantados, pueden predisponer a presentar la enfermedad. Masculino de 36 años de edad, quien cuenta como único antecedente previo, diagnóstico dislipidemia de 6 meses de diagnóstico bajo tratamiento médico. Su padecimiento actual lo inicia hace 1 año con síntomas neurológicos caracterizados por pérdida de la fuerza en hemicuerpo izquierdo, de predominio en la musculatura distal, asociado a cefalalgia frontal intermitente. Es abordado por el servicio de neurocirugía por presentar imagen tomográfica con hipodensidad heterogénea a nivel frontoparietal derecha y ganglio de la base ipsilateral, sugerente de malignidad. Se realiza cirugía estereotáctica para toma de biopsia, complicándose con cráneo hipertensivo y posterior trepanación descompresiva. El reporte de patología con evidencia de un linfoma difuso de células grandes B de alto grado CD20+. Se ingresa a cargo del servicio de hematología para inicio de quimioterapia. Durante su estancia se aborda la presencia de alguna inmunodeficiencia o factor de riesgo asociado, sin evidenciar alguno, al menos registrado en la literatura. La rareza de la



enfermedad y su relación en la mayoría de los casos a estados de inmunodeficiencia, retrasan el diagnóstico y el tratamiento de forma oportuna, debido a la baja sospecha. Los factores de riesgo que se han reportado en pacientes inmunocompetentes, no son concisos para sospechar y considerar en el abordaje diagnóstico en pacientes con el cuadro clínico característico de la enfermedad.

**0732 Lesión renal aguda por pigmentos en anemia hemolítica inmune en el embarazo. Reporte de un caso**

*Escobar O, Gil I, Sanchez A*  
IMSS, Hospital General Regional No. 25.

**Objetivo:** Describir las características clínicas de la AHAI en el embarazo, así como su abordaje diagnóstico. **Descripción del caso:** Enferma de 19 años de edad, originaria y residente del Estado de México, sin exposición a sustancias tóxicas o cancerígenas, transfusiones en 2010, 2013 en embarazo previo y por síndrome anémico, niega pérdidas gestacionales. Primi-gesta con embarazo de término y sin trabajo de parto, refiere cansancio y malestar general además de coluria, hematuria e ictericia niega fiebre u otros síntomas. escleral +++ y palidez mucotegumentaria moderada, disnea de grandes esfuerzos. Signos vitales normales, sin datos neurológicos, ruidos cardiacos rítmicos con taqui-

cardia sinusal, sin soplos, ruidos respiratorios sin alteraciones, abdomen sin visceromegalias, extremidades inferiores con edema godete +. Estudios: Hb 6.2, Htc: 20.4, VGM: 100.9, HCM: 42, leucocitos 7900, plaquetas 166000, reticulocitopenia de 17%, ADAMS-13 normal, haptoglobinas bajas, con hemoglobinuria, FSP: población eritroide dismórfica, no esquistocitos, BUN 39, Crea 2.2 bilirrubina total 2.85, indirecta 2.41, TGO 362, TGP: 50, DHL 5406, coagulación y electrolitos normales. prueba de coombs directo positivo IgG y C3d, se descarto CID, síndrome de hellp, citometría reflujo para hemoglobinuria paroxística nocturna negativa. Se inicio tratamiento con Metilprednisolona 1g cada 24h por 3 dosis, y mantenimiento con prednisona a 1mg/kg/día en esquema reductivo, con disminución de la reticulocitopenia y la DHL, aumento de la hemoglobina y disminución de la hiperbilirrubinemia. **Comentario:** Paciente con anemia macrocítica e índices de hemólisis, coombs directo positivo poli específico, anticuerpos irregulares negativos, se descartaron causas de infecciosas después de 12 semanas se reportó anticuerpos positivos para LES, se descartaron causas de microangiopática. **Conclusión:** Las causas inmunológicas como LES se asocian en un 15-20% en embarazadas, sin embargo la asociación de AHAI en el

embarazo como causa de LES tiene una incidencia de 0.5-1/100000 habitantes en América Latina, la AHAI se evidencio con LRA por pigmentos de hemosiderina, tratada con hidratación y medicación con esteroides.

**0739 Trombofilia familiar, deficiencia de antitrombina III. Detección de dos casos con tromboembolia pulmonar**

*Copca D, Teran J, Mijangos F, Rangel F, Gonzaga T*  
PEMEX, Hospital Central Norte.

**Introducción:** La antitrombina III (AT III) es una glucoproteína que inhibe trombina y factores Xa, IXa y VIIa. La deficiencia hereditaria de AT III es rara (1:10000), siendo la adquirida más frecuente. La transmisión es autosómica dominante y existen dos tipos: I cuantitativa y II cualitativa. Los eventos trombóticos inician en la tercera década, afectando más frecuentemente el sistema venoso. **Descripción del caso:** Paciente 1: Antecedentes familiares: bisabuela, abuelo y tía paternos con trombosis venosa profunda (TVP), padre con tromboembolia pulmonar a los 25 años. Mujer de 19 años, ingesta de anticonceptivos orales, hizo un viaje en avión de 4 horas. Ingresó 4 días después con disnea y taquicardia, se diagnosticó por angiotomografía tromboembolia pulmonar (TEP) segmentaria derecha y parcial en rama izquierda trombolizada con tenecteplase.

Complicada con cor pulmonale agudo e infarto pulmonar. Al 4° día presenta TVP de iliaca y femoral izquierdas. Se documenta AT III 40.60%. Inicia acenocumarina 7 mg semanales. Paciente 2: hermana de 22 años, antecedente de tabaquismo pasivo, vitíligo, obesidad exógena grado II. Esguince de tobillo izquierdo a los 18 años, 3 meses después presentó trombosis venosa profunda ileofemoral izquierda. A los 20 años cuadro de tromboflebitis, inicia ácido acetilsalicílico. Se presenta una semana después que la hermana e ingresa a unidad coronaria por dolor en cara interna de pierna izquierda y disnea súbita, se documenta tromboflebitis aguda de safena interna por ultrasonido Doppler y TEP en vasos subsegmentarios anteroapicales derechos por angiotomografía. Se proporcionó tratamiento con enoxaparina y rivaroxaban. 2 semanas después reingresa por nuevo evento de TEP en ramas segmentarias. Se inicia acenocumarina 9 mg semanales. AT III 57.4% (80-120), proteína S 73% (60-140), proteína C 132% (60-140). **Comentarios y conclusiones:** La deficiencia de AT III representa 2-4% de los episodios trombóticos en menores de 50 años. Los pacientes con historia familiar de trombosis tienen una alta probabilidad de presentar un estado trombofílico hereditario, como en el caso de nuestras pacientes. Es importante sospechar y re-

conocer dicha entidad para iniciar tratamiento y prevención de factores desencadenantes de eventos trombóticos como obesidad, dislipidemia, inmovilización, cirugías, y así evitar eventos que pongan en riesgo la vida.

#### **0740 Linfoma linfoblástico T presentación mediastinal; revisión de literatura y caso clínico**

*Espinosa J, Liceaga G, Ramos M*  
IMSS, Hospital General Regional No. 1 Dr. Carlos Macgregor Sanchez Navarro.

El linfoma Linfoblástico T consiste en 1-2% de los linfomas no Hodgkin, con inmunofenotipo T en un 90%, predominantemente en adolescentes y adultos jóvenes, la presentación en masa mediastinal condicionando falla cardiaca y taponamiento cardiaco es excepcional, particularmente en nuestra población. Se trata de paciente femenina de 18 años de edad, Antecedentes de Importancia: Niega enfermedades crónicas degenerativas, consumo de medicamentos, anabólicos o suplementos alimenticios. Tos seca crónica, ocasional, de un año de evolución, niega asma o uso de broncodilatadores. Alergias negadas. Inicia su padecimiento actual hace 20 días con presencia de dolor tipo cólico abdominal, difuso, asociado a náusea, se administró analgésicos con remisión parcial del dolor. Se agrega dolor ocular leve, epifora y

enrojecimiento conjuntival con edema palpebral en ojo izquierdo transitorio, remitió a los 7 días tras tratamiento local no especificado. Posteriormente con presencia de dolor costal izquierdo, hace 15 días aproximadamente, de tipo punzante, con disnea a medianos esfuerzos progresiva hasta pequeños esfuerzos que evolucionó a la ortopnea, y episodios de disnea paroxística nocturna, edema depresible en extremidades inferiores hasta región pretibial, con ataque al estado general caracterizado por astenia, motivo por el que acude a urgencias. A su ingreso se encuentra con taquicardia, hipoxemia, diaforesis, ingurgitación yugular en grado II, ruidos cardiacos inaudibles, pulso paradójico, submatidez a la percusión en la misma región, se palpa hepatomegalia sobresale por 2cm por debajo de borde costal derecho, Extremidades inferiores edema pretibial 2+ Godette positivo. Se realiza Radiografía de torax con cardiomegalia grado IV, rastreo Ecocardiografico encontrando derrame pericárdico global con separación de hojas de 27mm y variabilidad de >40%, puncion guiada y extraccionde 837ml. Se identifica por USG doppler masa mediastinal la cual es susceptible a biosia, cuyo inmunofenotipo reporta marcadores CD3+ CD99+ TdT+, estableciéndose como Linfoma linfoblástico T. El Linfoma linfoblástico T se considera de alto grado según The Wor-



king Formulation, Consiste en una neoplasia de células T inmaduras tímicas en varios estadios de diferenciación.

**0750 Hemofilia A adquirida en una paciente de 79 años que se presenta con hematoma cervical disecante**

*López J, Murrieta E*

Privado, Centro Médico ABC-servicio Medicina Interna.

**Introducción:** La hemofilia A adquirida es una enfermedad hemorrágica rara caracterizada por la presencia de anticuerpos contra el Factor VIII. Presentamos un caso clínico de una mujer de 79 años con hematoma cervical disecante **Caso clínico:** Mujer de 79 años, antecedentes médicos de HAS en tratamiento con Amlodipino. Nodulo tiroideo benigno corroborado por biopsia. Inicio su padecimiento actual 2 meses previos a su ingreso con la aparición de hematoma en brazo derecho que se autolimitó sin manejo médico. Posteriormente presentó hematomas en ambos miembros pélvicos de predominio derecho que condicionó limitación en los movimientos del mismo, acudió con facultativo quien atribuyó el cuadro al uso de aspirina la cual se suspendió. Una semana previa al ingreso presentó dolor retroesternal asociado a la ingesta de alimentos así como disfagia, se realizó gastroscopía donde se documentó hematoma en unión-gastroesofágica, 3 días

previos a su ingreso presenta hematoma extenso en paladar blando y sublingual asociado a odinofagia y disnea. Durante su hospitalización: Laboratorios de ingreso: BH Hb 10, Hto 31 leucocitos 6.2, plaquetas 313 mil. Reticulocitos 6.5% IR 3%, coagulograma TTPa 51, TT 17 plasminógeno 140, fibrinógeno 450, perfil de hierro, QS, ES PFH normales. TAC cuello/tórax: Aumento de volumen en región cervical, orofaringe, piso de la boca compatible con hematoma que diseca además pilar posterior derecho. Debido a los hallazgos bioquímicos se inició corrección con administración de PFC, crioprecipitados y concentrados de protrombrina humana obteniendo como respuesta inicial NO corrección del TTPa. Se solicitaron niveles de factores de coagulación documentando 10% de actividad del Factor VIII, actividad del FvW normal, F XII, FXI, FIX normales. ANAs, antiDNAs, antiSAF, marcadores tumorales negativos. Debido a la pobre respuesta al tx. previamente mencionado, se iniciaron 6 ciclos de Rituximab con adecuada respuesta. Actualmente la paciente asintomática. **Conclusion:** La hemofilia A adquirida es una enfermedad hemorrágica rara, debido al grupo de edad, a la presencia de inhibidores del FVIII así como respuesta al Rituximab no se excluye presencia de autoinmunidad aunque los Acs de las principales entidades hayan sido descartadas.

**0757 Micosis fungoides transformada. Presentación inicial como linfoma cutáneo no Hodgking de células T grandes con expresión aberrante de CD20: presentación de un caso**

*Fernández P, Meza P, Regalado A*

IMSS, Centro Medico Nacional del Bajío. UMAET1.

La micosis fungoides es el tipo más común de linfoma de células T cutáneo primario clínicamente caracterizado por lesiones dérmicas inespecíficas y de curso variable con progresión ulterior hacia la formación de parches y placas e incluso francas tumoraciones. Se tienen pocos datos acerca de su incidencia real, la cual según los reportes internacionales se calcula entre 0.3 – 1 de casos por cada 100,000 habitantes, además de ser una patología cuyo comportamiento histológico errático provoca frecuentemente confusión diagnóstica y por ende retraso e incluso fallo terapéutico. En mayoría de los casos la MF tiene un curso indolente, sin embargo en el subtipo transformado (4 – 10% de los casos) comúnmente se reporta evolución tórpida con desarrollo de dermatosis generalizada e incluso diseminación extracutánea, con una media de supervivencia que va desde los 25 hasta un máximo de 100 meses según las diferentes series. La agresividad de la enfermedad se ha correlacionado con la presencia

de algunos marcadores tanto clínicos como histológicos siendo la expresión aberrante de CD20 en el patrón inmunohistoquímico uno de los principales predictores de mal pronóstico. Presentamos el caso de un paciente femenino de 39 años de edad con un cuadro clínico de más de 15 años de evolución, quien en un inicio fuese catalogada como portadora de dermatitis atópica refiriendo presencia de placas eritematoescamosas generalizadas de aspecto psoriasiforme quien hace cinco años desarrolla linfadenopatías en cadenas inguinales y axilares siendo catalogada como portadora de linfoma no Hodgkin difuso de células T grandes con inmunohistoquímica positiva hacia marcadores CD3 y CD20 iniciando tratamiento a base de psoralenos locales y quimioterapia en esquema CHOP por 10 ciclos con aparente remisión de la enfermedad... sin embargo presenta recaída clínica hace un año, con presencia de neoformaciones gomatosas en cara, tronco y extremidades inferiores, cuya evaluación histopatológica reporta infiltrado linfocitario atípico escaso, con epidermotropismo y fibras de colágeno desmoplásico determinando diagnóstico de mucosis fungoides de células T con inmunohistoquímica positiva para marcadores CD4, CD5, CD45 Ro y Ki67 y negatividad hacia marcador CD 30.

**0775 Neoplasia de células dendríticas. reporte de un caso**  
*Sánchez S0, Silva C0, Aranda A0, Amador L0, Segovia H0, Paz J1*

<sup>0</sup>SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío; <sup>1</sup>IMSS Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

Masculino de 28 años de edad sin antecedentes. Inicia padecimiento actual en enero 2014 con adenomegalia inguinal izquierda de 2cm, valorado en Denver, Colorado, biopsia con resultado histopatológico (RHP) Neoplasia de células dendríticas. Inició quimioterapia HyperCVAD así como radioterapia. Ingresa a nuestra unidad en abril del 2015 presentando cefalea holocraneana, así como vómito en proyectil, se valora tomografía contrastada de cráneo que reporta lesiones subaracnoideas múltiples de tipo nodular en región del temporal derecha y peribulbares, con discreto efecto de masa que colapsa parcialmente el sistema ventricular derecho, reforzamiento subaracnoideo hacia la base de cráneo y tallo cerebral. Se sospecha Tuberculosis meníngea, se realizó punción lumbar (PL) con líquido cefalorraquídeo (LCR) pleocitosis de 101 células, predominio linfocitos, negativo para células neoplásicas, hipoglucorraquia 12g/dl, proteínas 421, VDRL sérico y en LCR negativos. Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para M.

tuberculosis negativo, Biopsia por Aspiración de Médula Ósea (BAMO) normal, BAAR negativo, biometría hemática con discreta linfopenia, panel viral negativo, por lo que se inició tratamiento antifímico, con mejoría parcial. Un mes después presenta recurrencia de los síntomas, ptosis palpebral izquierda y limitación para la movilidad ocular derecha, midriasis y exotropía izquierda, se solicita resonancia magnética de cráneo con reporte de lesión isointensa en región extra axial pontina anterior y en el pedúnculo mesencefálico del lado derecho, cambios en intensidades sugerentes de sangrado reciente a nivel de lesión. Lesión con comportamiento de un tuberculoma vs Linfoma por espectroscopia. Se realiza PL resultando negativa para células neoplásicas pero con características inflamatorias, frotis de sangre periférica con células blásticas BAMO con reporte de infiltración a hueso por neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas (CD4+, CD56+). Inmunofenotipo de sangre periférica con blastos del 92.3% con IF CD2+, CD7+, CD56+, CD4+, CD9+, CD38+, CD45+, compatible con leucemia de células dendríticas. Inició quimioterapia con altas dosis de metotrexate y posteriormente presenta deterioro neurológico, paro cardiorrespiratorio y fallece. Se tomó biopsia cerebral





trasesfenoidal con RHP de Neoplasia de Células Dendríticas.

**0779 Reporte de caso: presentación de un caso, enfermedad de Rosai-Dorfman**

*Gutierrez S*

IMSS, Hospital General Naval de Alta Especialidad

Histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva (enfermedad de Rosai-Dorfman) es una enfermedad única, de etiología desconocida, enfermedad caracterizada por la acumulación masiva de histiocitos en los ganglios linfáticos, generalmente en el cuello, con una predilección infancia (1-5). Paciente masculino de 23 años de edad con los siguientes antecedentes de importancia: Alcoholismo ocasional, traumáticos, fractura brazo izquierdo y codo hace 14 años. Quirúrgicos orbitotomía descompresiva del ojo izquierdo en junio del 2010, toma de biopsia con diagnóstico de: tumor neuroectodérmico primitivo intracraneal CD 99 positivo, sin aptofisna, citoqueratina AE1/AE3 negativos, biopsia de ganglio cuello lado izquierdo 8 de mayo del 2012. Recibió tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Recibió 4 ciclos con etoposido y ciclofosfamida. De agosto a octubre del 2010, recibió radioterapia a ojo izquierdo; 30 sesiones, las cuales termino el 11 de marzo del 2011. Niega alergias a penicilina. Transfusiones negativos. Niega

enfermedades de transmisión sexual. Padecimiento actual: Inicia junio del 2010; con la detección de protrusión de globo ocular izquierdo asintomático, motivo por el cual es enviado a este Hospital, es valorado por oftalmológica quien decide su ingreso por detectar tumor retroocular bilateral de predominio izquierdo, solicitando valoración por Oncología médica. Exploración física: Signos vitales TA 110/80 mmHg, FC 70 lpm, Fr 20 rpm, Temp 36.5°C, paciente masculino con ECOG 1, cráneo con presencia de exoftalmos bilateral de predominio izquierdo, con buenos movimientos oculares, con fondo de ojo sin alteraciones, agudeza visual respetada, no se palpan lesiones en cadenas ganglionares cervicales, supraclaviculares, retrooculares, inguinales o en otro sitio. Se toma nueva biopsia de ganglio cervical la revisión las laminillas se obtiene reporte el día 14 de mayo del 2012: Histiocitosis Sinusoidal con Linfadenopatía Masiva (Enfermedad de Rosai-Dorfman). Con lo antes comentado y ante la confusión de múltiples diagnósticos y tratamientos, aunado a la última revisión de biopsia de ganglio y laminillas donde se descarta la posibilidad de Linfoma, quedo con diagnóstico final de Enfermedad de Rosai-Dorfman, siendo un diagnóstico complicado y puede tener múltiples diagnósticos diferenciales.

**0793 Púrpura de Henoch Schönlein como presentación inicial de mieloma múltiple**

*Moranchel L, Pineda L*

IMSS, UMAE-Especialidades, CMN La Raza

**Antecedentes:** las vasculitis como síndrome paraneoplásico se describen asociadas a neoplasias hematológicas. La relación más reconocida es la vasculitis por hipersensibilidad (Púrpura de Henoch-Schönlein-PSH) con neoplasias linforreticulares.

**Objetivo:** presentar el caso de una PHS como manifestación inicial de Mieloma Múltiple (MM). **Informe de caso:** mujer de 40 años. Presentó púrpura palpable generalizada y edema en 4 extremidades y dolor abdominal difuso exacerbado a la aparición de lesiones cutáneas. La biopsia inicial de piel mostró colagenosis perforans. Dermatología realizó nueva biopsia de piel que reportó vasculitis leucocitoclástica y se documentó alteración del sedimento urinario. Medicina interna integró síndrome nefrótico con proteinuria de 10g/24h y hematuria. Se realizó biopsia renal que mostró microangiopatía trombótica, estableciendo diagnóstico de PHS. Se trató con 1g de ciclofosfamida y 3g de metilprednisolona mensuales, concluyendo 5 ciclos; con remisión completa de lesiones en piel y daño renal. Dos semanas posteriores al último ciclo presentó astenia, vómito e hipercalcemia de 14mg/dL, falla

renal aguda con Cr 2.2mg/dL, requirió Hemodiálisis. Estudios reportaron: Hb 10.6g/dL, leucocitos 9.800 y plaquetas 75000. Rx de abdomen y TC Abdominopélvica: lesión lítica en cresta iliaca izquierda. FSP: Roleaux. AMO: Infiltración de > 50% de células linfoplasmocitoides, células binucleadas, otras con núcleo central y prolongaciones citoplasmáticas. Inmunoglobulinas: IgA 2640mg/dL (100-480), IgG 204mg/dL, IgM 16.9mg/dL. Albúmina 2.0g/dL. Globulinas Totales 4.5g/dL. B2 Microglobulina 17.90mg/L (< 2.51mg/L). Proteinograma: Fracción É 2.57g/dL (0.8-1.6): paraproteinemia monoclonal. Inmunofijación: traza de proteína monoclonal lambda. Biopsia guiada de lesión iliaca: Muestra insuficiente. Biopsia de hueso: Celularidad 5%, Aplasia medular. Se diagnosticó MM IgA de cadenas ligeras Lambda, estadio clínico IIIB con factores de mal pronóstico, enviándose para tratamiento a hematología.

**Conclusiones:** las vasculitis relacionadas con cáncer son síndromes paraneoplásicos raros de gran importancia ya que pueden preceder a una neoplasia oculta, susceptible de detección y tratamiento oportuno. Se considera una vasculitis paraneoplásica cuando existe relación temporal con el cáncer, antes, durante o después del diagnóstico de la neoplasia (hasta 2 años).

### **0801 Linfoma difuso de células grandes inmunofenotipo B (LDCGB) subtipo rico en linfocitos T e Histiocitos: reporte de un caso**

*Valdés L, Soberanis P, Torres J, Videgaray F, Silva L*  
Privado, Hospital Ángeles Lomas

Es una variante poco común de linfoma de células B. Representa el 1 – 3% de los casos. Se distingue por tener < 10% de células B malignas en un fondo de linfocitos T e histiocitos. El diagnóstico preciso es inmunohistoquímico. Su presentación suele ser en jóvenes, de predominio en masculinos, con afección hepatoesplénica y a médula ósea más frecuentemente en comparación con los tradicionales linfomas difusos de células B. Pueden presentar síntomas B hasta en el 62% de los casos. Nuestro objetivo es denotar la compleja tarea de distinguirla, principalmente a nivel histológico. Su diferenciación oportuna es esencial para el manejo adecuado de estos pacientes. **Caso clínico:** femenino de 26 años de edad. Inició su padecimiento un mes previo con dolor abdominal, de predominio en epigastrio, continuo, exacerbado con alimentos. Se agregó fiebre de 38.2°C, con diaforesis nocturna, astenia, adinamia, cefalea, ictericia y prurito generalizado. Un facultativo le prescribió levofloxacin, sin embargo, al persistir con sintomatología se

decidió su ingreso para estudio. A su ingreso se encontró estable, tinte icterico +, abdomen doloroso a la palpación en flanco y fosa iliaca izquierdas, con hepatoesplenomegalia. Los laboratorios destacó: AST 249, ALT 465, FA 591, GGT 440, DHL 392, BT 5.36, BD 3.77 y BI 1.59, resto en parámetros normales. Los reactantes de fase aguda fueron negativos. La TAC toracoabdominal mostró nódulos pulmonares bilaterales, asociados a conglomerados ganglionares retroperitoneales y mesentéricos, infiltración nodular difusa hepática y esplénica, así como dos masas adheridas a pared abdominal. Se realizó biopsia por laparoscopia. El tejido ganglionar linfático estudiado presentó pérdida total de la arquitectura debido a proliferación neoplásica de células linfoides y abundantes histiocitos epitelioides. La inmunohistoquímica se encontró francamente positivas con marcadores de células linfoides B como CD 20, PAX – 5, Bcl – 6 en co – expresión con MUM – 1 y CD 45 y no expresaron CD15, LMP – 1, EBER – 1 ni EMA. Los marcadores de células T expresaron en las células linfoides pequeñas, de manera policlonal y CD68 en histiocitos – macrófagos. Se concluyó de LDCGB rico en linfocitos T e histiocitos. **Discusión:** se menciona el abordaje del síndrome linfoproliferativo, destacando el resultado morfológico tan raro. Distinguirlo es esencial para el tratamiento.



**0802 Pancitopenia asociada a infección por parvovirus B19. Reporte de un caso**

*Valdés L, Soberanis P, Erazo E, Cataneo A, Videgaray F, Silva L Privado, Hospital Ángeles Lomas.*

Parvovirus B19 se ha asociado con eritroblastopenia transitoria, principalmente en pacientes con enfermedades hematológicas. Es citotóxico para los eritroblastos. De manera infrecuente causa pancitopenia. Presentamos un caso quien desarrolló pancitopenia asociada a infección por parvovirus B19, sin encontrar otra patología hematológica durante 9 meses de seguimiento. **Caso clínico:** masculino de 49 años de edad sin **Antecedentes.** Deportista. empresario. Alérgico a las sulfas y ASA. Inició su padecimiento una semana previa con rinorrea, faringodinia y artralgias en manos y pies, mialgias, debilidad y ataque al estado general. Posterior a una semana se agregaron petequias en piernas, las cuales resolvieron espontáneamente. Sin patrón migratorio de artralgias o el eritema, no presentó rigidez articular ni limitación a los movimientos. En nueva evaluación con palidez de tegumentos ++, sin adenopatías palpables, cardiopulmonar y abdomen sin compromiso, sin hepato o esplenomegalia. Sin flogosis, con dolor en segunda MCF derecha, tobillos y MTF. Se encontró Hb 7.9, leucocitos 2700, 1100 neutrofilos totales,

plaquetas 39,000, bandas 1%, linfocitos atípicos y VSG 38. VIH negativo, hepatitis A, B y C negativo, TORCH negativo, vitaminas en parámetros normales, ferritina 608, PCR 3.7, resto de estudios normales. El AMO se reportó ligeramente hipocelular (40%), negativo a procesos infiltrativos y neoplásicos. La electroforesis de proteínas en suero sin mostrar pico monoclonal. Serie ósea metastática sin lesiones de tipo osteolítico u osteoblástico. Citometría de flujo HPN negativo, citometría de flujo sin evidencia de leucemia, síndrome mielodisplásico o neoplasia de linfocitos B o T. ANAs negativos. La serología para parvovirus B19 se reportó con IgM en 4.5 (VN < 0.9) e IgG en 2.6 (VN < 0.9). Ha recibido tratamiento con IgIV, estimulantes de médula ósea. En junio de 2015 se reingresó para aplicación de IgIV y nuevos estudios, sin cambios relevantes en la biopsia y aspirado de médula ósea. Se solicitó PCR para parvovirus en AMO resultando negativo. Última BH en Agosto de 2015 con Hb 12.2, leucocitos 3.1, neutrófilos 1300, linfocitos 1300, sin bandas, plq 58 mil, frotis con dacriocitos y linfocitos atípicos. **Discusión:** como internistas es importante conocer el abordaje diagnóstico. Existen 3 reportes de casos de crisis aplástica sin padecer otras comorbilidades.

**0811 Trombosis venosa profunda tibial bilateral en el tercer trimestre de una primigesta**

*Villanueva I, Macias M, Islas S Universitario, Hospital Universitario de Puebla.*

**Antecedentes:** el embarazo y puerperio, son situaciones establecidas como factores de riesgo para tromboembolismo venoso (TEV). Actualmente el TEV en sus dos variantes permanece como una importante causa de morbilidad y mortalidad durante el embarazo y puerperio. **Caso clínico:** femenino de 36 años con embarazo normoevolutivo de 35.6 semanas de gestación (SDG), con diabetes gestacional a las 28 SDG, inicia con dolor urente súbito en ambos miembros pélvicos, de intensidad 3/10, sin atenuantes ni exacerbantes, acompañado de eritema y edema bilateral. A la exploración física con fondo uterino de 33 cm, frecuencia cardiaca fetal de 140 lpm, sin actividad uterina, tacto vaginal sin modificaciones cervicales, extremidades inferiores con aumento de volumen, edema bilateral, signo de Homans, Olow y Loewenberg positivos bilateralmente. Exámenes de laboratorio con fibrinógeno 484 mg/dL, dímero D 1935 ng/mL, ultrasonido doppler venoso-arterial de miembros pélvicos reporta trombosis tibial posterior bilateral, se inicia heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis terapéutica, ecocardiograma sin alteraciones, presenta ruptura prematura de membranas y sin condiciones cervicales

favorables se decide resolución obstétrica vía abdominal, se obtiene a las 03:20 hrs femenino con peso de 2880 gr, Capurro 39 SDG, APGAR 8/9, sangrado 500 cc, se inicia anticoagulación 12 horas posteriores a evento quirúrgico, se egresa con HBPM a dosis terapéutica, 3 meses después con reporte de anticuerpos anticardiolipina IgM 2.04 U/ml, anti DNA nativo negativo, antitrombina III con actividad funcional 69%, Proteína C funcional 58%, proteína S fracción libre activa 68% , anti Beta 2-glucoproteína negativo. Discusión: el embarazo y puerperio por su fisiología, son factores de riesgo para enfermedad TEV, mundialmente es la séptima causa de muerte materna (9%). Los factores de riesgo son: edad > 35 años, enfermedad de células falciformes, enfermedad cardíaca, venas varicosas, tabaquismo, IMC ?25 kg/m<sup>2</sup>, Inmovilización, embarazo múltiple, Técnica de reproducción asistida. La fisiopatología en el embarazo y el puerperio está marcada por la presencia de los componentes de la tríada de Virchow. Las mutaciones genéticas descritas más frecuentemente son: mutación del factor V de Leiden, mutación en el gen de la protrombina G20210A, deficiencia de proteína S, deficiencia de proteína C y el déficit de antitrombina III. La presentación clínica es similar a la de la paciente no gestante, los datos clínicos son poco confiables,

hasta el 50% no presentan clínica. En el tratamiento, las HBPM son una alternativa confiable y segura en contraste con las HNF y poseen menos efectos secundarios; son categoría B de la FDA.

**0843 Leucemia de células dendríticas; reporte de un caso**  
Carrillo A, Adalid D, Olvera A  
IMSS, Hospital de Especialidades, CMN La Raza

**Antecedentes:** las neoplasias blásticas plasmocitoides de células dendríticas son una enfermedad maligna hematológica rara que se manifiesta como lesiones cutáneas con o sin involucro de la medula ósea y transformación leucémica.

**Informe de caso:** mujer de 32 años que acude por presentar desde hace 6 meses nódulos pruriginosos y descamativos en miembros inferiores que progresan a lesiones hipercrómicas, con diseminación caudocefálica y aparición de úlceras en mucosa oral dolorosas. Se agrega astenia, adinamia, palidez de tegumentos y pérdida ponderal de 20 kg. Hb 5.97 g/dl, VCM 88, HCM 30, 42000 leucocitos, 33000 linfocitos, 1500 neutrófilos y DHL 7000. EF: palidez de tegumentos, escotomas y disminución de la agudeza visual, lesiones dérmicas hipercrómicas y lesiones dolorosas en paladar blando y duro. Adenomegalia en cuello y esplenomegalia. FSP. Células de 18-20 micras con núcleo irregular y presencia

de 2-3 nucleolos, algunos con vacuolas y granulación azurofila compatibles con blastos monocitoides. AMO: infiltración por monoblastos 78% y mieloblastos 12%, mielocitos 6%, granulocitos adultos 4%, concluyendo una leucemia mieloide aguda M5. La RM de cráneo reporta infartos corticales frontales y occipitales. Biopsia de lóbulo oreja: infiltración de la dermis superficial y profunda con patrón leucémico de células medianas a grandes, de contorno irregular y aspecto blástico, CD45+, BCL-2+, CD43+, CD68+, CD56+, KI-67: 50%, se concluye neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas. Se inicia tratamiento de inducción a la remisión presentando remisión completa. Por persistir con alteraciones de la visión se realiza punción lumbar identificando células de aspecto monocitoide, con citoplasma y núcleo irregular concluyéndose infiltración a sistema nervioso central. **Discusión:** se trata de una entidad rara, que puede constituir hasta el 0.7% de los linfomas cutáneos. La edad de presentación reportada en la literatura es en adultos mayores de 65 años de edad y es más común en hombres lo cual contrasta con los datos epidemiológicos de nuestra paciente. Existen publicaciones de hasta 90 pacientes en donde la presentación cutánea mas común, siendo el 73%, eran lesiones en piel color café-púrpura de tipo nodular.



**0846 Respuesta al tratamiento y supervivencia en pacientes adultos con leucemia promielocítica aguda tratados con el protocolo del International Consortium on Acute Promyelocytic Leukemia (IC-APL) modificado**

*Contreras J*

SSA, Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutricion Salvador Zubiran

En 2006 se puso en marcha el protocolo de tratamiento del International Consortium on Acute Promyelocytic Leukemia (IC-APL) que pretendía mejorar las tasas de remisión completa y de supervivencia para países en desarrollo mediante un esquema ajustado con base en el riesgo y la aplicación de daunorrubicina en lugar de idarrubicina. **Objetivos:** evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento empleado en el periodo 2007-2013. Estimar las tasas de remisión completa y recaída. Estimar supervivencia global y libre de enfermedad. Estimar mortalidad asociada a

quimioterapia y perfil de toxicidad del esquema. **Material y métodos:** estudio de cohorte retrospectiva de pacientes adultos con LPA t(15;17)(q22;q12PML/RARA) tratados en la Clínica de Leucemia Aguda del Departamento de Hematología y Oncología del INCMNSZ, en el período comprendido entre enero de 2007 al 1º junio de 2013. **Resultados:** de los 18 pacientes tratados con el esquema IC-APL 2006 modificado, 17 alcanzaron RC (94.4%) con una mediana de 42 días. Un paciente falleció (5.5%) durante la inducción y este paciente fue el que mencionamos en párrafos anteriores con múltiples comorbilidades. Doce pacientes (66.7%) presentaron complicaciones infecciosas grado 3-4 y 2 (11.1%) complicaciones no hematológicas grado 3-4. Durante el seguimiento se documentó una recaída (5.9%) la cual fue en médula ósea. La paciente fue sometida a trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas y posterior al mismo se documentó pro-

gresión de la enfermedad, lo que condicionó su muerte. Del total de pacientes, 2 fallecieron (11.1%): uno en aplasia post-quimioterapia durante inducción (5.5%) y el otro por progresión de la enfermedad post-TCH autólogo (5.5%). Al momento del análisis se documentó cese electivo de tratamiento en 10 de los 16 pacientes (62.5%) y la mediana de supervivencia global no había sido alcanzada. A 29 meses de seguimiento, la SG fue de 89.1% y solamente un paciente recayó (5.8%). **Discusión:** hasta el momento, esta es la primera serie de pacientes con LPA tratados de forma independiente con el protocolo recientemente publicado por el IC-APL. Aunque la cohorte es pequeña, confirmamos las tasas de respuesta y supervivencia previamente publicadas. **Conclusiones:** actualmente, incluso en países en desarrollo, el pronóstico de la LPA es muy bueno, con altas tasas de remisión completa y supervivencia global.

## INFECTOLOGÍA

**0012 Colitis ulcerativa crónica inespecífica y tuberculosis abdominal en un paciente con inmunosupresión adquirida**

*Batún J, Valencia N, Hernández E*  
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, SSA

**Introducción:** la incidencia de la colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) es 1,2 a 20,3 casos por cada 100,000

personas. Las personas con VIH tienen el doble de posibilidad de presentar CUCI que la población general. Debido a que los linfocitos CD4 son necesarios para modular la actividad inmunológica de la mucosa intestinal, se produce un incremento de la actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) o la aparición de novo. La tuberculosis abdominal (TBA) en pacientes con VIH afecta hígado, bazo, riñón y la región ileocecal, el cuadro clínico es similar al de otras enfermedades abdominales.

**Descripción del caso:** masculino de 34 años, portador de VIH. Inicia su padecimiento hace 4 meses, al presentar dolor abdominal en flanco y fosa iliaca izquierda, tipo cólico, intenso, intermitente, fiebre, evacuaciones líquidas, café amarillentas, alternando con hematoquecia, por lo cual acude a hospitalización. Par-clínicos a su ingreso leucocitos  $14.2 \times 10^3/\mu\text{L}$ , neutrófilos  $13.3 \times 10^3/\mu\text{L}$ , linfocitos  $0.5 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Hb 9.2 g/dL, plaquetas  $375.00 \times 10^3/\mu\text{L}$ . EF Abdomen con dolor a la palpación superficial y profunda generalizada, peristalsis disminuida. USG abdominal reporta ascitis; TAC de abdomen: hígado, bazo y ambos riñones, con imágenes hipodensas redondeadas, páncreas con lesiones hipodensas amorfas e irregulares situadas en cabeza y cuerpo, ganglios necróticos retroperitoneales, meséntericos y peritoneales. El

paciente presenta estreñimiento, distensión abdominal, e intensificación del dolor, tacto rectal con ausencia de material fecal en ampulla rectal, se realiza colonoscopia la cual reporta múltiples úlceras de predominio en colon transversal y ascendente y en forma aislada en colon izquierdo y sigmoides, se realiza estudio histopatológico de úlceras colónicas el cual reporta colitis ulcerativa crónica inespecífica se inicia mesalazina. Se realiza paracentesis y PCR de líquido de ascitis para M. tuberculosis la cual resulta positiva y se inicia manejo con Dotbal, el paciente presenta deterioro clínico y fallece.

**Conclusiones:** a pesar de que en la literatura existen pocos casos de coexistencia entre VIH y EII, es importante tener en cuenta que la enfermedad diarrea sanguinolenta en el paciente infectado por VIH/SIDA no solamente es causada por patógenos infecciosos sino que pueden coexistir otras enfermedades como la EII o la TBA.

#### **0015 Etiología poco frecuente de mediastinitis necrotizante descendente**

*Batún J, Valencia NI, Hernández E*

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez, SSA

**Introducción:** la mediastinitis necrotizante descendente (MND) es la forma más grave de

infección mediastínica propuesta por Estrera et al. Se origina en procesos sépticos odontógenos o cervicales, como abscesos amigdalinos, parotiditis, abscesos pos-fracturas o angina de Ludwig. La diseminación cérvico-mediastinal es favorecida por la falta de un adecuado drenaje y por la continuidad anatómica entre estas dos cavidades. **Descripción del caso:** masculino 71 años, portador de DM tipo 2, alcoholismo crónico. Una semana previa a su ingreso presentando fiebre, tos con esputo amarillento, disfagia, aumento de volumen progresivo de la región maxilar y cervical derecha, disnea por lo cual acude a hospitalización. EF mal estado general, fiebre, aumento de volumen, eritema y calor en región cervicomaxilar derecha, polipneico, amplexión y amplexación disminuida, hipoventilación bibasal. Par-clínicos a su ingreso leucocitos  $15.9 \times 10^3/\mu\text{L}$ , neutrófilos  $14.5 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Hb 12.4 g/dL, glucosa 269 mg/dl, PCR 24 mg/dl. Radiografía de tórax con ensanchamiento mediastínico. TAC de cuello y tórax: Absceso disecante, mediastinitis enfisematosa, derrame pleural derecho, atelectasia laminar en pulmón izquierdo, crecimientos ganglionares inflamatorios bilaterales en cuello. Se instaura tratamiento antibiótico con vancomicina y metronidazol, se realiza cervicotomía longitudinal bilateral y toracotomía posterolateral de aseo y drenaje



con aspiración continua, e ingresa a terapia intensiva, requiriendo aminas y ventilación mecánica. Cultivo de absceso en cuello reporta *Staphylococcus aureus*, BAAR de absceso reportando numerosos filamentos alargados y ramificados compatibles con *Nocardia* y bacilos ácido-alcohol resistentes compatibles *M. tuberculosis*, los cuales se confirman en el cultivo, se inicia manejo con DOTBAL y Trimetoprima sulfametoxazol. El paciente presenta mejoría clínica, sin necesidad de aminas vasoactivas ni ventilación mecánica, retiro de drenajes con cultivos negativos y se egresa en buenas condiciones, sin evidencia de nuevas complicaciones y con antibioticoterapia oral. **Conclusiones:** Se presenta el caso de una MND secundaria a bacilos ácido-alcohol resistentes la cual es una etiología poco frecuente. A pesar de que la MND tiene una mortalidad del 30-60, el diagnóstico temprano y el tratamiento antibiótico y quirúrgico agresivo y oportuno, aumenta la supervivencia.

**0019 Cistitis enfisematosa perforada. Reporte de un caso**  
*Batún J, Valencia NI, Hernández E*

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

**Introducción:** la cistitis enfisematosa es una rara condición caracterizada por la presencia

de gas en el lumen y la pared vesical como consecuencia de la colonización de microorganismos fermentadores. Descrita por Eisenhor y Mills como una reacción inflamatoria vesical acompañada de vesículas gaseosas en la pared y asociada a infección urinaria. Su etiología es habitualmente bacteriana, principalmente *E. coli*, seguida de *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter*, *Clostridium perfringens* y especies fúngicas como *Candida*.

**Descripción del caso:** femenino de 77 años, portadora de DM tipo 2. Dos semanas previas a su ingreso se realiza discoidectomía y liberación radicular ameritando sondaje vesical. Dos días posteriores presenta dolor abdominal generalizado, tenesmo, disuria, hematuria y fiebre, ingresando a medicina interna con el diagnóstico de infección urinaria y lesión renal aguda. Paraclínicos leucocitos  $19.8 \times 10^3/\mu\text{L}$ , neutrófilos  $18.5 \times 10^3/\mu\text{L}$ , linfocitos  $0.9 \times 10^3/\mu\text{L}$ , glucosa 313 mg/dL, Cr 3.72 mg/dL, Urea 194.7 mg/dL, BUN 91 mg/dL, PCR 17.8 mg/dL; EGO proteínas 50 mg/dL, esterasa leucocitaria, leucocitos incontables x campo, eritrocitos 60 cel/ul. Urocultivo: *E. coli*. EF dolor punzante a nivel de hipogastrio y fosas iliacas. Se instaura tratamiento antibiótico, al no presentar mejoría clínica se realiza TAC abdominopélvica: Techo vesical heterogéneo con pérdida

de la interface de su mucosa, con comunicación a la cavidad pélvica, presencia de densidad aire en la vejiga que crea un nivel hidroaéreo. Se realiza LAPE encontrándose natas de fibrina en vejiga, necrosis de la cúpula y caras laterales, con perforación vesical intraperitoneal realizándose celiotomía rafia de vejiga. Posterior a la cirugía ingresa a terapia intensiva, presenta choque séptico el cual remite a las 72 hrs, sin poder realizarse extubación requiriendo traqueostomía, presenta mejoría clínica y se egresa. **Comentario y Conclusiones:** la cistitis enfisematosa es una patología infrecuente, la cual debe sospecharse en los pacientes con factores de riesgo principalmente la diabetes y con el antecedente de manipulación vesical, confirmándose el diagnóstico de manera radiológica. Un diagnóstico temprano y la instauración del tratamiento precoz pueden ayudar a mejorar el pronóstico. Se trata de una enfermedad grave que puede conllevar a complicaciones severas, como sepsis e incluso la muerte.

**0044 Evolución de la anemia como indicador de respuesta a tratamiento antituberculoso. Análisis retrospectivo 2010-2014 en la UMAE CMN La Raza**  
*García G, Luzuriaga M, Cruz M, Carranza R, Jara L*

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

**Introducción:** la tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa crónica causada *M. tuberculosis* y es la segunda causa de muerte infecciosa en el mundo. La anemia es una manifestación frecuente en la TB (18 al 94%) secundaria a la supresión de eritropoyesis por mediadores inflamatorios y a retención de hierro por el sistema reticuloendotelial en el monocito/macrófago como mecanismo de defensa del hospedero. La anemia retrasa la negativización del esputo e incrementa el riesgo de mortalidad hasta 6 veces en la tuberculosis pulmonar. **Objetivo:** determinar el número de casos de TB, seguimiento y criterio de respuesta a tratamiento; la prevalencia y tipo de anemia al diagnóstico de tuberculosis, su evolución a 6 meses después del tratamiento antituberculoso comparando entre aquellos que respondieron y los que no al tratamiento. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de tuberculosis confirmada, mayores de edad, diagnosticados y tratados entre 2010 y 2014 en la UMAE CMN La Raza, se describieron las características demográficas y clínicas, incluyendo la hemoglobina (Hb) al diagnóstico y durante el tratamiento antituberculoso, para el análisis de la anemia únicamente se incluyeron pacientes con al menos tres mediciones de Hb

y se obtuvieron las diferencias estadísticas con el paquete estadístico SPSSV 22. **Resultados:** se incluyeron 132 pacientes en la descripción de casos de tuberculosis, edad promedio de 41 años, 53% mujeres y 47% hombres. De ellos, 56% tuvo afección extrapulmonar principalmente renal y con mayor frecuencia en mujeres; 44% de tipo pulmonar con predominio en hombres y pacientes con trasplante renal. El cultivo positivo fue el principal método diagnóstico. Se encontró anemia al diagnóstico en 62% de casos, predominantemente normocítica normocrómica. La mejoría en la anemia ocurrió paulatinamente en el seguimiento a 6 meses en 80% de los pacientes que respondieron a tratamiento antituberculoso. La anemia persistió a los 6 meses en quienes continuaron con BAAR o cultivo para tuberculosis positivos. **Conclusiones:** la anemia normocítica normocrómica es altamente frecuente en pacientes con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. La mejoría de la anemia es un indicador claro de que el paciente está respondiendo al tratamiento antituberculoso.

#### **0061 Presentación de un caso de abscesos epidurales lumbares secundarios a bacteriemias por *Escherichia coli***

*Martínez A, Peralta A*

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

**Introducción:** los abscesos epidurales espinales son una entidad rara de difícil diagnóstico y tratamiento, generalmente son causados por *S. aureus* en pacientes con algún factor predisponente. Aunque el *S. aureus* es la causa en el 60% de los casos, también se han reportado casos de otras bacterias, siendo las principales gram negativas como *E. coli* y *P. aeruginosa*. La diseminación hematológica y la invasión directa posterior a procedimientos invasivos en columna son los principales mecanismo de invasión y la columna lumbar el sitio más común. Presentamos los abscesos epidurales como complicación de bacteremias secundarias a pielonefritis por *E. coli*. **Descripción del caso:** mujer de 71 años portadora de HAS de larga evolución. Inicia con fiebre y dolor lumbar, tratada de forma ambulatoria con múltiples antimicrobianos (amikacina, ciprofloxacino, y ampicilina) de forma secuencial por sospecha de pielonefritis, sin mejoría. Hospitalizada por 14 días y retratamiento con ceftriaxona, sin mejoría, por lo que ingresa a nuestro servicio. Con Giordano izquierdo, dolor lumbar generalizado, fuerza limitada por dolor en extremidades pélvicas. Por laboratorio leucocitosis y neutrofilia, aislamiento de *E. coli* multidrogorresistente en urocultivo y hemocultivos. Ultrasonido renal con cambios inflamatorios en riñón derecho. Por aislamiento microbiológico



se inicia tratamiento con meropenem, persistiendo picos febriles, por lo que se solicita tomografía toracoabdominal, en la que se observan lesiones degenerativas en columna lumbar y absceso de psoas derecho, se solicitan también gammagrama óseo y resonancia magnética de columna lumbar por sospecha de osteomielitis a este nivel, evidenciando osteomielitis y abscesos epidurales. Se indicó tratamiento con meropenem (de acuerdo a antibiograma) por 6 semanas con seguimiento clínico, por laboratorio e imagen. **Discusión:** Mujer de la 8va década de la vida que presenta focos sépticos a múltiples niveles, siendo los más importantes abscesos epidurales lumbares secundarios a siembra hematógena propiciada por bacteremias en el contexto de infección urinaria complicada.

#### 0065 Loxoscelismo cutáneo-visceral. Reporte de caso

Palacios A, Rugerio A  
Hospital Regional de Tlalnepantla, ISSEMYM

**Descripción del caso:** femenino de 35 años sin antecedentes. Ingresó con mialgias, eritema y dolor en muslo, TA60/40mmHg FC120x' con placa violácea en muslo izquierdo; leucocitos 24000 Hb 14 plt 226000, crea 0.8 acidosis metabólica y hematuria. En UCI se inician aminas y dapsona. A 48 hrs con lesión vesiculosa, se prolonga

TTP, disminuyen hemoglobina y plaquetas (Figura 1). A 72 hrs se aplica Ig antiloxosceles con mejoría cutánea y sistémica. Se retiran aminas y egresa a Medicina Interna con alta a domicilio sin necesidad de debridación. Hay dos formas de loxocelismo: Cutáneo (90%): dolor por isquemia local. Cutáneo-visceral (10%): isquemia local y hemólisis intravascular masiva. No hay pruebas que confirmen el diagnóstico. El tratamiento es con dapsona y esteroides; el suero Antiloxosceles solo es útil hasta 12 hrs después. **Conclusión:** el loxocelismo es poco conocido a pesar de la alta prevalencia de especies en México. En este caso, el suero condiciona mejoría a pesar de aplicarse hasta 72 hrs después.



**Figura 1.** Loxoscelismo cutáneo-visceral.

#### 0077 Manifestaciones por citomegalovirus en paciente inmunocompetente

Rodríguez M, Corral M, Matorros A, Sánchez E, Ramírez R, López R, Reyes A, Terán J  
Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** la infección por citomegalovirus (CMV) permanece latente toda la vida, presentando períodos de reactivación. Los anticuerpos séricos se reportan en cerca del 80% de la población mayor de 50 años. La infección adquirida es asintomática en 90%, y cuando es sintomática puede presentarse como síndrome similar a mononucleosis (10-20%). Se han descrito casos de neumonitis, hepatitis, miocarditis y meningoencefalitis en inmunocompetentes. **Descripción del caso:** masculino de 43 años, portador de 4 tatuajes, toxicomanías y transfusionales negados, previamente sano, ingresa por fiebre de 5 días de evolución, cefalea, dolor abdominal difuso tipo cólico, sin respuesta a tratamiento previo. Presenta esplenomegalia, leucocitosis, linfocitos 61%, deshidrogenasa láctica 638 UI/L, TGO 111UI/L, TGP 179 UI/L, bilirrubina total 0.75 mg/dL. Reacciones febriles, panel de hepatitis, HIV, Epstein Barr, PCR para M. tuberculosis, mielocultivo y hemocultivo negativos. Inmunoglobulina M y G positivo para CMV. Tomografía de abdomen con engrosamiento concéntrico de la mucosa en recto, líquido libre periregional, esplenomegalia, adenomegalia de cadena parailíaca izquierda; se descarta neoplasia e inicia tratamiento con ganciclovir remitiendo cuadro. **Discusión:** se presenta paciente inmunocompetente con CMV,

síndrome febril, linfocitosis y transaminasemia. Se ha descrito que puede afectar de manera severa (1.7-5.2%) a todos los sistemas, siendo más afectado el gastrointestinal con alteraciones hepáticas entre 7-14 días posterior a la fiebre. En este caso afectó hígado y bazo de manera primaria, tratado con medidas de soporte y antibióticos sin respuesta, el uso de ganciclovir condicionó remisión del cuadro. Existen pocos casos reportados de infección por CMV en pacientes inmunocompetentes debido a su autolimitación, siendo este caso de relevancia por su progresión clínica. **Conclusión:** la infección por CMV se adquiere por vía oral, contacto sexual o transfusión, se manifestó en este caso con fiebre persistente no autolimitada en inmunocompetente. Presentó hepatitis subclínica con anomalías en las transaminasas y bilirrubina.

#### 0084 Importancia de diagnóstico temprano en mucormicosis

*Baca A, Gonzaga T, Lagunas M, Copca V, Bautista A, Martínez M, Hernández A, Corral A, Terán J, Reyes A, Alba O, Cruz L*  
Hospital Central de Norte, PEMEX

**Introducción:** enfermedad micótica oportunista, angioinvasiva aguda, con 6 patrones de presentación, la más frecuente es la rinocerebral que condiciona trombosis y necrosis de los tejidos, transmitido por

inhalación de esporas o inoculación directa. **Descripción del caso:** femenino de 75 años con Diabetes Mellitus 2 mal controlada (hemoglobina glucosilada 11.4%), Ingresó por descontrol metabólico (glucosa 600 mg/dl) e infección respiratoria, leucocitosis 12.600. Al 4° día con quemosis, edema palpebral, proptosis, celulitis periorbitaria izquierda, sinusitis y elevación en leucocitos (25.000). Rinoscopia con escara necrótica en cornete inferior, medio y techo nasal izquierdo. Evolución tórpidamente con lesión de III, IV y VI nervios craneales izquierdos, tomografía con pansinusitis fúngica aguda, destrucción de cornetes bilaterales de componente osteolítico, celulitis extraconal bilateral. Biopsia reporta Mucormicosis. Se inicia anfotericina B liposomal, dosis acumulada 9.2g. Posteriormente Posaconazol 400 mg por 6 meses y resección de áreas necróticas nasales, maxilectomía media y mucosectomía de seno maxilar izquierdo. **Discusión:** es común en inmunocomprometidos, diabéticos mal controlados o con cetoacidosis, representando el 8.3- 13% de las infecciones micóticas y el 3° lugar en micosis invasivas diagnosticadas por autopsia, más frecuente en mujeres (relación 3:1 entre los 15-57 años). Se presenta con fiebre de bajo grado, sinusitis, dolor facial unilateral, placas necróticas nasales y de paladar, disminución de la agudeza visual,

oftalmoplejia, con progresión de la enfermedad hasta déficit sensorial de la 1° y 2° división del V par, quemosis y proptosis ocular. El diagnóstico requiere: sospecha clínica más toma de biopsia y visualización directa de las hifas. Para evaluar la invasión a estructuras óseas y sistema nervioso central la tomografía es útil aunque el mejor estudio es la Resonancia. **Conclusión:** es una enfermedad invasiva común en pacientes diabéticos mal controlados, con rápida evolución y buen pronóstico si se realiza un diagnóstico oportuno. Presentamos una variante rinosinusal, que respondió adecuadamente al tratamiento médico y quirúrgico conservador, con remisión de la enfermedad.

#### 0094 Patrón de resistencia a quinolonas en enterobacterias con betalactamasa de espectro extendido y su correlación con el uso previo de quinolona y aminoglucósido en Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos durante el año 2014

*Salgado T, Morones I, Gonzaga T, Aleman D, Lopez L, del Prado X, Martínez N, Ceñal I, Terán J, Vázquez S, Castro L, Reyes A, Meza D*

Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** las Betalactamasas de espectro extendido (BLEE) son enzimas que hidrolizan antibióticos betalactámicos y se encuentran distribuidas entre las enterobacterias. Los



carbapenémicos son la terapia de elección ante estas bacterias, pero recientemente se ha documentado resistencia a bacterias nosocomiales asociado a su abuso. Las quinolonas toman importancia ya que se ha documentado buena respuesta al presentar sensibilidad in vitro, sin embargo hay registros de resistencia a esta familia de antibióticos asociado al uso indiscriminado de quinolona y/o aminoglucosidos al menos 1 mes previo al reporte del cultivo con enterobacteria BLEE. **Objetivo:** determinar el patrón de resistencia a quinolonas en enterobacterias BLEE documentadas en hemocultivos y urocultivos en el Hospital Central Norte de PEMEX durante el año 2014. Analizar la correlación con el uso previo de quinolona y aminoglucosido. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo y analítico. Se hizo el análisis estadístico mediante el coeficiente de correlación de Pearson y una regresión lineal con mínimos cuadrados ordinarios. **Resultados:** se reportaron 423 cultivos con enterobacterias BLEE encontrando resistencia a quinolonas del 89.28% en urocultivos y 90.32% en hemocultivos. Existe un grado de correlación de 0.964 en hemocultivos con el uso previo de quinolonas y de 0.449 con aminoglucosidos. En urocultivos fue de 0.940 con uso previo de quinolonas y de 0.653 con aminoglucosidos.

Posteriormente se realizó una regresión lineal mediante los mínimos cuadrados ordinarios encontrando causalidad positiva entre ambos eventos del 80.40% en hemocultivos y del 84.73% en urocultivos.

**Discusión y Conclusiones:** hay alta resistencia a quinolonas en enterobacterias BLEE, también correlación estadísticamente significativa con el uso previo de quinolonas y aminoglucosidos, por lo que recomendamos las siguientes medidas para modificar esta resistencia y así tener más opciones terapéuticas: aislamiento intrahospitalario, lavado de manos recomendado por la OMS, protección para manejo de secreciones, evitar procedimientos invasivos innecesarios, desescalamiento antimicrobiano en base a cultivos y educación a médicos de primer contacto en cuanto al uso correcto de antimicrobianos.

**0095 Neumonía bacteriana, diferencia entre gérmenes aislados en el Hospital Central Norte de Pemex y lo reportado en la literatura internacional, asociado a resistencia bacteriana. Importancia de realizar guías locales**

Gonzaga T, Salgado T, Morones I, Copca V, Bautista A, Lagunas M, Martínez M, Baca A, Hernández A, Terán J, Vazquez S, Reyes A, Castro L

Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** es una infección secundaria a microorganismos

adquiridos fuera del ámbito hospitalario. Representando un problema de salud pública en México y el mundo, con 8 a 15 por 1,000 personas al año, siendo la 7° causa de muerte en Estados Unidos. *Streptococcus pneumoniae* es el germen más frecuente (21-39%), seguido por *Haemophilus influenzae* (1.5-14%) y *Staphylococcus aureus* (0.8-8.7%) en pacientes ambulatorios. Mientras que *S. pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* en hospitalizados.

**Objetivo:** determinar si existe diferencia entre gérmenes causales de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en el Hospital Central Norte, que recibieron tratamiento acorde a las guías de la IDSA (Infectious Diseases Society of America) de Enero del 2013 a Mayo del 2015 con lo reportado en la literatura internacional y su resistencia bacteriana. **Material**

**y métodos:** estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Con un Universo de 249 pacientes, siendo una muestra probabilística.

**Resultados:** se obtuvieron 112 cultivos de expectoración con desarrollo de 3 bacterias principales; *Pseudomonas aeruginosa* 25%, *Escherchia coli* 22.9% y *Klebsiella pneumoniae* 12.5%, que al compararse con la literatura internacional (IDSA) solo coincidían en el 0.89% con desarrollo de *S. pneumoniae*. El tratamiento empírico basado en dichas guías (ceftriaxona

+ claritromicina/azitromicina o levofloxacino) reportó una resistencia del 91.6% y 66.6% para *Pseudomonas aeruginosa*, 72.7% para *Escherichia coli* y del 66.6% y 83% para *Klebsiella pneumoniae*; respectivamente.

**Discusión y conclusiones:** la NAC se encuentra dentro de las 5 principales causas de morbilidad y mortalidad en el Hospital Central Norte, con un predominio de bacterias Gram negativas, siendo determinante analizar al ingreso hospitalario las comorbilidades, tratamientos previos y severidad antes de iniciar un tratamiento empírico. Este estudio reportó mayor sensibilidad a amikacina, gentamicina, cefepime, piperacilina/tazobactam y carbapenémicos. Concluyéndose la importancia de obtener cultivos confiables, con mayor sensibilidad y especificidad, así como creación de guías locales en cada unidad de salud, con la finalidad de disminuir resistencias bacterianas, complicaciones, días de estancia intrahospitalaria, reingresos y adecuar el tratamiento con los gérmenes aislados.

**0100 Comparación de enterobacterias betalactamasa de espectro extendido en hemocultivo y urocultivo tomados durante el 2012, 2013 y 2014 en Hospital Central Norte de Pemex**  
Morones I, Salgado T, Gonzaga T, Santillan W, López D, Reyes I, Hernández R, Paz A, Terán J, Meza D, Reyes A  
Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** el incremento en la resistencia bacteriana constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Las enterobacterias que generan betalactamasa de espectro extendido (BLEE), son una de las principales causas de infección tanto nosocomial como de la comunidad. **Objetivos:** comparar la presencia en urocultivo y hemocultivo de enterobacterias BLEE, identificar las más frecuentes y evaluar si hay incremento estadísticamente significativo durante el 2012, 2013 y 2014, en el Hospital Central Norte de PEMEX. **Material y métodos:** diseño observacional, analítico, transversal, retrospectivo. Excluyendo cultivos con desarrollo polibacteriano, contaminación o sin reporte de antibiograma. El universo fue de 4258 cultivos, trabajando una muestra probabilística de 1019 cultivos. En el análisis se utilizó  $\chi^2$  de Pearson con corrección de continuidad de Yates. **Resultados:** Hemocultivos: En 2012, el 48.65% fueron BLEE y el 51.35% NO BLEE; En 2013, 70.83% fueron BLEE y 29.17% NO BLEE; En 2014, el 59.32% fueron BLEE y 40.68% NO BLEE. Urocultivos.- En 2012, el 27.71% fueron BLEE y 72.29% NO BLEE; En 2013, el 26.69% fueron BLEE y 73.31% NO BLEE; En 2014, el 32.87% fueron BLEE y el 67.13% NO BLEE. Obteniendo para hemocultivos una  $p=0.1273$  y para los urocultivos una  $p=0.2366$ . Tanto para hemocultivo como

urocultivo *Escherichia coli* fue el agente más frecuente, seguido de *Klebsiella spp.* **Discusión y conclusiones:** No hubo incremento estadísticamente significativo para hemocultivo ni urocultivo. Existe una gran producción de BLEE, siendo hasta del 70% en hemocultivos, a diferencia del 30 a 60% en latinoamérica. Se observó que el patógeno más frecuentemente aislado es *Escherichia coli* (88%), en comparación con lo reportado en el estudio SENTRY para América Latina donde *Klebsiella pneumoniae*-BLEE es el agente más frecuente (45%). En cuanto a urocultivos, no sorprende que *Escherichia coli* represente el 92% de las enterobacterias BLEE, ya que continua siendo el principal agente causa de infección de vías urinarias. Aceptamos la hipótesis nula, quedando en evidencia una alta producción de BLEE, por arriba de lo reportado a nivel mundial, que podría explicarse por el uso indiscriminado de cefalosporinas. Hay que reconsiderar las medidas contención como el lavado de manos, desescalamiento antimicrobiano de acuerdo a reporte de cultivos y realización de guías locales.

**0101 Factores pronósticos de mortalidad en pacientes con neumonía intrahospitalaria**  
García E, Escobedo J, Liceaga M  
Hospital General Regional 1, Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, IMSS



**Introducción:** entre las complicaciones que se presentan durante el ingreso hospitalario, las infecciones nosocomiales representan el 40%, siendo la neumonía nosocomial (NN) la 2ª infección en frecuencia. Aumentando la morbilidad, mortalidad, días de estancia hospitalaria y costos de atención a la salud. **Objetivo:** analizar la asociación de edad >65 años, comorbilidades,

puntuación de APACHE II, signos vitales, laboratorio al diagnóstico; como factores de riesgo de mortalidad para NN. **Material y métodos:** se estimó la fuerza de asociación de cada una de las variables independientes con la razón de momios con un intervalo de confianza al 95%. Al evaluar la participación independiente de cada factor de riesgo se realizó un modelo multivariado de

regresión logística. **Resultados:** se estudiaron 128 pacientes con NN; 50.7% falleció. Factores pronósticos de mortalidad en pacientes con neumonía intrahospitalaria). **Conclusión:** al identificar factores de letalidad en pacientes con NN el inicio del tratamiento médico es agresivo, disminuyendo mortalidad y mejorar el pronóstico.

**0105 Determinación de la dosis diaria definida de antibióticos durante el 2014 en un hospital privado de la zona metropolitana de la Ciudad de México**  
 González S, Villagroy J  
 Hospital Ángeles Lomas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone a la Dosis Diaria Definida (DDD) como un método de medición y uso de medicamentos, y se define como “de mantenimiento diario para cualquier medicamento que se usa para su indicación principal en adultos”. Se realizó un estudio de consumo de antibióticos (AB) en el año 2014, se incluyeron todos los utilizados, se excluyeron aquellos sin DDD definido, combinados, o cuya medida no este en gramos. Se obtuvieron 48 AB. El 64% de las dosis de AB están distribuidas en 9 antibióticos, 8 de ellos de amplio espectro (Figura 1). La ocupación hospitalaria durante el 2014 fue 34%. Se observan los resultados de los 10 AB más usados. Se hizo énfasis en los carbapenémicos y las quinolonas. En conclusión este tipo de

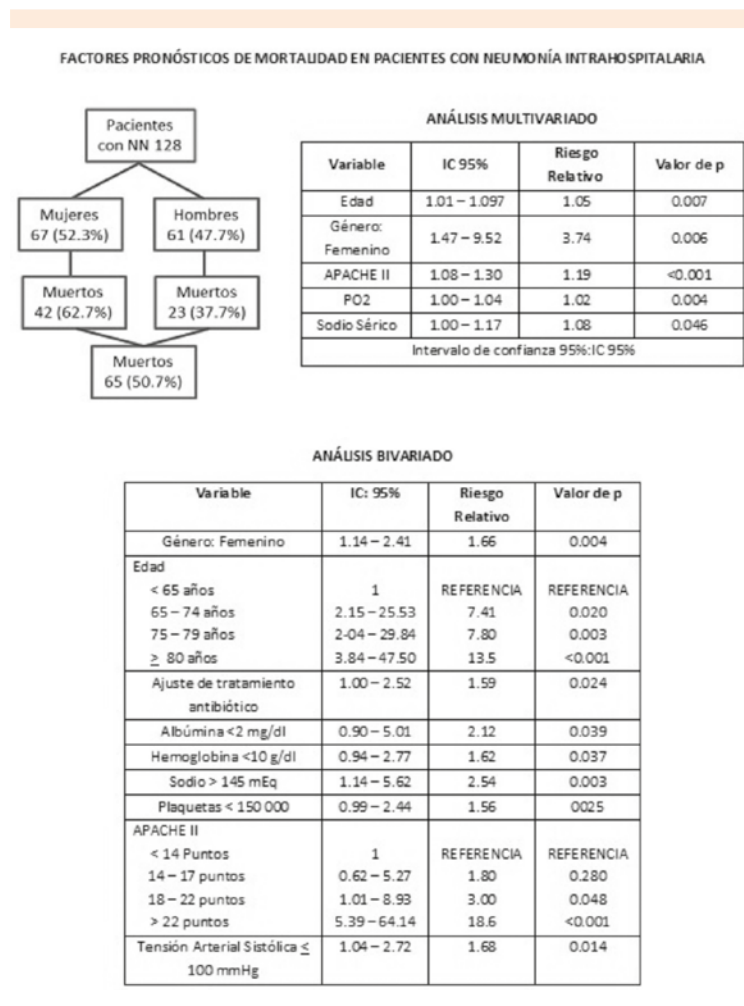


Figura 1.

Gráfico 1. Porcentaje de uso de antibióticos en 2014

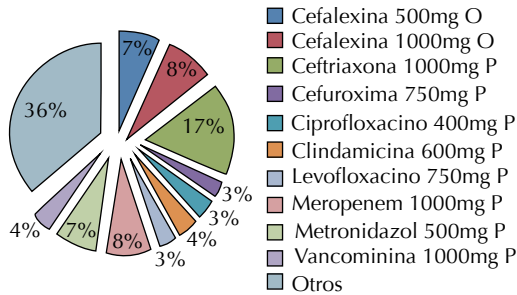
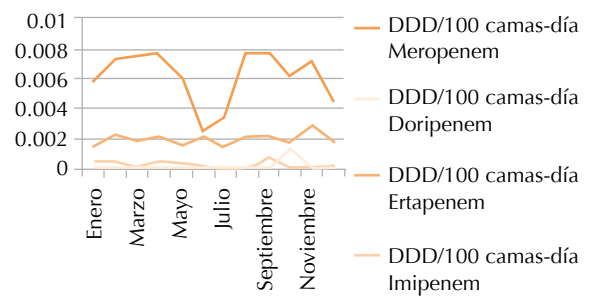


Gráfico 2. DDD/100 camas-día en Carbapenémicos



Gráfica 3. DDD/100 camas-día Quinolonas

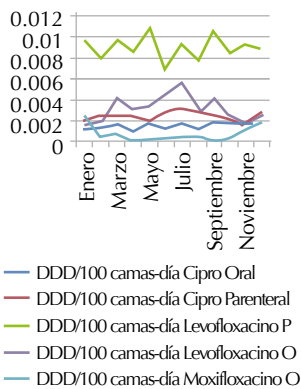


Tabla 1. DDD/100 camas-día antibióticos más usados

| Antibiótico    | mg   | Adm | Total Dosis | Total en Mg | DDD OMS en G | DDD OMS mg | No. DDD Consumidas | DDD/100 camas-día |
|----------------|------|-----|-------------|-------------|--------------|------------|--------------------|-------------------|
| Cefalexina     | 500  | O   | 2965        | 1482500     | 2            | 2000       | 741.25             | 2.804228          |
| Cefalexina     | 1000 | O   | 3468        | 3468000     | 2            | 2000       | 1734               | 6.5500739         |
| Ceftriaxona    | 1000 | P   | 7372        | 7372000     | 2            | 2000       | 3686               | 13.94453209       |
| Cefuroxima     | 750  | P   | 1194        | 895500      | 3            | 3000       | 298.5              | 1.129257414       |
| Ciprofloxacino | 400  | P   | 1547        | 618800      | 0.5          | 5000       | 1237.6             | 4.681973117       |
| Clindamicina   | 600  | P   | 1624        | 974400      | 1.8          | 18000      | 541.3333333        | 2.047921876       |
| Levofloxacino  | 750  | P   | 1353        | 1014750     | 0.5          | 500        | 2029.5             | 7.677815483       |
| Meropenem      | 1000 | P   | 3625        | 3625000     | 2            | 2000       | 1812.5             | 6.856881282       |
| Metronidazol   | 500  | P   | 3287        | 1643500     | 1.5          | 1500       | 1095.666667        | 4.145024143       |
| Vancomicina    | 1000 | P   | 1592        | 1592000     | 2            | 2000       | 796                | 3.011353104       |

Figura 1. Determinación de la dosis diaria definida de antibióticos.

estudios sirven como base para el análisis posterior y monitoreo del correcto uso de los AB en las unidades hospitalarias.

**0128 Tétanos generalizado clase III de Ablett. Reporte de caso**  
 Ramírez N, Navarrete H, Hernández M  
 Hospital General de Cuernavaca Dr. José G. Parres, SSA

**Introducción:** en México solo se han reportado 3 casos de tétanos en el 2013. Según

estadísticas estadounidenses solo el 22% de los pacientes ha recibido profilaxis de forma apropiada. Cerca del 24% de los casos fallece. **Descripción del caso:** hombre de 49 años de edad, albañil, diabético. Presenta herida cortante en 4ta falange de mano izquierda ocasionada con varilla oxidada curada el mismo día. Después de 10 días ingresa a hospitalización refiriendo dificultad para la apertura oral, disfagia, disfonía, rigidez cer-

vical, ortopnea y parestesias ascendentes progresivas en extremidad torácica izquierda, acompañadas de espasmos distales los cuales se generalizan. A la exploración la herida en articulación interfalángica distal con tendón flexor expuesto, necrosis y maceración de tejidos. Ante la sospecha de tétanos se inicia manejo avanzado de la vía aérea, desbridación de herida con aplicación de 3000u de gammaglobulina humana tetánica y se inicia tratamiento



con penicilina sódica cristalina 18 millones de unidades al día. Durante su estancia intrahospitalaria presenta parálisis espástica la cual se exagera al estímulo táctil y luminoso e ingresa a terapia intensiva, donde se indica infusión de midazolam disminuyendo la espasticidad. Se reportan anticuerpos antitoxina tetánica negativos. Desarrolla neumonía asociada a ventilador con respuesta favorable a antibiótico iniciándose protocolo de retiro de ventilación mecánica. Persiste con trismus, tetraparesia y espasticidad de miembro afectado por lo que se continuó infusión de midazolam y tizanidina hasta lograr mejoría. Es egresado con lorazepam oral y rehabilitación. Actualmente el paciente solo con dificultad para la extensión de 4to dedo de extremidad torácica izquierda. De acuerdo con la clasificación de Ablett el paciente presentaba un grado III por lo que estos pacientes deben recibir apoyo mecánico ventilatoria y manejarse en la unidad de cuidados intensivos. El tratamiento con benzodiazepinas disminuye el espasmo, además debe incluir inmunoglobulina 5000 a 10000U en paciente sin vacunación o inmunización, durante la fase de convalecencia y penicilina o metronidazol para erradicar la bacteria. Las infecciones nosocomiales son comunes y una causa importante de mortalidad. Reportamos caso ante la sobrevivencia con mínimas secuelas.

### 0131 Perfil de resistencia bacteriana de *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii* en secreción bronquial en el periodo de enero del 2013 a julio del 2014

Landa P,<sup>1</sup> Hurtado J,<sup>2</sup> Leo G<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital General de México, SSA

<sup>2</sup> Hospital General de Querétaro, SSA

<sup>3</sup> Universidad Autónoma de Querétaro

**Introducción:** la resistencia bacteriana a los antimicrobianos fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública. Los patógenos nosocomiales a nivel mundial de mayor preocupación por su alta prevalencia son: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella spp.* y *Acinetobacter spp.* En los hospitales existe una correlación entre el uso de antibióticos y la emergencia de resistencia. El análisis sistemático de frecuencias y los patrones de resistencia son programas obligados lo que motivo este trabajo de investigación. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional, ambispectivo, en el Hospital General de Querétaro (HGQ) México durante un periodo de 18 meses. Se determinó la prevalencia y perfiles de resistencia. Se utilizó el Vytec 2 biomerieux para la identificación bacteriana y con el Advanced Expert System™ se determinó cohe-

rencia de identificación y los tipos de origen de la resistencia. **Resultados:** *Pseudomonas aeruginosa* fue el más frecuente (26.4%) la mayor resistencia fue a Meropenem y Ceftazidima (87.5%). Los tipos de resistencia fueron a carbapenemasas y betalolactamasas. *Acinetobacter baumannii* (19.3%) la mayor resistencia fue a Ceftazidima y Ciprofloxacino (88.8%). El tipo de resistencia en un 49.09% de las cepas probadas fue con carbapenemasas y betalolactamasas. **Discusión:** se demostró una multiresistencia a carbapenémicos y betalolactamasas para *P. aeruginosa* y *A. baumannii* lo que indica implementar medidas de control específicas. **Conclusión:** en el HGQ los microorganismos más frecuentemente aislados en cultivos de expectoración de pacientes intubados fueron *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii* con perfiles de multiresistencia.

### 0132 Choque séptico y brote severo de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en un caso confirmado de fiebre Chikungunya (ChikV)

Sepúlveda J,<sup>1</sup> Tevera M,<sup>1</sup> Contreras A,<sup>2</sup> Canseco L,<sup>1</sup> Trujillo K,<sup>1</sup> Domínguez S,<sup>1</sup> Sánchez R,<sup>1</sup> Zamudio F,<sup>1</sup> Trujillo M<sup>1</sup>, Ramírez J,<sup>1</sup> Ocaña M<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, SSA

<sup>2</sup> Hospital Juárez de México, SSA

**Introducción:** los primeros casos en México de ChikV se registraron en Chiapas en Oct-2014. **Descripción del caso:** mujer de 59 años, con LES articular desde 2010 en tratamiento con hidroxicloroquina y azatioprina. Cursó con fiebre de 39.5GC de 3 días de duración y artralgias severas, posteriormente desarrollo edema, dolor y datos de infección de tejidos blandos en miembros inferiores. Ingreso con diagnóstico de celulitis. Por antecedente epidemiológico se realizó q-PCR para ChikV, resultando positiva. Se documentó actividad severa de LES en la estancia; presentó múltiples complicaciones infecciosas nosocomiales (Figura). Falleció por falla pulmonar asociada a hemorragia alveolar. **Conclusión:** ChikV produce manifestaciones atípicas en grupos de riesgo. Las enfermedades autoinmunes reumáticas (EAR) podrían tener presentaciones atípicas y su reactivación durante la infección por ChikV debe estudiarse, sobre todo en zonas endémicas de *A. aegypti*.

### 0163 Lesión pulmonar cavitada: tuberculosis vs nocardia

Peraza M

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

**Introducción:** la caverna por tuberculosis corresponde a un tuberculoma que se ha comunicado a la vía aérea, es una característica de la Tb post primaria. Las nocardias son actinomicetos aerobios gram +, saprofitos, frecuente en inmunodepresión o comorbilidad pulmonar crónica. El agente etiológico de la Tb es el *Mycobacterium tuberculosis*, aerobio estricto, ácido-alcohol resistente (AAR), sin movilidad, de crecimiento lento. **Descripción del caso:** mujer 51 años. Ama de casa. Madre finada: Cáncer de páncreas; padre finado: IAM. Tabaquismo negado. Biomasa por 18 años, 3 hrs día. Combe +: esposo padeció tuberculosis hace 4 años, recibió tratamiento por 6 meses y se curó. Portadora de DM2 hace 3 años en tratamiento actual con biguanida. HAS hace 3 años con IECA. PA: Inicia marzo 2015 tos productiva hialina, fiebre no cuantificada cedía con paracetamol y anti-

bióticos por infección de vías respiratorias bajas. Julio 2014: persiste fiebre 38° intermitente, tos productiva purulenta, pérdida de peso. Tele de tórax: masa de bordes mal definidos y broncograma aéreo; es ingresada por posible Cáncer de pulmón a descartar Tuberculosis. EF: tórax ausencia de murmullo vesicular en parte media del campo pulmonar izquierdo, discretos estertores, sin sibilancias; campo pulmonar derecho: normal. Descontrol metabólico. BAAR seriado: primeros 2 negativos y el 3° reporta BAAR con ramificaciones sugerentes de Nocardia. VIH no reactivo. TAC tórax: lesión cavitaria en lóbulo superior izquierdo. Broncoscopía: se realiza PCR para tuberculosis: positiva. Continúa tratamiento antifímico y sulfas. **Discusión:** para el diagnóstico de Tb contamos con: prueba de tuberculina, BAAR en esputo, PCR, cultivos (gold estándar) en medio Ogawa Kudoh y Lowenstein-Jensen. Recientemente diagnóstico molecular llamado Xpert MTB/RIF detecta *M. tuberculosis* dentro de 2 horas. **Conclusión:** la sospecha de tuberculosis en el adulto se basa en el cuadro clínico de tos persistente mayor o igual a 2 semanas, productiva, en ocasiones con hemoptisis, fiebre vespertina o nocturna, diaforesis, pérdida de peso, astenia, adinamia. Existe coinfección de tuberculosis y nocardia. La clínica y los estudios de laboratorio ayudan al







diagnóstico certero, para iniciar tratamiento.

### 0165 Leptospirosis en regiones tropicales de México

Svarch A, Jonathan C, Arce C  
Hospital Central Sur, PEMEX

**Introducción:** la leptospirosis es una zoonosis endémica en zonas tropicales. En México, la presentación clínica es variable.

**Objetivo:** reconocer factores asociados a presentaciones graves. **Material y métodos:** se realizó una revisión de los casos diagnosticados en dos Hospitales de la región. Evaluamos datos demográficos, clínicos y de respuesta al tratamiento. Todos los casos presentados fueron positivos. Se realizó una búsqueda sistemática de 1995 a 2015. Se encontraron 98 casos probables; 19 confirmados.

**Resultados:** los casos fueron clasificados: doce casos como enfermedad pseudo-gripal (63.15%), tres con características de síndrome de Weil (15.78%), uno con meningitis (5.26%) y tres con hemorragia pulmonar (15.78%). El diagnóstico se realizó en 2.5 días para la presentación pseudogripal; 3.3 días para síndrome de Weil, 4 días para meningitis y 16.3 días para hemorragia pulmonar.

**Conclusiones:** un retraso en el diagnóstico condiciona que los pacientes cursen con complicaciones más graves.

### 0183 Comparación del volumen plaquetario medio,

### APACHE II y SOFA como predictores de mortalidad en pacientes con sepsis en el Hospital Regional de Tlalnepantla

Jimenez J, Izaguirre F  
Hospital Regional Tlalnepantla, ISSEYM

**Introducción:** las plaquetas inmaduras aumentan en los pacientes con sepsis dando plaquetas más grandes, evaluadas por el Volumen plaquetario medio (VPM), éstas correlacionan con Escalas como APACHE II (Evaluación de Fisiología Aguda y Salud Crónica) y SOFA (Valoración de Falla Orgánica Secuencial) para predecir severidad. **Material y métodos:** este estudio prospectivo se obtuvieron 55 pacientes. Se realizaron con pruebas de T de Student y U de Mann-Whitney, se obtuvieron curvas Característica Operativa del Receptor (ROC) y área bajo la curva (AUC), Sensibilidad (Se) y especificidad (Es). **Resultados:** 50.9% Sobrevivientes (SV) y

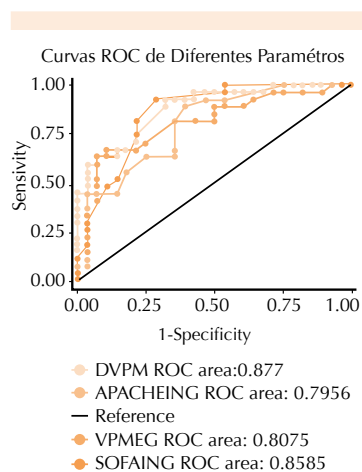
49.1% No-Sobrevivientes (NS). VPM en SV (7.89 fL), NS (9.33 fL,  $p < 0.001$  APACHE-II en SV (15.67 pts), NS (23.74 pts,  $p < 0.001$  SOFA en SV (6.32 pts) y en NS (11.66 pts,  $p < 0.001$ ). La diferencia del VPM (?VPM) +0.8 fL (Se 74.04%, Es 78.57%).

**Conclusión:** la elevación del volumen plaquetario medio durante la estancia tienen mayor mortalidad en pacientes con sepsis.

### 0214 Valor predictivo de la dinámica de depuración de procalcitonina en la población adulta con sepsis

Cedillo J, Palma R, Gómez B, Rodríguez F, Díaz E  
Hospital Ángeles Pedregal

**Introducción:** la medición de la procalcitonina tiene múltiples utilidades, se ha utilizado como predictor de mortalidad y como guía en el uso de terapia antimicrobiana empírica, sin embargo, debido a las variaciones, rangos diversos y variabilidad interindividual, su uso como valor pronóstico de supervivencia y no supervivencia basado en un valor absoluto de procalcitonina se considera actualmente inválido. Los cambios dinámicos en los niveles plasmáticos de procalcitonina han mostrado ser más predictivos del resultado en sepsis severa y choque séptico que un solo valor absoluto. Los resultados de la depuración de procalcitonina fueron comparados contra diferentes escalas



de gravedad como las escalas de APACHE II, SOFA y SAPS. Los resultados muestran que la depuración de procalcitonina a las 24 y 48 horas está asociada con una disminución en la mortalidad. **Conclusiones:** la procalcitonina es un marcador inflamatorio con gran valor predictivo positivo de sepsis de origen bacteriano cuando sus valores son superiores a 2 ng/mL, considerándose guía en el inicio, cambio y suspensión de terapia antimicrobiana. Un resultado positivo, sin embargo carece de utilidad pronóstica sin importar el valor, es por eso que el cálculo de su dinámica indica a una mayor depuración, calculada como el porcentaje de disminución a las 24 y 48 horas respecto a los valores de ingreso una disminución de riesgo de sepsis severa, choque séptico, y mayor supervivencia intrahospitalaria.

**0225 Incidencia de neumonía asociada a apoyo mecánico ventilatorio, en relación al uso de protectores de mucosa gástrica, en el Hospital General Regional 1**

*Chavez M, Escobedo J, Liceaga M*

Hospital General Regional 1  
Dr. Carlos Macgregor Sánchez Navarro, IMSS

**Objetivo:** evaluar el efecto de los protectores de mucosa gástrica (sucralfato y omeprazol) en la incidencia de neumonía asociada al apoyo mecánico

ventilatorio. **Material y métodos:** se realizó un estudio de seguimiento en pacientes hospitalizados en servicio de medicina interna de Hospital General Regional no. 1 del IMSS en la Ciudad de México, que recibieron apoyo mecánico ventilatorio en el periodo del 1 de enero del 2014 al 28 de febrero de 2015, al momento de la intubación se clasificaron los sujetos, en función del protector de mucosa gástrica utilizado y se siguieron durante el tiempo que estuvieron con apoyo mecánico ventilatorio para evaluar la ocurrencia de neumonía asociada a ventilador. El diagnóstico de neumonía se siguió de acuerdo a los criterios de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA). Se estimó la incidencia de neumonía asociada a apoyo mecánico ventilatorio usando en el denominador el tiempo persona de intubación. Se comparó la incidencia usando curvas de Kaplan-Meier y con el fin de controlar por potenciales variables de confusión, se uso un modelo de Cox, el cuál incluyó edad, sexo, motivo de intubación, servicio donde se realizó la intubación, uso de antibiótico y el motivo de uso de este, y la escala de coma de Glasgow al momento de la intubación. Como medida de asociación se usó la razón de verosimilitud (Hazard Ratio, HR), con intervalos de confianza al 95% (IC 95%) resultados estudiaron 139 pacientes, de

los cuales, 50 desarrollaron neumonía (36%). En la curva de Kaplan Meyer la incidencia de neumonía fue mayor en pacientes que recibían omeprazol (35/86), que en los que recibieron sucralfato (13/47), y esta diferencia fue significativa ( $p < .05$ ). En el modelo de Cox el riesgo de neumonía fue mejor en los pacientes que recibieron sucralfato (HR 0.6; IC 95% 0.32-1.28). El riesgo fue mayor en aquellos pacientes cuyo motivo de intubación fue por problema basal respiratorio (HR 2.48; IC 95% 1.11-5.55) **Conclusiones:** el uso de protectores de mucosa gástrica es importante en pacientes con apoyo mecánico ventilatorio para disminuir el riesgo de sangrado por úlceras de estrés, sin embargo se debe asegurar que la prevención de la hemorragia digestiva alta, no produzca un mayor riesgo de desarrollar neumonía asociada a la ventilación, llevando a un daño mayor o igual al potencial beneficio de esta profilaxis.

**0230 Micobacteriosis diseminada por *Mycobacterium bovis* en paciente con artritis reumatoide en tratamiento con adalimumab**

*Arellano C, Mora L*  
SSA, Hospital General Ticomán.

Paciente femenino de 48 años, enfermera. Artritis reumatoide de 9 años de diagnóstico en tratamiento con Metotrexate, Sulfazalacina, Prednisona y



desde hace 5 meses inició con Adalimumab 1 amp cada 14 días SC. Inicia su padecimiento actual hace 1 mes con astenia, adinamia, malestar general, agregándose una semana después fiebre sin predominio de horario y diaforesis. Siete días más tarde presenta aumento progresivo de volumen a nivel abdominal a expensas de ascitis a tensión la cual requirió paracentesis evacuadora, con estudio citológico y citoquímico que reporta 636 células con 90% de PMN 10% de MN, glucosa 92mg, DHL 478mg. Serología para hepatitis B y C así como Elisa para VIH negativos. Ante la sospecha de infección por Tuberculosis dado el antecedente del uso de Adalimumab se realizan una serie de estudios con PPD 20 mm, ADA 164.6 U/L, BAAR en ascitis negativo. Se inicia prueba terapéutica con DOTBAL fase intensiva. Sin embargo con formación de ascitis a tensión de nueva cuenta requiriendo drenaje de 1000 cc de líquido peritoneal una semana después. El día 14/08/2015 presentó fiebre acudiendo a urgencias realizándose TAC toracoabdominal con reporte de líquido libre. Múltiples crecimientos ganglionares abdominales de características inflamatorias, derrame pleural derecho, zona de condensación basal derecha a considerar proceso neumónico y enfermedad articular en columna. Recibió manejo con levofloxacina por 14 días con mejoría parcial. Se

realiza valoración por infectología realizan paracentesis diagnóstica solicitando cultivo del líquido peritoneal para micobacterias, ya que se sospecha en enfermedad diseminada por no tuberculosas debido a los hallazgos en la Tomografía. Se recibe resultado de cultivo para micobacterias del líquido peritoneal resultando *Mycobacterium bovis ssp bovis*. Por lo que se ajusta tratamiento Isoniazida 300, rifampicina 600 mg y etambutol 1200 mg cada 24 hrs por un año ya que este microorganismo presenta resistencia intrínseca a pirazinamida.

**0234 Prevalencia bacteriana de urocultivos positivos en pacientes con diagnóstico presuntivo de infección de vía urinaria adquirida en la comunidad o de manera intrahospitalaria del HGZ 27, del 1 de octubre de 2014 al 31 de junio de 2015**  
*Viveros G, Jardines G, Deloya A, Maldonado G*  
 IMSS, HGZ 27

**Antecedentes.** Las infecciones de vías urinarias es un problema de salud frecuente en la población general, ya que es uno de los principales motivos de consulta a nivel institucional en la atención médica familiar y los servicios de urgencia a nivel hospitalario. Representa un significativo problema de salud debido a su incidencia y morbilidad, con riesgos potenciales a largo plazo en la

sobrevida y calidad de vida de aquellos afectados, lo que amerita intensificar los esfuerzos en la detección temprana, el tratamiento oportuno y eficaz, y seguimiento posteriores, especialmente en momentos y en circunstancias de alta susceptibilidad. La ausencia de nuevas moléculas antimicrobianas y el incremento en la resistencia bacteriana, favorecida por el uso indiscriminado de antibióticos, obliga a normar conductas para el abordaje y tratamiento inicial de las infecciones en vías urinarias. **Objetivo.** Describir la prevalencia bacteriana encontrada en urocultivos positivos de pacientes con diagnóstico presuntivo de infección de vía urinaria, adquirida en la comunidad o de manera intrahospitalaria en el servicio de medicina interna del HGZ 27 del 1 de octubre del 2014 al 31 de junio del 2015 para establecer los lineamientos en cuanto al tratamiento empírico inicial en base a la adaptación de los resultados de los cultivos y las sensibilidades reportadas. **Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal, retrospectivo durante el periodo del 1 octubre del 2014 al 31 junio del 2015, obteniéndose una total de 230 cultivos positivos en donde se realizó una descripción en cuanto al género, microorganismo y sus sensibilidades. Estos se presentan en gráficos descriptivos. **Resultados.** se recabaron 230 resultados de urocultivos positivos en el pe-

riodo descrito, quedando en total 175 muestras efectivas ya se eliminaron 38 por número de unidades formadoras de colonias, y 16 infecciones por hongos; durante el periodo analizado la mayor prevalencia fue en el mes de junio con 35 casos 20 % y marzo con 34 casos 19.42%, en cuanto a genero se presentaron 140 en mujeres 80 % y en 35 hombres 20%, el agente más frecuentemente encontrado fue E. coli en (94) 53.71% con sensibilidad para meropenem (30), gentamicina (27) y nitrofurantoína (20), quinolonas (6 seguido de E. Fecalis (25) 14.28% con sensibilidad para vancomicina (21), Klebsiella Pneumoniae (17) 9.71%, con sensibilidad para meropenem (6), levofloxacin (5) pseudomona (11) 6.28% con sensibilidad para ciprofloxacino (6). **Conclusión.** en base a los resultados descritos concluimos que para este hospital el mejor tratamiento empírico en infección de vías urinarias por E coli en base a nuestro cuadro básico de medicamentos es la gentamicina y nitrofurantoína y en casos seleccionados dependiendo de la gravedad del paciente y complicados meropenem; y solo en casos seleccionados cuando alta probabilidad de E fecalis utilizar vancomicina.

**0236 Prevalencia bacteriana de cultivos positivos de líquido peritoneal en pacientes con diagnóstico presuntivo de**

**peritonitis asociada a diálisis del HGZ 27, del 1 de enero de 2015 al 31 de julio de 2015**

*Marín D, Jardines G, Viveros G, Maldonado G*  
IMSS HGZ 27

**Antecedentes.** La peritonitis asociada a diálisis es un problema de salud frecuente en la población en tratamiento sustitutivo de la función renal, representa problema de salud debido a su alta incidencia y morbilidad, con riesgos potenciales a corto plazo en la sobrevida y calidad de vida de aquellos afectados. Por lo que se pretende proporcionar los conocimientos básicos para que los planes terapéuticos sean uniformes y brindarle el máximo beneficio al paciente.

**Objetivo.** Describir la prevalencia bacteriana encontrada en cultivos positivos de líquido peritoneal de pacientes con diagnóstico presuntivo de peritonitis en el servicio de medicina interna del HGZ 27 del 1 de enero del 2015 al 31 de julio del 2015 para establecer los lineamientos en cuanto al tratamiento empírico inicial en base a la adaptación de los resultados de los cultivos y las sensibilidades reportadas.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal, retrospectivo durante el periodo del 1 de enero del 201 al 31 julio del 2015, obteniéndose una total de 84 cultivos positivos en donde se realizó una descripción en cuanto al género, microorganis-

mo y sus sensibilidades. Estos se presentan en gráficos descriptivos. **Resultados.** se recabaron 84 resultados de cultivos positivos de líquido peritoneal en el periodo descrito, quedando en total 78 muestras efectivas ya se eliminaron 6 infecciones por hongos; durante el periodo analizado la mayor prevalencia fue en el mes de julio con 26 casos 33.3% y mayo con casos 20.5%, en cuanto a genero se presentaron 27 en mujeres 34.6 %y en 51 hombres 65.3%, con opciones de tratamiento de primera línea mencionados a continuación. El agente más frecuentemente encontrado fue staphylococcus epidermidis en (15) 19.2% con sensibilidad para tigeciclina (13), levofloxacin (1) y eritromicina (1 seguido de E. coli (12) 15.4% con sensibilidad para gentamicina (5), tetraciclina (3), nitrofurantoína (3) tigeciclina (2), staphylococcus aureus (11) 14.1%, con sensibilidad para tigeciclina (9), vancomicina (1), gentamicina (1) pseudomona aeruginosa (9) 11.5% con sensibilidad para gentamicina (6) y ciprofloxacino (3). **Conclusión.** en base a los resultados descritos concluimos que para este hospital el mejor tratamiento empírico para peritonitis asociada a diálisis, causada por los agentes bacterianos más comunes, es en base de tigeciclina y gentamicina.

**0237 Prevalencia bacteriana de cultivos de expectoración positivos en pacientes con**



**diagnóstico presuntivo de neumonía intrahospitalaria del HGZ 27, del 1 de febrero de 2015 al 31 de julio de 2015**

*Reyes M, Jardines G, Deloya A, Viveros G*

IMSS HGZ 27.

**Antecedentes.** La neumonía nosocomial (NN) se asocia a una elevada morbimortalidad y es la segunda causa de infección intrahospitalaria después de la infección urinaria. Por lo que la elección de un plan de tratamiento antibiótico empírico es una tarea compleja, para la que debe tenerse la suficiente información en relación a las innumerables variables de cada situación clínica. Por lo que se pretende proporcionar los conocimientos básicos para que los planes terapéuticos sean uniformes y brindarle el máximo beneficio al paciente

**Objetivo.** Describir la prevalencia bacteriana encontrada en cultivos de expectoración positivos de pacientes con diagnóstico presuntivo de neumonía adquirida en la comunidad o de manera intrahospitalaria en el servicio de medicina interna del HGZ 27 del 1 de febrero del 2015 al 31 de julio del 2015, para establecer los lineamientos en cuanto al tratamiento empírico inicial en base a la adaptación de los resultados de los cultivos y las sensibilidades reportadas, lo que se relacionara con una mayor supervivencia de los pacientes. **Material y métodos.** Se realizó un estudio

transversal, retrospectivo durante 5 meses, obteniéndose una total de 41 cultivos positivos en donde se realizó una descripción en cuanto al género, de microorganismo y sus sensibilidades. Estos se presentan en gráficos descriptivos. **Resultados.** se recabaron 41 resultados de cultivos de expectoración durante el periodo analizado la mayor prevalencia fue en el mes de marzo y mayo con 11 casos cada uno siendo el total el 53.65%, en cuanto a género se presentaron 31 casos en mujeres (75.60%) y 10 casos en hombres (24.39%), el agente más frecuentemente encontrado fue E coli en (11) 26.82% con sensibilidad para meropenem (6) y quinolona (2) seguido de Klebsiella (6) 14.63% con sensibilidad para meropenem (3) y Levofloxacino (2) S Aureus (5) 12.19% con sensibilidad para vancomicina. **Conclusión.** en base a los resultados descritos concluimos que para este hospital el mejor tratamiento empírico en neumonía nosocomial en base a nuestro cuadro básico de medicamentos es meropenem, levofloxacino, y en casos seleccionados vancomicina.

**0238 Neumonía por *Pneumocystis jirovecii* como principal causa de mortalidad en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el servicio de Medicina Interna del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara**

*Torres E<sup>1</sup>, Andrade J<sup>1</sup>, Calvo C<sup>1</sup>, Román L<sup>1</sup>, Pérez M<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> SSA, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara, <sup>2</sup> Hospital privado Real San José.

Neumonía por *Pneumocystis jirovecii* como principal causa de mortalidad en pacientes con infección temprana por el virus de la inmunodeficiencia humana en el servicio de medicina interna del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara. **Antecedentes:** El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es la pandemia infecciosa más letal de las últimas 3 décadas. Las principales causas de mortalidad en pacientes con VIH son las infecciones oportunistas.

**Objetivo del estudio:** determinar las causas de morbimortalidad infecciosas en pacientes a quienes se les realiza el diagnóstico de VIH en el servicio de medicina interna. **Material y métodos:** estudio transversal descriptivo en pacientes a quienes se les realizó diagnóstico de infección temprana por VIH en el servicio de medicina interna durante marzo de 2014 a febrero de 2015, la cual se define como paciente que presenta dos ELISA y un Western Blot positivos para VIH de no más de 180 días de vigencia. El estadio de la infección por VIH es acorde a los niveles de CD4 o presencia de enfermedad oportunista según lo define la Centers for Disease Control and Prevention del Departamento de Salud y Servicios Humanos en Estados Unidos. Los criterios diagnósticos para infecciones oportunistas

fueron los utilizados por la guía clínica de Infectious Disease Society of America de abril del 2015. **Resultados:** se realizaron 138 diagnósticos de infección temprana por VIH en un año. Se excluyeron 32 pacientes por tener expedientes incompletos. De 106 pacientes, en 49 (46%) se encontró infección oportunista, siendo la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* la más frecuente en 13 (12.3%) pacientes con mortalidad de 4.7%, seguida de micobacterias en 10 pacientes (9.3%), 7 en pulmón, 2 ganglionares y 1 peritoneal con mortalidad de 1.9%. Los estadios clínicos de la infección por VIH fueron: 0 paciente en 0, 13 pacientes en 1 (12.3%), 23 pacientes en 2 (21.7%), 70 pacientes en 3 (66%) y 0 pacientes en desconocido. La media de carga viral fue 245680 replicas y de linfocitos CD4 fue 243 células/mm<sup>3</sup>. **Conclusiones:** desde la inclusión de los anti-retrovirales la morbimortalidad ha disminuido en pacientes con VIH, por lo cual es primordial el inicio de tratamiento empírico de las infecciones oportunistas y antiretrovirales al diagnosticarlo. En nuestro medio *Pneumocystis jirovecii* fue el agente causal principal de morbilidad y mortalidad en 5 pacientes.

**0244 Un caso de *Clostridium difficile* cepa 027/NAP1/BI con novedoso tratamiento**

*Miranda T, Pérez S*

Hospital privado de alta especialidad Christus Muguerza

Mujer de 73 años portadora de artritis reumatoide, en tratamiento con azatioprina, y AINES, quien 2 semanas previas a su ingreso al hospital, fue operada de una instrumentación dorso lumbar por fractura postraumática de T11, estando internada 12 días, con tratamiento antibiótico con Levofloxacino 750 mg IV cada 24 horas. El último día de estancia hospitalaria inicia con evacuaciones liquidadas en 6 ocasiones, sin embargo se decide su egreso con manejo de Levofloxacino 500 mg VO cada 24 horas. En su casa continua durante 3 días con evacuaciones diarreas sin moco ni sangre, pujo o tenesmo, aproximadamente 15 a 20 evacuaciones, acompañados de dolor tipo cólico difuso de intensidad 8/10 agregándose el día de su ingreso fiebre no cuantificada razón por lo que acude a urgencias. En urgencias se presenta hemodinamicamente estable, con fiebre. A la exploración física se encontraba con mucosas deshidratadas, llenado capilar mayor a 3 segundos, alerta, orientada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen distendido, peristalsis aumentada y dolor difuso a la palpación en marco colónico. En los estudios paraclínicos, la biometría hemática anemia y leucocitosis. Perfil bioquímico dentro de parámetros normales. Se ingresa a piso con tratamiento a base de hidratación. Se interconsulta

con gastroenterología quien solicita coprológico reportando guayaco positivo, leucocitos de 30 a 40 por campo y eritrocitos de 1 a 2 por campo. Toxinas A y B de *Clostridium difficile* positivas, motivo por el cual se inicia manejo con vancomicina vía oral 250 mg cada 6 horas. Cursa con mala evolución clínica, presentando evacuaciones diarreas de 8 a 10 por día, fiebre, oliguria e hipotensión arterial. Se inicia reanimación con cristaloides sin mejoría por lo que se decide ingresar a terapia intensiva para manejo con vasopresores. Se interconsulta a infectología, el cual solicita PCR para *Clostridium difficile* siendo positivo para la cepa 027/NAP1/BI y procalcitonina positiva en 266 ng/ml. Se inicia manejo con vancomicina 250 mg VO cada 6 horas y tigeciclina dosis de carga de 100 mg y después después 50 mg cada 12 horas. Persiste con vasopresores durante 24 horas y disminuye la cantidad de evacuaciones a 1 por día con consistencia. Cursa con buena evolución clínica, por lo que al tercer día se egresa a piso. Dura 10 días con Tigeciclina y se egresa con Vancomicina asintomática.

**0253 Pericarditis y mediastinitis infecciosa secundarias a infección por VIH**

*Vicente G, Ramírez Yr, Azcona M, Jiménez S*

ISSSTE, Hospital Regional Presidente Juárez, Oaxaca.

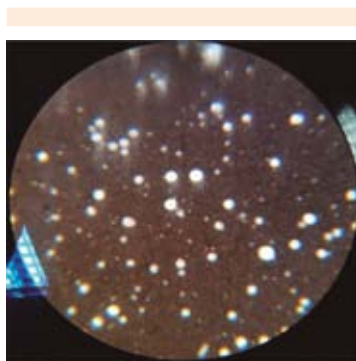
En 1992 se realizó el primer reporte de mediastinitis en pacientes adictos a heroína infectados con VIH, así como múltiples infecciones concomitantes. Después de este informe ha habido pocos casos en los que este cuadro clínico haya afectado a un solo paciente. Se comunica el caso de un paciente de 34 años de edad, que acudió al Hospital Regional Presidente Juárez, Oaxaca, con antecedente de diarrea crónica que no respondía al tratamiento. Posteriormente fue hospitalizado en diversas ocasiones por infección respiratoria aguda, por lo que requirió tratamiento antimicrobiano y antiviral contra infecciones oportunistas. En una subsecuente hospitalización se diagnosticó pericarditis infecciosa y mediastinitis. Las pruebas diagnósticas confirmaron la infección por VIH. El paciente tuvo diversas complicaciones cardíacas como consecuencia de las múltiples infecciones oportunistas. El tratamiento farmacológico y quirúrgico oportuno y el constante monitoreo cardiológico permitieron la recuperación y supervivencia de este paciente. Palabras clave: VIH, Cardiología, pericarditis, mediastinitis.

### 0272 Fiebre y cefalea

Martínez G, 1 Urdez E2

1Otra, Centro Médico ISSEMYM Toluca, 2IMSS, Hospital de Infectología Dr. Daniel Méndez Hernández.

Masculino de 38 años de edad, con antecedente de múltiples parejas sexuales, uso irregular de preservativo, no usuario de drogas IV, no tatuajes ni antecedente de transfusiones. Debuta con fiebre intermitente, pérdida de peso, cefalea holocraneana pulsátil, disminución de agudeza visual de ojo derecho, náusea, malestar general y alteraciones de la conducta. Analítica: leucocitos 7800, neutrófilos 3500, linfocitos 730, Hb 10, Hto 32, Plaquetas 130mil, Glucosa 89, urea 27, Cr 0.9, AST 68, ALT 45, DHL 230, ELISA reactivo, Carga viral 130 millones, Cuento CD4 98, LCR: celularidad 1030, aspecto turbio, PMN 10%, mononucleares 90%, Glucosa 34, DHL 50, Tinción Gram negativa, Tinta China positiva. Radiografía de tórax y TAC simple de cráneo sin alteraciones. Se inició tratamiento con anfotericina B. El paciente cuenta con diagnóstico de neuroinfección por *Cryptococcus neoformans* y VIH estadio C3.



### 0279 Aspergilosis invasiva por *A. flavus* en paciente con neutropenia febril

Valero G, Antonio I, Rodríguez B

SSA, Hospital Juárez de México

**Antecedentes:** La aspergilosis invasiva se presenta en el contexto de un padecimiento que afecta la inmunidad celular. Los agentes más frecuente son *A. fumigatus* y en 2º lugar *A. flavus*. **Caso clínico:** Hombre de 46 años con antecedente de dislipidemia no especificada, no tratada, sin otros antecedentes. Ingresa por cuadro de 1 mes con dolor abdominal en hipocondrio izquierdo, intensidad 5/10, vómito gastrobiliar, alzas térmicas no cuantificadas y diaforesis de predominio en la madrugada y pérdida ponderal de 7 kilos. 3 días previos se agrega tos productiva con expectoración hialina escasa. Se hace diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda L2. Se administra el 1er día de HyperCVAD, suspendiéndose por reporte positivo de *A. flavus* en



expectoración, radiografía con radiopacidad heterogénea en hemitórax derecho y deterioro respiratorio y hemodinámico. Se inicia caspofungina. **Conclusión:** La aspergilosis invasiva se presenta infrecuentemente en neutropenia febril menor a 7 días de evolución.

#### **0304 Características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo de las infecciones ocasionadas por enterobacterias productoras de carbapenemasas en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México**

*Ortiz E, Torres P, Sifuentes J, Ponce De León A, Bobadilla M SSA, INCMNSZ*

**Antecedentes:** La prevalencia de infecciones por Enterobacterias productoras de beta lactamasas de espectro extendido (IEBLEE) ha incrementado. Frecuentemente su única opción terapéutica son los carbapenémicos (CBP), sin embargo, cada vez hay más reportes de infecciones por Enterobacterias resistentes a CBP (IERC). Su principal mecanismo de resistencia es la producción de carbapenemasas (IEPC). La información epidemiológica en México es escasa. Dado que corresponde a un problema salud pública de primer orden, es esencial la descripción de los factores (FR) con el propósito de identificar la población más susceptible. **Objetivo:** Identificar los mecanismos de resistencia de las IERC en un

hospital de tercer nivel y describir los FR asociados. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de casos y controles anidado. Se recolectó la información clínica de las infecciones por ERC de 09/ 2013 a 06/2015. Los aislados se identificaron por el micrométodo Vitek 2 (Biomerieux, St. Louis, MO). La detección de carbapenemasas se realizó con la prueba modificada de Hodge, PCR múltiple (blaNDM, blaVIM, blaIMI, blaKCP y blaOXA-48) y confirmación por secuenciación. Las IEPC correspondieron a los CASOS. Se incluyeron dos controles: infección por EB sensibles a CBP y ceftriaxona (C1) e IEBLEE (C2). Se parearon 1:1 en base a la especie, período de riesgo, lugar al inicio de los síntomas y sitio anatómico de la infección. Se usó un modelo de regresión logística. Se utilizó la prueba t de Student, la prueba de U de Mann-Whitney y Chi-cuadrada según fue apropiado y se construyó un modelo multivariado. **Resultados:** Se identificaron 29 CASOS (22 OXA-48-like, 4 NDM-1 y 3 KPC). Se analizaron los FR asociados con las IEPC OXA-48-l. En el análisis univariado con el C1 se documentaron más pacientes con uso previo de piperacilina/tazobactam (PTZ) (p 0.028), CBP (p 0.013) y aislamiento previo de microorganismos MDR (p 0.009). En el modelo multivariado se confirmó el uso previo de CBP (OR 11.83; IC 95% 1.21-115.8,

p 0.034). En el análisis univariado con el C2 se encontró una mayor exposición previa a CBP (p 0.032) y PTZ (p 0.037). En el modelo multivariado se corroboró el uso previo de PTZ (OR 19.95; IC 95%: 1.11-357.94, p 0.042). **Conclusión:** Se reporta por primera vez en México la emergencia de IEPC de OXA-48-like y se identifica como FR el antecedente de exposición a PTZ.

#### **0309 Factores pronósticos asociados con mortalidad en pacientes con hemocultivos positivos en un hospital de segundo nivel mexicano**

*Bonilla S,1 Meraz M,2 Villela L3 1SSA, Hospital Metropolitano de SSNL Dr. Bernardo Sepúlveda, 2Privado, San José-Tec Salud, 3Privado, Centro de Innovación y Trasferencia en Salud del Tecnológico de Monterrey.*

**Introducción.** Bacteriemia es de las infecciones más graves en pacientes hospitalizados. La mortalidad se relaciona con el tratamiento empírico. Los pacientes con terapia antibiótica apropiada tienen una mortalidad menor. Se desconoce la asociación de bacteriemia y comorbilidades con mortalidad. **Objetivo:** Determinar la epidemiología de la bacteriemia y su asociación con comorbilidades y mortalidad en pacientes del hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda" del 1 de enero al 31 de diciembre del





2010. Métodos: estudio retrospectivo de una cohorte de 95 pacientes con hemocultivos positivos. Se realizó un análisis descriptivo de datos demográficos, foco de infección, microorganismo aislado con patrón de resistencia, correlación entre inicio de terapia antibiótica y el antibiograma, correlación del foco infeccioso y el antibiótico recomendado empírico, la mortalidad a 30 días y la asociación con comorbilidades. **Resultados:** la incidencia de bacteriemia fue 6%. Los pacientes tuvieron una mediana de 52 años. Diabetes mellitus fue la comorbilidad más común (36.6%). Los hemocultivos por bacterias Gram negativas fueron el 51.8%, las Gram positivas con 45.9%; y 2.4% fue polimicrobiana. Los microorganismos más frecuentes fueron *S. aureus* (23.4%), *E. coli* (13.5%) y *K. pneumoniae* junto a *A. baumannii* (11.7%). La Mortalidad a 45 días fue 35.3%; siendo más alta en pacientes con falta de concordancia entre la terapia antibiótica y el antibiograma (HR 3.827,  $p=0.013$ ). Se observó tendencia hacia la mortalidad en pacientes de género masculino (HR 1.875,  $p=0.086$ ), en mayores de 60 años (HR 1.840,  $p=0.096$ ), en pacientes con bacteriemia no relacionada a procedimiento invasivo (HR 0.505,  $p=0.098$ ) o si existía falta de concordancia entre la terapia antibiótica y las guías de tratamiento empí-

rico (HR 1.944,  $p=0.096$ ). La asociación entre mortalidad y la adquisición de la infección, foco de la infección, nivel de comorbilidad o la presencia de alguna de éstas no fue significativa. En el análisis multivariado el único factor significativo fue que concordara con el antibiograma la terapia inicial de antibióticos (HR 3.827,  $p=0.013$ ). **Conclusiones:** la falta de concordancia entre la terapia antibiótica recibida y los resultados del antibiograma se asoció a mayor mortalidad a 30 días comparado con pacientes en quienes la terapia antibiótica si era concordante con el antibiograma.

### **0313 Colangitis aguda en pacientes posoperados de derivación biliodigestiva (DBD) por lesión benigna de la vía biliar: experiencia en centro de tercer nivel**

*Manzur D, Ortiz E, Torres P, Mercado M, Sifuentes J*  
SSA, Instituto Nacional de Ciencia Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

**Introducción.** La DBD es una opción terapéutica en los pacientes con lesión benigna de la vía biliar (LBVB). A pesar de que la colangitis aguda (CA) es una de sus complicaciones graves, las características clínicas han sido poco descritas. **Objetivos.** Describir las características clínicas de los episodios de CA en los pacientes postoperados de DBD por LBVB, así

como los factores de riesgo (FR) asociados. **Material y Métodos.** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes con DBD, por LBVB (01/2001 a 12/2014). Se identificaron los pacientes que presentaron episodios de CA posterior al procedimiento y se describen sus características clínicas y los FR asociados. **Resultados.** Identificamos 541 pacientes con DBD, con una mediana de edad de 39 años (RIC 25-75%, 30-48) y 431 (79.7%) fueron mujeres. La prevalencia de CA fue 12% ( $n=110$  episodios en 65 pacientes) y el tiempo entre la DBD y el episodio de CA fue de 41.7 meses (RIC 8.8-66.7). Hubo recurrencia en 28 pacientes (41.5%). 78 episodios de CA (71%) fueron adquiridos en la comunidad y de gravedad leve a moderada el 90%. Se tomaron hemocultivos en 82 episodios de CA y cultivo biliar en 10 episodios, para un total de 33 aislamientos. 28 episodios de CA presentaron bacteriemia (31.1%). Hubo un predominio en los aislados de enterobacterias (96.9%), *Escherichia coli* en 29 (87.8%) y *Klebsiella spp* en 4 (12.2%). Once fueron productores de BLEE, 32 y 1, respectivamente. Uno de los 65 pacientes con CA murió durante la hospitalización. Al comparar los grupos de pacientes con CA contra el grupo de pacientes sin CA, se observó en los pacientes con CA: un IMC menor (23.2 vs 24,

p 0.05), un mayor tiempo entre la LBVB y la DBD (13.2 vs 6.1 meses, p 0.02) y se encontró cirrosis hepática en 8.9% y 0.6%, respectivamente (p < 0.05). El análisis multivariado mostró a la cirrosis hepática como un FR relevante (OR 34.5, IC 95% 2.87-412.75, p 0.05). Conclusiones. Nuestros datos muestran que los episodios de CA en los pacientes con DBD por LBVB son menos graves que la colangitis en pacientes con obstrucción de la vía biliar, seguramente por la DBD. Estos pacientes desarrollan infecciones por microorganismos multidrogasresistentes, lo cual obliga al clínico a seleccionar un tratamiento de amplio espectro de manera oportuna.

### 0321 Diagnóstico diferencial de linfadenitis cervical abscedada. Reporte de caso

*Santillán W, López YI, Lagunas O, Bautista A, Ramírez R, Copca V, Rodríguez M, Alemán D, López D, Reyes A, Terán J, Castro L*

PEMEX, Hospital Central PEMEX Norte.

**Introducción:** Las adenopatías cervicales generalmente son infecciosas, la afectación primaria tuberculosa en pacientes sanos, es rara. Los ganglios cervicales son los más afectados hasta un 5% de tuberculosis ganglionar extrapulmonar primaria en inmunocompetentes. Debido al aumento de la incidencia de Tuberculosis en nuestro país,

cobra relevancia clínica y en ocasiones es de difícil diagnóstico. **Caso clínico:** Masculino de 22 años valorado por Otorrinolaringología por persistencia de adenomegalias cervicales, occipitales y submandibulares de 1-3cm, dolorosas, móviles, posterior a cuadro diarreico y fiebre de 38°C. Biopsia con aguja fina con Hiperplasia linfoide negativo a malignidad. Hepatitis B, C, VIH, CMV, Reacciones febriles(-). TORCH con IgG para Rubeola y Ac VEB IgG (+). Hospitalizado 10 meses después por escalofríos, sudoración nocturna, fiebre de 38.5°C y adenomegalias en cadena ganglionar cervical bilateral, retroauriculares y occipital de 3-4cm, blandas, dolorosas, móviles, con eritema local, aumento de temperatura y salida de material purulento de ganglio cervical posterior. Antecedente epidemiológico de residencia en Tula, Hidalgo en el último año. Leucocitos 9.4x103µl, Neutrófilos 7.5 x103µl, Linfocitos 1 x103µl, Monocitos 0.8 x103µl, Eosinófilos 0.1 x103µl, Hemoglobina 14.9gr/dl, Hematocrito 44.7%, Plaquetas 196 x103µl. Creatinina 0.78, TGO 18, TGP 24, DHL 294, Proteínas 6.8gr/dl, Albumina 4.1gr/dl. USG con adenopatías cervicales necróticas, celulitis locorregional. Tomografía de 3 regiones con adenopatías cervicales necróticas. Biopsia de ganglio abscedado cervical posterior con Linfadenitis

crónica granulomatosa sin necrosis caseosa, Tinción de Ziehl-Neelsen y Grocott negativos. PPD de 15mm. **Conclusiones:** El diagnóstico diferencial de linfadenitis cervical es difícil pues incluye procesos congénitos, infecciosos y neoplásicos. La fístula secundaria a linfadenitis cervical de etiología tuberculosa (escrófula) en un paciente sano, es una entidad rara, sin embargo, ante la ausencia de un diagnóstico y tratamiento oportuno, puede verse incrementada su frecuencia. La certeza diagnóstica es con aislamiento de M.Tuberculosis, pero cuando no es posible y se mantiene una fuerte sospecha, la decisión de iniciar tratamiento antimicrobiano se basa en el conjunto de datos clínicos, radiológicos y de laboratorio como nuestro caso.

### 0326 Apego a una guía de terapia antimicrobiana intrahospitalaria mediante un programa de optimización del uso de antibióticos en hospital de enseñanza

*Serna G, Camacho A, Hawing J, Galarza D, De León A*

Universitario, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

**Antecedentes:** Hasta 50% de la prescripción de antibióticos en un hospital puede ser inapropiada e innecesaria, por esto surgen programas de control en su administración. **Objetivo:** Medir el apego a una Guía de

| APEGO GLOBAL=77.50%                        |                 | n=160               |
|--|-----------------|---------------------|
|  | Número de casos | Porcentaje de apego |
| Peritonitis asociada a diálisis peritoneal | 8 (5%)          | 100.00%             |
| Fiebre y neutropenia                       | 29 (18.13%)     | 96.55%              |
| IVU* no complicada                         | 10 (6.25%)      | 90.00%              |
| Colangitis                                 | 18 (11.25%)     | 88.89%              |
| IVU* complicada                            | 26 (16.25%)     | 80.77%              |
| Neumonía adquirida en la comunidad         | 34 (21.25%)     | 79.41%              |
| Peritonitis bacteriana espontánea          | 8 (5%)          | 75.00%              |
| Infección de catéter de hemodiálisis       | 25 (15.63%)     | 36.00%              |
| Infección de catéter venoso central        | 2 (1.25%)       | 0.00%               |

\*IVU: infección de vías urinarias

terapia antimicrobiana basada en la microbiología local hospitalaria, en las salas de Medicina Interna del Hospital Universitario mediante un programa de optimización de uso de antibióticos. **Material y métodos** Se evaluó a 160 pacientes internados en Medicina Interna de abril a agosto de 2015. Se analizó el caso clínico, comparando la prescripción inicial de antibióticos del médico con las recomendaciones de la guía antimicrobiana evaluando el apego a esta. **Resultados** De los 160 casos se observó un apego de 77.5%. El mejor apego a las guía fue en la peritonitis asociada a catéter de diálisis peritoneal (100%) y el peor en infección asociada a catéter de hemodiálisis (36%). **Conclusiones:** El fomento al apego y aprendizaje a la guía antimicrobiana es primordial en el médico en formación.

### 0327 Criptococosis pulmonar con diseminación al Sistema Nervioso Central en paciente VIH negativo

Morales D, Callejas G, Bonilla C, Victoria D  
ISSSTE, Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez.

**Introducción:** Criptococosis es causada por diferentes especies de *Cryptococcus* más frecuente *Neoformans*, organismo encapsulado levaduriforme. El hongo afecta de forma más común a pacientes con SIDA y otras causas de inmunidad reducida. **Caso clínico:** Paciente femenino de 76 años originaria del Estado de México con antecedente de HAS. Viajes recientes negados. Zoonosis negada. Inicia padecimiento al presentar cefalea intensa holocraneana 10/10 constante, sin agravantes ni atenuantes, con remisión parcial espontánea agregándose posteriormente crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas. Se solicitan laboratorios sin leucocitosis, azoados y electrolitos normales. Radiografía de tórax: imagen radioopaca parahiliar derecha. TC tórax contrastada: imagen hiperdensa en lóbulo

superior derecho segmento anterior de bordes bien definidos, no aparentes adenomegalias. RMN de cráneo: imágenes intraaxiales de diferentes tamaños, la más grande en parte caudal de giro frontal medio derecho con aspecto de refuerzo irregular grueso con componente meníngeo; características que sugieren de primera intención metástasis pero lesiones no neoplásicas de tipo inflamatorio se consideran en diagnóstico diferencial. La biopsia nódulo pulmonar derecho reporta parénquima pulmonar con inflamación crónica intensa que rodean microorganismos redondos compatibles con criptococos. ELISA para VIH negativo. Punción lumbar con LCR de características normales. Cultivo de LCR sin desarrollo bacteriano, tinta china negativo. Antígeno en LCR para *Cryptococcus neoformans* (método: aglutinación de partículas): POSITIVO. **Discusión:** La criptococosis tiene una distribución geográfica amplia. Los casos causados por *C. neoformans* predominan en lugares de clima templado, principalmente en EUA, Japón y en Europa. También es notoria su asociación con desechos aviarios y especialmente con excrementos de palomas. Se presenta caso de paciente sin antecedentes de viajes a países endémicos o exposición a aves, y sin otros factores de riesgo para infección oportunista.

**0342 Tuberculosis miliar en el embarazo: reporte de caso**

Castillo A,<sup>1</sup> Rivera D,<sup>2</sup> Guajardo E,<sup>2</sup> Melgoza L,<sup>2</sup> Torres M,<sup>2</sup> Díaz C<sup>2</sup>

<sup>1</sup>IMSS, Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, <sup>2</sup>Otra, Centro Médico ISSEMYM Ecatepec.

Femenino de 35 años, embarazo de 14 semanas, sin otros **Antecedentes**. Padecimiento de 5 semanas de evolución con tos productiva, en accesos, con esputo verdoso, no cianozante, disneizante o emetizante. Se agrega fiebre de hasta 40°C y diaforesis nocturna. Recibe tratamiento para faringoamigdalitis e infección de vías urinarias; ceftriaxona, claritromicina, levofloxacino, aminoglucosidos y oseltamivir por neumonía atípica sin mejoría clínica por lo que es referida al C. Médico ISSEMYM Ecatepec donde es valorada por medicina interna. Laboratorios relevantes con linfocitos normal y leucopenia moderada, VIH negativo. Por cuadro clínico, patrón radiográfico micronodular reticular difuso “en granos de mijo” y no ser candidata a tomografía por gestación, se realizó broncoscopia por sos-



pecha de tuberculosis miliar solicitando genexpert y cultivos para mycobacterium tuberculosis con resultados positivos. Se inició manejo antituberculoso de primera línea con mejoría clínica.

**0354 Mielitis transversa aguda secundaria a neuroborreliosis**

Córdoba A,<sup>1</sup> Zavala E,<sup>2</sup> Pérez P,<sup>1</sup> Fonseca J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SSA, Hospital General de México, <sup>2</sup>PEMEX, Hospital Regional de Ciudad Madero.

La Neuroborreliosis es la entidad transmitida por vector más importante de Europa y Norteamérica, se han reconocido al menos 18 genoespecies de *Borrelia sensu lato* transmitidas por los vectores *Ixodes* y *Amblyoma* con amplia distribución en el territorio mexicano. Dentro de las manifestaciones de la enfermedad temprana diseminada se encuentran afecciones de SNC 12% del total de pacientes con *Borreliosis*. De estos, 5% se presentan como mielitis transversa (MT), dentro del diagnóstico diferencial de Mielitis transversa aguda (MTA), hay alrededor de 40 casos reportados en la literatura. En el territorio mexicano no hay casos documentados de mielitis transversa aguda como manifestación de Neuroborreliosis. Ficha de identificación y antecedentes de importancia: Masculino de 33 años originario de Teocelo, Veracruz, residente de Ecatepec, Edo. Mex; sin antecedentes patológi-

cos de importancia. Evolución del caso: Inicia con urgencia urinaria, pujo, tenesmo vesical e hipertermia no cuantificada, acompañado de astenia y cefalea. Un día después, presenta parestesias en miembros pélvicos, simétrica, distal, con nivel sensitivo a T11. 48 horas después de iniciado el cuadro acude a urgencias donde se encuentra retención aguda de orina, ausencia de control de esfínteres y paraplejia, se registra febrícula en las primeras 24 hrs de hospitalización. Se sospecha MTA. Se realiza RMN con engrosamiento longitudinal de la médula espinal, encéfalo sin alteraciones. Se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona en 5 dosis por sospecha de etiología autoinmune, solicitando además Ac. anti-acuaporina 4, bandas oligoclonales, perfil inmunológico siendo negativos y Ac. para *Borrelia burgdorferi*, PCR para *Rickettsia* sp. y *Anaplasma phagocytophilum*, con resultado positivo, así como en Western Blot para IgG de *B. burgdorferi* en LCR positivo. Se inicia tratamiento a base de Ceftriaxona. Evolución: Desde el inicio de antimicrobiano con importante mejoría clínica. A su egreso con recuperación clínica de la fuerza y sensibilidad de miembros pélvicos, así como de función del esfínter urinario. **Conclusiones:** Se realiza diagnóstico de MT secundaria a neuroborreliosis por serología positiva confirmatoria en LCR.



Se completaron 14 días de tratamiento con recuperación ad integrum. Este constituye el primer caso mexicano reportado de mielitis transversa aguda como manifestación de neuroborreliosis.

### **0356 Síndrome de Guillain-Barré como manifestación inicial de la infección por VIH.**

#### **A propósito de un caso**

*Esparragoza C*

IMSS, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

**Introducción.** El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una poliradiculoneuropatía aguda, habitualmente grave y de curso fulminante, de origen autoinmunitario. Existen pocas publicaciones sobre su asociación con la infección por el VIH. Se ha descrito que puede ocurrir en el curso temprano de la infección por VIH, en el momento de la seroconversión o como parte de un síndrome de reconstitución inmune. **Caso clínico:** Se presenta el caso de un hombre de 40 años de edad, sin antecedente de enfermedades crónico-degenerativas. Consultó por cuadro clínico de cinco días de evolución consistente en debilidad de miembros pélvicos distal ascendente, de manera progresiva, hasta llegar a debilidad bilateral de cadera con imposibilidad para la deambulacion. Posteriormente se agregó debilidad de extremidades superiores, disfonía y mala movilización de

secreciones bronquiales. A su ingreso se encuentra a la exploración parálisis facial bilateral, ausencia de reflejo deglutorio, parálisis distal de 4 extremidades de predominio derecho, arreflexia generalizada, se realiza punción lumbar reportando LCR incoloro, con 4 células, proteínas de 217, glucosa 60, cursando con tendencia a la progresión rápida, por lo que se maneja con inmunoglobulina (2gr /kg), se solicitan carga viral para VIH reportándose con 287,000copias(Log:5.46) y CD4:258cel/mm<sup>3</sup>, así se realizaron velocidades de neuroconducción que traduce a polirradiculo-neuropatía motora axonal con desmielinización secundaria. **Discusión.** El presente caso reviste vital importancia teniendo en cuenta la poca prevalencia de esta manifestación y en especial porque se trató de una poliradiculoneuropatía motora aguda de tipo axonal (AMAN), que aun es más rara. **Conclusiones.** El sistema nervioso periférico también puede verse afectada por la infección aguda por VIH. A modo de ejemplo, un informe describe a 10 pacientes con VIH-GBS en cinco hospitales de 1986 a 1999. El recuento medio de CD4 fue de 367 / mm<sup>3</sup>(rango 55-800). CGB fue el primer síntoma de la infección por VIH en tres pacientes. Parálisis braquial y facial también se han observado.

### **0363 La infección por virus de inmunodeficiencia humana y la**

### **colitis ulcerativa crónica inespecífica: una asociación poco común que debe sospechar el clínico**

*Gudiño H,<sup>1</sup> Fragoso M,<sup>2</sup> Jiménez M<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>IMSS, Hospital General Regional No. 1 Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro. Clínica Especializada Condesa GDF, <sup>2</sup>IMSS, Hospital General Regional No. 1 Dr Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, <sup>3</sup>IMSS, Unidad de Medicina Familiar No. 77.

**Antecedentes:** La colitis ulcerativa Crónica Inespecífica (CUCI) es una enfermedad inflamatoria del colon y el recto. Dentro del protocolo diagnóstico de escrutinio de CUCI deberá descartarse infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH. **Objetivo:** Presentación de 3 casos de la Clínica Especializada Condesa con la asociación de CUCI y VIH. Caso 1. CLJ Hombre de 38 años con uso crónico de cannabis, prueba confirmatoria positiva para VIH reciente, con relaciones homosexuales insertivas y receptivas. Inició con cuadro de 1 mes con astenia, evacuaciones diarreicas, con moco y sangre, perdida ponderal de 10 kg, con abdomen doloroso en marco colonico y tacto rectal con moco y sangre, colonoscopia que demostró mucosa de recto y anal eritematosa, friable, con exudado mucoso adherido, y múltiples erosiones cubiertas de fibrina, Histopatológico. CUCI.

Se realizó pANCA con resultado positivo. Se inició de manejo de tratamiento antirretroviral a base de Tenofovir/emtricitabina/Lopinavir/r y mesalazina, 1 mes después, sin datos de actividad de CUCI remisión hasta la actualidad. Caso 2. MLM hombre de 21 años, con Índice Tabaquico de 2, con relaciones homosexuales receptivas, con depresión tratada con sertralina, tuvo cuadro de 1 mes de evacuaciones con moco y sangre, hematoquezia, pérdida de peso de 15 kg en 1 mes, cursó con neumonía, con prueba de ELISA para VIH reactiva, colonoscopia con mucosa friable, úlceras continuas hasta colon transversal, con fibrina profundas, se le inicio Mesalazina en enemas y oral con adecuada respuesta, remitiendo las evacuaciones, prueba pANCA (+), Se inició Tratamiento antirretroviral con Tenofovir/Emtricitabina/Atazanavir/r, con buena evolución hasta la actualidad, con remisión de actividad de CUCI así como adecuado control virológico. Caso 3. BHG hombre de 43 años de edad, con Índice tabáquico de 18, con diagnóstico de CUCI de 8 años, sin tratamiento, con relaciones homosexuales receptivas, diagnóstico de VIH en el 2013. Inicio pérdida de peso de 12 kg en 1 mes con diarrea, con moco, sangre y dolor abdominal, colonoscopia con úlceras confluentes hasta colon ascendente, mucosa friable, datos de actividad de

CUCI, se le inicio mesalazina enemas y posterior oral con mejoría, se inició con Tenofovir/Emtricitabina/Efavirenz, a los 4 meses datos de fracaso virológico por resistencia primaria, se ajustó con Genotipo viral a Tenofovir/Raltegravir/Darunavir/r con buena respuesta, con éxito virológico y adecuado control de ambas enfermedades. **Conclusiones:** La infección por VIH y el CUCI pueden coexistir, a toda persona con CUCI deberá realizarse escrutinio para VIH, y como abordaje de diarrea o evacuaciones sanguinolentas en VIH deberá descartarse CUCI, una asociación que deberá estar presente siempre en el clínico.

**0379 Tuberculosis diseminada, presentación clínica y sobrevida: -Serie de 5 casos del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud**

*Ocaña M,<sup>1</sup> Sepúlveda J,<sup>1</sup> Ovilla D,<sup>1</sup> Ramírez J,<sup>1</sup> Mena B,<sup>1</sup> Mendoza A,<sup>2</sup> Contreras A,<sup>2</sup> Vera O<sup>3</sup> 1SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, 2SSA, Hospital Juárez de México, 3IMSS, Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza.*

**Introducción:** La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública en nuestro país. Los casos de tuberculosis miliar y diseminada en el estado de Chiapas aún son frecuentes y su pronóstico depende de múltiples factores. **Objetivos:** Reportar los casos diagnosticados de tuberculosis diseminada durante el 2015 en el Departamento de Medicina Interna del HRAE Ciudad Salud. **Resultados:** La descripción de los casos se muestra en el cuadro I. **Conclusiones:**

|                                     | Caso 1  | Caso 2  | Caso 3  | Caso 4  | Caso 5   |
|-------------------------------------|---|---|---|---|--|
| GENERO                              | Masculino                                       | Masculino                                     | Masculino   | Masculino   | Masculino  |
| EDAD (años)                         | 35 años   | 24 años                                       | 28 años   | 45 años   | 72   |
| TIPO TUBERCULOSIS                   | DISEMINADA (pulmón, urinaria, hepática)         | DISEMINADA (Pulmon, intestinal, SNC)          | DISEMINADA (Osea, renal, pulmonar)                                  | DISEMINADA (Pulmonar, intestinal, renal, SNC)               | DISEMINADA (Pulmonar, testicular, hepatoesplénica y en SNC)  |
| PPD/IGRA                            | (+)   | N+  | N+  | N+  | (-)  |
| IDX DEFINITIVO                      | Histopatológico                                 | Histopatológico                               | Histopatológico   | Molecular Cultivo   | Histopatológico  |
| SINTOMAS                            | Disnea, fiebre, tos seca.                       | Pérdida de peso no intencionada, fiebre, tos. | Deterioro neurológico, Retención urinaria Hipertensión Endocraneal. | Fiebre, diaforesis pérdida de peso no intencionada Diarrea. | Fiebre, pérdida de peso no intencional tos Orquiepididimitis, sintomatología urinaria obstructivo. |
| Tiempo entre síntomas y IDX (meses) | 3   | 2   | 2.5   | 1.5   | 1  |
| TRATAMIENTO INICIADO                | HRZ   | HRZE  | HRZE  | HRZE MOXIFLOXACINO AMIKACINA CICLOSERINA                    | HRZE   |
| ENFERMEDADES CONCURRENTES           | IRC en TRR HD secundaria a Uropatía Obstructiva | VIH estadio IIIc.                             | Ninguna   | CMV Cryptosporidium SR VIH C3                               | HAS FA no valvular   |
| Sobrevida a 3 meses                 | Defunción                                       | Defunción                                     | Vivo a los 6 meses  | Defunción   | Defunción  |



el diagnóstico de tuberculosis diseminada es un reto diagnóstico. Los factores pronósticos asociados a la sobrevida no están completamente establecidos, sin embargo, las tasas de mortalidad son altas independientemente de su relación con VIH.

### **0386 Infecciones asociadas a catéter venoso central en un centro privado de tercer nivel de atención**

*Calderón S, Guillén M, Sánchez A, Hoyo I*

Privado, Servicio de Medicina Interna, Centro Médico ABC.

**Introducción:** Se desconocen las características clínicas, la susceptibilidad microbiológica y la mortalidad de pacientes con infecciones asociadas a catéter venoso central (IAC) en el CMABC. **Objetivo:** Identificar las características clínicas al ingreso de pacientes con IAC, estimar la mortalidad y describir la susceptibilidad de los microorganismos aislados.

**Material y métodos:** Estudio longitudinal de pacientes subsecuentes con diagnóstico de IAC de acuerdo a criterios de la CDC provenientes del CMABC en área de hospitalización y ambulatorios del periodo comprendido entre enero de 2013 a febrero de 2015, se obtuvieron variables clínicas, demográficas y de laboratorio, se registraron los microorganismos aislados y los antibiogramas, se estimó la mortalidad global y se buscaron

factores asociados a mortalidad.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 45 pacientes, 55.6% hombres y 44.4% mujeres con una edad promedio de  $58 \pm 19.05$  años. El 28% ambulatorios y 71.1% hospitalizados. El tiempo de estancia intrahospitalaria mediana de 15 (RIQ 8-31) días. El diagnóstico de ingreso a hospitalización más frecuente fue neoplasia sólida, neoplasia hematológica y neumonía en el 17.8, 11.1 y 11.1%, respectivamente. Las comorbilidades incluyeron diabetes mellitus en el 20%, hipertensión arterial sistémica en el 37.8%, insuficiencia renal crónica en el 6.7%, neoplasia sólida en 17.8% y neoplasia hematológica en 11.1%. La proteína C reactiva con un promedio de  $22 \pm 19$  mg/dl, procalcitonina  $15.45 \pm 13.5$  mg/dl, leucocitos  $13,535 \pm 4.8$  cel/mm<sup>3</sup>, velocidad de sedimentación globular  $31 \pm 21.5$  mm/hr. Los microorganismos aislados con mayor frecuencia fueron candida spp en el 20%, staph epidermidis en el 13% y enterococcus fecalis, staph aureus y streptococcus hominis cada uno con 8.9%. Se aislaron microorganismos resistentes en el 34%, con el siguiente perfil de resistencia: E. coli BLEE en 66%, staph spp. resistentes a oxacilina en 70%, enterococcus spp. resistente a ampicilina en el 33%, streptococcus spp resistente a quinolonas en 12.5% y multidrogo resistente en el 12.5%. La proteína C reactiva

(PCR)  $\geq 23.5$  mg/dl al ingreso se asoció a mortalidad [HR = 13 (IC95% = 1.4 -120, p = 0.012)].

**Conclusiones:** El microorganismo más frecuentemente aislado fue candida, casi la tercera parte de los microorganismos aislados fueron resistentes, la PCR elevada se asoció a mortalidad.

### **0387 Meningoencefalitis por virus del Oeste del Nilo: primer reporte de caso de 2015 en México**

*Torres A, Paredes J*

Privado, Hospital San José, Tec de Monterrey.

**Antecedentes:** El virus del Oeste del Nilo es transmitido por el mosquito de la familia Flavivirus y su huésped son las aves migratorias. En México se registró el primer caso en el 2003, y hasta el 2012 se han confirmado solo 11 casos. **Informe de caso:** Masculino de 52 años de edad originario de Monterrey, N.L. traído a urgencias por cuadro de malestar general, mialgias, artralgias, debilidad, cefalea y fiebre de hasta 40°C de 3 días de evolución. Como antecedentes tiene retraso psicomotor leve tabaquismo intenso e HTA. Regresó de un viaje a Puerto Vallarta 3 semanas previas al inicio de sus síntomas y pasa los fines de semana en una presa en Nuevo León. A su ingreso con Glasgow de 14, ligera rigidez de nuca y petequias en extremidades inferiores. La BH con bicitopenia (Leucopenia de 2,600 trombocitopenia de

34,000). VSG 42 PCR 2.4. RMN de encefalo simple es normal. Se realiza PL encontrando liquido claro, presión de apertura de 26mmHg. En el citoquimico hay proteínas de 107 mg/dl, pleocitosis de 355 con neutrofilos 98% El gram, KOH, BAAR y tinta china son negativos. Se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona, vancomicina y dexametasona. Los siguientes días el paciente con poca mejoría, se realiza RMN de encefalo contrastada que es normal. Cultivos de LCR negativos. Se repite PL al 3er día encontrando pleocitosis de 28 (54% neutrófilos y 44% linfocitos). Se inicia aciclovir. Se envía panel para mas de 10 virus. A las 24 hrs el paciente con mayor somnolencia y mayor debilidad. Presenta disnea con desaturación requiriendo intubación. Se obtiene resultado de panel viral siendo positivo IgM para virus del oeste del Nilo a titulos 6 veces el superior. El paciente se extuba a los 3 días, sin embargo presenta retención de Co2 y se reintuba. Al examen físico llama la atención parálisis flácida de las 4 extremidades. Se realiza traqueostomía y se inicia terapia física de rehabilitación. **Discusión:** En los 2 meses previos, Nuevo México, Texas y California reportaron su primer caso de virus del Nilo en el 2015. No se encontraron registros en México de infecciones, por lo que éste sería potencialmente el primer caso en lo que va del año. En

nuestro caso el cuadro clínico es totalmente compatible y se determinó positividad por IgM en LCR, está pendiente la confirmación por PCR. Según los reportes 1 de cada 150 desarrollan complicaciones de parálisis flácida.

**0423 Meningitis por *Mycobacterium tuberculosis* en paciente inmunocompetente con gene-expert (GE) y adenosin deaminasa (ADA) negativos. Validez de dichos estudios en líquido cerebroespinal (LCE)**

*Gordoa E,<sup>1</sup> Paredes E,<sup>1</sup> Olguín A<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González, <sup>2</sup>IMSS.

**Antecedentes:** La meningitis en una enfermedad relativamente común, y entre las causas de sospecha obligada se encuentra *M. tuberculosis*, muchas veces es infradiagnosticada debido a la dificultad en su aislamiento. La validez estudios de nueva generación GeneXpert (GE) y adenosin deaminasa (ADA) aún es controversial debido a que su validación original fue a nivel sérico. **Objetivo:** Analizar la validez de GE y ADA en neuroinfecciones por *M. tuberculosis*. Caso: Femenino de 68 años, con antecedente de hipertensión arterial sistémica. Cuadro clínico de 4 meses de evolución, con cefalea generalizada, fluctuación del alerta, ataque al estado general y pérdida de peso de 10kg. Presentó agudización, con fiebre hasta

39°C, deterioro del alerta, ataxia y postración. A su ingreso, febril, inatenta, coma de Glasgow 8 puntos, rigidez de nuca, meníngeos presentes, paresia facial central izquierda, espasticidad predominio izquierdo, Babinsky y Chaddock bilateral. Tomografía de cráneo, con lesiones hipodensas en sustancia blanca, supratentoriales, con reforzamiento anular, ELISA 4G negativo, punción lumbar: hipogluorraquia (26mg/dL), hiperproteíorraquia (112mg/dL), hiper celularidad (21) polimorfonucleares (70%). Inició tratamiento empírico (ceftriaxona, vancomicina, ampicilina, aciclovir), sin mejoría clínica; tinciones y cultivos (Ziehl Neelsen, ADA 4.6U/L, GE, tinta china, Ag Criptococo, citológico hiper celular, VDRL LCE) negativos; se agregó tratamiento antituberculoso y esteroide por alta sospecha clínica, punción lumbar de control (7 días), hipogluorraquia 15mg/dL, celularidad 70% mononucleares, USG doppler transcraneal sin ventana acústica, resonancia magnética lesiones supra e infratentoriales hipointensas con reforzamiento anular. Presentó mejoría clínica, continuó tratamiento anti-tuberculoso y esteroide ambulatorio, con posterior recaída. Resonancia magnética, nuevas lesiones con mismas características. Se tomó biopsia por neurocirugía, reporte de patología absceso caseoso temporal izquierdo, microbiología reportó bacilos-





copía, Ziehl Neelsen y cultivo positivos. **Discusión:** La validez de GE y ADA para diagnóstico de neuroinfección, carecen de validez. En este caso, confirmamos que dichos estudios pueden ser una herramienta importante, con elevado valor predictivo positivos, pero no sustituyen una adecuada evaluación, ni alta sospecha clínica.

#### **0431 Pielonefritis enfisematosa derecha. Reporte de un caso en el Hospital General Tacuba ISSSTE**

*Quiñones D, Escamilla G, Macías A*

ISSSTE, Hospital General Tacuba

**Introducción:** La Pielonefritis enfisematosa (PE) es una grave infección necrotizante del tracto urinario superior con presencia de gas y predominio izquierdo.

**Objetivo:** Presentar un caso de PE derecha la cual es poco común. **Caso clínico:** Femenino 56 años, DM2 e Hipertensión arterial sistémica, de larga evolución, enfermedad renal crónica, 1 año de diagnóstico. Inicia con astenia, adinamia, vómito, fiebre, disuria, polaquiuria, tenesmo vesical. Ingresa con infección de tracto urinario y DM2 descontrolada. Ultrasonido renal: imagen hipocóica en polo inferior renal derecho e imágenes ecogénicas. Tomografía computada (TAC) abdominopélvica, presencia de gas en polo inferior re-

nal derecho y colección líquida, diagnosticando PE. Drenaje y toma de cultivo positivo a *Klebsiella pneumoniae*. Se continuó insulina e imipenem con levofloxacino, con evolución a la mejoría.

**Discusión:** Sintomatología urinaria, piuria, fiebre y dolor son la sospecha diagnóstica de PE, se corrobora con TAC, la etiología más común es *Escherichia coli*.

#### **0444 Empiema por toxoplasmosis. Reporte de un caso clínico**

*Denis C*

SSA, Dr. Juan Graham Casassus

La toxoplasmosis es una enfermedad ocasionada por *Toxoplasma gondii*, que habitualmente causa enfermedad asintomática en humanos inmunocompetentes en paciente inmunocomprometidos las manifestaciones son atípicas y severas. Se presenta un caso clínico de un paciente femenino de 16 años previamente sana que ingresa con síndrome de derrame pleural del 100 % en hemitorax izquierdo, se realizó toracocentesis diagnóstica obteniendo líquido francamente purulento se inició manejo inmediato con doble esquema antimicrobiano y se solicita TAC para estadificación siendo compatible con empiema light 7, posteriormente el servicio de microbiología reporta la presencia de taquizoitos abundantes, realizamos interconsulta al ser-

vicio de cirugía cardiotorácica para lavado y decorticación con toma de biopsia pleural el cual se realiza sin complicaciones con estancia durante 2 días en UCI, el reporte final de patología fue toxoplasmosis pulmonar; se realizó cambio al manejo antimicrobiano se decide manejar con Trimetopim y sulfametoxazol durante 15 días en estancia hospitalaria, evolucionando satisfactoriamente a la decorticación, se realizó protocolo en búsqueda de inmunodeficiencia sin encontrar alguna de por medio. **Resultados:** la paciente se recuperó totalmente sin complicaciones pulmonares, se decide su egreso del servicio con 2 meses de tratamiento vía oral con vigilancia durante un año con posterior alta definitiva. **Conclusiones:** se trata de un paciente femenino presentó un cuadro de toxoplasmosis esta no se presentó de la forma habitual en paciente inmunocompetente, por lo cual requirió manejo invasivo y antibióticoterapia específica por un periodo prolongado.

#### **0452 Características clínico epidemiológicas de la influenza a H1N1 en el servicio de medicina interna del nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca**

*Diaz P0, Flores J1, Ortiz J2, Velarde F3, Cruz D4*

0. SSA Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Servicio de Medicina Interna; 1. SSA Hospital Civil de Gua-

dalajara Dr. Juan I. Menchaca, Servicio de Medicina Interna y Hematología; 2. SSA Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Servicio de Medicina Interna y Neumología; 3. SSA Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Servicio Laboratorio Patología Clínica; 4. SSA Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Servicio de Epidemiología.

**Introducción:** La influenza es una infección viral que afecta las vías respiratorias altas que puede complicarse y afectar vías respiratorias bajas, de inicio súbito, con alguna de las siguientes manifestaciones: fiebre, cefalea, mialgia, postración, coriza, odinofagia, tos, y complicaciones como neumonía por coinfección bacteriana y en casos más graves, la muerte. En México predomina en la época invernal, se presentan un promedio de 26 millones de casos de infecciones respiratorias agudas (IRAs) al año, 152 mil son bronconeumonías y neumonías con un promedio de 13 mil defunciones. **Objetivo:** Describir las características clínico epidemiológicas de pacientes adultos hospitalizados con influenza A H1N1 atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca” en el periodo comprendido del 01 de diciembre del 2013 al 28 de febrero del 2014. **Material y métodos:** estudio observacio-

nal, descriptivo, retrospectivo y transversal, realizado entre el periodo de diciembre 2013 a febrero de 2014, en Medicina Interna del Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”. Muestreo no probabilístico, se incluyó a pacientes que cumplieran con la definición operacional de influenza y PCR positivo para Influenza A H1N1, se elaboró un instrumento de registro con datos socio-demográficos, factores de riesgo, características clínicas, bioquímicas, tratamiento y complicaciones. **Resultados:** N=61 casos confirmados, 34 mujeres, 27 hombres, promedio de edad 39 años; factores de riesgo algún grado de obesidad 27%, Hipertensión arterial 21%, DM2 14%, cardiopatías 9%; antecedente de vacunación 9.8%, características clínicas: tos 98%, fiebre 96%, disnea 86%, ataque al estado general 86%, rinorrea 75%; Bioquímicos: linfopenia 89%, procalcitonina 69%, DHL 61%; **Tratamiento:** 91% recibió oseltamivir y de estos el 90% recibió en conjunto antibióticos; complicaciones: mortalidad 33%, ventilación mecánica 35%, lesión renal aguda 29%, rabdomiolisis 33%. **Conclusión:** podemos observar una alta tasa de mortalidad en pacientes sin factores de riesgo conocidos 35%, de las defunciones el 100% requirió de ventilación mecánica invasiva, los cambios bioquímicos y las complicaciones presentadas

corresponden a las cifras descritas por la literatura nacional e internacional.

#### **0459 Relación de egresos económicos respecto al uso de los antibióticos más frecuentes en la sala de medicina interna de un hospital de referencia de 3er nivel en el noreste de México**

*Hawing JO, Serna GO, Galarza DO, Camacho A1*

0.Universitario Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González; 1. IMSS Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Introducción:** El uso racional de antibióticos – tal como indica la OMS – debe extenderse más allá de los fines epidemiológicos relacionados a la prevención de resistencia bacteriana. Los costos relacionados al uso de este grupo de medicamentos constituyen un área de oportunidad para mejorar las finanzas de los sistemas de salud de países en desarrollo como el nuestro, de tal manera que conocer el impacto económico real de la administración de antibióticos resulta crucial para alcanzar dicho objetivo. **Material y métodos:** se trata de un estudio observacional, prospectivo donde se registraron los antibióticos más comúnmente utilizados en la sala de medicina interna del Hospital Universitario “Dr. José E. González” y su impacto términos de costo bruto y costo real durante los meses Enero 2015 a Agosto



2015. **Resultados:** el costo total de la administración de los 10 antibióticos más prescritos en la sala de medicina interna durante el período evaluado fue de \$1,605,353.00 pesos. Los 3 antibióticos más usados en durante el período de evaluación fueron: 1) Imipenem, 2) Vancomicina, 3) Ceftriaxona, todos de presentación intravenosa. El costo real en la administración de los antibióticos prescritos fue en promedio un 138% mayor respecto al costo bruto (precio de adquisición). En contraste los antibióticos de administración por vía oral, solo constituyeron un 13.4% del costo total, siendo significativamente menor con respecto a los antibióticos intravenosos ( $p=0.017$ ). **Conclusión:** por mucho los antibióticos carbapenémicos lideran la lista de los antibióticos más costosos para nuestra institución. Los costos intrahospitalarios de la administración de antibióticos conforman una corriente de egresos económicos que deben ser evaluados de forma estrecha, sobre todo en hospitales de administración y asistencia pública. De acuerdo a nuestros datos, la administración vía oral de antibióticos es preferible en términos económicos; sin embargo esto no llega a ser siempre posible debido a la complejidad de patologías infecciosas que acuden a nuestro hospital.

#### **0476 Sarcoma de Kaposi esofágico en paciente sin lesiones**

#### **dérmicas, con infección por VIH**

*López LO, Matías MO, Rodríguez EO*

0.SSA Hospital Juárez de México

Se trata de paciente masculino de 23 años de edad quien tiene factores de riesgo para padecimiento actual, con inicio de vida sexual activa a los 15 años, aproximadamente 20 parejas sexuales, sin uso regular de preservativo, con practicas de tipo comercial. Cuenta con el diagnóstico de infección por VIH desde hace 3 años, sin conocer carga viral o CD4 iniciales, inicia tratamiento durante un año a base de Truvada, pero es suspendido por voluntad propia. Resto de los antecedentes interrogados y negados. Inicia su padecimiento actual un mes previo a su ingreso con la presencia de dolor faríngeo de intensidad 6/10, sin síntomas acompañantes, agregándose posteriormente disfagia para sólidos y aumento de dolor hasta 9/10, por lo que recibe tratamiento antibiótico no especificado, sin mejoría de la sintomatología, motivo por el cual consulta con el servicio de urgencias del hospital. Al interrogatorio dirigido el paciente presenta tos sin expectoración, pérdida de peso de 5 kilogramos en el último mes. Se ingresa a hospitalización para continuar protocolo de estudio. Durante su estancia intrahospitalaria se toma biometría hemática inicial

en donde se observa HB 10.1, LEU 2.68, NEU 1.39, LIN 0.93, TORCH y VDRL con resultado negativo, CD 136, carga viral 553285, por la disfagia importante se realiza endoscopia y se encuentra esófago con distensibilidad y forma normal, a los 30 cm de la arcada dentaria se observa lesión excavada, de bordes bien definidos, fondo cubierto de fibrina que abarca 20% de la circunferencia y que se extiende hasta los 35 cm, se observó lesión similar de aproximadamente 2 cm de longitud, abarcando un pliegue mucoso a 2 cm de la unión esófago gástrica, que se encuentra a los 40 cm, se toman biopsias de las lesiones, reportándose una esofagitis ulcerada, con proliferación vascular, compatible con sarcoma de Kaposi. Es de notar que este paciente no presentó lesiones dérmicas de Sarcoma de Kaposi y la presentación esofágica pura es de muy baja incidencia, se envía al servicio de Oncología para manejo posterior.

#### **0486 Utilidad de la procalcitonina en el diagnóstico de infección de vías respiratorias bajas, en pacientes con enfermedad renal crónica terminal**

*Reynoso CO, Miramontes EO*

0.SSA Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Departamento De Medicina Interna

**Objetivo:** Demostrar la utilidad de la Procalcitonina (PCT) como marcador diagnóstico

temprano de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT).

**Métodos:** Se llevó a cabo un diseño de casos y controles; se definió como caso, aquellos con NAC y ERCT, con o sin terapia dialítica, en cualquiera de sus modalidades; los controles sin manifestaciones clínicas o cambios radiográficos sugestivos de NAC. La variable de desenlace primaria fue la toma de PCT a las 24 (PCT24) y 48 horas (PCT48) del ingreso a piso de Medicina Interna, para el cálculo de sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN), así como razón de verosimilitud (LR). **Resultados:** Se incluyeron 34 casos (52.9% mujeres, 47.9% hombres) y 33 controles (51.5% mujeres, 48.4% hombres) con respecto a la terapia de sustitución renal difiriendo en la modalidad, encontrándose en un 55.8% en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria en grupo de casos mientras que sin terapia de sustitución en grupo de controles al contar con diagnóstico de ERCT debut, 44% tuvieron un Índice de Severidad de Neumonía (PSI) IV y 11.8% PSIV. En los casos, el promedio de PCT24 fue de 24.5 (p .000) y PCT48 de 21.9 ng/ml (p .000), mientras que en el grupo control fue de 0.43 ng/ml a y 0.32 ng/ml, respectivamente. El 79.4% de los casos recibieron tratamiento con Levofloxacino y se identi-

ficó crecimiento de patógenos en cultivos en 14.7%. La tasa de letalidad fue de 11.8%, secundario a choque séptico. Se obtuvieron los siguientes parámetros de PCT24: S 91%, E 84%, VPP 86%, VPN 90%, LR+ 5.68 y LR- 0.10, el área bajo la curva (AUC) fue de 0.95 (IC 95% 0.89-1.0). Los valores de PCT48 fueron: S 85%, E 87%, VPP 87%, VPN 85%, LR+ 6.5, LR- 0.17 **Conclusiones:** La PCT24 y PCT48 en pacientes con ERCT resulta un marcador útil en el diagnóstico temprano de NAC, lo que favorece al inicio oportuno de tratamiento y por lo tanto a las complicaciones asociadas.

#### **0490 Paludismo por *Plasmodium vivax* con afección a sistema nervioso central: reporte de un caso**

Sanchez JO

0.IMSS Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

**Antecedentes.** La infección por *Plasmodium vivax* es la forma de paludismo más común en México. Están bien descritas sus manifestaciones clínicas entre las que destacan fiebre, anemia severa, cefalea, mialgias, artralgias, lesión renal aguda, síntomas gastrointestinales y respiratorios. El coma y otras complicaciones neurológicas son comunes en la infección por *P. falciparum* (endémico en África), no así en la infección por *P. vivax*, encontrándose

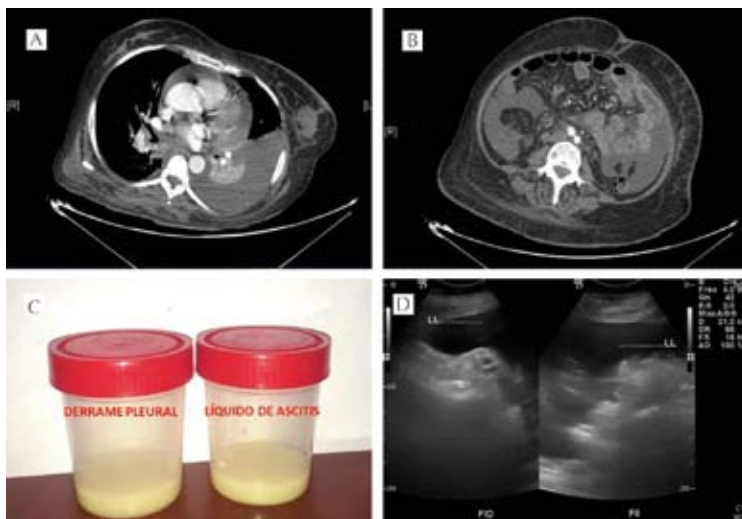
reporte de solo 100 casos en la literatura mundial en el período de 1921 a 2011. Resumen del caso: Mujer de 36 años de edad, residente de una comunidad rural de Chiapas, acudió a consulta por cuadro de un mes de evolución con fiebre de 40 grados, de cada tercer día, con escalofríos, diaforesis profusa y malestar general progresivo. Se agregó cefalea intensa y dolor abdominal en epigastrio, con evacuaciones disminuidas en consistencia, dándosele manejo sintomático sin presentar mejoría. Súbitamente presenta pérdida del estado de alerta, debilidad de las extremidades y postración, siendo llevada a urgencias. A su llegada se le encuentra con ECG 10 puntos (O4, V3, M3), afebril, con signos vitales dentro de parámetros normales, desorientada en tiempo, lugar, persona y situación, desatenta, lenguaje incoherente, agresividad, alternando con periodos de somnolencia, estupor y desconexión con el medio, predominando el último. A la exploración con alteración de la movilidad ocular con endotropía derecha, pupilas isocóricas, reactivas, tono espástico en las 4 extremidades, fuerza 4-/5 en MTD, 4+/5 en MTI, 3/4 en MsPs, ROTS 3/4 generalizado. Reflejos primitivos presentes. Respuesta plantar flexora bilateral. Meníngeos ausentes. Resto sin alteraciones. Laboratorios a su ingreso con anemia normocítica normo-

crómica (hemoglobina 11.3 g/dl, hematocrito 32%), leucocitos 6.900, plaquetas 278 mil, glucosa 146, creatinina 0.8, AST 337, ALT 262, bilirrubinas normales, GGT 166. Se solicita estudio de gota gruesa a su ingreso, resultando positiva para trofozoítos de *Plasmodium vivax*. Se inicia tratamiento con cloroquina con lo que presenta franca mejoría con evolución clínica favorable, recuperando el estado de conciencia y los déficits neurológicos a las 12 horas después de iniciado el tratamiento. Se egresa sin secuelas y se completa tratamiento con 14 días de primaquina. Control de laboratorios a las 2 semanas con gota gruesa negativa.

**0529 Quilotórax y quiloascitis simultánea debido a *Mycobacterium tuberculosis* en paciente VIH positivo. Reporte de caso**  
Del Cueto A0, Ibarra H0, Atlano A0, Enriquez R0, Villarreal M0, Galarza D0

0.Universitario Hospital Universitario Dr. Jose E. Gonzalez, UANL

**Antecedentes.** La incidencia de *M. tuberculosis* como causa de quilotórax y quiloascitis es 3%. **Objetivo.** Presentar un caso de quilotórax y quiloascitis en paciente VIH positivo. Informe de Caso. Femenino 46 años, VIH positivo y Tuberculosis Pulmonar. Acude por dolor abdominal, disnea y dolor pleurítico; Tele de tórax con derrame pleural, lipasa 147 UI/L,



TAC de abdomen contrastado líquido libre abdominal. Toracocentesis, líquido quiloso, colesterol 31 mg/dl, triglicéridos 507 mg/dl; paracentesis, líquido quiloso, Colesterol 25mg/dl, Triglicéridos 333mg/dl, engloba quilotórax y quiloascitis. Citología de células malignas negativa. Discusión. La causa principal de quilotórax y quiloascitis es malignidad. Por historia se consigna *M. tuberculosis*. El tratamiento es Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida y Etambutol; dieta alta en proteínas, triglicéridos de cadena media. **Conclusiones.** *M. tuberculosis* en abordaje diagnóstico es imprescindible debido a implicaciones terapéuticas y pronósticas

**0548 Características clínicas de la población infectada por *Acinetobacter complex* y perfil de farmacoresistencia**

Verdeja P2, Infante H2, Serralde A1, Luna T0, Medina E2

0.IMSS Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Dominguez; 1.SSA Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; 2. SSA Hospital De Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Dominguez

**Antecedentes.** En los últimos años el género *Acinetobacter* se ha destacado por la adquisición de multirresistencia a antimicrobianos de amplio espectro, afectando a pacientes críticos con realización de procedimientos invasivos y con enfermedades crónico-degenerativas. **Objetivo.** Describir las principales características clínicas y patrón de resistencia antimicrobiana de la población afectada por *Acinetobacter complex* en el Hospital de

Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” durante el año 2014.

**Metodología.** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se incluyó a pacientes con cultivos positivos para *A. complex* y datos clínicos de infección de Terapia Intensiva (UTI) y Medicina Interna (MI) durante el 2014. Variables cualitativas (sexo, servicio, tipo de infección, enfermedades concomitantes, dispositivos invasivos y motivo de egreso), cuantitativas (edad). Análisis. Variables continuas se expresan en promedios, medianas y rangos intercuartiles. Las proporciones fueron comparadas usando prueba exacta de Fisher. Se utilizó software SPSS 22.

**Resultados.** 35 pacientes fueron estudiados. 37% estuvieron en UTI y 74% en MI. 60% egresaron por defunción. 49% tenían diabetes mellitus y 29% enfermedad renal crónica; 37% tuvo hospitalizaciones 3 meses previos. 86% de pacientes requirió de catéter central [media 19 días (d)], 89% sondaje urinario (media 19d), 80% sonda nasogástrica (media 18d), 12% apoyo mecánico ventilatorio invasivo (media 12d). 97% recibió antimicrobianos, principalmente ceftriaxona, clindamicina, amikacina e imipenem. Se aisló *A. complex* en 30% por hemocultivo, 16% por tejidos blandos y 18% por aspirado bronquial. Respecto a susceptibilidad antimicrobiana, se encontró sensibilidad a Ampicilina en 9%, Ampicilina-

Sulbactam 43%, Aztreonam 9%, Cefazolina 0%, Cefepime 14%, Ceftriaxona 11%, Ciprofloxacino 9%, Gentamicina 54%, Nitrofurantoina 0%, Tigeciclina 89%, Tobramicina 34%, Trimetoprim-Sulfametoxazol 14%, Moxifloxacino 40%, Imipenem 43% y Amikacina 75%. El 74% tuvieron multiresistencia extendida (XDR) y 17% multiresistencia (MDR).

**Conclusiones.** La población infectada por *A. complex* era críticamente enferma, lo cual pudo haber impactado en el desenlace negativo. En virtud de lo descrito y el perfil de farmacoresistencia observado se deberá individualizar el tratamiento antimicrobiano en cada paciente.

### 0553 Espectro clínico y mortalidad de pacientes con VIH /SIDA en Poza Rica de 2007 - 2015. Hospital Regional Poza Rica PEMEX.

*Cruz M0, Ramírez L, Hernández A1*

0.Pemex Hospital Regional de Pemex Poza Rica; 1.Pemex Hospital Central Norte de Pemex Mexico D.F.

**Introducción:** La infección por VIH / SIDA tiene un amplio espectro clínico y sus complicaciones impactan de manera significativa en la vida de los pacientes y en las instituciones de salud. En Veracruz hay un total de casos reportados de 15231, de ellos el 6.2% se reportaron en el municipio de Poza Rica,

7% de éstos recibe atención en los servicios de salud de PEMEX. **Objetivo.** Analizar las características demográficas, comorbilidades, esquemas terapéuticos empleados, tasas de mortalidad y causas de muerte de los pacientes atendidos por VIH/SIDA en el Hospital Regional Poza Rica PEMEX. **Métodos.** Se revisaron todos los expedientes médicos de los pacientes diagnosticados con infección por VIH / SIDA atendidos en el Hospital Regional Poza Rica PEMEX entre Enero de 2007 y Junio de 2015. Se realizó un análisis descriptivo de todos los pacientes. Las variables cuantitativas se expresaron con la media y desviación estándar (DS). La mortalidad hospitalaria por VIH se calculó en base a número de defunciones sobre los pacientes expuestos (total de casos) / 1000. **Resultados:** Se incluyeron en el análisis 62 pacientes de los cuales 51 fueron hombres (82%) y 11 mujeres (18%). Su promedio de edad fue de 40 años  $\pm$  12.8 D.S (15 - 76). Afinidad sexual: heterosexuales 39 (62.9%), homosexuales 21 (33.8%) y bisexuales 2 (3.3%). 3 pacientes cursaron con coinfección con Virus de Hepatitis B (5%). Predominó el índice de masa corporal normal (40.3%) y sobrepeso (34%). Las principales comorbilidades fueron la Diabetes mellitus y Dislipidemia (22.5% cada una). El 8% no cumplió criterios para inicio de terapia antirretroviral. 57 pacientes si recibieron



terapia antirretroviral, el 61.5% de ellos tienen 5 años o más de recibirlo. Los esquemas de manejo predominantes son: 2 ITIAN (Inhibidores de transcriptasa inversa análogos de nucleósidos) + 1 ITINN (Inhibidores de transcriptasa inversa no nucleósidos) en 23 pacientes (40.3%), 2 ITIAN + 2 IP (Inhibidores de proteasa) en 25 pacientes (43.8%). El 98.2% de los pacientes recibe una combinación de 3 a 5 antirretrovirales. 71% se mantienen con su primer esquema de manejo, 24% han recibido 2 esquemas de manejo, 3.4% ha recibido 3 o más esquemas de manejo. Un total de 17 pacientes fallecieron durante este periodo, 13 con causas relacionada a VIH de las cuales predominaron las infecciones respiratorias (34%) y las oportunistas (24%). Excluyendo a los dos extremos, las tasas de mortalidad variaron de 16 a 57. **Conclusión.** Se encontraron datos demográficos y comorbilidades similares a los observados a nivel nacional. Se siguieron los lineamientos internacionales de manejo en pacientes con VIH en el 88% de los casos lo cual está arriba de la media nacional. Las causas de muerte fueron congruentes con lo descrito en la literatura de las cuales el 24% no estuvieron relacionadas al VIH. La mortalidad observada fue más alta en relación a la media de otras instituciones lo cual es tema de discusión.

#### **0555 Encefalomiелitis diseminada aguda asociada a *Mycobacterium tuberculosis* reporte de caso**

*Contreras A0, Sepulveda J1, Reyes I0, Ovando D0*

0.SSA Hospital Juárez de México; 1.SSA Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

**Antecedentes:** La encefalomiелitis diseminada aguda, producida por un mecanismo autoinmune, mediante el cual se condiciona una desmielinización multifocal en el SNC. Con incidencia baja, se estima entre 1-8 casos por millón de personas/año. Con etiologías o agentes desencadenantes muy diversos. **Caso clínico:** Masculino de 43 años de edad con factores de riesgo ingresa al servicio de MI en Julio 2014, por Sx consuntivo y Sx febril, se diagnostica VIH C3 y Neumonía por P.Jirovecci, Rx de tórax con patrón retículo nodular bilateral, se da manejo ABO, sin embargo persiste con sx febril, se realiza BAAR en esputo, policultivos para hongos y bacterias incluyendo Mielocultivos, resultando negativos, por hallazgos de Rx de tórax se sospecha en Tuberculosis por lo que se inician antituberculosos, remitiéndose la fiebre dos días después, se inicia HAART y se egresa con mejoría. En febrero 2015 presenta hemiparesia izquierda posteriormente cuadriparesia, ingresando al servicio de infectología, súbitamente presenta

paro cardiorrespiratorio, dando maniobras de reanimación cardiopulmonar y manejo avanzado de la vía aérea, con respuesta al segundo ciclo. Sin sedación, a la EF se encuentra cuatripléjico, arreflexico, con automatismo pero sin esfuerzo respiratorio, presentando disautonomias, con pérdida del control de esfínteres, Citoquímico LCR: hiperproteínorraquia e hipoglucorraquia sin celularidad. TAC cerebral con datos de atrofia. RM cerebral con imágenes hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 desde ventrículos hasta la convexidad así como peri ventriculares, RM cervical contrastada con lesión desmielinizante en medula espinal, diagnosticándose encefalomiелitis aguda diseminada con deterioro a nivel mesencéfalo. PCR para VHS 1 y 2 negativos, PCR para Tuberculosis de LCR positivo. Se aplica esteroide se continua con antituberculosos, sin embargo no responde a manejo y fallece.

**Conclusiones:** el diagnostico de una encefalomiелitis diseminada aguda es complejo y aun mas identificar la etiología de esta, la baja incidencia del bacilo mycobacterium tuberculosis como causante se estima en una incidencia por debajo de la unidad, no existiendo datos epidemiológicos de dicha etiología. Por lo que se reporta este caso, aunado a que el paciente aun con manejo antituberculoso, presenta diseminación del bacilo llevándolo a un padeci-

miento desmielinizante difuso y progresivo.

### **0589 Trasplante fecal como tratamiento de infección por *Clostridium difficile***

*Reyes F, Zapata S*

SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

**Introducción:** *Clostridium difficile* es una bacteria Gram-positiva, formadora de esporas, suele propagarse por la vía fecal-oral. Es no invasivo y produce toxinas A y B que causan enfermedades, que van desde infección asintomática, diarrea leve a colitis pseudomembranosa. **Caso clínico:** Paciente femenina de 68 años de edad quien cuenta con antecedentes de: Trastorno ansioso-depresivo y Trastorno primario del sueño. Cuenta con antecedente de neumonía adquirida en la comunidad diagnosticada un mes previo a su ingreso, recibió tratamiento a base de ceftriaxona, moxifloxacino y claritromicina. La paciente presentó deterioro hemodinámico; asistió a Unidad Hospitalaria donde se le diagnosticó choque séptico secundario a Apendicitis y Colectitis Crónica Litiásica. Por tal razón se decidió ingresar a UTI, donde se encontraba con apoyo vasopresor a base de norepinefrina. Presentó evacuaciones diarreicas. Se documentó toxina AB de *Clostridium difficile* y se inició metronidazol IV, vacomicina VO y por enema sin respuesta

a estos. **Discusión:** Infección por *Clostridium difficile* es una causa muy importante de infecciones nosocomiales. Se estima un gasto anual de 3.2 billones secundario a esta. Se estima un riesgo del 23% a 30 días de presentar infección por *C. Difficile*. Se ha observado que el uso de metronidazol tiene una efectividad del 70%, mientras, que si se da en combinación con vancomicina alcanza el 90%. No obstante la recurrencia de esta infección es del 35% entre las semanas 1-8 posteriores a haber terminado antibioticoterapia. Por tal razón, la búsqueda de terapia de segunda línea en la última década ha aumentado; desde el uso de fidaxomicin, rafaximina, inmunoglobulinas, trasplante fecal, entre otros. En la literatura se ha documentado hasta la fecha al menos 500 casos de trasplante fecal, la mayoría solo como reporte de casos. El protocolo mas grande publicado (Els van Nood y colaboradores) de 16 pacientes, compararon contra 13 pacientes que recibieron Vancomicina VO y 13 pacientes que recibieron vancomicina VO y por enema; se observo adecuada respuesta después de una infusión de trasplante fecal (81%) y del 100% después de la segunda infusión en comparación con 31% y 23% respectivamente. **Conclusión:** El trasplante fecal como terapia de segunda línea para infección por *Clostridium difficile* es una buena alternativa soportada por protocolos previos.

### **0594 Tuberculosis ganglionar como causa de fiebre de origen oscuro: caso clínico**

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

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterias*, es considerada como problema de salud pública. La OMS estimó en 2012 una incidencia mundial de 8.6 millones. En la mayoría de los casos la infección por *Mycobacterium Tuberculosis* (MTB) se produce a nivel pulmonar y en el 20% compromete tejido extrapulmonar, afectando principalmente pleura, sistema linfático y genitourinario. Esta infección es causada por la reactivación de una infección latente. Los factores de riesgo son alcoholismo, infección por virus de inmunodeficiencia humana, género femenino y > 40 años. Las manifestaciones de la tuberculosis extrapulmonar (TBEP) son heterogéneas y dependen de la localización, lo que dificulta su diagnóstico ya que puede imitar muchas otras enfermedades, por lo tanto la TBEP se considera como diagnóstico diferencial en los pacientes con tuberculosis pulmonar y factores de riesgo. El diagnóstico se realiza demostrando los bacilos acido-alcohol resistentes de MTB por cultivo o la amplificación de DNA del mismo. La terapia con fármacos antituberculosis es la piedra angular del tratamiento. Se





presenta hombre de 34 años alcohólico, con enfermedad diverticular no complicada. Ingresa por síndrome febril y consuntivo, tos productiva mucohialina de 2 meses y medio de evolución recibiendo múltiples esquemas antibióticos sin mejoría. El único hallazgo clínico fueron adenopatías cervicales. Los estudios iniciales revelaron un hemograma, química sanguínea, electrolitos séricos normales y pruebas de funcionamiento hepático con elevación discreta de transaminasas. Se realizó protocolo para fiebre de origen oscuro con policultivos reportándose sin crecimiento, baciloscopias seriadas en esputo negativas, así como serología para VIH y para virus de hepatitis A, B y C no reactivos. Se hacen ecografía abdominal y tomografía de tórax reportándose normales y tomografía por emisión de positrones con aumento de actividad metabólica a nivel ganglionar en regiones cervical, mediastinal, retroauricular, peritoneal y pélvica. Se realiza biopsia ganglionar cervical, reportando histopatológico con enfermedad granulomatosa, linfangitis granulomatosa, secundaria infección por MTB. El diagnóstico de tuberculosis ganglionar, es un diagnóstico de exclusión debido a la amplia variedad de manifestaciones.

#### **0595 Pancreatitis aguda como complicación en un paciente con dengue**

*Meza C, Verdugo Z, Cordova C, Irizar S, Dehesa E, Kawano C*  
SSA, Hospital Civil de Culiacan.

**Antecedentes:** El dengue es una infección viral endémica en regiones tropicales. La OMS estima entre 50 y 100 millones de casos en el mundo por año. En México se reportaron 94,430 casos entre 2013-2014, 56% en Baja California Sur, Veracruz, Sonora, Oaxaca y Sinaloa. El dengue grave es una complicación potencialmente mortal debido a fuga plasmática, acumulación hídrica, distress respiratorio, sangrado y/o daño orgánico. **Objetivo:** El abdomen agudo suele ser un reto diagnóstico para el médico y aunque la pancreatitis aguda (PA) es una causa común de abdomen agudo, su etiología infecciosa es poco frecuente y la asociación con dengue como complicación es muy rara. **Informe de caso:** Masculino de 29 años de edad, sin antecedente de comorbilidad, etilismo ocasional (sin ingesta en días previos). Inicia 5 días antes de su ingreso con dolor epigástrico persistente, urente, posprandial, no irradiado, fiebre de 39°C, cefalea y dolor retro-ocular, hiporexia, astenia y adinamia. Los laboratorios reportan: trombocitopenia, Ig-M y Ag-NS1 para dengue (+). Ultrasonido abdominal con vía biliar sin alteración; sin embargo, por persistir con epigastralgia se solicita lipasa que se encuentra 3 veces por encima del rango,

Ca sérico y perfil lipídico sin alteración; TAC de abdomen que reporta PA Balthazar grado B (Índice de gravedad 1 punto). Se maneja con ayuno y soluciones cristaloides, con importante mejoría clínica que permite su egreso a los 5 días de hospitalización. **Discusión:** El dengue se presenta en 3 fases (febril, crítica, resolución) él presentó Dengue no Grave con datos de alarma con fiebre, cefalea, artralgias y dolor abdominal persistente. La fase crítica, en la que se diagnosticó al paciente, se presenta 4-5 días posterior a la fase febril. Se realizó el diagnóstico clínico, serológico e imagenológico para PA, descartándose otras etiologías salvo la confirmación diagnóstica de dengue. Se reportan pocos casos en la literatura médica, todos en pacientes con dengue grave, lo que llama la atención en nuestro paciente que no cumple la definición de dengue grave. **Conclusiones:** El dengue grave es una condición clínica que requiere diagnóstico y tratamiento oportuno. Se han reportado múltiples presentaciones atípicas, pero la PA es una rara y potencialmente mortal complicación, la cual requiere aún mayor entendimiento de su fisiopatología.

#### **0615 Hepatocarcinoma en paciente portador de hepatitis C crónica y hepatitis B aguda** *Urbieta M0, Hernández S1, Martínez J1*

0 Otra, Hospital Central Militar;  
1 IMSS

Se presenta caso de masculino 72 años, con hipertensión arterial y antecedentes de apendicectomía hace 30 años, consumo de alcohol durante más de 20 años hasta la embriaguez, tabaquismo por 53 años, IT 10.6 paquetes/año, tuberculosis pulmonar hace 20 años, cumplió tratamiento. Inicia padecimiento en abril de 2015 con debilidad, náusea, vómito, pérdida de 10 Kg en dos meses y aumento de perímetro abdominal. Acude a valoración el 14 de julio 2015 por síndrome icterico de patrón colestásico, reportándose ultrasonido con litiasis biliar y aumento de tamaño en cabeza de páncreas. El panel viral resultó reactivo para VHC y Ags HB así como alfafetoproteína 1180 y durante su hospitalización cursa con hemorragia gastrointestinal que ameritó hemotransfusiones y síndrome hepatorenal tipo 1. Se le realizó TC de hígado tres fases con múltiples lesiones nodulares en hígado y pulmón, con captación en fase arterial y reforzamiento de la cápsula en la fase de vaciamiento. La biopsia hepática, resultó positivo a hepatocarcinoma. No fue candidato a tratamiento quirúrgico por presencia de metástasis ni a quimioterapia por comorbilidades y hepatopatía crónica Child-Pugh C, por lo que se proporcionó apoyo con cuidados paliativos

así como control del dolor. Se cree que la mayor parte de los carcinomas hepatocelulares se deben a respuestas crónicas inflamatorias, inmunitarias y regenerativas a la infección por los virus de la hepatitis B o C. Las infecciones en cuestión desencadenan ciclos repetitivos de daño hepático inducido por virus, seguidos de reparación y regeneración hísticas. Durante decenios, la infección crónica por virus, la regeneración hística repetitiva y los cambios cromosómicos adquiridos pueden causar la formación de nódulos proliferativos. Las mutaciones cromosómicas adicionales pueden conducir a la degeneración de las células al interior de un nódulo proliferativo para constituir un carcinoma hepatocelular. En otros casos el DNA del HBV se integra al DNA de la célula y promueve la expresión excesiva de un gen de la célula que también tiene capacidad para contribuir a la oncogénesis. En el caso de nuestro paciente, el daño crónico causado por el consumo de etanol contribuyó de manera significativa al desarrollo del cáncer, teniendo una supervivencia media de cuatro meses por el estado funcional hepático.

**0617 Sensibilidad a antimicrobianos de los urocultivos: estudio multicéntrico del noroeste de México**

*Miranda T, Perez S*

Privado, Hospital Christus Mugerza de Alta Especialidad.

**Antecedentes:** Las infecciones de vías urinarias son la segunda causa de infecciones bacterianas en la práctica general y son una frecuente indicación de prescripción de antibióticos.

**Objetivo:** Determinar la sensibilidad de los antimicrobianos a los patógenos aislados de los urocultivos. Establecer los microorganismos más comunes. Comparar la sensibilidad de los antimicrobianos de los urocultivos recabados de manera ambulatoria contra los hospitalarios. Comprobar la proporción de bacterias *E. coli* productoras de BLEE. Método: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se recabaron todos los urocultivos que se hayan realizado en el período del 1 Enero del 2013 al 31 de Diciembre del 2014. Los cuales se realizaron en Monterrey, Nuevo León en el Hospital Christus Mugerza Alta Especialidad, Hospital Christus Mugerza Conchita, y Hospital Vidriera Christus Mugerza. Pacientes mayores de 18 años con clínica de Infección de Vías Urinarias que se haya realizado Urocultivo. **Resultados:** Se recabaron 544 urocultivos positivos, 26% (IC95%; 22-30) ambulatorios vs 74% (IC95%; 70-78) p 0.0001. La *E. coli* fue la bacteria más frecuentemente aislada tanto ambulatorio como hospitalario (84% [IC95%; 77-90] vs 76% [IC95%; 71-80] p 0.095). Los antibióticos más sensibles en general fueron Ertapenem (97% [IC95%; 95-98]), Imipenem



(96% [IC95%; 94-98], Meropenem (98% [IC95%; 96-99] y Amikacina (96% [IC95%; 92-98]; los menos sensibles fueron Ampicilina (23% [IC95%; 19-27], Ampicilina/Sulbactam (37% [IC95%; 33-42], Trimetoprim/Sulfametoxazol (49% [IC95%; 44-54] y Moxifloxacino (49% [IC95%; 44-54]. La proporción de *E. coli* formadoras de blee fue de 16% [IC95%; 10-22] vs 20% hospitalario [IC95%; 16-24] p 0.3. **Conclusiones:** La *E. coli* sigue siendo el patógeno más frecuentemente aislado de los urocultivos. Los Carba-penémicos son los de mayor sensibilidad, las Cefalosporinas están con una sensibilidad media, mientras las quinolonas presentan un alto grado de resistencia. Existe una proporción elevada de *E. coli* productora de BLEE.

**0626 Trombosis venosa como complicación de espondilodiscitis aguda causada por *Prevotella denticola*, en un paciente con estado hiperosmolar hiperglucémico. Reporte de un caso**

Trujillo V, Lara C, Jáuregui L, Alegría M  
Privado, Centro Médico ABC.

**Antecedentes:** La espondilodiscitis es una infección que afecta al disco intervertebral y la superficie de los cuerpos vertebrales, los factores de riesgo incluyen estados de inmunosupresión, endocarditis, uso de

drogas intravenosas o cirugías vertebrales, menos del 4% son causadas por anaerobios. *Prevotella denticola* es un bacilo gramnegativo anaerobio, patógeno oportunista, presente en la cavidad oral. **Informe de caso:** Hombre de 49 años, antecedente de diabetes mellitus tipo 2 sin tratamiento, mal higiene bucal. Acude a urgencias por dolor lumbar de 1 semana de evolución, asociado a cefalea, debilidad y dolor en extremidades inferiores, dolor dental. A su ingreso con sepsis, síndrome confusional agudo, estado hiperosmolar hiperglucémico (EHH), dolor abdominal, lesión renal aguda y edentulia. Tomografía de cráneo normal, tomografía de abdomen: trombosis de vena cava inferior y trombosis de iliaca común. Se realizó una punción lumbar, con leucocitos 416 cel/ml, 95% polimorfonucleares, glucosa 317 mg/dl, proteínas 314 mg/dl. Se toman cultivos y se inicia cobertura antibiótica con ceftriaxona, ampicilina, aciclovir y vancomicina, además de hidratación y anticoagulación con enoxaparina. Se corrige descontrol glucémico y estado confusional. Por resonancia magnética se evidencia espondilodiscitis a nivel L5-S1 y se agrega doxiciclina. Sin embargo presentó dos picos febriles, posteriormente se reportó hemocultivo positivo para *Prevotella denticola*, se realiza ecocardiograma transtorácico con vegetación en punta de

catéter central, este es retirado y se ajusta esquema antibiótico a clindamicina y moxifloxacino, con mejoría clínica. **Conclusiones:** No se ha encontrado ningún caso reportado de espondilodiscitis por *Prevotella denticola*. Las infecciones son la causa desencadenante más común del EHH, el cual es un estado procoagulante por aumento del factor de von Willebrand y disminución de los niveles de proteína C y S. Se ha descrito la trombosis arterial como complicación de este estado, sin embargo la trombosis venosa es sumamente rara. Nuestro caso ejemplifica la necesidad de anticoagulación profiláctica en dichos pacientes, así como el tratamiento oportuno y dirigido de la infección desencadenante. Palabras clave: Espondilodiscitis, estado hiperosmolar hiperglucémico, trombosis venosa, trombosis de vena cava inferior, Bacteremia, *Prevotella denticola*

**0632 Meningitis espontánea por *Escherichia coli* en un adulto. Reporte de un caso**

Vicente B, Soto C, Beltrán C, Fuentes S  
Privado, Hospital Ángeles Pedregal

Masculino de 80 años, antecedente de hiperplasia prostática benigna, diabetes mellitus, hipertensión arterial, fibrilación auricular y evento vascular isquémico. Inicia 10 horas previas a su ingreso con cefa-

lea intensa súbita, escalofríos, desorientación, agitación psicomotriz, inatención y poca interacción con el medio, acude a urgencias en donde se encuentra con fiebre de 38 grados, taquipnea, desorientación en las 3 esferas, ruidos cardiacos disrítmicos y globo vesical en hipogastrio. **Laboratorios:** Ego con datos de infección, leucocitosis de 16,400, neutrofilia 96%, alargamiento del INR. EN las siguientes 24 horas empeora el estado neurológico, con rigidez de nuca, signos meníngeos y hemiparesia izquierda. Se inicio esquema antibiótico empírico con ceftriaxona, vancomicina y ampicilina. Se recaba un urocultivo con *E. coli* BLEE. El paciente continua con deterioro neurológico, dificultad respiratoria y patrón de Cheyne-Stokes, con FR 47 l/m, por lo que se se realiza incubación orotraqueal, se aísla en LCR *E. coli* BLEE, se escala antibioticoterapia a meropenem, se tomo una tomografía de control que reporto Tomografía simple de cráneo en corte axial que muestra ventriculomegalia supratentorial y leucoaraiosis, hemorragia intraventricular, zona de isquemia antigua en hemisferio cerebral derecho, hiperdensidad del tenorio por infección aguda, edema generalizado e hidrocefalia. Múltiples áreas hipodensas en ambos hemisferios cerebrales por afectación a sustancia blanca en relación a proceso infeccioso conocido, no hemo-

rragia parenquimatosa. Zonas isquémicas por fenómenos vasolíticos por neuroinfección. El paciente evoluciona a falla orgánica múltiple y muerte al día 14 de estancia intrahospitalaria.

#### **0644 Utilidad de albúmina y proteína C reactiva como factores predictores de severidad en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad y su relación con puntaje de índice de severidad de neumonía**

*Rivera E, Ortega B, Sierra M, Zapata R, Fonseca J*  
SSA, Hospital General de México Dr. Eduardo Licéaga.

**Introducción.** Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) es una de las principales causas de hospitalización y muerte en el mundo. Albúmina sérica (AS) y proteína C reactiva (PCR) son proteínas relacionadas con factores asociados a mayor riesgo de mortalidad, y es conocida su asociación con factores de mal pronóstico en el paciente crítico. **Objetivo.** El presente estudio pretende determinar la utilidad clínica de AS Y PCR como factores predictores de severidad de NAC mediante su correlación con puntaje de índice de severidad de neumonía (PSI). **Métodos.** Fue un estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo de un solo centro, de 30 pacientes de 18 a 75 años de edad en quienes se integró el diagnóstico clínico y/o radiográfico de NAC, de Abril de 2015 a Julio de 2015.

Se les aplicó PSI, se identificaron las comorbilidades asociadas a NAC y se determinó la relación entre AS y PCR con PSI. **Resultados.** La edad promedio fue 51.1 años, el 70% de los sujetos eran hombres, 30% eran diabéticos (9/30), 50% eran hipertensos (15/30) y 23.3% tenían Insuficiencia cardiaca (7/30). Se categorizó el puntaje de PSI según su estadiaje y se consideró clase IV o mayor como factor de riesgo de mortalidad, se realizó ANOVA de las variables y se reportó homogeneidad de las varianzas en todas ellas excepto en glucosa. Se encontró asociación entre clases IV o mayor de PSI con hemoglobina, hematocrito, creatinina, BUN y lactato ( $p=0.001$ ,  $0.002$ ,  $0.005$ ,  $0.017$  y  $0.05$ , respectivamente). No hubo asociación significativa para la AS y PCR ( $r=-0.19$  y  $-0.38$ , respectivamente). Se determinó correlación inversa de la AS y PCR, aunque sólo esta última es estadísticamente significativa ( $p=0.03$ ). Sin embargo la correlación de AS es débil y estadísticamente no guarda relación con el puntaje de PSI ( $p=0.31$ ). Respecto a la correlación entre escala de SOFA y AS, se encontró que ésta fue negativa y débil ( $r=-0.05$ , con una  $p=0.7$ ) y con PCR ( $r=-0.02$ ,  $p=0.09$ ). **Conclusiones.** En pacientes con NAC, el nivel sérico de PCR al ingreso se correlacionó de manera estadísticamente significativa con altos puntajes de PSI y SOFA. No así



el valor AS, que no correlacionó de manera significativa con PSI y SOFA. Así mismo, se encontró que hemoglobina, hematocrito, creatinina, BUN y lactato correlacionan de manera estadísticamente significativa con pacientes con el diagnóstico de NAC PSI clases IV y V.

#### **0652 Reporte de un caso de absceso hepático amebiano con ruptura espontánea a cavidad pleural**

Torres A, Avila A

SSA, Hospital General de México.

**Antecedentes:** La amebiasis es una infección causada por protozooario entamoeba histolytica más frecuente en países pobres y en vías de desarrollo debido a sus condiciones socioeconómicas y los niveles de saneamiento, la mayoría de los casos puede presentarse como disentería y en raros casos como absceso amebiano, el cual es más frecuente en la edad adulta, con un pico entre los 20 y 40 años, predominando en el sexo masculino, aproximadamente el 1% de los casos de abscesos amebianos presenta complicaciones como ruptura hacia peritoneo, tórax o piel, 90% cursan de forma asintomática, y el 10% restante con manifestaciones gastrointestinales o bien extraintestinales, el pulmón es el segundo sitio extra intestinal seguido por el hígado y el pericardio, generalmente se afecta cavidad pleural derecha y lóbu-

lo inferior aunque puede afectar cualquier parte de la cavidad torácica. En este reporte de caso se comenta una paciente que presentó absceso hepático con datos de dificultad respiratoria, se realizó protocolo de estudio de manera multidisciplinaria diagnosticando absceso hepático con drenaje a cavidad pleural. **Objetivo:** Realizar el reporte de un caso de absceso hepático amebiano con ruptura espontánea a cavidad pleural en paciente femenina, joven sin factores de riesgo. **Informe de caso:** Paciente femenina de 52 años de edad Inicia su padecimiento hace dos meses con dolor en región torácica posterior, aumenta de manera progresiva no tolera reposo ni a la bipedestación se acompaña de dificultad respiratoria, tos con expectoración de características hemoptoicas se realiza tomografía de tórax donde se evidencia derrame pleural y absceso hepático con comunicación a cavidad pleural, se inicia tratamiento antibiótico con cefalosporina y metronidazol, se coloca sonda endopleural con gasto 1200cc de líquido pleural de características achocolatadas se realiza tomografía de control con presencia de sonda endopleural en parénquima hepático se corrige mediante toracotomía exploratoria más decorticación de lóbulo inferior, fistulectomía y rafia diafragmática. Resultados de cultivos negativos y prueba de detección de ameba positiva.

Con buena evolución clínica.

**Conclusión:** actualmente es raro los casos de absceso hepático amebiano, sin embargo por el nivel socioeconómico de la población Mexicana y el problema de salubridad aún existen casos.

#### **0654 Pancreatitis aguda asociada a bacteriemia por *Salmonella typhi*, como forma de debut clínico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida**

Hawing J, Monreal R, Mendoza A, Galarza D

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

**Antecedente:** Se sabe que la bacteriemia por *Salmonella* spp. ocurre entre hasta 100 veces más frecuentemente en pacientes con VIH, siendo señalada como una de las patologías definitorias del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Por otra parte, las infecciones complicadas relacionadas a *Salmonella* spp, suelen ser de difícil control, más aún si se documenta un foco o reservorio. **Objetivo:** Presentamos el caso de un paciente ingresado por pancreatitis aguda relacionado a bacteriemia por *Salmonella typhi* en el contexto de SIDA no conocido. **Informe de caso:** Masculino 41 años, con antecedentes de alcoholismo y tabaquismo, niega antecedentes médicos. Acudió a urgencias con dolor abdominal epigástrico transictivo, con intensidad 9/10, intolerancia a

la vía oral, fiebre no cuantificada. Ingres a urgencias, amilasa 264 U/L, por TAC de abdomen se demuestra pancreatitis Balthazar C. Al tercer día el paciente desarrolla fiebre de alto grado, taquicardia y aumento en el dolor abdominal. Debido a la persistencia de sepsis, se toman hemocultivos y se realiza un nuevo TAC de abdomen apreciándose una colección pancreática de 12 cm de diámetro. A las 48 hrs se reporta *Salmonella typhi* en sangre, y debido a la linfopenia (0.671) se solicita serología para VIH resultando positiva. Carga viral de 185,120 y cuenta de CD4 = 179 cel/uL. Se inicia ciprofloxacino IV cediendo la fiebre a las 24 hrs, manteniéndose por 6 semanas. Se punciona la colección, aislando también *Salmonella typhi*, se deja drenaje durante 10 semanas con un vaciamiento total de 2,750 mL con datos de resolución por TAC de control a 3 meses. El paciente se egresa con evolución favorable sin necesidad de nueva intervención médico-quirúrgica. **Discusión:** Inicialmente aparenta ser un cuadro de pancreatitis aguda de etiología incierta, siendo el punto de inflexión el aislamiento bacteriológico en sangre de *Salmonella typhi* lo cual hizo sospechar de un estado de inmunosupresión documentándose infección por VIH y por ende la definición de SIDA. El manejo mínimamente invasivo de este paciente derivó en un desenlace favorable sin

aparentes recidivas durante el seguimiento. **Conclusiones:** Ante una bacteriemia por *Salmonella* hay que sospechar de un cuadro de inmunosupresión de base, siendo necesario al menos descartar la presencia concomitante de VIH y así eludir complicaciones.

#### **0662 Infección por *Vibrio vulnificus*: reporte de un caso**

*Diez De Sollano A*

Privado, Centro Médico ABC.

*Vibrio vulnificus* es una de las bacteria gram negativas mas virulentas que existen, puede causar infección de heridas en piel tejidos blandos secundario al contacto de agua contaminada o producir diarrea y septicemia posterior al consumo de mariscos (principalmente ostiones). Esta infección generalmente se ve en asociación con enfermedades crónicas, siendo las de mas de riesgo enfermedad hepática crónica y hemocromatosis. Acudió a nuestro servicio de urgencias un paciente masculino de 47 años de edad con antecedente de Cirrosis hepática criptogénica de 4 años de evolución por presentar diarrea líquida vercosa sin moco ni sangre 24 horas previas a su ingreso, acompañadas de dolor intenso y aparición de eritema en pantorrilla de miembro pélvico izquierdo. Al interrogatorio dirigido el paciente refirió haber consumido ostiones 2 días previos a su ingreso. A su llegada

se encontró con fiebre, taquicardia, hipotensión, confusión y aumento del trabajo respiratorio por lo que se inició ventilación mecánica invasiva y apoyo con aminas vasopresoras. Se inició cobertura antimicrobiana con doxiciclina, meropenem y linezolid. A las 12 horas de su ingreso el paciente desarrollo bulas en ambas extremidades inferiores con datos de síndrome compartamental por lo que se realizaron fasciotomías bilaterales. La tinción de gram y cultivo aeróbico de las bulas fueron negativos, sin embargo los hemocultivos de ingreso fueron positivos para un bacilo gram negativo que posteriormente se identificó como *Vibrio vulnificus*. A pesar de contar con todo el manejo de soporte y cobertura antimicrobiana correcta el paciente presentó mala evolución del choque séptico, desarrollado disfunción multiorgánica, rabiomiolisis, acidosis láctica persistente y murió 48 horas posterior a su ingreso. La septicemia por *Vibrio vulnificus* es una enfermedad grave y con alta mortalidad, se debe realizar diagnóstico rápido para iniciar tratamiento oportuno. Debido a su alta mortalidad los pacientes de alto riesgo deben de ser aconsejados en evitar el consumo de mariscos crudos, particularmente ostiones.

#### **0684 Absceso de psoas secundario. Serie de tres casos clínicos**



Flores CO, González M1, Meza PO

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

**Introducción:** Los abscesos de psoas son un reto diagnóstico para el clínico, si bien la triada de fiebre, dolor lumbar y dolor a la palpación del muslo es importante. La disposición anatómica del psoas explica la afección y sintomatología de los pacientes. **Material y métodos: Reporte de casos:** Caso 1. Femenino de 65 años de edad, con antecedentes; tabaquismo, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, lumbalgia crónica secundario a previa cirugía vertebral. Inicia padecimiento con dolor en muslos exacerbado a la bipedestación y deambulación, fiebre cuantificada en 38°C, se realiza TAC abdomen absceso en psoas y muslo izquierdo fig 1. Ingresar con dolor en miembro inferior izquierdo, se decide drenaje de absceso. Su evolución no satisfactoria, con neumonía asociada a ventilación mecánica, sepsis severa, con fallecimiento posterior. Caso 2. Femenino de 59 años de edad, con antecedentes; Diabetes mellitus tipo 2, fractura de L5 hace 2 años con fijación de material de osteosíntesis. Inicia padecimiento 2 semanas evolución con fiebre no cuantificada, dolor lumbar. TAC de abdomen con evidencia de colección a

nivel de psoas fig 1. dolor abdominal a nivel de fosa iliaca izquierda, Giordano positivo izquierdo. Lumbotomía izquierda con hallazgos de material purulento 200cc dependiente de psoas izquierdo. Su evolución fue satisfactoria. Caso 3. Masculino de 82 años de edad, con antecedentes; tabaquismo positivo, Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial sistémica. Fractura vertebral a nivel de L4, L5 secundaria a caída hace 2 años. Inicia padecimiento hace 5 meses previos a hospitalización con fiebre intermitente hasta 39°C, dolor y aumento de volumen a nivel de muslo izquierdo, TAC abdomen Fig 1. Se realiza drenaje de absceso psoas izquierdo y fasciotomías en muslo izquierdo en 3 ocasiones. Su evolución clínica fue satisfactoria. **Discusión:** El absceso de psoas secundario, se presenta debido a la extensión de un foco infeccioso conocido o no conocido, enfermedad de Crohn, apendicitis, diverticulitis o neoplasias digestivas, espondilodiscitis, sacroileitis, osteomielitis o pionefrosis. **Conclusiones:** Se presentan la serie de 3 casos de pacientes con absceso de psoas con desenlace fatal en 1 caso, donde se encuentra relación entre los mismos el antecedente instrumentación a nivel de columna lumbar. **Bibliografía:** 1. Cánovas Ivorra JA et al. Absceso de psoas primario: a propósito de 5 nuevos casos. Revisión de la literatura. Arch. Esp. Urol.

2003;56:7;775-80 2. Fayad ML et al. Musculoskeletal Infection: Role of CT in the Emergency Department. RadioGraphics 2007; 27:1723-1736 1. López Zabala I et al. Absceso de psoas asociado a infección de una artroplastia de cadera. Rev Esp Quimioter 2013;26(3):198-202.

### **0695 Complicaciones pulmonares de pacientes con infección por VIH, diagnosticadas por broncoscopia, 14 años de experiencia en el INCMNSZ**

Tejeda J, Gutierrez C, Elizalde J, Pérez S

SSA, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

**Introducción:** Las complicaciones pulmonares en pacientes con VIH continúan siendo una causa importante de morbilidad aún en la era post-HAART. La broncoscopia ha sido utilizada como método diagnóstico y terapéutico desde el inicio de la pandemia, sin embargo en México no existen datos sobre la epidemiología de las complicaciones pulmonares y el rendimiento diagnóstico de la broncoscopia. **Objetivo:** Describir las causas de complicaciones pulmonares diagnosticadas por broncoscopia en los pacientes de la clínica de VIH del Instituto y analizar los factores demográficos y clínicos a través del periodo de estudio. **Material y métodos:** Se incluyeron a los pacientes atendidos en el INCMNSZ des-

de 2001 hasta 2014 que tienen diagnóstico de VIH/SIDA y que se les haya realizado al menos una broncoscopia. Se realizó comparación de variables entre los grupos: pruebas T de Student o U de Mann Whitney según corresponda y Chi cuadrada de Pearson en el caso de variables dicotómicas o categóricas.

**Resultados:** Se incluyeron 294 pacientes, el rendimiento diagnóstico de la broncoscopia fue de 59.9%. La principal indicación para realizar broncoscopia fueron las neumonías adquiridas en la comunidad. El 87.1% de los pacientes tenían 200,000 copias/ml, y solo el 39.5% de los pacientes tenían tratamiento antiretroviral al momento de la broncoscopia. El aislamiento bacteriano más común fue P aeruginosa (54,5%), el oportunista más comúnmente detectado fue P. jirovecii (35.8%). El complejo M avium, fue aislado en 17 casos 8 (5.7%). El Sarcoma de Kaposi se diagnosticó en 8.3% de las biopsias pulmonares. Los factores relacionados a mortalidad fueron requerimiento de ventilación mecánica ( $p=0.000$ ), aislamiento de oportunistas ( $p=0.043$ ) y requerimiento de broncoscopia después de un año de diagnóstico de VIH ( $p=0.045$ ). La biopsia pulmonar aportó un diagnóstico significativo en el 45% de las biopsias realizadas, aunque solo se realizó en el 20% de las broncoscopias.

**Conclusiones:** El rendimiento diagnóstico en el Instituto es

similar a lo reportado en la literatura. Las infecciones fueron la principal indicación para el estudio. La P. aeruginosa fue el agente causal más frecuentes de neumonía adquirida en la comunidad en estos pacientes lo cuál sugiere que el esquema empírico debe incluir cobertura empírica contra éste microorganismo.

**0700 Encefalitis asociada a Herpes zoster trigeminal en un paciente inmunocompetente: Reporte de un caso**

*Cuevas J, Buendía E, Trujillo V, Moreno F*  
Privado, Centro Médico ABC.

**Introducción.** El herpes zoster representa una reactivación del virus Varicela-Zoster (VVZ). Se caracteriza por una dermatosis vesicular dolorosa que por lo general involucra un solo dermatoma. La encefalitis asociada a VVZ se manifiesta con delirium, alteraciones del estado de alerta, focalización neurológica, crisis convulsivas o cefalea. El diagnóstico se confirma mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en líquido cefalorraquídeo. El tratamiento consiste en Aciclovir 10-15 mg/kilogramo IV cada 8 horas por 2 a 3 semanas. **Presentación del caso.** Se presenta el caso de un hombre de 83 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica, fibrilación auricular paroxística y diabetes mellitus tipo 2 con nefropatía diabética en terapia

sustitutiva con hemodiálisis, quien presentó un cuadro de herpes zoster a nivel de la rama V1 trigeminal derecha, con queratoconjuntivitis. Se inició tratamiento con Aciclovir intravenoso ajustado a función renal, a 5 mg/kg cada 24 horas, presentando 2 días después desorientación, espasticidad, bradilalia y disartria progresivos. Se solicitó PCR para VVZ en líquido cefalorraquídeo, resultando positiva. Se añadió dexametasona intravenosa al manejo. El paciente presentó mejoría progresiva de las lesiones herpéticas y del estado neurológico, sin secuelas. Fue dado de alta al onceavo día de hospitalización, continuando tratamiento antiviral parenteral de forma ambulatoria. **Conclusiones.** Existen múltiples complicaciones neurológicas asociadas a reactivación del VVZ, incluyendo herpes zoster oftálmico, síndrome de Ramsay-Hunt, mielitis transversa, meningitis, encefalitis e ictus, entre otras. La encefalitis es una entidad poco común en personas inmunocompetentes. Se asocia frecuentemente al herpes zoster con involucro de nervios craneales o cervicales, así como alteraciones de la inmunidad celular. Suele presentarse pocos días después de la aparición de la dermatosis, pero puede manifestarse antes de la aparición de las vesículas o hasta más de 6 meses después, por lo que se requiere un alto índice de sospecha para su



diagnóstico. Es de suma importancia instituir un tratamiento antiviral oportuno debido a la alta mortalidad y riesgo de secuelas neurológicas que conlleva. No existe suficiente evidencia para recomendar el uso rutinario de corticosteroides en estos casos.

#### 0704 Mucormicosis cutánea primaria

*Aquino J, Rodríguez E, Ramírez L, Sierra E, Ortega M, González A, Lozano V, Medrano S, Hernández J, Delgado M*  
SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

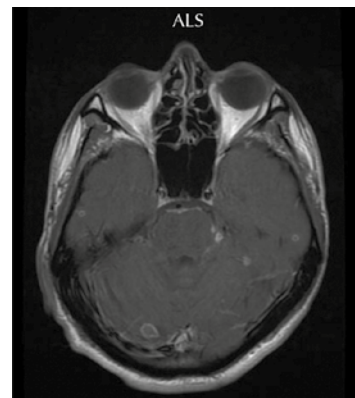
**Antecedentes:** La Mucormicosis es una infección poco frecuente causada por hongos oportunistas del orden Mucorales (*Rhizopus*, *Lichthemia*, *Mucor* y *Rhizomucor*). La presentación rinocerebral es la más frecuente, de aparición aguda y generalmente mortal. CASO: Hombre de 40 años hipertenso y diabético. En julio 2015 presentó trauma en tórax posterior; en urgencias se le encontró con fiebre y dermatosis eritemato-violácea de 15x7 cm con centro necrótico. Laboratorios con glucosa 332 mg/dL, leucocitos  $2.5 \times 10^9/L$  y neutrófilos  $1.3 \times 10^9/L$ . Examen directo KOH con hifas cenocíticas; se inició Anfotericina B a 1.5 mg/kg. Por histopatología con necrosis central e hifas hialinas en "forma de listón". Cultivo con esporangiosporas globosas, estolones y rizoides pigmentados.

**Discusión:** La mucormicosis cutánea primaria es rara (< 10%), secundaria a ruptura de la piel y relacionada a inmunosupresión. La tasa de curación es del 68% con anfotericina B y desbridamiento quirúrgico; tiene mortalidad del 31%.

#### 0716 Tuberculosis diseminada en paciente inmunocompetente: a propósito de un caso

*Arteaga M, Valero G*  
SSA, Hospital Juárez de México.

Masculino de 36 años de edad, Sin antecedentes alérgicos, quirúrgicos, transfusionales o traumáticos, diagnóstico de epilepsia desde hace 3 años en manejo por Neurólogo particular a base de valproato de magnesio 200mg cada 24 horas. Ansiedad, en manejo con sertralina. IVSA a los 21 años, con 4 parejas de tipo heterosexual, diagnóstico de infección por VPH hace 1 año. PA inicio 3 meses previos con tumoración en hemicuello izquierdo inicialmente de 1.5 cms ante la evidencia de tele de tórax con patrón miliar fiebre intermitente perdida de peso serología para VIH, Hepatitis B Y C Negativo resonancia de cráneo con múltiples imágenes redondeadas de bordes regulares, se realiza toma de mielocultivo y cultivo de líquido cefalorraquídeo para micobacterias, PCR para TB positiva, biopsia de ganglio con tinción de ziehl neelsen positiva Linfos 570 IGA 525, resto normales CD4 28 y CD8 219.



#### 0719 Criptococosis menígea en paciente no VIH

*Arteaga M, Valero G, Osorio D, Hernandez G*  
SSA, Hospital Juárez de México.

Masculino de 55 años de edad. residente del Distrito Federal toxicomanías desde los 15 años de edad, con consumo desde hace 6 años de forma diaria de marihuana. Niega enfermedades crónicas degenerativas, transfusionales y alérgicos. Quirúrgicos: apendicectomía y circuncisión. Fractura de muñeca en enero del 2009., Andrológicos: Refiere dos parejas sexuales, sin uso de protección de barrera, no refiere prácticas de riesgo. PA cefalea holocraneana intensidad 7/10, usatil, sin atenuantes ni agravantes, de 8 días de evolución, desorientación lenguaje incoherente, agitación psicomotriz, Se realizó punción lumbar la cual muestra: glucosa de 46, proteínas de 129, células de 190, de predominio de

polimorfonucleares de 80%, mononucleares 20%. Leucocitos de 8.69, neutrófilos de 6.95, linfocitos de 0.38, plaquetas 254. A su ingreso se encontró con agitación psicomotriz, signos meníngeos, fuerza muscular normal, múltiples lesiones de tiña corporal y onicomiosis severa, estertores gruesos diseminados, abdomen sin alteración. Se realizó punción lumbar 24 horas después y se obtienen los siguientes **Resultados**: glucosa 61, proteínas 76, celularidad 126, polimorfonucleares 40% y mononucleares 60%, se enviaron muestras para cultivo de bacterias, hongos y PCR para Tb. El 25.08.14: se reporta resultado de tinta china con posible criptococo, por lo que se inició manejo con anfotericina B y fluconazol, continuo con ceftriaxona y esteroide indicados a su ingreso, concluyó 14 días el antibiótico, el esteroide en dosis de reducción. con recuperación del estado neurológico. Se detectó durante su estancia diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica, que fueron manejadas con insulina rápida a requerimientos y enalapril. La hemoglobina glucosilada se reportó en 7.2%. Dado que tiene linfocitopenia de CD4 y serología para VIH negativa, se solicitó valoración por Inmunología, aún en estudio de probable inmunodeficiencia. Estudios relevantes realizados durante su estancia: 29.08.14: Reporte de cultivo de líquido

cefalorraquídeo *Cryptococcus neoformans*. 30.08.14: Calcio 8.0 Cloro 103 Potasio 3.7 Sodio 133 Creatinina 1.5 glucosa 313 BUN 29.1 27.08.14 y 01.09.14: ELISA para VIH sin reactividad AgsHB sin reactividad HCV sin reactividad. 11/09/14. Antígeno de criptococo en suero positivo 1:10,000.

#### **0725 Otra forma de presentación clínica de neurosífilis**

*Laguna M, Pantoja E*  
ISSSTE, Hospital Regional 1° de Octubre.

La neurosífilis en una infección clínica del sistema nervioso central asociada a *Treponema pallidum*, la cual puede presentarse no sólo en una fase tardía como tabes dorsal y parálisis generalizada progresiva, sino en cualquier estadio de la enfermedad. El caso clínico comprende a un masculino de 62 años de edad con una presentación clínica en forma de gomas. Antecedentes de tabaquismo y etilismo previos intensos por 18 y 40 años respectivamente, con colecistectomía, hace 20 años, apendicectomía hace 17 complicada con peritonitis y resección intestinal y de prostatectomía hace 2 años, con secuelas de estenosis uretral. Inició su padecimiento 3 semanas previas a su ingreso con salida de pápula en región inguinal derecha que evolucionó a pústula, y posteriormente con aparición de nuevas lesiones en región pretibial derecha, dorso

del pie izquierdo, pubis, región sacra y dorso de ambas manos, acompañada de fiebre de 39 grados y diaforesis nocturna. Sus laboratorios con hemoglobina de 10.1, con anemia crónica, leve transaminasemia, albúmina de 1.5 y globulinas de 4.8 gramos por decilitro, glucosa de 79, TORCH sérico con memoria inmunológica para cimomegalovirus, toxoplasma y rubeola, y panel viral de hepatitis y ELISA para HIV no reactivos. Ecocardiograma con FEVI del 60%, válvula aórtica severamente calcificada con estenosis crítica y aneurisma en aorta ascendente de 42 mm. TAC de abdomen con absceso del psoas derecho, adenomegalías cervicales y mediastinales, hepatoesplenomegalia e hipertensión portal. Evolucionó con choque séptico con cultivos de pústulas con *S. aureus* y hemocultivo de catéter positivo a *C. albicans*. Biopsia de piel con piodermia gangrenosa. Prueba de absorción de AC treponémicos fluorescentes positivo 1:8 con VDRL positivo que confirma la presencia de sífilis activa. Recibió tratamiento con PGC.

#### **0727 Hiperparatiroidismo primario en paciente con infección por virus de la inmunodeficiencia humana sin terapia antirretroviral altamente activa**

*Cortés M*  
IMSS, Hospital General Regional No. 1, Cuernavaca, Morelos.



**Introducción** La hipercalcemia es un hallazgo infrecuente (inferior al 3%) en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Se han comunicado casos aislados de hipercalcemia secundaria a diferentes infecciones oportunistas (*M. avium*, *P. jiroveci* y Citomegalovirus). Aunque son varias enfermedades que pueden cursar con hipercalcemia, entre el 80 y el 90% de los casos son secundarios a hiperparatiroidismo primario.

**Caso clínico:** Masculino de 30 años, con diagnóstico de VIH (carga viral 210,150 copias/mL, 5.32 Log copias/mL y linfocitos T CD4: 198 cel/ $\mu$ L) sin terapia antirretroviral altamente activa. Ingresa por presentar desde hace 1 mes cefalea holocraneana, tipo opresivo, intensidad 5/10, disminuía parcialmente con AINES, sin síntomas asociados. Progresivamente se agregó debilidad de miembros inferiores, bradilalia y desorientación temporo-espacial. De los estudios de laboratorio de ingreso destacaba hipercalcemia moderada (12.5 mg/dL) y perfil TORCH con IgG e IgM reactivo para *Toxoplasma*, resto normal. Ante la sospecha diagnóstica de neuroinfección por oportunistas se analizó LCR obtenido por punción lumbar, el cual presentó pleocitosis con 99% de mononucleares, gram sin evidencia de bacterias, reacción en cadena de la polimerasa de LCR para *M. tuberculosis* negativo. Se

realizó Resonancia Magnética cerebral la cual fue normal. Se determinaron niveles séricos de hormona paratiroidea de 882 pg/mL por lo que se efectuó gammagrama paratiroideo con 99m Tc-SESTAMIBI el cual demostró hiperplasia paratiroidea inferior izquierda.

**Discusión:** El paciente inició tratamiento antirretroviral con tenofovir, atazanavir y ritonavir. Descartada la neuroinfección y confirmado hiperparatiroidismo primario fue canalizado al servicio de endocrinología para normar tratamiento definitivo, que según los criterios de intervención quirúrgica sería candidato a realizar paratiroidectomía.

**0728 Frecuencia de los factores de riesgo identificados para bacteriemias por *Escherichia coli* productora de BLEE en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González**

*Nieto Z, Ramírez J, Torres A*  
SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

**Introducción:** Las betalactamasas de espectro extendido (BLEE) son enzimas codificadas por plásmidos conocidas por su capacidad de hidrolizar las cefalosporinas de amplio espectro y monobactámicos que confiere resistencia a estos fármacos.

**Objetivo:** conocer la frecuencia de los factores de riesgo identificados para bacteriemias

por *E. coli* BLEE en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron 61 expedientes de pacientes con bacteriemias por *E. coli* BLEE ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González en el periodo del 1° de enero de 2013 al 31 de marzo de 2015. **Resultados:** La mediana de edad fue de 56.31 años, 51.9% fueron hombres. Las principales comorbilidades fueron: Diabetes mellitus tipo 2 60.6% de los cuales el 83.7% se encontraban con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada documentada por HbA1c mayor a 7% e Hipertensión arterial sistémica 41%. El promedio de días de estancia intrahospitalaria fue de 14.4 días. El 47.54% de los pacientes tenían uso de antimicrobianos en los 90 días previos a su ingreso y de ellos el 27.58% tenían antecedente de dos o más antimicrobianos. La prescripción más frecuente fueron las quinolonas con un 17.6%. El 100% de los pacientes recibieron tratamiento antimicrobiano empírico al ingreso al hospital, de ellos únicamente el 13.11% recibió tratamiento empírico adecuado. Respecto al lugar de adquisición el 78.7% fueron adquiridas en la comunidad, 11.5% nosocomiales y 9.8% asociadas a los cuidados de salud. Todos los

aislamientos fueron sensibles a amikacina y carbapenémicos. El 100% de los pacientes presentaron hipoalbuminemia a su ingreso al hospital. Dentro de los desenlaces el 95% de los pacientes fueron dados de alta por mejoría y de ellos el 31% continuaron tratamiento antimicrobiano ambulatorio en la Clínica de ertapenem, el 17% reingreso en un periodo de 30 días por infecciones de vías urinarias. **Conclusiones:** La identificación de pacientes con factores de riesgo potenciales para el desarrollo de infecciones por *E. coli* BLEE es esencial para poder iniciar una terapia antimicrobiana empírica temprana y adecuada con la finalidad de evitar el desarrollo de bacteriemias que incrementan la morbi-mortalidad intrahospitalaria.

**0735 Equinocosis quística hepato pulmonar en un paciente con tricoleucemia. A propósito de un caso**

Ramírez LO, Pérez GO, Vásquez FO, Valdivia A1

0.SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca; 1.SSA, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

**Antecedentes:** La equinocosis es una enfermedad zoonótica causada por el césodo en su estado larvario del género *Equinococcus*. La prevalencia en América Latina es alta sin embargo la concurrencia

con cáncer en general, es rara. El diagnóstico es basado en hallazgos clínicos, imagenológicos e histopatológicos. **Caso clínico:** Masculino de 52 Años de edad originario de Cutzama-la, Gro. Ocupación campesino. Cuenta con todos los servicios básicos excepto drenaje. Conviene con aves de corral y ganado bovino. Dx de leucemia de células peludas desde 1998. Recibió QT logrando remisión completa pero un año después abandonó el seguimiento médico. Inició su PA en febrero de 2015 con disnea, estridor intermitente y dolor 2/10 en la EVA en hipocondrio derecho. Un mes después acudió a urgencias por incremento de los síntomas; la RX de tórax sin datos específicos, evolucionó a insuficiencia respiratoria aguda e intubación orotraqueal. A su ingreso no tuvo fiebre o algún otro dato de importancia. Se le realizó TC de tórax en la que se observaron lesiones homogéneas de bordes bien definidos en lóbulo superior izquierdo y llingula. US y la TC de abdomen: múltiples imágenes anecoicas y de aspecto de contenido líquido compatibles quistes hepáticos. Biopsia de quiste hepático: reporte final compatible con quistes hídricos. Por el antecedente de lesiones en pulmón vistas por TC, se solicitó IRM: 3 lesiones quísticas en el segmento ápico posterior, segmento superior del lóbulo inferior y segmento superior de la llingula de 31 x

28 mm, 36 x 45 mm y 51 x 34 mm. respectivamente. Se inició tratamiento con albendazol 400 mg vía oral cada 12 hrs de manera indefinida debido al compromiso hepato pulmonar. Por pancitopenia (Lc 600, Nt 396, Hb 6.6 g/dL, plaquetas 57 000) se le realizó nuevo aspirado de médula ósea: recaída de la enfermedad (tricoleucemia), hematología decidió reiniciar tratamiento con Interferón. La evolución fue favorable y por mejoría se egresó a domicilio con seguimiento en C.E. **Conclusiones:** A pesar de que la Equinocosis se ha considerado una enfermedad de evolución benigna, su curso clínico es muy variable, la evolución incierta y presenta una diversidad de complicaciones como la insuficiencia respiratoria cuando hay compromiso pulmonar como el presente caso, esto la convierte en una patología potencialmente fatal y a su vez en un problema serio de salud pública.

**0738 Absceso pulmonar por *Pneumocystis jirovecii* en paciente sin infección por VIH**

Hernández G, Sandoval G  
SSA, Hospital Juárez de México.

Masculino de 31 años de edad con antecedente de Artritis Idiopática Juvenil diagnosticado los 6 años sin tratamiento aparente. Consumo de tabaco positivo a razón de 7 cigarrillos diarios durante 8 años. Consumo de marihuana e inhalantes durante



7 años. Inicia padecimiento seis meses previos a su ingreso con la presencia de artralgas localizadas en rodillas y tobillos, de tipo inflamatoria ,acompañado de astenia , adinamia y tos productiva de expectoración hialina, posteriormente se agrega la presencia de alzas térmicas no cuantificadas y hemoptoicos , así como parálisis facial periférica derecha. Acude al servicio de urgencias de esta unidad médica, se inicia protocolo de estudio con radiografía de tórax con evidencia de absceso pulmonar apical derecho, tomografía simple de tórax con hallazgo de imagen ovoidea en pulmón derecho de bordes regulares de 9 x 8 x 6 cm hipodensa de contenido heterogéneo ( se anexara imagen) . Se solicita panel viral con reporte negativo, cultivo de expectoración de bacterias negativo, BAAR: negativo, citopatológico de expectoracion: negativo para células malignas, con presencia de cuerpos basófilos morfológicamente compatible con infección por Pneumocystis Jiroveci, se inicia manejo con Trimetropim con Sulfametoxazol a dosis terapéutica y esteroide pues a su ingreso se encontraba con hipoxemia. Se envía a broncoscopia diagnostica con proceso inflamatorio, escasas secreciones en árbol bronquial, lavado bronquioloalveolar con predominio histocitico, cultivo biopsia negativo, biopsia de lóbulo superior derecho con

evidencia de neumonía crónica y necrosis extensa. Con evolución clínica desfavorable se agrega proceso neumónico nosocomial iniciando manejo con Piperacilina con Tazobactam. Hospitalizado durante 21 días cumpliendo tratamiento antimicrobiano con remisión de la lesión, se egresa con profilaxis secundaria, así como búsqueda de inmunodeficiencia primaria.

#### **0744 Tuberculosis diseminada en paciente con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis**

*Aguilar S, Gámez L, Cruz A, Delgado J*

SSA, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

**Objetivo:** Mostrar la relevancia de la detección de tuberculosis en pacientes que tienen como factor de riesgo insuficiencia renal (IRC) en hemodiálisis. **JUSTIFICACIÓN:** La IRC incrementa 6 veces más el riesgo de tuberculosis (en especial extra pulmonar) asociada a hemodiálisis; sobre todo en quienes presentan anemia e hipoalbuminemia; sin embargo, no se realiza tamiz para detección. **Presentación de caso:** Masculino de 32 años, con antecedente Hipertensión arterial e IRC en hemodiálisis. Cuadro de tres días con disnea, tos en accesos, expectoración asalmonada, aumento de volumen en sitio de inserción de catéter Mahurkar, fiebre y dolor abdominal generalizado. Clínicamente con tumoración

en orificio de entrada del Mahurkar, blanda, dolorosa, 5x5 cm; sin síndrome pleuropulmonar, soplo holosistólico plurifocal y ascitis tabicada. Laboratorio: hemoglobina 7.3 g/dl, urea 269.6 mg/dl, creatinina 13.6 mg/dl, potasio 7.2mmol/L, prueba rápida para VIH negativa. Ultrasonido abdominal: ascitis con septos. Tomografía de tórax: probable osteosarcoma (que posteriormente fue descartado) y cambios inflamatorios en pulmón derecho, sugirió infiltración linfática y parenquimatosa; derrame pleural y pericárdico. Biopsia de tumoración sobre orificio del Mahurkar: material caseoso, BAAR negativo e informe de patología con inflamación crónica y calcificación distrófica. PPD y BAAR de expectoración negativos. Ecocardiograma: derrame pericárdico de 768 cc y endocarditis infecciosa con múltiples vegetaciones en aurícula y ventrículo derechos, otra sobre el catéter, anillo tricuspídeo y valva lateral (perforada) tricuspídea. Drenaje de líquido pericárdico serohemático de 1770 cc, ADA 38.7 U/L y BAAR negativo. Reporte de pericarditis crónica granulomatosa en muestra de pericardio. Hemocultivos sin desarrollo. Paracentesis: ADA 32 U/L, BAAR negativo. Mycobacterium tuberculosis en Gene Xpert de expectoración, cultivo de expectoración y biopsia. Inició antifímicos (rifampicina, isoniazida, pirazinamida) y

esteroide sin embargo presenta mala evolución, falleciendo el paciente. **Conclusiones:** La falta de sospecha y detección temprana de tuberculosis eleva la mortalidad hasta el 70%, e incrementa el riesgo de contagio entre usuarios de hemodiálisis, por lo que debemos realizar un tamiz anual. Más del 40% de estos pacientes son anérgicos con PPD negativo lo cual dificultará el diagnóstico.

**0752 Infección por *Mycobacterium tuberculosis* ocular. Reporte de un caso y revisión de literatura**

*Mendoza P*

ISSSTE, 1 de Octubre.

Femenino de 68 años, originaria y residente del DF, con antecedentes de HAS y EPOC, COMBE negativo con antecedente de viajes dentro de la republica mexicana. Inicia el 26/08/13 con dolor en ojo derecho, cefalea, diaforesis nocturna y pérdida progresiva de la agudeza visual. con mayor rapidez en las ultimas 2 semanas al 26/03/14. EF. Alerta, funciones mentales conservadas, disminución importante de la agudeza visual de ojo derecho. Ruidos cardiacos rítmicos. Murmullo vesicular presente. Abdomen blando depresible no dolor no datos de irritación peritoneal peritasis normoactiva sin visceromegalias, Giordano negativo. Extremidades superiores e inferiores integras, fuerza 5/5 arcos de movilidad integros,

normoreflexia, normoestesia, Laboratorios Leucocitos 10480 neutrófilos 9250 linfocitos 900 hemoglobina 15.1 hematocrito 45.1 plaquetas 399 000 glucosa 130 creatinina 0.72, urea 34, ácido úrico 7.6, sodio 134, potasio 4.8 depuración de creatinina 78 ml/min, VSG 92 mm/hr, AST 19 UL/L, ALT 22, BT 0.5, BD 0.1, ancas negativos Liquido cefalorraquídeo cultivo para bacterias negativo, PCR para mycobacterias en LCR positivo. PCR para citomegalovirus negativo. IMG para toxoplasmosis negativo. Fondo de ojo fenómeno de Tyndall Resonancia magnética nuclear efecto de pequeños vasos. Tratamiento Recibió tratamiento con DOTBAL por 9 meses y esteroide, con mejoría Conclusiones Es fundamental un alto índice de sospechas en infección por mycobacterias extrapulmonar para resolver secuelas y complicaciones que comprometen la calidad de vida.

**0753 Rickettsiosis asociada a rabdomiolisis: presentación de un caso**

*Garzón K, Martínez I*

SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Masculino de 62 años, sin antecedentes crónico degenerativos, presentó pápulas eritematosas, no pruriginosas, de forma generalizada, secundario a mordedura de Ixodes en pie derecho, 2 días previos

al cuadro. Posteriormente se agregó astenia, fiebre no cuantificada, artralgias y mialgias que incrementaron de intensidad hasta limitar parcialmente la deambulacion. A su ingreso al Hospital General "Dr. Manuel Gea González" reportó CK: 10592, mioglobina: 1400, CKMB: 134, troponina: 0.02. Se solicitaron anticuerpos Anti RNP, Anti SM, SSA/SSB, IgG Anti MPO y Anti PR3, todos ellos negativos. Biopsia de piel y músculo deltoides con presencia de fibras musculares sin alteraciones. Mientras resultado de PCR positivo para Rickettsia. Se dio manejo hídrico junto con doxiciclina presentando franca mejoría. Este caso muestra que la fiebre manchada presenta un cuadro clínico inespecífico, pero que puede llegar a tener afectación multiorgánica, siendo primordial iniciar tratamiento de forma precoz



**Figura .** Exantema maculopopular difuso.

### 0765 Gangrena simétrica periférica

Ruiz A

Otra, Hospital General Naval de Alta Especialidad, México.

Mujer de 38 años de edad, residente de Champotón Es trasladada a nuestro hospital en ambulancia aérea institucional por cuadro de choque séptico secundaria pielonefritis enfisematosa. EN ucia con estado de choque profundo con lactato de 5.6 y SvO<sub>2</sub> 45 para lo cual se ajusta el manejo a los paquetes y metas de la campaña para incrementar la sobrevida en sepsis. A las 24 horas desarrolla paro cardiaco retornando a circulación tras el 2do ciclo de reanimación cardiovascular. En cultivos se aísla *Pseudomonas aeruginosa* multidrogoresistente siendo tratada con colestimetato. Al tercer día de estancia en UTIA la paciente presenta cambios de coloración y llenado capilar distal en las 4 extremidades: cianosis y petequias en las zonas acras que conflúan



formando placas equimóticas, correspondientes a infartos cutáneos. Los pulsos arteriales periféricos eran palpables. se egresa de UCIA por mejoría con subsecuente necrosis y momificación de las 4 extremidades en zona distal.

### 0780 Gnatostomiasis: una causa descuidada de paniculitis

Ruiz J<sup>o</sup>, Ruiz J<sup>l</sup>

<sup>o</sup>SSA, Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús; <sup>l</sup>SSA, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Se trata de un hombre de 57 años de edad, casado, empleado en una sucursal de camiones, historia familiar positiva para diabetes mellitus e hipertensión por rama materna, niega tabaquismo, consume ácido valproico por historia de crisis convulsivas desde hace 10 años, como antecedentes quirúrgicos positivos para 2 cirugías por listesis y colocación de prótesis; 1 artroscopia de hombro derecho por manguito rotador, niega transfusiones o alergias. Historia de viajes: a región costeña de Chiapas, consumo positivo para pescados y mariscos frescos, viaje a Veracruz donde también consume mariscos de manera frecuente. Acude por historia de 3 semanas con aumento de volumen sin fiebre, hiperestesia en región de flanco izquierdo que se extiende hacia región inguinocrural izquierda próximo al triángulo

de Scarpa, se delimita una zona de eritema, induración, dolor y una masa palpable en panículo adiposo de aproximadamente 35x20 cms impresionada adherida a planos profundos, no hay presencia de vesículas ni zonas confluentes. Tomografía de abdomen con incremento de volumen franco en tejidos blandos, sin afección visceral. En los exámenes de manera importante Leucocitos totales en 9650 con eosinofilia marcada en 12 %. Resto irrelevantes para el PA. Cabe destacar que previo a la consulta había recibido 2 esquemas de antimicrobianos sin mejoría absoluta del cuadro actual. Se sospechó Gnatostomiasis por lo que se inició tratamiento con Albendazol 200 mg cada 8 horas y solicitando serología para Gnatostoma resultando positiva (Resultado recibido 2 semanas posteriores al inicio de tratamiento). El paciente evolucionó favorablemente y se presenta el caso por la relevancia de las llamadas "Enfermedades Tropicales descuidadas" (Neglected Tropical Diseases, por sus siglas en inglés) y la importancia del diagnóstico clínico y los antecedentes epidemiológicos que adquieren importancia en el caso. La evolución del cuadro resolvió por completo.

### 0788 Leptospirosis icterica

Pantoja E, Ibarra J, Mendoza P  
ISSSTE, Hospital Regional 1° de Octubre

Femenino 43 años, factores de riesgo: obesidad, contacto indirecto con roedor 5 meses previos e ingesta de quesos frescos no pasteurizados. Hipertensión arterial de 4 años, secundario a preeclampsia en tx con lbersartan. Legrado 6 años, 2 cesáreas última 02-2015 por Sx. Hellp. Fracturas y alergias (-), transfusiones (+) en este internamiento. Inicia a finales de 01-15 fiebre 39°C, nocturna, diaforesis, astenia, adinamia, hiporexia, pérdida 8 kg en 1 mes, tos productiva purulenta tratada con claritromicina, mejoría por 10 días. Persiste con fiebre, malestar general, se Dx. Sx. de Hellp realizan cesárea, 5 días después febril, ictericia, dolor súbito, punzante, EVA 9/10 en hipocondrio derecho, náuseas, vómito; ingresa a cirugía 17/03/15 con TGO 689, TGP 235, BT 3.53, BD 3.11, albumina 2.1 g/dl, USG: Hepatomegalia y piocolécisto litiasico, colecistectomía 18/03/15 hallazgo: lito enclavado en conducto cístico, histopatología: colecistitis crónica agudizada, fibrosis moderada transmural y litiasis. El 20/03/15 fiebre, aumento de ictericia, astenia, adinamia, somnolencia, vértigo, TGO 704, TGP 266, BT 4.6. 26/03/15 con disnea progresiva hasta ortopnea, TGO 399, TGP 144, BT 6.3, BD 6.2, albumina 1.7, LDH 1156, K 3.1, HB 8.5, HTC 25.9%, plaquetas 105,000, linfocitos 910, TP 34.4, INR 2.54, TPT > 180 seg,

ingresa a Terapia Intensiva, con choque distributivo, afebril en manejo con Piperacilina-tazobactam. 31-03-15 ingresa a MI persistiendo con Fiebre de 39°C nocturna. EF: Glasgow 15 pts, ictericia +++, claro pulmonar, murmullo vesicular, rscs rítmicos de buen tono e intensidad sin soplos, abdomen globoso, mate en hipocondrio derecho, blando, hígado de 20-15-15 cm doloroso, esplenomegalia de 9 cm, penrose con liquido seroso 100 cc, extremidades fuerza muscular 4/5, maculas puntiformes de 2 mm de diámetro en cara anterior de piernas y muslos de forma bilateral simétrico, edema +++, ROT'S ++. Se realiza: panel viral HIV, Hepatitis A-B-C-E-D (-), perfil inmunológico-reumatológico (-), perfil TORCH (-), cultivos (-), CPS (-), SOH(-), PCR TB (-), Ac. anti Brucella, rosa bengala, Ac. Anti LKM, Ac. Anti Mitocondria(-), PANTAC contrastada con Hepatoesplenomegalia, Colangiografía percutánea (-), Biopsia Hígado: Esteatosis, colestasis centrolobulillar, necrosis coagulativa, infiltrado linfocitario, Biopsia MO e IHQ (-), se confirma caso Leptospirosis Microaglutinacion (+), se da Tx Doxiciclina con mejoría clínica.

#### **0800 Hipoglucemia asociada al uso de levofloxacino**

*Valdés L, Soberanis P, Villagroy J Privado, Hospital Ángeles Lomas.*

La hipoglucemia no es común en pacientes no diabéticos, pero es una condición grave. Existen menos de 10 reportes donde la han asociado al uso de quinolonas, principalmente gatifloxacino. Suele presentarse en personas mayores, DM2 y/o uso de hemodiálisis. Presentamos una paciente no diabética que tomó levofloxacino días previos a desarrollar hipoglucemia sintomática con hiperinsulinismo documentado. **Caso:** mujer de 64 años, con historia de 2 Stents en CD en 2013 por angina, desde entonces toma atorvastatina, bisoprolol, ASA, ácido fólico. Un mes previo al cuadro actual acudió con homeópata quien prescribió tabletas de cactus, kalmia, latrodectus, cham stram lopho, millefolium, colchicum, stillingia, phosphorus, ácido fluorúrico, merc corr caps; negó haberlas consumido. Inició su padecimiento 6 días previos con evacuaciones líquidas, fiebre, escalofríos, diaforesis, asociado a náuseas y vómitos. En otro hospital recibió hidratación IV y se egresó con levofloxacino, consiguiendo mejoría. El día de su ingreso (febrero 2015) acudió a urgencias por lipotimia, náuseas, disminución de la fuerza, diaforesis y mareo; en su evaluación inicial se encontró con glucometría de 25 mg/dl por lo que se manejó con glucosada al 50% con mejoría. Durante su estancia persistió con hipoglucemias sintomáticas a pesar de vía oral





y solución glucosada al 5%. En hipoglucemia sintomática se realizaron estudios donde destacó niveles de insulina, proinsulina y péptido C elevados, glucosa de 16, beta hidroxibutirato baja, niveles de sulfonilureas indetectables, anticuerpos antinsulina negativos, niveles de cortisol normales. TAC trifásica páncreas normal. Recibió vigilancia estrecha y solución glucosada, permaneciendo euglucémica 36 horas posteriores. Se egresó para seguimiento por consulta sin presentar nuevos episodios de hipoglucemia hasta la fecha. Discusión. Es un caso de hipoglucemia hiperinsulinémica, siendo levofloxacino el asociado de acuerdo a la escala de causalidad de Naranjo. De los homeopáticos, encontramos un caso de posible asociación de hipoglucemia por el consumo de tunas en un paciente diabético con metformina y glipizida. Un estudio murino sugiere que estimulan canales de K-ATP que bloquean la liberación de insulina, similar a las sulfonilureas. Es esencial crear conciencia sobre este efecto por levofloxacino para prevenir consecuencias desafortunadas.

**0818 Perfil clínico, inflamatorio, de discapacidad autopercebida (DA) y seguimiento prospectivo a 20 semanas en primeros casos confirmados de Fiebre Chikungunya (ChikV) en el departamento de Medicina Interna del HRAE Ciudad Salud**

Ramírez J<sup>0</sup>, Sepúlveda J<sup>0</sup>, Ocaña M<sup>0</sup>, Contreras A<sup>1</sup>, Canseco L<sup>0</sup>, Trujillo K<sup>0</sup>, Vera O<sup>2</sup>

<sup>0</sup>SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud; <sup>1</sup>SSA, Hospital Juárez de México; <sup>2</sup>IMSS, Hospital De Especialidades del Centro Médico La Raza

**Introducción:** chikV se introdujo a México en Oct-2014. El estado de Chiapas registró los primeros casos. El perfil clínico e inflamatorio se desconoce en mexicanos. **Objetivos:** Informar el perfil clínico, de inflamación, DA y seguimiento prospectivo en los primeros casos de Fiebre Chikungunya en mexicanos. **Métodos:** se diseñaron dos estudios en pacientes atendidos por el Departamento de Medicina Interna del HRAE Ciudad Salud en el periodo de Ene-Abr 2015: Uno transversal descriptivo para caracterizar el perfil clínico, inflamatorio y de DA durante la fase aguda; y otro de cohorte prospectivo dinámico, para evaluar a las 4,8,12,16 y 20 semanas el perfil clínico, inflamatorio, la incidencia de enfermedad subaguda y crónica y la DA. Se obtuvo consentimiento informado; se realizó estadística descriptiva e inferencial paramétrica y no paramétrica. La infección fue confirmada por RT-PCR en el Laboratorio de investigación del HRAE; la DA se evaluó mediante el instrumento de la OMS WHODAS II en español. **Resultados:** se incluyeron 10 sujetos:

la edad al diagnóstico fue de 46.9±16.6 años; hubo 4 hombres (40%) y 6 mujeres (60% comorbilidades: 3 con DT2 o HAS (30%), 2 con Lupus Eritematoso (20%), 1 dislipidémico (10%) y el resto sano (40%). Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre (100%), artralgias (100%), mialgias (80%), rash (80%), artritis (50%), náusea (50%), vómito (20%). Se registraron dos casos graves con manifestaciones atípicas. y una coinfección con DenV. El hemograma y marcadores de inflamación al diagnóstico fueron: hb:12.6±1.67, leucocitos: 6805 (2300-19380), plaquetas: 309.5 (3-416), Proteína C reactiva: 1.22 (0.2-19)mg/dl, eritrosedimentación: 27.7 (15-76)mm/h. La DA en la fase aguda fue de 74.5±7.59%. Durante el seguimiento se registró una muerte, 5 casos subagudos (50%) y 3 casos crónicos (30%). Tanto la DA, como los marcadores de inflamación fueron significativamente mayores durante la fase subaguda y crónica en comparación con los casos curados en la fase aguda (p < 0.05). **Conclusiones:** las manifestaciones de ChikV, el perfil de inflamación y la prevalencia de enfermedad subaguda y crónica en mexicanos son concordantes con las reportadas por otras casuísticas internacionales. Por primera vez en nuestro conocimiento, medimos el grado de discapacidad asociada a la infección, demostrando que permanece

elevada en casos subagudos y crónicos.

**0831 Mielitis transversa aguda por virus del herpes zóster; presentación de un caso servicio de Medicina Interna, Hospital General de Tlaxcala, Tlaxcala, México**

*González D, Díaz G, Quezada R, Urrutia B*

SSA, Hospital General de Tlaxcala Dr. Miguel Lima Ramírez

**Antecedentes:** la mielitis transversa aguda es rara en personas inmunocompetentes. La infección por virus herpes zóster (HZ), es común en inmunocomprometidos y seniles. **Objetivo:** presentar caso de paciente con déficit motor periférico e insuficiencia respiratoria aguda (IRA) tipo I. **Informe de caso:** mujer, 51 años, hipertensa crónica. Historia de HZ mal tratado. Presenta parestesias de extremidades superiores, incapacidad para deambular e IRA tipo I, requirió soporte de vida. Punción lumbar con hipogluorraquia y HZ tipo 1. Resonancia magnética cervical con hiperintensidades y dilatación de conducto medular de bulbo hasta C6. Biopsia de médula reportó mielitis aguda. El tratamiento fue de apoyo. **Conclusión:** la mielitis transversa por HZ es inusual, puede afectar cualquier parte de la médula espinal; debe sospecharse en infección por HZ previa y deterioro motor progresivo. No existe tratamiento estándar; la

terapéutica temprana con antiviral y esteroide podría mejorar el pronóstico.

**0838 Brucelosis crónica como causa de fiebre de origen a determinar**

*Rodriguez A*

IMSS, Hospital General Regional No. 1

La brucelosis es una infección zoonótica transmitida a los humanos a través de contacto con fluidos de animales infectados (ovejas, puercos, ganado, cabras, otros animales), o inclusive productos derivados de estos animales que no estén pasteurizados, como leche o queso. La brucelosis presenta una alta mortalidad tanto en humanos como en animales, esto es importante debido a que es causa de pérdidas económicas y problemas de salud pública en muchas ciudades, se ha observado que la prevalencia de la brúcela ha aumentado debido al turismo y la migración. La prevalencia de la infección por *Brucella* depende de diferentes factores incluidos la geografía, prácticas de labranza, técnicas de preparación de la comida y su comercio. La infección podría resultar de la adquisición de la bacteria mediante contacto con animales infectados, por solución de continuidad de la piel, conjuntiva, inhalación de polvo en aerosol contaminado. Se ha observado una predisposición genética en diferentes regiones en 9% de

los casos. El diagnóstico de la brucelosis por *Brucella* se establece cuando están aislados de la sangre, la médula ósea, u otros fluidos corporales o tejidos. Las técnicas de cultivo toman mucho tiempo, son insensibles, y suponen un riesgo para adquirir la infección en el laboratorio. La técnica de cultivo de sangre bifásica (sólidos y líquidos) de Ruiz-Castañeda todavía se utiliza sin embargo los hemocultivos son más eficaces. El porcentaje de casos con hemocultivos positivos oscila de 15 a 70%. La mayoría de los cultivos de sangre son positivos entre el día 7 y 21. El objetivo del tratamiento de la brucelosis es controlar la enfermedad y prevenir las complicaciones, las recaídas y las secuelas. Principios importantes del tratamiento de la brucelosis incluyen el uso de antibióticos con actividad en el medio intracelular ácido (doxiciclina, rifampicina), el uso de regímenes de combinación, y la duración prolongada del tratamiento, La doxiciclina más estreptomycinina una vez al día durante los primeros 14 a 21 días. Por el contrario, los niveles elevados de anticuerpos IgG pueden persistir durante años en individuos totalmente tratadas sin signos clínicos de la infección. Se presentan 3 casos clínicos relacionados con fiebre de origen desconocido, el primer caso de una paciente femenina de 21 años con antecedente de presentar lumbalgia



desde los 15 años de edad, sin causa atribuible, aunado a esto hace 3 meses presenta fiebre de 39°C, de predominio vespertino, por lo que se presenta a nuestro servicio en donde se inicia protocolo de estudio para fiebre de origen a determinar, se toman Tomografía toracoabdominal, hemocultivos y urocultivos en serio de 3, negativos, y gamagrama ósea, se inicio tratamiento con Rifampicina y clindamicina, con mejoría y remisión del **Cuadro clínico**. Caso 2, se encuentra paciente femenino de 25 años, sin contar con antecedentes crónico degenerativos, inicia su padecimiento actual hace 4 meses con fiebre vespertina de hasta 40°C, y presencia de lumbalgia que en un inicio se presentaba de forma conjunta con el periodo febril, sin embargo posteriormente se presenta de forma constante, se ingresa a nuestro servicio, donde solo se encuentran los picos febril, sin presentar policultivos positivos para algún germen, se realizan pruebas de gabinete sin ningún dato anormal, posteriormente se realizan pruebas serológicas para brucelosis y se inicia tratamiento con Rifampicina y clindamicina. Caso 3. Paciente masculino de 35 años, con presencia de fiebre de 39°C, aproximadamente por 6 meses, sin predominio de horario en un inicio posteriormente se presenta de forma vespertina, aunado a esto un mes previo a su ingreso presenta lumbalgia

intermitente, sin predominio de horario, posteriormente se presenta de forma constante, por lo que se ingresa al servicio de medicina interna, se realizan estudio de laboratorio y gabinete, sin alteraciones, por lo que se le solicitan pruebas serológicas, se inicia tratamiento con tetraciclinas y Rifampicina, con lo cual se nota mejoría de la sintomatología y negatividad serológica. La relevancia de este caso destaca en la etiología de la fiebre de origen a determinar en estos casos es secundaria a *B. melitensis*, la cual es una causa poco común, se estima que es responsable de un 5% de las causas infecciosas asociadas a fiebre de origen desconocido, dentro de las cuales es de vital importancia evaluarla ya que para este tipo de microorganismos no existen pruebas de escrutinio específicas dentro de los primeros pasos para el abordaje de esta entidad, en especial por el pronóstico propio de la enfermedad ya que no se logra la erradicación de la bacteria y aun mas tórpido debido a que en este tipo de casos los paciente presentaron una espondilitis brucelar, dentro de las cuales es la más difícil de erradicar, se han reportado en hasta un 15% de los casos. El pronóstico de neurobrucelosis es variable; ya que se ha encontrado en un 11% una recuperación completa de la función neurológica.

#### **0840 Feohifomicosis renal en paciente con infección por**

#### **virus de inmunodeficiencia humana (VIH)**

*Martínez A<sup>0</sup>, Díaz C<sup>1</sup>, Ahumada V<sup>2</sup>*

<sup>0</sup>IMSS, Hospital General Regional No. 1 Dr. Carlos Macgregor Sánchez Navarro, <sup>1</sup>Otra, Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, <sup>2</sup>SSA, Instituto Nacional De Enfermedades Respiratorias.

Las feohifomicosis son una variedad de hongos dematiáceos formadores de hifas, se caracterizan por el pigmento de melanina de color pardo en sus paredes celulares. La vía de entrada puede ser cutánea o inhalatoria, considerados patógenos oportunistas, causan infecciones superficiales o profundas, raramente se presentan en pacientes con infección por VIH. **Informe de caso:** hombre de 56 años, chofer de grúas y cuidador de rosales, historia de traumatismos, diabetes, hipertensión, dislipidemia, enfermedad coronaria, tabaquismo, alcoholismo, laparotomía en el 2012 por perforación intestinal. Portador de VIH desde el 2002 en control virológico, carga viral < 40 copias y CD4 466 cl/mm<sup>3</sup> en tratamiento con Tenofovir/ Emtricitabina y Atazanavir/ ritonavir. Se detectó alteración de la función renal con Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) de 40 ml/min, proteinuria y hematuria persistentes, progresión en 6 meses a TFG de 19.5 ml/min, hipertensión resistente a tratamiento; ingresándose para

estudio del síndrome nefrítico. Al examen físico edema hasta miembros torácicos, descamación y fisuración de espacios interdigitales hasta las plantas de ambos pies, uñas engrosadas con onicólisis. **Laboratorios:** acidosis metabólica con anión gap normal, albúmina 2.8 g/dl, triglicéridos 275 mg/dl, fósforo 3.3 mg/dl. Albuminuria 14624 mg/24h, sedimento urinario con leucocitos y eritrocitos. Ecografía renal: riñón derecho normal e izquierdo con cambios inflamatorios agudos. Se realiza biopsia renal izquierda, cortes histológicos con tinciones de Hematoxilina-eosina, PAS, Masson donde se aprecian hifas anchas pigmentadas septadas de pared gruesa características de una feohifomicosis. Inició tratamiento con voriconazol intravenoso y prednisona para la nefritis intersticial, se ajustó la terapia antiretroviral a raltegravir y zidovudina/lamivudina. Egresó con voriconazol vía oral, la evolución fue tórpida y 3 meses después presentó TFG de 9 ml/min, se sugirió inicio de terapia de sustitución de función renal. **Discusión:** la incidencia de feohifomicosis en pacientes inmunosuprimidos es baja, puede llegar al 9% de todas las infecciones fúngicas invasoras. No existen reportes de invasión renal en un paciente portador de VIH. El inmunocompromiso, la expresión súbita de la enfermedad y la limitada terapéutica con

la que contamos en nuestro medio hace que se asocie a un mal pronóstico.

#### **0845 Trombosis séptica del sistema portal (Pileflebitis). Reporte de un caso**

*Pezina C<sup>0</sup>, Martínez E<sup>0</sup>, Morales A<sup>0</sup>, Téllez R<sup>1</sup>, Villarreal M<sup>0</sup>, Galarza D<sup>0</sup>*

<sup>0</sup>Universitario Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), <sup>1</sup>Otra, Hospital General de Saltillo, Coahuila.

**Antecedentes.** La trombosis séptica del sistema portal o alguna de sus ramas (pileflebitis) es una complicación infrecuente de infecciones intra abdominales.

**Informe de Caso.** Masculino de 44 años, antecedente de diabetes mellitus tipo 2. Acude a valoración por presentar dolor abdominal de 7 días de evolución, fiebre de 38.3°C e ictericia. A su ingreso se reporta neutrofilia de 12.8X10<sup>3</sup>/L, alanin aminotransferasa 111 UI/L, hiperbilirrubinemia directa de 4.2 mg/dl, gamma glutamil transpeptidasa 320 UI/L. Tomografía de abdomen contrastada reporta diverticulitis aguda y trombosis de la vena mesentérica inferior. Se diagnostica pileflebitis en base a cuadro clínico y hallazgo radiológico. Se inicia antibioterapia con respuesta parcial agregando anticoagulación terapéutica con heparina/rivaroxaban. **Discusión.** Pileflebitis

es una complicación inusual de infecciones abdominales que puede manifestarse como un cuadro de colangitis. No existen indicaciones claras para inicio de anticoagulación

#### **0848 Nocardiosis diseminada en un paciente inmunocomprometido con mieloma múltiple**

*García J<sup>2</sup>, Guerrero J<sup>0</sup>, Zapata N<sup>2</sup>, Domínguez R<sup>0</sup>, Conde E<sup>1</sup>, Cervera E<sup>2</sup>, Hernández R<sup>3</sup>, Martínez R<sup>4</sup>*

<sup>0</sup>Privado, Fundación Clínica Médica Sur, <sup>1</sup>SSA, Fundación Clínica Médica Sur, <sup>2</sup>SSA, Instituto Nacional de Cancerología, <sup>3</sup>SSA, Hospital General Manuel Gea González, <sup>4</sup>SSA, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

**Introducción:** la reciente explosión de casos de Nocardia causados por especies emergentes es alarmante especialmente en pts. inmunocomprometidos por trasplante, cáncer y VIH; eventualmente se han descrito en inmunocompetentes. **Caso clínico:** hombre 66 años de edad, diagnóstico de mieloma múltiple IgA Lambda ISS III; IRC en HD y tratamiento prolongado con altas dosis de esteroides (ADE). Se halla en Urgencias, manejo previo en MDACC/Houston con bortezomib y QT sistémica. Ingresó con astenia, adinamia, fiebre NCpT, disnea y delirio > 1 semana; hay antecedente al menos 2 episodios de sepsis y drenaje



de abscesos cutáneos (tórax y muslo), se desconoce microbiología. Al EF con lesiones cutáneas equimóticas, datos de debilidad de miembros pélvicos. HB: 9 g/dL, GB 19/ mL, PMN 96%, Linfocitopenia: 3%, CD4 y CD8 ambos < 200/ mm<sup>3</sup>. PCT 0.5 ug/L, CrS 4 mg/ dL. TAC tórax derrame pleural bilateral, consolidación bibasal (> der.) y masa prevertebral (T7), prob. plasmocitoma con compresión extrínseca esófago y bronquio princ. izq. Se inicia ceftriaxona-clindamicina sin mejoría. Además de RT a plasmocitoma. 1 semana después TAC SNC > 10 lesiones intracerebrales con realce en anillo (= que IRM), absceso en

psosas izq. y glúteo der. punción-drenaje-catéter cultivo + Nocardia (farínica), se cambia a TMP/STX, linezolid, meropenem, con lo que hay mejora clínica y paraclínica (incluyendo IRM = < lesiones SNC). Fractura con mielopatía compresiva. Suspende ADE y sin mayor mejora particularmente neurológico-hematológico, aunque sí afebril y sin recurrencia de abscesos drenados, 6 semanas después fallece pese a mejoría de lesiones SNC, psosas y tej. blandos. **Discusión:** las infecciones por Nocardia son cada vez más frecuentes probablemente por la combinación de mejores diagnósticos microbiológicos

y mayor conocimiento de factores de riesgo. Los abscesos cerebrales por Nocardia son infrecuentes (2% casos aislados) pero hasta 10-20 veces más, en formas diseminadas. Es importante la descripción de especie (sp.) ya que se describen susceptibilidades diferentes de acuerdo a cada una de ellas. **Conclusión:** Nocardia debe ser diagnóstico diferencial de toda infección (confirmada/sospechada) en inmunocomprometidos. Es importante identificar sp. y susceptibilidad para establecer la terapia antimicrobiana (TMP/SMX base del tratamiento). En abscesos (incluye SNC) el drenaje quirúrgico es ideal.

## MISCELÁNEOS

### 0039 Menos es más (reducción de infecciones de vías urinarias y uso de sondas foley mediante herramienta electrónica)

Garza F, Galarza D

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** el uso de sondaje vesical, mediante sonda Foley es útil en los pacientes para cuantificación de diuresis en pacientes críticamente enfermos, drenar orina, obtención de muestras y procedimientos urológicos, se estima que hasta

el 25% de los pacientes internados requieren colocación de sonda Foley durante algún punto de su internamiento y hasta 50% de estos pacientes persisten con la sonda a pesar de no tener indicación de la misma, aumentando la tasa de infecciones de vías urinarias (IVU), costo de estancia hospitalaria y aumento en la mortalidad, con una causa prevenible; un estudio piloto en nuestra institución, demostró que el 21% de los residentes no estaban enterados de que

su paciente tuviera colocada la sonda Foley y por lo tanto no podían tomar decisiones sobre si esta debía de continuar o ser retirada, por lo cual nos dimos a la tarea de crear una herramienta electrónica con un apartado específico para el monitoreo diario y seguimiento de pacientes con sondaje vesical en el expediente electrónico. **Objetivos:** reducir las IVU asociadas al uso de sondas Foley y reducir el número de sondas Foley que no tengan indicación de continuar. **Material y métodos:** se realizó

el estudio en el Departamento de Medicina Interna que cuenta con 62 camas de internamiento, del Hospital Universitario de la UANL, que cuenta con 602 camas, de Marzo del 2015 a Junio del 2015, los primeros 2 meses se recolectaron los datos sin la intervención y los siguientes 2 meses se recolectaron los datos con la intervención de la herramienta electrónica: que no es más que un recordatorio diario que avisa sobre la presencia de sonda Foley y si es necesaria su continuación. **Resultados:** durante los primeros 2 meses de vigilancia, sin la intervención de la herramienta electrónica se detectó la presencia de sondas Foley mayores a 3 días en el 21% de los pacientes vs 14% en periodo de intervención, 36% de estas sondas sin indicación médica vs 8% en periodo de intervención y una tasa de IVU de 5.6 por cada 100 días sonda vs 3.4 IVU por cada 100 días durante periodo de intervención. **Conclusiones:** el simple uso de un recordatorio electrónico sobre la continuación o retiro de sondaje vesical, disminuyó significativamente las sondas no indicadas, la duración en las sondas indicadas, y la tasa de IVU asociada a sondaje vesical.

#### **0058 Secuestro pulmonar en un paciente adolescente. Reporte de un caso**

Valdés L, Soberanis P, Videgaray F, Pedroza J  
Hospital Ángeles Lomas

**Introducción:** el secuestro pulmonar es un padecimiento que rara vez se diagnostica en el adulto, es una malformación congénita poco frecuente, caracterizada por un segmento anormal de tejido broncopulmonar irrigado por una arteria anómala de origen sistémico. Fácilmente puede ser confundido con otros padecimientos, por lo que es importante tomarlo en cuenta como parte del diagnóstico diferencial ya que el tratamiento definitivo es quirúrgico. Presentamos el caso de un paciente adolescente que ingresó al hospital con diagnóstico de absceso pulmonar, se realizaron estudios de imagen en donde se demostró la presencia de un secuestro pulmonar, que fue resuelto quirúrgicamente. **Descripción del caso:** paciente masculino de 15 años de edad, sin antecedentes médicos. Acudió al servicio de urgencias por tos con expectoración purulenta de 5 días de evolución, asociado a cefalea, fiebre, artralgias y debilidad generalizada. A su ingreso se encontró temperatura de 39°, taquipnéico, diaforético y con precordio hiperdinámico. A la exploración física se encontró un síndrome de derrame pleural izquierdo y algunos estertores crepitantes. En los estudios de laboratorio e imagen se encontró leucocitosis con neutrofilia, elevación de la proteína C y una opacidad bien delimitada en la base pulmonar izquierda. Con objetivo de caracterizar la le-

sión, se realizó una tomografía en donde se reportó inicialmente una imagen sugerente de absceso pulmonar. Ante la sospecha de secuestro pulmonar se realizó una angiografía magnética en donde observó una imagen compatible con secuestro pulmonar con irrigación infradiaphragmática. Se realizó resección de la lesión, sin complicaciones durante su procedimiento, recibió tratamiento con ceftriaxona y clindamicina y fue egresado diez días después. **Discusión:** el secuestro pulmonar, ya sea intralobar o extralobar, es un padecimiento raro, que se puede presentar en distintas etapas de la vida sin dar manifestaciones clínicas. El secuestro pulmonar es una malformación congénita poco frecuente, pero que se debe considerar ante la presencia de neumonías recurrentes, abscesos pulmonares en pacientes sin factores de riesgo o neumonías no resueltas.

#### **0090 Procalcitonina como predictor de resolución quirúrgica en pacientes con empiema**

Vega A, Cortés A, Villarreal A, Aguilar N  
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, SSA

**Antecedentes:** el empiema es una entidad con una incidencia en aumento y alta mortalidad (20 a 47 %). De la totalidad de derrames paraneumónicos (DPN), 10 a 20 % desarrollarán



un Empiema; más aún, a pesar de la estrategia convencional de tratamiento 13 % terminaran en cirugía. Los tiempos promedio para el desenlace quirúrgico oscilan entre 14 y 21 días; este retraso se ha relacionado con morbilidad hospitalaria, potencialmente mortalidad y aumento en costos de atención. Recientemente se han explorado nuevos marcadores en patologías extrapulmonares que establecieron la resolución quirúrgica temprana. Particularmente han vinculado a la procalcitonina (PCT) en esta toma de decisión, sin embargo muy pocos han explorado el impacto en patología pleural (DPN y Empiema). **Objetivo:** explorar si procalcitonina es útil como indicador de resolución quirúrgica en pacientes con DPN y empiema. **Material y métodos:** estudio prospectivo de casos y controles consecutivos durante un periodo de 2 años. Se definió como caso a todos los pacientes con evidencia de DPN o empiema. Por otro lado, se tomaron como controles a pacientes con derrame pleural de etiología no infecciosa. Al ingreso se midieron múltiples variables incluyendo PCT y proteína C reactiva (PCR) sérica y desenlace definido como intervención quirúrgica o resolución convencional. **Resultados:** se incluyeron 39 casos y 27 controles. 67 % de los casos requirió tratamiento quirúrgico. El valor de PCT entre grupos fue 0.89 vs 0.55 ng/ml

( $p = 0.097$  en tanto el contraste de PCR entre grupos fue 156 vs 75 mg/dl ( $p < 0.001$ ). **Conclusiones:** en nuestro estudio el valor de PCT es superior en los casos con DPN y empiema, de estos 2 de cada 3 terminan en cirugía. Por otro lado el valor de PCR diferencia notablemente casos de controles. Estos hallazgos requieren ser reproducidos para ser aplicados en la práctica clínica cotidiana

#### **0107 Escleritis monoocular crónica como expresión de tuberculosis ocular: reporte de un caso**

Vargas A

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

**Introducción:** en el estado de Tabasco solo se ha reportado un caso previo. Según el reporte global de Tuberculosis (Tb) 2014 de la OMS, es la segunda causa de muerte infecciosa, se estimó que en 2013 9 millones de personas desarrollaron Tb y en México con una incidencia de 20-49 casos por cada 100,000 personas/año. Una revisión de más de 10,000 casos de Tb entre 1940-1960, en el Sanatorio Mattapan, en Boston, demostró que solo el 1.5% tenía involucro ocular. En otro estudio de 1995 al 2010, con 3606 paciente referidos por uveítis, se documentó una incidencia de Tb ocular del 0.5%, demostrando que a pesar de ser baja su incidencia debe ser

diagnóstico diferencial de inflamación ocular. **Descripción del caso:** mujer 47 años, COOMBE positivo, toxicomanías negadas, niega enfermedades crónicas degenerativas o infectocontagiosas. Inició padecimiento hace 3.5 años con presencia de escleritis derecha, en tratamiento por oftalmología sin mejoría. EF fenotipo metabólico, Oftalmológico: AV: OD: 20/50, OI: 20/40, nódulo escleral superior con hiperemia ++, cornea con leucoma y sinequia, cardiopulmonar sin alteración. Labs: Hb: 12 gr/dl, plaquetas: 316 mil, Leucocitos: 9,400, Linfocitos: 2.83, Anticuerpos antinucleares, Anti Sm, Anti DNA negativos, VDRL (-), BAAR de expectoración seriado (-), PPD:(+) 14mm, PCR para Mycobacterium Tuberculosis (+), Rx de Tórax: sin alteraciones. **Discusión:** un estudio de JAMA ophthalmol, reportó predominio femenino en 64%, siendo 52.9% mas común la forma bilateral, 92% tuvo PPD(+), 15% manifestó escleritis, predominó la uveítis posterior en 42% presentando mayor riesgo de recaída (OR 13,  $p 0.04$ ). Se demostró que la coexistencia con Tb pulmonar fue muy baja (5.8%) y 76% cursaron solamente con Tb ocular (3). En una serie de 7 casos de Tb ocular en México, se asoció Tb pulmonar en 1 de ellos, el dato clínico primordial uveítis anterior seguida de escleritis, 85% tuvo PPD (+) (4). En cuanto al tratamiento de la Tb ocular, en un estudio en

donde se reportaron 10 casos, se pudo evidenciar que hasta el 71.4% presentó mejoría con uso de antifímicos asociado ha esteroide sistémico(5). **Conclusión:** la incidencia de Tb ocular es baja, presentando como manifestaciones principales: uveítis y escleritis crónica no respondedoras a tratamiento oftalmológico habitual. Debe considerarse el uso de PPD como predictor de enfermedad latente y afección ocular.

**0109 Púrpura trombocitopénica trombótica adquirida asociada a anticuerpos antifosfolípidos positivos tratada satisfactoriamente sin plasmáfesis: reporte de caso y seguimiento prospectivo a 4, 8, 12 y 16 semanas**

*Sepúlveda J,<sup>1</sup> Tevera M,<sup>1</sup> Contreras A,<sup>2</sup> Ramírez J,<sup>1</sup> Ocaña M,<sup>1</sup> Rincón R,<sup>1</sup> Martínez F<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, SSA

<sup>2</sup> Hospital Juárez de México, SSA

**Introducción:** la púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) adquirida es un síndrome autoinmune de microangiopatía trombótica caracterizada por una inhibición por autoanticuerpos de la actividad de la proteasa ADAMTS-13, provocando la formación de multímetros de factor de Von Willebrand y cuadros repetitivos de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y daño orgánico. El tratamiento

de elección es la plasmáfesis, sin el cual la mortalidad supera el 90%. Reportamos un caso confirmado de PTT asociado a anticuerpos antifosfolípidos positivos y su evolución clínica posterior al tratamiento sin plasmáfesis a base de Rituximab, Metilprednisolona (MTP) y Ciclofosfamida (CyC).

**Descripción del caso:** mujer de 21 años de edad ingresada por cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por la presencia de equimosis generalizadas, fiebre ocasional de 39°C y crisis convulsivas de inicio tardío. El hemograma inicial mostró hemoglobina (hb) de 9.6 g/dl y trombocitopenia de 11,000/mm<sup>3</sup>. Se extendió el protocolo encontrando DHL de 1402 U/l, bilirrubina indirecta de 2.75 mg/dl, índice reticulocitario (IR) de 9.80% y COOMBS directo negativo. El frotis de sangre periférica (FSP) mostró 7 esquistocitos por campo, la actividad de ADAMTS13 inicial se reportó menor al 3% y se detectó la presencia de anticuerpos contra la beta2-glicoproteína1. Se concluyó PTT adquirida. Por ausencia de plasmáfesis se otorgó tratamiento de rescate con MTP 1g IV por 5 días, CyC 1g IV dosis única y Rituximab 500 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal una dosis semanal por 2 dosis. Alcanzo remisión hematológica a la semana 2 del tratamiento, con hb de 9.0, plaquetas de 322,000, IR de 2.1%, DHL de 319 y 2 esquistocitos/campo en

el FSP. La paciente fue egresada a la semana 3 y actualmente es vista en la consulta externa con tratamiento base se azatioprina 50 mg diarios. A las semanas 8,12 y 16 la paciente se mantuvo en remisión hematológica. A la semana 12 la actividad de ADAMTS 13 se reportó en 160% y los anticuerpos contra la beta2-glicoproteína1 persistieron positivos a títulos altos. **Conclusión:** pese a que la plasmáfesis es el tratamiento de elección en casos de PTT, es un recurso de difícil acceso. En estos casos, los tratamientos descritos para casos refractarios a plasmáfesis, podrían ser útiles como tratamiento de primera línea en unidades médicas sin plasmáfesis.

**0115 Salmonella spp. como agente causal de empiema complicado**

*Matamoros A, Morones I, Salgado T, Gonzaga T, Corral M, Martínez M, Rodríguez M*  
Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** *Salmonella* es una bacteria gram negativa, la cual tiene 5 formas clínicas de presentación infecciosa como son: estado de portador, fiebre tifoidea, gastroenteritis, septicemia sin localización y enfermedad focal con o sin bacteriemia asociada. Usualmente estas infecciones suelen aparecer en estados de inmunodepresión y pueden ser diseminadas a cualquier órgano. El caso que se presenta describe una infec-





ción pleuropulmonar por este microorganismo, con evolución tórpida llegando a presentar septicemia. **Descripción del caso:** paciente masculino de 81 años de edad, diabético e hipertenso, con antecedente paraganglioma periaórtico maligno; acude por disnea progresiva, así como dolor torácico tipo pleurítico, que aumenta a la inspiración referido como 8/10. A su ingreso con taquicardia, 25 respiraciones por minuto, presenta un pico febril, saturación al 85% al aire ambiente, apreciándose diaforético, polipneico, se ausculta síndrome de derrame pleural derecho, sin edema periférico, leucocitos 19,600. Placa de tórax con derrame derecho de aproximadamente el 50%, sin congestión. Se le realiza toracocentesis con líquido amarillo turbio, pH 7, leucocitos 29160, PMN 88%, DHL 710, proteínas totales 3.93. Cultivo de líquido pleural: *Salmonella sp.* por lo que requirió de decorticación así como antibióticos evolucionando lenta pero favorablemente. **Discusión:** es conocida la relación entre inmunosupresión e infecciones extraintestinales por *Salmonella*, y asociado a tumores sólidos y hematológicos. El empiema por *Salmonella* es muy raro y con pocos casos reportados en la literatura internacional, Carel y cols. describen un caso de empiema por *Salmonella* asociado a cáncer tiroideo, García y cols.

en España reportan derrame por adenocarcinoma pulmonar infectado por este agente. El paciente de este caso no tiene patología enteral sistémica o local, por lo que no se documentó diseminación infecciosa por contigüidad o hematogena. **Conclusión:** las infecciones por *Salmonella sp.* extragastrointestinales han ido aumentando, siendo reportadas mayormente en pacientes inmunocomprometidos. En este caso, no hubo expresión clínica de *Salmonella*, se descartó el estado de portador por lo que se asoció al estado de inmunocompromiso dado por diabetes y la presencia del tumor que presenta el paciente. Siendo importante para el internista esta asociación en la práctica clínica.

### 0130 Linfangioleiomiomatosis como causa de disnea en mujer premenopáusica. Reporte de caso

Perez R,<sup>1</sup> Ovando D,<sup>1</sup> Morales A,<sup>2</sup> Cuaya A<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Juárez de México, SSA

<sup>2</sup> Hospital Ángeles Clínica Londres

**Introducción:** la linfangioleiomiomatosis (LAM) enfermedad quística progresiva, afecta mayormente a mujeres en edad reproductiva, clasificada clínicamente como enfermedad pulmonar intersticial asociada a invasión celular de progresión lenta, de bajo grado y destrucción quística del parénquima

pulmonar. El músculo liso que infiltra y destruye el pulmón en la LAM es de origen desconocido y es de apariencia histológica inmadura, con baja evidencia de proliferación. Las manifestaciones principales son neumotórax recurrente, quilotórax, tumores abdominales, angiomiolipomas renales. La obstrucción linfática lleva a la acumulación de líquido quiloso en serosas. Hipótesis: estrógenos aumentan la supervivencia y potencial neoplásico, inhibiendo apoptosis. **Descripción del caso:** femenino de 48 años, sin antecedentes, padecimiento de 6 meses, con disnea MMRC 1, asociada a tos en accesos cortos, de inicio tratada como neumonía, con mejoría parcial de síntomas, los cuales se exacerban 3 meses después, aumentando disnea, con dolor pleurítico, expectoración purulenta y pérdida de 5 kg. A su ingreso con derrame pleural clínico y radiológico del 70%, saturación 88%, con sospecha inicial de empiema, se coloca sonda endopleural, con salida de líquido quiloso. Estudios de líquido pleural, citoquímico: amarillo, turbio, glucosa 80mg/dl, celularidad 20/ml (mononucleares 90%), tinción gram negativa, pH 7.56, LDH y proteínas no cuantificadas, triglicéridos 996 mg/dl. Espirometría patrón restrictivo severo. Tomografía toracoabdominal: quistes en parénquima pulmonar (más de 10), áreas de vidrio despulido, derrame

pleural izquierdo y condensación, sin afección a órganos abdominales. Niveles de VEGF-D no disponibles en México; broncoscopia no satisfactoria; toracotomía terapéutica-diagnóstica: biopsias en tinción de hematoxilina/eosina espacios quísticos, en las paredes de éstos nódulos de músculo liso inmaduro, proliferación de células musculares lisas y epiteloides atípicas alrededor de las estructuras broncovasculares y en el intersticio, inmunohistoquímica HMB45 + Actina +, con estos hallazgos se obtiene el diagnóstico definitivo de LAM. El diagnóstico precoz de mujeres con Esclerosis Tuberosa y LAM esporádica es importante ya que el tratamiento con inhibidores de quinasa, terapias de bloqueo a estrógenos, inhibidores de la autofagia, e inhibidores de angiogénesis, retrasan la progresión.

**0157 Evaluación de principales factores de riesgo cardiovascular en pacientes con antecedente de evento cerebrovascular atendidos por el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González**

Jáquez M, Tenorio E, Maya H, Juárez A, Reyes F, Rivera V, Nieto Z, Zapata A, Sebastián G Hospital General Dr. Manuel Gea González, SSA

**Introducción:** la enfermedad isquémica cardiaca y cerebrovascular son la primera causa

de muerte e incapacidad en el mundo. Los principales factores de riesgo asociados son el tabaquismo, hipertensión arterial sistémica y dislipidemia (2). **Objetivo:** el objetivo de este trabajo es evaluar los principales factores de riesgo (edad, hipertensión arterial sistémica, Diabetes Mellitus 2, nivel sérico de lípidos) de los pacientes con diagnóstico de EVC en la consulta externa del área de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González de 01 de enero de 2011 a 28 de febrero de 2015. **Material y método:** un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se usó el registro de pacientes en la base de datos de consulta externa de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González con el diagnóstico de Evento cerebrovascular que haya tenido al menos 2 consultas de seguimiento y con reporte de características demográficas, enfermedades crónicas degenerativas y colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos de enero de 2011 al 28 de febrero de 2015. **Resultados:** se incluyeron un total de 41 pacientes, 21 hombres (51.2%) y 20 mujeres (48.8%) entre 33 y 98 años de edad, de los cuales el 41.5% tenían diagnóstico de Diabetes Mellitus, el 85.0% con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica. El 71.4% de los pacientes presentaba RANKIN 1-2 al momento de acudir a consulta. El promedio de he-

moglobina glucosilada fue de 6.5%, de tensión arterial 122/70 mm Hg, índice de masa corporal de 27% y LDL de 89 mg/dL y no hubo diferencia significativa entre evento isquémico y hemorrágico. **Discusión:** se logró un adecuado control en la tensión arterial y nivel de glucosa sérica, no así en el nivel de LDL e índice de masa corporal. De los pacientes con antecedente de un evento hemorrágico el 78% usaba estatina, en los pacientes que sufrieron un evento isquémico el 96%. Lo importante de este estudio fue valorar el nivel de control que se obtuvo en los principales factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con antecedente de evento cerebro vascular, teniendo en cuenta que la mayoría presentaba un nivel de discapacidad bajo, el impacto es su pronóstico fue mayor.

**0169 Síndrome de POEMS asociado a enfermedad hepática y renal poliquística (EPQ): reporte de un caso de esta rara asociación**

Ramirez J, Sepúlveda J, Tevera M, Ocaña M Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, SSA

**Introducción:** el POEMS es una enfermedad rara. Su asociación con enfermedad poliquística, es excepcional. Se reporta un caso de POEMS asociado a enfermedad hepática y renal poliquística. **Descripción del caso:** hombre de 72 años que

inició síntomas dermatológicos por lesiones hiperpigmentadas en ambas piernas y alteraciones en la sensibilidad. Se documentó hipercalcemia, lesión renal y anemia. Por sospecha de POEMS se inició protocolo de estudio, documentándose un pico monoclonal de IgG, polineuropatía por EMG, incremento de VEGF en suero y un AMO con infiltración por linfocitos linfoplasmocitoides. La TAC, evidenció múltiples quistes hepáticos y renales. Se concluyó POEMS asociado a EPQ (Figura 1). El paciente se encuentra bajo tratamiento con melfalan, prednisona y talidomida. **Conclusión:** El síndrome POEMS es un reto diagnóstico para el internista y su diagnóstico oportuno mejora el pronóstico. Existe solo un reporte en la literatura de la asociación POEMS-EPQ. y su causa se desconoce hasta el momento.

### 0231 Manejo de la vía aérea en el departamento de Medicina Interna: experiencia en un hospital académico de tercer nivel

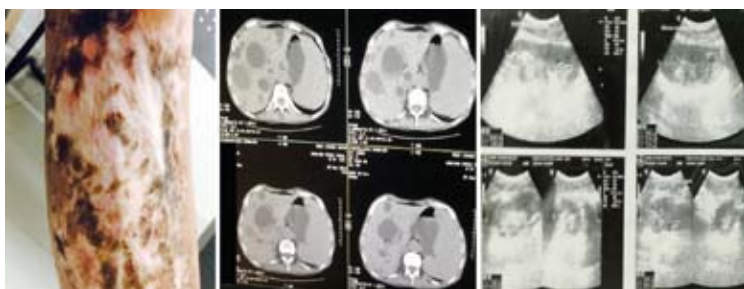


Figura 1.

Quintanilla D, Colunga P, Monreal R, Rendón E, Flores M, Villarreal M, Galarza D  
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Antecedentes:** El adecuado manejo de la vía aérea es primordial en el paciente críticamente enfermo. La necesidad de intubación orotraqueal (IOT) se asocia 39% de complicaciones agudas y a una mortalidad cercana al 50%. Existe poca evidencia sobre las tendencias en IOT así como su desenlace en salas ajenas a terapia intensiva y urgencias. **Objetivo:** Determinar las principales tendencias de IOT implementadas por residentes así como morbimortalidad asociada en el departamento de Medicina Interna. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó 68 pacientes que requirieron IOT. Se analizaron características clínico-demográficas, indicaciones y protocolo de intubación, complicaciones agudas y crónicas, mortalidad hospitalaria y factores de riesgo para IOT. **Resultados:**

La media de edad fue  $48 \pm 17$  años, 77% hombres, con una estancia hospitalaria de 6 (0-42) días. Las principales causas de intubación fueron hipoxemia (51%), hipercapnia (19%) y paro cardio-respiratorio (15%). Midazolam fue el principal agente utilizado para inducción de la intubación (81%). Como complicaciones inmediatas, 52% presentaron hipotensión y 6% bradicardia, requiriendo uso de vasopresores hasta 66% en las primeras 24 horas post-intubación. 28% desarrollaron neumonía asociada a ventilador, siendo *Pseudomonas aeruginosa* (47%) el principal patógeno identificado, seguido por *Acinetobacter baumannii* (39%). Encontramos una tasa de mortalidad del 65%, presentándose esta durante las primeras 24 horas post-intubación en el 21%. Los principales diagnósticos asociados a IOT fueron neumonía (25%), tuberculosis pulmonar (11%) y enfermedad renal crónica (11%). Todos los pacientes con VIH/SIDA, cáncer y lesión renal aguda que requirieron intubación fallecieron. Los principales factores de riesgo para intubación fueron estancia hospitalaria mayor a 7 días, 2 o más comorbilidades y la presencia de neoplasias hematológicas. **Conclusiones:** Encontramos una elevada tasa de mortalidad, principalmente asociada al desarrollo de insuficiencia respiratoria aguda en pacientes con neumonía, tuberculosis pulmonar y edema

agudo de pulmón por enfermedad renal crónica. Hipotensión representó la principal complicación post-intubación.

**0251 Depresión refractaria debido a hipomagnesemia crónica secundaria a síndrome de Gitelman. Reporte de caso clínico**

*Alemán R,1 Rincón C,1 Herrera G,1 Noyola M,1 Hernández P2*  
1IMSS, Servicio de Medicina Interna, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, 2IMSS, Servicio de Endocrinología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

**Antecedentes:** La depleción de magnesio bloquea el receptor NMDA, permitiendo el aumento de afluencia de iones calcio intracelular con la producción de formas reactivas de oxígeno generando disfunción neuronal por edema cerebral, dicho mecanismo es el responsable de trastornos en la conducta así como estado de ánimo, incluyendo la depresión. **Objetivo:** El propósito es describir un caso de hipomagnesemia crónica por síndrome de Gitelman como causa de depresión refractaria. **Informe de caso:** Masculino de 56 años de edad con diagnóstico de trastorno depresivo de más de 10 años de evolución en múltiples tratamientos; inhibidores de recaptura de serotonina (paroxetina, sertralina, citalopram) así como clonazepam sin

presentar mejoría, también con antecedente de hipokalemia inexplicable, acude a valoración por presentar debilidad muscular generalizada asociada a parestesias, fasciculaciones faciales, bradipsiquia y bradilalia así como anhedonia, llanto fácil, hiporexia e insomnio, se documenta hipomagnesemia severa 0.7mg/dl con fracción excretada de magnesio 5% con cambios electrocardiográficos (prolongación del QT; 400ms), hipokalemia moderada 2.56 mg/dl con TTKG (Gradiente transtubular de potasio): 15.9, hipocalcemia leve 8.24mg/dl, hipocalciuria de 0.70mg con índice Calciuria/creatinuria: 0.05 y alcalosis metabólica. **Conclusiones:** Una de las causas a descartar en la depresión refractaria es la hipomagnesemia crónica en este caso secundaria a síndrome de gitelman, por lo que es importante sustituir el déficit ya que es coadyuvante en el tratamiento.

**0255 Reducción del dolor en sala de Medicina Interna, en el Hospital Universitario UANL**

*Garza F, Galarza D*  
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León.

**Introducción:** El dolor se define como "una experiencia sensorial y emocional desagradable que se relaciona con un daño tisular real o potencial, o que se describe en términos de ese daño", en medicina interna de

nuestra institución se cuenta con un programa de atención integral al paciente, en donde el manejo del dolor es uno de los ejes integrales, se realiza un formato oficial por cada residente encargado de atención al paciente donde se evalúa el dolor con una escala del 0 al 10 y se indica tratamiento según la escala del dolor de la OMS, dividiéndolo en dolor leve, moderado y severo, y se re-evalúa el dolor y la necesidad de analgesia de rescate las veces que sea necesario, así como el dolor al egreso. **Objetivo:** Comparar el uso correcto de analgésicos y la mejoría del dolor al egreso, según la escala de la OMS para dolor en la sala de internamiento de medicina interna del hospital universitario de la UANL, entre los meses de Marzo y Abril, posterior a una breve presentación oral (curso) hacia los residentes encargados del manejo del dolor en estos pacientes. **Materiales y métodos:** estudio longitudinal, a lo largo de 2 meses (marzo y abril), en la sala de medicina interna, donde se comparó el dolor al egreso en los pacientes, posterior a una presentación oral hacia los residentes encargados del manejo de estos pacientes con el fin de racionalizar el uso de analgésicos en casos no necesarios; Criterios de inclusión; pacientes mayores de 18 años que presentaran algún grado de dolor según la escala del dolor de la OMS y que requirieran el uso de algún analgésico; Cri-



terios de exclusión; pacientes que no presentaran dolor, o que rechazaran la administración de analgésico; se aplicó una encuesta al paciente sobre la intensidad del dolor, en base a esto se administró el tipo de analgesia indicado según escala de OMS y se revaloró el dolor a los 30 minutos, y la intensidad del dolor a su egreso. **Resultados:** durante el mes de Marzo presentaron dolor 86 pacientes vs 92 en Abril, siendo la causa de dolor más frecuente el dolor abdominal a causa de pancreatitis, seguido de dolor precordial por IAM; 21% presentó dolor mayor a 3/10 al egreso en marzo vs 7.6% en el mes de Abril posterior a curso oral y modificación de uso de analgésicos según la escala de dolor de la OMS, notando una importante baja en el egreso de pacientes con dolor y reduciendo el uso de analgésicos.

### **0287 Correlación entre los niveles séricos de ácido úrico y la prueba homa2 en sujetos no diabéticos**

*Elizalde C,1 Estrada M,2 Lozano J,1 López C,3 Rubio A1*  
1SSA, Hospital General de Ticomán, 2Otra, CINVESTAV DF, 3IMSS, CINVESTAV DF.

La hiperuricemia favorece el desarrollo de resistencia a la insulina por varios mecanismos, a su vez la resistencia a la insulina disminuye la excreción renal de ácido úrico, lo que produce hiperuricemia.

HOMA2\_B evalúa la función de la célula beta, mientras que HOMA2\_IR mide el grado de resistencia a la insulina. **Material y método.** Estudiamos 88 pacientes no diabéticos, en quienes se determinaron los niveles séricos de ácido úrico (método enzimático), en todos ellos se realizó HOMA2\_B y HOMA2\_IR, la medición de los niveles de insulina se realizó por el método de ELISA (DiagMex, USA). Los resultados del HOMA se correlacionaron con los niveles séricos de ácido úrico mediante el coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** Incluimos 59 mujeres y 29 hombres, con edad promedio de 40 años, y un índice de masa corporal de  $28.79 \pm 1.09$ . Los niveles promedio de ácido úrico fueron de  $6.7 \pm 0.42$  mg/dl en hombres y  $5.01 \pm 0.46$  mg/dl en mujeres. Al analizar a los 88 pacientes, no encontramos correlación entre los resultados de la uricemia con los resultados de HOMA2\_B ( $r = 0.102$ ,  $p = 0.343$ ), ni con HOMA2-IR. ( $r = 0.206$ ,  $p = 0.054$ ), así como tampoco en los 24 sujetos con peso normal. En cuanto a los 31 pacientes con sobrepeso, tampoco encontramos correlación en HOMA2\_B ( $r = 0.056$ ,  $p = 0.764$ ), ni en HOMA2\_IR ( $r = 0.150$ ,  $p = 0.422$ ). En los 33 pacientes con obesidad no hubo correlación en el HOMA2\_B ( $r = 0.411$ ,  $p = 0.017$ ). Sin embargo, en este grupo encontramos una correlación positiva entre los niveles séricos de ácido úrico

y el HOMA2\_IR ( $r = 0.466$ ,  $p = 0.006$ ). **Conclusión:** De acuerdo a nuestros resultados, el ácido úrico no parece interferir con el funcionamiento de la célula beta. Sin embargo, si contribuye a los mecanismos que llevan a la resistencia a la insulina en el paciente obeso, lo que justifica el control de la uricemia como parte del manejo del riesgo cardiovascular en estos sujetos.

### **0292 Azul de metileno en choque séptico refractario a uso de aminas; reporte de un caso y revisión del tema**

*Rivera M,1 Rivera J,2 Ramírez J2*  
1SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, León, Guanajuato, 2IMSS, Unidad Médica de Alta Especialidad del Bajío, León, Guanajuato.

**Antecedentes:** El estado de CR se define como un estado de disfunción endotelial con hipotensión persistente a pesar de reanimación hídrica adecuada y administración de dosis altas de vasopresores con el objetivo de revertir el estado de inestabilidad hemodinámica. Se ha descrito rápida regresión de estado de CR inducido por sepsis con uso de AM. **Resumen Clínico:** Paciente masculino 65 años, antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Hipertensión Arterial y obesidad; ingresado a UTI, diagnóstico de choque séptico foco abdominal, secundario a perforación intestinal por enfermedad diverticular de

colon sigmoide y colon descendente, con IAM inferior sin extensión a VD sin revascularización posible, cursando en UTI con neumonía asociada a ventilación mecánica, inestabilidad hemodinámica, meritorio de manejo con norepinefrina 0.5 mcg/kg/min y Vasopresina pobre respuesta a terapia combinada, condicionando datos de bajo gasto presentando en UTI incremento de inestabilidad hemodinámica, taquiarritmia, revirtiendo con antiarrítmico y cardioversión eléctrica, imposibilitando disminución de aminas, considerando estado de CR; indicando AM IV (2 mg/kg) en bolo de 30', buena respuesta, permitiendo disminución paulatina de norepinefrina así como Vasopresina, logrando estabilidad con posterior egreso de UTI hemodinámicamente estable. Discusión La etiología de CR se debe a disregulación de síntesis y liberación de ON activación de la guanilato ciclasa del músculo liso vascular. El mecanismo de acción del AM es bloqueo de la producción y el efecto que tiene el ON en la vasculatura disminuyendo respuesta vasodilatadora en CR. A pesar del manejo de choque séptico basado en metas en base a guías internacionales vasoconstrictores convencionales como norepinefrina, vasopresina, nuestro paciente respondió únicamente a administración de AM; si bien anecdótico, este caso refleja el potencial uso de AM en casos similares.

**Conclusiones:** En casos de CR la administración de AM como terapia adyuvante, se ha asociado a mejoría de los parámetros reflejados en optimización de la contractilidad miocárdica, transporte de oxígeno reducción progresiva de apoyo con vasopresores de forma progresiva y sostenida. Abreviaciones: IAM infarto agudo a miocardio, VD Ventrículo derecho, TAM tensión arterial media, UTI Unidad de Terapia Intensiva, CR Choque Refractario, ON óxido nítrico.

### 0300 Asociación entre el control del asma y los niveles séricos de IGE en adultos con asma alérgica

Corona A

SSA, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca

**Antecedentes:** Los altos niveles de IgE se asocian con el asma; pero que los niveles más altos de IgE se asocian con más severidad el asma sigue siendo poco claro, hasta el momento se concluye que mientras superior es el valor de IgE se asocia con una menor función pulmonar basal, correlacionando que los niveles de IgE total son inversamente correlacionada con la función pulmonar basal y la gravedad del asma. **Objetivo del estudio:** Asociar la prueba de control del asma con los niveles séricos de IgE total a 2 puntos de corte diferentes (100 y 150) en pacientes con asma alérgica. **Material y métodos:**

Estudio transversal, analítico con base poblacional. Se seleccionaron sujetos con asma alérgica del Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I Menchaca" Servicio de Alergia e Inmunología Clínica, tomando una muestra no probabilística, por conveniencia, estableciendo 2 puntos de corte en niveles de IgE sérica que fueron 100 y 150, en base a los cuales se determinó la asociación con variables como edad, sexo, años de evolución del asma, pruebas de función respiratoria, pruebas de control del asma y hospitalizaciones por asma en el año previo. **Resultados:** Se incluyeron 153 sujetos, con 2 puntos de corte de IgE sérica que fueron 100 UI/ml y 150 UI/ml. La asociación entre los 2 grupos no fue estadísticamente significativa con variables como control del asma (? 100: 32, 28.8%, P 0.975 y ? 150: 24, 25.5%, P 0.266), pruebas de función respiratoria, -FEV1 basal- (? 100: 73.1 ± 18.5, P 0.263 y ? 150: 72.7 ± 19.1 P 0.558) y hospitalizaciones por asma en el último año (? 100: 43, 38.7%, P 0.372 y ? 150: 38, 40.4%, P 0.215). **Discusión:** En nuestro estudio no se encontró la asociación de los niveles séricos de IgE con las pruebas de función respiratoria, hospitalizaciones o control del asma, a diferencia de lo mostrado en otros estudios donde si se muestra relación entre las cifras séricas de IgE con la severidad del asma, sin embargo en nuestro estudio se



han incluido únicamente a pacientes alérgicos, considerando que en base a lo mostrado en todos estos estudios, los sujetos no alérgicos pueden presentar mayor severidad del asma en base a las cifras séricas de IgE.

**0318 Paciente con hemoptisis masiva secundario a linfopitelioma en base de lengua con infarto agudo al miocardio del hospital regional de Ciudad Madero, PEMEX**

Rodríguez M, Sánchez J, Cruz F, Cepeda E  
PEMEX, Hospital Regional de Ciudad Madero.

Los linfopiteliomas se describieron por primera vez en nasofaringe en 1921 como carcinomas indiferenciados. El tabaco es el principal factor de riesgo asociado. Se presenta clínicamente como una úlcera, una masa exofítica o una infiltración profunda. Estas lesiones son indoloras, lo que podría explicar el diagnóstico tardío. Se reporta el caso de un paciente masculino de 63 años, originario de Cd Madero, trabajador activo de PEMEX. Con los siguientes antecedentes de importancia: tabaquismo positivo con un Índice Tabáquico de 49, alcoholismo positivo i intenso a base de cerveza. Negando enfermedades cronicodegenerativas. Inició su padecimiento el día 27/11/2013 en su domicilio con 2 episodios de hemoptisis, acompañado de disnea de aproximadamente

una hora y dolor retro esternal tipo ardoroso. Se evidencia en urgencias de nuestro hospital un Bloqueo de Rama Izquierda de novo, catalogándose como IAMEST con mas de 12 horas de evolución. Durante su internamiento, presenta un cuadro de expulsión masiva de sangre por boca, de predominio postprandial, se decide realizar endoscopia, descartándose sangrado de origen gastrointestinal. Se solicita interconsulta a neumología, quien solicita TAC de torax simple reportándose sin alteraciones. Posteriormente, al estar ingiriendo alimentos presenta tres episodios sugestivos de hemoptisis masiva, realizándose fibrobroncospia encontrándose, a nivel supraglotico una lesión hemorrágica de crecimiento exofítico fácilmente. Se realiza TAC de cuello contrastado, donde se observa tumoración a nivel de Vallecula izquierda. Se realiza extirpación quirúrgica sin complicaciones, se exploran ganglios adyacentes sin alteraciones, reportándose por Patología como linfopitelioma. Se trata de un caso de un sangrado que condicionó alteraciones hemodinámicas significativas hasta llegar a un Infarto Agudo del Miocardio. El linfopitelioma como se describe, son tumores indoloros por lo que hace que se dificulte su diagnóstico. En este paciente, se realizo un protocolo de estudio para descartar la etiología del sangrado masivo, en donde se realizo endoscopia superior y

Fibrobroncospia, encontrándose como hallazgo la tumoración exofítica. Este tipo de tumoración por sus características suele ser de suma agresividad, sin embargo en este caso con la extirpación quirúrgica, se logro la remisión completa de la enfermedad.

**0319 Asociación entre la ideación suicida y la severidad del asma en adultos**

Vivar B,<sup>1</sup> Bedolla M,<sup>2</sup> Pulido N,<sup>3</sup> Morales J<sup>4</sup>

1Otra, servicio de Medicina Interna, división de Medicina Interna, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca, 2Otra, servicio de Alergia e Inmunología Clínica, división de Medicina Interna, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca, 3Otra, otro, 4Hospital Universitario, Universidad Veracruzana.

**Introducción** La presencia de los trastornos del ánimo se han asociado con el comportamiento clínico del asma, sin embargo, hay poca evidencia de la relación entre ideación suicida (IS) y asma. **Objetivo:** Analizar la asociación entre la IS y la severidad del asma en adultos. **Métodos.** A través de un estudio transversal y prolectivo se incluyeron 271 pacientes con asma. La severidad del asma se evaluó con la prueba de control del asma (ACT), volúmenes pulmonares (FVC y FEV1, % de los valores predichos) e historia de hos-

pitalización por asma en los 12 meses previos. Ideación suicida fue la presencia de pensamientos suicidas en las dos semanas previas, identificada con el Inventario de Depresión de Beck-II. **Resultados:** El promedio de edad fue 40.4 años, mujeres fueron 207/271 (76%). La frecuencia de asma controlada y asma alérgica fue de 88/271 (32.8%) y 201/271 (74%), respectivamente. Ansiedad tuvieron 51% y depresión 47%. La IS no mostró asociación con el control del asma (P 0.17 ni FVC (P 0.4) o FEV1 (P 0.6 tampoco con la hospitalización por asma (P 0.07). En su lugar, la ansiedad y depresión se asociaron con la IS (P < 0.0001, respectivamente). **Conclusión:** Nuestro estudio demuestra que no existe asociación entre IS y severidad del asma.

### 0323 Inmunodeficiencia común variable en una mujer embarazada. Reporte de un caso

*Hernández P, García U, Delgado A, Soto J, Martín E, Ramírez J* IMSS, Centro Médico Nacional del Bajío.

Las alteraciones de la inmunodeficiencia común variable (ICV) son las más prevalentes en la vida adulta. Estimados actuales reportan uno caso por cada 25000 en la población general. Se manifiesta como infecciones recurrentes por microorganismos encapsulados, un mayor riesgo de autoinmu-

nidad y malignidad. Durante el embarazo, el producto se encuentra en riesgo de desarrollar infecciones severas por la mínima cantidad de IgG transplacentaria transportada. Mujer de 34 años de edad y embarazo de 22 semanas de gestación, con antecedente de 2 años de infecciones de vías respiratorias superiores. En 2014 presentó pansinusitis y neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y en febrero de 2015 NAC con derrame pleural para neumónico. Exploración física son secreción verdosa e hiperemia en ambas fosas nasales y descarga retronasal. Hemoglobina 12.3g/dL, hematocrito 35.9%, plaquetas 179mil/ml, leucocitos 2.6mil/uL, neutrófilos 1378/uL, linfocitos 884/uL. Serología para VIH negativa. Perfil de inmunoglobulinas en tres ocasiones con valores por debajo del valor normal. Recuento de linfocitos B bajo y T normal. Se diagnosticó ICV y trató con gammaglobulina intravenosa a dosis de 600mg/kg cada 21 días de por vida. La ICV es un grupo heterogéneo de alteraciones que culmina en una falla de anticuerpos de inicio tardío. Las bases genéticas de la alteración no han sido identificadas. La mayoría de los pacientes tienen un padecimiento poligénico. Las mutaciones causantes del trastorno son ICOS, CD19, CD20, CD21 y CD81. Al contrario de la mayor parte de los defectos genéticos inmunes la presentación de la ICV tiene

una presentación bimodal, con la mayor parte de los casos diagnosticándose entre los 29 y 33 años. Las manifestaciones clínicas habituales son infecciones bacterianas recurrentes. Un 73% de los pacientes sufren de neumonía atribuida a *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, o micoplasma. La paciente cumple con todos los criterios, al presentar susceptibilidad aumentada a infecciones, IgG e IgA bajas al menos 2 desviaciones estándar por debajo del nivel normal para la edad, con IgM bajas, niveles bajos de células B. El tratamiento estándar es el reemplazo con inmunoglobulina intravenosa o subcutánea a dosis de 400 a 600mg/kg cada 21 a 30 días y durante el embarazo se recomienda aumentar la dosis el o acortar el periodo de infusión a dos semanas durante el último trimestre.

### 0330 Impacto de la intervención nutricional sobre los días de estancia hospitalaria y la mortalidad en pacientes hospitalizados con malnutrición

*Cano E,<sup>1</sup> Morales L,<sup>2</sup> Rangel I,<sup>2</sup> Sánchez V,<sup>2</sup> Barragán A,<sup>1</sup> Cerda J,<sup>1</sup> Simental L,<sup>3</sup> Reyes M,<sup>2</sup> Ramos J,<sup>2</sup> Samper M<sup>2</sup>*

1SSA, Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda, 2Privado, Hospital San José, Tec de Monterrey, Escuela Nacional de Medicina del Tecnológico de Monterrey, 3IMSS, Unidad de Investigación Biomédica, delegación Durango.





**Objetivo.** Evaluar el impacto de la intervención nutricional sobre los días de estancia hospitalaria y la mortalidad en pacientes hospitalizados con malnutrición. **Métodos.** Se realizó un ensayo clínico aleatorio controlado al que se incluyeron hombres y mujeres mayores de 20 años de edad con malnutrición que fueron hospitalizados en el servicio de Medicina Interna los cuales se asignaron aleatoriamente al grupo de intervención (grupo 1) quienes recibieron un plan nutricional ajustado de acuerdo a los requerimientos energéticos y protéicos, además del asesoramiento dietético basado en entrevistas cara a cara con el paciente e involucrando a los cuidadores o familiares para su apoyo durante su estancia hospitalaria; o al grupo control (grupo 2) donde recibieron el manejo nutricional estándar del departamento de apoyo nutricio durante su estancia hospitalaria. Además se llevó a cabo un seguimiento durante 6 meses para evaluar la mortalidad. **Resultados.** Un total de 28 y 27 pacientes con malnutrición fueron incluidos en los grupos 1 y 2, respectivamente. En condiciones basales solamente se observaron niveles más elevados de hemoglobina ( $12.3 \pm 2.7$  vs  $10.2 \pm 2.3$ ,  $p=0.003$ ) y más bajos de urea ( $47.3 \pm 33.5$  vs  $71.5 \pm 48.3$ ,  $p=0.03$ ) en el grupo de intervención con respecto al grupo control. Al final del seguimiento, los niveles de

hemoglobina permanecieron más elevados en los pacientes del grupo de intervención en comparación con los del grupo control ( $11.9 \pm 2.6$  vs  $9.6 \pm 1.9$ ,  $p=0.002$ ). El promedio de los días de estancia hospitalaria fue menor en el grupo de intervención con respecto al grupo control ( $6.4 \pm 3.0$  vs  $8.4 \pm 4.0$ ,  $p=0.03$ ). Finalmente, la tasa de mortalidad a 6 meses fue similar en ambos grupos de estudio ( $HR=0.85$ , IC 95%, 0.17-4.21). **Conclusión.** Los resultados del presente estudio sugieren que la intervención nutricional y el asesoramiento dietético disminuyen los días de estancia hospitalaria pero no la mortalidad en pacientes hospitalizados con malnutrición.

### 0339 Nivel de conocimientos en bioética básica en la población médica de Querétaro

Perusquía E,<sup>1</sup> Villaseñor N,<sup>2</sup> Dagda S<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Privado, Médica Tec 100,

<sup>2</sup>Universitario, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro.

**Antecedentes:** No se cuenta con un texto que describa con precisión cómo debe realizarse el aprendizaje práctico de la bioética ni se tiene consenso de los conocimientos “básicos” en los cursos de formación médica. El país presenta desigualdades éticosociales inmerso en un mundo con avances tecnocientíficos acelerados, lo que hace inevitable que las Instituciones

hagan esfuerzos por impulsar la bioética para formar no solo profesionistas sino seres humanos íntegros. **Objetivo:** Evaluar grado de conocimiento en bioética en población médica con práctica clínica en Querétaro. **Metodología:** Encuesta de nueva creación de 27 ítems basada en los temarios de bioética de algunas universidades del país. Tamaño de la muestra 167 médicos titulados inscritos al Colegio Médico a mayo 2015. Se generó una base de datos en SPSS incluyendo análisis de dominios específicos. **Resultados:** Análisis con T de Welch. Análisis multivariado sin diferencias significativas. El promedio de calificación fue de 10 con un rango de 1 a 18. Por grupo etario el de 40 a 49 presentó el menor puntaje (11) y el mayor el grupo de 50 a 59 con una media de 13. En el dominio de conocimiento de calidad de vida y consentimiento informado, para los aspectos técnicos del primero el porcentaje de aciertos fue 50%, rango 47 a 53 con una fundamentación humanística < 15; en el segundo rubro un porcentaje de aciertos de 48%, rango 44 a 53 con fundamentación humanística 16%. **Conclusiones:** El conocimiento general en bioética se encuentra por debajo del límite mínimo requerido destacando que en la práctica cotidiana 1 de cada 2 decisiones éticas o bien carece de fundamentación o es directamente errónea. Existen carencias sobre el con-

sentimiento informado y la determinación de calidad de vida a nivel bioético. Aún a nivel técnico no se alcanzan los parámetros necesarios para una calidad de atención básica. El desconocimiento en el grupo de 40 a 49, probablemente está relacionado a la inexistencia de la materia en su plan de estudios y a mayor inmersión en la vida profesional priorizando la medicina técnica, dejando de lado temas humanísticos cambiando después de la jubilación. Es imprescindible la formación humanística Universitaria y la educación continua para los médicos con práctica clínica.

**0369 Uso de la Escala de Padua para evaluar el riesgo de trombosis de manera sistematizada mediante su inclusión en el expediente electrónico en pacientes ingresados en salas de Medicina Interna del Hospital Universitario de Monterrey**

*García D, Nández H, Martínez R, Hernández J, Espinosa J, González N*

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

**Antecedentes:** 40% de los pacientes hospitalizados tiene 3 o más factores de riesgo para trombosis, existe poca adherencia a la recomendación de uso de tromboprofilaxis. La prevalencia de trombosis en pacientes sin profilaxis farmacológica, es de 10-20%, con

el uso de profilaxis se reporta disminución del 50% en la incidencia. La escala de Padua evalúa riesgo de trombosis, consta de 11 ítems: cáncer activo (3 puntos), tromboembolismo venoso previo: 3 pts, movilidad reducida: 3 pts, condición trombofílica conocida: 3 pts, trauma o cirugía reciente: 2 pts, edad  $\geq$  70: 1 pto, falla cardíaca o respiratoria: 1 pto, infarto agudo al miocardio o EVC isquémico: 1 pto, infección aguda o desorden reumatológico: 1 pto, IMC  $\geq$  30: 1 pto y tratamiento hormonal: 1 pto. Con 4 o más puntos se sugiere profilaxis farmacológica. **Objetivo:** Incluir la escala en un sistema electrónico, con la finalidad de que se aplique al 100% de los pacientes, se pretende aumentar el apego a la recomendación, además de estimar la incidencia de eventos trombóticos y sangrado asociado a tromboprofilaxis posterior a esa intervención. **Material y método:** mediante la escala se obtiene si el paciente tiene o no riesgo de trombosis. Mediante el sistema electrónico, se documenta el puntaje, siendo indispensable realizarlo para acceder a las indicaciones médicas, luego se incluyen otros ítems para evaluar riesgo de sangrado, el sistema despliega el riesgo de trombosis y sangrado, queda a criterio del médico la administración de la profilaxis. Previo al egreso, se documenta si se desarrollan eventos trombóticos o sangra-

do. **Resultados:** Se incluyó el total de pacientes ingresados desde mayo a agosto de 2015, (888 pacientes). Se excluyeron 95, ya que no se documentaron los datos a su egreso, quedando 793, se encontró que el 21.68%, presentó alto riesgo de eventos trombóticos, se administró profilaxis farmacológica en el 84.3% de esos pacientes, el resto tenía contraindicación. Se encontró un total de 4 eventos trombóticos, (0.50% de los pacientes incluidos), 2.32% de los pacientes con alto riesgo de trombosis, el sangrado asociado a tromboprofilaxis se presentó en el 3.44%. **Conclusiones:** esta medida aseguró la evaluación del riesgo de trombosis del 100% de los pacientes ingresados, con lo que se aumenta el apego a la recomendación de uso rutinario de tromboprofilaxis.

**0375 Identificación de *Mycobacterium tuberculosis complex* en líquido cefalorraquídeo asociado a vasculitis del Sistema Nervioso Central: reporte de caso**

*Sánchez M,<sup>1</sup> Proaño J,<sup>1</sup> Hernández R,<sup>2</sup> Navarrete R,<sup>1</sup> Lara F,<sup>1</sup> Franco J<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Privado, Hospital Ángeles Metropolitano, <sup>2</sup>SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González

El diagnóstico oportuno de tuberculosis es esencial para inicio de tratamiento. El cultivo es tardado y la tinción

tiene baja sensibilidad en líquido cerebroespinal (LCE). La reacción en cadena de polimerasa (PCR) es una técnica rápida, sensible y específica. **Objetivo:** Describir la variabilidad de PCR en identificación de *M. tuberculosis* de LCE dependiendo la técnica. Caso: Mujer de 49 años, en tratamiento por cáncer de mama, 2 meses después presenta cefalea, confusión, paresia facio-corporal derecha y epilepsia. Resonancia magnética de encéfalo con isquemia hemisférica izquierda, frontal derecha y vasculitis de arteria cerebral media izquierda, manejada con ceftriaxona y dexametasona con buena evolución clínica y radiológica inicial. PCR de LCE negativo 3 ocasiones para gen

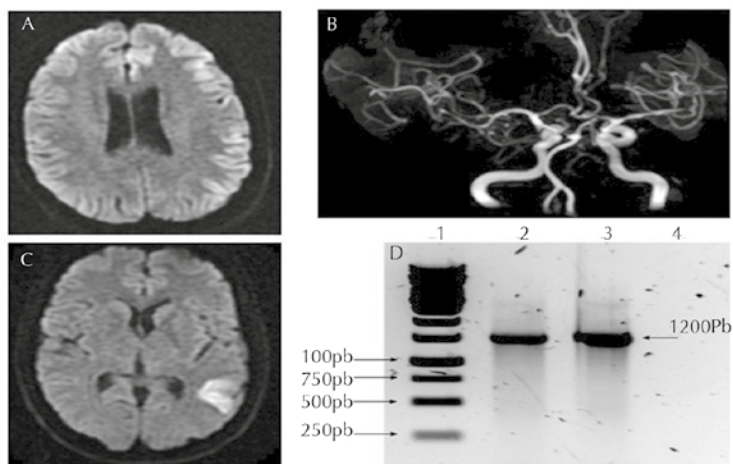
rpoB, posteriormente se identificó *M. tuberculosis* complex con amplificación y secuenciación de 16S rRNA. **Conclusión:** La especificidad de PCR permite inicio temprano del tratamiento. En alta sospecha se recomienda cambio de técnica.

#### 0419 ¿Sabemos cuidar un catéter central? Valoración del apego a las guías clínicas en un centro universitario

Atilano A, Sánchez M, Galindo J, Galarza D  
Universitario, Hospital Universitario, UANL.

**Antecedentes:** La evaluación del personal de salud y la creación de programas de educación, representa un tópico muy importante a discutir,

cuando de prevención de infecciones nosocomiales se trata. Los datos en relación al apego a las guías clínicas son escasos en nuestro país; de esta manera que la identificación de deficiencias en la prevención de infecciones asociadas a dispositivos intravasculares, podría representar un área de oportunidad a combatir como parte del manejo integral de nuestros pacientes. **Objetivo del estudio:** Valorar el apego a las guías clínicas para la prevención de infecciones asociadas a dispositivos intravasculares (catéter venoso central), en un centro universitario de tercer nivel. **Material y métodos:** Según el contenido de las guías clínicas actuales (IDSA 2011), fue creado un cuestionario de 20 preguntas evaluando los principales tópicos en relación al cuidado para la prevención de infecciones asociadas al catéter venoso central. Este fue aplicado vía electrónica a los residentes (N=38) y personal de enfermería (N=29) del Departamento de Medicina Interna de nuestro hospital. **Resultados:** Dando un punto a cada respuesta correcta, la media de puntos obtenida fue de 11.5 puntos (DS 2.5) en el grupo de residentes, y de 11.76 (DS 1.9) entre el personal de enfermería ( $p=0.20$ ). En 14 de los 20 reactivos no hubo diferencia estadísticamente significativa en la selección de respuestas entre ambos grupos, sin embargo el personal médico



**Resonancia magnética cerebral:** A) Secuencia de Difusión. Zonas de restricción en región fronto-temporo-parietal izquierda y frontal derecha con patrón cortical giral. B) Angioresonancia. Zonas de vasculitis en el eje anterior del polígono de Willis, con mayores zonas de segmentación en la arteria cerebral media del lado izquierdo. C) Secuencia de Difusión. Imagen a las 96 horas de evolución, con zona de restricción temporo-occipital izquierda cortico-subcortical, en relación a evento vascular isquémico agudo. **Reacción en cadena de la polimerasa:** D) Amplificación de la subunidad 16S rRNA a partir de líquido cerebroespinal. Electroforesis en gel de agarosa al 1.5%. 1: marcador de peso molecular 1 Kb; 2: Muestra 1; 3: Muestra 2; 4: control negativo. Se obtuvo un producto de ~1200 pares de bases, la alineación de la secuencia mostró 100% de homología con *M. tuberculosis* complex.

mostro mayor conocimiento respecto al uso de apositos con clorhexidina ( $p=0.020$ ), número indicado de vías de un catéter ( $p=0.027$ ), uso de antibióticos profilácticos ( $p=0.001$ ), probabilidad de infección ( $p=0.025$ ) a diferencia de enfermería que conocía mejor el sitio anatómico de menor riesgo de infección ( $p=0.04$ ) y el manejo de equipos de venoclisis ( $p=0.001$ ). **Discusión:** Fue registrado un conocimiento deficiente de las guías clínicas actuales. Adicionalmente, la aplicación de este instrumento de evaluación denota que las prácticas en ambos grupos varían sustancialmente, con un área de oportunidad importante para la capacitación del personal de salud.

#### **0421 Manejo de la coagulopatía durante la colocación de un acceso central: reporte de un centro universitario**

Sánchez M,<sup>1</sup> Enríquez R,<sup>1</sup> Avilés L,<sup>1</sup> Galindo J,<sup>1</sup> Galarza D,<sup>1</sup> Pérez D<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitario, Hospital Universitario, UANL, <sup>2</sup>IMSS.

**Antecedentes:** Al día de hoy se considera una cifra de plaquetas  $>20\,000 \times 10^9/L$  como un umbral recomendado para la colocación de un catéter venoso central. Sin embargo la seguridad de tal cifra en un centro de enseñanza, así como el umbral de transfusión periprocedimiento, permanecen controversiales. **Métodos:**

De manera retrospectiva, se registraron los valores de plaquetas, tiempos de coagulación y transfusión periprocedimiento en relación a la colocación de CVC durante el año 2014. **Resultados:** Fueron analizados los datos provenientes de la colocación de 232 accesos venosos centrales colocados durante el año 2014. La media de plaquetas registrada fue de  $218.1 \times 10^9/L$  (DS 129.6). El 8.7% de nuestra muestra registró menos de  $50 \times 10^9/L$  plaquetas. Diez pacientes recibieron transfusión de plaquetas periprocedimiento (4.3%). De los pacientes con menos de  $50 \times 10^9/L$  plaquetas, el 52.6% recibió transfusión periprocedimiento. El 2.5% de los accesos centrales se colocaron en pacientes con menos de  $20 \times 10^9/L$  plaquetas; Registramos la presencia de hematomas en 5 de nuestros pacientes (2.1%). En estos pacientes la mediana de cifra plaquetaria fue de  $144 \times 10^9/L$  (4-243). Dos de estos 5 pacientes presentaban menos de 50 mil plaquetas al momento de la punción (4 y  $35 \times 10^9/L$  respectivamente). En ambos casos, se llevó a cabo la transfusión de concentrado plaquetario periprocedimiento. En relación a los tiempos de coagulación, 41 pacientes (17.7%) registraron un INR mayor a 1.3. En este grupo de pacientes se registró la presencia de 1 hematoma en un paciente que simultáneamente presentaba  $4 \times 10^9/L$  plaquetas. Adicionalmente, en este grupo

de pacientes, el 17.5% presentaba menos de  $50 \times 10^9/L$  plaquetas. **Conclusiones:** La transfusión periprocedimiento en nuestro centro fue baja (4.3%), con registro de una tasa baja de complicaciones. No se registraron eventos adversos mayores en relación a la presencia de coagulopatía por lo que la colocación de CVC en estos pacientes puede considerarse un procedimiento seguro.

#### **0424 Síndrome de Good: infrecuente entidad como causa de infecciones crónicas. Reporte de un caso**

Cortez J,<sup>1</sup> Cabrera A,<sup>2</sup> Canseco M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IMSS, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, <sup>2</sup>IMSS, Hospital General de Zona 48, San Pedro Xalpa.

**Antecedentes:** El síndrome de Good es una inmunodeficiencia primaria, caracterizada por presentar Timoma e inmunodeficiencia humoral. La incidencia de Timoma es de 1.5 casos/millón de habitante, 5% presenta hipogamaglobulinemia. No existen criterios diagnósticos establecidos. La causa y patogénesis es desconocida, existe la sospecha que el defecto pueda estar en la médula ósea. Se presentan en la cuarta o quinta década de la vida. Las formas de presentación clínica más frecuentes, son las infecciones recurrentes, alteraciones hematológicas y la diarrea crónica. Presentan hipogam-



maglobulinemia, pocas células B, relación anormal CD4:CD8, linfopenia TCD4, IgG, IgA e IgM bajas. El tratamiento sustitutivo con inmunoglobulina ha mostrado efectividad en la reducción eventos infecciosos. Presentan sobrevida a 5 años del 70%. Las principales causas de muerte son la infección, enfermedad autoinmune o las complicaciones hematológicas. **CONTENIDO Informe de caso:** Mujer de 56 años, debuto en 2012 con síndrome diarreico, vomito, cuadros de infecciones de vías respiratorias superiores. Múltiples exacerbaciones de cuadro gastrointestinal y deshidratación que condiciono repetidas hospitalizaciones. Con múltiples esquemas antibióticos. Más recae constantemente. Por sospecha de CUCI; inicia tratamiento específico, con poca respuesta. Inicia Abordaje multidisciplinario, encontrando tumor mediastinal, con resección de Timoma en enero 2013. Presento además neumonía nosocomial, sinusitis recurrente, otitis media. Enviada a inmunología y alergia con tres determinaciones de panhipogamaglobulinemia, inversión en la relación CD4:CD8. Inicia tratamiento con globulina 24gr mensual. Evoluciona con múltiples cuadros de infección respiratoria, sinusitis crónica y diarrea, que mejoraron con el tratamiento. **Conclusiones:** En los pacientes con timoma que presenten enfermedades infec-

ciosas repetidas es necesario el estudio temprano microbiológico e inmunológico para descartar esta infrecuente patológica; incluyendo, al menos, cuantificación de inmunoglobulinas y células linfocitarias. E incluso postimectomia es necesario conocer la hipogamaglobulinemia secundaria y prevenirla con el uso de gammaglobulina temprana, lo cual reducirá las complicaciones e impactara en la calidad de vida de nuestro paciente; por ultimo dar seguimiento ante la posibilidad, aun que es baja, de recidiva de timoma.

#### **0425 Síndrome de Parry-Romberg. Reporte de tres casos**

*Cortez J, Olvera A, Juárez A*  
IMSS, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza.

La enfermedad Parry Romberg (PR) es rara (2 casos por millón de habitantes), se caracteriza por hemiatrofia facial con anormalidades de Sistema Nervioso Central (SNC) y ocular. Presentamos 3 casos. Caso 1 Femenino de 41 años, con atrofia supraciliar derecha, meses después presenta crisis convulsivas y cefalea, discromías en hombro derecho y hemicara, perdida de volumen de tejidos blandos. Se diagnostica esclerodemia limitada. Se realizó Resonancia magnética de cráneo (RMC) con reporte de vasculitis de SNC ipsilateral. Se concluye síndrome de PR, ini-

ciando esteroides, azatioprina y anticonvulsivantes con mejoría. Caso 2 Femenino de 43 años presenta dermatosis parietal derecha, alopecia y atrofia que incrementó hasta región supra ciliar y deformación ósea a los 8 años. A los 19 años presenta parálisis facial periférica ipsilateral, decidiendo toma de biopsia de piel cabelluda reportando esclerodermia, fibrosis intersticial y perivascular. La RMC reporta afección de tejidos blandos atrofia parenquimatosa de hemisferio derecho y vasculitis de SNC. Se inician pulsos de metilprednisona y ciclofosfamida con mejoría aunque persistencia de cefalea. Caso 3 Femenino de 36 años, debuta a los 4 años con mancha hipocrómica en región frontal derecha, evoluciona con deformación, hundimiento lineal y alopecia; se diagnosticó esclerodermia limitada. Progresó con esclerodermia y deformidad ósea y atrofia hemifacial derecha, agregándose dolor ocular y disminución de agudeza visual ipsilateral acompañado de cefalea incapacitante. Se realiza RMC encontrando lesión cutánea y ósea frontal derecha, asociada a lesiones de parénquima de hiperintensidad de sustancia blanca y subcortical frontal derecha. Se inician pulsos de metilprednisona y metotrexate con mejoría importante y evolución estacionaria, se envía a cirugía plástica para reconstrucción, persiste con cefalea leve. Este síndrome cursa

con hemiatrofia facial afectando tejido subcutáneo, musculo esquelético, óseo y anormalidades de SNC y ocular, con diferentes probables etiologías infecciosa, autoinmune, traumática. La RMC reporta atrofia cortical focal y anormalidades en la vasculatura intracraneal. Puede autolimitarse en un curso de 20 años. No existe terapéutica estándar usándose de manera empírica corticosteroides y/o inmunosupresores, tratamiento utilizado en nuestros pacientes presentando respuesta favorable.

#### **0427 Combinación de bosentan y sildenafil en la hipertensión arterial pulmonar de diversas etiologías**

*Pérez R,<sup>1</sup> Santana P,<sup>2</sup> Bustillos M,<sup>2</sup> Domínguez G<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ISSSTE, Hospital Regional ISSSTE Monterrey, <sup>2</sup>ISSSTE.

**Antecedentes:** A pesar de que la hipertensión pulmonar es una enfermedad compleja, grave, progresiva de gran letalidad. Su pronóstico se ha modificado favorablemente desde hace unas décadas con las nuevas terapias farmacológicas como los antagonistas de los receptores de la endotelina y los inhibidores de la fosfodiesterasa 5. La sobrevida se calcula en un 34% a 5 años permitiendo la disminución de la magnitud de la repercusión hemodinámica así como los síntomas. **Objetivos:** El objetivo es realizar un análisis de pacientes con

Hipertensión Arterial Pulmonar mediante parámetros gasométricos y ecocardiográficos además de su correlación con la clínica bajo el esquema combinado de tratamiento.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional longitudinal comparativo analítico (cohorte de seguimiento) de 14 pacientes portadores de HAP de diverso origen los cuales fueron tratados mediante la asociación de Bosentan y Sildenafil. La mejoría se evaluó mediante la disminución de la Presión Sistólica de la Arteria Pulmonar y la presión parcial de oxígeno. Se realizó un análisis comparativo estratificado de los diversos grupos por sus patologías. Se realizó prueba de rangos con signo de Wilcoxon para variables cuantitativas y Chi2 Para cualitativas así como ANOVA. La siguiente figura muestra las diferentes etiologías para hipertensión pulmonar donde destaca fibrosis, cardiopatía izquierda y colagenopatías. **Resultados:** Al realizar el análisis estadístico se encuentra disminución de PSAP de la medición posterior al tratamiento en con la medición antes de tratamiento resultando comparación con una diferencia significativa, Al realizar el análisis estadístico aunque aparentemente se encuentra una mejoría en la PO2 de la medición posterior al tratamiento en comparación con la medición de la PO2 antes de tratamiento no se establece una diferencia significativa

sin embargo clínicamente se observa mejoría en clase funcional respecto a la caminata de 6 minutos **Conclusión:** El tratamiento en conjunto de Bosentan con Sildenafil mejora la PSAP ecográficamente correlacionada con la clínica además de disminuir significativamente el número de internamientos por año, presentando una mejoría significativa en pacientes con TEP, y una peor evolución clínica en colagenopatías a pesar del tratamiento

#### **0435 Microangiopatía tumoral trombótica pulmonar: reporte de un caso y diagnóstico diferencial**

*González C, Flores L, Esquivel V, Ruiz F*  
SSA, Hospital General de Tampico.

Femenino de 45 años, diabética e hipertensa. Cáncer cervicouterino sometida a histerectomía y ooforectomía bilateral, radioterapia, quimioterapia y braquiterapia. Alta en enero 2015. Inicia 2 semanas previas con disnea progresiva, medianos a mínimos esfuerzos y tos con expectoración hialina. Cuadros previos similares con manejo sintomático. Tórax amplexión y amplexación disminuidas, disminución en la entrada y salida de aire, crepitos finos en ambas regiones subescapulares y sibilancias difusas, ruidos cardiacos rítmicos, frecuencia 140. Abdomen globoso a expensas de pániculo



adiposo peristalsis normal. Hb 12.6 g/dl, pH 7.49 PCO<sub>2</sub> 43 mmHg, HCO<sub>3</sub> 32.8 mmol/L Lac 1.5 mmol/L. Prueba rápida de influenza Negativa. Procalcitonina 0.14 ng/mL, PCR 38, Dímero D 3736. Radiografía Tórax: Opacidades parahiliares bilaterales, aplanamiento de ambos diafragmas, arcos costales horizontalizados, imagen de carcinomatosis. Electrocardiograma con taquicardia sinusal 140 lpm. Biopsia de ganglio cervical. Paciente con empeoramiento y broncoespasmo recurrente. Biopsia con carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. Presenta paro cardiorrespiratorio que no revierte a maniobras. Se declara defunción. El embolismo tumoral es una de las causas de disnea más difíciles de diagnosticar. Se prefiere el término de microangiopatía tumoral trombotica pulmonar. Hay pacientes en los que el carcinoma ya es conocido cuando inicia la disnea, en otros no es posible determinarlo. La autopsia presenta émbolos pulmonares en 26%. El síntoma más común es la disnea (57%). Una vez instaurada la supervivencia es escasa. La exploración física destaca taquicardia, taquipnea, tos, dolor pleurítico y abdominal. La gasometría puede revelar hipoxemia y alcalosis respiratoria. El Electrocardiograma revela eje a la derecha y taquicardia sinusal, solo en un 15%. Radiológicamente van

desde cardiomegalia, arterias pulmonares prominentes e infiltrado intersticial si existe lingangitis carcinomatosa. En cáncer cervico uterino un 80% se relaciona con carcinoma escamoso, 15% adenocarcinoma, y adenoescamosos 3-5%. Rara vez reconocido antes de fallecimiento. El embolismo tumoral microscópico debe considerarse diagnóstico diferencial en pacientes con disnea subaguda. Un diagnóstico difícil aun en el paciente sintomático. Se requiere alto nivel de sospecha, aun cuando ya exista una neoplasia subyacente.

#### **0445 Miopatía mitocondrial tipo miopatía aislada por deficiencia de coenzima Q10.**

##### **Reporte de un caso**

*Paulino G, Mendoza S, Rodríguez F*

IMSS, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza.

**Introducción:** La miopatía mitocondrial tipo miopatía aislada es una enfermedad rara debida a alteraciones en el DNA nuclear o mitocondrial con afección únicamente muscular. **Objetivo:** Conocer las características clínicas e histopatológicas de la miopatía mitocondrial. Caso: Femenino de 36 años; un año de evolución con fatiga muscular, incapacidad para actividad física, parestesias y dolor urente en extremidades. Examen físico y neurológico con intolerancia a ejercicio y debilidad mus-

cular proximal. Se descartó consumo de fármacos o alteración hidroelectrolítica; perfil tiroideo y enzimas musculares (creatininasa y mioglobina) normales; autoanticuerpos negativos. Electromiografía con neuroconducción sensorial y motora normal e incremento en actividad de inserción y frecuencia de disparo y actividad polifásica aserrada al reposo concluyendo miopatía sin inestabilidad de membrana. La prueba de ejercicio mostró acidosis metabólica con pH 7.21 y curva de Lactato 6.2, 5.3 y 9.8 mg/dL con amonio 33 mg/dL compatible con miopatía mitocondrial. Biopsia muscular con tinciones de hematoxilina y eosina con infiltrado adiposo sin vacuolas, histoquímica enzimática identifica fibras sin actividad enzimática y refuerzo subsarcolémico concluyendo daño miopático; inmunofluorescencia descartó distrofia muscular. Microscopia electrónica con pérdida de miofibrillas y crestas, mitocondrias pequeñas, vacuolización y cuerpos mielínicos concluyendo Miopatía Mitocondrial. La actividad de cadena respiratoria en límite inferior de complejos IV (0.149) y II+III (0.02) indicando deficiencia de coenzima Q10. La paciente se encuentra en sustitución de la misma con buena respuesta al tratamiento. **Discusión:** La miopatía se divide en 3 grupos: metabólica, inflamatoria y misceláneo. La inflamatoria tiene aumento de

enzimas musculares, infiltrado linfocitario y anticuerpos. El misceláneo incluye distrofinopatías, caveolinopatías, congénitas y endocrinas. El caso concluyó miopatía metabólica mitocondrial, descartando glucogenosis y trastorno lipídico a través de la prueba de ejercicio en isquemia y biopsia muscular; ya que la hiperlactatemia y amonio normal, alteración mitocondrial y disminución en la actividad enzimática de complejos de cadena respiratoria integra miopatía mitocondrial sin afección a otros sistemas. De las mitcondropatías la única tratable es la deficiencia de coenzima Q10.

**0469 Síndrome de Morgagni-Stewart-Morel**

Gracia A0

0.Otra Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango

**Introducción:** La hiperostosis frontal interna (HFI) es un sobrecrecimiento del hueso frontal que puede ocurrir acompañada de síntomas neuropsiquiátricos, manifestaciones metabólicas y endocrinológicas formando el síndrome de Morgagni-Stewart-Morel. Se presenta el caso de una paciente que cumple criterios para tal síndrome. **Caso clínico:** Mujer de 74 años con historia de exposición a humo de leña, vitíligo, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y deterioro cognitivo quien ingresa al hospital por malestar general, mareo, ansie-



dad, confusión, desorientación y dificultad para la marcha. Se realizaron estudios de imagen de cráneo encontrándose hiperostosis frontal interna extensa, atrofia cortical y un infarto lacunar talámico izquierdo. Durante su estancia hospitalaria se documentó la presencia de obesidad grado I, hiperglucemia, hipertrigliceridemia e hiperuricemia. **Conclusión:** La paciente cumplió con los criterios del síndrome de Morgagni-Stewart-Morel.

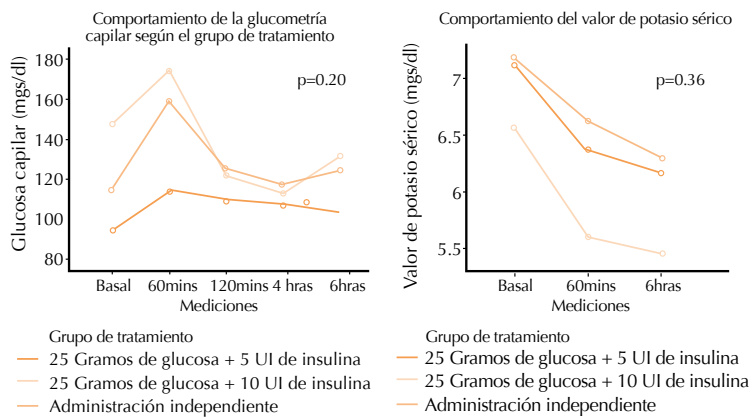
**0492 Uso combinado de glucosa-insulina en el manejo de hiperkalemia: Impacto de la dosificación en el registro de hipoglucemia y éxito terapéutico**

Sanchez M0, Garza R0, Garcia A0

0.Universitario Hospital Universitario UANL

**Antecedentes:** El uso combinado de glucosa-insulina representan la principal opción terapéutica en el manejo de la hiperkalemia con el riesgo de inducir hipoglucemia severa, registrada en el 10 al 75% de los casos. Los datos disponibles sobre este tema, provienen de poblaciones pequeñas en pacientes no diabéticos y en valoración retrospectiva. **Material y métodos:** Se crearon 3 grupos de estudio. Grupo 1: 25 gramos de glucosa IV + 5 U de insulina rápida. Grupo 2: 25 gramos de glucosa IV + 10 U de insulina rápida. Grupo 3: Administración inicial de 25 gramos de glucosa IV y 5 minutos después administración de 10 U de insulina rápida IV. Se vigilaron los valores de glucosa capilar y potasio por 6 hrs. **Resultados:** Se registraron 27 pacientes. La mediana de edad es de 54 años (23-84 años). Se ha registrado 1 evento de hipoglucemia sintomática (3.7%) No se registro diferencia estadística significativa en el valor de potasio y glucosa capilar a lo largo del seguimiento. **Conclusiones:** La tasa de hipoglucemias fue inferior a lo registrado previamente en la literatura, sin diferencias significativas en relación con la dosis de insulina u orden de los componentes utilizados.





**0504 Reporte de caso: tuberculosis pleural en paciente con resultado de adenosin deaminasa negativo, confirmado mediante sistema GENE XPERT**  
 Vazquez S0, Gama U1, Solis S0, Lopez M0, Casillas J0  
 O.SSA Hospital General de Pachuca; 1.SSA Hospital General de Pachuca

**Antecedentes:** La tuberculosis sigue siendo un problema de Salud Pública a nivel mundial. La infección extra pulmonar por el complejo de *Mycobacterium tuberculosis* corresponde al 15% de los casos, de los cuales 11% corresponde a tuberculosis pleural y 1-2% tiene manifestaciones cutáneas. Recientemente se han empleado nuevas tecnologías de diagnóstico con amplificación de ácidos nucleicos cada vez más empleadas debido a su rendimiento diagnóstico.

**Informe de caso:** Paciente masculino de 67 años, originario de la sierra del Estado de

Hidalgo, sin carga genética ni antecedentes personales de importancia quien ingresó al servicio de Medicina Interna, con dermatosis localizada en región abdominal caracterizada por nódulos, fístulas y úlceras, de dos años de evolución acompañada de fiebre de dos semanas de evolución y síndrome de derrame pleural unilateral derecho. El líquido pleural fue de características exudativas, sin desarrollo bacteriano con tinción Ziehl Neelsen negativo. Dentro de sus estudios complementarios destaca ELISA para VIH negativo, prueba de tuberculina de 17 mm a las 48 horas y bloque celular de líquido pleural negativo para células neoplásicas. En la tomografía de Tórax se corroboró derrame pleural así como paquipleuritis. Además la cuantificación de adenosin deaminasa reportó valor total de 14.4 U/L. Posteriormente se realizó estudio molecular con sistema automatizado Gene Xpert el cual fue

positivo para *Mycobacterium Tuberculosis*. En base a esto se inició tratamiento acortado estrictamente supervisado. El resultado inicial dermatológico con análisis en fresco y cultivo negativo para hongos y bacterias, sin embargo con el resultado por PCR, se repitió de forma intencionada el estudio histopatológico, reportando la presencia de granulomas caseificantes con invasión desde la pared abdominal hasta la pared vesical. El paciente fue revisado dos meses después con mejoría clínica sin evidencia de hallazgos patológicos por tomografía de pulmón.

**Conclusiones:** Las técnicas de laboratorio convencionales como la microscopía directa para el diagnóstico de *Mycobacterium Tuberculosis* tienen baja sensibilidad. Por otra parte, los cultivos consumen tiempo, requieren medidas de bioseguridad y personal de laboratorio capacitado. La prueba de Adenosin Deaminasa cada vez es más utilizada en análisis de Tuberculosis con afectación de serosas, ya que se ha reportado en lugares de alta prevalencia con sensibilidad de 95.7%, especificidad de 84%, y un valor predictivo negativo de 97.9%, con IC 95% (96.4-94.8), cuando valores de corte de mayores a 35 U/L, dejando un bajo número de falsos negativos reportados, de los cuales se incluyen casos con derrame pleural en fase temprana y pacientes con infección por VIH., motivo por

el cual toma interés el caso de este paciente que no presenta estas manifestaciones, y en el cual se llega al diagnóstico mediante PCR, con el sistema automatizado Gene Xpert, con este método se han reportado series donde se ha encontrado una sensibilidad para muestras extra pulmonares de 94.4% con una especificidad de hasta 100%, rendimiento diagnóstico superior al de otros nuevos métodos como interferón gama y Adenosin Deaminasa.

**0526 Enfermedades relacionadas con el desarrollo de úlceras por presión en sala de Medicina Interna de un hospital de enseñanza**

*Cuéllas J0, Galarza D0, Baena L0, Martínez Y0*

0.Universitario Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Antecedentes:** Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico con pérdida de sustancia cutánea. Prolongan la estancia hospitalaria, incrementan los costos y dan una imagen negativa a la institución. En el departamento de Medicina Interna de nuestro hospital contamos con el Programa de prevención de Úlceras por Presión (UPP) con el fin de prevenir su desarrollo y tratarlas.

**Objetivo de estudio:** Describir las patologías primarias de los pacientes que desarrollan UPP.

**Material y método:** Estudio descriptivo. Se clasificaron a todos los pacientes que ingresaron a

la sala de Medicina Interna de nuestro hospital del 1 de enero del 2015 hasta el 31 de julio del 2015 de acuerdo al riesgo de desarrollo de UPP con la escala de Norton. Se registraron a los que ingresaron con UPP y a los que las desarrollaron de manera intrahospitalaria. Se documentaron los diagnósticos primarios de estos pacientes. **Resultados:** Se evaluaron 1,744 pacientes; 101 se con riesgo alto, 295 riesgo intermedio, 1,348 riesgo bajo. 62 pacientes presentaron UPP. 34 (54.8%) pacientes de género masculino y 28 (45.2%) femenino. El promedio de edad fue de 64 años. El promedio de días de estancia fue de 7 días. El 100% de los pacientes que desarrollaron UPP tenían riesgo alto. Las patologías más prevalentes fueron 16 (25.8%) pacientes Neumonía, 7 (11.2%) EPOC, 4 (6.4%) Sangrado de tubo digestivo, 4 (6.4%) Insuficiencia cardíaca, 3 (4.8%) Fibrilación auricular, 3 (4.8%) Tromboembolismo pulmonar, 3 (4.8%) Enfermedad renal crónica, 2 (3.2%) Pancreatitis aguda, 2 (3.2%) Encefalopatía hepática, 2 (3.2%) Meningitis, 2 (3.2%) Diabetes descompensada, 2 (3.2%) Lupus eritematoso sistémico, 12 (19.8%) otras patologías. **Discusión:** La patología que más se relacionó con el desarrollo de UPP en nuestro estudio fue neumonía; sin embargo debemos realizar un análisis multivariado para evaluar el riesgo relativo que esta enfermedad representaría.

**0575 Reporte de caso: histiocitosis de Langerhans de inicio y diagnóstico en el adulto**

*Solís S, López M, Arrieta M, Viguera A, García S, Vázquez S, Gama U, Lemus J, Ku A, Hernández G*

SSA, Hospital General de Pa-chuca.

**Antecedentes:** La histiocitosis de células de Langerhans se caracteriza por una proliferación monoclonal de las células de Langerhans, puede afectar cualquier parte del cuerpo. En adultos, es un trastorno raro, con incidencia de 1 a 2 casos por millón de habitantes. **In-forme del caso:** Femenino de 55 años con carga genética de cáncer de colon y vejiga. Antecedente personal patológico de tabaquismo 4.5 paquetes/año, diabetes tipo 2 en tratamiento con glimepirida. Presenta cuadro clínico crónico caracterizado por úlceras dolorosas en región perianal bajo tratamiento con antimicrobianos y antimicóticos tópicos, sin mejoría clínica. A la exploración física se encontró dermatosis diseminada a región axilar, inguinal y perianal constituida por placas eritematopapulares y úlceras de bordes circunscritos, ovaladas, asimétricas, con fondo limpio y restos de fibrina, dolorosas. Se realizó biopsia de piel en tinción con hematoxilina-eosina se observan histiocitos en la dermis papilar con marcado epidermitropismo. Inmunohistoquímica CD1a



y S100 positiva. Se realizaron estudios de extensión: aspirado de medula ósea, tomografía de cráneo con foco en silla turca, ultrasonido de hígado y bazo, tomografía de tórax, serie ósea y perfil tiroideo sin encontrar hallazgos patológicos. En la colonoscopia se observaron hemorroides internas grado I y II con úlceras localizadas en la región perianal anterior. Se inició tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día. Seis meses después de iniciar tratamiento con mejoría clínica y desaparición de la dermatosis. **Conclusiones:** La histiocitosis de Langerhans es una enfermedad rara en el adulto. Inicia generalmente en la segunda década de la vida y requiere de un diagnóstico inmunohistoquímico. Según lo reportado por el Registro Internacional de la Sociedad del Histiocito en 2003, la histiocitosis de células de Langerhans del adulto se manifiesta con compromiso pulmonar (58,4%), óseo (57,3%), cutáneo (36,9%) o diabetes insípida (29,6%) y, a diferencia de la forma infantil, con compromiso genital. Es trascendental el seguimiento a nuestro caso con la evaluación rutinaria de los órganos de riesgo, particularmente a nivel pulmonar, por el antecedente de tabaquismo y neoplasias asociadas. Además los pacientes con afección exclusiva a piel tienen una supervivencia de 89%, mientras que la supervivencia de pacientes multisistémicos es de 23% a 5 años.

**0670 Reporte de caso: pancitopenia multifactorial en paciente con CUCI, secundario a déficit folatos y B12, infeccioso (citomegalovirus y mycoplasma) que condicionaron presencia de crioglobulinas, más toxicidad farmacológica**

Ramos A

IMSS, Manuel Ávila Camacho UMAE, Puebla.

Hombre 19 años antecedente enfermedad inflamatoria intestinal tipo CUCI 6 años del diagnóstico, en debut de la enfermedad recibió infliximab con lo que se mantiene inactivo, solo recibe mesalazina, hace 6 meses presenta brote moderado se agrega azatioprina 100 mg día, posterior permanece inactivo. Ingresó por fiebre 30 días de evolución, inicio intermitente, posterior diario, vespertina, no cede a uso de antipiréticos, acompañada de diaforesis nocturna, tos sin predominio de horario, no productiva, pérdida ponderal 2 kg, evacuaciones Bristol 5-6 sin moco, sin sangre, promedio 3 por día, astenia, adinamia, laboratorios con pancitopenia y elevación de DHL, se hospitaliza, valores en hemograma no congruentes y presencia de crioglobulinas 1:2048, ácido fólico 1.1 ng/ml, B12 78 pg/ml, ambos disminuidos, protocolo para descartar oportunistas, carga viral positiva para citomegalovirus y anticuerpos IgM positivos para mycoplasma pneumoniae. Biometría hemática hemoglobina

8.4 g/dl, hematocrito 14%, eritrocitos 950 000, plaquetas 34 000, leucocitos 640, neutrófilos 220, comparado control de 20 días previos Hb 16.2 g/dl, htc 48.4, plaquetas 202 000, leucocitos 8 800, neutrófilos 5 400. Colonoscopia reporta íleon granular e hiperplasia linfoidea corroborada por histología. Aspirado medula ósea con cambios megaloblásticos. Coombs directo positivo. Tomografía pulmonar de alta resolución con patrón intersticial, BAAR negativo, Epstein Barr negativo. Se suspende azatioprina, se inicia ganciclovir, claritromicina, prednisona más hematínicos, con respuesta clínica, así como la dilución de crioglobulinas 1:512, recuperación en valores de la biometría hemática. Análisis: pacientes con CUCI tienen alta tasa de recambio a nivel de mucosa intestinal aumentando requerimientos de folatos, además pueden tener afectación ileal, sitio de absorción de B12, predispone a anemia megaloblástica, la azatioprina se relaciona a pancitopenia por toxicidad medular e interferencia en metabolismo de folatos, siendo más frecuente en pacientes con déficit de la enzima tiopurina metiltransferasa, y un factor extra, la predisposición por inmunosupresión para infección por CMV y mycoplasma, que la relacionamos con la presencia de crioglobulinas, previo descarte de las causas más frecuentes, todo en conjunto condicionando pancitopenia en nuestro paciente.

**0694 Linfoma hidroa vaccini-forme. Presentación de un caso**

Aranda A, Acosta M, Ojeda J  
SSA, Hospital Regional de Alta  
Especialidad del Bajío

**Introducción:** El linfoma hidroa vacciniforme-like (LHVL) es una entidad rara y agresiva, descrita en niños y adolescentes de países latinoamericanos y asiáticos que clínicamente se presenta con episodios recurrentes de edema facial, acompañado de vesículas, úlceras y cicatrices varioliformes, en áreas fotoexpuestas y no fotoexpuestas, así como positividad a IgG para virus de Epstein Barr (VEB). En los estudios inmunohistoquímicos puede expresar CD4, CD8 o en ocasiones CD56 como marcador. La palabra hidroa deriva del griego hýdor que significa agua, lo cual refleja la naturaleza vesicular de la dermatosis y vacciniforme deriva del latín vaccinum, semejante a la vacuna, en relación con la tendencia a la curación con cicatriz. En el año 1862 Bazin realizó la primera descripción de hidroa vacciniforme (HV).

**Objetivos:** Dar a conocer un caso de linfoma hidroa vacciniforme en un paciente con cicatrices varioliformes. Caso clínico Masculino de 22 años, originario y residente de Celaya, Guanajuato, campesino. Antecedente de dermatosis en la infancia, referida como lesiones tipo vesícula o ampolla, con presencia de líquido transparente, que le

aparecían y desaparecían, dejando como secuela cicatrices. Inició su padecimiento actual 8 meses previos a su ingreso a nuestra institución con presencia de fiebre intermitente no cuantificada, sin predominio de horario, acompañada de tumoración cervical derecha, recibió tratamiento antibiótico no especificado, con mejoría parcial. Un mes después acudió a hospital General de Celaya, donde se le realizó drenaje y se envió biopsia a patología, sin encontrar datos patológicos. Durante la hospitalización se encontró nueva tumoración en cara interna de brazo izquierdo, con aumento posterior del tamaño de la extremidad, se realizó nueva toma de biopsia de esta lesión obteniendo resultado histopatológico de Linfoma no Hodgkin. Fue valorado por dermatología quien refiere dermatosis que afecta los antebrazos, codos y tercio inferior de brazos, sobre todo en zonas fotoexpuestas, bilateral y simétrico. La dermatosis constituida por cicatrices de tipo varioliforme, que van de 0.3 a 3 cm, no se observan lesiones primarias activas. Se solicitó además IgG para VEB resultando positivo. Se informa el resultado de la biopsia de lesión de brazo izquierdo reportando Linfoma de células T, CD3, C45 RO, CD 30 positivos, compatibles con LHVL.

**0730 Síntomas más frecuentes en la prueba de mesa inclinada****en los pacientes con disautonomía**

Solís E, García-Frade L, Hernández C

Privado Hospital Ángeles del Pedregal.

Los pacientes con disautonomía dependiendo al subgrupo al que pertenezcan: IO (Intolerancia ortostática), VV (síncope vasovagal) o POTS (síndrome de taquicardia postural ortostática) pueden tener diferente sintomatología durante la prueba.

**Objetivo:** reportar la frecuencia con que se presentan diversos síntomas en la prueba inclinada. **Métodos:** Se analizaron los reportes de 1655 pruebas de inclinación, se conformó una base de datos con: edad, sexo, si la prueba fue positiva en fase activa o pasiva, primera sintomatología y última sintomatología reportada, diagnóstico. **Resultados:** de un total de 1655 pacientes, se excluyeron 277 por presentar prueba negativa quedando un total de 1374 pacientes. Siendo 71% mujeres (975) hombres 29% (398) con una edad promedio de 33.9 años. Siendo la distribución por subgrupos de la siguiente manera: , 699 (50.9%) fueron clasificados como VV, 605 (44%) como IO y 70 (5.1%) como POTS. **Mareo:** IIG (Incidencia Inicial general) del 38%, Síntomas iniciales 41% (248) en IO, 40% (28) POTS, 36.3% (254) VV. IFG (incidencia final general) 13%, 17.4% (105) IO, 10% (7) POTS, 9.9% (69) VV



Náusea: IIG 6.1%, 5.1%(31) IO, 8.6%(6) POTS, 6.9%(48) VV. IFG 4.5%, 4.5%(27) IO, 8.6% (6) POTS, 4.1%(29) VV. Diaforesis: IIG 7.7%, 7.4% (45) IO, 7.1% (5) POTS, 8.2% (57) VV. IFG 13.4%. 14.9% (90) IO, 15.7% (11) POTS 12.2% (85) VV. Cefalea: IIG 12%, 14.9%(90) IO, 8.6% (6) POTS 10.2% (71) VV. IFG 1.4% , 2.1% (13) IO, 1.4% (1) POTS, 0.9% (6) VV. Fatiga: IIG 22%, 26.8% (162) IO, 18.6%(13) POTS, 18.7% (131) VV. IFG 9.6%, 16.5% (100) IO, 11.4% (8) POTS, 3.7%(26) VV Palpitaciones: IIG 6.2% (86), 7.9% (48) IO, 12.9% (9) POTS, 4.1% (29) VV. no se reporta IFG por no haberse presentando como sintomatología final. **Discusión y conclusiones:** como se puede observar el mareo y la fatiga son los principales síntomas reportados durante la prueba con porcentajes similares. Por el carácter inespecífico de los síntomas consideramos importante que cuando un paciente refiera dicha sintomatología se considere dentro de los diagnósticos etiológicos diferenciales la posibilidad de un síndrome disautonómico, consideramos que el número de pruebas analizadas confiere una adecuada población pero vale la pena complementarlo con estudios multicéntricos para aumentar el número de reportes.

#### **0754 Histiocitosis de células de Langerhans multisistémica tratada con infliximab: el papel de la terapia anti- TNF $\alpha$ .**

*López R0, Quintal IO, Vázquez A1, Malagón JO*

0.IMSS, Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda, UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI Servicio de Medicina Interna; 1.IMSS, Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda, UMAE, Centro Médico Nacional Siglo XXI Servicio de Dermatología.

**Antecedentes.** La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una proliferación clonal anormal de células con un inmunofenotipo positivo para S-100, y CD1a con gránulos de Birbeck en el citoplasma. Su etiología es aún enigmática. Tiene una incidencia de 2-5 casos por millón de habitantes/año. Es más frecuente en hombres. Su espectro clínico puede ser local o sistémica (40%). No existe consenso sobre cuál es el tratamiento más efectivo y seguro. **Informe de Caso.** Femenino de 56 años protocolizada por demencia de inicio temprano, identificando un granuloma calcificado parietooccipital derecho sin determinar causa. Presenta úlceras dolorosas de fondo blanquecino y pápulas eritematosas en región anogenital e inguinal bilateral. Se refiere a dermatología donde realizan biopsias de las lesiones descritas: reportando dermatitis crónica granulomatosa compatible con enfermedad de Crohn extraintestinal (tinción negativa para micobacterias u otros microorganismos). Se

inicia terapia biológica a base de infliximab presentando remisión completa de las úlceras descritas. A los 2 años post-administración de infliximab, se suspende por presentar infección de vías aéreas superiores. Posteriormente presenta poliuria y somnolencia, diagnosticando diabetes insípida central, hipogonadismo hipogonadotrópico y descartando neuroinfección u otras infecciones sistémicas. En sesión de expertos del servicio de patología se realiza nueva revisión de laminillas observando morfología celular típica y positividad para CD1a, realizando el diagnóstico de HCL. **Discusión.** En nuestra paciente se consideró como diagnóstico inicial enfermedad de Crohn, administrándosele infliximab, resolviendo las lesiones anogenitales y estabilizando las deficiencias neurológicas causadas por la HCL, diagnosticada ulteriormente por histopatología. Existen reportes en la literatura que describen mejoría de los síntomas y signos de afección de SNC refractarios a tratamientos de primera y segunda línea en HCL posterior a la administración de infliximab. **Conclusión.** El diagnóstico de HCL requiere un alto índice de sospecha por la heterogeneidad de sus manifestaciones clínicas, requiriendo un abordaje multidisciplinario. El infliximab es útil para el tratamiento de manifestaciones dermatológicas y probablemente del sistema nervioso central en la HCL multisistémica.

### 0816 Síndrome de salida torácica vascular. Reporte de un caso

*Carrillo A, Adalid D, Alvarado S*  
IMSS, Hospital de Especialidades CMN La Raza.

**Antecedentes:** el síndrome de salida torácica (SST) es un padecimiento con diagnóstico polémico dado su amplio espectro clínico que va en relación al compromiso de plexo braquial (90 – 95%), vascular (arteria 1% o vena subclavia 5%), y en otros casos puede ser inespecífico. Los pacientes se presentan con signos aislados y síntomas específicos de acuerdo al compromiso de la estructura anatómica afectada.

**Informe de caso:** mujer de 36 años, que inicia padecimiento 6 meses previos con cambios de coloración en palma de mano izquierda azul – violácea tras el cual presenta dolor en dicha región, que se exacerba con elevación de la extremidad torácica izquierda para actividades cotidianas, disminución de temperatura y diaforesis; en los últimos 3 meses cursa con edema en la extremidad; se envía a valoración por sospecha de vasculitis. A la exploración física se realizaron prueba de Adson que fue positiva, maniobra de Wright tras la cual se logra reproducir la sintomatología. La radiografía de tórax no mostró alteración. Se realizó ultrasonido Doppler dúplex de miembro torácico izquierdo en la región distal se observa

a la vena de trayecto, con diámetro en reposo de 6.8mm y en abducción de 5.7mm, con reducción de 9mm; al modo Doppler color espectral se obtiene un registro venoso retrógrado con pulsatilidad cardiaca conservada, con una velocidad máxima de 25cm/seg en reposo y a la abducción se observa ensanchamiento espectral con elevación de la velocidad máxima hasta 56cm/seg, estos hallazgos con traducción en forma indirecta de estrechamiento del diámetro vascular a nivel proximal. La paciente fue enviada a rehabilitación con el que ha habido mejoría parcial de la sintomatología. **Discusión:** el SST es la compresión de una o más estructuras neurovasculares que atraviesan la apertura superior del tórax. La sintomatología referida es de amplio espectro y de inicio insidioso, que obliga al clínico a la búsqueda intencionada y realización de maniobras como Adson y Wright que pueden ser positivas hasta en un 90%; los estudios de imagen son útiles para identificar la estructura anatómica responsable y el ultrasonido Doppler color con incremento de las velocidades sugieren el diagnóstico vascular.

### 0829 Causas de estancias inapropiadas en un servicio de medicina interna

*Cabrera A<sup>0</sup>, Jaimes D<sup>1</sup>, Laguna M<sup>2</sup>, Monroy S*

<sup>0</sup>IMSS, Hospital General de Zona No. 48, <sup>1</sup>IMSS, Hospital General de Zona No. 48, <sup>2</sup>ISSSTE, Hospital Regional 1°. de Octubre

El promedio de días de estancia en hospital es un indicador de eficiencia de la prestación del servicio porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados en los hospitales. Puede indicar aplicación inadecuada de la capacidad resolutive cuando los días de estancia son demasiado cortos o demasiado largos con la posibilidad de readmisión temprana en el primer caso o complicaciones nosocomiales en el segundo. Conocer las causas de estancia inapropiada (EI) nos permite establecer estrategias para otorgar atención de calidad evitando complicaciones al paciente y reducir costos económicos en la atención. Arbitrariamente se considera estancia prolongada a > 5 días de hospital. **Objetivo:** determinar las causas de estancias inapropiadas en un servicio de medicina interna. **Pacientes y método:** estudio observacional, retrospectivo, realizado en un servicio de medicina interna de 100 camas donde se evaluaron 630 pacientes con más de 5 días de estancia. Las causas de EI se clasificaron de acuerdo a quien podía ser el responsable: a) Personal de salud, b) Relación entre hospitales de diferente nivel de atención, c) Capacidad de ges-



ción de jefatura o coordinación clínica, d) Condición clínica del paciente. **Resultados:** De un total de 2880 pacientes ingresados a medicina interna durante el periodo de enero a junio del 2015, 630 pacientes (21.8%) tuvieron > 5 días de estancia. Las causas principales de estancia inapropiadas fueron

las siguientes Condición clínica del paciente (40%), demora en estudios o interconsulta (25%), tratamiento conservador (18%), indecisión para el egreso (5%), fin de semana (5%), necesidad de otro nivel de atención sin ser aceptados (5%) procedimientos que no necesitaban ingresarse (3%). **Conclusión:** la estancia

inapropiada afecta la calidad de atención en términos de seguridad para el paciente, aumenta los costos de atención además de limitar la capacidad de los hospitales dificultando el acceso a cama. Conocer las causas y trabajar en ellas permite aumentar la calidad y reducir costos de atención.

## NEFROLOGÍA

### 0017 Incidencia de nefropatía inducida por contraste temprana y tardía

*Molina A, Ruíz FI, Moguel B, Armenta AI*  
Hospital Español de México

**Introducción:** la nefropatía inducida por contraste (CIN) yodado es la tercer causa de lesión renal aguda intrahospitalaria. **Objetivos:** determinar la incidencia de CIN temprana y tardía en un el Hospital Español de México. Establecer si los factores de riesgo "clásicos" asociados al desarrollo de CIN aplican en nuestra población. **Material y métodos:** estudio prospectivo, observacional y de no intervención de 6 meses. Incluimos a todos los pacientes expuestos a contraste yodado intravenoso (IV) o intra-arterial (IA). **Resultados:** 129 pacientes. La incidencia de CIN temprana fue de 22.4. La incidencia de CIN tardía fue de 14. Los

factores estadísticamente significativos en la CIN fueron tasa de filtrado glomerular ( $p=0.03$ ) e hipoalbuminemia ( $p= 0.02$ ). **Conclusión:** la incidencia de CIN en la población de nuestro hospital es muy alta Puede relacionarse a la distribución etaria. Sólo la hipoalbuminemia y la TFG correlacionaron estadísticamente como factores de riesgo de CIN.

### 0096 Necrosis de pene como rara manifestación de calcifilaxis en la uremia

*del Prado X, Martínez N, Alemán D, Salgado T, López Y, Ceñal I*  
Hospital Central Norte, PEMX

**Introducción:** la necrosis de pene por calcifilaxis es una entidad rara, ocurre en enfermedad renal crónica estadio 4 o 5. Con morbilidad a 6 meses (80%) y ocurre en 1-4% de los pacientes en diálisis.

La incidencia de calcifilaxis peneana se aproxima al 6%. **Descripción del caso:** masculino 61 años, índice tabáquico 40, hipertenso descontrolado e insuficiencia renal terminal en hemodiálisis desde octubre 2007. Inicia con dolor en pene y proceso inflamatorio, cambios de coloración en glande, disuria, disminución del calibre de chorro urinario y secreción sanguinolenta. Presenta calcio sérico 10.3, potasio 6.5, urea 176.8, leucocitos 28.3, neutrófilos 27.7. Se realiza ultrasonido y tomografía: enfermedad aterosclerótica generalizada, placas calcificadas en ramas distales del tronco celiaco, mesentérica superior, renales, suprarrenales, testiculares, mesentérica inferior y colaterales de iliacas internas, colaterales principales aortoiliacofemorales. Sin trombosis arterial. Evoluciona con glande cianótico y en área alrededor de

meato con necrosis. Se realiza penectomía parcial y el reporte histopatológico: gangrena de glándula asociada a absceso uretral extendido parcialmente a cuerpos cavernosos, calcificación distrófica de vasos en cuerpos cavernosos, trombosis vascular secundaria. **Discusión:** caracterizada por dolor, isquemia y úlceras necróticas en la piel y confirmado histopatológicamente con calcificación de la capa media, inflamación, fibrosis obliterativa endovascular y microtrombos en vasos de piel y tejidos subcutáneo, datos que presentó este paciente, con rara presentación por el sitio anatómico. Presenta diversos factores de riesgo (hiperfosfatemia, hiperparatiroidismo secundario, uso de quelantes de fósforo que contengan calcio, calcitriol, diabetes mellitus, obesidad, hipoalbuminemia, acenocumarina, género femenino y raza caucásica) asociados al padecimiento. El diagnóstico es clínico. El manejo conservador con antibioticoterapia y debridamiento, o penectomía parcial a total con derivación urinaria. **Conclusión:** también conocida como arteriopatía urémica calcificante. Condición poco común y devastadora con morbilidad y mortalidad elevada por lo que su consideración en pacientes con factores de riesgo conocidos (terapia de reemplazo renal) debe haber un esfuerzo terapéutico para la prevención y diagnóstico oportuno.

### **0098 Hipoalbuminemia como factor de riesgo de peritonitis en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo en diálisis peritoneal continua ambulatoria**

*Jimenez X, Liceaga G, Escobedo J*

Hospital General Regional 1, Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, IMSS

**Introducción:** la peritonitis es la complicación más importante y frecuente en la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA). En México la peritonitis asociada con diálisis peritoneal continua ambulatoria es un problema de salud importante que impacta en la calidad de vida, supervivencia y estado nutricional del paciente. **Objetivos:** evaluar la Incidencia de Peritonitis en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo en DPCA y su Asociación con Hipoalbuminemia, Dislipidemia, Características Sociodemográficas y enfermedad causante de enfermedad renal. **Material y métodos:** en el servicio de nefrología del Hospital General Regional No. 1 del IMSS de la Ciudad de México, se siguieron a los pacientes que en el periodo 2012-2014 hubieron ingresado al programa de DPCA. Se diagnosticó peritonitis en aquellos pacientes que presentaron dolor abdominal, fluido turbio con más de 100 células/mm<sup>3</sup> con más de 50% de neutrófilos y síntomas

de inflamación peritoneal, y presencia de organismos en la tinción de Gram o en cultivo de líquido efluente de diálisis peritoneal. Al momento del inicio de la diálisis se midieron los valores en sangre de Colesterol, Triglicéridos, Albúmina, Índice de Masa Corporal y características sociodemográficas. Se midió la Incidencia Acumulada de Peritonitis y se Estimó la Fuerza de Asociación de los factores de riesgo estudiados a través de la razón de momios (RM) con intervalos de confianza al 95% (IC95%), con el fin de evaluar la participación independiente de los factores de riesgo se utilizó un modelo multivariado derivado de una regresión logística. Con una curva ROC se evaluaron los puntos de corte pronósticos de la albúmina para el diagnóstico de peritonitis. **Resultados:** se estudiaron 90 pacientes, de los cuales 47 tuvieron al menos un episodio de peritonitis (52.2%). En la curva ROC, la albúmina menor de 3 g tuvo una sensibilidad de 79% y una especificidad de 78%. En el análisis multivariado, al controlar por Edad y Sexo, Hipoalbuminemia (RM 9.6; IC95% 3.1 – 29.6) y los valores de Triglicéridos >150 mg (RM 7.6; IC95% 2.4 – 24.1) mostraron la mayor asociación con la peritonitis. **Discusión:** la incidencia de peritonitis es elevada y la desnutrición, expresada por hipoalbuminemia, es el principal factor de riesgo, ya que son necesarias para el





adecuado funcionamiento del sistema inmunitario.

### 0133 Determinación de la sensibilidad antimicrobiana de los agentes causales más frecuentes en pacientes con diagnóstico de peritonitis asociada a diálisis del Hospital Central Norte de Pemex, marzo 2013- marzo 2015

Matamoros A, Terán D, Reyes A, Castro L, Urtiz C, Rodríguez M, Corral M, López R, Sánchez E, Ramírez R  
Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** en México, la enfermedad renal crónica es un problema de salud pública, la mayoría de los casos son secundarios a diabetes mellitus e hipertensión arterial. No se cuenta con un registro nacional de diálisis, sin embargo, aproximadamente del 70 al 80% de la población renal terminal son tratados con diálisis peritoneal (DP) y del 20 al 30% con hemodiálisis. La peritonitis es la complicación más frecuente de la DP, su importancia radica en que contribuye al fracaso de la técnica, a la hospitalización e incluso a la muerte. Es importante el inicio de la terapia empírica adecuada dentro de las primeras 6 horas del diagnóstico, para reducir la morbimortalidad asociada a esta patología, así como la toma adecuada del cultivo de líquido de diálisis para establecer el microorganismo responsable de la infección y ajustar de ser nece-

sario un tratamiento específico.

**Objetivo:** identificar la sensibilidad antimicrobiana de los agentes causales más frecuentes en la peritonitis asociada a diálisis del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos. (PEMEX) **Material y métodos:** se revisaron expedientes médicos de pacientes con peritonitis asociada a diálisis y con desarrollo del cultivo, adscritos al programa de DP en el Hospital Central Norte de PEMEX durante el periodo de marzo 2013 a marzo 2015, obteniendo datos generales demográficos, comorbilidades, antibiograma de cada paciente, así como el tratamiento utilizado. **Resultados:** De 103 pacientes predominó la edad de 66 años o más, con comorbilidades asociadas hasta 75% con diabetes mellitus y 97% con hipertensión arterial. El principal patógeno fue *Staphylococcus epidermidis*, que mostró una alta resistencia a diferentes grupos antimicrobianos, limitando las opciones terapéuticas. La mayoría de estos casos se reportó con peritonitis previa, así como fracaso terapéutico. **Conclusiones:** para llevar un adecuado programa de diálisis se requiere un estudio integral de los pacientes inscritos a él, desde los aspectos relacionados con las características del área de tratamiento. Este estudio demostró como principales agentes causales de peritonitis asociada a DP a los microorganismos gram positivos, sin embargo se obtuvo

un porcentaje elevado de fauna polimicrobiana. El principal patógeno desarrollado mostró alta resistencia a antimicrobianos y por lo tanto a la terapia empírica utilizada en esta unidad hospitalaria.

### 0135 Factores riesgo relacionados con mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica y hemodiálisis intervencionista

Ibarra H,<sup>1</sup> Rodríguez C,<sup>2</sup> Segura V,<sup>3</sup> Hernández I,<sup>1</sup> Martínez J,<sup>1</sup> Sánchez C,<sup>1</sup> Cruz J,<sup>1</sup> Villarreal M,<sup>1</sup> Galarza D<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UNAL

<sup>2</sup> Hospital Christus Muguerza

<sup>3</sup> Hospital Regional de Alta Especialidad Centenario de la Revolución Mexicana, ISSSTE

**Introducción:** el riesgo de muerte en pacientes con ERC Avanzada es alto. **Objetivo:** determinar los factores asociados a mortalidad en los pacientes con ERCA. **Material y métodos:** estudio observacional, prospectivo, unicéntrico, se estudiaron durante 90 días a pacientes con ERCA ingresados a Urgencias Adultos, con indicación de Hemodiálisis Intervencionista (HI), periodo de 1 de julio y el 31 de noviembre de 2014. Se realizó análisis estadístico con programa SPSS. **Resultados:** se incluyeron 41 pacientes, edad 51 años (17 - 76 años), hombres 23 (56.1%). La Valoración por nefrólogo registrada 9 (22%).

Los paraclínicos: Albumina,  $2.88 \pm 0.57$  g/dl, Fosfato,  $9.48 \pm 2.90$  mg/dl, Hemoglobina  $7.22 \pm 1.42$  g/dl. Del total de pacientes 15 (36.6%) habían fallecido a los 90 días; Los niveles de albumina fue menor en los fallecidos (2.79 vs 2.93 y el nivel de Hb fue mayor en los fallecidos (7.5 vs 7.0). La sobrevivida a 30, 60 y 90 días fue de 92.7 %, 85.4 % y 63.4 %, respectivamente.

#### **0136 L-Carnitina como profilaxis primaria en la hipotensión arterial intradialítica (HAID) en pacientes con enfermedad renal crónica en etapa 5**

Ibarra H,<sup>1</sup> Segura V,<sup>1</sup> Gallegos D,<sup>1</sup> Briones S,<sup>1</sup> Sánchez C,<sup>2</sup> Cruz J,<sup>1</sup> Galarza D<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

<sup>2</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** la HIAD es una complicación muy frecuente en el tratamiento de pacientes con ERC 5, su incidencia varia de un 15 - 30 %, dependiendo de la serie estudiada. En el 2002, los Paneles de expertos de la Asociación Americana de Pacientes Renales y de la National Kidney Foundation (NKF) han recomendado Levo Carnitina (LC) intravenosa para el tratamiento de la anemia resistente a eritropoyetina, hipotensión Intradialítica, cardiomiopatía y debilidad muscular. **Objetivo:** demostrar la efectividad de la LC, en la prevención de la

HAID, en pacientes con ERC V.

**Material y métodos:** se propone un Estudio Unicéntrico, Prospectivo, Aleatorizado, Doble Ciego, Controlado con Placebo, en el que se incluirán 32 Pacientes con ERC V en Hemodiálisis; los cuales se dividirán en 4 grupos, 8 pacientes en cada uno, a los cuales se administrara L-Carnitina o Placebo 30 y 0 minutos previos al inicio de la sesión, durante un periodo comprendido de 12 semanas.

**Resultados:** se incluyeron 32 pacientes. Se han obtenido los siguientes resultados, como edad promedio 42.65, 35.38, 41.88 y 48.50 años, respectivamente para los grupos C30, C0, P30 y P0; en cuanto al sexo femeninos se incluyeron a 4, 4, 4 y 5 pacientes, respectivamente. Los resultados de laboratorio son 8.5, 8.65, 8.18 y 8.62 mg/dl, para cada grupo respectivamente sin significancia estadística. Hemoglobina obtenida promedio 8.39, 8.35, 9.69 y 8.22 mg/dl, respectivamente; plaquetas promedio 248, 236, 249 y 232, respectivamente; Albumina promedio 3.12, 3.57, 3.32 y 2.71 g/dl, respectivamente; Colesterol total promedio 118, 139, 147 y 134 mg/dl, respectivamente. La incidencia de HAID en los pacientes evaluados encontrada fue de 34.32 % en el total de la población estudiada; la encontrada por grupos es de 12.5 %, 37.8 %, 62 % y 25 % (p 0.183) respectivamente para los grupos C30, C0, P30 y P0,

sin representar significancia estadística. La Presión Arterial Media (PAM) es observada es de 89.5052 ( $\pm 9.13434$ ) mmHg, 87.1823 ( $\pm 9.32126$ ) mmHg, 83.3854 ( $\pm 4.26490$ ) mmHg y 87.1927 ( $\pm 5.87759$ ) mmHg, (p 0.443), para los grupos C30, C0, P30 y P0, respectivamente. **Conclusiones:** en el presente Ensayo clínico no se ha demostrado la utilidad de la carnitina como profilaxis primaria de la HAID en pacientes con ERC5.

#### **0146 Mortalidad de pacientes incluidos a diálisis peritoneal continua ambulatoria mayores de 60 años en el Hospital General de la Raza**

Romero L

Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Introducción:** la insuficiencia renal crónica y la diálisis peritoneal en pacientes viejos se incrementa, datos a nivel mundial en esta población son limitados. **Objetivo:** analizar los datos de mortalidad y causas de muerte de pacientes mayores de 60 años de edad incluidos a un programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria. **Material y métodos:** este estudio se llevo a cabo en el servicio de Medicina Interna adultos del Hospital General "Gaudencio González Garza", Centro Médico Nacional la Raza. Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y retrolectivo: usando la base de datos de pa-



cientes ingresados al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria adultos entre enero de 2009 y diciembre del 2013, se analizaron de manera retrospectiva los expedientes. Se obtuvieron datos de muerte por cualquier causa, al obtenerse una tasa general de mortalidad se ajusto de acuerdo al valor esperado para este grupo de edad según datos de Instituto Nacional de Estadística y Geografía. **Resultados:** se incluyeron 129 pacientes, 63 mujeres y 66 hombres con un promedio de edad 68.80 ( 62.3- 75.3). Se encontró una tasa de mortalidad general de 20.9 % (P/AER) y una relación de mortalidad estandarizada de 0.41 (0.27- 0.65; IC 95% p= .001) Siendo las 5 principales causas de muerte: neumonía 30.43%, peritonitis 21.73%, infección de tejidos blandos 13.04%, falla cardíaca 8.6%, infarto cerebral 8.6%. **Conclusiones:** en tasa bruta la mortalidad del grupo de pacientes en diálisis es menor a la esperada para el grupo de edad, el ajuste de tasas así mismo no sugiere mayor mortalidad a la descrita para la población general. Las causas de muerte son primordialmente infecciosas en comparación con las descritas de manera mundial.

#### **0147 Comparación de eventos de peritonitis en mayores de 65 años frente a paciente jóvenes incluidos al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria en el Hospital General de la Raza**

*Romero L*

Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Objetivo:** comparar los eventos de peritonitis en mayores de 65 años contra pacientes jóvenes (30- 64 años), determinar si la edad es factor de riesgo para nuevos cuadros de peritonitis. El objetivo secundario del trabajo es demostrar la diferencia de mortalidad por cualquier causa en ambos grupos. **Material y métodos:** usando la base de datos electrónica de pacientes ingresados al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria adultos entre enero de 2012 y diciembre del mismo año, a 18 meses de iniciado el programa, se analizaron de manera retrospectiva los expedientes categorizando a los pacientes en dos grupos 30- 64 años y mayores de 65 años. Se obtuvieron datos de eventos de peritonitis, hospitalizaciones y muerte por cualquier causa. Los datos se analizaron para variables numéricas promedio  $\pm$  DS, percentiles y prueba estadística  $\chi^2$  para variables nominales. **Resultados:** se incluyeron 28 pacientes, 16 (57 %) al grupo 30-64 años y 12 (43%) mayores de 65 años. La media de edad para el primer grupo fue de 58 años (51.48 - 64.2) y de 72 (67.32 -76.7) para el grupo dos. Comparado con pacientes jóvenes (<65 años), los pacientes viejos (> 65 años) demostraron mayores eventos

de peritonitis (HR 3.0; IC 95%: 1.2-7.4; p= 0.02). La mortalidad no fue significativamente diferente en ambos grupos (HR 1.4; IC 95%: 0.94- 2.139, p=0.133). **Conclusiones:** los pacientes viejos tienen mayor número de eventos de peritonitis, los factores asociados a esto no parecen claros en este estudio, se propone esto debido a cambios propios del envejecimiento así como mayor prevalencia de comorbilidades. Sin embargo, comparados con los pacientes jóvenes la edad no parece ser un factor que afecte la mortalidad, sugiriendo que la diálisis peritoneal continua ambulatoria es un modo de terapia sustitutiva de la función renal viable para este grupo de edad.

#### **0159 Uso de fosfatasa alcalina como marcador alternativo a la hormona paratiroidea para el diagnóstico de hiperparatiroidismo secundario en enfermedad renal crónica**

*Roman A*

Hospital General Ticoman, SSA

**Introducción:** la Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública, presenta una incidencia y una prevalencia crecientes desde hace dos décadas. Estos pacientes tienen un riesgo cardiovascular elevado y sufren una morbimortalidad por eventos cardiovasculares que, probablemente, tenga un impacto en la salud. El trastorno mineral y óseo (MBD) es una

manifestación común de la ERC y contribuye al alto riesgo de padecimientos cardiovasculares en estos pacientes. El diagnóstico definitivo se basa en histológica (histomorfológica) análisis de material de biopsia ósea con el apoyo de los cambios radiológicos y los cambios en los niveles de los marcadores de laboratorio subrogadas. De estos diversos marcadores, hormona paratiroidea (PTH) se ha considerado para ser el más sensible y actualmente es el utilizado con mayor frecuencia. **Objetivo:** Evaluar si la determinación de fosfatasa alcalina puede funcionar como marcador paralelo a la PTH en el diagnóstico de hiperparatiroidismo secundario en la ERC. **Objetivo:** evaluar la fosfatasa alcalina como marcador paralelo a la hormona paratiroidea en el diagnóstico de hiperparatiroidismo secundario en la enfermedad renal crónica. **Material y métodos:** estudio transversal analítico y de correlación. Se revisaron expedientes clínicos del servicio de medicina interna de hospitales de la secretaria de salud del DF, con diagnóstico de ERC TSFR, se tomarán en cuenta los siguientes parámetros del laboratorio: Glucosa, Cr, BUN, Urea, Hb, PTH, FA, CA, P y se determinará el producto Ca/P. Análisis Estadístico: Se realizó la correlación entre el valor sérico de PTH y FA en donde se aplicó regresión lineal y se comprobó mediante

correlación de Pearson para ambas. **Resultados:** el promedio de PTH y FA fueron 1599 y 621 respectivamente, encontrándose que la correlación entre PTH y FA es estadísticamente significativa (con un índice de correlación de .27 y una P menor a .001), además se observa que por cada unidad de PTH la Fosfatasa Alcalina aumenta .56 Unidades. **Conclusiones:** la determinación de la Fosfatasa Alcalina se puede utilizar como alternativa en el diagnóstico de Hiperparatiroidismo secundario en pacientes con ERC en diálisis peritoneal, ya que es un recurso asequible para los pacientes.

#### **0177 Efectividad de la espironolactona en el tratamiento de la microalbuminuria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2**

*García M, Gutiérrez J*

Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, ISSSTE

**Antecedentes:** la identificación de factores de riesgo permite la aplicación de intervenciones terapéuticas en fases tempranas. En la población con alto riesgo para ERC es importante la detección y modificación de todos los factores de riesgo cuando sea posible **Objetivo:** evaluar la eficacia de la espironolactona en combinación con el tratamiento estándar (inhibidores de la ECA ó ARA II) en pacientes con microalbuminuria y Diabetes Mellitus tipo 2. **Material y métodos:** es

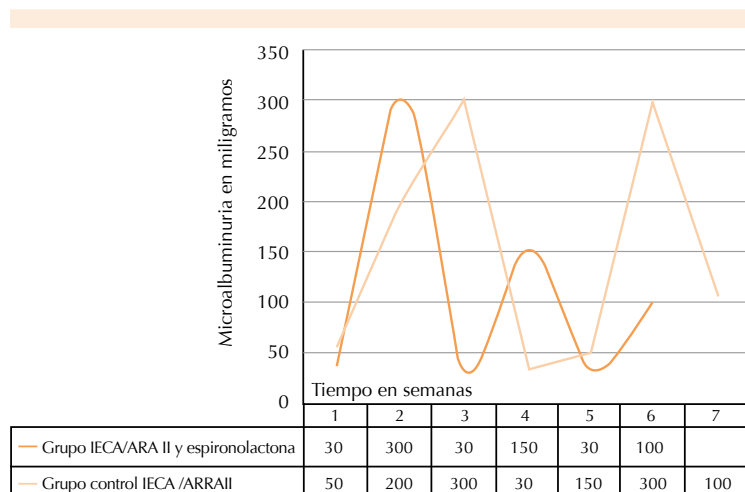
un ensayo clínico, controlado, simple ciego. Se determinaron 2 grupos de observación: Grupo 1, con criterios previamente seleccionados bajo tratamiento con IECA /ARA II como antiproteinúrico y el grupo 2 a quienes se adicionó al esquema IECA /ARA II, 25 mg de espironolactona como medida de nefroprotección (Figura). **Conclusiones:** existe una tendencia de reducción de la microalbuminuria con la adición de espironolactona como medida de nefroprotección en comparación al grupo control, además de resaltar la eficacia que también mostró en el control de la presión arterial, condición clave en la preservación de la función renal en pacientes con factores de riesgo no modificable para el desarrollo de nefropatía

#### **0200 Hipomagnesemia grave secundaria a necrosis tubular aguda**

*Rincon C, Noyola M, Aleman R, Esparragoza C, Almeyda Z*

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** la hipomagnesemia secundaria a la necrosis tubular aguda es muy infrecuente y se ha asociado más a toxicidad farmacológica. **Descripción del caso 1:** mujer de 76 años con hipertensión arterial y depresión. Usaba hidroclorotiazida y paroxetina. Hospitalizada por pancreatitis aguda de origen



**Figura 1.** El grupo de estudio bajo el esquema nefroprotector con espironolactona (línea curva), presenta un descenso en los niveles de microalbuminuria dicho efecto se presenta a partir de la segunda semana tras implementar el tratamiento médico; dicho efecto parecer mantenerse a través del tiempo en comparación con el grupo control (línea recta), donde el descenso de la microalbuminuria se da a partir de la tercera semana de tratamiento estándar (inhibidores de la ECA ó ARAII) y pareciera no tener un efecto sostenido, lo que implica que probablemente el efecto nefroprotector se pierda con el paso del tiempo o se reduzca la eficacia del mismo.

biliar. Tuvo lesión renal aguda, al inicio del cuadro clínico con creatinina 4,5 mg/dl, y electrolitos séricos normales, a los 8 días había mejorado del cuadro abdominal y se encontró con creatinina 0,94 mg/dl, urea 16mg/dl, sodio 146meq/l, potasio 2,3meq/l, cloro 103meq/l, calcio 5,2mg/dl, fósforo 2,0mg/dl, magnesio 0,6mg/dl, densidad urinaria 1,015, FENa 2,74%, sodio urinario (UNa) 120meq/l, FEMg 15,9%. Clínicamente con nistagmo y signos Trousseau y Chvostek positivos, no se documentaron alteraciones electrocardiográficas. Corregidos los electrolitos, la paciente requirió suplementación oral

con sulfato de magnesio a razón de 1g cada 8 horas y en el seguimiento a 4 semanas el magnesio sérico fue de 2,1mg/dl. **Descripción del caso 2:** mujer de 64 años de edad, con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hipotiroidismo y cardiopatía isquémica crónica. Usaba insulina glargina, metoprolol, enalapril, espironolactona, clopidogrel, atorvastatina y levotiroxina. Se hospitalizó por síncope, una semana previa había presentado vómito y diarrea. Se documentó ritmo nodal y requirió colocación de marcapasos temporal. Sus laboratorios iniciales fueron: creatinina 2mg/dl, urea 106mg/

dl, sodio 148meq/l, potasio 6,2meq/l. Resolvió la lesión renal aguda y requirió tratamiento por neumonía nosocomial. A los 10 días se halló con creatinina 0,3mg/dl, urea 16mg/dl, albúmina 1,7g/dl, sodio 134meq/l, potasio 4,0meq/l, cloro 96meq/l, calcio 5,2mg/dl, fósforo 2,1mg/dl, magnesio 0,9mg/dl, densidad urinaria 1,005, FENa 0,71%, UNa 109meq/l, FEMg 26,8%. Sólo presentó fasciculaciones musculares como manifestación y extrasístoles ventriculares polimórficas. Corregido el déficit hidroelectrolítico, la paciente requirió suplemento vía oral con 24 gramos diarios de sulfato de magnesio. A las 8 semanas de seguimiento con la misma dosis su nivel de magnesio fue tan sólo de 1,4mg/dl. **Discusión y Conclusiones:** a diferencia de los casos reportados en la literatura médica, el cuadro de las pacientes no se asoció a toxicidad farmacológica y a 8 semanas de seguimiento la hipomagnesemia persiste.

**0217 Epidemiología y pronóstico del daño renal agudo adquirido en la comunidad vs daño Renal Agudo Hospitalario**  
*Dehesa E, Rodríguez M, Meza C, Hernández D, Salas R, Peña H, Tamayo B, Kawano C, Irizar S*  
 Departamento de Nefrología y Medicina Interna, Hospital Civil de Culiacan, SSA

**Introducción:** las diferencias epidemiológicas y pronosticas entre el daño renal agudo adqui-

rido en la comunidad (DRA-C) vs el daño renal agudo hospitalario (DRA-H) han sido poco estudiadas en nuestro país. **Objetivo:** comparar las características epidemiológicas y pronóstico de los pacientes con DRA-C vs DRA-H. **Material y métodos:** estudio de cohorte. Se estudiaron 192 pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna. Se determinó el diagnóstico de DRA al ingreso (DRA-C) o durante su hospitalización (DRA-H) en base a la cifra de creatinina sérica de acuerdo a los criterios de la Acute Kidney Injury Network (AKIN). La etiología, gravedad y evolución del DRA fueron comparadas entre los pacientes con DRA-C vs DRA-H. **Resultados:** La edad promedio fue  $57 \pm 19$  años y 59.4% eran del sexo masculino. La incidencia del DRA-C fue 22.4% (n=43) y de 5.7% (n=11) para el DRA-H, para una incidencia global del 28.1% (n=54). El 51.7% de los episodios de DRA fueron AKIN 1, 12.9% AKIN 2 y 35.4% AKIN 3. La causa renal fue la más frecuente con 55.6%, prerrenal 38.9% y obstructiva 5.6%. El 9.3% de los episodios de DRA requirió de hemodiálisis y 75.9% presentó recuperación de la función renal a su egreso. La estancia hospitalaria (EIH) ( $9 \pm 9$  vs  $7 \pm 6$  días;  $p < 0.05$ ) y la mortalidad (18.5 vs 7.2%;  $p = 0.02$ ) fueron mayores en pacientes con DRA vs sin DRA. Los pacientes con DRA-H presentaron EIH más prolongada ( $15 \pm 12$  vs  $8 \pm 8$  días;  $p < 0.05$ ) y tendencia

estadística a mayor mortalidad (36.4% vs 14%;  $p = 0.08$ ) vs los pacientes con DRA-C. Los factores de riesgo asociados en forma independiente con el desarrollo de DRA en el análisis multivariado fueron: sexo masculino con OR de 2.4 (1.1-5.6;  $p = 0.03$ ), hipertensión arterial con OR de 3.1 (IC95% 1.01-9.7;  $p = 0.05$ ), sepsis con OR de 2.9 (IC95% 1.1-7.4;  $p = 0.02$ ) y el diagnóstico previo de ERC con OR de 5.34 (IC95% 1.4-22.4;  $p = 0.01$ ). **Conclusiones:** el DRA fue frecuente al ingreso y durante la hospitalización en nuestra población. El DRA-C así como el DRA-H tuvieron un efecto negativo en el pronóstico de los pacientes. Los episodios de DRA-H fueron más graves, con mayor EIH y mortalidad (tendencia estadística) en comparación con los pacientes con DRA-C. Nuestro trabajo aporta datos clínicos y epidemiológicos muy importantes sobre el tema en nuestro país, en donde la información sobre el DRA-C y DRA-H es deficiente.

#### **0219 Factores clínicos, dialíticos y de laboratorio asociados a mala calidad de vida en pacientes mexicanos en hemodiálisis**

*Dehesa E, Meza C, Rodríguez M, Orozco R, Salas R, Hernández D, Peña H, Tamayo B, Kawano C, Irizar S*

Hospital Civil de Culiacan, SSA

**Introducción:** la enfermedad renal crónica terminal (ERCT) y su tratamiento ejercen un

impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes que la padecen. **Objetivo:** evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y determinar los factores clínicos, dialíticos y de laboratorio asociados a mala CVRS en pacientes mexicanos con ERCT en hemodiálisis. **Material y métodos:** estudio transversal multicéntrico. Se aplicó la versión mexicana validada del cuestionario KDQOL-SF36v1.3 a pacientes adultos en hemodiálisis crónica de diferentes regiones de México. Se clasificaron de acuerdo a la puntuación global del cuestionario en: pacientes con mala CVRS (debajo de la mediana) (M-CVRS) y pacientes con buena CVRS (arriba de la mediana) (B-CVRS). Mediante correlación lineal y análisis de regresión logística multivariado se estudiaron las variables clínicas, dialíticas y de laboratorio asociadas a M-CVRS. **Resultados:** Se incluyó a 194 pacientes adultos; el 37.6% del Norte, 28.9% del Sur y 33.5% del Centro del país, edad de  $54 \pm 16$  años y 54.6% hombres. El 47.4% tuvo el diagnóstico de M-CVRS. Las dimensiones más afectadas del componente KDQOL fueron: la calidad de interacción social, cognitiva y trabajo. En el componente SF36 del cuestionario fueron: rol físico, rol emocional y percepción general de salud. Hubo mala correlación lineal entre parámetros clínicos (edad), dialíticos (KtV, tiempo en diálisis) y



bioquímicos (Ca, P, Ca x P, Hb, albumina) con la puntuación de CVRS (rango de correlaciones  $r = -0.3$  a  $0.2$ ). Los factores asociados con M-CVRS en el análisis multivariado fueron: el tiempo (meses) en hemodiálisis (OR 1.02; IC95% 1.0-1.04;  $p=0.02$ ), uso de catéter vs fistula como acceso vascular (OR 3.1; IC95% 1.2-7.4;  $p=0.01$ ) y albumina sérica  $< 4$  g/dl (OR 4.0; IC95% 1.5-10.4;  $p < 0.01$ ).

**Conclusiones:** Es el primer estudio multicéntrico que demuestra que el diagnóstico de M-CVRS en pacientes con ERCT en hemodiálisis es muy frecuente en nuestro país; siendo las dimensiones más afectadas las de rol físico, rol emocional y función física. Se observó una débil asociación entre factores clínicos, dialíticos y de laboratorio con la CVRS. Los factores asociados con M-CVRS fueron: el tiempo en hemodiálisis, uso de catéter vs fistula como acceso vascular y albumina sérica  $< 4$  g/dl.

### 0220 Adaptación transcultural y validación de la versión mexicana del *Kidney Disease Questionnaire KDQOL-SF36* versión 1.3

Dehesa E,<sup>1</sup> Olvera D,<sup>2</sup> González C,<sup>3</sup> Baizabal R,<sup>4</sup> Orozco R,<sup>1</sup> Peña H,<sup>1</sup> Tamayo B,<sup>1</sup> Hernández D,<sup>1</sup> Salas R<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Civil de Culiacan, SSA

<sup>2</sup> Hospital de Ciudad Valles, San Luis Potosí, ISSSTE

<sup>3</sup> Hospital Christus Murgueza, Puebla, UPAEP

<sup>4</sup> Hospital de Xalapa, Veracruz, ISSSTE

**Objetivo:** traducir el cuestionario KDQOL-SF36 v1.3 del inglés al idioma español; adaptarlo culturalmente y validarlo en la población mexicana. **Material y métodos:** el procedimiento de traducción, adaptación transcultural y validación de la versión mexicana del KDQOL-SF36 se realizó según recomendaciones de RAND Health. La validez fue evaluada mediante el  $\alpha$  de Cronbach entre ítem-total, ítem-dimensión y dimensión-total. La

confiabilidad test-retest fue evaluada mediante el coeficiente de correlación intraclase intra-observador e interobservador.

**Resultados:** se aplicaron cuestionarios a 194 pacientes adultos en hemodiálisis. El 37.6% del Norte, el 28.9% del Sur y 33.5% del Centro del país. La versión Mexicana demostró ser válida y confiable, como se muestra en la (Cuadro 1). **Conclusiones:** primer estudio de adaptación transcultural y validación en población Mexicana. Las propiedades psicométricas son válidas y confiables, con resultados psicométricos similares a la versión original en inglés.

**Cuadro 1.** Valoración de confiabilidad (coeficiente de correlación intraclase inter e intraobservador) y validez de constructo ( $\alpha$  de Cronbach) de la versión mexicana del KDQOL-SF36

| Variables                             | CCI (n=18)<br>interobservador | CCI (n=18)<br>intraobservador | $\alpha$ de Cronbach<br>(n=194) |
|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <b>Componente KDQOL</b>               |                               |                               |                                 |
| Síntomas ERC                          | 0.882                         | 0.878                         | 0.818                           |
| Efecto de ERC                         | 0.793                         | 0.926                         | 0.736                           |
| Carga de la ERC                       | 0.850                         | 0.886                         | 0.736                           |
| Trabajo                               | 0.853                         | 0.895                         | 0.445                           |
| Conginitivo                           | 0.733                         | 0.845                         | 0.669                           |
| Calidad de la interacción social      | 0.781                         | 0.731                         | 0.479                           |
| Función sexual                        | 0.930                         | 0.853                         | 0.886                           |
| Sueño                                 | 0.719                         | 0.916                         | 0.636                           |
| Apoyo social                          | 0.849                         | 0.600                         | 0.846                           |
| Apoyo del equipo de diálisis          | 0.641                         | 0.693                         | 0.811                           |
| Satisfacción con cuidados de diálisis | 0.687                         | 0.900                         | NA                              |
| <b>Componente SF36</b>                |                               |                               |                                 |
| Función física                        | 0.888                         | 0.892                         | 0.937                           |
| Rol físico                            | 0.964                         | 0.975                         | 0.884                           |
| Dolor                                 | 0.742                         | 0.930                         | 0.812                           |
| Percepción de salud general           | 0.502                         | 0.628                         | 0.638                           |
| Bienestar emocional                   | 0.865                         | 0.937                         | 0.821                           |
| Rol emocional                         | 0.761                         | 0.631                         | 0.701                           |
| Función social                        | 0.715                         | 0.865                         | 0.609                           |
| Vitalidad                             | 0.798                         | 0.932                         | 0.762                           |

**0239 Síndrome hemolítico-urémico asociado a evento previo de pancreatitis aguda: reporte de un caso**

Ortiz M

SSA, Hospital General de Cuernavaca Dr José G. Parres

**Introducción:** El Síndrome hemolítico-urémico (SHU) es una entidad clínica definida por la triada: anemia hemolítica no inmune, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda, en la que las lesiones subyacentes están mediadas por un proceso de microangiopatía trombótica; tiene diversas etiologías y características clínicas, sin embargo la presentación de síndrome hemolítico urémico/púrpura trombocitopénica trombótica desencadenado por un evento de pancreatitis aguda es rara. Informe de caso Paciente masculino de 36 años de edad con antecedente de hipertensión arterial sistémica de 1 año de diagnóstico y dislipidemia, quien ingresa a Urgencias por presentar dolor epigástrico de inicio agudo, acompañado de náusea y emesis. A su ingreso con hemoglobina 15.8 y plaquetas 120 mil. Se observa hiperamilasemia (sin reactivo en unidad para lipasa) y se documenta pancreatitis aguda Balthazar B por tomografía. A las 72 horas de su ingreso los síntomas se encuentran en resolución y la amilasa en descenso, sin embargo se documenta anemia y trombocitopenia de instauración aguda

y, 48 horas posterior a dicho hallazgo, se agrega elevación de azoados con tasa de filtración glomerular de 17mL/min con deterioro paulatino hasta requerir tratamiento sustitutivo de la función renal a los 14 días de su ingreso hospitalario. Posterior a la resolución del evento de pancreatitis aguda se realiza determinación de anticuerpos antinucleares, antimembrana basal glomerular y anticitoplasma de neutrófilos con reporte negativo. Se realiza biopsia renal con reporte de microangiopatía trombótica por lo que se realiza plasmáferesis (plaquetas 104 mil), sin recuperación de la función renal. **Discusión:** La patogenia del SHU en muchos pacientes puede involucrar la deficiencia en ADAMTS13 o alteración en la regulación del complemento, sin embargo los eventos que desencadenan los episodios agudos de SHU son poco comprendidos. La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria local que puede provocar una respuesta inflamatoria sistémica. Hay evidencia de que la disfunción endotelial es una de las manifestaciones críticas de las formas severas y existen reportes de SHU posteriores a eventos de pancreatitis aguda sin alteraciones en ADAMTS13, lo cual sugiere que el estado inflamatorio del páncreas puede ser desencadenante de dichos eventos por factores fisiopatológicos diferentes y poco comprendidos.

**0388 Experiencia en terapia sustitutiva renal continua Prismaflex® en un centro privado de tercer nivel de atención: indicaciones y desenlaces clínicos con base a función renal**

Cid L, Herrera J, Zúñiga J, Sánchez A

Privado, Servicio de Medicina Interna, Centro Médico ABC.

**Introducción:** Existe poca información el uso de terapia de reemplazo renal continua (TRRC), se desconocen factores asociados mortalidad. **Objetivo:** Describir características al ingreso, indicaciones de TRRC, evolución, complicaciones y mortalidad de pacientes sometidos a TRRC. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con LRA sometidos a TCRR durante abril de 2013 a abril de 2014, se evaluaron variables clínicas, de laboratorio, tasa de filtrado glomerular (TFG) por CKD-EPI, estadio de AKIN, tratamiento, APACHE II al ingreso, se describe evolución y desenlaces con base en función renal. **Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes con edad de  $71 \pm 11$  años, mediana de estancia intrahospitalaria de 22 (RIQ8-35) días, LRA AKIN 1, 2, 3 en el 3.7, 51.9 y 33% respectivamente; TFG  $40 \pm 39$  ml/min al ingreso; APACHE II mediana 23 (RIQ 12 – 29) uso de diuréticos previo a TRRC en 57%, IRC previa con requerimiento de HD en 25%; indicaciones principales: inestabilidad hemodinámica 100%, disminución de



volúmenes urinarios en 89%, acidosis metabólica 64%, sobrecarga de volumen 46%, elevación de BUN 10.7%, hiperpotasemia 8.8%; causas de LRA: multifactorial 77%, sepsis 64.4%, isquemia 32%, tóxica 35.7%, cardiogénica 28.6%, otras 17%; intervalos de tiempo: ingreso UTI - inicio de aminos mediana 16 (RIQ 10 – 143) hr, UTI – inicio TRRC mediana de 96 (RIQ 68 – 255) hr, inicio de aminos – inicio TRRC mediana 35 (RIQ 10-153) hr; tiempo total de TRRC mediana 105 (RIQ 68-255) hr, tiempo por filtro con media de  $29 \pm 16.5$  hr/filtro; ingresos obligados por hora con media de  $171 \pm 95$  ml/hr; modalidades: CVVHDF, CVVDF y CVVHD en 88, 7 y 7%, respectivamente; anticoagulación con heparina en 14.5%, reinyección post filtro y pre filtro en 20.6 y 77%, respectivamente; dosis efectiva de diálisis con media de  $35 \pm 7.3$  ml /hr; supervivencia tras retiro de TRRC de 29%, recuperación de la función renal en 37% de supervivientes, mortalidad global de 64.3%. No se identificaron complicaciones atribuibles a la TRRC. El análisis multivariado no reveló factores asociados a mortalidad.

**Conclusiones:** Reportamos la experiencia del CMABC en el uso de TRRC, se trata de pacientes graves con alta mortalidad, entre los supervivientes casi la tercera parte recuperó función renal tras retiro de TRCC, no se encontraron factores independientes asociados a mortalidad.

### 0567 Síndrome de Sagliker, expresión catastrófica de hiperparatiroidismo secundario

*Reyes J, Legorreta J, Vallejo L, Calzada P, Acosta N*

Otra, Centro Médico ISSEMYM Ecatepec.

Femenino de 31 años de edad, con diagnóstico de enfermedad renal crónica secundario a estado hipertensivo del embarazo preeclampsia, en tratamiento sustitutivo de la función renal con diálisis peritoneal por 13 años, pérdida de cavidad por proceso infeccioso peritoneal, cambio de modalidad a hemodialisis, con mal control de enfermedad osea mineral, refractaria a tratamiento con analogos de vitamina D, y activadores selectivos de vitamina D (paricalcitol) se documentan tumores pardos en parrilla costal y tumoración en maxilar, determinación de hormona paratiroidea intacta con reporte de 2500pg/ml, gammagrama paratiroideo 99m Tc-MIBI adenoma paratorioideo inferior izquierdo.



TAC de tórax con múltiples tumores pardos en parrilla costal y ECOTT con aortoesclerosis de valvula aortica y FEVI 71%. fue necesaria la resección paratiroidea con secuela síndrome de hueso hambriento, con necesidad de suplementacion de calcio y vitamina D (calcitriol).

### 0633 Úlceras necróticas cutaneas en un paciente con enfermedad renal crónica terminal (ERC): una presentación poco común de arteriopatía urémica calcificante

*Bueno JO, Bueno GO, Peña JO, Rosas O1*

Privado, Hospital Ángeles Moctel; IIMSS.

**Antecedentes:** La arteriopatía urémica calcificante, enfermedad rara que ha desafiado a la comunidad médica. Se observa en pacientes con ERC en hemodialisis, pero no se limita a estos pacientes. Es caracterizada por trombosis, fibrosis y calcificaciones arteriolares de pequeño y mediano calibre, afectando la dermis y tejido celular subcutáneo, es posible en algunos casos observar calcificaciones extravasculares.

**Caso clínico:** Presentamos una paciente mujer de 73 años de edad con diagnóstico de ERC terminal en hemodiálisis quien presenta úlceras y lesiones necróticas en mano derecha de un mes de evolución, además de datos de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) y dolor urente en esa región, cumpliendo en

su internamiento con los criterios clínicos, bioquímicos y de imagen de este padecimiento.

**Resultados:** En los estudios con hemoglobina 9.3 g/dl, hematocrito 28.3%, VCM 102fl, HCM 33.6pg, leucocitos 8,000uL, neutrófilos 6,240uL y linfocitos 1,360, producto Ca-P 65.18 y PTH de 600 pg/ml. Cultivo de secreción con *Proteus vulgaris* y *Enterococcus faecium* en cultivo. Se realiza angiotomografía de antebrazo derecho reportando arteria humeral tortuosa en su tercio distal sin alteraciones a nivel de la bifurcación, placas de ateroma calcificadas a nivel radio-carpiano. Arteria cubital se aprecia amputada a nivel del tercio proximal sin que se observe recanalización en proyecciones tardías. **Conclu-**

**sión:** La paciente presentaba como factores tener ERC en hemodiálisis, DM2, Hiperparatiroidismo; además de infección de tejidos blandos condicionando SIRS Y sepsis. En algunos pacientes no es imprescindible realizar la biopsia de piel ya que el riesgo de presentar extensión de la infección y bacteriemia era alto. Los factores de riesgo son la ERC en hemodiálisis en 80%, ser mujer en 68%, edad media de presentación 59 años. El diagnóstico es mediante, clínica, estudios de imagen y/o biopsia. Se recomienda biopsia de piel, si no existen contraindicaciones. Factores que afectan negativamente el pronóstico son la presencia de enfermedad avanzada, así como la presen-

cia de lesiones isquémicas y necróticas proximales en la piel y tejidos blandos como es el caso de nuestra paciente. La isquemia digital tiene mejor pronóstico que la necrosis de la piel. La infección es la principal causa de mortalidad asociada a esta enfermedad, hasta un 58% de los casos reportados.

#### **0714 Sjögren primario con glomerulonefritis membranoproliferativa y falla cardiaca aguda como manifestaciones extraglandulares**

*Sanchez B0, Villaseñor J0, Soto V1, Garcia F0*

0 SSA, Hospital General de León, 1 SSA, Hospital General de México.

El síndrome de Sjögren (SS) es una exocrinopatía, solo el 10% presenta afección extraglandular. **Objetivo:** Describir el caso de una paciente con diagnóstico previo de Síndrome de Sjögren que desarrolló miocarditis y glomerulonefritis crioglobulinémica con buena respuesta a tratamiento inmunosupresor. **Informe del caso:** Femenino de 44 años de edad con edema progresivo de miembros inferiores, ortopnea, pletora yugular grado II, soplo holosistólico (mitral y tricúspideo). Estudio analítico: Hb:5.4gr/dl, Creatinina: 1.9mg/dL. Abundante acantocitos y cilindros hemáticos, ANA: positivo, Anti RO y Anti La positivos. C3 y C4 disminuidos. Se realiza ecocardiografía con disfunción

global con FEVI 28%. **Conclusión:** En base al síndrome seco, positividad para ANA, con especificidad para anti Ro y anti La, al tipo de afección cutánea y renal (glomerulonefritis con patrón membranoproliferativo) se concluyó diagnóstico de Sjögren con manifestaciones extraglandulares, con evolución favorable.

#### **0717 Bloqueo auriculoventricular completo como primera manifestación de acidosis tubular renal tipo IV**

*Rodríguez F, Galarza D, Guerrero E*

Universitario José Eleuterio González

La ATR (acidosis tubular renal) tipo 4 es un trastorno común en pacientes con enfermedad renal crónica con TFG (tasa de filtrado glomerular) relativamente preservada por nefropatía diabética o nefritis tubulointersticial, sin embargo la hiperkalemia severa (>6 mEq/L) solo se más frecuente en aquéllos que consumen IECA (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina) y ARA II (Antagonistas del receptor de angiotensina II). Se describe el caso de una paciente de 62 años con Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial (tratada con ARAII) e insuficiencia renal cónica etapa 3b con una presentación atípica de ATR tipo 4. Acudió a urgencias con síntomas de bajo gasto cardiaco; debilidad generaliza-



da, hipotensión y bradicardia por un ritmo nodal asociado a una hiperkalemia severa (9.5 mEq/L). Su gasometría venosa reveló una acidosis metabólica anion gap normal. El anion gap urinario con un valor positivo y gradiente transtubular de potasio bajo. Sin alteraciones en el cortisol sérico matutino. Electrocardiograma con ausencias de ondas P y frecuencia cardiaca de 38 latidos por minuto. Fue tratada inicialmente con medidas hipokalemicas y amins vasoactivas con buena respuesta sin embargo el retorno a la normokalemia y a un ritmo sinusal (que permitió el destete de las amins vasoactivas) se presentó hasta la resitución hormonal con fludrocortisona ante el defecto mineralocorticoide evidente.

**0743 Asociación entre la calcificación corneal y conjuntival evaluado por el Score de Porter y Crombie, con las escalas de mortalidad aceptadas para insuficiencia renal crónica**

*Ortega B, Zapata R, Rivera E, Rivera L, Sierra M*  
SSA, Hospital General de México Eduardo Liceaga

**Introducción** La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) aumenta la mortalidad 20 veces comparado con la población general. La enfermedad cardiovascular (ECV) constituye el factor de riesgo más importante de muerte. La calcificación vascular secundaria a enfermedad

ósea metabólica por IRC, es el marcador más importante para riesgo de eventos cardiacos y se ha relacionado directamente con incremento de mortalidad. Otras calcificaciones como la de córnea y conjuntiva comparten la misma fisiopatología que la calcificación vascular, pero actualmente se desconoce su relación con la mortalidad en este tipo de pacientes. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la calcificación corneal y conjuntival evaluado por el Score de Porter y Crombie (PyC), con las escalas de mortalidad aceptadas para Insuficiencia Renal Crónica. **MÉTODOS:** Estudio analítico, transversal, prolectivo de 30 pacientes con diagnóstico de IRC en el servicio de Medicina Interna reclutados de Febrero a Julio del 2015. Criterios de inclusión: Edad 18-75 años. Sexo indistinto. IRC en Hemodiálisis (HD). Se determinó la asociación entre grado de score PyC con calcificación aórtica y Scores de Mortalidad. **Resultados:** Se estudió 30 sujetos (16 mujeres, 14 hombres) con una edad promedio de 51,2 años en mujeres, y 40 años en hombres. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos excepto en la talla. La media del tiempo de HD fue de 7,1 meses en mujeres y 8,6 meses en hombres. No hubo diferencias entre los grados del score PyC y los puntajes de las diferentes escalas de mortalidad usadas. No hubo diferencias respecto a las escalas de mortalidad cardiovascular

y el score de falla orgánica. Los grados de calcificación de córnea no correlaciona con las escalas de mortalidad. **Discusión:** La calcificación corneal y conjuntival es la calcificación metástasica más común en pacientes con Insuficiencia Renal crónica y comparte factores de riesgo y sucede al mismo tiempo que la calcificación vascular. El grado de calcificación vascular se asoció al grado de calcificación corneal, pero diferencia del primero, el cual es un factor predictor de mortalidad en pacientes en hemodiálisis, el score de Porter y Crombie, no guarda relación con las escalas de mortalidad en el paciente renal ni con el riesgo cardiovascular.

**0786 Síndrome de Fanconi (SF) y acidosis tubular renal distal (ATR1) dos defectos tubulares adquiridos coexistiendo en una paciente con lupus eritematoso sistémico (LES)**

*Albarracin J, Rios M, Alberti P, Flores G, Galvan M, Mejia N, Lugo J*  
IMSS, UMAE Centro Medico Nacional Siglo XXI, HE Dr. Bernardo Sepulveda

**Introducción:** las tubulopatias son patologías multicausales poco descritas en adultos y asociadas a fármacos, infecciones, autoinmunidad o patologías sistémicas que pueden coexistir causando tubulopatias complejas. **Caso clínico:** mujer de 31 años con LES y diarrea

crónica, acude por debilidad, disestesias y espamo carpopedal; se diagnostica enteropatía por lupus con desnutrición y deficiencia de vitamina D condicionando hipocalcemia e hipomagnesemia, por presentar hiperpotasuria, acidosis metabólica hiperclorémica AG normal, y orina alcalina con AG positivo se diagnostica ATR1; al coexistir glucosuria, proteinuria, hiperuricosuria e hiperfosfaturia se sospecho SF, tras sobrecarga de bicarbonato se corrobora defecto de reabsorción. Iniciamos vitamina D, inmunoglobulina y prednisona revirtiendo la tubulopatía. **Conclusión:** describimos tubulopatías adquiridos coexistiendo en LES por nefritis lúpica predominante tubulointersticial, hiperglobulinemia e hipovitaminosis D, causas infrecuentes.

**0791 Nefropatía inducida por la administración de medios de contraste durante el intervencionismo coronario percutáneo en pacientes con síndrome coronario agudo con función renal normal**

*Almanza J*

Privado Angeles del Pedregal.

**Antecedentes:** existen estudios clínicos internacionales en donde se ha documentado el daño inducido en el Riñón (Nefropatía) por los medios de contraste. **Objetivo:** analizar la incidencia, los factores de riesgo y el pronóstico de los

pacientes portadores de Síndrome Coronario Agudo (SCA), con Función Renal Normal (FRN) pre existente a los que se les indujo Nefropatía por la administración de medios de contraste durante los procedimientos de intervencionismo coronario percutáneo (PTCA) en nuestro hospital. **Material y métodos:** estudio observacional, Retrospectivo, Unicentrico, con seguimiento prospectivo de 854 pacientes ingresados en forma consecutiva a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios y Post-quirúrgicos de la División de Medicina Crítica del Hospital Juárez de México de la Secretaría de Salud con Síndrome Coronario Agudo (SCA) de 01/04/2012 al 01/04/2015, de los que 419 fueron llevados a procedimientos de intervencionismo coronario percutáneo (PTCA) y se expusieron a medios de contraste, sin nefropatía pre existente. Con Creatinina al Ingreso de < 1.3 mg/dL. Definiendo la Nefropatía inducida por material de contraste durante (PTCA), al Incremento de la Creatinina Basal > 0.5 mg/dL ó > 25% del valor basal. **Resultados:** de los 419 pacientes con SCA solo 35 (8.4%) presentaron Nefropatía. Los factores Independientes Predictores de la misma fueron la Hemoglobina al ingreso (odds ratio = 0.74 y la Troponina I Máxima previa al PTCA (odds ratio = 1.05. El mayor deterioro de la Función Renal fue directamente proporcional a la Mayor

Mortalidad ( 5 (14.28%) VS 28 (6.4%). En análisis multivariable de regresión de Cox la Nefropatía Inducida por medios de contraste durante la PTCA no resulto predictora independiente de mortalidad total, pero si de mortalidad cardiaca (hazard ratio = 5.6; intervalo de confianza del 95%. **Conclusiones:** la Nefropatía Inducida por la administración de medios de contraste durante los procedimientos de PTCA en pacientes con SCA y FRN, es frecuente e impacta en la supervivencia a mediano y largo plazo.

**0828 Nefropatía por inmunoglobulina a (IGA) asociada a dengue**

*Alvaro J, Soto E, Garcia A*

ISSSTE, Hospital Regional ISSSTE, Veracruz.

Mujer de 29 años, fiebre por dengue en noviembre de 2013, antígeno NS1 positivo y lesión renal aguda que mejoró con manejo médico; durante el internamiento proteinuria y hematuria microscópica en EGO (500 mg/dl y 10 a 20 eritrocitos por campo) y crisis hipertensiva. La biopsia renal reportó nefropatía por IgA, fibrosis intersticial y arteriopatía hialina moderada. Se brindó medida antiproteinúrica con captopril. **Comentario:** la nefropatía por IgA se ha asociado con infecciones por *Haemophilus parainfluenzae*, *Staphylococcus*, *Mycoplasma Pneumoniae* y hepatitis B. Cursa con micro-



hematuria y proteinuria ligera. El diagnóstico requiere biopsia observándose aumento de la matriz mesangial, hiper celularidad, necrosis focal, cicatrices segmentarias y medias lunas en el espacio de Bowman. La paciente manifestó datos de síndrome nefrítico por glomerulonefritis post infecciosa y es posible que el detonante fue el virus del dengue aunque esta asociación no ha sido reportada.

**0832 Asociación entre descontrol hipertensivo y dosis de hemodialisis subóptima en pacientes del Hospital General de Texcoco** **Guadalupe Victoria Cortes R<sup>1</sup>, Calderon M<sup>1</sup>, Garcia J<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup>SSA, Hospital General de Atizapan Salvador Herrejon, <sup>2</sup>SSA, Hospital General de Texcoco Guadalupe Victoria.

**Introducción:** La hipertensión arterial (HAS), es una comorbilidad en pacientes con enfermedad renal crónica que juega un papel importante en el desenlace de eventos cardiovasculares adversos. La fisiopatología de HAS en pacientes en hemodiálisis (HD) es multifactorial, considerando re-

levante el exceso de sodio (Na) y la expansión de volumen por hiperactividad del sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA) siendo posible controlar la TA al mantener el peso seco de los pacientes con HD optimas. **Objetivos:** determinar si contribuye al descontrol hipertensivo dosis subóptimas HD. **Material y métodos:** se estudiaron 74 pacientes en un estudio retrospectivo de casos y controles. Criterios de inclusión: edad > 18 años, en HD, en tratamiento farmacológico de HAS, en manejo de anemia con eritropoyetina (EPO), Na en solución de diálisis < 138mEq. Se distribuyó la población estudiada en 4 grupos: HAS con HD óptima, HAS sin HD óptima, normotensos con HD óptima, normotensos sin HD óptima. Se consideraron controlados aquellos con TA < 140/90mmHg, hipertensos aquellos con TA > 140/90 mmHg, siguiendo los lineamientos de JNC-8 sobre pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento farmacológico. Se definió como HD optima 3 sesiones por semana, 3 horas duración, KtV 1.2 a 1.4. **Resultados y conclusiones:** en las medidas

de frecuencia se estimó la prevalencia del factor de riesgo en la población en estudio = 0.81, factor de riesgo en casos expuestos = 0.86, factor de riesgo en controles = 0.75. En las medidas de impacto potencial, se calculó la razón de Momios: 2.05, fracción etiológica potencial = .4386. Se obtuvo un IC (0.77, 3.33) por método MietmeN,  $\chi^2$ , Mantel y Hanzel:  $X_{mh} = 1.1791845447$ , de acuerdo a este último resultado se considera sin significancia estadística, pues se obtuvo un valor < 1.96, por lo que no se puede establecer una asociación entre descontrol HAS y HD sub-óptima, en este trabajo; es requerida una mayor población de pacientes con accesibilidad a 3 sesiones de HD a la semana. **Discusión:** HAS controlada podría atribuirse a potenciación del manejo farmacológico. Se reporta la TA pre-HD, siendo la determinación que más se asemeja a la tensión arterial ambulatoria interdiálisis sin embargo se ha establecido que es mas confiable un monitoreo de TA durante 44 horas en periodo interdialítico. La EPO puede contribuir al descontrol hipertensivo.

## NEUROLOGÍA

**0014 Esclerosis lateral amiotrófica. Reporte de un caso**

*Batún J, Olán FI, Hernández E*  
Hospital Regional de Alta

Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, SSA

**Introducción:** la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa, poco frecuente, rápidamente progresiva que afecta tanto la neurona motora inferior como superior. Su diagnóstico se basa en hallazgos clínicos, electromiográficos y la exclusión de otras enfermedades con síntomas similares, empleando para ello los criterios de El Escorial. El Riluzol es un antagonista del glutamato el cual retrasa la progresión de la enfermedad en los estadios iniciales, único medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento de la ELA. **Descripción del caso:** femenino de 35 años, inicia su padecimiento hace cuatro años al presentar caídas desde su plano de sustentación y pérdida progresiva de la fuerza de las extremidades inferiores. Hace un año presenta disminución de la fuerza de manos, fasciculaciones en antebrazos y brazos, hace seis meses presenta disfagia a sólidos y líquidos, cambios en la fonación, astenia, adinamia y dificultad para la marcha. Refiere pérdida de peso de 6 kg en 8 meses. EF Palidez de tegumentos, presencia de fasciculaciones en lengua (en bolsa de gusanos), FC de 80 latidos x minuto, extremidades superiores, hipotróficas, reflejos osteotendinosos disminuidos, fuerza muscular disminuida 3/5 en escala de Daniels, atrofia de interoseos, con signo de la tabaquera anatómica bilateral, extremidades

inferiores hipotróficas, reflejos osteotendinosos disminuidos, fuerza muscular disminuida 3/5 en escala de Daniels, atrofia de interoseos, Babinski presente bilateral. Paraclínicos dentro de los parámetros normales. Se realiza electromiografía de nervio cubital izquierdo y peroneo profundo derecho la cual reporta atrofia neurógena central por desorden de neurona motora, resonancia magnética cerebral dentro de los parámetros normales. Se confirma el diagnóstico de ELA, se inicia manejo con carbamazepina para las fasciculaciones, modificaciones en la dieta por la disfagia y rehabilitación física. Se egresa con seguimiento en la consulta externa para el empleo de medidas paliativas. **Comentario y conclusiones:** Se presenta el caso de una paciente que curso con amiotrofia de interóseos de manos y pies, así como signo de lengua en bolsa de gusanos, confirmándose el diagnóstico de ELA por criterios de El Escorial, siendo candidata al empleo de Riluzol, el cual no se pudo administrar por la falta de recursos.

#### 0085 Presentación atípica de mielitis transversa

*Ceñal I, Lopez Y, Aleman D, Martínez N, del Prado X, Salgado T*

Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** la mielitis transversa aguda, definida por una lesión focal inflamatoria de la

medula espinal. Se presenta como debilidad rápidamente progresiva, con afección de miembros pélvicos y alteraciones disautonomicas. La forma de presentación más frecuente es dorsalgia y dolor abdominal. Diagnosticándose con punción lumbar y resonancia magnética. **Descripción del caso:** masculino de 65 años diabético e hipertenso. Inicia su padecimiento con parestesias en quinto dedo de ambas manos de 48 horas de evolución. 2 días después presenta debilidad distal generalizada de predominio en miembros pélvicos, con pérdida de la bipedestación, retención urinaria e incontinencia fecal, se realiza electromiografía reportando polineuropatía severa sensitiva y motora en las 4 extremidades. Se solicita punción lumbar en el que se reportan líquido en agua de roca, proteínas, glucosa y DHL sin alteraciones, descartándose síndrome de Guillian Barre. Se solicita una resonancia magnética en la que se muestra una heterogenicidad a nivel de T10, datos compatibles con mielitis transversa iniciando tratamiento con inmunoglobulina con mejoría del paciente. **Discusión:** la mielitis transversa es una patología con una incidencia de 1 paciente por cada millón de habitantes, con presentación a los 10 a 19 años y 30 a 39 años, típicamente manifestada por debilidad generalizada de miembros pélvicos ascendente con dolor abdominal o



de espalda y la presencia de disfunciones autonómicas. Confirmando el diagnóstico con punción lumbar que reporta pleocitosis o elevación del índice IgG/ albumina elevado y resonancia magnética con zonas de captación con gadolinio. El tratamiento es corticosteroides intravenosos a dosis altas.

**Conclusiones:** al tratarse de un paciente de 65 años que debuto con la presencia de la alteración sensitiva (parestias de ambas manos) como síntoma pivote siendo poco frecuente como manifestación inicial de mielitis transversa por lo que inicialmente se descartó enfermedad desmielinizante, confirmándose con la resonancia magnética y la punción lumbar, la mielitis transversa.

#### **0087 Enfermedad de Creutzfeld-Jakob esporádica, hallazgos clínicos, imagenológicos y electroencefalográficos característicos**

Rodríguez S, Escobedo Y, Ruíz A, Melgoza L, Rivera A  
Centro Médico Ecatepec, IS-SEMYM

**Descripción del caso:** masculino de 66 años de edad con antecedente de hipertensión arterial sistémica. Inicia en diciembre de 2014 con alteraciones del comportamiento caracterizados por irritabilidad, agresividad, desorientación; agregándose alteraciones en la marcha con lateropulsión hacia la izquierda y temblor fino en reposo;

acude a clínica familiar donde se hace el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson y se inicia tratamiento con biperideno y memantina. Pese a tratamiento médico, en los dos meses siguientes presenta deterioro motor con hemiplejía de inicio en hemicuerpo izquierdo, afasia y cambios en los hábitos del sueño caracterizados por vigiliias continuas de más de 18 horas consecutivas, así mismo presentó conductas hipersexuales y desinhibición. Debido al deterioro agudo del paciente, se decide ingresar a Medicina interna para realizar abordaje de demencia rápidamente progresiva, se solicitan laboratorios generales (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de funcionamiento hepático y perfil de coagulación) sin alteraciones y para poder descartar otros orígenes de la demencia (infeccioso, metabólico, autoinmune) se realiza perfil reumatológico negativo, Panel viral incluyendo VIH y TORCH negativo, se realiza punción lumbar reportando citológico y citoquímico sin celularidad, glucosa 64, LDH 37, proteínas totales 40.8 mg/dl, incoloro, sin positividad para TORCH, agentes atípicos ni hongos. Con todos los resultados negativos y mayor deterioro, agregándose alucinaciones visuales y sensitivas así como mioclonias de miembro torácico izquierdo no generalizadas; se decide realizar electroencefalograma

en el cual se aprecian complejos de ondas bifásicas y trifásicas sin actividad epiléptica así como RMN en la cual se observan imágenes hiperintensas homogéneas en núcleos caudado y putamen bilateral que restringen en la difusión e hipointensas en ADC, con estos hallazgos característicos para enfermedad de Creutzfeld-Jakob y habiendo descartado antes los posibles diagnósticos diferenciales, se realiza Proteína 14-3-3 siendo esta positiva, Proteína TAU 6565 pg/mL con prueba confirmatoria RT-QuIC positiva. Se programa biopsia encefálica para confirmación histopatológica sin embargo el paciente murió en mayo de 2015 por Neumonía secundaria a infección por A. baumannii.

#### **0089 Hemibalismo como manifestación de evento vascular cerebral isquémico. Reporte de caso**

Martínez M, Teran J, Reyes E, Gonzaga T, Baca A, Lagunas M, Bautista A, Copca D, Hernández A, Castro L  
Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** los trastornos del movimiento de instauración aguda representan el 1-3% de los casos de ictus. El más frecuente es la hemicorea-hemibalismo proximal que se acompaña de corea en la parte distal de la extremidad y puede transformarse en generalizada, suelen deberse a lesiones isquémicas talámicas,

que producen distintos trastornos del movimiento según los núcleos implicados, las que afectan al núcleo subtalámico o caudado presentan coreabálismo. Se manifiesta como un trastorno del movimiento principalmente en enfermedad de pequeño vaso aunque en el caso de los infartos talámicos hay que considerar la posibilidad de origen cardioembólico.

**Descripción del caso:** masculino de 71 años fumador, diabético, hipertenso quien al encontrarse caminando, presentó súbitamente movimientos incoordinados, aleatorios e involuntarios del brazo derecho sin alteraciones en la fuerza, disminuyendo con el sueño. Funciones mentales, nervios craneales, fuerza y sensibilidad sin alteraciones, movimientos de tipo balismo en brazo derecho y corea en la parte distal ipsilateral. Tomografía de cráneo sin alteraciones. Resonancia magnética: imágenes hiperintensas en ganglios basales izquierdos, que refuerzan en la secuencia T2, sugerentes de proceso vascular agudo. Se indica tratamiento con haloperidol y trihexifenidilo. **Discusión y conclusiones:** la manifestación de hemibalismo en evento vascular cerebral (EVC) ocurre en el 1-3% de todos los casos, lo cual lo vuelve una presentación rara de una enfermedad frecuente. El EVC se presenta en 1.5-4/1000 habitantes a nivel mundial y 8/1000 habitantes en México, siendo la 3<sup>o</sup> causa

de discapacidad y muerte, con una mortalidad del 53.1%. Los trastornos de movimiento son unacompliación que remite en el 80% de los pacientes que la presentan y persiste solo en 20% de los casos, siendo una alteración de difícil control. La identificación temprana de EVC con esta presentación puede ayudar a optimizar la terapéutica, mejorar el pronóstico, evolución y mortalidad en estos pacientes. Presentamos este caso donde se pudo identificar una lesión isquémica en ganglios basales con lo que se confirmó el diagnóstico y se inició tratamiento con mejoría de la sintomatología.

#### **0119 Efecto terapéutico de oxígeno hiperbárico en miopatía mitocondrial. Reporte de un caso.**

*Cruz M,<sup>1</sup> Medina G,<sup>2</sup> Vera O,<sup>3</sup> García G,<sup>4</sup> Carranza A,<sup>5</sup> Jara L<sup>6</sup>*

<sup>1</sup> Coordinación de Investigación. <sup>2</sup> Medicina Interna. <sup>3</sup> Jefatura de Medicina Interna.

<sup>4</sup> Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Xalapa.

<sup>5</sup> Doctorado, Escuela Superior de Medicina, IPN. <sup>6</sup> Jefatura de Enseñanza e Investigación.

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

**Introducción:** las miopatías mitocondriales son enfermedades hereditarias caracterizadas por una alteración en la cadena respiratoria mitocondrial, con la consiguiente disminución de

producción de energía en forma de ATP y fatiga muscular. **Descripción del caso:** mujer de 51 años de edad que inició hace 35 años con fatiga, debilidad progresiva de mayor intensidad por las tardes, mialgias intensas generalizadas posterior a actividades cotidianas, contracturas musculares, caídas frecuentes. Evolucionó en un año hacia imposibilidad para mantenerse de pie, inactividad física y obesidad. Llega a nuestro hospital en 2005 con fuerza muscular 3/5 en las 4 extremidades y reflejos de estiramiento muscular 1/4. La electromiografía de 4 extremidades reportó potenciales pequeños, breves y aglomerados, concluyendo patrón miopático. La microscopía óptica de la biopsia muscular no mostró cambios distróficos (atrofia de fibras musculares), ni infiltrados inflamatorios. La reacción de DPNH (dinitrofenilhidracina) reportó disminución de NADH-citocromo reductasa 0.182 nmol/min/mg proteína (Ref: 0.197-0.839 nmol/min/mg proteína). Se concluyó el diagnóstico de Miopatía metabólica de tipo mitocondrial con afectación del complejo I+III Mitocondrial. Desde 2010 tratada con coenzima Q 10 (100 mg/día), L-carnitina (500 mg/día), vitamina E (400 UI/día), vitamina C (1 g/día) con escasa mejoría clínica. En 2011 inició sesiones de cámara hiperbárica, de 2012 a 2015 se administraron 240 sesiones (1 hora diaria, 20 días continuos, 3 veces al





año). Tras el tratamiento con oxígeno hiperbárico disminuyeron los internamientos, cesaron las caídas, mejoró su tolerancia al ejercicio y su calidad de vida lo cual fue evaluado con la escala de funcionalidad para enfermedades musculares, pasando de score 4 a 2 en el área de bipedestación y traslado; y de 3 a 2 en el score de función motora axial y proximal. Actualmente sin evidencia de efectos secundarios (lesiones baro traumáticas en tímpano, senos paranasales, cavidades huecas y pulmones), por lo cual se ha propuesto continuidad de las sesiones. **Conclusión:** el oxígeno hiperbárico puede ser una alternativa como tratamiento en las manifestaciones clínicas en la miopatía mitocondrial.

#### **0121 Atrofia cortical posterior como presentación atípica de enfermedad de Alzheimer: estudio clínico, electroencefalográfico, neuropsicológico y de neuroimagen**

Carrillo P,<sup>1</sup> Razo G,<sup>2</sup> Galicia M,<sup>1</sup> Brust H<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Rehabilitación, SSA. <sup>2</sup> Centro Médico de Ecatepec, ISSEMYM

**Antecedentes:** se estima que hay más de 24 millones de personas con demencia. El diagnóstico de la demencia puede ser un reto, especialmente cuando comienza con un cuadro atípico, lo cual se refleja en retraso diagnóstico. La frecuencia de presentacio-

nes atípicas en enfermedad de Alzheimer (EA) es de 14%, siendo de suma importancia el conocer las distintas formas de presentación para promover el diagnóstico y tratamiento precoz. Se describe un caso de atrofia cortical posterior (ACP) como una presentación atípica de EA con estudios neuropsicológico, electroencefalográfico (EEGq) y de neuroimagen, además de un gran retraso en el diagnóstico. **Descripción del caso:** femenino de 58 años de edad, profesora, sin antecedentes patológicos, inició hace 8 años con alteraciones progresivas en la lecto-escritura, hasta condicionarla imposibilidad para continuar laborando, desde hace 2 años comenzó a presentar desorientación y alteraciones de la memoria a corto plazo, así como alucinaciones visuales estructuradas. Durante este tiempo fue vista por diversos oftalmólogos, psicólogos y psiquiatras sin conclusión diagnóstica. El examen de fondo de ojo, reflejos pupilares y resultados de laboratorio fueron normales. La evaluación neuropsicológica presentó déficit de memoria anterógrada severa con signos de apraxia ideomotora, agrafestesia, amorfognosis, asternognosis y alteraciones en las funciones somatoestésicas. El EEGq mostró marcada disminución en la potencia absoluta, y desorganización generalizada. El análisis de potencia relativa indica una mayor proporción de

ritmos lentos delta y theta. La resonancia magnética mostró atrofia cortical generalizada con franco predominio en las regiones parietales posteriores de manera bilateral sin observar lesiones vasculares. **Discusión:** la ACP es una entidad clínica muy poco frecuente descrita por Benson en 1988, y se caracteriza por alteraciones en la percepción visual y disfunción parieto-temporal. El sustrato neuropatológico más común es la EA pero se han descrito otros como la demencia con cuerpos de Lewy e incluso enfermedad por priones. Presentamos un caso representativo de ACP con severas alteraciones visuales y espaciales iniciales con deterioro de memoria de aparición tardía, en la que se evidenció un gran retraso en el diagnóstico (8 años).

#### **0138 NeuroBehcet y respuesta radiológica a anti-TNF**

Pineda L, Lemus A, Carrasco L  
Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Introducción:** la enfermedad de Behcet es una vasculitis sistémica de etiología desconocida. Afecta a adultos jóvenes. Cursa con úlceras orales, genitales y uveítis, como afección sistémica. Las complicaciones neurológicas ocurren en 10 a 30% y en un 5% de los casos como manifestación inicial. Presentamos un caso de Neurobehcet y su respuesta

radiológica a anti-TNF. **Informe del caso:** hombre de 39 años. Inició con síndrome hemice-rebeloso y ataxia hemiparética izquierda súbita, lenguaje escandido, astenia, adinamia, fiebre y pérdida ponderal de 4 kg en un mes. La exploración física con lenguaje escandido y síndrome hemicerebeloso izquierdo. Cavity oral con úlceras dolorosas en lengua, carrillo, y en escroto lesiones ulcerosas. TC de cráneo: zona hipodensa en pedúnculos cerebelosos. RMN de cráneo: áreas hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 y FLAIR localizadas en puente y pedúnculo cerebeloso izquierdo en relación a infartos isquémicos secundarios a vasculitis. Los estudios se iniciales se reportaron normales, se descartaron procesos infecciosos a nivel del SNC y con estudios de autoinmunidad negativos. Punción lumbar: 63 células con 100% mononucleares, 50 mg/dL de glucosa y 35 mg/dL de proteínas. Se trató inicialmente con prednisona/azatioprina con mejoría de úlceras y sintomatología neurológica. En la evolución cursó con parálisis del VII nervio craneal derecho y cuadros de cefalea intensa recurrente, manejado con pulsos de esteroide y ciclofosfamida mensuales por 2 años (30 gr). A pesar del manejo presentó recaída radiológica a nivel de lóbulo temporo-parietal izquierdo y progresión neurológica. Se manejó con infliximab 3 dosis cada 8 semanas con

respuesta radiológica, pero sin mejoría de la afección neurológica ya establecida. **Conclusiones:** eEste caso se caracterizó por afección predominantemente en tallo cerebral debido a infartos isquémicos de tipo vasculítico, así como meningitis linfocitaria, indicativos de inflamación activa. Hubo mejoría a la aplicación de esteroide y pulsos de ciclofosfamida, sin embargo con recaídas de tipo vasculitis y progresión neurológica, con el uso de anti-TNF presentó respuesta radiológica, sin embargo el daño neurológico fue irreversible, motivo de su suspensión.

#### 0145 Síndrome de Wallenberg. Reporte de un caso

*Fonseca G, Tinoco M, Hernández G*

Hospital General Ticoman, SSA

**Descripción del caso:** hombre 41 años sin antecedentes importantes, inicia con cefalea y alteraciones en sensibilidad de hemicara izquierda y lenguaje, náuseas y vómito. Acude a clínica donde reportan TA 210/100 e inician antihipertensivos orales. Trasladado al hospital por mayor disminución de fuerza en hemicuerpo, ptosis palpebral y desviación de la comisura labial. Valora medicina interna quien encuentra ptosis palpebral izquierda, velo de paladar asimétrico con caída del lado derecho. A la laringoscopia se observa cuerdas vocales con pérdida del tono,

hipocinéticas. Dismetría, disdiadococinesia y lateropulsión a la izquierda. Realizan resonancia magnética se observa aumento de intensidad de señal a nivel del bulbo y en pedúnculo cerebeloso caudal izquierdo (Figura). **Diagnóstico:** Síndrome de Wallenberg, infarto bulbar y de cerebelo secundario a emergencia hipertensiva. Inician Enoxaparina, Warfarina 2.5 mg/día y Enalapril 10mg cada 12 horas. Se envió a neurología y servicio de Rehabilitación.



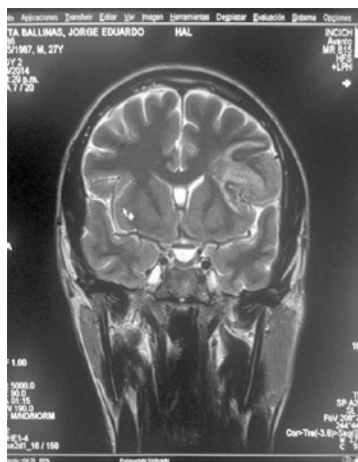
#### 0152 Cerebritis como complicación neurológica de endocarditis infecciosa en un paciente con aorta bivalva

*Calzada P, Vallejo L, Padilla N, Rivera D*

Centro Médico Ecatepec, IS-SEMYM

**Introducción:** el término cerebritis se relaciona a una zona inflamada del cerebro, la cual favorece la formación de un absceso. Las lesiones neurológicas secundarias a endocarditis

se presentan en 40% de los pacientes y son la primera manifestación en 10% de ellos; siendo la segunda causa de mortalidad después de la sepsis. Se manifiesta con cefalea inespecífica asociada a fiebre y en el 46% de los casos existe valvulopatía aortica preexistente. La fase de cerebritis comprende de 1-10 días desde la migración de un émbolo séptico e incluye la aparición de edema localizado y activación de la microglia en respuesta a un proceso infeccioso. **Descripción del caso:** masculino de 27 con aorta bivalva, que presenta cefalea, abulia, distimia y fiebre, documentando zona hiperdensa en región fronto-parietal (Figura). Punción lumbar normal. Hemocultivos positivos y vegetaciones en válvula aortica; mejora la sintomatología neurológica con la administración de Ceftriaxona 2 gr cada 12 horas después de 7 días de tratamiento.



### 0186 Enfermedad de Devic. Reporte de caso

*Lopez D, Morones I, Salgado T, Gonzaga T, Santillán W, Reyes I, Hernández R, Paz A, Reyes A, Teran J, Castro L*

Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** la enfermedad de Devic o neuromielitis óptica (NMO) es un padecimiento caracterizado por desmielinización y daño axonal severo mediado por alteraciones inflamatorias y autoinmunes con afección a nervios ópticos y medula espinal. Se distingue de la Esclerosis múltiple (EM) por un autoanticuerpo específico sérico IgG NMO o anti acuaporina 4 (AQP4) que se une a canales de agua en el sistema nervioso central. **Descripción de casos:** femenino 61 años con Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión arterial sistémica. En el 2014 cursa con neuritis óptica izquierda, Resonancia magnética (IRM) de cráneo sin lesiones desmielinizantes, que mejora a la administración de metilprednisolona. En mayo del 2015 acude por dorsalgia, alteraciones de sensibilidad, y dificultad a la marcha. A la exploración destaca nivel sensitivo T2, hemicuerpo izquierdo con fuerza 4/5, hiperreflexia y babinski. Paraclínicos: Anti AQP4 positivo, IRM con protrusión discal de C2/C3, C3/C4 y C4/C5, e hiperintensidad medular de C6 a T6 compatibles con mielitis transversa longitudinal. Se inició tratamiento

con metilprednisolona, y en Junio rituximab 4 dosis 500 mg, presentando mejoría de los síntomas en un 65%. **Discusión:** la NMO tiene una prevalencia en México de 1 por cada 100 000 habitantes, predomina en mujeres, presentación promedio a los 39 años. Clínicamente cursa con neuritis óptica, mielitis transversa longitudinal extensa y seropositividad para AQP4, en ausencia de sarcoidosis, vasculitis, lupus o lesiones compatibles con EM. El tratamiento de los brotes es con metilprednisolona, mientras que el uso de inmunosupresor como azatioprina o rituximab se han relacionado con la disminución de recaídas anuales y secuelas. El diagnóstico y tratamiento oportuno disminuye el riesgo de complicaciones ya que el 60 al 90% de los pacientes presentan recaídas en 1 a 3 años. **Conclusiones:** la NMO constituye un reto diagnóstico, por lo que es imperioso realizar una adecuada historia clínica, exploración neurológica detallada, y estudios de gabinete, que permitan diferenciar de otras enfermedades como EM. La medición de anti AQP4 puede establecer el diagnóstico, reconocer formas atípicas y así dirigir terapias específicas. Aún falta mucho por entender sobre esta enfermedad, aunque su incidencia es baja, su curso clínico y recaídas generan grandes secuelas con disminución de la calidad de vida.

### 0198 Meningitis aséptica secundaria a aplicación de inmunoglobulina en una paciente con síndrome de Miller-Fisher

Soberanis P, Sánchez R, Torres J, Skromne E, Cataneo A  
Hospital Ángeles Lomas

**Introducción:** dentro de las variantes de Guillain Barré está el síndrome de Miller Fisher (arreflexia, ataxia y oftalmoplejía), el cual representa 1 – 7%. Más del 50% tienen como antecedente una infección. Diagnóstico es clínico y uso de velocidades de conducción como apoyo. Dentro de los tratamientos se ha descrito el uso de Ig. Presentamos el caso de una paciente con síndrome de Miller Fisher que recibió Ig IV. Posteriormente desarrolló un cuadro de meningitis aséptica por el uso de Ig. **Descripción del caso:** femenino de 21 años con antecedente de gastroenteritis. Inició su padecimiento actual 12 horas previas con cuadro vertiginoso acompañado de náusea, vómito y cefalea. El examen neurológico a su llegada solo con ataxia de tronco con lateralización hacia la derecha e hiporreflexia hemicuerpo izquierdo. Resonancia de cráneo sin alteraciones y velocidades de conducción con presencia de ondas F, las cuales sugirieron alteración en las porciones proximales de nervios motores. Sus laboratorios únicamente con linfopenia e hipofosfatemia. Durante el primer día desarrolló diplopía,

oftalmoparesia de recto inferior del ojo izquierdo, nistagmus multidireccional, arreflexia generalizada y ataxia de tronco. Anticuerpos GQ1b reportados en 1:100. Se administró Ig a dosis de 100g (2g/kg). A las 24 horas la paciente presentó cefalea incapacitante, acompañada de fonofobia y fiebre, por lo que se decidió realizar punción lumbar obteniendo líquido transparente con pH 8.0, proteínas 35, DHL 68, glc 52, eritrocitos 2503 y leucocitos 550 con 74% polimorfonucleares, coagulación negativos, tinción de gram y cultivo sin desarrollo. A pesar de que podría tratarse de un cuadro de meningitis aséptica secundaria a uso de inmunoglobulina, por la presencia de eritrocitos y polimorfonucleares fue valorada por infectología quien inició manejo empírico con ceftriaxona y ganciclovir, que fueron suspendidos tras recibir PCR herpes y CMV reportados como negativos. Posteriormente su cuadro fue progresando favorablemente y al ser todos los estudios serológicos negativos se egresó a domicilio. **Discusión:** dentro de los efectos adversos de la Ig se encuentra la meningitis aséptica. Puede acompañarse de fiebre y pleocitosis como en nuestro caso. Suele remitir sola, estudios han intentado uso de glucocorticoides. En nuestro caso utilizamos manejo sintomático.

### 0199 Síndrome de Miller-Fisher en un paciente con artritis reumatoide en tratamiento con Abatacept

Sánchez R, Soberanis P, Alcántara I, Díaz E, Skromne E  
Hospital Ángeles Lomas

**Introducción:** es más común el uso de biológicos como tratamiento de enfermedades inflamatorias como artritis reumatoide y se ha visto que pueden provocar efectos adversos neurológicos, como síndrome de Guillain Barré y su variable Miller Fisher, más con los antagonistas TNF alfa. Presentamos un paciente con antecedente de artritis reumatoide en tratamiento con abatacept, un modulador selectivo de linfocitos T, que presentó síndrome de Miller Fisher. **Descripción del caso:** masculino de 65 años de edad con antecedente de artritis reumatoide de 5 años de diagnóstico, en tratamiento con abatacept. Que presentó infección respiratoria 3 días previos y después un cuadro de mareo, visión borrosa, diplopía y marcha atáxica que progresó hasta imposibilitar la deambulacion. En urgencias se encontró hipertenso e hiposódico, con marcha atáxica, oftalmoplejia izquierda e hiporreflexia generalizada. Al inicio de su hospitalización progresó el cuadro con oftalmoplejia bilateral completa, pupilas arreflécticas, midriáticas y anisocóricas, leve ptosis palpebral y arreflexia genera-

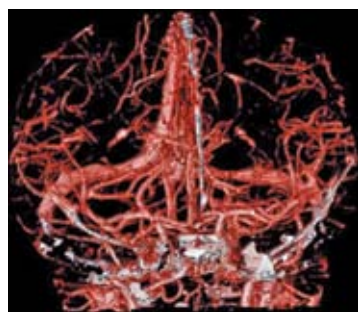
lizada. Se realizó estudio de conducción nerviosa sensorial que reportó polineuropatía sensitiva, incipiente de tipo axonal, compatible con Síndrome Miller Fisher. Debido a estos hallazgos, se inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa en dosis de 2g/kg, en total 130g. AntiG1Qb 1:1600. Durante su estancia presentó dermatosis localizada en región lumbosacra, tórax posterior y ambas fosas cubitales, caracterizada por ronchas y habones, con bordes activos, color rosa intenso, que progresó con prurito generalizado y evolucionaron a tipo ampollas, sobre piel infiltrada y placas eritematosas de bordes fistoneados y activos. Se decidió toma de biopsia la cual reportó dermatitis neutrofílica autoinmune. Al final de su internamiento prácticamente sin lesiones residuales y neurológicamente con respuesta pupilar y mejoría de movimientos oculares. Se egresa a casa con mejoría. **Discusión:** hemos revisado artículos y visto que pacientes bajo tratamiento con biológicos, principalmente antagonistas TNF alfa, han presentado como eventos adversos enfermedades desmielinizantes, principalmente síndrome de Guillain-Barré, y su variante Miller Fischer. La causa de nuestro paciente podría ser infecciosa, sin embargo estos hallazgos en la literatura no nos permiten descartar una asociación con el uso del abatacept.

#### **0204 Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible. Reporte de un caso y revisión de literatura**

*Alvarez C, Martínez E, Pérez J, Gutiérrez L*

Hospital General de Pachuca, SSA

**Introducción:** el síndrome de vasoconstricción cerebral reversible se caracteriza por cefaleas severas, así como vasoconstricción segmentaria difusa de arterias cerebrales que resuelven de manera espontánea en un lapso de 3 meses, secundarias a disregulación transitoria del tono vascular. Más frecuente en mujeres, hasta el 90% en puerperio fisiológico. Angiografía cerebral directa (transfemorales) o indirecta (tomografía o resonancia) necesarias para el diagnóstico. El tratamiento se basa en analgésicos, anticomiales y calcioantagonistas. **Descripción del caso:** femenino de 25 años de edad, inicia 3 días posterior a parto con cefalea intensa 9/10, de predominio en región occipital, acompañada



de náusea y vómito, angiografía reporta estenosis en porción central de arteria del surco central, rama de la cerebral izquierda. **Conclusiones:** debido a que su subdiagnóstico produce un aumento en la morbimortalidad materna en 2007 se realizó consenso para unificar criterios diagnósticos y tratamiento.

#### **0208 Síndrome medular no traumático en un hospital de la frontera norte de México**

*Garnica C, Acosta A, Espinosa M*

Hospital General de Tijuana, SSA

**Introducción:** la lesión a estructuras neurales en el canal medular resulta en déficit neurológico que puede ser irreversible. Este daño es causado por etiologías traumáticas o no traumáticas, siendo las últimas las menos estudiadas. **Objetivos:** describir características clínicas, causas y pronóstico de pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna (MI) con síndrome medular (SxM). **Material y métodos:** estudio de cohorte de pacientes con diagnóstico de SxM, ingresados al servicio de MI del año 2014 a 2015. Se analizan las características de los pacientes y se compararon. **Resultados:** abril 2014 a abril 2015 ingresaron a MI 924 pacientes. 15 (1.62%) con SxM. 53% hombres y 47% mujeres, edad media 47 años. 7 causas infecciosas (6

tuberculosis y 1 *S. Aureus*) y 8 oncológicas. SxM por cáncer tuvo mortalidad del 75% y por infección el 14.28%, además recuperación mayor de esta última. **Conclusiones:** el SxM por cáncer tiene alta mortalidad, y la causa infecciosa impactó en la función de pacientes.

### 0212 Síndrome de Miller-Fisher en el paciente geriátrico: a propósito de un caso

Arias N,<sup>1</sup> Anaya N,<sup>1</sup> Aguayo O,<sup>1</sup> Vargas A<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Regional 46 Lázaro Cárdenas de Guadalajara, Jalisco, IMSS

<sup>2</sup> Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez

**Introducción:** en 1956 se describió por primera vez el Síndrome de Miller Fisher (SMF) en una serie de tres casos que presentaban oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. El SMF es una rara variante del Síndrome de Guillain Barré representando el 5% de los casos. Su incidencia es de 0.09 por cada 100 000 habitantes. El promedio de edad es a los 40 años y suele presentarse 10 a 15 días después de un cuadro infeccioso usualmente causado por *Campylobacter jejuni* (21%), *Haemophilus Influenzae* (8%), *Citomegalovirus* (3%) y *Mycoplasma Pneumoniae* (3%). La asociación del SMF con dichos agentes es debido a que estos últimos expresan lipooligosacáridos que presentan un

mimetismo molecular con los gangliósidos GD3, GT1, GQ1b o GD1C que se presentan en los nervios periféricos dando lugar a la característica triada sintomática. **Descripción del caso:** mujer 80 años, toxicomanías e infeccioso negado, Hipertensión arterial sistémica hace 25 años en control. Inició padecimiento hace 1 año con visión borrosa y diplopía bino ocular. EF: neurológico Nervios craneales: II.-Agudeza visual 20/200 bino ocular, III, IV, VI.- Oftalmoplejía total con midriasis 6mm, arrefléctica y blefaroespasmos. Motor: fuerza muscular global 5/5, REMs 0/++++ global, resto sin alteraciones, cardiopulmonar sin alteración, abdomen sin megalias. Labs: Hb: 12.7 gr/dl, plaquetas: 269 mil, leucocitos: 8.2, Neutrófilos: 4.16, Linfocitos: 2.26, Líquido Cefalorraquídeo: Normal, Anticuerpos anti GQ-1b: positivos (1:12,800), TAC de cráneo: atrofia cerebral cortico-subcortical. Tratada con Inmunoglobulina 0.2gr kg/día por 5 días, con leve mejoría, persistiendo diplopía.

**Discusión:** Odaka et al, establecieron criterios diagnósticos: oftalmoplejía, ataxia progresiva, hiporreflexia o arreflexia. Los anticuerpos anti-GQ1b son positivos en el 97.3%, como en el caso de la paciente, siendo útil su determinación no sólo para confirmar esta patología, sino para excluir diagnósticos diferenciales. El tratamiento con plasmaféresis o inmunoglobulina no influye en el pronóstico y

evolución de los pacientes con SMF. Esta paciente cuenta con criterios clínicos y bioquímicos para concretar el diagnóstico. **Conclusión:** por la baja incidencia de esta patología, es trascendental la sospecha diagnóstica ante la presencia de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia, ya que una mayor edad se asocia a peor pronóstico y recidiva.

### 0248 Síndrome de neurona motora inferior de causa vascular: oclusión aguda de aorta

López A, Villagómez E, García E, Romero L

IMSS UMAET1, Centro Médico Nacional Bajío

**Antecedentes:** La oclusión aguda de aorta (OAA) se presenta del 1-2%, solo 2 casos reportados con cuadro inicial de paraplejía. Caracterizado por dolor agudo de miembros pélvicos (MsPs) y parálisis progresiva. **Objetivo:** Considerar la OAA como causa de síndrome de motoneurona inferior. **Caso:** Hombre, 81 años. Antecedentes: Tabaquismo, hipertenso, neumópata y nefrópata en diálisis peritoneal. Inicia con paraplejía súbita, nivel sensitivo T10, hipotermia de MsPs, sin pulsos femorales, poplíteos y pedios bilaterales, arreflexia, llenado capilar retardado, dolor abdominal difuso y esfínter anal atónico. Angiotomografía con oclusión aórtica total a nivel infrarrenal. Paraclínicos: CPK 24367 U/l, ácido úrico 11.7

mg/dl, potasio 6.5 mmol/l; electrocardiograma: fibrilación auricular. Manejo: Enoxaparina, muere a 4 horas de su ingreso.

**Conclusiones:** La OAA debe diagnosticarse en pacientes con riesgo cardiovascular y cuadro súbito de paraplejía, el tratamiento oportuno modifica el pronóstico.

#### 0254 Síndrome de Wernicke-Korsakoff. Reporte de caso

*Gallegos Ó, Huerta S*

SSA, Hospital General Ticomán

**Antecedentes:** Masculino de 26 años, católico, primaria incompleta, albañil. Infección por virus hepatitis A en la infancia sin complicaciones. Etilismo positivo desde los 13 años, patrón semanal de consumo, destilados y fermentados, 1000 cc. Tabaquismo positivo, IT 7 paquetes año. Consumo de solventes ocasionalmente desde hace 3 años. Hospitalizaciones previas por síndrome supresión etílica. Resto interrogados y negados PA: tras haber suspendido ingesta de bebidas etílicas durante 15 días (2000 cc al día) presenta ansiedad, agitación psicomotriz, temblor distal y alucinaciones auditivas, visuales y conducta agresiva y una crisis convulsiva tónica clónica generalizada. Durante su estancia se maneja como síndrome supresión etílica, con profilaxis para Encefalopatía Wernicke con tiamina 200 mg IV c 24 hrs durante 3 días. Habiéndose resuelto el cuadro clínico. A la

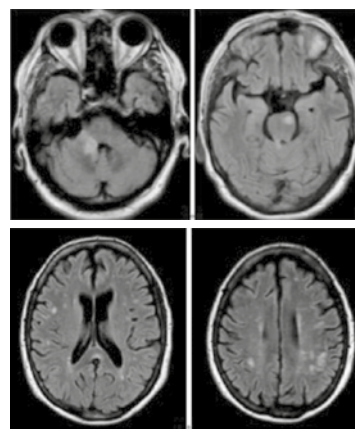
EF se documenta paresia del 6to par bilateral, ataxia, y desorientación así como episodios de confabulación y alucinaciones visuales. **ANÁLISIS:** masculino con dependencia al alcohol, que presenta cuadro sugestivo de encefalopatía Wernicke debido a la presencia de ataxia cerebelosa, oftalmoplejía y alteración del estado mental. Ante tal sospecha diagnóstica se solicitan niveles séricos de tiamina (10 nmol/L) confirmando dicho diagnóstico. En la TAC simple de cráneo se documenta atrofia cortical generalizada así como ventriculomegalia. Se realiza MRI cráneo donde se documenta atrofia corticosubcortical severa + hiperintensidad periventricular bilateral en secuencia T2, compatibles con Encefalopatía Wernicke. Se agrega al cuadro clínico la presencia de alucinaciones visuales y táctiles así como confabulación y periodos de agresividad, con dichas manifestaciones se integra cuadro de Psicosis de Korsakoff. Se inicia manejo con Tiamina 500 mg IV c 24 hrs x 14 días, con escasa mejoría tras el tratamiento. **Objetivo:** diagnóstico oportuno y profilaxis para Encefalopatía Wernicke en pacientes con dependencia al alcohol.

#### 0264 Encefalomiелitis diseminada aguda

*Hernández M,1 Morales A,1 Orozco J,1 Hernández D,2 Valencia R1*

1Privado, Hospital Ángeles, Clínica Londres, 2SSA, Hospital General de México

Femenino de 67 años valorada por disminución de fuerza de las 4 extremidades, disartria, vértigo e hipertensión de 7 días de evolución. Antecedente de neumonía 10 días previos. Se realiza RM:proceso isquémico en pedúnculo cerebeloso derecho y bulbo sin descartar proceso desmielinizante. LCR: agua de roca, células -, glucosa 129mg/dl, proteínas 37mg/dl, Gram -. Sin bandas oligoclonales. Cultivos -, EEG:Enlentecimiento focal y difuso de la actividad basal. Al segundo día presenta amaurosis bilateral, se inicia pulsos de metiprednisolona sin mejoría. Inicia inmunoglobulina humana sin mejoría. Persiste hipertensa, con disartria, hipotonía, amaurosis y papiledema. La Encefalomiелitis Aguda Diseminada un desorden inflamatorio



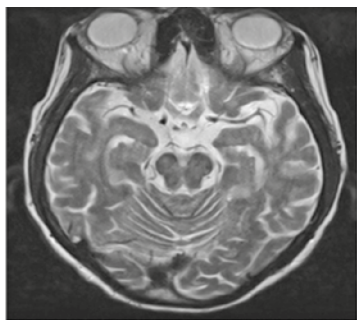
desmielinizante inmunomediado no vascular, monofásico del sistema nervioso central caracterizado por manifestaciones pleiotrópicas con lesiones de desmielinización multifocal por neuroimagen. El diagnóstico es clínico, por lo que se reporta este caso.

**0285 Leucoencefalopatía multifocal progresiva por virus jc a propósito de un caso en un paciente con VIH-sida en tratamiento con antirretrovirales**

*Pérez K*

ISSSTE, Hospital General Fernando Quiroz Gutiérrez

La leucoencefalopatía multifocal progresiva por virus JC causa desmielinización de sustancia blanca, 80% curso asintomático, LMP desarrolla con alteración de inmunidad celular, sida causa más común. Caso clínico de LMP en VIH-SIDA, resaltando enfoque diagnóstico actual. Masculino de 49 años en tratamiento con antirretrovirales. Inicio súbito con confusión, alteraciones conductuales, agitación psi-



comotriz, desorientación, ansiedad, bradilalia, cefalea, paresias, pérdida de fuerza muscular, ataxia, sin irritación meníngea. Carga viral 7019 copias, Linfocitos TCD4 < 140, PCR de LCR: virus JC positivo, LCR: normal, biopsia: compatible con LMP, TAC cráneo: Afección sustancia blanca, RM: desmielinización sustancia blanca. En esta entidad necesarios 4 criterios a) infección por VIH b) sexo masculino c) clínica neurológica multifocal d) neuroimagen e) virus JC por PCR en el LCR. Clínica y estudios de imagen con PCR positiva para elVJC nos orientan hacia el diagnóstico sin recurrir a biopsia.

**0290 Presentación inicial en la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob. Reporte de un caso**

*Gamboa R*

SSA, Hospital Universitario UANL

**Introducción** La enfermedad de Creutzfeldt- Jakob (ECJ) fue descrita en 1921 y pertenece a las Encefalopatías Espongiformes (ES), asociada a la proteína celular priónica (PrPc).1-3 Una incidencia 0.5 a 1.5 casos por millón/año a nivel mundial.1-2 Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: demencia rápidamente progresiva (DRP) (69%), extrapiramidalismo (50%), disfunción cerebelosa (46%), alteraciones conductuales (46%), mioclonías (46%).3,4

**6-8. Objetivo y métodos.** Reporte de un caso con ECJ. Revisión de la literatura y su correlación con nuestro caso. Caso clínico Mujer de 65 años, con antecedentes de insomnio mixto de 1 año de evolución. Inicio aprox. 2 meses antes de su ingreso al presentar alteraciones en la memoria reciente y ejecutoria, fluctuaciones en el estado de ánimo, conducta impulsiva e irritable. A esto se agrego alteraciones en lenguaje, disfagia y hemiparesia derecha. Exploración: desorientada, agitación psicomotriz, disfórica, labilidad emocional, caracterizada por periodos de risa y llanto, soliloquios y alucinaciones visuales. Hemiparesia derecha, hipertonicidad e hiperreflexia universal. Dismetría y disdiadocosis. Nistagmos horizontal bilateral hacia la derecha. IRM: Restricción e hiperintensidad en núcleos caudales en T2 y FLAIR, EEG: ritmo lento, irregular, ondas delta. Citoquímico de LCR normal. Proteína 14.3.3 positivo. Durante su estancia hospitalaria se agregaron mioclonias, afasia motora y reflejos de liberación frontal, su sintomatología progreso hasta el mutismo aquinetico. Fallece 4 meses posteriores al inicio del cuadro clínico. Los hallazgos anatomopatológicos fueron compatibles con ECJ. **Conclusiones:** La descripción de nuestro caso clínico concuerda con lo descrito en la literatura





mundial. En 44% de los pacientes su presentación inicial son síntomas psiquiátricos y en el 25% de los pacientes presentan sintomatología psiquiátrica como una fase prodrómica de la enfermedad.<sup>4-9,10</sup>

### **0293 Síndrome neuroléptico maligno; presentación de un caso**

*Solano N, Cornejo S, Castro P*  
IMSS, Hospital General de Zona 48, San Pedro Xalpa

El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una amenaza para la vida, constituye una complicación infrecuente secundaria al uso de neurolépticos caracterizada por un síndrome clínico constituido por alteraciones del estado mental, rigidez, fiebre y disautonomía; con una incidencia del 0.02-3% (paciente que toman neurolépticos) y mortalidad entre 10 y 38%. Se presenta el caso de paciente femenina de 72 años con diagnóstico de Psicosis paranoide desde hace 30 años tratada con Haloperidol, 0.8 mg / 24 hrs, Biperideno 2 mg /24 hrs, diacepam 2 mg/24 hrs. Ingres a servicio por diarrea de 4 días de evolución, 6 evacuaciones/día, hiporexia, vomito de contenido gastroalimentario en 7 ocasiones. Se agrega alteración del estado de alerta, diaforesis, sialorrea y dos episodios de crisis convulsivas por lo que acuden a urgencias. A su ingreso, obnubilada con rigidez muscular apendicular y fiebre > 38.5, por

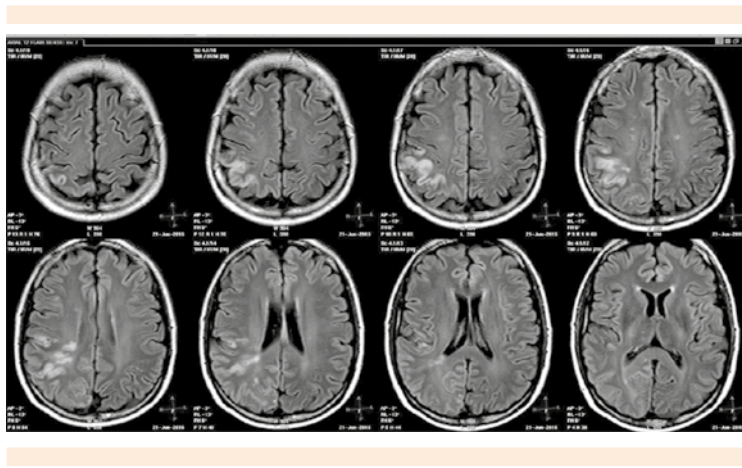
paraclínicos con hiponatremia hipoosmolar, elevación de enzimas musculares (CK 2421) y leucocitosis (18000/mm<sup>3</sup>). Sin evidencia de foco infeccioso. Por estado neurológico se realiza tomografía de cráneo, sin evidencia de datos de lesión reciente. Por sospecha de Sx Neuroléptico Maligno, se realiza diagnóstico de exclusión se solicitó panel viral y hormonal sin alteraciones, cultivos diversos negativos. Concluyéndose Síndrome Neuroléptico maligno, se suspende antipsicótico atípico, hidratación parenteral, se inicia tratamiento con agonista D2 (bromocriptina) a dosis de 10 mg en 24 hrs. Evolución lenta con progresiva respuesta al tratamiento, sin presencia de fiebre, disminución de la rigidez muscular, bioquímicamente con descenso constate de enzimas musculares, disminución de la leucocitosis, sin afección a nivel renal. A pesar de los posibles factores de riesgo descritos en la literatura médica para el desarrollo del SNM, la incidencia baja de este hace que las medicaciones causantes se puedan usar con tranquilidad cuando un paciente las requiera bajo el más estricto criterio médico, pero siempre se debe vigilar si se presentan síntomas sugestivos para hacer un diagnóstico temprano y un tratamiento rápido y adecuado.

### **0297 Cáncer como estado de hipercoagulabilidad: miembro**

### **toracico fantasma secundario a stroke en paciente anticoagulado con rivaroxaban**

*Violante A, Palma R, Aguayo A, Carrillo R, Torres G*  
Privado, Hospital Ángeles del Pedregal

Masculino de 43 años, colangiocarcinoma de 1 año de diagnóstico, TVP de miembro pelvico derecho y vena profunda del pene en tratamiento actual con Rivaroxaban 20 mg cada 24 horas. Ingres a por sensación de miembro torácico izquierdo "fantasma": no reconoce su movimiento inclusive al pasar por su campo visual cree que se trata de alguien que paso cerca de el y se inquieta al ver que es su extremidad la que esta viendo, no logra realizar movimientos coordinados con dicha extremidad. RMN en secuencia Stroke con EVC isquemico parietal derecho. Abordaje con Holter, Ecocardiografía, Doppler Carotideo, Perfil de trombofilia no documentan etiologia. El cancer condiciona un estado de hipercoagulabilidad con Mecanismos complejos, de alta variabilidad interindividual y no entendidos del todo con Dificultad diagnostica, atribuyendose actualmente a una hipersecrecion de mucina, liberacion de factor tisular, proteina c asociada a cancer siendo las LMWH las unicas demostradas superiores a placebo



**0331 Disociación cito-proteica en líquido cerebrospinal para el diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré (SGB): experiencia en el Hospital Dr. Manuel Gea González**

*Paredes E, Olguín A, Gordo E SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González*

En los pacientes con sospecha clínica de SGB se debe realizar punción lumbar para descartar enfermedades infecciosas o malignidad. El examen del líquido

cerebrospinal (LCE) demuestra típicamente un incremento en las proteínas y valor normal de leucocitos (disociación cito-proteica (DCP): proteínas >0.55 g/L, sin elevación en células: < 5 células/mm<sup>3</sup>). Sin embargo, la DCP se observa en menos del 30% de los pacientes en la primera semana del inicio de síntomas, y hasta en el 75% en la tercera semana. Presentamos seis casos confirmados de SGB por Criterios de Asbury y Cornblath en el Hospital Gea

González. Describimos la presencia de DCP al momento del diagnóstico. Como parte del abordaje se realizó: velocidades de neuroconducción, cultivo, análisis citoquímico y citológico de LCE. Todos recibieron tratamiento con inmunoglobulina IV durante 5 días. El 50% de los pacientes presentó DCP. Este hallazgo debe ser interpretado con precaución para el diagnóstico; la clínica es cardinal.

**0341 Demencia de rápida progresión secundaria a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob definitiva. Reporte de caso. ISSEMYM Toluca.**

*Jiménez S,<sup>1</sup> Rodríguez J,<sup>1</sup> Graziano P,<sup>2</sup> Jiménez J<sup>2</sup>*  
 1Otra, ISSEMYM Toluca, 2IMSS

**Introducción:** La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD) es una patología transmisible del sistema nervioso central, con una incidencia mundial de 0.5-1.5 casos por millón de habitantes, siendo la variante esporádica la más frecuente, la edad promedio de presentación es de 50 años, el diagnóstico definitivo es histopatológico (patrón esponjiforme y depósitos planos intracelulares difusos de amiloide). En México se han descrito solo 3 casos definitivos. **Caso clínico:** Femenino de 48 años de edad, la cual habita en pobreza extrema y convivencia con animales domésticos. No cuenta con enfermedades crónicas degenerativas. Cuadro clínico de 6 meses de evolu-

| Paciente | Edad | Género | Tiempo de punción lumbar (días posteriores a inicio de debilidad) | Características de LCE |           | Cultivo LCE | Velocidad de neuroconducción                                       | Acs Anti-GQ1B |
|----------|------|--------|---|------------------------|-----------|-------------|--|---------------|
|          |      |        |   | Células                | Proteínas |             |  |               |
| 1        | 56   | M      | 2   | 2                      | 40        | Negativo    | Polineuropatía motora pura, muy severa (AMAN)                      | NA            |
| 2        | 45   | M      | 2   | 0                      | 107       | Negativo    | Polineuropatía sensitivo-motora severa (AMSAN)                     | NA            |
| 3        | 39   | F      | 9   | 1                      | 23        | Negativo    | Polineuropatía motora pura moderada por degeneración axonal (AMAN) | NA            |
| 4        | 72   | M      | 4   | 1                      | 66        | Negativo    | NA   | Negativos     |
| 5        | 42   | M      | 2   | 0                      | 16        | Negativo    | Polineuropatía sensorial (AMSAN)                                   | 1:6400        |
| 6        | 70   | F      | 3   | 1                      | 220       | Negativo    | Polineuropatía motora pura (AMAN)                                  | NA            |

- Guillain, G. Les polyradiculonévrites avec dissociation électrocytologique et évaluation française (syndrome de Guillain et Barré). *J. Neurol. Psychiatr.* 1954;34:323-326.  
 - van Doorn PA, Raaijmakers RM, Jacobs BC. Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. *Lancet Neurol.* 2009; 7:939-50.  
 - van Doorn PA. Diagnosis, treatment and prognosis of Guillain-Barré syndrome. *Immuno-Mediated Neuropathies. Current Medical Reviews.* 2013;42:4185-4203.  
 - Dominko TMM, Berthia E, Guillain-Barré Syndrome and Variants. *Neural Clin.* 2013; 31: 491-519  
 - Fall N, Hartung HP. Guillain-Barré Syndrome. *N Engl J Med.* 2012;366:2269-78  
 - Wang A et al. Cytotoxicology: Association in Asian patients with Guillain-Barré and Miller Fisher syndromes. *Journal of the Peripheral Nervous System* 2013; 20:47-51



ción con cefalea, demencia progresiva, amaurosis, cuadriparesia, ataxia, mioclonias y crisis convulsivas generalizadas. Fue manejada en unidad de cuidados intensivos con el diagnóstico de estatus epiléptico refractario. Punción lumbar: pleocitosis linfocitaria, hiperproteíorraquia, Acs: ANA 1:60, Anti-DNA 19.41, TORCH negativo, TSH 4.39, marcadores tumorales negativos, Panel viral para VHB, VHC y VIH negativo, serología para Rickettsia y Chlamydia negativo, PCR en LCR para micobacterias negativo, serología en LCR para Coxsackie, Epstein Barr, Echo virus, herpes virus negativos. TAC abdomen simple y con contraste IV normal, panendoscopia normal. Electroencefalograma con actividad cortical irritativa continúa generalizada, rítmica, en tripletes y con lateralización a hemisferio izquierdo, RMN T2 y Flair con hiperintensidad giral generalizada y en ganglios basales. Biopsia cerebral: Tejido cerebral frontal con encefalopatía esponjiforme con infiltrados amiloides. Actualmente paciente en estado vegetativo. **Conclusión:** este caso representa el 4°. Diagnóstico definitivo de CJD en México. Resaltamos la importancia epidemiológica que esto implica, contemplamos la probabilidad de un caso esporádico, sin embargo actualmente se encuentra sujeto a investigación epidemiológica. La enfermedad presenta una evolución rápida, así como un

mal pronóstico para la vida y la función, no se conoce un tratamiento específico. Representa un reto diagnóstico por la complejidad del cuadro, lo especializado de los estudios paraclínicos complementarios y lo poco accesible de los mismos. Resaltamos la falta de un sistema de reporte epidemiológico para esta enfermedad en México.

### **0370 Síndrome opsoclonus-mioclonus en un paciente con hipertricosis congénita ligada al cromosoma X, diagnóstico reciente de VIH y romboencefalitis por tuberculosis**

Vargas T,<sup>1</sup> Fonseca S,<sup>1</sup> Parada J,<sup>1</sup> Sánchez M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SSA, Hospital Metropolitano Bernardo Sepúlveda,; <sup>2</sup>Privado, Hospital San José

**Antecedentes:** El síndrome opsoclonus-mioclonus (OMS) es una entidad poco frecuente, presentándose en 1 de cada 10,000,000 personas. Se caracteriza por movimientos oculares sacádicos, multidireccionales y continuos, con mioclonías generalizadas. Las principales condiciones asociadas son: neoplasias, infecciones, autoinmunidad o idiopáticas. Aunque la infección por VIH y Tuberculosis (Tb) son causas conocidas, existen escasos reportes en la literatura con ambas infecciones de forma concomitante. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con diagnóstico de VIH y romboencefalitis por Tb,

que presenta OMS. **Informe de caso:** Paciente masculino de 47 años de edad con antecedente de hipertricosis congénita que inicia 5 días previos a su ingreso con ataque al estado general, fiebre, hiporexia, somnolencia. Al ingreso con agitación psicomotriz, opsoclonus, mioclonías multifocales y temblor de intención. En laboratorios con bicitopenia. ELISA y Western-Blott para VIH positivo. Se inició manejo empírico con Ampicilina y Aciclovir. LCR con 30 Leucocitos 100% MN, proteínas 303, glucosa 32; PCR para Tb positivo por lo que se inician antifímicos. En RMN de encéfalo hallazgos compatibles con romboencefalitis, con hiperintensidad en el tegmento mesencefálico izquierdo, en la zona izquierda del tegmento pontino y en el hemisferio cerebelar izquierdo en DWI/T2/Flair. En evolución con deterioro neurológico, choque séptico, falla orgánica múltiple y coagulación intravascular diseminada. Los síntomas neurológicos se trataron con gabapentina, valproato y esteroides. Presentó resolución de choque séptico, con mejoría parcial de síntomas neurológicos. **Conclusión:** Los casos reportados de OMS con infección por VIH y Tb de forma concomitante son escasos. Sería de utilidad evaluar la respuesta a tratamiento dependiendo de la etiología asociada, especialmente el uso de esteroides en pacientes con OMS infeccioso.

**Referencias:** 1. Jasminekalyani P, Saravanan S, V S, M R. Dancing Eyes Dancing Feet Syndrome-A Report of Two Cases. *Journal of Clinical and Diagnostic Research?*: JCDR. 2014;8(5):MD03-MD05. 2. Kلاس JP, Ahlskog J, Pittock SJ, et al. Adult-Onset Opsoclonus-Myoclonus Syndrome. *Arch Neurol*. 2012;69(12):1598-1607. 3.3. Vale TC, Silva RA et al. Opsoclonus-myoclonus-ataxia syndrome in an AIDS patient. *Einstein (São Paulo)*. 2013;11(4), 533-534.

**0407 Mioclonías en hemicara y brazo ipsilateral, estado confusional e hiponatremia de causa no identificada: expresión clínica de encefalitis autoinmune asociada con canales de potasio dependientes de voltaje**

*Enriquez G, Barrientos J*  
IMSS, Hospital de Especialidades de Puebla

Masculino de 76 años con antecedentes de tabaquismo y etilismo por 5 años, hace 30 años. Colecistectomía hace 2 años. Desde hace 4 meses presenta movimientos clónicos en hemicara derecha y miembro torácico ipsilateral, sin pérdida del estado de alerta. Se realizó una IRM de cerebro reportada como normal. Se manejó con Valproato de Magnesio, 600 mg vía oral cada 12 horas, sin respuesta. Ingresa por indiferencia al medio, desorientación espacio-temporal y alucinaciones visuales. Continúa con

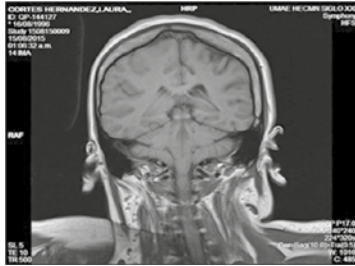
mioclonías ya mencionadas, con período posictal de 5 minutos y recuperación neurológica ad integrum. Se agregó levetiracetam 1 gr/12 h, y risperidona 1mg/24 h, con persistencia de movimientos anormales. Exploración física: se halla con inatención, pares craneales III, IV, VI, VII, X y XII normales. Sin focalización a SNC, ni datos meníngeos. REM 2+ en sus cuatro extremidades. Signos vitales: TA 100/60 mmHg, FR 18x, FC 78x, TC 36°C. Exploración física: Tórax sin datos de síndrome pleuropulmonar ni falla cardíaca, abdomen no patológico, extremidades simétricas sin compromiso neurovascular distal. Paraclínicos: Glu 126 mg/dl, Urea 34 mg/dl, Creat 0.7 mg/dl, Cl 95 mEq/L, Na 127 mEq/L, K 3.9 mEq/L, Hb 13.6 g/dL, Plat 124,000 xmm<sup>3</sup>, Leu 8,400 x mm<sup>3</sup>, Osm: 261 mOsm/L. LCR: Leu 0, Erit 0, Glu 75 mg/dl, Proteínas 45 mg/dL. IRM de Cerebro por método difusión: Dos lesiones simétricas y bilaterales en mesencéfalo, hipointensas en T1. Se realizaron tres electroencefalogramas, solo uno de ellos con ondas lentas. **Discusión:** Se ha estudiado pacientes con el mismo patrón de convulsiones, descrito como convulsiones distónicas facio-braquiales (Irani et al 2011), identificándose antígeno específico LGI-1 en un 89%. Hasta en 77% de los pacientes se observó sodio normal e IRM normal cuando solo presentaban las crisis convulsivas. Al

desarrollarse encefalitis límbica se documentó diferentes tipos de convulsiones, hiponatremia e IRM con hiperintensidad en T2 en hipocampo. Los anti-epilépticos generalmente son ineficaces, por otro lado la inmunoterapia redujo la frecuencia de las convulsiones facio-braquiales de forma significativa. El reconocimiento de este tipo de crisis debe motivar la búsqueda de anticuerpos anti VGKC-LGI 1. **Conclusión.** Se trató con Inmunoglobulina humana por 0.4 g/kg por 5 días, con franca mejoría de las mioclonías.

**0429 Epilepsia refractaria a tratamiento anticonvulsivante en paciente con encefalitis de Rasmussen**

*Ortega I, Banderas D, Liceaga M*  
IMSS, HGR1 Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro

**Antecedentes:** La encefalitis de Rasmussen es una enfermedad inflamatoria que condiciona crisis parciales motoras, hemiparesia, deterioro neurológico progresivo, afasia y epilepsia refractaria; el tratamiento anticonvulsivante no ha demostrado ser superior a la hemisferectomía. **Objetivo:** establecer diagnóstico diferencial con otros síndromes neurológicos unilaterales de origen vascular, metabólico, infeccioso e inmunológico. **Informe de caso:** Mujer de 18 años, con epilepsia de inicio temprano, tratada con múlti-



ples anticomiciales; ingresó con hemiparesia derecha, hiperreflexia y crisis convulsivas parciales de hemicuerpo derecho en múltiples ocasiones. Se descartó origen autoinmune y se cumplieron los criterios de Bien por clínica, resonancia y electroencefalograma. **Conclusión:** la enfermedad de Rasmussen es una patología progresiva con mala respuesta a los anticomiciales, siendo el tratamiento definitivo hemisferectomía.

#### 0451 Síndrome de Guillain-Barré (sx GB) asociado a tuberculosis (TB) meníngea. Reporte de caso

*Jiménez J0, Reyes C1, Cornejo I1*

0.Otra Centro Médico Adolfo López Mateos y Centro Médico ISSEMYM Toluca; 1.Otra Centro Médico ISSEMYM Toluca

**Introducción:** el Sx de GB es la causa más común de parálisis neuromuscular. Su incidencia de 2.3 casos por 100000/hab. Su asociación postinfecciosa es descrita con múltiples organismos desde bacterias a virus;

pero con tuberculosis solo se tienen probables sospechas ya que aislamiento bacteriológico o de material genético definitivo no se ha tenido en diversas publicaciones. **Informe de caso:** Masculino 54 años con diabetes mellitus e hipertensión Arterial. Inicia su padecimiento una semana previa a su ingreso con cuadriparesia progresiva con dificultad para la deambulación; 5 días posteriores se agrega disartria, dislalia y paresia facial bilateral periférica por lo que acude. A la exploración se encuentra hepatoesplenomegalia, plejía facial bilateral, cuadriparesia 3/5, reflejos abolidos y las alteraciones en el lenguaje descritas. Se ingresa a Medicina Interna para protocolo. Punción lumbar(PL) con liquido cefalorraquídeo (LCR) con 1cel/uL, glucosa 33.6 mg/dL (sérica 120 mg/dL), proteínas 535 mg/dL; biometría hemática con pancitopenia; bilirrubina total 2.8, directa 1.4. Panel de VIH, hepatitis C y B negativos. TORCH negativo. Se otorga tratamiento con gammaglobulina IV a 2gr/kg de peso. Resonancia magnética (RMN) de cráneo sin alteraciones. TAC con hepatoesplenomegalia, con múltiples calcificaciones en bazo, paquipleuritis, adenomegalias hiliares y mediastinales. PPD positivo. Electromiografía y velocidades de conducción con polirradiculoneuropatía motora desmielinizante aguda. Mejora la fuerza muscular en forma progresiva y se inicia trata-

miento antifímico por sospecha de tuberculosis esplénica. Es egresado y una semana posterior se presenta con datos francos de meningismo (rigidez de nuca, Binda, Kernig y Brudzinski positivos), cefalea 9/10 y fiebre de 39°C. Se realiza nueva PL encontrando LCR turbio, 809 cel/ul, neutrofilos 68%, hipogluorraquia y proteinorraquia. RMN de cráneo con evidencia de encefalitis. Se agregan corticoesteroides parenterales manteniendo el tratamiento antifímico ya instaurado con mejoría progresiva y remisión clínica de los datos mencionados. PCR para TB en LCR positiva. **Conclusión:** La asociación de tuberculosis en este caso meníngea y esplénica con Sx de GB es relevante dada la existencia de un diagnóstico definitivo, con incidencia no conocida, pero poco frecuente por los reportes probables no confirmados en la literatura.

#### 0464 Angioma cavernoso intracraneal: Reporte de un caso

*García A0, Ángeles J0, Soto L0, Rodríguez F0*

0.Privado Hospital Ángeles Del Pedregal

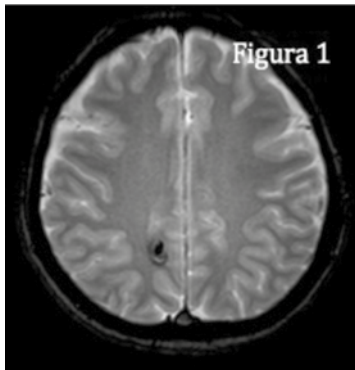
Femenino 49 años no antecedentes de importancia. Inicia 4 días previos a su ingreso con cefalea occipital de inicio súbito, intensidad 4/10 el cual se irradiaba a hemicraneo izquierdo, tomó analgésicos sin mejoría, fue incrementándose hasta intensidad 10/10, se agre-

ga al cuadro vértigo, vómito por lo que decide acudir a urgencias. A la exploración física neurológica destaca solo rigidez de nuca, signo meníngeos ausentes, se realiza resonancia magnética en secuencia flair y de difusión donde se encuentra imagen compatible con angio- ma cavernoso (Figura 1). Se decide su ingreso con manejo a base de difenilhidantoína y propanol, se sospecha Síndrome de Vo Hippel Lindau el cual se descarta, se propone manejo quirúrgico el cual rechaza Nueva resonancia magnética de control donde observa aun cavernoma (Figura 2).

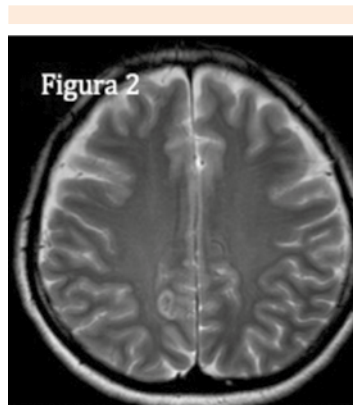
**0470 Encefalitis límbica asociada a linfoma de Hodgkin: Reporte de un caso**

*Alanis CO, Suarez AO, Medrano IO, Sánchez M1*

0.SSA Programa Multicéntrico SSNL- ITESM.; 1.Privado Hospital San José. Tec Salud



**Figura 1.** Imagen nodular hipointensa con halo isointenso y un anillo mas externo hipointenso por el depósito de hemosiderina.



**Figura 2.** Imagen nodular heterogénea en su centro con edema periférico.

Femenino de 22 años de edad residente de Escobedo, Nuevo León. Ocupación: Hogar. Sin antecedentes exposicionales de importancia. Niega adicciones PEEA Inicia su padecimiento 6 meses previos a su ingreso al presentar perdida progresiva de peso de 20Kg además de anhedonia, llanto fácil e hiporexia. Dos meses previos a su ingreso se agrega tos no productiva de predominancia nocturna y disnea de pequeños esfuerzos. Acude a valoración médica recibiendo tratamiento antibiótico no especificado sin presentar mejoría de **Cuadro clínico**. Continúa con sintomatología y quince días previos, se añade astenia, adinamia, de disminución de agudeza visual intermitente de 20 minutos de duración sin asociarse a algún evento desencadenante, alteración en la marcha, bradipsiquia y bradilalia, progresando con deterioro del estado de alerta

de forma insidiosa, 2 episodios de amaurosis y desorientación. Exploración Física Normocefala. Se le observa con leve edema facial y cervical, sin cambios en coloración. Pupilas isocoricas normorreflecticas. Mucosas hidratadas. Cuello cilíndrico sin adenomegalias palpables. Campos pulmonares con buena entrada y salida de aire. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Abdomen blando, depresible no doloroso, peristalsis presente, se palpa polo inferior de bazo en hipocondrio derecho. Extremidades superiores simétricas con leve edema, inferiores sin edema, ROTS 2/4 en las cuatro extremidades. Laboratorios Gluc 80 Cr 0.7 BUN 9 Urea 20 BT 0.86 BD 0.61 Alb 3.0 TGO 32 TGP 13 FA 65 GGT 14 Na 136 K 3.8 Cl 103.9 Ca 8.3 Hg 6.8 Hto 22.7 Leu 2.12 Plq 155 pH 7.42 PCO2 31 paO2 84% HCO3 20.1 TP 18.8 TTP 63.7 INR 1.44 Frotis de sangre periférica: Serie roja hipocromía. Más de 30% de eritrocitos crenozados. Serie blanca sin alteraciones. Macroplaquetas agrupadas. Coombs directo (+) HIV (-) Punción Lumbar: Transparente. Gluc 49 Cl 127.2 Prot 57.5. Acelular. Rx tórax. Aumento de volumen en mediastino. No alteraciones en parénquima pulmonar. US abdomen superior: Bazo: 13.5cm. Liquido libre perihepatico, periesplénico y fondo de saco posterior. TC cráneo simple: Sin alteraciones TC tórax contraste IV: Múltiples adenomegalias



mediastinales. TC abdomen contraste IV: Esplenomegalia. Líquido libre. Durante su estancia se toma biopsia de ganglio mediastinal la cual se reporta con diagnóstico de linfoma de Hodgkin. Síntomas neurológicos remiten al tratamiento oncológico.

#### **0487 Características clínicas, epidemiológicas y radiológicas de pacientes con el diagnóstico incidente de enfermedad vascular cerebral**

*Verdugo Z0, Dehesa E0, Kawano C0, Irizar S0, Meza C0*  
O.Universitario Hospital Civil de Culiacán

**Introducción:** La enfermedad vascular cerebral (EVC) constituye la segunda causa de discapacidad y mortalidad a nivel mundial, con una incidencia variable entre países y en nuestro hospital constituye la tercera causa de ingresos hospitalarios. **Objetivo:** Describir las características clínicas, epidemiológicas y radiológicas de los pacientes que ingresan con el diagnóstico de EVC al servicio de medicina interna. **Metodología:** Cohorte retrospectiva. Se estudiaron pacientes adultos hospitalizados entre Marzo del 2014 y Febrero del 2015 con el diagnóstico de EVC en el servicio de medicina interna del Hospital Civil de Culiacán. Se recabaron variables epidemiológicas, clínicas y radiológicas. **Resultados:** Se estudiaron 38 pacientes con el

diagnóstico de ingreso de EVC, con edad promedio de  $64 \pm 18$  años, de los cuales el 65% eran hombres. El tipo de EVC más frecuente fue el isquémico con 73.7% y hemorrágico el 26.3% de los casos. El territorio vascular más afectado fue el de la arteria cerebral media con 55.3%, carótida con 39.5% y basilar con 5.2% de los casos. En los exámenes de gabinete, el 10.5% tuvo fibrilación auricular, el 28.7% presentó una placa ateromatosa estable en la arteria carótida y en el 2.6% se documentó un trombo en aurícula izquierda. Al comparar las características clínicas, de laboratorio, epidemiológicas y radiológicas entre los tipos de EVC, observamos que los pacientes con EVC isquémico presentaron niveles menores de HDL (43 vs 53 mg/dl;  $p = 0.01$ ) y tasa de filtración glomerular estimada (88 vs 121 ml/min;  $p = 0.01$ ) vs pacientes con EVC hemorrágico. Por otro lado, observamos una mayor afectación del territorio de la arteria carótida (70% vs 28.6%;  $p < 0.05$ ) en los pacientes con EVC hemorrágico vs isquémico. Los pacientes con EVC isquémico presentaron más frecuentemente placas ateromatosas estables en las arterias carótidas (39.3% vs 0.0%;  $p = 0.04$ ). La mortalidad global fue de 21.1%. No se observó una diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad (25% vs 10%;  $p = 0.31$ ) y estancia hospitalaria ( $6 \pm 8$  vs  $7 \pm 4$  días,  $p = NS$ ) entre

pacientes con EVC isquémico vs hemorrágico. **Conclusión:** El EVC constituye una causa común de hospitalización en nuestro hospital, siendo el tipo isquémico el más frecuente. El EVC presentó una alta mortalidad por lo que es necesario fortalecer las medidas de prevención primaria en nuestra población.

#### **0491 Disección carotídea: causa común de síndrome de Horner.**

*Sanchez R0, Peña I0, Torres J0, Raffoul I0, Riestra A0*  
O.Privado Hospital Ángeles Lomas

**Caso clínico:** Masculino de 35 años con antecedente de hipertrigliceridemia familiar y antecedente de infección de vías aéreas superiores 10 días previos a su ingreso, con accesos de tos violentos, por lo que recibió tratamiento. El día de su ingreso incrementó la intensidad de la cefalea 10/10, por lo que acude con cardiólogo quien cuantifica TA en 220/111, e indica telmisartán, metoprolol, nifedipino y enalapril, sin normalización de la TA, por lo que es referido a urgencias, donde se decide su hospitalización e inició tratamiento a base bezafibrato, furosemide y telmisartan/hidroclorotiazida. Sin embargo el paciente persistió con cefalea, de predominio al despertar, en hemicráneo derecho que no remitía con analgésicos. A la

exploración física anisocoria a la obscuridad con menor respuesta a la luz de pupila derecha y ligera ptosis palpebral derecha. Por estos motivos se realizó RMN de cráneo con gadolinio la cual reportó imagen compatible con disección carotídea (DC) derecha en región cervical alta e intracraneana proximal al sifón. Por lo que se inicia anticoagulación a base de enoxaparina 80mg cada 12 horas. **Discusión:** La DC puede ser debido a trauma franco o suceder de manera espontánea, en este caso probablemente por los accesos de tos violentos. La DC se caracteriza por la formación de un hematoma mural, como resultado de ruptura de la íntima, con una incidencia de 2.5-3 / 100,000. Se manifiesta por cefalea hemicraneana, generalmente periorbital, dolor en región cervical ipsilateral y síndrome de Horner completo o incompleto. El síndrome de Horner se describe como una interrupción a la respuesta del sistema nervioso simpático por inervación de región oftálmico de ojos, cabeza y cuello. Se presenta con miosis ipsilateral, ptosis sutil de aproximadamente 2 mm y anhidrosis. La evaluación diagnóstica se realiza con angiografía, resonancia magnética o angiotomografía, siendo la angiografía el estándar de oro sin embargo, por ser invasiva, se prefiere la resonancia magnética. **Tratamiento:** se recomienda anticoagulación con heparina, o heparina de bajo

peso molecular, así como warfarina por 3 a 6 meses. La mayor parte de los casos resuelve de manera exitosa. **Conclusión:** La DC, puede ocurrir incluso con lesiones no aparentes, por lo que trauma asociado a síndrome de Horner debe levantar sospecha de DC.

#### **0503 Reporte de un caso: síndrome de Miller Fisher**

*Castro L0, Duarte J1, Vallejo I2*  
0.IMSS Hospital General de Zona 48 San Pedro Xalpa; 1.IMSS Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza; 2.Otra ISSEMYM Hospital Regional Tlanepantla

**Antecedentes:** el síndrome de Guillain-Barré es caracterizado por una parálisis arreflectica aguda con disociación albumino citológica, es actualmente la causa más frecuente de parálisis flácida aguda alrededor del mundo. El Síndrome de Miller Fisher es caracterizado por Oftalmoplejia, Ataxia y Arreflexia. Realizamos el Reporte de Caso de un paciente de la octava década de la vida quien desarrolla Oftalmoplejia, Ataxia y Arreflexia integrando el Síndrome de Miller-Fisher. **Objetivo:** identificar casos de Síndrome de Miller Fisher como variante del Síndrome de Guillain Barre. **Informe del caso:** masculino de 75 años con antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica, inicia su padecimiento 15 días previos al ingreso con

sensación de mareo, posteriormente se agrega dificultad a la marcha, debilidad de miembros pélvicos de predominio distal que posteriormente afecta a miembros torácicos, limitando actividades diarias, por lo cual acude a valoración. A su ingreso signos vitales dentro de los parámetros normales. A la Exploración Neurológica, funciones mentales superiores conservadas, en Nervios Craneales destaca pupilas isométricas, reflejo fotomotor y consensual conservados, limitación para la abducción y supraversion de OI y OD. Sistema Motor fuerza MsPs 3/5 y MsTs 4+/5, reflejos de estiramiento muscular +/-++++ generalizado, respuesta plantar flexora bilateral, sensibilidad conservada, marcha atáxica sensitiva. Estudios de laboratorio a su ingreso Creatinina en suero 2.10 mg/dL, Sodio 134.6 mmol/L, Potasio 4.0 mmol/L, CPK 210 U/L, CK-MB 21 U/L, biometría hemática normal. Dos días posteriores al ingreso se realiza Punción Lumbar evidenciando Hiperproteínoorraquia con Disociación Albúmino-Citológica. Estudio tomográfico simple de cráneo normal. Electromiografía con polirradiculopatía desmielinizante evolución axonal con latencia de ondas F alteradas. **Comentario:** de acuerdo a los Criterios diagnósticos de Albury que incluyen datos clínicos, estudio de LCR y estudio electrofisiológico se concluye en





síndrome de Guillain-Barré, sin presentar Rasgos dudosos para el diagnóstico de acuerdo a los criterios de Asbury-Ropper con Clasificación de Gravedad de Hughes en un estado funcional IV al momento del ingreso. Debido a las características clínicas por Oftalmoplejia, Ataxia y Arreflexia se diagnostica Síndrome de Miller-Fisher.

**0547 Inhibidores del Factor Xa para el tratamiento de la trombosis venosa cerebral**

García A0, Soto E0, Cabrera R0, Pacheco G, Vega C0  
 0.Privado Hospital Ángeles Pedregal

**Antecedentes:** Los inhibidores directos del Factor Xa han sido probados en la Enfermedad Trombo-Embólica Venosa (ETEV) y Fibrilación Auricular no Valvular pero no en Trombosis Venosa Cerebral (TVC), una causa poco común de Eventos Vasculares Cerebrales (EVC), cuyo manejo aceptado se hace en base a heparinas e inhibidores de vitamina K. **Objetivo:** Reportar las características y **Resultados** preliminares en 4 pacientes con TVC manejados con inhibidores directos del factor Xa. **Métodos:** Pacientes con sospecha clínica y diagnóstico por venorresonancia magnética (VRM) para TVC no asociada a trauma, sepsis o procedimiento endovascular, quienes recibieron Heparina/heparinoide a su ingreso, les fue solicitado su consentimiento para continuar

su manejo con un inhibidor del factor Xa en las primeras 72 horas. Se utiliza la escala de severidad clínica (Rankin modificada) y VRM para valoración inicial o seguimiento a los 6 meses **Resultados:** Figura 1.

**0556 Mielitis transversa como manifestación inicial de esclerosis múltiple**

Vigueras A0, Huebe J1, García S1, Soto M1, Gama U1, Nava H1, Solís S1, Vazquez S1  
 0.SSA Hospital General de Pachuca; 1.Hospital General de Pachuca

La mielitis transversa aguda (MTA) agrupa a enfermedades inflamatorias, producidas por una lesión específica de la médula espinal, teniendo diversas etiologías, en algunos casos se llega a asociar a procesos sistémicos o multifocales del

sistema nervioso central, dentro de estos los desmielinizantes como la esclerosis múltiple. Paciente masculino de 17 años de edad, sin antecedentes de importancia, incluyendo infecciosos previos o recientes, niega manifestaciones de afección al sistema nervioso central. Inicia 15 días previos a ingreso con parestesias en extremidad pélvica derecha, que se extienden a extremidad contralateral, que fueron ascendiendo, al transcurrir 24 horas presenta retención urinaria, 4 días después manifiesta parálisis de extremidades pélvicas, comprometiendo la sensibilidad de forma súbita, además de parestesias torácicas. Acude a valoración encontrándose a la exploración neurológica, consciente, alerta, orientado, con adecuada respuesta verbal, pares craneales íntegros,

| Resultados:  | Pacientes    |
|--|--------------|
| <b>Variables demográficas y factores de riesgo</b> | <b>No. 4</b> |
| Sexo Femenino                                      | 3            |
| Edad (mediana, min – max)                          | 41, 24-58    |
| ACO  | 1            |
| <b>Síndrome clínico</b>                            |              |
| Cefalea  | 2            |
| Convulsiones                                       | 1            |
| Paresias   | 1            |
| Afasia   | 1            |
| <b>Vasos Afectados</b>                             |              |
| Seno Transverso                                    | 3            |
| Seno Superior Sagital                              | 1            |
| <b>Manejo Inicial</b>                              |              |
| Régimen de Heparina de bajo peso molecular         | 4            |
| <b>Resultados Clínicos</b>                         |              |
| mRS al ingreso (mediana, min – max)                | 2, 2-3       |
| mRS al egreso (mediana, min – max)                 | 2, 2-3       |
| Estancia Hospitalaria en días (mediana, min – max) | 9, 8-11      |
| Tiempo de Seguimiento en meses                     | 6            |
| Respuesta Excelente a los 6 meses (mRS 0-1)        | 2            |
| <b>Recanalización</b>                              |              |
| Recanalización Completa                            | 2            |
| Recanalización Parcial                             | 2            |

Figura 1. Resultados.

fuerza muscular en miembros pélvicos 0/5, extremidades torácicas 4/5, con sensibilidad afectada en todas sus modalidades hasta nivel T4, reflejos osteotendinosos ausentes, reflejos cutáneos superficiales ausentes, ausencia de marcha, resto de exploración incluyendo la física general dentro de parámetros normales. Se realiza punción lumbar donde se detectan leucocitos normales, con aumento de proteínas, se hace resonancia magnética (RM) de médula cervicotorácica, apreciándose un incremento de intensidad de señal en T5, con nivel sensitivo en T2, sugerente de desmielinización, por criterios de McDonald se debe buscar más de una lesión en áreas diferentes del SNC, por lo que se solicita RM craneal con gadolinio, apreciándose una lesión que al medio de contraste refuerza en la sustancia blanca de la región parietal izquierda. El complemento de estudio de líquido cefalorraquídeo para investigación de bandas oligoclonales fue negativo. Presentando adecuada respuesta al manejo con esteroides. Se trata de un caso de mielitis transversa, que por criterios clínicos no correspondía a desmielinización, sin embargo ante la ausencia de antecedentes infecciosos, inflamatorios, traumáticos o neoplásicos y ante la imagen en la resonancia craneal, sugerente de lesión de sustancia

blanca, se concluye que se trata de una EM, aún en ausencia de bandas oligoclonales.

#### 0557 Serie de casos. Trombosis venosas cerebral

Guevara A0, Ganado A0, Estrada E0, Espinoza C0

0.Otra Centro Medico ISSEMYM Lic. Arturo Montiel Rojas

**Introducción:** La trombosis de senos venosos cerebrales se asocia a diversos factores. El 20% catalogado idiopático. La localización más común es el seno sagital (72%) seguido del lateral. Clínica más frecuente es cefalea, trastornos focales, afasia, hemiparesia o convulsiones. La técnica de imagen de elección es la TAC contrastada y la angiografía, concluyente en 100% mostrando el signo de delta vacío con ausencia de realce dentro del seno longitudinal superior, infartos isquémicos/hemorrágicos y flujo colateral. CASO Presentamos a hombres > de 30 años con cefalea, pérdida del estado de despierto y crisis convulsivas. AngioRM con trombosis de seno venoso sagital y hematoma frontal compatible con trombosis de seno venoso transversal izquierdo. **Conclusiones:** La trombosis de seno venoso cerebral es un diagnóstico difícil y reto para el tratamiento debido a sus múltiples formas de presentación, con alta sospecha que permita mejorar la morbi-mortalidad.

#### 0579 Miastenia gravis en paciente con infección por virus de inmunodeficiencia humana: reporte de caso

Esquivel J,<sup>1</sup> García E,<sup>1</sup> Jiménez L,<sup>1</sup> Gómez A,<sup>1</sup> Hernández M,<sup>2</sup> Rebolledo D,<sup>1</sup> Orive J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Otra, Centro Médico ISSEMYM Toluca Arturo Montiel Rojas, <sup>2</sup>Otra, Hospital General de Mexico

**Antecedentes:** La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune de la unión neuromuscular donde el blanco de los inmunocomplejos es la subunidad alfa del receptor post-sináptico de acetilcolina (RPAC), con un cuadro clínico cuya principal característica es la debilidad progresiva a lo largo del día. La asociación con el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) forma parte del espectro de alteraciones neurológicas que estos pacientes pueden adquirir durante estadios avanzados de la enfermedad. Se produce en pacientes que presentan un rango de inmunosupresión moderado (200-500 CD4) con síntomas leves de la enfermedad. En la literatura existen pocos casos reportados de la asociación entre MG y VIH, el sustrato fisiopatológico aún no se encuentra completamente dilucidado. **Objetivo:** Realizar reporte de caso de paciente con miastenia gravis y VIH. **Presentación del caso:** Masculino de 46 años de edad sin antecedentes de importancia que ingresa



al servicio de Medicina Interna por cuadro clínico de 10 días de evolución consistente en diplopía, ptosis derecha, debilidad de predominio proximal en miembros pélvicos de características fluctuantes. Se realiza prueba terapéutica con piridostigmina con respuesta positiva; se solicita IgG anti RPAC con resultado positivo (0.58nmol/L TAC simple y contrastada de tórax sin evidencia de timoma, electromiografía monopolar de fibra única reportó una conducción anormal neuromuscular. Como parte del protocolo integral se realizó test de ELISA resultando este positivo para VIH confirmado por Western Blot, concluyendo como diagnósticos finales miastenia gravis + VIH estadio A2. Discusión del caso: La coincidencia de MG y VIH en un paciente es un hallazgo incidental poco común; inicialmente el protocolo estaba enfocado en buscar enfermedades del nervio y músculo, debido a que la etiología de estas patologías es amplia [tumoral, medicamentosa, vascular, metabólica, desmielinizante, infecciosa, idiopática, genética] sin embargo la concordancia de la infección por VIH puede confundir el protocolo, incluso hacerlo más complejo, debido a la interrogante de si la infección de base y el estado de inmunosupresión pudo contribuir al desarrollo de la disfunción neuromuscular. Sin embargo como se comentó en los antecedentes previos

la fisiopatología que vincula ambas enfermedades aún está poco comprendida.

#### **0583 Encefalitis por anticuerpos antirreceptor NMDA**

*Legorreta J, Reyes J, Gamez A, Lugo A, Rodríguez S, Ruiz A, Melgoza L, Rivera D*  
Otra, Centro Médico ISSEMYM Ecatepec.

Paciente masculino de 31 años de edad, mestizo, consumo de marihuana desde hace 2 años, intensificando cantidad y frecuencia durante el último mes. Inicia 15 días previo a ingreso al referir cefalea, subita, punzante, intensidad 6/10, en frontal, sin irradiación. Una semana después presenta desorientación fluctuante, agresividad, desinhibición y alteración de lenguaje por bradilalia, incoherencia e incongruencia. En urgencias encontrando afasia motora, sin integrar síndrome neurológico. Teste comercial antidoping negativo para metanfetaminas, cocaína, marihuana. Cursa con alteración de funciones mentales superiores, acalculia, lenguaje con ecolalia y verberaciones, rigidez, bradicinécia. Un score en el mini mental 20/30 pts. Y en el Bush-Francis 24 puntos, sugestivo de síndrome catatónico. De manera sutil, presenta síntomas de disautonomía. La resonancia Magnética nuclear de encéfalo simple y contrastada sin evidencia de lesión estructural. El líquido cefalorraquídeo es acelular, con

Hipoproteorraquia, otorgamos tratamiento con Aciclovir 700mg IV cada 8 hrs y dexametasona por sospecha de encefalitis viral, mejorando discretamente en funciones mentales superiores, tratamiento recibido por 10 días. Se realizó electroencefalograma con elentecimiento del ritmo de forma generalizada. Manejado con haloperidol y olanzapina, así como lorazepam en episodios de agitación psicomotriz. Por crisis convulsivas tónico clónico generalizadas, se manejó con fenitoina. ESTUDIOS REALIZADOS: Panel viral para VIH, VHB, VHC, VHA, negativos. Perfil tiroideo TSH .65 T4L 1.10 T4T 0.97. Cultivo de LCR para bacterias, hongos y micobacterias. Anticuerpos anti NMDA (NR1 y NR2) en suero POSITIVOS. Anticuerpos anti NMDA (NR1 y NR2) en LCR POSITIVOS.

#### **0585 Síndrome de Lance Adams; reporte de caso**

*Reyes J, Rivera J, Martínez J, Prado M, Chacón V, Ruiz A, Melgoza L, Lobato A, Bautista F, Flores P*  
Otra, Centro Médico ISSEMYM Ecatepec.

La mioclonía poshipoxia puede ser aguda, cuando ocurre dentro de las 24 h que siguen al daño cerebral; tiene muy mal pronóstico y ocurre en 30 a 40 % de los pacientes en estado de coma con reanimación cardiopulmonar. La mioclonía poshipoxia

crónica (MPH), también conocida como síndrome de Lance Adams (SLA), está caracterizada por mioclono de acción y ataxia cerebelosa que siguen tardíamente, días o semanas después, al daño hipóxico o de hipotensión prolongada, ya recuperados. El SLA es de escasa presentación, menos de 150 casos han sido reportados en la literatura, con una patogenia desconocida. Femenina de 44 años de edad, ocupación policía, con antecedente de hipertensión arterial sistémica de 2 años de diagnóstico. Sufre accidente automovilístico de alto impacto con traumatismo craneoencefálico grave, a su llegada al servicio de urgencias parada cardíaca durante aproximadamente 5 minutos, con recuperación de signos vitales, requirió manejo avanzado de la vía aérea y estancia hospitalaria por 9 días en unidad de cuidados intensivos, como complicación procesos infecciosos a nivel pulmonar y urinario. A su egreso hospitalario refiere temblor de acción, de miembro torácico derecho, el cual es progresivo en intensidad hasta ser incapacitante, se acompaña de ataxia cerebelosa, y trastornos de la marcha. Ingresa para protocolo diagnóstico se realiza TAC de cráneo y RMN de encéfalo sin evidencia de patología estructural, electroencefalograma sin alteración en conducción de ondas eléctricas, se hace complementación diagnóstica con

gamagrama cerebral mostrando discreta hipoperfusión en ganglios basales. Se da tratamiento con valproato de magnesio con mejoría significativa de sintomatología, persistiendo con discreta dificultad a la marcha.

**0592 El déficit cognitivo se relaciona con el índice de masa corporal elevado**

Ramírez D

IMSS, Hospital General Regional Numero 1 Ignacio Garcia Tellez, Cuernavaca.

**Introducción.** La obesidad y el sobrepeso son condiciones que se han vinculado con daño en la glucorregulación, disminución de los niveles de neurotrofinas, neuroinflamación y alteraciones en la integridad estructural de la barrera hemato-encefálica. Estas alteraciones se reflejan en deficiencias de procesos cognitivos, que no solo participan en la conducta humana sino también en el aprendizaje. **Objetivo.** Utilizar una batería de pruebas neuropsicológicas para evaluar

algunos procesos cognitivos en estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza con sobrepeso y obesidad. **Material y Métodos.** Se desarrolló un estudio observacional, prospectivo, transversal y analítico que incluyó una muestra de 57 estudiantes agrupados en 3 categorías con base a IMC: Normal, sobrepeso y obesidad. **Resultados.** Se encontró una disminución en los puntajes obtenidos en la evaluación de memoria de trabajo en sujetos con IMC de más de 24.9 en comparación con los sujetos con IMC normal. **Discusión.** Se encontró la relación que existe entre el IMC alto con el funcionamiento de procesos cognitivos, encontrando déficit de leve a severo en la evaluación de memoria de trabajo.

**0596 Síndrome de encefalopatía posterior reversible en una paciente puerpera**

Gonzalez J, Rodriguez M, Bojorquez D, Irizar S, Dehesa E, Kawano C

SSA, Hospital Civil de Culiacan.

Tabla 1. Comparación de los grupos de control con los resultados obtenidos en las pruebas neuropsicológicas.

|                          | Normal (IMC de 18.5-24.9) DE | Sobrepeso (IMC de 25-29.9) DE | Obesidad (IMC >30) DE | p     | Post Hoc     |
|--------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------|-------|--------------|
| Control inhibitorio      | 7.66 ± 1.58                  | 8.27 ± 1.77                   | 8.69 ± 1.37           | 0.236 |              |
| Fluidez fonológica       | 18 ± 2.44                    | 16.22 ± 4.63                  | 17.38 ± 3.88          | 0.456 |              |
| Aciertos en Stroop       | 34.22 ± 1.39                 | 34.86 ± 1.03                  | 34.34 ± 1.29          | 0.253 |              |
| Tiempo de stroop         | 26.67 ± 5.09 seg             | 28.11 ± 5.16 seg              | 29.65 ± 5.61 seg      | 0.351 |              |
| Memoria de trabajo       | 4.25 ± 0.75 pts              | 3.95 ± 1.02 pts               | 3.95 ± 1.19 pts       | <0.05 | 1 > 2-3, 2-3 |
| Fluidez verbal semántica | 25.44 ± 7.38                 | 21.81 ± 5.62                  | 22.23 ± 5.17          | 0.263 |              |



**Antecedentes:** El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), es un síndrome clínico radiográfico de etiología heterogénea con hallazgos similares en estudios de neuroimagen. Se ha asociado a preeclampsia, pero se puede presentar en otras condiciones sistémicas no obstétricas como sepsis, enfermedades autoinmunes, trasplantes, entre otras. El PRES no siempre es reversible, y a menudo no se limita a la materia blanca o las regiones posteriores del cerebro. **Objetivo:** Describir y divulgar las características clínicas e imagenológicas del PRES. **Informe de caso:** Femenino de 17 años de edad, que acude 3 días después de realizarse cesárea, refiriendo cefalea de 2 horas de evolución. A su ingreso, con TA: 140/90mmHg. Posteriormente, presenta crisis convulsiva tónico-clónica generalizada, visión borrosa y amaurosis. Los resultados de los estudios de laboratorio (biometría, electrolitos séricos, pruebas de función hepática y examen general de orina) dentro de parámetros normales, la tomografía de cráneo evidenció hipodensidades en los lóbulos occipitales que se corroboran tras realizarle IRMN en la que se observan lesiones hiperintensas en lóbulos occipitales, frontales y parietales. La evolución de la paciente fue favorable, con recuperación de la visión y normalización de la presión arterial, sus exámenes neurológicos y oftalmológicos fueron normales. La IRMN de control con disminución de las

lesiones. Se egresó al sexto día de estancia por mejoría clínica.

**Discusión:** La edad de presentación del PRES es variable, es más frecuente en mujeres y se ha implicado a la disfunción endotelial en la fisiopatología. Las manifestaciones neurológicas que pueden presentarse son: cefalea aguda-subaguda, letargo, confusión, estupor, náuseas, vómitos, hiperreflexia, convulsiones tónico-clónicas generalizadas, trastornos visuales. El tratamiento se dirige a la patología de base con recuperación en días a semanas, aunque en algunos casos puede haber complicaciones o muerte. **Conclusiones:** La incidencia del PRES es baja y no hay criterios específicos para su diagnóstico. Se presenta en entornos clínicos diversos, principalmente en estados hipertensivos como en la preeclampsia-eclampsia, disminuyendo en estos casos su sospecha diagnóstica. El diagnóstico debe realizarse en el contexto clínico apropiado y la correlación con los estudios de imagen.

#### **0612 Síndrome de Fahr como causa infrecuente de calcificaciones cerebrales**

*Martínez C, Guajardo E, Rodríguez S, Rivera C, Rivera D, Rivera A, Reyes R*  
Otra, Centro Médico ISSEMYM Ecatepec.

**Antecedentes:** En 1930, Karl Theodor Fahr describió un paciente, con demencia de larga evolución, calcificaciones

alrededor de los ventrículos laterales y ganglios de la base. Esta entidad se definió como enfermedad de FAHR, tienen una prevalencia baja de 5 casos por cada 10 000 habitantes. **Objetivo:** Conocer una entidad clínico-radiológica como el síndrome de Fahr en pacientes que si se detecta de forma precoz en pacientes con hipoparatiroidismo evitaría el depósito de calcio en los ganglios basales. **Descripción del caso:** Paciente femenino de 55 años con antecedentes heredo-familiares de madre y hermana con hipotiroidismo. Inicia padecimiento a la edad de 39 años con aumento de volumen en cuello dependiente de tiroides con diagnóstico de cáncer tiroideo papilar por lo que se realiza tiroidectomía total, quedando con hipotiroidismo secundario, recibiendo seguimiento con su médico familiar. Acude a valoración 15 años después por presentar parestesias en manos y cara, contractura en miembros inferiores, refieren familiares olvidos frecuentes de cosas y personas así como alteraciones en la marcha. Al examen físico se apreció ataxia durante la marcha sin lateralización. Exploración de los pares craneales normales, signo de chvostek y trousseau positivos. Se toman laboratorios evidenciando hipocalcemia severa 4 mg/dl y fósforo 8,7 mg/dl. Posteriormente se realiza una tomografía de cráneo sin contraste, que reportó extensa calcificación

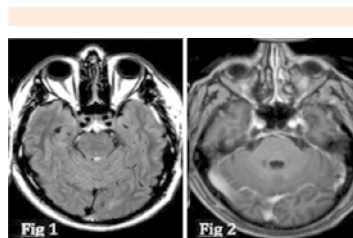
bilateral en ganglios basales así como fosa posterior, concluyendo síndrome de Fahr. **Discusión:** La enfermedad de Fahr está asociada con una transmisión hereditaria de forma autosómica dominante. De la misma manera, se han descrito casos esporádicos como el de este reporte; donde no se evidenció relación heredofamiliar. Se debe de tener en cuenta que muchas veces existe una asociación a las alteraciones del metabolismo del calcio, como hipoparatiroidismo primario autoinmune, síndrome poliglandular, hipoparatiroidismo postquirúrgico, siendo estos responsables de hasta el 80% de los casos. Las calcificaciones cerebrales simétricas hacen parte de un espectro clínico que incluye múltiples etiologías, por lo que es de suma importancia establecer si las calcificaciones cerebrales bilaterales hacen parte de una entidad sistémica específica o si por el contrario se constituyen como una manifestación neurodegenerativa primaria.

**0627 Presentación atípica de esclerosis múltiple: Presentación de un caso y revisión de la literatura**

*García A, Soto E, Angeles J, Pacheco C*  
Privado, Hospital Angeles Pedregal.

Masculino de 49 años sin antecedentes inicia 3 semanas previas con cefalea intermitente

súbita en región parietooccipital derecha intensidad 8/10 con de náusea y vómito remisión espontanea el día de ingreso posterior a viaje en avión presenta vértigo sincope fotofobia fonofobia debilidad e inestabilidad para la marcha tomó sintomáticos sin mejoría de la sintomatología por lo que acude a urgencias: exploración física destaca fotofobia intensa lateralización de la marcha hacia la derecha fuerza 4/5 en extremidades función cerebelosa con marcha atáxica Romberg +, resonancia magnética (Fig. 1 FLAIR una lesión hiperintensa en el pedunculo cerebeloso medio de lado derecho, lateral al cuarto ventriculo Fig. 2 T1 lesión hipointensa en el pedunculo cerebeloso medio de lado derecho sin reforzamiento con gadolinio) liquido cefalorraquideo normal bandas oligoclonales positivas potenciales evocados visuales retardo en la conducción de la via visual se realiza el diagnóstico de Esclerosis Múltiple

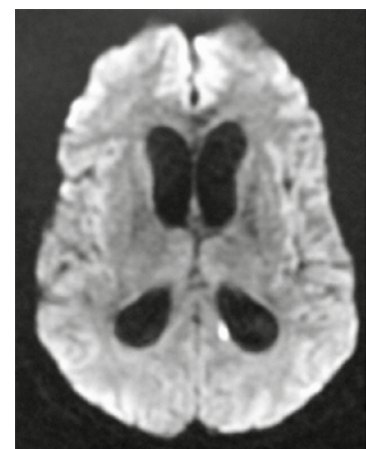


**0637 Factores relacionados con el establecimiento de infarto cerebral en pacientes con tuberculosis meníngea**

*Medina T, Infante A, Hawing J, Galarza D*

Universitario, Hospital Universitario Dr. José E. González. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

**Antecedentes:** Las complicaciones cerebrovasculares en tuberculosis meníngea son comunes. No existen parámetros que predigan infarto. Objetivo búsqueda de factores predictores del establecimiento de infarto cerebral. **Métodos:** Incluyeron pacientes del Servicio del 2011 a 2015, con tuberculosis meníngea. Se dividió a la población en dos cohortes, un grupo de pacientes que desarrollaron infarto cerebral en internamiento, el otro grupo sin datos de infarto cerebral. Se compararon variables clínicas y paraclínicas. **Resultados:** El grupo sin infarto cerebral (n:28) y el grupo con infarto cerebral (n:10) no hubo diferencias. Nin-





gún dato clínico o paraclínico fue útil para predecir infarto, pero hay tendencia con trombocitosis ( $p=0.1$ ) en pacientes con infarto. **Conclusiones:** Se requiere valorar a un mayor número de pacientes, además de medir otros factores, como de respuesta inflamatoria aguda. La cuenta plaquetaria está probablemente relacionado con el riesgo de desarrollo de infarto vasculítico.

**0638 Variante central del síndrome de encefalopatía reversible posterior en un paciente secundario a uremia e hipertension. Reporte de caso**  
*Medina T0, Hawing J1, Galarza D0*

0. Universitario Hospital Universitario Dr. José E. González. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México; 1. IMSS, Hospital Universitario Dr. José E. González. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

**Antecedente:** El síndrome de encefalopatía reversible posterior (PRES) como entidad nosológica clínico-radiológica es de aparición reciente. Las primeras descripciones aparecieron apenas hace apenas 20 años, todos como serie de casos. La definición clásica incluye primordialmente alteración del estado de la conciencia, convulsiones, cefalea, alteraciones visuales, etc. así como involucro en RMN

de región cortical-subcortical occipital. Más aún, la variante central se ofrece como rara, apenas constituyendo un 2-5% de todos los PRES. **Objetivo:** Presentar un caso de PRES de variante central en un paciente con uremia e hipertensión severa. **Informe de caso:** Masculino de 48 años, antecedente de ERC de origen idiopático de 6 años de evolución con mal apego a tratamiento. Acude alteración del estado de la conciencia caracterizado por letargia, disartria, disfagia de primera fase, sin focalización neurológica evidente asociado a tensión arterial de 210/90 mmHg. Punción lumbar normal sin celularidad. BUN = 125 mg/dL Creatinina = 24.8 mg/dL. Sodio 135.7, K+ 5.7, Cl 110.6; no se documentaron datos de respuesta inflamatoria sistémica ni crisis convulsivas. Panel viral negativo. Se realiza RMN simple observándose aumento de la intensidad en T2 así como en FLAIR con extensión desde ganglios basales hasta bulbo raquídeo. El paciente mejora clínicamente a las 48 hrs. posterior a control de niveles de tensión arterial y hemodiálisis. **Discusión:** El PRES se asocia frecuentemente con niveles de tensión arterial elevados, sin embargo la presentación central de este síndrome es infrecuente. La conjunción de niveles elevados de azoados y crisis hipertensiva han sido descritos recientemente como causa rara de esta patología.

La resolución clínica y posteriormente radiológica de este síndrome mediante el control metabólico y hemodinámico constituye la clave para diferenciarla de otras causas de edema cerebral de localización central. **Conclusiones:** Ante la presencia de alteración del estado de la conciencia y datos de edema cerebral por medio de RMN en un paciente con uremia e hipertensión, se debe considerar la posibilidad PRES como diagnóstico diferencial.

**0663 Correlación del cuadro clínico con la resonancia magnética en un paciente con síndrome de Wallenberg; reporte de caso**

*Lara C, León Y, Galnares J, Alegria M*  
Privado, Centro Médico ABC.

**Antecedentes.** El síndrome bulbomedular lateral se presenta en el 20% de los eventos vasculares cerebrales (EVC) de la circulación posterior. Se caracteriza por disfagia orofaríngea, disminución del reflejo nauseoso, vértigo súbito, parálisis ipsilateral de cuerdas vocales y paladar, hipertonicidad, hipoestesia en la cara ipsilateral o cuerpo contralateral y ataxia. La mayoría de los casos de isquemia vertebrobasilar son de origen embólico y/o aterosclerosis. **Informe del caso.** Masculino de 78 años que acudió a urgencias con vértigo, parálisis facial y disfagia a líquidos y sólidos. A la explo-

ración física se encontró con TA 180/100. En la exploración neurológica con hipoestesia en hemisfero izquierdo, VII nervio con parálisis facial periférica y disartria, IX nervio con reflejo nauseoso abolido, incapacidad de deglutir. Diplopia ptosis y anhidrosis. Nistagmo horizontal agotable y disimetría derecha. Prueba de Romberg y Dix Hallpike positivas. Se realizó resonancia magnética (RM) de encéfalo al ingreso sin evidencia de zonas anormales de restricción a la difusión que sugirieran un evento isquémico agudo o subagudo. Por persistencia de los síntomas se repitió la RM a las 24 hrs presentando: T2 Flair y difusión con zona de restricción a la difusión en el puente parasagital derecho con leve hiperintensidad, sugestiva de lesión vascular isquémica subaguda. El resultado de la prueba de mecanismo de la deglución fue positivo para broncoaspiración, por lo que se colocó sonda de gastrostomía y se inició terapia de deglución, con lo que mejoró significativamente. Actualmente el paciente cuenta como única secuela parésia facial mínima. **Discusión.** El Síndrome de Wallenberg se debe sospechar en todo paciente con sintomatología de disfagia, pérdida del reflejo nauseoso, hipoestesia y síntomas cerebelosos. La clínica de síndromes de fosa posterior tiene un valor predictivo positivo de 83%. Nuestro caso ejemplifica la necesidad de realizar RM

de control ante la persistencia de la sintomatología ya que la evidencia demuestra falsos negativos en un 0-42.9% de los casos, principalmente de localización infratentorial, donde se observa disminución de la sensibilidad de la RM en las primeras 24 horas del inicio de los síntomas. Es necesario un tratamiento inmediato multidisciplinario para disminuir las secuelas, en muchos casos irreversibles de no ser tratadas a tiempo.

#### **0674 Enoxaparina, dosis trombotrófica en el EVC isquémico y su asociación con la evolución a EVC hemorrágico**

*Bustillos M, Dominguez G, Santana P, Perez R, Salas A*  
ISSSTE, regional ISSSTE Monterrey.

El EVC es la principal causa de invalidez en adultos y la quinta causa de muerte en México; puede ser de origen trombotico, embolico o hemorrágico. Entre las medidas generales durante la atención de un paciente con EVC isquémico se encuentra la trombo profilaxis, indicada en pacientes con puntuación en escala de NIHSS > 21. La HBPM es el principal anticoagulante utilizado para la profilaxis de TVP o TEP, es una heparina no fraccionada que ejerce su efecto antagonizando al factor X activado y en menor medida al interfiriendo así en la cascada de la coagulación. **Objetivos:**

Observar si existe asociación entre el uso de Enoxaparina, en el EVC isquémico, con su evolución a hemorrágico, así como identificar la asociación de DM2, HTA o tabaquismo con el uso de Enoxaparina para que ocurra la evolución a un evento hemorrágico. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles, en el cual se incluyeron 42 pacientes con motivo de ingreso EVC isquémico en un período de doce meses, siendo los casos aquellos con evolución a hemorrágico y los controles quienes no lo presentaron. Además se identificaron si contaba con antecedente de otras comorbilidades. Se utilizaron como criterios de exclusión pacientes < 50 años, antecedente de EVC hemorrágico y uso de anticoagulantes por cualquier indicación. **Resultados:** Se reportaron 27 pacientes con indicación de Enoxaparina como trombo profilaxis, 8 presentaron evolución a EVC hemorrágico y 19 no presentaron hemorragia durante su internamiento. **Conclusiones:** No existe asociación estadísticamente significativa entre el uso de Enoxaparina a dosis profiláctica en el EVC isquémico para su evolución a hemorrágico. Además no se encontró asociación de ninguna de las comorbilidades identificadas con el uso de trombo profilaxis para la evolución a EVC hemorrágico. Se deberá ampliar el estudio verificando la dosis utilizada en cada paciente





para corroborar sea la indicada como trombo profilaxis.

**0677 Crisis colinérgica sobrepuesta a crisis miasténica: reporte de caso**

*Fernández J, Fernández A, Hernández J, Hernández D, Valencia R*

PRivado Hospital Ángeles Clínica Londres.

**Antecedentes:** la miastenia gravis es una enfermedad autoinmune manifestada por debilidad muscular. Una crisis miasténica se caracteriza por debilidad de los músculos respiratorios y bulbares, requiriendo soporte respiratorio mecánico. El tratamiento de la miastenia gravis incluye el uso de anticolinesterásicos. En enfermos tratados con dosis altas de piridostigmina o rivarostigmina, la toxicidad colinérgica puede ser un diagnóstico diferencial, ya que el paciente puede presentar un cuadro de dificultad respiratoria similar al de la crisis miasténica, pero mostrará síntomas colinérgicos como miosis, sialorrea, bradicardia, diaforesis y diarrea. Se presenta el caso de un paciente en crisis miasténica que durante el curso agudo de la crisis respiratoria, presentó una crisis colinérgica. **Informe de caso:** masculino, 72 años, portador de miastenia gravis en tratamiento con piridostigmina 60 mg cada 6 horas, y azatioprina. Se hospitaliza por aumento de la debilidad, sin factor desencadenante iden-

tificado. Doce horas después presenta disnea, taquipnea, tiraje intercostal y deterioro neurológico. Se decide manejo avanzado de la vía aérea e ingreso a la unidad de cuidados intensivos, donde se inicia tratamiento con inmunoglobulina y piridostigmina intravenosa. A las 72 horas presenta bradicardia sinusal de 30 latidos por minuto, requiriendo dosis única de atropina. Posteriormente presenta evacuaciones diarreas, diaforesis, aumento de secreciones y deterioro de la función respiratoria. Se decide suspender tratamiento con fármacos anticolinesterásicos, a lo que el paciente responde adecuadamente, con remisión de la sintomatología agregada. Después de 9 días de estancia en la UCI, el paciente es extubado y egresado estable a piso de hospitalización. **Conclusiones:** El tratamiento de la crisis miasténica se basa principalmente en apoyo ventilatorio mecánico, medidas generales de cuidado en el paciente crítico, y uso de inmunoglobulina o plasmaféresis. El umbral de la toxicidad colinérgica es menor cuando estos fármacos son administrados de forma intravenosa, por lo que es frecuente no administrarlos en el paciente en crisis respiratoria, reiniciándose una vez que el paciente se encuentra estable. Con tratamiento adecuado, la mortalidad del paciente que desarrolla crisis miasténica es menor del 5%.

**0749 Encefalomiелitis diseminada aguda en una paciente de 19 años de edad, el dilema diagnóstico con esclerosis múltiple, la importancia pronóstica y disminución de la progresión de la enfermedad**

*Bailón A*

IMSS, Hospital General Regional No. 1. Licenciado Ignacio García Téllez. IMSS, Cuernavaca, Morelos.

**Introducción:** La encefalomiелitis diseminada aguda (EMDA) es un trastorno inflamatorio inmunológico del sistema nervioso central que se distingue desde el punto de vista patológico por numerosos focos de desmielinización, diseminados en la sustancia blanca del encéfalo y en la médula espinal; con síntomas neurológicos, que aparecen de 4 a 21 días posterior a infección viral o vacunación. La incidencia ha sido reportada entre 0.4 a 0.8 casos por cada 100,000 habitantes por año. **Objetivo:** Presentación de un caso de EMDA, una entidad de baja incidencia y diagnóstico diferencial de Esclerosis Múltiple (EM). **Presentación del caso:** Femenino de 19 años de edad con historia de dos semanas con hipersomnolia, mareo y cefalea holocraneana intensa, pulsátil, acompañada de visión borrosa. Cuatro días antes de su ingreso se agrega bradipsiquia, disartria, periodos de confusión, nistagmus y disminución de fuerza muscular en miembros

pélvicos. Refiere infección de tracto respiratorio superior, con fiebre elevada, 10 días previos al inicio de los síntomas. Se practica Resonancia magnética (RM) evidenciando múltiples lesiones ovaladas en parénquima cerebral, bien delimitadas que afectan la sustancia blanca profunda con predominio periventricular, hiperintensas en T2 y FLAIR; con el medio de contraste tienen captación anular. Ausencia de bandas oligoclonales en líquido cefalorraquídeo (LCR). Panel viral y TORCH negativos. ANA, C3 y C4 normales. VSG 20 mm/h, PCR 10 mg/L. Control de RM 6 meses posteriores, con disminución del 75% de las lesiones.

**Discusión:** La EMDA representa un reto diagnóstico por la distinción de su forma multifásica y la EM, crucial en el pronóstico y la elección terapéutica, ya que esta última requiere terapia inmunomoduladora para detener su progresión; además de tener una presentación clínica, análisis de LCR, histopatología y apariencia en neuroimagen, muy similar. La característica fisiopatológica es la desmielinización perivenosa e infiltración de linfocitos y macrófagos. Existe evidencia de una respuesta autoinmune transitoria en contra de la Proteína básica de la mielina u otros autoantígenos, por vía mimetismo molecular o activación no específica de células T clonales autorreactivas. El tratamiento actual con esteroides lleva a resultados

aceptables. El recambio plasmático y el interferón- $\beta$  también tienen éxito en algunos casos fulminantes.

**0769 Síndrome de Fahr: causa poco frecuente de epilepsia generalizada asociada a alteraciones del metabolismo del calcio**

*Flores E*

Privado, Hospital Angeles Clínica Londres.

**Antecedentes:** el síndrome de Fahr (FS), es una entidad rara caracterizada por calcificaciones de los ganglios basales, talamo, corteza cerebral y cerebelo, asociadas a alteraciones psiquiátricas y neurológicas<sup>1</sup>. La prevalencia en hombres es mayor que en mujeres, relación 2:12. La etiología más frecuentemente asociada al metabolismo mineral es el hipoparatiroidismo<sup>3</sup>. La fisiopatogenia consiste en depósito oligoglial de mucopolisacáridos y calcio, a nivel vasculares y perivasculares<sup>4,5</sup>. Puede permanecer asintomáticos, y cuando presentan manifestaciones suelen ser psiquiátricas<sup>6</sup>. Las manifestaciones neurológicas son menos frecuentes, y pueden presentarse como parkinsonismo, coreoatetosis, movimientos involuntarios, crisis epilépticas, lesión de nervios craneales, síndromes cerebelosos o hipertensión intracraneal<sup>7,8</sup>. **Caso clínico:** mujer de 30 años, hipotiroidea e hipoparatiroides secundario

a tiroidectomía total a los 20 años por carcinoma papilar de tiroides. Inicia tratamiento con levotiroxina y calcio. Seis años después presenta crisis generalizadas tónico-clónicas tratadas con valproato y carbamazepina con aparente control, motivo por el que suspende tratamiento. Seis años después con cefalea, irritabilidad, cambio en el patrón e incremento de la tasa de crisis. Actualmente con crisis generalizadas atónicas y tónico-clónicas. A la exploración física catarata bilateral, limitación de memoria a largo plazo, raciocinio, abstracción y cálculo, parálisis del VII nervio derecho, disdiadococinesia bilateral y ataxia. Perfil tiroideo con datos de hipotiroidismo primario (T4L: 0.78 ng/dl, TSH: 40.8 mUI/mL), hipofosfatemia (PO4: 7.4 mg/dl), hipocalcemia (Ca+2: 4.9 mg/dl), niveles de séricos de vitamina D (24.7 ng/ml), paratormona (PTH) (2.0 pg/ml) y de Ca+2 urinario (93.6 mg/24 hrs) disminuidos. La tomografía axial computada (TAC) con calcificaciones bilaterales en cuerpo estriado, todos los lóbulos de la corteza cerebral y cerebelo. Se establece diagnóstico de SF y se inicia manejo antiepiléptico, Ca+2 y vitamina D. **Conclusiones:** El SF es una causa poco frecuente de epilepsia generalizada. La TAC y niveles séricos de Ca+2, PO4, vitamina D, PTH son indispensable para el diagnóstico. El caso clínico ilustra la importancia de la evaluación integral en



una paciente con cambio en la tasa de crisis con el objetivo de identificar etiologías metabólicas causantes.

### **0770 Síndrome de Guillain-Barré like como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico: presentación de un caso**

*Gutierrez S*

IMSS, Hospital General Naval de Alta Especialidad

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica de presentación heterogénea en la cual los órganos, tejidos y células se dañan por adherencia de diversos anticuerpos y complejos inmunitarios. Las manifestaciones neurológicas se han reportado en 10 a 80 por ciento de los pacientes en cualquier momento del curso de la enfermedad. 1-3 Hay pocos casos reportados de síndrome de Guillain-Barré (GBS), neuropatía axonal motora y sensorial aguda (AMSAN), como manifestación neurológica de LES.4-5 **Presentación del caso:** hombre de 17 años de edad: originario y residente de Manzanillo, tabaquismo +, alcoholismo: positivo una vez a la semana, llegando de embriaguez, toxicomanías: refiere consumir cannabis 1 por año y medio 1 cigarro al día, consumo de cristal: hace 1 mes, hospitalización por neumonía el 1 febrero del 2013. Inició dos meses previos a su inter-

namiento. Después de realizar actividad física, presentó parestesias y sensación dolorosa en falanges de ambos pies, un mes después progresó a ambos tobillos y piernas, agregándose debilidad muscular lo cual comprometió la deambulacion, con aumento de los planos de sustentación, refiere que 3 días después perdida de la fuerza en ambas extremidades al grado de no poder levantarse así como pérdida de la sensibilidad. Exploración física a su ingreso: 125/85mmHg FC 102 lpm, FR: 18 rpm, Temp: 36.5°C talla: 1.84 peso: 73kg IMC: 21.5 kg/m<sup>2</sup>. Ganglios cervicales de 2 cm de diámetro, no adherido a planos profundos y dolorosos a la palpación. Tórax datos patológicos, a nivel abdominal con esplenomegalia palpable la cual se extendía 2 cm por debajo del reborde costal. Neurológicamente las funciones mentales y nervios craneales sin alteraciones, tiene fuerza 4-/5 distal en 4 extremidades, arreflexia generalizada, eutróficas; Afectación cerebelosa o datos de meningismo ausente. EGO: turbio, densidad 1.028, células epiteliales 4-6/c, leu 10-12/c, microproteínas 500 mg/dL. Proteínas en orina 24 horas 10,374 mg/día. Líquido Ceforraquídeo: Proteínas 496 mg/dL, Glucosa 55.3 mg/dL. Anticuerpos antinucleares 1:1000 Moteado Fino y 1:1,000 Moteado grueso, antiDNA de doble cadena 168.2 (>25), antiSm 36.0 (>7.0) Biopsia renal

percutánea: glomerulonefritis membranoproliferativa difusa, global activa. Clase IV-G (A)+V (ISN/RPS) con índice de actividad de 7 y cronicidad de 2.

### **0776 Correlación clínico-neurofisiológica en pacientes con síndrome de Guillain-Barre en pacientes del Hospital Centro Medico Nacional Siglo XXI, IMSS**

*Gutierrez S*

IMSS, Centro Medico Nacional Siglo XXI

**Antecedentes:** el síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía aguda inmune. El precedente de infección y factores del huésped relacionados con el paciente parece determinar forma y gravedad de la enfermedad. Las diferentes variables neurofisiológicas denotan diferentes presentaciones clínicas. El SGB sigue siendo una enfermedad grave; 3-10% de los pacientes mueren y 20% siguen siendo incapaz de caminar al cabo de 6 meses. **Objetivo:** describir las características clínicas y de electrofisiológicas en pacientes con SGB. Método: estudio transversal, descriptivo, de pacientes hospitalizados en el hospital de especialidades siglo XXI en México DF, en el periodo de enero a diciembre del 2014. **Resultados:** se incluyeron a 33 pacientes de 36 hospitalizados, 27% eran mujeres, la edad promedio fue 53 (+6) las características de presentación

fueron: inicio sensitivo en 79%, la progresión de los síntomas fue de 1 a 20 días, promedio 7 días, el 84% tuvo antecedente infeccioso, 33% diarrea, 16% respiratorio, 3% ambos, 97% presento debilidad, 15% ninguno, afectación de nervios craneales en el 49%, 33% tuvo afección del VII nervio craneal, 30% afección de oculomotores y con el mismo porcentaje nervios bulbares, siendo un 21% los pacientes que compartieron afección de los grupos de nervios craneales comentados previamente. Dentro de los hallazgos neurofisiológicos; Axonal 72.7%, Desmielinizante 24.2%, 1% bloqueo de la conducción, de las variedades neurofisiológicas AMAN 45.5%, AMSAN 27.3%, AIDP 24.2%, bloqueo de la conducción 3%, 90.9% recibieron tratamiento con inmunoglobulina. Mortalidad 6.6%. **Conclusiones:** la variante electrofisiológica mas frecuente fue la tipo Axonal, con mortalidad del 6.6% y discapacidad grave 66% a su egreso Hospitalario.

**0792 Crisis miasténica con tiroiditis de Hashimoto, una asociación compleja diagnóstica de enfermedades autoinmunes.**

**Reporte de un caso**

*Jiménez J, Jiménez J*

Otra, Centro Médico Adolfo López Mateos y Centro Médico ISSEMYM Toluca.

**Introducción:** la tiroiditis de Hashimoto (TH) es una enferme-

dad autoinmune caracterizada por la destrucción de las células tiroideas por mecanismos tanto celulares como humorales. Su asociación con miastenia gravis (poco frecuente-incidencia 2 en 1000000) se considera rara con un 0.3%. **Informe de caso:** Femenino de 32 años sin antecedentes de importancia. Inicia padecimiento actual en Febrero 2015 con la presencia de nódulo tiroideo derecho, por lo que se realiza USG de cuello con evidencia de bocio con cambios sugestivos de tiroiditis. Biopsia por aspiración (25-03-15) con neoplasia folicular. Cursa con hipotiroidismo e inicia sustitución con levotiroxina. Tiroidectomía radical (Mayo 2015), reporte de patología-Tiroiditis de Hashimoto. Evoluciona con pérdida ponderal de 15kg en 3 meses, disfagia a sólidos que progresa a líquidos, dislalia, disartria y sialorrea. Asiste con facultativo quien la protocoliza considerándola normal y es egresada. Al persistir con el cuadro descrito, disnea y mal manejo de secreciones además de incapacidad para la marcha, teniendo desnutrición severa decide acudir para recibir atención. A la exploración actitud forzada, disneica, con sialorrea, polipnea de 28x', estertores crepitantes infraescapulares bilaterales, taquicardia 110x', sin otros agregados. Reflejo nauseoso presente pero disminuido, extremidades con fuerza muscular 4-/5 en for-

ma generalizada, la cual es fatigable rápidamente con la estimulación repetitiva. Laringoscopia, panendoscopia y pan-tomografía normales. Anticuerpos (Ac) antitiroglobulina 541.98 (4.11 UI/mL), Ac antimicrosomales 876.37 (5.61 UI/mL). Electromiografía con estimulación repetitiva, anormal por disfunción postsináptica de la placa neuromuscular. Ac anti-receptor de acetilcolina positivos. Se inicia terapia con piridostigmina e inmunomoduladores con mejoría progresiva de su condición clínica e incremento de la fuerza muscular en forma generalizada, de la deglución y remisión completa de los datos clínicos referidos, siendo egresada del servicio. **Conclusión:** La presencia de una crisis miasténica primaria en una paciente con diagnóstico inicial de TH se considera un evento muy raro y comprometedor de la vida por la presentación atípica y rápida con involucro orofaríngeo exclusivo inicial y posteriormente de la musculatura respiratoria, sin afección significativa de la musculatura general.

**0813 Encefalitis autoinmune contra el receptor de NMDA: un nuevo síndrome neuropsiquiátrico**

*Jiménez A, Cardenas O*

SSA, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Los síndromes paraneoplásicos del SNC más conocidos



son la encefalitis límbica, la degeneración cerebelosa y el síndrome de opsoclonus-mioclonus. La encefalitis límbica recientemente se ha descrito en la presencia de anticuerpos en contra del receptor de N-Metil-D-Aspartato. Los tumores de ovario son un hallazgo común en mujeres en edad reproductiva. Las neoplasias de

células germinales comprometen 20-25%, y el teratoma es el subtipo histológico tipo más común. Un nuevo síndrome se ha descrito en pacientes con teratoma y anticuerpos en contra del N-Metil-D-Aspartato, llamado encefalitis por rNMDA y es parte del espectro de los síndromes neurológicos paraneoplásicos. Describimos el

caso de una paciente previamente sana que se presentó al servicio de urgencias con un síndrome convulsivo quien fue diagnosticada con este tipo de encefalitis secundaria a un teratoma ovárico. Tuvo remisión total del cuadro después de la resección del tumor, terapia con dosis altas de esteroides e IG.

## ONCOLOGÍA

### 0005 Antígeno tumoral CA 15-3 y valor predictivo en metástasis cerebrales en cáncer de mama triple negativo etapa clínica III

Acevedo J

Unidad de Cancerología

**Introducción:** el grupo de pacientes con CMTN, tiene un alto riesgo de metástasis cerebrales, No existen factores pronósticos bien establecidos para el desarrollo de metástasis cerebrales.

**Material y métodos:** análisis retrospectivo del 2007-2011, Se incluyeron 289 pacientes con CMTN del Instituto Nacional de Cancerología México. Se identificaron las variables demográficas de las pacientes como factores pronóstico para desarrollar metástasis cerebrales. El análisis estadístico se realizó con apoyo de SAS. Se realizó un análisis descriptivo

de la muestra y posteriormente un análisis comparativo entre las pacientes que tuvieron recurrencia a SNC y aquellas sin metástasis cerebrales. Con el modelo de regresión Cox se realizó un análisis de supervivencia. Se analizó el tiempo desde recurrencia a recurrencia a SNC. Por último los factores determinantes en la muerte del

paciente. **Resultados:** Después de un seguimiento de 24 meses, 43 pacientes desarrollaron metástasis en SNC (Cuadro 1).

### 0062 Derrame pericárdico maligno secundario a adenocarcinoma pulmonar

Rodea M,<sup>1</sup> Rumbo U<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Ticomán, SSA

**Cuadro 1.** Factores que influyen en la supervivencia en la recurrencia en SNC después de la recurrencia en otro sitio

| Variables               | Total<br>p | Total<br>HR | Sel vars*<br>(estimador) | Final*<br>(estimador) |
|-------------------------|------------|-------------|--------------------------|-----------------------|
| n vars total            |            |             | 191                      |                       |
| n vars usadas           |            |             | 138                      |                       |
| Invasión linfocelular** | 0.104      | -1.093      | -1.368**                 |                       |
| Infiltración de dermis  | 0.842      | -0.120      |                          |                       |
| CA 15-3**               | 0.050**    | -0.007**    |                          | 0.007**               |
| ACE                     | 0.264      | -0.159      |                          |                       |
| Recibió platino en neo  | 0.075      | -0.758      |                          | -0.868                |
| Tiempo de recurrencia** | 0.001**    | -0.054**    | -0.063**                 | -0.055**              |

\* variables significativas con  $\alpha=0.05$ ; \*\* variables consideradas para el modelo final, incluso fueron significativas con  $\alpha=0.01$

<sup>2</sup>Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, SSA

**Introducción:** el derrame pericárdico maligno es una patología que reviste mucha importancia y controversia, pues es responsable de la mayoría de los derrames pericárdicos masivos no traumáticos y constituye un reto diagnóstico y terapéutico; presenta alta recurrencia (90%) si no se instaura una estrategia terapéutica acorde al pronóstico del paciente. **Descripción del caso:** masculino de 65 años, con antecedente de DM2. Tabaquismo positivo durante 25 años IT 10. Inicia su padecimiento 4 meses previos con tos seca disneizante, no hemetizante, dos meses después presenta tos con expectoración inicialmente hialina posteriormente verdosa con progresión de la disnea y disfagia a sólidos, empeoramiento de disnea hasta BORG-3, aunado a dicho cuadro presenta pérdida ponderal de 4 kg en un mes. El día de su ingreso inicia con hemoptisis y disnea en reposo. Ruidos respiratorios disminuidos en intensidad. Se realiza TAC de tórax contrastada en la cual se observa imagen sugestiva de derrame pericárdico, se solicita ecocardiograma el cual reporta derrame pericárdico de 800 ml, colapso parcial de 50% de aurícula derecha con repercusión hemodinámica por lo que se realiza ventana pericardio-pleural con toma de biopsia de lóbulo inferior

derecho pulmonar. Con reporte patología adenocarcinoma pulmonar predominantemente sólido con células en anillo con inmunohistoquímica positiva para TTF-1, CK7, CEA. Citología de líquido pericárdico positiva para adenocarcinoma derrame pleural metastásico. Citología líquido pericárdico positivo para neoplasia/adenocarcinoma, derrame pericárdico metastásico. Se estadifican la como Adenocarcinoma pulmonar EC IVT4 N3 M1A. **Conclusiones:** la pericardiocentesis con examen citológico del líquido pericárdico debe ser realizada en todos los pacientes con sospecha de malignidad, en particular si este es hemorrágico. La sensibilidad del examen citológico para el diagnóstico neoplásico se estima entre el 67%-92%, considerándose la citología positiva de células neoplásicas como un predictor de pobre pronóstico. En el paciente está conducta terapéutica se llevó a cabo, obteniendo citología positiva para células malignas. **Conclusión:** En diversos análisis multivariado de pacientes con derrame pericárdico maligno, la citología positiva fue predictor independiente de corta supervivida con mayor probabilidad de pericardiocentesis repetidas y conducta quirúrgica.

#### **0066 Histiocitosis de células de Langerhans pulmonar. Reporte de caso**

*Gallegos O, Escobedo R, Lozano J, Ruiz D, Dávila D*

Hospital General Ticomán, SSA

**Introducción:** masculino de 52 años, soltero, católico, originario y residente del DF. Desempleado. Abuelo materno finado por Tuberculosis pulmonar. Zoonosis (+) con perro, aves y conejo. IVSA 24 años, 16 PS, HSH, uso irregular de preservativo. ETS: HIV. Infección por HIV desde 2014, cuenta inicial CD4 56, CV 120 300 copias. Tratado con Tenofovir, Emtricitabina y Efavirenz. Tabaquismo (+), IT 5.4. PA: Inicia hace 12 meses con disnea de medianos esfuerzos, tos no productiva, intermitente, no emetizante ni cianosante, sin predominio de horario. Hace 3 meses se agrega fiebre nocturna 39°C, diaforesis nocturna, pérdida ponderal de 6 kg, astenia, adinamia e hiporexia. **Objetivo:** Abordaje de lesiones pulmonares cavitadas en paciente con HIV. **Descripción del caso.** EF: TA 100/60 mmHg FC 72 FR 23 T 37C Sat 92% Despierto, Glasgow 15, sin dificultad respiratoria. Normocéfalo, sin exostosis ni hundimientos. Cavidad oral con placas blanquecinas en lengua. Cuello cilíndrico, sin adenopatías. Campos pulmonares con movimientos de amplexión y amplexación disminuidos en hemitórax derecho, vibraciones vocales conservadas, claro pulmonar, con estertores crepitantes subescapular derecho. Ruidos cardíacos sin alteraciones. Abdomen con hepatoesplenomegalia. Ge-



nitales sin lesiones. Resto sin alteraciones. **Laboratorios:** LEU 5.2 LINF 0.57 HB 10VCM 90.4 HCM 29.1 PLAQ 304 GLU 110 CREAT 1 NA+ 137 K + 3.5 BT 0.4 ALB 2 AST 72 ALT 75 FA 155 LDH 146 ANÁLISIS: En la Rx tórax se evidencian lesiones nodulares bilaterales. En la TAC-AR de tórax se observan lesiones cavitadas en lóbulo medio con patrón reticular bilateral. En el abordaje diagnóstico las primeras entidades a considerar son de origen infeccioso. Se inicia protocolo, baciloscopias (-) y cultivos para TB (-). La broncoscopia con BAL concluye cambios inflamatorios inespecíficos. Se toman PCR para *P. jiroveci* y *Aspergillus*, Gen Xpert en BAL con resultado (-). Se mide antígeno sérico de *Cryptococcus*, con resultado negativo. Se estudiaron vasculitis ANCA, con p-ANCA, c-ANCA (-), además se descartó LES. La biopsia transbronquial lóbulo medio: fibrosis intersticial y hemorragia reciente. IHQ para linfoma negativa. Se solicitan CD1a y proteína S-100 en biopsia con resultados (+) compatibles con Histiocitosis de células de Langerhans Pulmonar. Imágenes y biopsia se mostrarán en cartel.

#### **0080 Melanoma gástrico sin origen primario conocido. Reporte de caso**

*Paz A, Hernandez A, Morones I, Santillan W, Lopez D, Hernandez R, Teran J, Reyes A, Reyes I* Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** el melanoma maligno en el 95% de los casos su localización es cutánea representando solo el 4% de los cánceres cutáneos, puede producir metástasis a hígado y pulmón, hacia tracto gastrointestinal solo lo hace 5% y de estos intestino delgado es el más frecuente. La afectación gástrica por melanoma es rara, en la mayoría metastásica. Se han reportado escasos casos de melanoma maligno primario gástrico. **Descripción del caso:** masculino de 76 años con Cardiopatía Isquémica y gastritis crónica. Hospitalizado por pico febril de 38 grados e hiporexia. Refiere pérdida de 8kg en 6 meses. A la exploración, piel pálida sin lesiones, ganglios no palpables, cardiopulmonar y abdomen sin alteraciones, no se palpan tumoraciones, ni visceromegalias. Leucocitos  $44.1 \times 10^3/\mu\text{l}$ , neutrófilos  $40.1 \times 10^3/\mu\text{l}$ , hemoglobina 11.6gr/dl, VCM 86.4fl, CMCH 32.8 gr/dl, plaquetas  $428 \times 10^3/\mu\text{l}$ , electrolitos séricos y función renal normales, examen general de orina y radiografía de tórax sin alteraciones. No se demuestra foco infeccioso, permaneció afebril, descendió la hemoglobina a 10gr/dl, leucocitos  $27.1 \times 10^3/\mu\text{l}$ , neutrófilos  $24.3 \times 10^3/\mu\text{l}$ . Frotis de sangre periférica con neutrofilia reactiva e hipocromía. Pruebas de función hepática normales, reacciones febriles, VIH, Hepatitis B y C negativos. Amiba en fresco y coproparasi-

toscópico negativo. Eritrocitos ++ en muestra fecal con sangre oculta en heces (+). Aspirado de médula ósea sin infiltración neoplásica. Marcadores tumorales negativos. Endoscopia con tumoración fúndica ulcerada probable GIST vs MALT. Tomografía de 3 regiones con fondo gástrico con masa intramural de densidad heterogénea de 56x65x77mm con calcificaciones y posibles áreas de necrosis. Resto sin alteraciones. Reporte histopatológico de gastritis crónica con hiperplasia linfoide, pseudohifas de *Candida* y flora bacteriana mixta. Inmunohistoquímica HMB 45(-), Melan A(+), PS 100(+), CD 117(-), CD 34(-). **Conclusiones:** ante ausencia de melanoma cutáneo, otra localización concurrente o previa, afección de otros órganos al momento del diagnóstico y con presencia de anticuerpos Proteína S100 y Melan-A se concluye melanoma gástrico primario. Esta neoplasia inusual tiene una naturaleza agresiva con pronóstico incierto, que tras intervención quirúrgica temprana puede aumentar la sobrevida.

#### **0120 Hipoglucemia como manifestación paraneoplásica del carcinoma hepatocelular.**

##### **Presentación de caso**

*Bautista A, Copca D, Lagunas M, Gonzaga T, Ramos M, Castro L, Teran J, Baca A, Reyes A* Hospital Central Norte, PEMEX

**Introducción:** es el 6° tumor solido más frecuente y la 10°

causa de muerte en el mundo. Se presenta entre los 60 y 70 años, en regiones con alta incidencia inicia a los 40 años. **Descripción del caso:** femenino de 82 años, carga genética para diabetes mellitus. Diabética tratada con biguanidas. Acude por somnolencia, datos adrenérgicos y glucometría de 43 mg/dl, repetida en varias ocasiones. Cuadro de astenia, dolor epigástrico, saciedad temprana. Encontrándose tumoración en hipocondrio derecho y epigastrio, pétreo, adherida, ascitis grado I, eritrocitosis, trombocitopenia, transaminasemia, hiperbilirrubinemia, aumento en la fosfatasa alcalina y deshidrogenada láctica. Endoscopia con esofagitis B de los Ángeles y pangastropatía no erosiva de predominio en antro y fondo. Ultrasonido con hepatopatía crónica difusa. Tomografía con múltiples lesiones hepáticas; adenoma en glándula suprarrenal izquierda, líquido de ascitis. Citología con células neoplásicas malignas. Alfafetoproteína 283 mcg/L. **Discusión:** incidencia anual de 6/100 pacientes, predominio en África Sub-Sahariana y Oriente, género masculino, relación 2:1. En pacientes con virus de hepatitis B y C, en casos de de hepatitis B crónica. La carga viral influye, el riesgo es mayor con niveles de HBV DNA mayores de 10,000 copias/ml. La Diabetes mellitus muestra aumento en la incidencia de carcinoma hepatocelular y asociado a síndrome

metabólico se incrementa el riesgo. Cursan asintomáticos, pudiendo presentar dolor abdominal, pérdida de peso, saciedad temprana, masas en hemiabdomen superior; indicando un estadio avanzado. La hipoglucemia se desarrolla como síndrome paraneoplásico. Los tumores que producen hipoglucemia pueden ser de origen mesodérmico, epitelial o hematopoyéticos y dividirse en 3 grupos: con exceso de insulina, factores relacionados con el tumor y factores que interfieren con el metabolismo de la glucosa. La alfafetoproteína esta elevada, cifras de 500 mcg/l son sugestivas de hepatocarcinoma. **Conclusión:** nos enfrentamos a un caso de carcinoma hepatocelular sin datos de hepatopatía crónica previa y como única manifestación paraneoplásica de hipoglucemia, iniciándose abordaje diagnóstico, estadiificación y determinación de tratamiento, con mal pronóstico por enfermedad avanzada.

#### 0162 Hipercalcemia maligna asociada a carcinoma de células escamosas de cérvix

*Castro C, Jiménez D, Fernández J, Reyes M, Hernández L, Alvarado H*

Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio, SSA

**Introducción:** la hipercalcemia asociada a malignidad ocurre en 20% en adultos y se relaciona con cáncer avanzado y mortalidad del 50%. El cancer

cervicouterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas en el grupo de 25 a 64 años de edad. **Descripción del caso:** mujer de 60 años con multiparidad y detección oportuna de cáncer de cérvix hace 15 años. Veinte días previos a su ingreso cursó con astenia, adinamia, postración, constipación, dolor lumbar y pélvico y pérdida de peso de 10 kg. A la exploración se evaluó con adelgazamiento y aumento de volumen proximal del miembro pélvico izquierdo. Laboratorio. Calcio serico 15.2 mg/dl. (corregido 16.1 mg/dl) proteínas totales, 7.09 gr/dl. Globulinas 4.29 gr/dl, albumina 2.8 gr/dl. Na 127 meq/dl. K 2.7 meq. Pth 7.32 (normal). B2 microglobulina 2.6 mg/dl. Electroforesis de proteínas de bence jones negativas. Ca-125 normal. Depuración de creatinina de 24 hrs 46.38 ml/min. Calcio en orina de 24 hrs 498 mg/dl. Rx de columna lumbar con lesiones líticas L4-L5. USG pélvico con miomatosis uterina. TAC abdomino pélvica, mostró conglomerado ganglionar retroperitoneal y lesiones hipodensas en L3-L5. Citología endocervical y biopsia de endometrio reportó carcinoma de células escamosas invasor. **Conclusión:** la hipercalcemia humoral (PTHrP) es común en pacientes con carcinoma de células escamosas (pulmón, cabeza y cuello, esófago, cérvix, vulva y piel). En el caso de cancer de cérvix se estadió





en un estadio IVb por metástasis a distancia a retroperitoneo y lesiones líticas en columna lumbar.

**0171 Sarcoma de Kaposi del tracto gastrointestinal en un paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): reporte de caso**

*Quiñones D, Escamilla G, Macías A*

Hospital General Tacuba, ISSSTE

**Introducción:** el sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor maligno, vascular y multifocal de células endoteliales. En 1872 describieron 5 casos de pacientes con nódulos cutáneos con localización interna y en tracto gastrointestinal, conocido como sk. **Objetivo:** mostrar la importancia de realizar panendoscopia en pacientes con disfagia de reciente inicio e infección por VIH, para descartar presencia de SK. **Reporte de caso:** masculino, edad 32 años, con diagnóstico de vih. inicia en abril 2015 con lesiones violáceas en boca y extremidades pelvicas, pérdida de 10 kilos en 4 meses. Ingresa con disfagia a sólidos y líquidos, se realiza panendoscopia, reporte de SK faríngeo, gástrico y duodenal asociado a VIH. Se inicia anti viral, posteriormente antracíclico, evolución desfavorable y deceso del paciente. **Discusión:** la presentación gastrointestinal del SK comúnmente es asintomática siendo

difícil su sospecha diagnóstica. El diagnóstico es por endoscopia, de ahí la importancia de realizarla en todo paciente con síntomas gastrointestinal y VIH.

**0184 Cáncer de pulmón con metástasis a mama. Reporte de caso y revisión de la literatura**

*Mora I*

Hospital Ángeles del Carmen

**Introducción:** la presencia de metástasis a la glándula mamaria es extraordinariamente rara, la causa principal se atribuye a un origen contralateral. Otras causas secundarias son sobretodo por enfermedades malignas hematológicas y menos frecuencia tumores sólidos; reportándose en series retrospectivas una frecuencia que oscila entre 0.4 a 2.7%. En la actualidad continua siendo difícil su abordaje y diagnóstico. **Objetivo:** demostrar la importancia y determinación del papel de la Inmunohistoquímica en el diagnóstico y del origen del tumor primario. **Descripción del caso:** se presenta el caso de una mujer de 63 años con presencia de tumor en mama derecha, asociado a conglomerado ganglionar en axila y en el estudio de extensión con PET-CT (tomografía con emisión de positrones) con enfermedad metastásica extensa en pulmón, hueso y sistema nervioso central. Se realiza biopsia de tumor de mama con reporte de adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

Perfil de inmunohistoquímica de origen primario de pulmón.

**Conclusión:** El papel de la Inmunohistoquímica es determinante en el diagnóstico ya que establece el origen del tumor primario.

**0191 Mesotelioma peritoneal maligno como diagnóstico diferencial de enfermedad inflamatoria intestinal en paciente joven**

*Reyes D, Gómez A, García E, Brea E, Mateos H*

Centro Médico Toluca, ISSMYM

**Descripción del caso:** se trata de paciente de 17 años con antecedente heredo-familiar de Cáncer Gástrico. Sin antecedentes patológicos de importancia. Inicio su padecimiento 18 meses previos a su ingreso con síndrome consuntivo y doloroso abdominal encontrándose ascitis, valorado por el servicio de gastroenterología con diagnóstico de Pb. enfermedad inflamatoria intestinal, en su abordaje se realizó colonoscopia observando colitis leve de etiología indeterminada, con biopsia de colon reportando colitis microscópica aguda y crónica no específica, en estudios de extensión se solicitó TAC abdominal de características normales. En su seguimiento sin mejoría. Continuando protocolo de estudio con panendoscopia, reportando hernia hiatal tipo I, gastropatía crónica en antro, en una segunda TAC toracoab-

dominal con doble contraste evidenciando ascitis y derrame pleural, PCR 93.56mg/L, VSG 70 mm/hr, PPD no reactivo, ANAS 1:80, anemia microcítica hipocromica, trombocitosis, hipotiroidismo subclínico, enteroscopia normal, se inicio protocolo de enfermedad inmunologica siendo valorado por reumatología descartando enfermedad autoinmunitaria. Motivo de ingreso a nuestro servicio de medicina interna con Dxs. de poliserositis y síndrome consuntivo, toracoscentesis demostro exudado por criterios de light, PCR para TB y ADA negativo, 2do PPD positivo 10 x 10 mm, por lo que se inicio terapia antifimica empirica en espera de resultados siendo esta suspendida al no mostrar mejoría por lo que se realizo laparoscopia con toma de biopsia peritoneal, reportando hiperplasia de celulas mesoteliales con cambios reactivos llevando a cabo revision de laminillas y concluyendo mesotelioma maligno con patron papilar y solido con inmunotinciones calretinina y CK 5/6 positivas, ACE negativa, Cromogranina a 4.0 ng/ml, serotonina 181 ng/ml. Posterior a diagnostico se envia a oncología en donde se realizo QT de induccion con cisplatino, pemetrexed con buena respuesta, se llevo a citorreduccion con QT hipertermica y QT de mantenimiento a base de pemetrexed trisemanal. Actualmente con 48 meses de sobrevivida con tratamiento oncológico y ECOG

1. **Conclusión:** el caso resalta la importancia del abordaje de estudio de dolor abdominal y síndrome consuntivo en paciente joven, sin factores de riesgo aparentes de enfermedad neoplásica.

#### **0202 Sarcoma de Ewing extra óseo en adulto joven: reporte de un caso**

*Zaldivar J, Badillo S, Lerma L, Anda J, Meza P, Flores C*  
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, SSA

**Introducción:** el Sarcoma de Ewing (SEw), incidencia 3:1'000,000 pico en adolescencia. Surgen principalmente en hueso, también en tejido blando. En la literatura hay reporte de 20 casos en suprarrenales. **Descripción del caso:** masculino de 21 años sin antecedentes de importancia. Inicia padecimiento con dolor en hipocondrio izquierdo, sin irradiaciones, transictivo, de tipo pleurítico, disnea de medianos esfuerzos; se acompañó de parestesias generalizadas; 3 semanas después presenta tos, seca, disneizante, no emetizante, palpitations y sibilancias, tratamiento (tx) con antibióticos con mejoría parcial; se agrega dolor lumbar derecho y precordial, aumentaba con el movimiento, disnea de pequeños esfuerzos y acrocianosis. A la exploración: se integra síndrome de derrame pleural derecho, resto normal. Laboratorio y gabinete: leucocitosis,

radiografía de tórax (RxTx): derrame pleural derecho total, tomografía toracoabdominal: adenopatías axilares, derrame pleural derecho 75%, áreas nodulares sólidas, tumoración hipodensa en suprarrenal izquierda (SRI). DHL 944. Supresión con dexametasona: cortisol 10.18. Manejo: toracocentesis: exudado; biopsia pleural y de SRI: sarcoma de Ewing, inmunohistoquímica pleural: positivo débil y difuso: CD99, ciclina D1, WT1, S100, negativo: cromogranina, desmina, CKAE1/AE3; suprarrenal: positivo: sinaptofisina, neurofilamentos, negativo: cromogranina, CKAE1/AE3, calretinina, TTF-1, CD45, no valorable: ciclina D1 y CD99. Evoluciono con neumotórax, se coloca sonda endopleural con alto gasto hemático, descenso de hemoglobina, fiebre, focos de consolidación en RxTx y tx antibiótico, fuera de tratamiento quirúrgico; se egresa para quimioterapia ambulatoria. **Discusión:** el SEw no se considera dentro del diagnóstico diferencial inicial, debido a la baja frecuencia que presenta, se considera primero neuroblastoma, feocromocitoma o carcinoma de la corteza adrenal, el abordaje inicial fue hacia la funcionalidad únicamente con: síndrome de Cushing subclínico. El manejo reportado en la literatura en estos casos es: quimioterapia, cirugía y/o radioterapia; en presencia de metastasis la sobrevivida en SEw

metastásico a 5 años 20-25%.

**Conclusión:** se debe considerar el sarcoma de Ewing en diagnóstico de masas retroperitoneales. El manejo siempre debe ser multimodal.

### 0203 Ablación por radiofrecuencia de metastasis hepáticas multiples por adenocarcinoma de colon

*Díaz D, Alexander J, Acevedo J*  
Hospital Ángeles del Carmen

**Introducción:** cáncer de colon en mujeres es 3ro en mortalidad según GLOBOCAN 2012; en México, 3ro en frecuencia y 5to en mortalidad. 50-60% desarrolla metástasis hepática (MH), 80-90% irresecable, 20-34% sincrónicas, asocia peor pronóstico y mayor enfermedad diseminada. **Descripción del caso:** femenino de 62 años, con adenocarcinoma colon etapa IVA, diagnóstico en septiembre 2014, KRAS mutado, sin criterios de resecabilidad. Se inicia quimioterapia (QT) neoadyuvante con CapeOx + bevacizumab 5 ciclos, con respuesta parcial; se lleva a hemicolectomía + ablación por radiofrecuencia (ARF) de MH, después QT con CapeOx + bevacizumab 3 ciclos más. Actualmente progresión libre de enfermedad (PLE) 8 meses y supervivencia global (SG) 12 meses en primera línea. **Discusión y Conclusión:** KRAS mutado es mal pronóstico. ARF disminuye recurrencia local, morbilidad y estancia



hospitalaria; con QT, demostró mejoría significativa en PLE, aumentó SG de 24 a 45 meses; siendo opción en paciente no candidato a cirugía.

### 0229 Morbimortalidad hospitalaria en pacientes con tumores germinales

*Quintanilla D, García C, Rivera C, Flores P, Villarreal M, Galarza D*

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** se ha descrito que los tumores de células germinales (TCG), tanto seminomas como no-seminomas, tienen excelente pronóstico para la supervivencia. Sin embargo, existe poca evidencia sobre la evolución clínica así como factores de morbilidad hospitalaria una vez que requieren hospitalización por cualquier causa.

**Objetivo:** Evaluar morbilidad hospitalaria en masculinos con diagnóstico de TCG. **Materiales y métodos:** Realizamos un estudio observacional, retrospectivo en pacientes internados en el departamento de Medicina Interna con diagnóstico de TCG, mayores de 16 años, con expediente completo. Analiza-

mos variables demográficas, presentación clínica, estadio clínico, morbilidad y estancia hospitalaria. Se determinaron los principales factores de riesgo para mortalidad hospitalaria mediante regresión logística. **Resultados:** se evaluaron 41 pacientes, con mediana de 32±14 años. Los motivos de ingreso fueron: 39% diagnóstico, 24% administración de quimioterapia, 10% infección ambulatoria, 10% procedimiento quirúrgico y 17% otras causas. Dentro de los síntomas destacaron: tumoración (85%), pérdida de peso (66%), disnea (46%), dolor abdominal (49%) y dolor torácico (20%). 73% ingresaron en estadio III (TNM) y 54% con mal pronóstico (IGCCG). La estancia hospitalaria fue de 8 (1-31) días. Se detectó una mortalidad del 37% (15 pacientes), 47% por choque séptico y 53% por insuficiencia respiratoria. Se correlacionó la presencia de paciente soltero (OR 4.5, IC95% 1.56-17.51, p=0.03) e infección hospitalaria (OR 6.19, IC95% 1.50-25.50, p=0.02) como los principales factores de riesgo para mortalidad. El 100% de los pacientes que presentaron inestabilidad

hemodinámica y requirieron intubación orotraqueal fallecieron. **Conclusiones:** a pesar de que los TCG se asocian con excelente pronóstico para la sobrevida, encontramos una alta tasa de mortalidad una vez que requieren hospitalización. Complicaciones por procesos infecciosos representaron la principal causa de defunción. Solo el estado civil soltero y la presencia de infección durante el internamiento se asociaron significativamente a mayor riesgo de mortalidad hospitalaria.

**0250 Síndrome vasculítico paraneoplásico: panarteritis nodosa como manifestación inicial de tumoración sólida**

*Mendoza E, Lozano J*

SSA, Hospital General Ticomán

Mujer de 60 años, originaria de San Luis Potosí, residente del D.F. desde hace 50 años, ingeniera, sin Antecedentes heredofamiliares de importancia; previamente sana. Inició su padecimiento 24 meses previos con presencia de parestesias en extremidades pélvicas, fenómeno de Raynaud y pérdida ponderal del 10%, lesiones cutáneas tipo púrpura vaculítica (pápulo-petequial), nódulos subcutáneos, lívedo reticularis y edema. Fue descartada infección por Hepatitis B. Fue establecido el diagnóstico definitivo mediante estudio histopatológico que reportó: necrosis fibrinoide de la íntima. Se inició terapia con Esteroides y

posteriormente Ciclofosfamida, con mala respuesta a tratamiento. Como parte de extensión de estudios, se evidenció cáncer uterino en etapa IV. La poliarteritis nodosa (PAN) es una enfermedad sistémica, con múltiples manifestaciones, descrita en 1886 por Küssmaul y Maier. Los síndromes vasculíticos se han asociado con neoplasias hasta en 10% de los casos y en la mayor parte corresponden a vasculitis leucocitoclástica, en menor proporción otros tipos de vasculitis; en las neoplasias hematológicas son más frecuentes este tipo de síndromes paraneoplásicos y raramente en tumores sólidos, como fue el caso de nuestra paciente, con manifestación de cáncer uterino. En las vasculitis paraneoplásicas el tumor puede producir mediadores peptídicos, linfocitos citotóxicos o por un deterioro en la función reticuloendotelial con reducción inmunitaria. Se debe sospechar neoplasia en el contexto de una vasculitis sin antecedentes previos, o falta de respuesta a tratamiento. Este síndrome se ha observado raramente en pacientes con tumores sólidos. A pesar de la baja frecuencia de esta entidad paraneoplásica reumática, su importancia radica, en que su aparición, puede ser el primer signo de un proceso maligno, ya que frecuentemente, precede en un tiempo considerable al diagnóstico del tumor, esto puede generar una detección precoz, en un estadio

curable. Manger B1, Schett G. Paraneoplastic syndromes in rheumatology. *Nat Rev Rheumatol*. 2014 Nov;10(11):662-70. Solans-Laqué R, Bosch-Gil JA, Pérez-Bocanegra C, Selva-O'Callaghan A, Simeón-Aznar CP, Vilardell-Tarres M. Paraneoplastic vasculitis in patients with solid tumors: report of 15 cases. *J Rheumatol*. 2008 Feb;35(2):294-304

**0273 Sarcoma de mama. ¿Cuál es su tratamiento ideal?**

*Gómez N*

Otra, Instituto Nacional de Cancerología

La palabra «sarkoma» del griego que significa «crecimiento grande y carnoso». Los sarcomas son tumores no epiteliales que derivan del mesénquima primitivo y tienen su origen en el estroma, el tejido adiposo y el endotelio de los vasos sanguíneos. Este tipo de tumores de tan rara incidencia, estimada en 17,5 nuevos casos por millón de mujeres. Los sarcomas de tejidos blandos constituyen el 1.5% de todos los tumores malignos, siendo los sarcomas de mama menos del 1% de estos. **Caso clínico:** Femenino de 28 años, Antecedentes ginecoobstetricos: menarca a los 12 años, en etapa reproductiva, con ritmo irregular; Gesta: 3, Para: 2, cesáreas: 1, abortos: 0 y ectópicos: 0. Edad de primer parto 17 años, edad del último parto 21. Lactó a sus tres productos 1 año. Padecimiento



actual 6 meses previos a su ingreso en 2009, al notar masa en CSE de mama derecha con crecimiento rápido resecaado con reporte de tumor phylloides de alto grado de 5 cm de diámetro, a la EF con mamas accesorias en región axilar bilateral, herida semilunar en CE de mama derecha sin evidencia de aparente patología residual. La revisión de laminillas en el INCan reporta neoplasia maligna de alto grado en glándula mamaria compatible con sarcoma, se lleva a cabo mastectomía simple de mama derecha y reconstrucción. Pieza patológica de mastectomía reporta una lesión que mide 3 x 5 cm con lesión tumoral residual de 0.9 cm, a 0.5cm del lecho quirúrgico. Se administró RT en marzo de 2010 con dosis total de 50 Gy en 25 sesiones. Valorada por oncología médica no observándose actividad de la enfermedad en estudio de extensión y considerando que paciente no se beneficiaría de terapia adyuvante, manteniéndose asintomática hasta agosto de 2015.

#### **0276 Rbdomiosarcoma alveolar pericárdico (presentación de un caso)**

*Casillas J, Delgado A, Cabrera S, Martín E, Soto J, Hernández P*  
IMSS, UMAE No.1 Bajío.

Masculino de 17 años de edad con carga genética para DM 2 y HAS. Inicia su padecimiento 3 semanas previas a su in-

greso con astenia, adinamia e hiporexia. Se agrega dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio que irradia a escapula izquierda, acompañado de disnea. Niega fiebre y pérdida de peso. Al ingreso: Neurológico íntegro. Edema palpebral, aumento de volumen en cuello, ingurgitación yugular grado II. Pulmonar con síndrome de dificultad respiratoria y síndrome de derrame pleural bilateral. Precordio rítmico, taquicárdico con ruidos disminuidos. TA 70/40 mmhg. Abdomen con ascitis leve y hepatomegalia de 3cm. Extremidades sin edema y pulsos presentes. Radiografía de tórax con derrame pleural del 50% y cardiomegalia grado III. Ecocardiograma: derrame pericárdico, con colapso ventricular de predominio derecho, colapso auricular, movimiento paradójico de paredes, no es posible medir FEVI ni apreciar otras lesiones. Se realiza pericardiocentesis sin drenaje adecuado, por lo que realizan ventana pericárdica con drenaje de 1,000 ml de líquido hemático. Ecocardiograma postquirúrgico: FEVI 75%, hipertrofia ligera de ventrículo izquierdo. Inicia protocolo de estudio: TAC de tórax y perfil tiroideo normal. Anticuerpos Anti-DNA, ANA, Ro, La, ANCA, c-ANCA p-ANCA, FR, TORCH, PPD y BAAR de expectoración negativos. IgG positivo para Epstein Barr y M. pneumoniae. Se egresa por mejoría. 8 meses después ingresa por

cuadro clínico de tamponade cardíaco, con ecocardiograma evidenciando derrame pericárdico, colapso telediastólico de aurícula y ventrículo derecho, disquinesia septal de ventrículo derecho, ecorefringencia de pericardio visceral cara anterior, FEVI por método Simpson 28, con volumen telediastólico de 26, volumen telesistólico 41, FE 58%, se calcula 1,000 ml de derrame. Se realiza ventana pericárdica y toma de biopsia, drenando 1,200 ml de material hemático con citología positiva a células neoplásicas, marcadores tumorales negativos. Ecocardiograma postquirúrgico con engrosamiento de paredes pericárdicas: visceral 7mm y parietal 8mm, FEVI 66%. TAC de tórax con datos sugestivos de linfoma en cuello, mediastino y pericardio con compresión de vena cava superior. Reporte histopatológico e inmunohistoquímica con diagnóstico: rbdomiosarcoma alveolar pericárdico. Gammagra óseo: no se aprecia extensión tumoral. Inicia tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

#### **0353 Carcinoma neuroendocrino de células grandes G3 (a propósito de un caso)**

*Casillas J, Delgado A, Soto J, Cabrera S, Hernández P, Martín E*  
IMSS Umae No.1 Bajío.

Femenino de 69 años de edad con carga genética para DM2 y HAS. Madre con AR. Hermano

con Ca de páncreas y hermana con Ca de pulmón. G4, P4. Menopausia a los 39 años. Inició su padecimiento hace 8 meses con evacuaciones diarreicas, acuosas de 4-5 episodios por día, acompañándose de pérdida de peso de 8 kg en 3 meses, astenia, adinamia y periodos de rubicundez facial con duración de 1-3 minutos. EXPLORACIÓN FÍSICA TA: 110/70, FC 90, FR 18, T 36°C, Saturación 97%. Consciente, orientada en las 3 esferas, mal estado de hidratación. Con rubicundez facial. Cuello sin ingurgitación yugular, no reflujo hepatoyugular, sin soplos. Precordio rítmico, no soplos, no galope. Pulmonar: murmullo vesicular presente, no estertores. Abdomen: peristalsis presente, no dolor a la palpación profunda, no hepato-esplenomegalia. Tacto vaginal: cérvix indurado. Tacto rectal: paredes íntegras. Extremidades: eutróficas, sin edema. Se ingresa para protocolo de síndrome carcinoide: Laboratorio: BH, QS, PFH, Tp's, CAE, CA 19-9, CA 125, CA 15-3, alfa fetoproteína, T4 libre, TSH, FSH, LH, prolactina, testosterona y estradiol sin alteraciones. DHL 653 U/l. Colonoscopia total con ileitis inespecífica, con biopsia negativa a malignidad. Endoscopia alta: con pólipos gástricos, con biopsia negativa a malignidad. TAC toracoabdominopélvica: sugestiva de cáncer de útero con metástasis hepáticas. TAC de cráneo: no se aprecian lesiones. PAP de canal

endocervical negativo para lesión intraepitelial o malignidad. Biopsia de cérvix y legrado endocervical: CD 45 + en células del infiltrado endocervical. Biopsia de hígado: cromogranina (positivo 2+ citoplasmático en 60% de células neoplásicas), sinaptofisina (positivo 2+ citoplasmático en 100% de células neoplásicas), CD 56 (-), Ki-67 (positivo 3+ nuclear en 100% de células neoplásicas). Cromogranina A sérica 258 ng/ml. Con diagnóstico de: Carcinoma Neuroendrocino de células grandes G3. Se inicia tratamiento por oncología médica con quimioterapia a base de cisplatino y etopósido.

### 0373 Linfoma de Burkitt esporádico de presentación endémica

*Hernández J, Vega F, Hernández D, Valencia R, Sobrevilla P Privado, Hospital Ángeles, Clínica Londres.*

**Introducción.** La incidencia de linfoma no Hodgkin a nivel mundial es 2.7% de todos los cánceres con 5.1 casos por 100,00 habitantes, prevalencia a 5 años de 2.6%. En México representa 3.1% de los cánceres reportados en 2012 con 4632 casos. De este el linfoma de Burkitt representa 1-5%. Se reconocen 3 variantes clínicas: endémica, esporádica y relacionada a inmunodeficiencia. La incidencia del linfoma esporádico es de 2 a 3 casos por millón de habitantes, más

frecuente en hombres, con edad media de 30 años, y presentación anatómica predominante intraabdominal, a diferencia del linfoma endémico, habitualmente mandibular. **Caso clínico.** Hombre de 66 años, diabético e hipertenso de 15 años en tratamiento con metformina. Una semana previa refiere aumento de volumen submandibular izquierdo con dolor punzante, intensidad 9/10. Tomografía contrastada de cuello con absceso en compartimento parotídeo izquierdo. Se realiza drenaje quirúrgico obteniéndose material purulento, tratado con ceftriaxona y clindamicina. Reingresa a los 6 días con diplopía, parestesia tercio inferior hemicara izquierda y mayor volumen submandibular. DHL 4639 U/L, ácido úrico 11.5 mg/dl, plaquetas 78000 /uL. Biopsia por aspiración reporta lesión linfoproliferativa difusa compatible con linfoma e inmunohistoquímica con CD10, CD20, Ki67, Bcl6 positivos. VIH negativo, virus Epstein Barr IgG 437, IgM negativo. RMN de cráneo con extensión a seno cavernoso e involucro del VI PC y tercera rama del V PC. Se inicia esquema DA-EPOCH-Obinutuzumab. Posterior al primer ciclo con disminución del volumen de la tumoración al 50% y descenso de DHL. **Conclusión.** El Linfoma de Burkitt es una neoplasia infrecuente en nuestro medio. Su pronóstico depende de estadio y edad de presentación. Se con-



sidera R-CODOX/IVAC como gold standard de tratamiento, sin embargo, existen otros esquemas de quimioterapia con anticuerpos monoclonales como DA-EPOCH-R con tasas superiores de remisión en estadios I-II. Nuestro caso trata de adulto mayor en estadio I de Ann Arbor, por lo que se inició DA-EPOCH, sustituyendo Rituximab con Obinutuzumab, un anticuerpo monoclonal anti CD20 tipo II, que ha mostrado superioridad en eficacia a las mismas dosis que rituximab en neoplasias de células B. Se observó mejoría significativa posterior a primer ciclo y se espera remisión y ausencia de actividad tumoral total al concluir tratamiento.

#### 0409 Estudio observacional de tumores neuroendócrinos en una cohorte mexicana

Hernández D,<sup>1</sup> Salcedo I,<sup>2</sup> Sánchez A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Privado, servicio de Medicina Interna, Centro Médico ABC,

<sup>2</sup>Privado, servicio de Oncología, Centro Médico ABC.

**Introducción.** Los tumores neuroendócrinos son neoplasias raras. Pocos datos demográficos existen de estos tumores. El objetivo es identificar las características demográficas, clínicas y de laboratorio de tumores neuroendócrinos en un periodo de 10 años en pacientes que acudieron al Centro Médico ABC. **Métodos.** Se revisaron reportes de patología con

diagnóstico de tumor neuroendócrino obtenidos del Servicio de Patología y del Expediente Médico Electrónico. Se realizó estadística descriptiva. **Resultados.** 37 pacientes, el 37% hombres y el 62.2% mujeres, con edad promedio de 59 años. Los tipos histológicos: neuroendócrino no especificado en el 70.3%, carcinoide en el 18.9%. Según sitios anatómicos: páncreas con 29.7%, pulmón en 7%, estómago en 4% y primario desconocido en 4%. Enfermedad metastásica en el 29.7%, invasión local y localmente avanzado en el 56.8% y 13.5%, respectivamente. En sangre: cromogranina sérica con una mediana de 102 (RIQ 17 – 260) ng/dl, positividad del 81%, serotonina 317 (RIQ 81 – 1162) ng/dl, gastrina 111 (46 – 65) ng/dl, péptido intestinal vasoactivo (VIP) de 35 (RIQ 23-56). En los estudios diagnósticos: endoscopia y colonoscopia en el 73%, broncoscopia en 20%, ultrasonido endoscópico en 8.1%, tomografía en 59%, Tomografía por emisión de positrones (PET-CT) con fluorodesoxiglucosa en el 43% y PET/CT con octreótide (DOTATOC) en el 32%. En histopatología: sinaptofisina positiva en 100%, cromogranina positiva en 100%. En el **Tratamiento:** octreótide en el 29.7%, everolimus en el 10%. La cirugía fue empleada en el 73% de los casos. El 40.5% de los pacientes continúa en observación. La mortalidad global durante el tiempo de

seguimiento fue de 8.1%, mientras que la mortalidad atribuida al tumor neuroendócrino fue de 5.4%. Conclusiones. En 10 años se encontraron 37 pacientes con tumor neuroendócrino. El síntoma más frecuente fue dolor abdominal. Los estudios diagnósticos fueron: endoscópicos, tomografía convencional, tomografía por emisión de positrones (PET-CT) con fluorodesoxiglucosa y con octreótide (DOTATOC). En la inmunohistoquímica se reportaron los marcadores principales: sinaptofisina y cromogranina. En el manejo se encontró: tratamiento quirúrgico, médico y observación. La mortalidad asociada al tumor neuroendócrino al igual que en otras cohortes descritas fue baja. Finalmente no se encontraron variables asociadas a mortalidad.

#### 0442 Carcinoma gástrico y adenocarcinoma prostático sincrónico; reporte de un caso

Hernández M,<sup>1</sup> Castellanos D,<sup>1</sup> Esquivel J<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SSA, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga,

<sup>2</sup>SSA, Centro Médico ISSEMYM Arturo Montiel Rojas.

**Antecedentes:** La presencia de dos o más neoplasias malignas en un mismo paciente sin ninguna relación entre ellas se define como “Neoplasia primaria maligna múltiple”, la cual puede presentar tumores sincrónicos que son aquellos diagnosticados de manera si-

multánea o con un intervalo de tiempo menor a seis meses y tumores metacrónicos que son aquellos que se desarrollan después de 6 meses de que se hace el diagnóstico del primer tumor. La presencia de neoplasia gástrica aunada a otro tumor primario presenta una prevalencia que oscila entre el 2.8 y 6.8 %, el diagnóstico de Neoplasia primaria maligna múltiple se basa en los criterios de Warren/Gates y representa un adecuado desarrollo de las habilidades médicas en el diagnóstico del cáncer. **Objetivo:** Realizar el reporte de un caso de Carcinoma gástrico de tipo difuso que presenta un Adenocarcinoma tipo acinar en próstata sincrónico. **Informe de caso:** Hombre de 59 años hospitalizado por un cuadro de ascitis grado II, plenitud postprandial y saciedad temprana de 3 meses de evolución, se realiza endoscopia con toma de biopsia que reporta "carcinoma gástrico poco diferenciado de tipo difuso con células en anillo de sello", con base en este resultado se realiza una tomografía abdomino-pelvica para estudio de extensión donde se observa únicamente engrosamiento de la pared gástrica y crecimiento prostático, por lo que se realiza ultrasonido transrectal con toma de biopsia, que reporta "adenocarcinoma tipo acinar en próstata Gleason 8 (4+4)", cumpliendo de esta manera con los tres criterios de Warren/Gates. **Discusión:** Desde que fue descrita por

primera vez por Billroth (1889), la Neoplasia primaria maligna múltiple ha presentado múltiples reportes de casos con una incidencia creciente en los últimos años, sin embargo la presencia de un carcinoma gástrico y un adenocarcinoma prostático sincrónico ha sido poco reportada, por lo que se vuelve importante reportar este tipo de casos con la finalidad de mejorar el diagnóstico temprano y estimular el desarrollo de mejores tratamientos para este tipo de patología.

#### **0461 Quimioterapia oral: conceptos e ideas de los pacientes a considerar en el futuro**

*Hawing J0, Cantu O1, Galarza D1*

0. Universitario Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González; 1. Universitario 8183891111

**Introducción:** ante la eventual salida de nuevos fármacos orales, surge la posibilidad de un cambio del paradigma en el tratamiento y con ello la formación de prejuicios en los pacientes; de manera que el paciente pudiera asumir que con la prescripción de sólo medicamentos vía oral estamos dando un tratamiento inferior. **Objetivo** Conocer la percepción de los pacientes con neoplasias hematológicas con respecto a la comparación entre quimioterapia intravenosa (QI) y quimioterapia oral (QO). **Material y métodos:** Se aplico una

encuesta de 12 ítems usando una escala linear análoga (ELA) a pacientes que cursan con esquemas de QI. Se tomaron datos demográficos y número de ciclos de QI al momento de la aplicación del cuestionario.

**Resultados:** El cuestionario se aplicó a un total de 42 pacientes, de los cuales sólo 37 [18 mujeres y 19 hombres] fueron incluidos en el análisis, mediana de edad 44 años (16-78). El 40.5% respondió que la QO pudiera ser mejor para ellos comparado con QI, el 43.2% creen que la QO pudiera hacerlos sentir menos enfermos; 20 pacientes (54.1%) consideran que los efectos adversos de la QO serían menores que con QI. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a edad, sexo, y ocupación. Al preguntarle a los pacientes qué sentirían si iniciáramos QO en sustitución del régimen intravenoso, las 2 respuestas más comunes fueron: miedo y alivio ambas con 32.4%. A mayor número de ciclos de QI los pacientes consideraron que la QO es mejor, que puede hacerlos sentir menos enfermos y que ayudaría a afrontar mejor su enfermedad, ( $p < 0.001$ ). En contraste, se preocuparían más de tomar incorrectamente sus pastillas. De igual forma los pacientes con menos de 5 ciclos de Qx consideran menos efectivos los fármacos orales con respecto a los que recibieron más de 5 ciclos ( $p=.0.002$ ), al mismo





tiempo que los pacientes con más de 6 años de escolaridad asocian una mayor preocupación de tomar sus pastillas incorrectamente ( $p=0.014$ ). **Conclusiones:** Aunque la QO es una opción atractiva en el futuro para los pacientes hematológicos, nuestros datos sugieren la formación de prejuicios en torno a esta vía de administración que pudieran afectar la eficacia del tratamiento. Los datos sugieren que aunque la QO es una opción más atractiva de tratamiento, y otorgar un enfoque que ayude a disolver prejuicios en relación a los fármacos orales.

#### **0477 Tumor fibroso solitario gigante de la pleura. Reporte de un caso**

*Batún JO, Hernández ÉO*

0.Ssa Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroza Pérez

**Introducción:** El tumor fibroso solitario de la pleura (TFSP), fue descrito en 1931 por Klemperer y Rabin. Se presenta en la sexta década e la vida, sin diferencias significativas por género. La mayoría son considerados benignos. Clínicamente se manifiestan por disnea, dolor torácico, tos, fiebre, pérdida de peso y fatiga. El tratamiento es quirúrgico. Puede alcanzar 39 cm de diámetro, se le denomina gigante cuando ocupa al menos el 40% del hemitórax. **Descripción del caso:** Masculino de 54 años, inicia su padecimiento

tres meses previos a su ingreso al presentar fiebre hasta 38°C, tos en accesos sin expectoraciones de predominio nocturno, diaforesis, un mes previo se agrega disnea mMRC 2 y dolor en hemitórax posterior derecho que se intensifica con la inspiración, al intensificarse la disnea a mMRC 4 y ante la pérdida de 5 kg de peso en un mes, acude a nuestra unidad médica. Paraclínicos: leucocitos  $12.7 \times 10^3/\mu\text{L}$ , neutrófilos  $9.6 \times 10^3/\mu\text{L}$ , linfocitos  $2.3 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Hb 7.7 g/dL. EF hemitórax derecho con disminución de las maniobras de amplexión y amplexación, matidez a nivel apical e interescapular. Tele de tórax se observa desviación del mediastino hacia la izquierda sin ensanchamiento, radiopacidad que abarca más del 50% del hemitórax derecho. TAC de tórax en ventana para mediastino con múltiples adenopatías paratraqueales, tumoración hipodensa heterogénea con bordes bien definidos, en ventana para parénquima se observa imagen hiperdensa que abarca lóbulo superior derecho, condensación y broncograma aéreo en lóbulo medio de pulmón derecho. Se inicia manejo antibiótico. Se realiza biopsia con Tru-Cut con estudio histopatológico compatible con TFSP, por lo que se realiza exéresis de toda la tumoración por toracotomía, con reporte anatomopatológico: neoplasia mesenquimatosa, encapsulada, células fusiformes, citoplasma

eosinofílico e inmunohistoquímica compatible con TSFP. Se egresa por mejoría. Actualmente sin recidiva después de 8 meses de seguimiento. **Conclusiones:** Se presenta el caso de un paciente con TFSP gigante debido a que ocupaba más del 50% del hemitórax, la cual es una patología poco frecuente, sospechándose por las características de imagen de la lesión y confirmándose por las características histológicas e inmunohistoquímicas (Positividad para CD34, CD 99 y Vimentina), esta última de gran importancia para hacer el diagnóstico diferencial.

#### **0501 Reporte de un caso: dermatomiositis paraneoplásica**

*Castro LO, Duarte J1, Vallejo I2*  
0.IMSS Hospital General de Zona 48 San Pedro Xalpa;  
1.IMSS Hospital De Especialidades Centro Medico Nacional La Raza; 2.Otra Issemym Hospital Regional Tlanepantla

**Antecedente:** la dermatomiositis tardía tiene gran asociación a Neoplasias ocultas, dentro de las neoplasias más asociadas se encuentra el carcinoma de Ovario. La Dermatomiositis se asocia a carcinomas ocultos hasta en un 30%. **Objetivo:** la dermatomiositis de inicio tardío se asocia fuertemente a malignidad. Presentamos el caso de una paciente con Dermatomiositis Paraneoplásica. **Informe de caso:** femenino 49 años antecedente familiar cán-

cer de mama, pérdida ponderal 10 kilogramos seis meses no intencionados. Hospitalización hace 3 años por cardiopatía no especificada en manejo irregular con verapamil. Dos meses previos con debilidad proximal que progresa hasta impedir la bipedestación. Eritema rojo-vinoso en cara anterior de tórax con elevación de enzimas musculares. Electromiografía indicativa de miopatía, US abdominal con hepatopatía crónica. Biopsia muscular con diagnóstico de Dermatomiositis recibiendo manejo esteroide. Posteriormente disfagia progresiva de sólidos a líquidos y disnea, detectándose derrame pleural masivo izquierdo requiriendo sonda endopleural. Sin adenomegalias palpables, sin megalias, edema++. Bioquímicamente plaquetopenia, hipoalbuminemia, DHL y FA elevadas. Presenta disnea progresiva que requiere Apoyo Mecánico Ventilatorio. Líquido pleural con células malignas y datos de carcinomatosis. Tomografía de tórax con datos de Carcinomatosis y adenomegalia supraclavicular izquierda. Aumento de niveles de creatinina y anuria, sospecha de Síndrome Hepatorrenal con adecuada respuesta a la administración de Terlipresina. Se detecta CA125 elevado con alta sospecha de Cáncer de Ovario. Dos intentos fallidos de liberación de la vía aérea. Cuadro clínico tórpido con leucocitosis y aspiración de secreciones purulentas,

recibiendo manejo antibiótico con carbapenemicos. Paciente fallece por Choque séptico secundario a Neumonía Asociada a Ventilador. **Comentario:** la dermatomiositis se asocia con cinco veces mayor riesgo de presentar cáncer. Los tipos de cáncer más frecuentes asociados son adenocarcinomas de cérvix, pulmón, ovarios, páncreas, vejiga y estómago, el 70% de las miopatías inflamatorias se asocian con estas neoplásicas. El Riesgo de asociarse con Cáncer de Ovario es de 30 veces con una elevación de CA125.

#### **0580 Reporte de un interesante caso de hemoptisis como presentación atípica de un carcinoma de células claras**

*Lugo A, Flores P, Razo G, Cruz M, Escobedo Y, Díaz C, Díaz A Otra, Centro Médico ISSEMYM Ecatepec.*

El carcinoma de células renales es una neoplasia infrecuente y asintomática, que se detecta en estadios avanzados, limitando el tratamiento con mal pronóstico. Suele ser asintomática la tríada clásica hematuria, dolor y tumoración se evidencia en enfermedad avanzada. Masculino de 81 años de edad con Diabetes Mellitus tipo 2 el cual inicia su padecimiento actual con Tos seca con hemoptoicos y con progresión a hemoptisis sin otra clínica acompañante por lo que es ingresado en nuestro servicio donde solo presenta hipoxemia

a su ingreso se descartó la presencia de proceso infeccioso, tuberculosis pulmonar, coagulopatías, cáncer pulmonar por lo que se realiza tomografía y se observa tumoración menor de 2 cm, por lo que se realizó broncoscopia y toma de biopsia la cual se envía a Patología donde se reporta Neoplasia de Células claras de riñón. El caso presentado consta en el abordaje el Carenal puede causar hemoptisis como manifestación inicial sin la la triada clásica de la enfermedad.

#### **0613 Tumor desmoides. presentación de un caso y revisión**

*Alvarado Romero S, Carrillo González AL, Alfaro Mejía A UMAE, Hospital de Especialidades, CMN La Raza.*

**Introducción:** El tumor desmoides también conocido como Fibromatosis músculo-aponeurótica, es una fibromatosis agresiva de instalación lenta y progresiva, tiene una incidencia de 3-4 casos por millón, con un pico entre los 25 y 35 años de edad más frecuentemente en el sexo femenino. **Presentación del caso:** Femenino de 30 años de edad con antecedente de diagnóstico de litiasis renal izquierda sometida a nefrectomía parcial por lumbotomía sin complicaciones. Dos años después la cirugía nota aumento de volumen en forma progresiva en la zona de cicatriz quirúrgica, urología concluyo celulitis; La paciente continua



con crecimiento acelerado de la tumoración en cicatriz, de consistencia dura no dolorosa a la palpación por lo cual se ingresa EF: TA 120/70, Fr 18x min, FC 70 x min. Temp 37gds. Paciente femenino, consciente, orientada, cardiopulmonar con ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no fenómenos agregados, murmullo vesicular presente, abdomen blando, no doloroso, peristalsis presente, se observa aumento de volumen en región de cicatriz quirúrgica lumbotomía izquierda a expensas de lesión de consistencia dura, no dolorosa, de aproximadamente 7x 10 cm, adherida a los planos profundos, extremidades simétricas. **Laboratorios:** Al ingreso Hb de 11g/l, leucocitos 8500, neutrófilos 60% diferencial normal, plaquetas 300000, VSG 13mm, glucosa 80mg/dl, creatinina de 0.7mg/dl, AST 30, ALT 33. USG de partes blandas con presencia de una masa tumoral de 87x 90mm que se origina de la pared torácica inferior contigua al riñón izquierdo la cual crece hacia fuera, riñón izquierdo, suprarrenal y bazo sin alteraciones, la TAC abdominal corrobora una tumoración que rechaza sin invadir el musculo del psoas y el riñón izquierdo, se toma BAAF el cual revelo infiltrado inflamatorio inespecífico, se realiza intervención quirúrgica con extracción de la masa de 9 x 9 cm, adherida a los planos profundos con resultado de fibromatosis-tumor

desmoide con fibrosis reactiva asociada, su evolución posterior satisfactoria a 3 meses de la cirugía **Conclusiones:** La importancia del caso radica en dar a conocer que el tumor desmoides es poco frecuente en la práctica clínica, las cirugías abdominales tienen una mayor probabilidad de presentarlo, son de naturaleza idiopática y pueden progresar a invadir estructuras neurovasculares locales y dar sintomatología, con una recurrencia frecuente.

#### **0646 Tumor carcinoide: reporte de caso y revisión de la literatura**

*García M0, Palafox G1, Villaseñor R0, Gopar R0, Herrera J0, Montes H0, Nava A0, Pliego C0* OISSSTE, Hospital Regional Licenciado Adolfo Lopez Mateos; 1ISSSTE, Hospital Regional Zaragoza.

Hombre de 43 años con hemotipo AB+, alcoholismo crónico intenso, exposición a biomasa durante 30 años 30 minutos al día, con hipertensión arterial sistémica de 8 años de evolución, tratado con captopril 25mg cada 24hrs, cuadros de oclusión intestinal con resección intestinal en 2 ocasiones 2011 (resección de 150cm de intestino delgado) y 2013 (resección de 50cm incluyendo válvula ileocecal padecimiento inicia en octubre 2014 náusea intermitente, vómito, diarrea 3 veces a la semana, rubicundez facial, sibilancias, pérdida de

peso 11kg en 4 meses. Se le realiza colonoscopia con diagnóstico de colitis eosinofílica. Biopsia: con colitis crónica intensa inespecífica ulcerada y tumor carcinoide multicéntrico microscópico. Se reporta cromogranina sérica con niveles de 27ng/ml (1.9-15ng/ml) y 5-ácido indolacético (5HIAA) en orina reportando 10mg/24hrs (normal < a 6). Gammagrama con octreótide con captación en intestino transverso. **Objetivo de estudio:** Recordar cuadro clínico del tumor carcinoide y revisión de la literatura. Informe de caso **Resultados:** Resección quirúrgica, consulta de endocrinología -oncología médica, se inicia octreótide 40mg, cifras de cromogranina sérica de 6.4 y 5HIAA en orina de 24hrs: 0.99mg/24hrs. Mejorando sintomatología de síndrome carcinoide. **Discusión:** Estas neoplasias se originan en células neuroendocrinas. Suelen originarse en aparato digestivo: el 75% en el intestino medio (íleon, colon derecho, apéndice) siendo apéndice el sitio más común de aparición 10% al 20% en el intestino posterior (colon izquierdo y recto) El síndrome serotoninérgico clínicamente se manifiesta por eventos de diarrea, rubicundez, broncoespasmo y enfermedades cardiacas con predominio de afección valvular derecha. El diagnóstico se realiza con la elevación de Acido 5 hidroxindolacético (5-HIAA) en orina de 24 horas con especificidad de

100% y sensibilidad de 73% y los niveles de cromogranina A que tiene especificidad de 84-95% y sensibilidad de 75-85%. El octreoscan tiene sensibilidad de 80%-90% y en síndrome carcinoide > 90%. El tratamiento consiste en octreotide que bloquea la secreción hormonal, crecimiento celular, controla rubefacción y broncoespasmo en 90%, diarrea en 80%, pueden ocasionar reducción del tumor en un 60% se emplea 20-40 mg cada 4 semanas vía intramuscular. Y manejo quirúrgico dependiendo del tamaño y localización.

**0648 Púrpura trombocitopénica autoinmune paraneoplásica en una paciente con diagnóstico incidental de cáncer de vesícula biliar: presentación de un caso**

*Rivas J, Ruiz A, Martínez J, Ruiz M*

Privado, American British Cowdray Medical Center, IAP.

**Introducción:** El cáncer de vesícula biliar (CVB) en México tiene una incidencia de 0.7%. Factores de riesgo: coledoclitiasis, sexo femenino, edad. La estirpe más común es el adenocarcinoma. Más de la mitad se diagnostican en etapas avanzadas fuera de tratamiento curativo y rara vez causan síndromes paraneoplásicos. Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico incidental que cursó con púrpura trombocitopénica asociada.

**Resumen:** mujer de 60 años originaria de México, antecedentes: dislipidemia, migraña vestibular, pérdida de peso de 12kg en 3 meses y aparición de hematomas no traumáticos hace 2 semanas. Inicia su padecimiento una semana previa a su ingreso con evacuaciones diarreas, sin moco ni sangre, acompañada de dolor abdominal difuso tipo cólico y vómito de contenido gastrointestinal. A su ingreso con signos vitales normales, deshidratada, pálida, con dolor a la palpación abdominal en cuadrante superior derecho, sin rebote. Laboratorios hemoglobina 12.4g/dL, leucocitos 17.1cel/mm<sup>3</sup>, plaquetas 10mil/mm<sup>3</sup>, fosfatasa alcalina 103UI/L, GGT 48 UI/L, bilirrubina total 1.1mg/dL, DHL302UI/L, Fibrinógeno 196mg/dL, resto normales. Se realiza tomografía contrastada de abdomen con engrosamiento de pared gástrica y masa en pared de la vesícula, el USG demuestra la misma lesión polipoide con aumento de vascularidad, la resonancia magnética sin lesiones en hígado ni vía biliar. Se inicia tratamiento con ceftriaxona con remisión completa del cuadro infeccioso. Por trombocitopenia y anemia se solicita test de coombs con resultado negativo y reticulocitos disminuidos, endoscopía alta sin lesiones ulceradas ni neoplásicas, se inicia inmunoglobulina y trombotopoyetina recombinante con pobre respuesta. Se agrega

al tratamiento hidrocortisona 40mg (4 dosis) con adecuada respuesta. Tras resolución del cuadro hematológico se realiza colecistectomía encontrando adenocarcinoma in situ de vesícula biliar y colecistitis litiasica crónica. Cursa con buena evolución, actualmente en periodo libre de enfermedad sin recurrencia de trombocitopenia. **Conclusiones:** la púrpura trombocitopénica se presenta en tumores sólidos como síndrome paraneoplásico, reportándose en cáncer de mama y pulmón principalmente, clínicamente pueden cursar con trombosis o sangrado. El tratamiento es de soporte, manejo del tumor primario y el uso de inmunosupresores o glucocorticoides.

**0673 Rabdomiosarcoma en adulto joven: reporte de casos y revisión de la literatura**

*Ku A, García S, Hernández G, Vázquez S, Solís S, Gama U, Ogaz M, Aguilar E, Torres D, Cabrera L*

SSA, Hospital General de Pachuca.

**Introducción** El rabdomiosarcoma (RMS) representa el 2% entre adolescentes y adultos jóvenes entre 15 a 19 años de edad. Generalmente se origina en cabeza, cuello y genitourinario. El RMS retroperitoneal rara vez se ha reportado. CASO 1 Masculino de 17 años con tumor en cuello, pérdida de peso, epistaxis, pérdida de agudeza visual, cefalea y convulsiones.



Proptosis izquierda, Doppler en cuello con vascularidad de conglomerado linfático, TAC y RM con tumoración frontal de origen nasal extensión a senos paranasales, Bx de ganglio reportó de RMS tipo alveolar, estudios de extensión negativo a mets. CASO 2 Femenino de 17 años con dolor pleurítico progresivo, disnea y derrame pleural derecho, se colocó drenaje pleural, LP con características de exudado, BAAR, PPD, ADA, Cultivo, Anti-ADN doble cadena, Anti-Sm negativo, toracoscopia reportó pleura engrosada, nacarada y fibrosa, se tomó Bx y reportó RMS alveolar metastásico, TAC abdomen con tumor en retroperitoneo, mets a hígado y pleura, AMO con infiltración. DISCUSIÓN Tumor originado de células mesenquimatosas inmaduras que guardan diferenciación a músculo estriado. Incidencia de 4.8 casos/por millón, por año en menores de 20 años. En México la incidencia promedio de 2.5 casos por millón, proporción varón: mujer es de 2:1. El 13% tiene entre 15 y 21 años de edad. Casi nunca afecta a la población adulta, como en ambos casos. Sitio primario común es cabeza y cuello y menos frecuente en retroperitoneo y su Dx en etapas avanzadas. El tipo alveolar es más frecuente en extremidades y perineo y es positivo a miosina, actina, desmina, mioglobina por inmunohistoquímica, fue así como se diagnosticó, el dife-

rencial incluía angiofibroma juvenil, esteseoneuroblastoma y otros sarcomas en caso 1, Tb y enfermedad autoinmune en caso 2 cuya presentación fue un derrame pleural, el pronóstico depende de la edad y extensión, sobrevida global a 5 años < 50%, Tx es citorreducción con esquema VAIA (vincristina, actinomicina, ifosfamida, doxorubicina), radioterapia y cirugía combinada, representa un reto diagnóstico y la importancia radica en que responde muy bien a esquema de QTX si se inicia de manera oportuna. Es importante el estudio inmunohistoquímico por la diferencia en el Tx con los Dx diferenciales. Ambos siguen vivos, caso 1 ya se resecó tumor parameningeo, caso 2 sigue con quimioterapia, después de 18 meses desde su Dx.

#### **0687 Elevación aislada de creatinfosfocinasa fracción MB como manifestación de síndrome paraneoplásico asociado a adenocarcinoma gástrico**

*Flores CO, Murillo A1, Meza PO*  
O.SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca, 1.IMSS, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

**Introducción.** La macro-CK es un complejo constitutivo por polimerización de isoenzimas de CK-BB o CK-MM unidas a IgG en la tipo I y oligómeros de CK mitocondrial en la tipo II. Su presencia en plasma genera falsas elevaciones de la isoenzi-

ma CK-MB al interferir con las técnicas de inmunoinhibición.

**Objetivo.** Se presenta caso de síndrome paraneoplásico asociado a elevación persistente de CK-MB, sin relación con etiología cardiovascular.

**Caso clínico.** Masculino de 52 años de edad, antecedentes de tabaquismo y etilismo crónico, así como diabetes mellitus 2. Inicia dos meses previos al ingreso con dolor en epigastrio punzante, intensidad 10/10, sin irradiaciones, evacuaciones diarreicas sin moco ni sangre, frecuencia de 6-8/día, fiebre de predominio vespertina-nocturna, pérdida de peso no cuantificada, posteriormente evacuaciones melénicas, se realiza endoscopia hernia hial, lesión elevada ulcerada en curvatura menor y gastropatía inespecífica no erosiva de antro y fondo, persistencia de fiebre, se agrega dolor torácico opresivo sin irradiaciones o síntomas adrenérgicos, mialgias, artralgias y parestesias generalizadas, enzimas musculares CK-MB (CKMB315.7U/L, se descarta cardiopatía isquémica. Sin evidencia de infección en cultivos. TAC abdominal lesión lítica en arco costal posterior, engrosamiento de la curvatura mayor gástrica y múltiples lesiones hipodensas heterogéneas en hígado. Biopsia adenocarcinoma gástrico difuso, marcadores tumorales negativos, se envía a tercer nivel para tratamiento especializado. **Discusión:** Los síndromes paraneoplásicos

son una variedad de trastornos clínicos y paraclínicos que acompañan a la evolución de los tumores. Pueden ir en paralelo al tumor o ser independiente. Se pueden detectar del 7-10% de los pacientes al momento del diagnóstico. Casi todos los pacientes con un tumor maligno desarrollarán un síndrome paraneoplásico en su evolución. **Conclusiones.** La elevación de CKMB secundaria a macro-CK tipo II (forma oligomérica mitocondrial) se asocia a neoplasias, principalmente digestivas y próstata, debido a la liberación a consecuencia de la lesión mitocondrial en tejidos afectados. **Bibliografía:** 1. Nathanson L, Hall TC. Introducción: paraneoplastic syndromes. *Semin Oncol.* 1997;24(3):265-8 2. Ruíz Ginéz MA et al. Macrocreatininasa: marcador de enfermedad. *Guía práctica para su manejo. AN. MED. INTERNA.* 2006, 23;6:272-75. 3. Oskuie AE et al. Inflammatory Myopathy as Early Manifestation of Gastric Cancer. *Int. J Hematol Oncol Stem Cell Res.* 2011. 5;336-7.

#### 0702 Presentación de adenocarcinoma pulmonar en árbol en gemación

*Aguilar A, Fragoso M*  
IMSS, Carlos Mac Gregor Sanchez Navarro.

El signo de patrón de árbol en Gemación (Tree in Bud) es una constelación de pequeños nódulos centrolobulillares y

opacidades ramificadas periféricas, que imita el patrón de ramificación de un árbol en cierno, en el 72% es de causa infecciosa. **Objetivo:** Concientizar sobre la importancia de un adecuado diagnóstico diferencial oportuno en casos de patrón en árbol en gemación. **Presentacion de caso.** Mujer de 73 años, sin antecedentes, inicia 4 meses antes de su ingreso al hospital con tos productiva, esputo verdoso, disnea, radiografía de tórax con opacidad heterogénea que confluía basal derecha, se diagnosticó neumonía, se trató con ceftriaxona y claritromicina. Dos meses después tuvo dificultad respiratoria progresiva, pérdida de peso 5 kg, hipertemia, requirió hospitalización, a la exploración caquéxica, dificultad respiratoria y estertores crepitantes bilaterales, Tomografía de Tórax con patrón de árbol en gemación, se realizó broncoscopia con inflamación endobronquial, con líquido bronquioalveolar negativo para micobacterias, hongos, bacterias. Evoluciona mal después de 1 mes de estancia en Medicina Interna datos de Insuficiencia Respiratoria hipoxémica y fallece. Biopsia pulmonar post-mortem, Adenocarcinoma pulmonar moderadamente diferenciado. **Conclusiones:** El diagnóstico diferencial oportuno puede hacer que se ofrezca un tratamiento adecuado en pacientes con un patrón de árbol en gemación, si bien es cierto la principal

causa es infecciosa, se debe tener presente que un 7% es por misceláneos como el adenocarcinoma pulmonar.

#### 0712 Presentación clínica inusual de cáncer de páncreas, diagnóstico posmortem. Reporte de un caso

*Gil I, Escobar O, Sanchez A*  
IMSS, Hospital General Regional No. 25.

**Objetivo:** Describir características clínicas inusuales e histopatológicas de cáncer pancreático, así como su abordaje diagnóstico. **Descripción del caso:** Masculino de 74 años de edad originario de Yucatán con antecedentes familiares DM2, exposición laboral percloroetileno, índice tabáquico 15paquetes/año, alcoholismo ocasional. DM2 e hipertensión arterial en control. Ingresos por constipación, vómito, distensión y dolor abdominal, pérdida ponderal 4kg en 3 meses, sangrado digestivo alto, con endoscopia reportando esofagitis grado A de los Ángeles, compresión extrínseca duodenal, biopsia con gastritis erosiva y esofagitis. Exploración con estigmas de hepatopatía crónica y derrame pleural bilateral, marcadores tumorales normales y TAC abdominal con engrosamiento de pared gástrica. Paracentesis negativa para malignidad, biopsias de mucosa oral y colon con inflamación crónica sin malignidad. fallece por



hemorragia digestiva e hipovolemia. La necropsia evidencia carcinoma pancreático infiltrante a hígado, bazo, aorta abdominal, pared gástrica, intestino delgado, carcinomatosis abdominal y torácica, diafragma y pericardio. **Comentario:** La manifestación más frecuente del cáncer pancreático se relaciona con el sitio de metástasis al diagnóstico por tener una expresión agresiva con supervivencia corta. 70% de las carcinomatosis peritoneales por citología es positiva y en este paciente fue negativa. La incidencia de presentación hepática oscila entre 40- 80%, sin embargo, a pesar de cursar clínicamente con estigmas hepáticos sugerentes, el laboratorio y gabinete no apoyaron el diagnóstico hasta estudios histopatológicos de la necropsia. **Conclusión:** La historia natural de este tumor no permite establecer grupo de alto riesgo, siendo habitual el diagnóstico en fases avanzadas con invasión metastásicas vecinas, manifestándose atípicamente simulando otras enfermedades digestivas.

#### **0720 Taponamiento cardiaco como primera manifestación de cáncer gástrico**

*Sandoval M, Damian G, Cadenas M, Segovia H, Cervantes A*

SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

**Antecedentes:** En México el cáncer gástrico es la primera causa de mortalidad dentro de las neoplasias de tubo digestivo. Afecta principalmente a personas del sexo masculino, con un pico de incidencia a los 70 años. Las manifestaciones clínicas son principalmente gastrointestinales, siendo el derrame pericárdico poco frecuente. El derrame pericárdico maligno es más frecuente por enfermedad metastásica, causada principalmente por cáncer de mama, pulmón, melanoma, linfomas y leucemias. Los sitios más frecuentes de metástasis por cáncer gástrico son hígado, peritoneo, ganglios locorreionales, ovario, sistema nervioso central, hueso y pulmón. **Caso clínico:** Paciente masculino de 49 años de edad con antecedente de alcoholismo crónico. Inició su padecimiento con pérdida de peso involuntario de 10 kg en 5 meses, tos productiva, fiebre no cuantificada vespertina y disnea progresiva hasta la ortopnea. Acudió a revisión médica, en la cual destacó presencia de ingurgitación yugular y disminución de los ruidos cardiacos. El electrocardiograma mostró frecuencia cardíaca de 100 lpm y complejos disminuidos en voltaje. Se

realizó ecocardiograma trans-torácico donde se documentó derrame pericárdico calculado en 1400cc, con colapso de aurícula y ventrículo derecho. Se le realizó pericardiocentesis con drenaje de 1000cc de aspecto hemorrágico y posteriormente ventana pericárdica con toma de biopsia. Se estudiaron causas infecciosas, inmunológicas y neoplásicas, incluyendo tuberculosis; el citológico y biopsia de pericardio fueron negativas para malignidad. Durante su hospitalización presentó náusea, vómito y plenitud gástrica, se realizó endoscopia la cual evidenció lesión elevada sobre curvatura menor de aproximadamente 3cm de diámetro, de bordes irregulares y pangastritis erosiva. Se tomaron biopsias las cuales reportaron adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal poco diferenciado, ulcerado, con permeación linfática. **Discusión:** El taponamiento cardíaco como primera manifestación de cáncer gástrico es raro. El origen metastásico es poco frecuente (4.2-30%), el cual se presenta en etapas avanzadas de la enfermedad. La sensibilidad del estudio citológico y biopsia de pericardio para neoplasia es de 54 y 95% respectivamente, esto dificulta el diagnóstico, sin embargo lo orienta la característica hemorrágica del líquido.

## OTROS

**0022 Asociación entre colapso del cuidador y pronóstico de pacientes geriátricos hospitalizados en medicina interna**

Muñoz N, Lozano J, Escobedo R, Torres P, Loaiza J  
Hospital General Ticoman, SSA

**Antecedentes:** el proceso de envejecimiento se caracteriza por favorecer la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas que son causa de discapacidad. El concepto de sobrecarga indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado del anciano discapacitado, está relacionado con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas para afrontarlas y adaptarse a la situación. **Objetivo:** determinar de qué manera influye la presencia de colapso del cuidador en el pronóstico de pacientes geriátricos hospitalizados en Medicina Interna. Diseño del estudio: Casos y controles anidado en una cohorte. **Material y métodos:** se analizó una muestra de 60 pacientes por grupo (hombres y mujeres) en edad geriátrica hospitalizados, con síndrome de sobrecarga del cuidador primario (CSSC) y sin sobrecarga del cuidador primario (SSSC). Se aplicó un cuestionario

al ingreso del paciente conformado por la prueba de Zarit, Barthel y Karnofsky, y se recopilaron los datos generales tanto del paciente como del cuidador. Análisis estadístico: Se utilizó la prueba exacta de Fisher para determinar relación entre colapso del cuidador y mortalidad, así como para la relación entre colapso y los tres desenlaces: egreso antes de 7 días, egreso posterior a 7 días o fallecimiento durante la hospitalización. Se consideró una significancia estadística de 0,05. **Resultados:** se revisaron 60 pacientes por grupo: En el grupo CSSC, del sexo femenino fueron 33 pacientes (55) y 27 (45) del masculino; en el grupo SSSC 20 (33.3) del sexo femenino y 40 (66.7) masculino. Se encontró asociación entre CSSC y la probabilidad de defunción durante el internamiento; en el grupo CSSC de 35 y 8.33 en el grupo SSSC con  $p = 0.001$ . Se analizó como factor de riesgo para colapso tanto la escolaridad del paciente como la del cuidador primario, encontrándose que la escolaridad menor a primaria completa en el paciente es un factor protector con  $p$  de 0.008, OR de 0.32 e IC de 0.12-0.81. En la escolaridad del cuidador observamos  $p$  0.001, OR de 9.6 e IC de 3.37-30.93 menor a primaria completa. **Conclusiones:** se concluye que

existe relación entre la presencia del síndrome de sobrecarga del cuidador primario y mayor mortalidad.

**0042 Implementación de un sistema electrónico intrahospitalario como auxiliar en el manejo del dolor de pacientes hospitalizados**

Hernández C, Galarza D, Villarreal M, Reyes E  
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** el dolor es el síntoma más frecuente e intolerable de cualquier enfermedad y la valoración y el manejo inadecuado es reconocido como un problema de salud por lo que la OMS ha sugerido diversas herramientas para la valoración, así como la creación de la escalera analgésica en la cual se sugiere el analgésico dependiendo de la severidad del dolor. **Objetivo:** evaluar la eficiencia en cuanto a la cantidad de pacientes evaluados, el apego a la escalera analgésica de la OMS y la mejoría del dolor con la implementación de un sistema electrónico como auxiliar en el manejo del dolor de pacientes hospitalizados. **Material y método:** estudio prospectivo comparativo. Se incluyeron a los pacientes que ingresaron al departamento de Medicina Interna de Enero del



2014 a Junio del 2015. En el grupo de pacientes ingresados de enero a octubre del 2014 (Grupo A) se documentó la cantidad de pacientes valorados a su ingreso con la escala visual análoga (EVA) del dolor mediante un formato, además del apego a la escalera analgésica de la OMS y la mejoría del dolor definida como un EVA <3 en las primeras 24 horas posterior a la analgesia. En el grupo de pacientes de Noviembre del 2014 a Junio del 2015 (Grupo B) se utilizó un sistema electrónico en el cual se requería llenar un campo de la EVA de manera obligatoria para poder realizar las indicaciones electrónicas de los pacientes, además el sistema sugería la analgesia basado en la escalera analgésica de la OMS. El análisis se realizó con la prueba exacta de Fisher. **Resultados:** en el grupo A se ingresaron 2860 pacientes y en el grupo B 2231. En el grupo A se les realizó la valoración del dolor al 89% en comparación con el 100% de los pacientes del grupo B (p .004), se documentó un apego a la escalera analgésica de la OMS en el 82% de los pacientes del Grupo A, mientras que en el grupo B el apego fue del 94% (p.009). El 58% de los pacientes con dolor del grupo A presentó un EVA < 3 dentro de 24 horas posterior a la analgesia en comparación del 71% de los pacientes con dolor del grupo B (p.07). **Conclusiones:** En este estudio, la implementación de un sistema electrónico en cual

es obligatorio la evaluación del dolor de los pacientes y que sugiere el analgésico adecuado acorde a la severidad del dolor demostró ser de gran utilidad para el manejo del dolor en pacientes hospitalizados.

### 0103 Mortalidad asociada a trombocitopenia al momento de la admisión en pacientes con sepsis abdominal en la Unidad de Cuidados Intensivos

Zapata S,<sup>1</sup> Torres A,<sup>1</sup> Scherling A,<sup>1</sup> Méndez J,<sup>1</sup> Lemus J,<sup>1</sup> Morales S<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Dr. Manuel Gea González, SSA

<sup>2</sup> Programa de Inmunología Molecular Microbiana, UNAM

**Introducción:** la asociación entre trombocitopenia y mortalidad aún es debatible.

**Objetivo:** conocer la mortalidad asociada a trombocitopenia al momento de la admisión a la Unidad de Cuidados Inten-

sivos (UCI) en pacientes con sepsis de origen abdominal. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, observacional. Se dividió a los pacientes en dos grupos: trombocitopenia y no trombocitopenia. **Resultados:** se incluyeron 73 pacientes. El tiempo promedio de estancia en UCI fue de 8.6 días. La mortalidad y la presencia de trombocitopenia al momento de la admisión fueron de 52% y 46.6% respectivamente. En el grupo de pacientes con trombocitopenia la mortalidad fue del 61.7%, en el grupo sin trombocitopenia fue de 43.6% (RR 1.37 IC 0.87-2.15 p=0.172). (Cuadro 1) **Conclusiones:** la mortalidad asociada a trombocitopenia al momento de la admisión en pacientes con sepsis abdominal en nuestra UCI es del 61.7% y no tiene significancia estadística al compararla con el grupo de pacientes sin trombocitopenia.

**Cuadro 1.** Desenlace primario (mortalidad) y otros desenlaces entre trombocitopénicos y no trombocitopénicos

| Variable          | Trombocitopenia (n=34) | No trombocitopenia (n=39) | RR     | IC           | p      |
|-------------------|------------------------|---------------------------|--------|--------------|--------|
| Mortalidad (%)    | 21 (61.7)              | 17 (43.6)                 | 1.37   | 0.87-2.15    | 0.172  |
| Días de estancia  | 8.85                   | 8.51                      | -      | -            | 0.403  |
| SOFA (promedio)   | 11.9*                  | 10.2                      | -      | -            | 0.036  |
| APACHE (promedio) | 24.85                  | 20.23                     | -      | -            | 0.025  |
| Sangrado (%)      | 7 (20.6)               | 5 (12.8)                  | 1.606  | 0.561-40597  | 0.5286 |
| AMV (%)           | 30 (88.24%)            | 36 (92.30%)               | 0.9559 | 0.8206-1.113 | 0.6979 |
| HD (%)            | 3 (8.82%)              | 4 (10.26)                 | 0.86   | 0.206-3.577  | 1.0    |
| Aminas (%)        | 32 (94.1%)             | 33 (84.6%)                | 1.11   | 0.949-1.303  | 0.2707 |
| LRA (%)           | 26 (76.4)              | 24 (61.5)                 | 1.243  | 0.9110-1.695 | 0.211  |

### 0113 Factores que afectan la calidad de vida en pacientes que fueron hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos por sepsis

Sánchez N,<sup>1</sup> Escamilla M,<sup>2</sup> Arcega A,<sup>1</sup> Islas S<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario de Puebla

<sup>2</sup> Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho, IMSS

**Introducción:** a sepsis es una respuesta inflamatoria sistémica a una infección, que se puede acompañar con disfunción de algún órgano (sepsis severa) o hipotensión arterial refractaria a tratamiento (choque séptico). Se trata de una enfermedad que pone en riesgo la vida y es causa frecuente de atención en Unidades de Cuidados Intensivos. La sepsis es un estado de estrés que puede afectar la calidad de vida en los sobrevivientes, siendo más baja comparada con la población general. **Objetivo:** identificar factores que afectan la calidad de vida en pacientes sobrevivientes a sepsis. **Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo, transversal, comparativo y homodémico. Se revisaron 1127 pacientes hospitalizados en UCI de febrero 2005 a diciembre 2013, se incluyó 102 pacientes sobrevivientes a sepsis, >18 años, con estancia en UCI >24 horas y que aceptaran participar voluntariamente. Se aplicó cuestionario de calidad de vida SF 36 y para depresión CES-D. Los factores evaluados fueron:

tiempo de intubación, sedación, estancia y depresión. Se utilizó coeficiente de correlación de Pearson para identificar los factores relacionados a calidad de vida. **Resultados:** La edad promedio de la población estudiada fue de  $45.61 \pm 11.47$  DE (años), 52 (51%) son mujeres, los días promedio de estancia fue de  $7.0 \pm 4.27$  DE, el tiempo de intubación  $3.79 \pm 3.84$  DE (días) tiempo de sedación  $2.89 \pm 3.36$  DE (días), tiempo de egreso de UCI hasta la aplicación del cuestionario  $6.02 \pm 2.42$  DE (años). El diagnóstico de sepsis abdominal fue el más frecuentes 46 (45.1%). Pobre calidad de vida se documentó en 19 pacientes (23%) con una puntuación promedio de  $53.43 \pm 8.5$  DE, 83 (78%) con una puntuación de  $80.61 \pm 5.2$  DE tuvieron buena calidad de vida. Se encontró depresión como factor relacionado en pobre y buena calidad de vida ( $r = -0.38$  vs  $r = -0.32$ ). Los dominios más afectados en pobre calidad de vida fueron: vitalidad, salud general y rol emocional. **Conclusión:** de acuerdo a los resultados se documentó que la mayor parte de los pacientes presentan buena calidad de vida y la presencia de depresión impacta de manera negativa en los pacientes con pobre calidad de vida y a su vez influye en los que tienen buena calidad de vida impidiendo que ésta se logre en un 100%. Los dominios más afectados en los de pobre

calidad son: vitalidad, salud general y rol emocional.

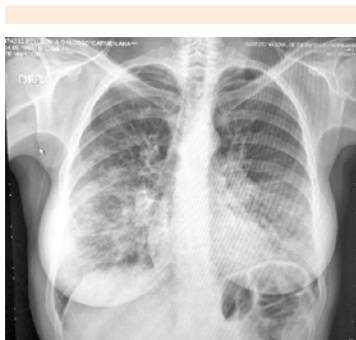
### 0137 Neumopatía intersticial como primera manifestación de un carcinoma de células pequeñas

Davila D,<sup>1</sup> Heredia D,<sup>2</sup> Aviles G,<sup>1</sup> Lozano J<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Ticoman, SSA

<sup>2</sup> Hospital Juárez de México, SSA

**Descripción del caso:** femenino de 49 años Originaria Venezuela, residente del DF desde hace 10 meses, Ocupación Desempleada desde hace 10 meses, anteriormente booker en agencia de modelos. Tabaquismo activo durante 19 años 40 cigarrillos diarios IT: 38 paquetes/año. Prótesis mamaria hace 10 años. Inició padecimiento hace 10 meses con tos en accesos, disneizante, no cianozante, con expectoración hialina, disnea progresiva inicialmente mMRC 2. Presentó aumento de la disnea hasta mMRC 3 y tos cianozante con dolor torácico tipo pleurítico. A su ingreso TA 104/70, FR 24, FC 106 saturando al 65%. Tórax a la auscultación ruidos respiratorios crepitantes finos inspiratorios en región infraescapular y interescapulovertebral bilateral. Se recaba resultado de prueba VIH se reporta negativa. Estudios inmunológicos reportados como negativos. Broncoscopia obstrucción del bronquio del lóbulo superior



de pulmón izquierdo. Resultado de patología reporta carcinoma de células pequeñas variante neuroendócrino.

#### 0161 Efecto profilático de la pravastatina en la incidencia de neumonía asociada al ventilador (NAV)

González A

Hospital General Ticomán, SSA

**Objetivo:** determinar si la profilaxis con pravastatina en comparación con placebo disminuye el riesgo de Neumonía asociada al ventilador (NAV).

**Material y métodos:** se realizó un ensayo clínico controlado, doble ciego, en 44 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y se les asignó a recibir de manera aleatoria pravastatina 40 mg (ó 10 mg en caso de LRA) (n= 22) o placebo (n= 22) y se siguieron durante 10 días o hasta el fallecimiento del paciente. **Resultados:** 14 (32.55%) de los 44 pacientes desarrollaron NAV, 8 (36.3%) en el grupo de pravastatina, y 6 (28.7%), en el grupo placebo, p= 0.51. La mortalidad global

fue de 39% ( 17/44). Por grupo, ocurrió en 36.3% (8/22) de los pacientes que recibieron pravastatina y en el 42.8% (9/22) del grupo placebo, p= 0.53.

**Conclusiones:** no se observó beneficio de la administración profiláctica de pravastatina en la incidencia de NAV. Consideramos necesario investigar un posible efecto benéfico de las estatinas en la sobrevida de pacientes con neumonía establecida.

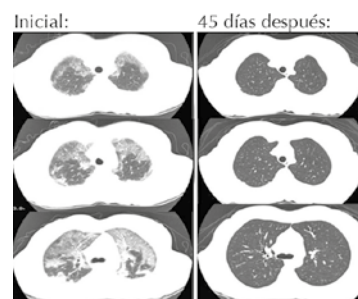
#### 0187 Neumonía organizada asociada artritis reumatoide

Cabrera S, Delgado A, Soto J, Guardado M, Casillas J

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 1 Bajío, IMSS

**Descripción del caso:** femenino de 43 años. Artritis Reumatoide (AR) desde 2004, metotrexato (acumulado 7 g), leflunomida, deflazacort, celecoxib. Actividad moderada-alta en 2014. Manifestación grave extraarticular AR: neumonía organizada criptogénica (NOC). 3 meses previos disnea de medianos esfuerzos y tos seca. Tratada con broncodilatadores y antibióticos; 1 mes disnea, grado 2-3, fiebre 38.2°C, tos y expectoración blanquecina-amarillenta, escasa; taquipnea, tiraje intercostal, respiración superficial, estertores subcrepitantes bilaterales. Anemia grado leve, leucocitos 10.4 miles/ml, neutrófilos 87%, gases arteriales ph 7.4, PCO2 35, PO2 29. Tomografía de tórax

de alta resolución (TACAR) datos compatibles a neumonía organizada. Evidencia de insuficiencia respiratoria hipoxémica (Figura 1). Manejo con ventilación mecánica no invasiva, esteroide dosis altas, ciclofosfamida y antibióticos. Mejoría, egresó con prednisona, se discontinuó oxigenoterapia y metotrexato. NOC y AR es rara, recaída varía 13-58%.

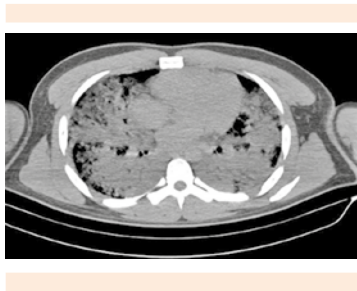


#### 0215 Edema agudo pulmonar postextubación. Reporte de un caso

Quezada R, Urrutia B, Díaz G  
Hospital General de Tlaxcala, SSA

**Introducción:** el Edema Pulmonar por Presión Negativa (EPPN) es frecuente en jóvenes sanos y atléticos. Su fisiopatología involucra laringoespasma que genera aumento de la presión negativa intratorácica, trasudación de líquido al espacio intersticial, inundación del espacio alveolar y edema. **Descripción del caso:** masculino de 21 años sometido a retiro de material de osteosíntesis de fractura de clavícula. Presento

EPPN posterior a extubación. Ingresó a terapia intensiva para ventilación mecánica con PEEP alto, diurético y esteroide intravenoso. Evolucionó a la mejoría, por remisión del cuadro clínico inicial (Figura 1). **Conclusiones:** se debe sospechar EPPN en pacientes jóvenes sometidos a intubación orotraqueal, extubación postoperatoria inmediata y edema pulmonar agudo. No realizar diagnóstico oportuno aumenta la mortalidad al 40%.



### 0291 Valoración del estado nutricional y su impacto en el pronóstico de pacientes hospitalizados

Dehesa E,1 Martínez N,1 Jacobo P,1 Rojas V,1 Meza C,1 Ruiz A,1 Kawano C,2 Irizar S2  
1 SSA, Hospital Civil de Culiacán, 2IMSS, Hospital Civil de Culiacán.

**Introducción:** La desnutrición afecta al 30-50% de los pacientes hospitalizados en áreas médicas o quirúrgicas y tiene un efecto negativo en el pronóstico de los pacientes. **Objetivo:** Evaluar el estado nutricional de los pacientes hospitalizados y

determinar su impacto clínico en el pronóstico de los mismos.

**Metodología:** Estudio de cohorte. Se estudiaron pacientes adultos hospitalizados en el servicio de Medicina interna del Hospital Civil de Culiacán. Al ingreso hospitalario se realizó tamizaje del riesgo de desnutrición mediante el cuestionario NRS2002 y se evaluó el estado nutricional en base a parámetros antropométricos (IMC, porcentaje de pérdida del peso ideal, circunferencia muscular del brazo y pliegue cutáneo tricaptal), bioquímicos (albúmina sérica) e inmunológicos (conteo global de linfocitos). La mortalidad hospitalaria fue comparada entre los pacientes con y sin desnutrición a su ingreso. **Resultados:** Se estudiaron 113 pacientes adultos, con edad promedio de 57±20 años y 58.4% del sexo masculino. En el tamizaje de ingreso, el 77% de los pacientes presentó riesgo de desnutrición. En la evaluación nutricional de ingreso, solo el 41.6% tuvo un estado nutricional normal. El tipo de desnutrición más frecuente fue la calórica con 59.1%, proteico-calórica 22.7% y proteica en 18.2% de los casos. El grado de desnutrición más frecuente fue el leve con 53%, moderado 33.4% y grave en 13.6% de los casos. La mortalidad fue mayor en los pacientes desnutridos (30.3% vs 2.1%;  $p < 0.05$ ) con un riesgo relativo de 20 (IC95% 2.5-155;  $p = 0.004$ ) en relación con los pacientes sin

desnutrición. La edad ( $65 \pm 17$  vs  $55 \pm 15$  años;  $p = 0.04$ ), la proporción de pacientes desnutridos (95.2% vs 50%;  $p < 0.05$ ) y específicamente la desnutrición proteico-calórica leve (19.0% vs 5.4%;  $p = 0.004$ ) fueron mayores en los pacientes fallecidos. **Conclusiones:** El riesgo y el diagnóstico de desnutrición al ingreso hospitalario fueron muy frecuentes en nuestra población. La desnutrición se asoció con mayor mortalidad hospitalaria, lo que enfatiza la importancia de evaluar el estado nutricional en pacientes hospitalizados y la implementación de medidas nutricionales en estos pacientes.

### 0311 Polifarmacia intrahospitalaria

Mandujano I, Ibarra H, Wah M, Del Cueto Á, Morales Á, Núñez S, Borjas O, Baena L, Martínez R, Espinosa M, Hernández I, Villarreal M, Galarza D  
Universitario Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL.

**Antecedentes:** La polifarmacia es común en los hospitales. El número de medicamentos predice la aparición de RAM (reacción adversa a medicamentos). **Objetivo:** Identificar la polifarmacia en pacientes internados en Medicina Interna del Hospital Universitario "Dr. José E. González" de la UANL. **Material y Método:** De forma prospectiva, se estudiaron pacientes hospitalizados,



para determinar el número de medicamentos usados. **Resultados** Se evaluaron en total 430 pacientes. Se encontró que el promedio de medicamentos prescritos fue de 4.76 por paciente. El índice de indicación correcta y el índice de prescripción correcta para Omeprazol fue de 92.97 % y 91.39 %. El índice de indicación correcta y el índice de prescripción correcta para HNF fue de 90.77 % y 85.76 %. **Conclusión:** El índice Prescripción Indicación creado y mostrado se acerca al 100 %, lo que se podrá traducir en la disminución de RAM con mayor seguridad para el paciente.

### 0312 Administración de medicamentos con escáner de código de barras (AMEB)

*Ibarra H, Mandujano I, Wah M, Del Cueto Á, Morales Á, Nuñez S, Borjas O, Baena L, Espinosa M, Rodríguez F, Villarreal M, Galarza D*

Universitario, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL.

**Antecedentes:** Los errores de la medicación dañan la seguridad del paciente. La AMEB verifica que el medicamento correcto sea administrado al paciente correcto en tiempo correcto, para cumplir la meta internacional #3 de seguridad de los pacientes. **Objetivo:** En el hospital de adscripción se implementó el uso del sistema AMEB. Material y método Se usó AMEB en las

salas de Medicina Interna del Hospital Universitario, Dr. José E. González”, de la UANL, durante 3 meses. El escaneo de los medicamentos se realizó al momento de la administración **Resultados** El porcentaje de medicamentos escaneados correctamente fue de 22.5 %. El porcentaje de medicamentos trazadores (heparina, sedantes, electrolitos) escaneados correctamente fue de 26 %, con significancia estadística p 0.05 **Conclusión** En nuestro medio el uso de esta tecnología está en vías de implementación y debe ser explotado para mejorar la calidad de la atención.

### 0317 Escenario de polifarmacia intrahospitalaria en hospital universitario

*Mandujano I, Ibarra H, Wah M, Del Cueto Á, Morales Á, Nuñez S, Borjas O, Martínez R, Hernández I, Espinosa M, Baena L, Villarreal M, Galarza D*

Universitario, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Antecedentes:** La polifarmacia es común en los hospitales. El número de medicamentos predice la aparición de RAM (reacción adversa a medicamentos). **Objetivo:** Identificar la polifarmacia en pacientes internados en Medicina Interna del Hospital Universitario “Dr. José E. González” de la UANL. **Material y Método:** De forma prospectiva, se estudiaron pacientes hospitalizados,

para determinar el número de medicamentos usados. Se evaluaron en total 430 pacientes. **Resultados** Se encontró que el promedio de medicamentos prescritos fue de 4.76 por paciente. El índice de indicación correcta y el índice de prescripción correcta para Omeprazol fue de 92.97 % y 91.39 %. El índice de indicación correcta y el índice de prescripción correcta para HNF fue de 90.77 % y 85.76 %. **Conclusión:** El índice Prescripción Indicación creado y mostrado se acerca al 100 %, lo que se podrá traducir en la disminución de RAM con mayor seguridad para el paciente.

### 0324 Pérdida recurrente del embarazo e hipertensión arterial pulmonar. Reporte de caso

*Vázquez A, Cortés A*

SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad de la península de Yucatán.

**Introducción:** Se define como pérdida recurrente del embarazo a 2 ó más pérdidas de embarazos clínicos antes de la semana 20 de gestación. La incidencia aproximada es 1 caso por cada 300 mujeres. Dentro de las causas incluyen: factores genéticos (2-5% alteraciones anatómicas (10-15% origen autoinmune incluyendo Síndrome Antifosfolípidos (20%), infecciones (0.5-5%), factores endócrinos (17-20%) e idiopáticas (40-50%). La presencia de hipertensión arterial

pulmonar (HAP) se confirma con el incremento de la presión media de la arteria pulmonar  $\geq 25$  mmHg en reposo vía cateterismo cardiaco. Los casos de HAP sin etiología precisa tienen pronóstico muy adverso. Presentamos el caso de una mujer de 31 años con pérdida recurrente del embarazo relacionado con HAP idiopática.

**Caso clínico:** Mujer de 31 años antecedentes de relevancia dos abortos en el primer trimestre del embarazo, actualmente cursando el primer trimestre de su tercer embarazo. Acude a valoración por presentar sangrado transvaginal espontáneo, se diagnostica aborto en evolución, se realizó legrado intrauterino. 48 horas posteriores manifiesta disnea súbita asociada a hipoxemia grave, se evidenció cardiomegalia de ambas cavidades derechas, se realizó ecocardiograma transtorácico que confirmó HAP grave, colapso hemodinámico del VI e hipertrofia con dilatación del VD. Se descartó TEP por angiotomografía del tórax. Reporte de anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipinas IgM positivos, péptido natriurético cerebral (BNP)  $> 6000$  pg/mL. Se inició tratamiento con antagonista de endotelina e inhibidores de fosfodiesterasa tipo 5. En el seguimiento clínico a 12 semanas reporte de anticoagulante lúpico y anticardiolipinas negativos. En caminata de 6 minutos (C6M) recorrió 430 metros (Disnea

Borg 5 y Fatiga Borg 1), BNP de 364 pg/mL. A los 6 meses C6M distancia de 459 metros (Disnea Borg 0 y Fatiga Borg 0) y BNP sérico: 150 pg/mL.

**Discusión:** HAP asociada al embarazo se vincula con elevada mortalidad (30-56%) y riesgo de abortos entre las semanas 9 y 12 de gestación. La combinación de Antagonistas de Endotelina con Inhibidores de Fosfodiesterasa 5 mejoran la historia natural de la enfermedad, calidad de vida y capacidad para realizar actividades físicas con base en la C6M. Los puntos finales del seguimiento deben incluir: distancia recorrida en C6M, mejoría en niveles de BNP, disnea y clase funcional.

### **0336 Asociación entre mortalidad intrahospitalaria y el estado de fragilidad-robustez al ingreso, de pacientes del servicio de Geriátria en un hospital público de segundo nivel al Norte De México**

Medrano I,<sup>1</sup> Valdivia M,<sup>2</sup> Barragán A,<sup>1</sup> Valdovinos S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SSA, San José, Tec de Monterrey/Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda, <sup>2</sup>IMSS, San José, Tec de Monterrey

**Antecedentes:** El síndrome de fragilidad es la pérdida de la homeostasis frente a cualquier estresor que hace más propenso al Adulto Mayor (AM) a presentar eventos adversos para la salud como hospitalizaciones, caídas, deterioro funcional y muerte. Existe bibliografía que

ha comparado los métodos propuestos por Fried, Mitnitski y Rockwood para definir fragilidad y encontraron una correlación entre las diferentes escalas, con cierta ventaja para el enfoque de acumulación de déficit propuesto en la Escala Clínica de Fragilidad de Rockwood y colaboradores, para predecir mortalidad.

**Objetivo del estudio:** Encontrar una asociación entre el estado de fragilidad - Robustez determinado con la ECF y la mortalidad intra-hospitalaria en adultos mayores de 65 años que ingresan al servicio de Geriátria, en un hospital público al norte de México.

**Material y métodos:** Estudio transversal, prospectivo y observacional. Se seleccionaron a todos los sujetos (hombres y mujeres) de 65 años o más, con expediente clínico completo (incluyendo valoración geriátrica, hospitalizados en el área de Geriátria, del Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda. Utilizando la ECF, se determinaron 4 categorías: "NO Frágil", "Levemente Frágil", "Moderadamente Frágil" y "Severamente Frágil". Se utilizaron test de supervivencia para analizar la influencia de los diferentes grados de fragilidad en la sobrevivencia. Se evaluó la mortalidad acumulada de Kaplan-Meier para cada categoría de fragilidad, con respecto a los días de estancia intra-hospitalaria. El tiempo de seguimiento, para la estancia intra-hospitalaria fue medido



en días. **Resultados.** De un total de 80 pacientes, 55% eran mujeres (N: 44 el promedio de edad del grupo estudiado fue  $75 \pm 8$  años y al separarlos por grupos de edad, el mayor porcentaje (56.3%) fue para el Grupo A de 65 a 74 años. De acuerdo a la ECF encontramos una incidencia de 55%; se registraron 16 defunciones (20%) y el promedio de días de hospitalización fue de  $8.7 \pm 5.9$  días. La menor sobrevivida (40%) se reportó en el grupo de pacientes severamente frágiles ( $p: 0.004$ ) y el grupo "Moderadamente Frágil" reportó más días de estancia intra-hospitalaria. **Discusión:** la ECF demuestra ser un instrumento diagnóstico útil, sencillo, rápido y con la capacidad suficiente para identificar a los AM que tienen mayor riesgo de mortalidad al momento de su ingreso al hospital.

### 0384 Incremento en la detección de pacientes en riesgo de muerte mediante una escala de cart modificado (Mindex)

*Hughes M, Ramírez M, Rendón L, Galarza D*

Universitario, Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio Gonzalez.

El CART es una escala para predicción de paro cardiovascular (PCR). En Medicina Interna del Hospital Universitario diseñamos un CART modificado (MIndex) que considera diagnósticos que tienen escalas propias de seve-

ridad (IAM, NAC, NIH, NACS, uremia, sepsis, insuficiencia respiratoria). **Objetivo:** Comparar el índice de detección entre la escala CART vs MIndex para predecir PCR y muerte. **Metodos:** Se evaluó prospectivamente a 1310 pacientes al ingreso a sala de medicina interna durante febrero a julio del 2015 aplicando ambas escalas, aquellos con criterios ingresaron a programa de intervención temprana (PIT) **Resultados:** Los pacientes con criterios CART fue de 5.8% y por MIndex 17%, la incidencia de PCR fue de 9.2% y 4.3% respectivamente. La mortalidad del grupo CART fue del 5.2% y del grupo MIndex 3.1%. **Conclusion:** MIndex nos permitió detectar a un mayor número de pacientes, la mortalidad más baja vista en este grupo pudo haberse debido a la intervención temprana aplicada.

| Escala        | Núm. pacientes | Muerte | % mortalidad |
|---------------|----------------|--------|--------------|
| CART          | 76             | 4      | 5.2          |
| MIndex        | 223            | 7      | 3.1          |
| CART + MIndex | 299            | 11     | 3.6          |

### 0441 Eficacia clínica de la inmunoterapia alérgeno específica en el tratamiento de la rinitis y el asma alérgicas

*Hernández M,<sup>1</sup> Zapata R,<sup>1</sup> Ocaña H<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>SSA, Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga, <sup>2</sup>Universitario.

**Antecedentes:** Las enfermedades alérgicas son definidas como

una respuesta inmune nociva de tipo inflamatorio, mediada por IgE, que se desencadena en individuos predispuestos. La rinitis y el asma alérgicas ocupan los primeros lugares dentro de las alergias del aparato respiratorio e impactan la calidad de vida de los pacientes. Actualmente se acepta el uso de drogas antialérgicas que bloquean la respuesta inflamatoria sin propiciar ningún cambio en la fisiopatología de la enfermedad. Un tratamiento propuesto es la inmunoterapia alérgeno específica, poco usada en nuestro país, la cual modifica la historia natural de la enfermedad al inducir un estado de tolerancia clínica e inmunológica ante una nueva exposición. **Material y método:** Se realizó un estudio observacional, ambispectivo, descriptivo y comparativo, de los casos con el diagnóstico de rinitis y/o asma alérgicas bajo tratamiento con inmunoterapia alérgeno-específica indicada por el servicio de alergología de la Policlínica del ISSEMYM Lic. Juan Fernández Albarrán durante el periodo 2009-2010. **Objetivo:** El objetivo del estudio: fue determinar la eficacia clínica que presentan los pacientes con el diagnóstico de rinitis y/o asma alérgicas después de un año de tratamiento con inmunoterapia alérgeno-específica. **Resultados:** Se incluyeron un total de 118 casos, la rinitis alérgica fue la patología más frecuente presente en 67 pacientes (56.78%),

seguida por el binomio rinitis/asma alérgicas presente en 49 pacientes (41.53%) y por último el asma alérgica sola presente en 2 pacientes (1.69%). Se aplicaron pruebas de valoración de grados de severidad para ambas entidades encontrándose una disminución en el nivel de severidad y el uso de medicamentos de control, así como también un aumento en el nivel de control de las patologías en estudio. **Conclusión:** El uso de inmunoterapia alérgeno-específica, asociada al tratamiento estándar, es eficaz en el control de la rinitis y/o asma alérgicas después de un año de tratamiento

#### **0471 Farmacodermia, síndrome de DRESS. Reporte de un caso**

López LO

0.SSA Hospital Juárez de México

Se trata de paciente masculino de 33 años de edad, soltero, sin antecedentes heredofamiliares o personales patológicos de importancia para su padecimiento actual. Inicia su padecimiento actual el día 26 de agosto cuando acude a valoración de rutina con facultativo quien realiza exámenes de laboratorio, donde se encuentra hiperuricemia, así como hipertrigliceridemia (con valores no especificados), motivo por el cual inicia tratamiento a base de Alopurinol 300 miligramos vía oral cada 24 horas y Bezafibrato 200

miligramos vía oral cada 24 horas. Una semana y media después presenta exantema de tipo máculas eritematosas, de inicio en cara y cuello, las cuales se extendieron de forma cefalocaudal y progresaron a pápulas eritematosas, pruriginosas agregándose al segundo día edema bpalpebral bilateral, y aumento del prurito generalizado. Acude a valoración en donde se encuentra masculino con presencia de eritema generalizado de piel, presencia de exantema maculo papular sin patrón de distribución de 2 a 3 mm de diámetro que confluían, generalizado, con huellas de rascado en piernas, con edema facial, sin lesión de mucosa oral, por lo que se toman estudios paraclínicos a base de biometría hemática donde se encuentra leucocitosis 13 300, eosinófilos 1300, Neutrófilos 6180, HB 15.2, pruebas de funcionamiento hepático con elevación de TGO 162, TGP 360, bilirrubina total de 1.3 mg, a expensas de bilirrubina directa de 1.0 mg. Por el antecedente del consumo de Alopurinol y las lesiones dérmicas, así como la hipereosinofilia, se realiza el diagnóstico de Farmacodermia, Síndrome de DRESS. Se inicia tratamiento a base de antihistamínico intravenoso Difenhidramina 50 miligramos cada 12 horas, así como esteroide intravenoso de tipo Hidrocortisona 100 miligramos cada 6 horas, con lo cual presentó mejoría clínica, con

disminución de las lesiones máculo papulares, edema facial y del prurito, y dentro de la biometría hemática con nuevo conteo de eosinófilos de 320, la función renal se conservó con creatinina de 0.6 mg/dl y pruebas de funcionamiento hepático continuaban con elevación con TGO 156 y TGP 278, se da egreso al paciente con esteroide vía oral dosis reducción semanal, sin presentar nueva exacerbación de los síntomas.

#### **0502 Infecciones de repetición por *Streptococcus viridans* como manifestación de secuestro broncopulmonar**

Gama UO, Casillas JO, Vázquez SO, Solís SO, Viguera AO, Nava HO, García SO, Lemus JO

0.SSA Hospital General de Pachuca

**Antecedentes:** el secuestro broncopulmonar es una masa quística de tejido pulmonar afuncional que carece de una obvia comunicación con el árbol traqueobronquial y recibe todo o la mayor parte del suministro sanguíneo de un vaso sistémico anómalo. Es una anomalía pulmonar infrecuente con una incidencia mundial de 0.15% al 1.7%. La forma de presentación más frecuente de secuestro intralobar es las infecciones pulmonares a repetición con tos, fiebre, dolor torácico y hemoptisis; ocurre, fundamentalmente, antes de la tercera década de la vida. **Descripción del caso:** masculino de 20 años



de edad. Sin antecedentes personales patológicos. Inicio padecimiento cinco meses previos a su ingreso a nuestra unidad hospitalaria, por astenia, cefalea, odinofagia y fiebre, de hasta 39.4°C, de forma intermitente, visto por múltiples facultativos, tratado con múltiples esquemas antibióticos durante 4 meses, sin mejoría del cuadro. Desarrolla datos de hemoptisis, y exacerbación de la sintomatología, lo que motiva su ingreso, se practica tomografía de tórax, donde se objetivó lesión a nivel de lobulo inferior izquierdo, con sospecha tumoral, se optó por realizar broncoscopia, donde se objetivo una lesión con características de un tumor endobronquial con emergencia del bronquio izquierdo, con obstrucción del 100% de su luz, así como abundante secreción purulenta, de la cual se tomo cultivo, resultando positivo para infección por Streptococcus viridans, el reporte de histopatología dictó epitelio con cambios reactivos acentuados a inflamación aguda e hiperplasia de células bronquiales, negativo para malignidad, por esto, se solicito intencionadamente realización de tomografía de tórax contrastada, en fase arterial, con la presencia de una masa multicavitada, heterogénea, bien delimitada, y una arteria aberrante que irriga dicha zona, compatible con una secuestro broncopulmonar intralobar en lobulo inferior izquierdo, de

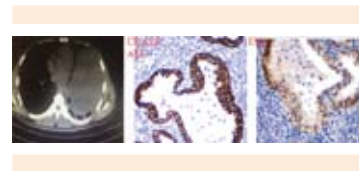
acuerdo a antibiograma, se inicio tratamiento a base de amoxicilina con clavulanato en espera de tratamiento quirúrgico. **Conclusiones:** Reviste la importancia, la falta de sospecha clínica de una anomalía pulmonar como el secuestro broncopulmonar, en un paciente joven, sin antecedentes de importancia, y que cursa con infecciones de vías respiratorias de repetición, con mala respuesta al tratamiento, para poder implementar diagnóstico oportuno y tratamiento dirigido.

#### **0506 Sarcoma sinovial bifásico primario de pulmón en paciente de la tercera década de la vida**

*Vigueras A0, Casillas J1, Gama U1, Solís S1, Vazquez S1, Nava H1*

0.SSA Hospital General de Pachuca; 1.Hospital General de Pachuca

Los sarcomas sinoviales representan 9-14% de los sarcomas de los tejidos blandos, los sarcomas sinoviales primarios de pulmón son raros, constituyen 0.1-0.5% de las neoplasias de pulmón. Masculino de 23 años, sin antecedentes importantes, un mes previo a ingreso, presenta dolor pleurítico en hemitórax izquierdo, con tos productiva, expectoración amarillenta, hemoptisis, fiebre (40°C) con diaforesis, disnea progresiva, acude a valoración por aumento de dolor torácico, encontrando tórax asimétrico,



se integra síndrome de sustitución pulmonar en hemitórax izquierdo. Hemitórax derecho sin alteraciones. Radiografía de tórax con opacidad del 90%, se realiza toracoscopia, encontrándose tumoración en hemitórax izquierdo, en biopsia con sarcoma sinovial bifásico primario de pulmón, inmunoreactividad para citoqueratinas y para antígeno epitelial de membrana. Presentamos caso con manifestación pleuropulmonar, con pronóstico malo, tasa general de supervivencia a los 5 años del 50%.

#### **0543 Prevalencia de uso de medicación inapropiada en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna**

*Osorio NO*

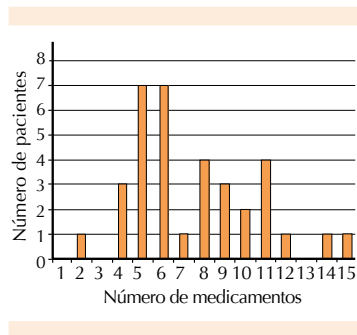
0.ISSSTE Fernando Quiroz Gutiérrez

En la población geriátrica la prescripción inadecuada (PI) está considerada como un problema de salud pública. Se han desarrollado diversas herramientas para evaluar y mejorar la calidad de la prescripción, como los criterios de Beers y STOPP/START con el fin de optimizar la terapéutica. Objetivo Determinar la prevalencia PI según los criterios

de BEERS y STOPP/START en > 60 años hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del HG Fernando Quiroz

**Material y métodos** Estudio clínico observacional con carácter Descriptivo y Prospectivo Se recolectaron datos y revisión de indicaciones médicas llevando a cabo un registro de prescripciones resultados Se estudiaron 35 pacientes, se registró polifarmacia en el 97% y una prevalencia de PI del 37% de acuerdo a los criterios de Beers y 42% según STOPP/START

**Conclusiones:** Es recomendable identificar PI con el fin de evitar efectos adversos que resultan en más días de estancia intrahospitalaria, morbilidad, mortalidad y recursos sanitarios.



**0544 Depresión en el adulto mayor asociada a Polifarmacia valorada en la consulta de Geriátría de un hospital de segundo nivel en el Norte del País.**

Medrano-Deleija I0, Fonseca-Saviñon S1, Barragán-Berlanga A1, Valdivia-Proa M3, Jiménez-Ríos J2

0.SSA Hospital San José Tecnológico de Monterrey/Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda; 1.SSA Hospital San José Tecnológico de Monterrey/Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda; 2.SSA Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda; 3.Privado Hospital San José Tecnológico de Monterrey

**Antecedentes:** la depresión es un síndrome geriátrico que altera la calidad de vida. La Depresión afecta en el 10% a los AM de 65 años, predominando en las mujeres. Es subdiagnosticada e infratratada. Algunos factores de riesgo son las enfermedades físicas, el dolor crónico, y ciertos fármacos. **Objetivo:** conocer la prevalencia e incidencia de depresión, su relación con la polifarmacia y los fármacos más comúnmente implicados en la población geriátrica de consulta de un hospital de segundo nivel del norte. **Material y métodos:** estudio de cohorte, transversal, observacional, se analizaron las Valoraciones Geriátricas Integrales realizadas en la consulta de Geriátría del Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda durante el periodo de Julio y Agosto del 2015, se buscó como criterios de inclusión que contarán con los siguientes datos: Sexo, Edad, Yesavage de 15 preguntas, y Criterios de DSM V para Depresión, Número de Medicamentos y a que grupo pertenecen, así como

también se preguntó antecedente de Depresión. Se obtuvieron un total de 57 valoraciones de ese periodo de tiempo y todas contaron con los datos requeridos. **Resultados:** La prevalencia de depresión en la consulta de Geriátría fue del 8.77% (n=5), mientras que la incidencia fue de 19.29% (n=11), afectó más al género femenino con el 64.2% (n=9 se estratificó a los pacientes por décadas a partir de los 60 años encontrando la mayor prevalencia en aquellos que estaban en la octava década de la vida 71.4% (n=10). Los medicamentos que más se presentaron en estos pacientes fueron los hipolipemiantes, y los antihipertensivos. Por último y no menos importante la relación de Polifarmacia y Depresión fue también del 64.2% (n=9) con un IC del 90% por el método de Wald modificado de 0.4244 to 0.8151. **Conclusiones:** 1.- En este estudio se pudo observar una alta incidencia de Depresión por lo que el tamizaje para depresión en el AM es una actividad que debería ser parte de la consulta. 2.- Las mujeres y los AM en la octava década son los más afectados. 3.- La polifarmacia parece tener una relación de peso en la Depresión muy probablemente asociada a la pluripatología. 4. Los fármacos más involucrados en la depresión son los hipolipemiantes y antihipertensivos. 5. Se necesitan más estudios con poblaciones mayores para ver el verdadero impacto de la



polifarmacia y la depresión en el AM.

**0563 Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda y neumonía por broncoaspiración, como manifestación de cáncer esofágico**

*Vigueras A0, Casillas J1, Nava H1*

0.SSA Hospital General de Pachuca; 1.Hospital General de Pachuca

El cáncer de esófago es una de las neoplasias más agresivas del tracto digestivo, los primeros síntomas de cáncer de esófago son sutiles e inespecíficos, cuya manifestación clínica más frecuente es la presencia de disfagia, la cual suele ser rápidamente progresiva, la neumonía por broncoaspiración es una complicación poco frecuente del cáncer de esófago. Paciente masculino de 61 años de edad, niega convivencia con tosedores crónicos, con pérdida de 20 kg en 3 meses previos a ingreso, un mes previo, con tos con expectoración mucopurulenta, emetizante, acompañada de dolor de tipo pleurítico, fiebre no cuantificada sin predominio de horario, se agrega disnea de grandes esfuerzos, acude a valoración presentando disnea de pequeños esfuerzos, además de tos con expectoración, a la exploración física encontramos con estertores gruesos diseminados, con sibilancias espiratorias diseminadas, en radiografía de tórax se observa

ensanchamiento de mediastino con patrón alveolo intersticial difuso bilateral diseminado, por hallazgos clínicos y radiológicos se inicia con manejo para neumonía severa, con levofloxacino e imipenem, se solicita cultivo, BAAR seriado que es negativo, continuando protocolo se toma TAC de tórax encontramos a nivel de ventana pulmonar, patrón de llenado alveolar diseminado, multisegmentario bilateral, con áreas en árbol de gemación en las bases, a nivel de ventana mediastinal, se observa en mediastino posterior, lesión circular, desde opérculos con nivel hidroaéreo, con cápsula con interfase que desciende posteriormente a cámara gástrica, se toma serie gastroduodenal, donde se observa lesión esofágica, con paso de medio de contraste de forma filiforme, con dilatación en tercio superior de esófago, se somete a endoscopia donde se observa tumor ulcerado de tercio medio de esófago, espasmo de esfínter cardioesofágico, con mucosa gástrica con lesiones erosivas superficiales en cuerpo y antro, tomamos biopsia, se reporta carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. El cáncer de esófago a nivel mundial ocupa el sexto lugar de muerte por cáncer, teniendo un curso clínico poco específico que retrasa diagnóstico, en este caso encontramos a paciente que acude a valoración por una neumonía por broncoaspiración, como complicación de

cáncer epidermoide en etapa avanzada, el cual no refirió otra sintomatología.

**0564 Síndrome de Rendu-Osler-Weber o telangiectasia hemorrágica hereditaria (HHT): Repercusiones**

*Cruz M0, Escobedo Y0, Razo G0, Lugo A0, Diaz C0, Flores P0, Rivera D 0*

0.Otra Centro Médico ISSE-MYM Ecatepec

Paciente femenino de 72 años de edad, antecedentes heredo-familiares, hermana y madre con síndrome de Osler Weber Rendau. No otros antecedentes patológicos. Síndrome de Osler Weber de 15 años de diagnóstico. Con afección cutánea, mucosa y en tubo digestivo con anemia crónica secundaria por lo que se realiza transfusiones desde hace 2 años, hospitalizaciones frecuentes por sangrado de tubo digestivo alto, llegando con hemoglobina de hasta 1.5 g/dl y hematocrito de 12%, manejado con terapia transfusional. Paciente además de presentar Diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva AHA C, NYHA III en tratamiento con Digoxina 0.25 mg cada 24 horas sin descanso, actualmente suspendida. Fibrilación auricular permanente de respuesta ventricular media, CHADASVAS 24 PTS, HASSBLEED de 4 pts. Ameritando descompensación de falla cardíaca en cada hospitalización. El síndrome de

Rendu-Osler-Weber, también conocido como Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria, es un desorden vascular cuya prevalencia se estima que afecta a uno de cada 5-8.000 individuos. Se trata de una alteración vascular displásica multisistémica de carácter autosómico dominante. El diagnóstico inicial de HHT se basa en signos clínicos compatibles junto con la historia familiar. Los pacientes afectados por HHT pueden presentar telangiectasias gastrointestinales, de forma más frecuente en estómago y parte superior del duodeno; el 25% de los afectados mayores de 60 años presenta sangrado gastrointestinal generalmente asociado a melena o anemia. El sangrado es lento y persistente, y puede empeorar con la edad.

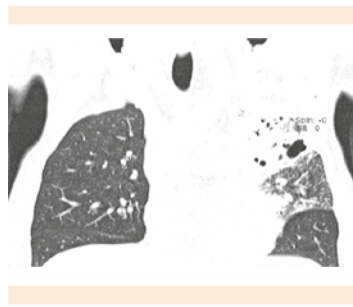
### 0586 Co infección de tuberculosis y coccidioidomicosis. Reporte de caso

*Godoy T*

Otra, Hospital General Naval de Alta Especialidad.

La tuberculosis pulmonar y la coccidioidomicosis comparten factores de riesgo en común, como áreas endémicas dificultando su diagnóstico. **Caso:** masculino de 28 años, originario y residente de Mazatlán, Sinaloa, militar activo; refiere 3 meses con tos productiva, astenia, hiporexia y pérdida de peso; se diagnosticó tuberculosis pulmonar con baciloscopia de esputo positiva(++) inicio

tratamiento primario antifímico; continuo con fiebre intermitente y pérdida de peso, a su ingreso peso 54 kg, talla 1.75 cm, febril 38°C, caquéctico y adenomegalias cervicales, la tac de tórax mostró cavitación en lóbulo superior izquierdo y bronquiectasias tubulares; a merito broncoscopia diagnóstica se reportaron esferulas de *Coccidioidomycosis* sp. en mucosa pulmonar; la biopsia ganglionar mostró *Coccidioidomycosis* sp y bacilos ácido alcohol resistentes, inició tratamiento con itraconazol 200 mg cada 12 horas. **Discusión:** realizar búsqueda intencionada de ambos agentes. **Conclusiones:** considerar diagnóstico en área endémica



### 0587 Polimorfismos en pacientes con Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda (SIRA) en unidades de cuidados intensivos

*Cabrera L0, Mendez R1, Gonzalez J1, Poblano M2, Monares E3, Sanchez P4, Lescas O3, Alva N3, Lopez F5*

0.ISSSTE, Hospital San Angel Inn Universidad/Hospital Regional Tipo B de Alta Es-

pecialidad Bicentenario de La Independencia; 1.ISSSTE, Hospital Primero de Octubre; 2.Privado Hospital Juarez de Mexico/Hospital Tec 1100 Queretaro; 3.Privado Hospital San Angel Inn Universidad; 4.Privado Hospital Sedna; 5.IMSS Hospital General de Zona 53

**Introducción** El síndrome insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) por virus H1N1 es un problema de salud de alta mortalidad, afecta en particular a grupos hispanos frecuentemente a población mexicana: **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal analítico, observacional y multicéntrico, en pacientes con SIRA en unidades de cuidados críticos de servicios de salud ISSSTE y SSA, de noviembre 2014 a enero 2015. se incluyó a pacientes controles con diagnóstico de SIRA NO-AH1N1, la finalidad fue establecer relación en SIRA-AH1N1 y polimorfismos -376 G/A, -308 G/A y -238 G/A del TNF $\alpha$  y -251 T/A de IL-8, se extrajo DNA, 200  $\mu$ L de sangre periférica, el DNA fue cuantificado por espectrofotometría digital, la genotipificación se realizó con sondas de hidrólisis TaqMan utilizando 100 ng de gDNA, en un termociclador de tiempo real 7900 HT-FAST, resultados: 53 pacientes con SIRA de los cuales 75.4% masculinos y 24.6% femeninas, el diagnóstico molecular de influenza reveló que el 69.8% (n=37) de los pacientes tuvieron reportes



positivos a influenza AH1N1, en contraste en el 30.1% (n=16) de pacientes con SIRA no se logró establecer diagnóstico molecular etiológico, el valor de  $paO_2$  mostro diferencias significativa en el NO-AH1N1:  $52.5 \pm 10.07$  mmHg vs el grupo AH1N1:  $45.9 \pm 11.7$  mmHg, ( $p=.055$ ), la variable  $O_2\%$  también presento diferencia significativa, (en el grupo NO-AH1N1:  $SatO_2$   $81.7 \pm 7.7\%$  vs Grupo AH1N1  $70.4 \pm 15.3\%$ ,  $p=.008$ ), el índice de Oxigenación presento diferencia entre los dos grupos con valor de  $p=0.47$ , el análisis genotípico no revelo diferencia significativa, el análisis de haplotipos mostró que la combinación TT/GG/GG/GG presento mayor tendencia hacia lo significativo con un valor de  $p=0.1484$ . Consideramos la infección por AH1N1 como variable de desenlace. **Conclusiones:** los polimorfismos descritos no tienen correlación directa con el desarrollo de SIRA. Pero si hay diferencia entre las variables clínicas  $paO_2$ ,  $SO_2$  y el índice de Oxigenación (severidad), al dividir a los pacientes en niveles de hipoxia encontramos que ciertos polimorfismos podrían predecir mayor mortalidad en SIRA AH1N1, el análisis de haplotipos mostró que la combinación TT/GG/GG/GG tuvo tendencia hacia lo significativo con un valor de  $p=0.1484$ , el aumento en el número de pacientes y la reproducibilidad de estos estudios pudieran en-

contrar diferencias en el grupo de pacientes descrito.

**0603 Actinomicosis pulmonar. Causa de nódulo pulmonar solitario inusual, que se confunde con neoplasias**

*Mireles C, Hernández D, Robles Y*

Privado, departamentos de Medicina Interna y Neumología Hospital Ángeles del Carmen, Guadalajara.

**Introducción:** La actinomicosis pulmonar es una enfermedad crónica, con una progresión lenta e insidiosa, que imita padecimientos como neoplasias, tuberculosis o abscesos pulmonares. Informamos este caso de una paciente con un nódulo pulmonar, en la que se sospechó de malignidad y con la biopsia se demostró la presencia de Actinomycetes.

**Descripción de casos:** Mujer de 66 años, fumadora de 32 paquetes año, inició su padecimiento 6 meses previos al internamiento con disnea leve a medianos esfuerzos, pérdida de peso significativa en los últimos meses; acompañado de dolor pleurítico en hemitórax izquierdo, una Tomografía Computada de Tórax donde mostró nódulo en la llingula pulmonar de 17.12 mm, sin adenopatías; se realizó resección del nódulo y él segmento; encontrando en histopatología un conglomerado bacteriano, quedando como diagnóstico final, Actinomicosis pulmonar. **Conclusiones:** El

nódulo pulmonar solitario es una entidad con un abordaje complejo, en pacientes con factores de riesgo se hace imprescindible la biopsia para el diagnóstico, la actinomicosis pulmonar es una enfermedad con una incidencia muy baja a nivel mundial, lo que la hace muy difícil de sospechar en pacientes con alto riesgo de malignidad.

**0611 Eficacia de familiares en la toma de decisiones de salud por pacientes con enfermedad renal terminal en tratamiento con hemodiálisis**

*Piña S, Avilez G, Ramirez P, Tovar A*

Privado, Nuevo Sanatorio Durango.

**Introducción:** En México existen alrededor de 13 000 pacientes en hemodiálisis (ERTHD). Su media de supervivencia es de 32 meses. Los médicos se apoyan en representantes cuando la capacidad de juicio del paciente está afectada. La preparación de los familiares o amigos para la toma de decisiones en estos pacientes no se ha explorado.

**Objetivo:** Conocer la eficacia referida por los representantes de pacientes con ERTHD para la toma de decisiones de salud al final de la vida en el escenario supuesto de paciente inconsciente. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se validó al Español (Alfa de Cronbach=0.8196) y se aplicó la "Family Decision-

Making Self-Efficacy Scale" a 124 pacientes y familiares de pacientes con ERCTH. Se emplearon medidas de frecuencia y asociación dependiendo el tipo de variable. **Resultados:** 53.2% fueron hombres. Media de edad: 63 años (DE= 11.73). 78.2% con nefropatía diabética. 21.8% sin familiar designado para tomar las decisiones de salud. 46.8% sin consciencia de enfermedad terminal. Principal familiar responsable es esposa (32.3%) Media de eficacia global representar al paciente en decisiones de salud: 78.74% (DE=19.68). Los principales factores asociados fueron número de hospitalizaciones en el último año ( $p=0.007$ ) (IC95%: -7.80 a -1.24), escolaridad del paciente ( $p=0.31$ ) (IC95%: 0.19 a 4.10), tiempo entre cumplir criterios dialíticos e inicio de terapia sustitutiva ( $p< 0.001$ ) (IC95%: -6.631 a -2.12), déficit visual del paciente ( $p=0.005$ ) (IC95%: 3.30 a 18.32), familiar consciente de enfermedad terminal del paciente ( $p=0.007$ ) (IC95%: 3.34 a 20.19), toma de decisiones en conjunto con otro familiar o amigo ( $p=0.29$ ) (IC 95%: -17.93 a -0.97), refuerzo de las decisiones por otro familiar o amigo ( $p=0.008$ ) (IC 95%: 2.90 a 18.85). El rubro con menor eficacia (33%) es el momento de detener la alimentación del paciente. Pese que a familiares y enfermos les gustaría contar con apoyo emocional al final de la vida, la mayoría no cuenta con él

(91.9% y 79% respectivamente) **Conclusiones:** La eficacia para la toma de decisiones por pacientes con ERTHD es moderada y multifactorial. La identificación de estos factores permitirá crear estrategias de atención complementaria a pacientes y familiares que permitan disminuir los efectos y contextos adversos relacionados a la toma de decisiones de salud por pacientes en ERTHD.

#### **0634 Relación de la variabilidad glucémica con la variabilidad circadiana de la presión arterial en individuos con normopeso sin alteraciones en la tolerancia a la glucosa**

*Rosales Y1, Hernández D1, Hernández A1, Cardona E1, Ramos C0, González M1, Martínez E1*  
0Privado, XX; 1Universitario, XX.

**Introducción:** La variabilidad glucémica comprende las fluctuaciones de glucosa intra-día e inter-día, tanto hacia la hiperglucemia como a la hipoglucemia, se puede medir a través del sistema de monitoreo ambulatorio continuo de glucosa (MACG) mediante el cálculo de la media de la amplitud de las excursiones de glucosa (MAGE por otra parte, la variabilidad de la presión arterial es un fenómeno fisiológico el cual puede ser medido por el monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) durante 24 horas. Tanto la variabilidad

de la glucemia como de la presión arterial se han asociado con el desarrollo y la progresión del riesgo cardiovascular.

**Objetivo:** Evaluar la relación de la variabilidad glucémica con la variabilidad de la presión arterial en individuos con normopeso y sin alteraciones en la tolerancia a la glucosa. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal analítico en un grupo de 11 individuos de 30 a 40 años, con índice de masa corporal (IMC) entre 18.5 y 24.9 kg/m<sup>2</sup>, sin alteraciones en la tolerancia a la glucosa. Se les realizó una valoración clínica y de laboratorio. Se determinaron las concentraciones plasmáticas de glucosa cada 5 minutos durante 72 horas mediante el iPro2 (Medtronic, Northridge) y el monitoreo de la presión arterial se realizó el segundo día del MACG, mediante mediciones automáticas de la presión arterial cada 15 minutos durante 24 horas (Microlife WatchBP). Se determinaron las medias y desviaciones estándar para los datos descriptivos, se calculó el MAGE y el coeficiente de correlación de Pearson. Se consideró con significancia a una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Ocho individuos (72.7%) fueron del sexo femenino y el resto del masculino. El promedio del MAGE fue de  $22.79 \pm 7.2$ , mg/dl. El promedio de la variabilidad de la presión arterial fue de 7.73 mmHg para la sistólica y de 10.73 mmHg para la diastólica. Se encontró una correlación positiva de la



glucosa con la presión arterial en 2 individuos ( $r=0.268$ ,  $p=0.014$  y  $r=0.346$ ,  $p=0.002$ ), la correlación fue negativa en 4, mientras que en el resto no se encontró correlación. **Conclusión:** La correlación entre la variabilidad glucémica y la presión arterial se presentó en el 18% de los individuos.

#### **0651 Evaluación del efecto de la actividad física de intensidad moderada sobre la variabilidad glucémica en individuos sedentarios con normopeso, sin alteraciones en la tolerancia oral a la glucosa.**

Rosales L1, Hernández D0, Hernández A1, Ramos J1, Martínez E1, González M2

0Privado XX, 1Universitario; 2IMSS.

**Introducción.** Diversos estudios señalan que después de realizar actividad física (AF) se reduce la glucosa en sangre hasta por más de 24 horas. Sin embargo, no se ha estudiado el efecto de la AF sobre la variabilidad glucémica, la cual representa la oscilación de los niveles de glucosa en sangre, por debajo y por encima del rango normal. Su aumento se relaciona con sobreproducción de radicales libres, factor de riesgo cardiovascular. **Objetivo:** Evaluar el efecto de la AF de intensidad moderada sobre la variabilidad glucémica en individuos sedentarios con normopeso, sin alteraciones en la tolerancia oral a la glucosa. **Material y métodos:** Se realizó

un ensayo clínico no controlado en 11 pacientes sedentarios con normopeso (hombres y mujeres entre 30 y 40 años), sin alteraciones en la tolerancia oral a la glucosa. Clínicamente sanos. Durante 4 días (96 horas), se determinaron las concentraciones intersticiales de glucosa cada 5 minutos, por medio del dispositivos de invasión mínima, iPro2 (Medtronic, Northridge), monitor ambulatorio continuo de glucosa (MACG), durante 2 días los pacientes no modificaron la AF habitual y los siguientes dos días realizaron 30 minutos de AF de intensidad moderada (frecuencia cardíaca sostenida entre un 60 y 70 % de la frecuencia cardíaca máxima). Antes de la intervención se realizaron las determinaciones clínicas y de laboratorio. La variabilidad glucémica antes y después de la AF, se calculó mediante el MACG a partir del cual se calculó la media de la amplitud de las excursiones de glucosa (MAGE) y área bajo la curva de glucosa (ABC). Estadística: Los datos se presentan en frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las variables cuantitativas. Para las diferencias antes y después de la AF se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney. Se consideró con significancia a una  $p < 0.05$ . **Resultados:** 11 pacientes (mujeres 64 % y hombres 37 %), normopeso (índice de masa corporal  $23.21 \pm 2$ ,  $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Antes y después de

la AF de intensidad moderada no se encontró diferencia en la MAGE ( $22.79 \pm 7.2$  vs.  $26.17 \pm 12.2$   $\text{mg}/\text{dL}$ ,  $p = 0.74$ ) y la ABC de glucosa ( $54,391 \pm 5,172$  vs.  $54,713 \pm 4,390$   $\text{mg}/\text{dL}$ ,  $p = 0.92$ ). **Conclusión:** Nuestros resultados no coinciden con lo encontrado por otros investigadores. Sin embargo, es necesario evaluar el efecto en pacientes con alteraciones en la glucosa.

#### **0697 Osteomalacia oncogénica asociada a hiperparatiroidismo primario**

Gonzalez G, Lemus A

IMSS, Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional La Raza.

La osteomalacia oncogénica es una enfermedad rara, caracterizada por hipofosfatemia, hiperfosfatemia; calcio, PTH y 25 hidroxivitamina D normales; asociado a un tumor generalmente de origen mesenquimatoso. Masculino de 54 años, inicia su padecimiento hace 16 años con debilidad muscular generalizada, fracturas patológicas múltiples (esternón, humero, radio, cubito), hipofosfatemia severa (0.9 $\text{mg}/\text{dl}$ ), hiperfosfatemia (1.4 $\text{gr}/24\text{h}$ ), PTH y Vitamina D normales; así como densidad ósea disminuida. Se diagnostica osteomalacia hipofosfatemica por hiperfosfatemia, por lo que se realizaron estudios para descartar neoplasias, los cuales fueron negativos. Recibió tra-

tamiento con fosfatos, calcio y calcitriol, con lo cual presento mejoría de fuerza muscular, sin normalización de fósforo. A los 11 años, presenta tumoración en dorso de pie izquierdo que amerita amputación de la extremidad, con reporte de tumor fosfaturico mesenquimatoso de tipo tejido conectivo mixto; con lo cual se concluyó el diagnóstico de osteomalacia oncogénica. Persiste con hipofosfatemia y posteriormente hipercalcemia de hasta 12.4mg/dl, con PTH de 165, con gammagrama paratiroideo positivo, diagnosticándose hiperparatiroidismo primario; realizándose paratiroidectomía selectiva, con reporte histopatológico de adenoma paratiroideo, con lo cual se consigue normalización de calcio y PTH. La osteomalacia oncogénica se considera un síndrome paraneoplásico asociado a tumores mesenquimatosos de lento crecimiento, por lo que el diagnóstico etiológico se realiza generalmente años después de su presentación. Se considera que fosfatoninas producidas por el tumor como el IGF23, FGF7 y MEPE, son las responsables de las alteraciones en el metabolismo del fósforo, que a su vez, condiciona osteomalacia y riesgo de fracturas. Por otra parte la asociación con hiperparatiroidismo primario es extremadamente raro. El metabolismo fosfo-cálcico está constituido por múltiples interacciones entre electrolitos, hormonas y vitaminas, por lo

que para establecer diagnósticos se deben tomar en cuenta todos los elementos, ya que el estudio adecuado de un paciente con hipofosfatemia, puede tener un origen de lo más simple como hipo absorción intestinal por deficiencia de vitamina D, a lo más complejo como en el presente caso.

#### 0762 Factores de riesgo para variabilidad de la marcha

*Judyth Grace González Chavero, Mario Ulises Pérez Zepeda, Ricardo Salinas Martínez*  
IMSS, Hospital General de Zona No.1 Saltillo, Coahuila.

El envejecimiento modifica la marcha humana, se caracteriza por pasos más cortos y una velocidad lenta. Estos cambios se captan por la variabilidad del paso (CV) que es una medida de reproducibilidad de los movimientos coordinados de las extremidades. De tal suerte que la alta variabilidad del paso, ha sido asociada a futuras caídas, enfermedades como Parkinson y Alzheimer. Dentro de la evaluación geriátrica integral se explora funcionalidad, cognición, estado afectivo, estado nutricional, se buscan intencionalmente síndromes geriátricos. Por lo anterior el objetivo de este trabajo es determinar los factores de riesgo asociados a variabilidad de la marcha. **Métodos:** Se trata de un pequeño estudio de 35 adultos de 60 años o más. Se aplicaron escalas de valo-

ración geriátrica del CREAM, se determinó IMME mediante BIA los parámetros de la marcha se obtuvieron mediante el sistema GAITrite, se obtuvo fuerza de prensión y medidas antropométricas. Abreviaturas: BIA: análisis de impedancia bioeléctrica, CREAM: Centro Regional para el Estudio del Adulto Mayor), CV: coeficiente de Variación, VM: velocidad de la marcha, MNA: mini nutritional assessment, FP: fuerza de prensión, MMSE: examen mínimo del estado mental. Análisis: tomando en cuenta los resultados del análisis de regresión lineal tenemos que escalas de barthel y CV vm:  $p = 0.0043$ ; Lawton brody y CV paso  $p = -0.0188$  y CV vm  $p = 0.0103$ ; katz y CV vm  $p = -0.0117$ ; escala de depresión y variación de la marcha: yesavage y CV doble soporte  $p = -0.0285$ , CV vm:  $p = 0.0079$ , CV cadencia  $p = -0.0112$ , CV paso:  $P = -0.0030$ ; hablando de estado nutricional: MNA y CV tiempo de doble soporte:  $P = -0.0287$ , CV vm  $P = 0.0386$ , CV cadencia:  $p = -0.0170$ ; comorbilidades: Charlson y CV tiempo de doble soporte  $p = -0.0162$ , CV velocidad media  $p = -0.0303$ , CV cadencia  $p = -0.0300$ ; FP y CV tiempo de doble soporte  $p = -0.0127$ , CV vm  $p = -0.0155$ , CV cadencia  $p = 0.0013$ ; IMME: CV doble soporte  $p = -0.0299$ , CV vm  $p = -0.0231$ , CV cadencia  $p = -0.0301$ . Además se realizó análisis de regresión lineal ajustado para sexo y





edad encontrando significancia estadística entre MMSE y todos los CV de la marcha: CVVM  $p = 0.002$ ; CV cadencia  $p < 0.001$ ; CV paso  $p = 0.003$ ; CV largo del paso  $p = 0.024$  y CV tiempo de doble soporte  $p < 0.001$ .

**Conclusiones:** Encontramos que a mayor funcionalidad (barthel, katz y Lawton brody) menor variación de la marcha, interesantes datos de MNA con significancia inversa de tal manera que puntajes altos de MNA menor variación de la marcha, esto puede ser explicado que individuos desnutridos o en riesgo marchan a una velocidad menor; lo mismo puede ocurrir con altos puntajes de Charlson; a mayor FP menor variabilidad de la marcha; a mayor IMME menor variación y por ultimo altos puntajes de MMSE correlacionan con menor variación de la marcha.

#### **0804 Reconocimiento de sarcopenia en la casa hogar Arturo Mundet**

*Gutierrez J*

IMSS, Hospital General CMN La Raza.

**Antecedentes:** la sarcopenía es un síndrome geriátrico de suma importancia por sus implicaciones clínicas; ya que, aquellos pacientes con sarcopenía tienen mayor riesgo de perder la funcionalidad, incrementa casi tres veces la mortalidad y aumenta la probabilidad de una hospitalización. La sarcopenía puede ser el desencadenan-

te de otros síndromes como: fragilidad y caídas. En México la prevalencia de esta se encuentra en un 33% siendo más prevalente en mujeres, sin embargo estos valores varían de acuerdo a la población estudiada (ancianos que viven en la comunidad vs institucionalizados) La sarcopenía requiere un abordaje integral para contrarrestarla, pues es necesaria la participación de los servicios de nutrición, rehabilitación, enfermería y geriatría. Identificarla de manera precoz es el primer escalón para iniciar el tratamiento. **Objetivos:** determinar la prevalencia de sarcopenía en la casa hogar "Arturo Mundet" y conocer el valor de dinamometría con el cual podremos acercarnos al diagnóstico de sarcopenía. **Material y método:** se realizó un estudio trasversal, observacional, en la casa hogar "Arturo Mundet" en el mes de noviembre del 2014. Para la identificación de sarcopenía se utilizó el índice esquelético apendicular, con punto de cohorte de 7.26kg/m<sup>2</sup> para hombres y 5.45kg/m<sup>2</sup> en mujeres. Para conocer el valor de dinamometría que pudiera indicar sarcopenía se utilizó la percentil 95 de los resultados de la dinamometría de los pacientes son sarcopenía. Se hicieron relaciones entre circunferencia de pantorrilla, circunferencia de brazo y sarcopenía. **Resultados.** Se analizaron en total 145 pacientes 78 hombres y 66 mujeres con una media de

edad 78.54 + 10.64 años. La prevalencia encontrada fue de 47.36%. Siendo más prevalente en los hombres (46%) en contraste con un 26% de mujeres. Los pacientes viejos-viejos son los que más presentaron sarcopenía. Se encontró relación significativa entre la circunferencia de pantorrilla menor de 31 y sarcopenía.

#### **0810 Rabdomiolisis inducida por ejercicio de baja intensidad**

*Cortez E, Domínguez S, Rojas F, Infante H, Villalobos F, Cajina D*  
SSA, Hospital de Especialidades  
Dr. Belisario Domínguez

**Introducción:** la rabdomiólisis es un síndrome clínico resultado de la lesión muscular secundaria a la entrada de calcio al espacio intracelular, con la consecuente liberación del contenido intracelular al torrente circulatorio, que provoca una interacción patológica entre la actina y la miosina culminando en destrucción muscular. La causa más frecuente es el traumatismo. La rabdomiolisis inducida por el ejercicio se reporta asociada a esfuerzos físicos importantes, especialmente en personas no entrenadas o cuando se realiza en presencia de factores de riesgo para su desarrollo (hipokalemia, hidratación inadecuada, sudoración excesiva, alta temperatura) aunque raros, hay casos descritos tras practicar ejercicios de baja intensidad. Los signos y síntomas son do-

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

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

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

## REUMATOLOGÍA

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

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

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

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

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

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



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

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

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

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

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

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

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

#### 0043 Calcinosis en esclerosis sistémica. Distribución topográfica en pacientes mexicanos

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

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

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

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

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

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

Carranza R,<sup>1</sup> Cruz M,<sup>1</sup> Vera O,<sup>2</sup> Jara L<sup>3</sup>, Reséndiz A,<sup>4</sup> García G,<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Medicina Interna

<sup>2</sup> Jefatura de Medicina Interna

<sup>3</sup> Jefatura de Enseñanza e Investigación

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

<sup>4</sup> Coordinación Inmunología, Escuela Superior de Medicina, IPN

<sup>5</sup> Servicio Social en Investigación, Universidad Veracruzana

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

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



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

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

Alvarez J,<sup>1</sup> Loeza R,<sup>2</sup> Barrera A<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, SSA

<sup>2</sup> Hospital General Dr. Agustín O'Horán, SSA

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

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

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

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

actividad inflamatoria y discapacidad física.

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

Fernández C, Peralta A, Vera O, Cruz M

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

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

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

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

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

Matías M, López L

Hospital Juárez de México, SSA

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

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

un masculino sin antecedentes tómboticos previos.

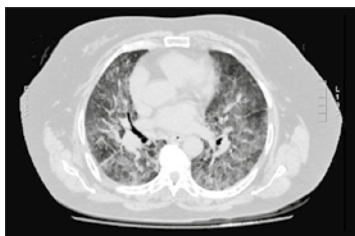
### 0112 Neumonitis por metotrexato: presentación de un caso atípico por el tiempo de exposición

Cortés M,<sup>1</sup> Cortés B,<sup>2</sup> Martínez D<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Regional 1, Cuernavaca Morelos, IMSS

<sup>2</sup> Facultad de Medicina Universidad Autónoma del Estado de Morelos

**Introducción:** uno de los efectos tóxicos más conocidos sobre el pulmón del MTX es la neumonitis, es una complicación aguda y grave que requiere la suspensión del medicamento. Se han reportado en la bibliografía anglosajona alrededor de 200 casos en pacientes con AR. La neumonitis aguda puede presentarse en cualquier momento del tratamiento pero es más frecuente durante el primer año. **Descripción del caso:** femenino, 59 años, AR 27 años de evolución con dosis variables de MTX, 20 mg/semana desde 10/2013. El 17/05/2015 presenta súbitamente disnea de medianos esfuerzos, tos sin expectoración y dolor precordial. A su ingreso 19/05/2015 afebril, FR:28x, FC:65 lpm, gasometría : Ph 7,44; PO<sub>2</sub>:56 mmHg; PCO<sub>2</sub>: 30 mmHg; satO<sub>2</sub>:90%, Rx: patrón mixto intersticial alveolar. TAC: presencia de patrón bilateral extenso en vidrio despulido y ECO: FEVI 60% (Figura). Se inició tratamiento



con O<sub>2</sub> suplementario, isosorbide, digoxina, ceftriaxona, broncodilatadores y 8mg de dexametasona. La evolución fue satisfactoria clínica y radiológicamente.

### 0124 Panarteritis nodosa. Reporte de un caso

Alvarez F, Pérez D, Prado C, López D

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, SSA

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

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



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

Robles Y, Flores B, Hernández M, Navarrete H

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

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

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

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

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

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

#### 0140 Riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide

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

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

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



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

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

Sepúlveda J,<sup>1</sup> Mena B,<sup>1</sup> Morales A,<sup>1</sup> Lopez H,<sup>1</sup> Tevera M,<sup>1</sup> Mendoza A,<sup>2</sup> Ramirez J,<sup>1</sup> Ocaña M,<sup>1</sup> Rivas D<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, SSA  
<sup>2</sup> Hospital Juárez de México, SSA

**Introducción:** las infecciones en LES incrementan la mor-

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

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

Palma R, Soto R, Rodríguez F, Díaz E

Hospital Ángeles Pedregal

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



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

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

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

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

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

**Resultados:** se realizó NCS en 59 pacientes con SAF primario, 50 mujeres y 9 hombres, edad:  $46,4 \pm 13,4$  años, evolución de  $13,7 \pm 8,9$  años. 67,8% de los pacientes ya había tenido un episodio trombotico venoso en las extremidades, siendo esta, la manifestación clínica más frecuente. Las manifestaciones clínicas neurológicas más frecuentes fueron la migraña en el 30,5% y el accidente cerebrovascular isquémico en el 25,4%. Entre los hallazgos de la exploración física neurológica se encontraron a 62.6% de los pacientes con alteraciones sensitivas manifestándose entre las más comunes hipoestesias (32.4%), parestesias (32.4%) y disestesias (35.1%). La prevalencia de la neuropatía periférica fue 40,7% y la más frecuente fue la mononeuropatía sensorial, seguido de mononeuropatía múltiple de tipo sensorial con un patrón mixto (desmielinizante axonal). En el 6,7% de los pacientes encontramos una neuropatía periférica subclínica. El nervio en que se registró mayor número de alteraciones fue el

nervio sural en un 35.6%. No se encontró una asociación de la neuropatía periférica con un isotipo de anticuerpos antifosfolípidos. Se encontró asociación entre la presencia de la neuropatía periférica y mayor tiempo de evolución de la enfermedad ( $>10$  años) ( $p=0,001$ ).

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

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

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

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



OA de la mano y otra sin. **Resultados:** se calculó un total de 41 pacientes por grupo para una diferencia de 20 mm en la EVA. El tratamiento, actividad de la enfermedad, HAQ-DI y calidad de vida fueron evaluados. Los pacientes con OA reportaron más intensidad de dolor, peor evaluación global, mayor actividad (DAS 28, SDAI y CDAI), mayor discapacidad, pero calidad de vida similar. Los pacientes sin OA era más probable lograr la remisión [OR 4,09 (IC 95%: 1,2 a 13.4)]. **Conclusión:** la OA de la mano ejerce un gran impacto sobre los pacientes con AR.

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

Juárez A, Briceño F, Hernández J, Quintal M

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

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

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

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

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

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

ISSSTE, Hospital Regional Adolfo López Mateos

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

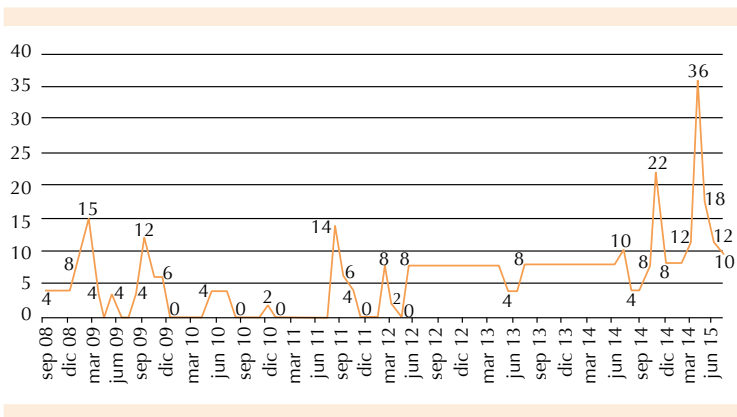


Figura 1. Índice de actividad en LES.

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

**0268 Síndrome febril y miopatía**

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

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

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

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



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

**0271 Vasculitis primaria no ANCA**

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

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

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



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

### 0275 Neumatosis intestinal secundaria asociada con esclerosis sistémica

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

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

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

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



### 0277 Hemorragia alveolar en pacientes con lupus eritematoso sistémico; una complicación rara y frecuentemente letal.

#### Reporte de un caso

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

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

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

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

**0282 Síndrome de sweet idiopático asociado con respuesta inflamatoria sistémica**

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Medina G,<sup>1</sup> Briones E<sup>2</sup> Cruz M,<sup>1</sup> Jara L<sup>1</sup>

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

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

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

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

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

Montes A

SSA, Hospital General Zona, Norte de Puebla.

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

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

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

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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

Izaguirre V, Jiménez J, Palacios A, Martínez F

Otra, Hospital Regional de Tlalnepantla.

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



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

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

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

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

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

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

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

|  | Paciente 1   | Paciente 2                                       | Paciente 3                                | Paciente 4   |
|--|--|--|---|--|
| Edad (años)  | 26   | 44   | 20  | 25   |
| Sexo   | Femenino   | Femenino   | Femenino                                  | Femenino   |
| Hemoglobina (g/dl)                                 | 6.2  | 6.1  | 6.2                                       | 5.3  |
| Hematocrito (%)                                    | 14.9   | 20.4   | 23.9                                      | 15.4   |
| Plaquetas (miles/mm <sup>3</sup> )                 | 241  | 6  | 68  | 10   |
| Reticulocitos (%)                                  | 7%   | 2%   | 2%  | 2.80%  |
| DHL (U/L)  | 387  | 631  | 691                                       | 454  |
| TP   | 12   | 11.3   | 13  | 23.3   |
| TTP  | 50   | 20.7   | 92  | 330  |
| Bilirrubina total (mg/dl)                          | 1.49   | 0.37   | 0.76                                      | 2.8  |
| Bilirrubina indirecta (mg/dl)                      | 0.3  | 0.31   | 0.64                                      | 1.56   |
| COOMBS directo                                     | 3+   | 3+   | 4+  | 3+   |
| AC anticardiolipina IgM                            | 429  | 2.4  | 8.8                                       | 31.7   |
| AC anticardiolipina IgG                            | 53.73  | 1222   | 7884                                      | 1791   |
| AC antiβ2 glicoproteína I IgM                      | 46.9   | 3.46   | 3.36                                      | 148  |
| AC antiβ2 glicoproteína I IgG                      | 2.25   | 7.8  | 88.1                                      | 101  |
| AC antifosfolípido serina IgM                      | 69   | 42   | 31  | 65   |
| AC antifosfolípido serina I IgG                    | >100   | 44   | >100                                      | >100   |
| Tratamiento agudo                                  | Prednisona 1mg/kg/d  | Metilprednisona 1 g x3                           | Metilprednisona 1 g x3                    | Metilprednisona 1 g x3   |
| Tratamiento crónico                                | Azatioprina 100 mg/día Hidroclorotiazida 400 mg/día Aspirina 100mg/día | Aspirina 100mg/día Prednisona en dosis reducción | Aspirina 100mg/día Prednisona 1 mg/kg/día | Azatioprina 50 mg cada 12 hrs/ Prednisona 1 mg/kg/día/ Danazol 100 mg cada 8 hrs |
| Tempo de evolución sin manifestaciones trombóticas | 7 meses  | 2 meses  | 1 mes                                     | 1 año  |
| Biometría de seguimiento                           |  |  |   |  |
| Hemoglobina (g/dl)                                 | 13   | 9.2  | 13.2                                      | 14.2   |
| Hematocrito (%)                                    | 38.7   | 29.4   | 40.5                                      | 40.8   |
| Plaquetas (miles/mm <sup>3</sup> )                 | 172  | 30   | 219                                       | 109  |



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

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

Vásquez E,<sup>1</sup> Pérez M<sup>2</sup>

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

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

ELISA para VIH siendo positivas por lo que se inicia tratamiento con zidovudina y zalcitabina que mantuvo durante 8 años, durante su seguimiento sin cursar infecciones oportunistas, carga viral indetectable y CD4 normales por lo que se realiza ELISA para VIH siendo no reactivo. Posteriormente cursa con astenia, adinamia, tos con expectoración hialina, disnea y fiebre, pérdida de peso de 5 kg durante un mes. EF: mucosa oral con placas blanquecinas en paladar y carrillos de bordes irregulares con fondo eritematoso y de ganglios periauriculares bilaterales. Laboratorio: Leuc 1.4 x10<sup>3</sup>, HB 11.6g/dL, HTO 38.3%, VCM 86.8 fL, CHCM 32.9 pg, PLT 66 x10<sup>3</sup> LT 0.9 x10<sup>3</sup> EGO: proteínas ++, leucos 8-10, eritrocitos 2-3, ELISA VIH -, PCR negativo. VSG: 34 mm/1h, FR: 10 ui/ml., coombs -, VDRL -, Alb 2.8 g/dl. BT 0.36 mg/dl, AST 213 u/l. ALT 88 u/l. FA 150. GGT 204 u/l. DHL 1275 u/l. ag HBS negativo. ac HBc negativo. HCV negativo; hemocultivos, urocultivo y cultivo de expectoración negativos. TAC cuello, tórax y abdomen con adenopatías en el nivel III. ANA 1:1280; patrón homogéneo, antiDNA: 439.68 ui/ml, C3 24 mg/dl, C4 6.5 mg/dl, concluyendo LES por lo que se inicia terapia con esteroides; observando remisión de las manifestaciones clínicas y hematológicas. **Conclusión:** En los pacientes con LES que presentan pruebas de ELISA

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

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

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

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

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

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

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

*Sánchez A,<sup>1</sup> Jordán A,<sup>1</sup> Bozada K,<sup>2</sup> Carriles T<sup>1</sup>*

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

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

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



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

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

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

**Introducción:** La granulomatosis de Wegener es una vasculitis granulomatosa necrotizante que afecta las vías respiratorias superiores, inferiores y los glomerulos. Ésta y la poliangeítis microscópica son enfermedades vasculares asociadas con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). Es una enfermedad rara, de causa aún no definida, con incidencia de 0.4 casos por cada 100,000 habitantes.

**Descripción del caso:** Femenino de 20 años de edad. Carga genética para DM2 y HAS por padre y madre. Cuenta con diagnósticos de enfermedad renal crónica en hemodiálisis desde los 16 años, hipertensión arterial sistémica en control. Comenzó un mes previo al ingreso con tos y expectoración inicialmente hialina posteriormente hialina y amarillenta, además

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

**Comentario:** La granulomatosis de Wegener es una vasculitis asociada con anticuerpos c-ANCA; su diagnóstico se establece con base en las manifestaciones clínicas, radiológicas, histopatológicas y los marcadores bioquímicos.

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

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

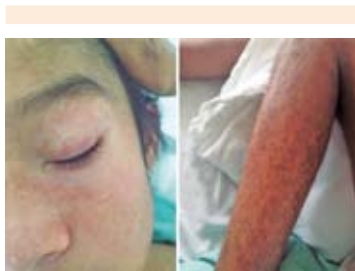
Hernández L, De León I, Herrera R  
SSA, Hospital General Rafael Pascacio Gamboa.

**Introducción:** La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria autoinmune. Tiene predominio de 2:1 en el sexo femenino.

**Descripción:** Femenino de 17 años de edad, sin antecedentes de importancia. Gesta: 1. Inicia padecimiento en el 3er trimestre de gestación, con eritema en parpados superiores y mejillas, debilidad muscular y disfagia a sólidos. Exploración física: eritema bipalpebral, lesiones violáceas y descamativas en extremidades. Retraso en el crecimiento intrauterino. Fuerza muscular en cintura escapular y pélvica 2/5 simétrica.

**Laboratorios:** anemia leve normo-normo, VSG 32mmhr, LDH 2027 u/l, creatina fosfoquinasa 4000u/l, aldolasa 30u/l. Biopsia de musculo deltoides inflamación perimisial y necrosis perifascicular. Electromiografía con amplitudes disminuidas. Se inicia tratamiento con Prednisona y azatioprina. 28 sdg presento óbito fetal.

**Conclusión:** El tratamiento es limitado en el contexto de la paciente. Dentro de las principales implicaciones esta la alta mortalidad fetal.



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

Medina G,<sup>1</sup> Mares R,<sup>2</sup> Cruz M,<sup>1</sup> Vera O,<sup>1</sup> Jara L<sup>1</sup>

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

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

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

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

Tabla 1.Comparación de índices antropométricos, IAC y RCVF

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

\*p<0.05

**0457 Neumonía organizada con progresión a síndrome antisintetasa**

Guevara AO, Rodriguez JO, Rojas AO, Gutierrez JO, Contreras OO, Perez AO, Orive JO, Ganao AO, Orozco JO, Esquivel JO, Llamas BO, Treviño EO, Jaimes KO, Belmonte FO, Garcia MO, Mateos HO

0.Otra Centro Médico ISSEMYM Toluca Arturo Montiel Rojas

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



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

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

Villarreal EO, Aguilar JO, Calvo C1

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

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

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

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

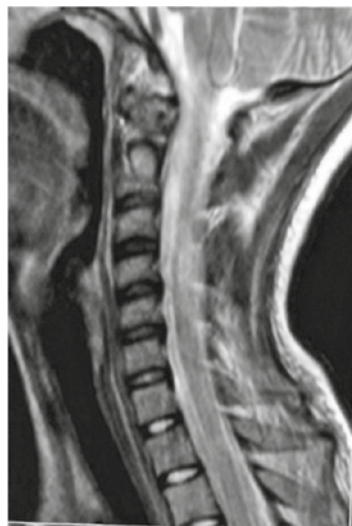
#### 0478 Neurolupus. Reporte de caso

Chi S0

0.SSA Agustín O'Horán

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

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



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

#### 0489 Granulomatosis de Wegener presentación de un caso

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

0.IMSS UMAE No.1 Bajío

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





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

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

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

*Flores M0, González M1, Maya L0, Luna T0, Infante H0*  
O.SSA Hospital de Especialidades de la Ciudad De México Dr. Belisario Dominguez; 1.SSA Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Dominguez

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

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

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

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

*Duarte JO, Peralta AO, Vera OO, Adalid DO*

0.IMSS Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

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

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

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

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

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

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

*Caballero CO, Garcia LO, Hernandez MO*

0.Otra Centro Médico ISSE-MYM

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



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

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

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

*Guzman GO, Santana JO, Lambraño DO, Mendoza SO*

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

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

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

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

#### **0521 SAAF catastrófico. A propósito de un caso**

*Casillas JO, Delgado AO, Soto JO, Martín EO, Cabrera SO, Hernández PO*

0.IMSS UMAE No.1 Bajío

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

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

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

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

*Mayoral HO, Rivera EO, Arango JO, Ortega BO, Madera CO, Córdoba AO, Argudo DO, Lugo FO, Cruz AO*

0.SSA Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Antecedentes:** El levamisol es un antihelmíntico con pro-

iedades inmunoestimulantes retirado para el uso humano por sus efectos adversos, no obstante desde el año 2000 se ha utilizado como adulterante de cocaína. Recientemente se ha descrito el síndrome de vasculopatía cutánea asociada a cocaína adulterada con levamisol, a continuación se presentan cuatro casos consecutivos de este síndrome diagnosticados entre diciembre del 2014 y marzo del 2015 en el servicio de medicina interna del Hospital General de México. **Resultados:** Todos los pacientes fueron hombres entre 26-43 años (media 36.2), con consumo de cocaína por 2-19 años (media 12.6), consumo desde una vez cada 15 días hasta diario, un paciente cursó con trombosis venosa profunda 6 años previos requiriendo safenectomía, otro fue diagnosticado vasculitis por levamisol con complicaciones tromboticas e infecciosas requiriendo amputación supracondilea bilateral hace 3 años. Todos los pacientes presentaron lesiones eritematovioláceas simétricas, con progresión hasta necrosis entre 7 y 30 días previos al ingreso. En todos los casos las extremidades inferiores estaba afectadas, dos tuvieron involucro de extremidades superiores y pabellones auriculares. En los laboratorios con leucocitos totales de 2.4 a 8.6 x10<sup>3</sup>/ul (media 5.4), neutrofilos 1.1-5.9 x10<sup>3</sup>/ul (media 3.7), C4 4.9-27.4mg/dl (media 13.09) C3

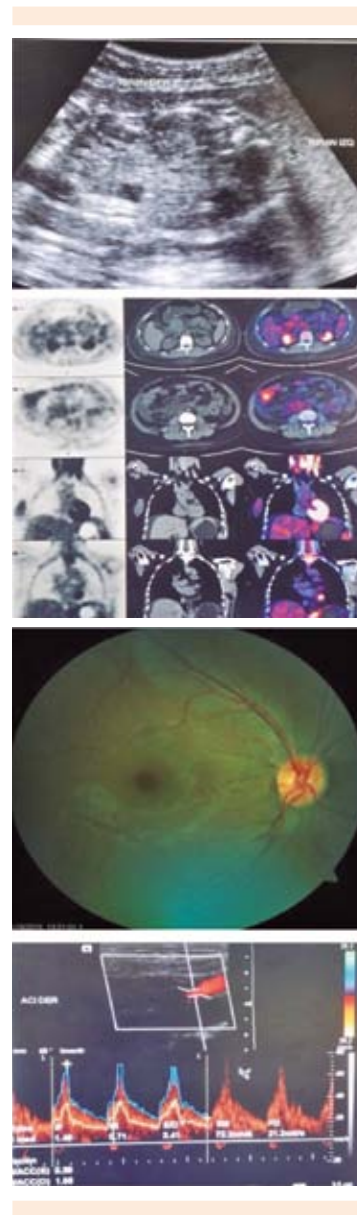
67.2-116mg/dl (media 90.47), c-ANCA 5.2-143.3 U/ml (media 40.8). Todos los pacientes recibieron tratamiento antimicrobiano, enoxaparina, y fueron egresados con prednisona y ASA. **Discusión:** El síndrome de vasculopatía cutánea asociada a cocaína adulterada por levamisol se presenta como púrpura retiforme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

#### 0550 Arteritis de Takayasu en el embarazo

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

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

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



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

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

### 0558 Vasculitis inducida por levamisol

Rivera A0, Acosta N0, Rodríguez S0

0.Otra Centro Médico ISSEMYM Ecatepec

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

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



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

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

SSA, Hospital General de Pachuca.

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

enfermedades de origen genético y procesos autoinmunes.

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



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

#### **0593 Policondritis recidivante y esquizofrenia. Reporte de un caso**

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

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

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

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

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

*Lima O*

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

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

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

SA 6.13 dudoso. C3 32.6mg/dL, C4 9.8mg/dL IgA 323mg/dL, IgG 499mg/dL, IgM 74.5mg/dL, IgE 106 UI/ml. Coombs directo negativo. Paciente que cumple con más de 4 criterios del Colegio Americano de Reumatología, para LES. Por tetraparesia flácida y arrefléxica, con hipoestesia, con afectación esfinteriana vesical y fecal, estudio de electromiografía con Polirradiculoneuropatía con afección sensorial y motora del tipo Degeneración Axonal y desmielinización secundaria, con Análisis de líquido cefalorraquídeo: transparente, coagulo con retención celular, LDH 63U/L, Proteínas 132mg/dL, Glucosa 39.6mg/dL. Se integra el Dx Polineuropatía crónica Inflamatoria Desmielinizante. Tx bolos metilprednisolona durante 3 días y bolo de Ciclofosfamida 1g IV, con disminución edema y proteinuria, sin mejoría de fuerza muscular

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

**con artritis reumatoide en un hospital universitario**

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

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

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

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

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





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

### **0676 Dacrioadenitis como manifestacion excepcional en poliangitis microscopica**

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

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

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

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

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

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

Guerra K

Imss, UMAE Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza.

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

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

significativo de HAP leve comparado con la Difusa.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Universitario, Hospital Universitario José Eleuterio Gonzalez.

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



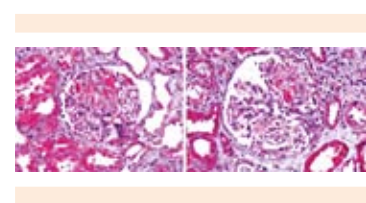
positivo, con serología, AAN positivo 1:2560 patrón homogéneo, DNA-dc positivo 1:240, p-ANCA falso(+), c-ANCA, Anti Proteinasa 3, mieloperoxidasa, SSA, SSB, Sm, FR, B2 glicoproteína, RNP negativos, cardiolipinas IgM positivo, IgG negativo. negativo, C3 normal y C4 bajo, reportando la histopatología infiltrado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

**0707 Vasculitis sistémica. Poliangeítis con granulomatosis**

*Hernandez J, Olvera A, Vargas A* SSA, Hospital General de León.

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

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





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

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

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

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

lución: recurrencia de derrame pleural, síndrome anémico y prolongación de tiempos de coagulación, nueva endoscopia sin cambios, se realizó toracoscopia y pleurodesis con hallazgo de diafragma fenestrado, posteriormente presenta crisis convulsiva tónico clónica generalizada, encefalopatía, TAC de cráneo y EEG sin hallazgos relevantes, se descartaron causas que pudieran explicar los síntomas sistémicos. Estudios de laboratorio y gabinete: hemoglobina 11.2g/dl, plaquetas 125,000 mil/mm<sup>3</sup>, glucosa 226mg/dl, Cr 0.8 mg/dl, electrolitos normales, FAL 228, BT 2.3 BD 1.5 BI 0.8 ALB 1.9 TGO 160, TGP 93, FAL 228, BT 2.3 BD 1.5 BI 0.8, INR 2 Globulinas: IgG 3010 IgM 276, IgA 445 Electroforesis de proteínas: Albumina 2.5g/dl, alfa 1 0.3 g/dl, Alfa 2 0.50 g/dl, Beta 0.6 g/dl gamma 3.4 g/dl. TGO 144, TGP 95, GGT 231, panel viral de hepatitis negativo; ANAs 1:640 patrón homogéneo, anti DNA dc >1000, Anti-MPO positivos, anti musculo liso positivos, anti LKMA negativos, anti RNP positivos, anti-mitocondriales negativos, complemento sérico disminuido, Quantiferón negativo. Gammagrama hepatoesplénico con relación hígado/bazo adecuada, distribución homogénea. **Conclusiones:** La serología de esta paciente es compatible con HAI tipo 1 y en el seguimiento, serología compatible para LES con actividad en múltiples sis-

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

#### **0710 Enfermedad de Still del adulto: Reporte de un caso**

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

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

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

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

*Calvo V, Goicoechea E*

SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Otra, Hospital Central Militar.

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

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

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

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

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

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

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

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





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

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

*Andrade L, Olán F, Hernández E, Arteaga U*

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

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

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

**0760 Hipertensión renovascular secundario a arteritis de Takayasu**

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

**Introducción:** La arteritis de Takayasu (AT) es una enfermedad inflamatoria, se define como una vasculitis granulo-

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

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



### 0767 Granulomatosis con poliangeítis. Comunicación de un caso de presentación atípica

Chong B

IMSS, Hospital de Especialidades, CMN SXXI.

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

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

### 0768 Hepatitis autoinmune: presentación insidiosa. Reporte de caso

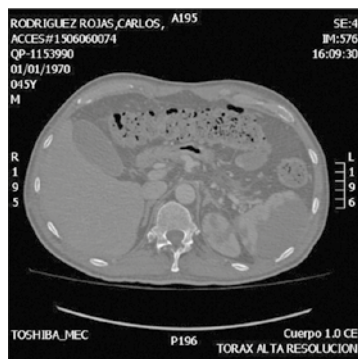
Hernández L<sup>0</sup>, Rodríguez K<sup>1</sup>:

<sup>0</sup>SSA, Hospital Regional Rafael Pascacio Gamboa; <sup>1</sup>SSA, Antiguo Hospital Fray Antonio Alcalde.

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

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

### 0774 Artritis e inflamación granulomatosa, datos para





### tener en mente el diagnóstico de sarcoidosis

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

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

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

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

### inusualmente asociada a enfermedad ateromatosa severa (EAS)

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

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

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

**0808 Reducción porcentual del vaciamiento gástrico a sólidos con 99 MTC- sulfuro coloidal en relación al tiempo de evolución y subtipo de esclerosis sistémica**  
 Cabezas C<sup>1</sup>, Cruz M<sup>1</sup>, García G<sup>0</sup>, Carranza R<sup>1</sup>, Vera O<sup>1</sup>, Jara L<sup>1</sup>  
<sup>0</sup>Universitario, Universidad Veracruzana, Fac. Medicina Xalapa; <sup>1</sup>IMSS, Hospital de Especialidades, CMN La Raza.

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

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

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

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

García J<sup>1</sup>, Hernández R<sup>2</sup>, Franco J<sup>2</sup>, Fernández L<sup>2</sup>, Moncada D<sup>0</sup>, Arroyo S<sup>2</sup>, Guerrero J<sup>3</sup>, Ramírez J<sup>3</sup>

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

**Introducción:** la autoinmunidad ocurre cuando el sistema inmune reconoce y ataca al tejido del huésped. Además de factores genéticos, condiciones ambientales, ej. virus, bacterias y otros se les ha asociado al desarrollo de enfermedades autoinmunes. **Caso clínico:** mujer 45 años, acude a Urg. febril 39°C, 8 días de evol. Antecedente viaje a Acapulco 1 semana antes, IVU y "anemia" 2 meses antes: aislamiento *E. fergusonii*; antes y ahora sin otra manifestación clínica. Dengue y Chikungunya, (-). BH: HB 14.3 g/dL, GB 6.1/mm<sup>3</sup>, PMN 70.3%, PLQ 218/m<sup>3</sup>, EGO: Normal. TGP 57 U/L (9-52), TGO 34 U/L (14-36). USG abdominal normal. Persistencia febril, 6 hemocultivos (-), urocultivo: *E. coli* pansensible, se inició ceftriaxona, persiste febril. > elevación PCR, transaminasemia y ANA. TAC tórax-abdomen: absceso polo inferior riñón der. Punción-drenaje-catéter, cultivo: *E. coli* pansensible. Respuesta clínica favorable, egresó con manejo ATB ambulatorio. Los marcados-



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

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

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

Rodríguez J<sup>0</sup>, Jiménez S<sup>1</sup>, Llamas B<sup>1</sup>, García E<sup>1</sup>, Mateos H<sup>1</sup>, Gutierrez J<sup>1</sup>

<sup>0</sup>Otra Centro Médico Issemym Toluca; <sup>1</sup>Otra.

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

odermia como etiología de la afección multiorgánica.

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

Rivera A, Acosta N

Otra, Centro Medico ISSEMYM Ecatepec.

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

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

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

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

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

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

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

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



**0850 Calcinosis de localización atípica en pacientes con esclerodermia. Presentación de 3 casos**  
*Vargas-Espinoza A<sup>0</sup>, Cruz-Do-  
 mínguez M<sup>0</sup>, García-Collinot  
 G<sup>2</sup>, Carranza-Muleiro R<sup>0</sup>, Mon-  
 tes-Cortés D<sup>1</sup>*

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

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

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

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

## TOXICOLOGÍA

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

*Calzada P, Padilla N, Reyes J, Rivera D*

Centro Médico Ecatepéc, IS-SEMYM

**Introducción:** el etilenglicol es un alcohol usado en la

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

estómago y distribuyéndose rápidamente por su baja afinidad por proteínas plasmáticas; metabolizado en 80% en el hígado y excretado por vía renal en forma de oxalato de calcio. Su ingesta es debido al sabor a manzana que tiene y ocurre frecuentemente en personas drogadictas. **Descripción del caso:** masculino de 37 años, portador de Diabetes Mellitus Tipo 2 de 2 años de diagnóstico en tratamiento con Metformina 850 mg cada 24 horas; Etilismo cada 7-15 días llegando a la embriaguez; Índice tabáquico de 4 paquetes/año. Acude con pérdida súbita de la fuerza en las cuatro extremidades, cefalea de tipo tensional, temblor fino, parestesias y disnea; consumo bebidas etílicas previo. TA 100/70 mmHg, FC 110 lpm, FR 24 rpm, Temp 37 °C, Uresis 1.0 ml/kg/hr. Debilidad generalizada. Con deshidratación leve, hipocalemia de 1.9 mEq y acidosis metabólica de anión Gap alto (PH 7.13, PCO<sub>2</sub> 25, PO<sub>2</sub> 84, HCO<sub>3</sub> 12.4, DB -12.0, SO<sub>2</sub>% 96%, Lactato de 1.0, con Anión GAP 24). CPK 20 U/L, Creatinina 0.88 mg/dl, función hepática normal. Osmolaridad plasmática calculada 298 mOsm. Osmolaridad Urinaria calculada de 225 mOsm. GTTK 16. Se corrige hipocalemia y estado hídrico; persistiendo acidosis metabólica de anión Gap Alto; sin Hiperlactatemia, Hiperglucemia o ingesta de Salicilatos; se documentan Cristales escasos de Oxalato

de Calcio en orina. Se indica Fomepizol 15 mg en carga y 10 mg para 12 horas mejorando la acidosis metabólica. **Discusión:** la mortalidad asociada a intoxicación por etilenglicol depende del daño renal y neurológico; la sospecha diagnóstica implica realizar diagnóstico diferencial de acidosis metabólica de anión Gap alto. **Conclusión:** se integra de forma indirecta la intoxicación por etilenglicol que no presenta daño renal debido al consumo a la par de etanol, antídoto del mismo, corrigiendo la acidosis posteriormente con uso de Fomepizol.

#### 0156 Toxicología clínica panorama epidemiológico y análisis de Casos

*Moranchel L, Pérez J, Pérez J, Terán H, Bautista M, Ramírez R, Rosales Y*

<sup>1</sup> Centro Toxicológico, Hospital Ángeles Lomas

**Introducción:** la toxicología es parte de la historia y el desarrollo de la sociedad. Se define como el estudio de los efectos adversos de los xenobióticos. Las intoxicaciones son causa de una alta morbi-mortalidad que varía según su asociación a factores geográficos y demográficos. **Objetivo:** presentar un análisis descriptivo de las intoxicaciones más comunes evaluadas en nuestro CT. **Pacientes y método:** análisis de 377 casos, de una base de datos de Febrero 2012-Agosto 2015 de 400 pacientes atendidos en

el CT-HAL, 28 de ellos no se incluyeron al no contar con un diagnóstico final toxicológico. Se realizó análisis descriptivo en el programa SPSS v.21. **Resultados:** registro de 377 paciente, 215 (56.9%) mujeres y 162 (42.9%) hombres. La mediana de edad fue de 27 años, con un mínimo de 1 y máximo de 88 años. Los 3 diagnósticos más frecuentes en nuestro CT son en orden decreciente: intoxicación etílica (20.9%), intoxicación por benzodiazepinas (15.1%) y picadura de alacrán (13.2%). En cuanto a la intoxicación etílica, el nivel de etanol en sangre tuvo una media de 228mg/dl, con un rango de 10-485mg/dl; de esto se obtiene un 29.44% de pacientes que desarrollaron un toxíndrome hipnótico-sedante, seguido del simpaticomimético en frecuencia. Del total de los casos, 65 (17.24%) se asociaron a intento suicida, antecedente de depresión en 13% de la población total. En cuanto al manejo el 52.9% fue egresado posterior a manejo en urgencias que en 252 casos incluyó tratamiento sintomático, lavado gástrico y carbón activado. Un 13.5% requirió hospitalización en UTI y un 10.6% en Medicina Interna. En el caso de intoxicaciones asociadas a animales (65 casos), sólo el 5% requirió uso de faboterapico. **Discusión:** en nuestra población destaca la intoxicación por etanol; a una cada vez menor edad de consumo, asociada al riesgo de traumatismos y coingestas.





A diferencia de lo descrito; el principal fármaco responsable de las intoxicaciones, que además guarda relación con un intento suicida, son la benzodiacepinas. Destaca la prevalencia de depresión en nuestra población de 1.3 casos por cada 10 pacientes. **Conclusión:** el internista debe poseer conocimientos en toxicología para aplicarlos en la adecuada y oportuna identificación y tratamiento de las intoxicaciones y envenenamientos más frecuentes en su medio; además de ser parte de los diagnósticos diferenciales de su práctica.

#### **0190 Loxoscelismo: serie de 12 casos**

*Moranchel L, Pineda L, Casarrubias M, Olvera A, Mendoza S, Alfaro J, Iniestra F*

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

**Introducción:** el Loxoscelismo es la intoxicación por la mordedura de la araña *Loxosceles reclusa*. La enzima esfingomielinasa-D es la causante de hemólisis y necrosis. **Objetivo:** describir las evolución clínica de 9 casos con loxoscelismo sistémico y 3 con dermonecrótico. **Pacientes y método:** análisis descriptivo de una base de datos de 12 pacientes con loxoscelismo en 5 años. **Resultados:** 8 hombres (66.7%) y 4 mujeres (33.3%), media de edad de 39.4 años (16-83 años). El sitio de mordedura en

5 casos (41.7%) fue miembro pélvico izquierdo, 4 (33.3%) torácico derecho, 2 (16.7%) cara y 1 (8.3%) torácico izquierdo. El lugar de residencia fue: 11 del Estado de México (zona endémica) y 1 de Hidalgo. El 58.3% (7 casos) tenían comorbilidades. La manifestación inicial: zona con edema y eritema en 7/12, flictenas 4/12, necrosis 5/12 y placa liveloide 6/12. Nueve (75%) se manejaron inicialmente en UCI. La complicaciones fueron: lesión renal (66.7%), hepática (8.3%) y pulmonar con ventilación y aminas (33.3% 2 desarrollaron neumonía. Diez casos recibieron faboterápico, con media de 1.5 viales, (0 a 4) y todos (12) esteroide IV (metilprednisolona) y gammaglobulina. Cinco casos (41.7%), recibieron dapsona, y 4 desarrollaron (metahemoglobinemia). Once (91.7%) requirieron lavado/desbridación al limitarse áreas de necrosis y 7 (58.3%) injerto cutáneo. En 4 casos (33.3%) hubo infección agregada de la herida con cultivo positivo. El promedio de estancia fue de 16.2 días (3 a 40 días). **Discusión:** en el 50% de los casos se presentó la lesión típica (bandera francesa). Destaca la afección sistémica con desarrollo de falla renal como manifestación de hemólisis. El faboterápico es el único tratamiento específico. Aún hay controversia sobre la terapia adjunta con esteroide y gammaglobulina. La dapsona como alternativa se limitó por

efectos adversos. La evolución fue a la mejoría en todos los casos. **Conclusión:** el internista debe poseer la capacidad de hacer un diagnóstico oportuno conociendo la historia natural del loxoscelismo y considerarlo como diagnóstico diferencial ante pacientes con lesiones necróticas, progresivas, con o sin afección sistémica.

#### **0332 Reporte de caso clínico de intoxicación por suplementos termogénicos (black spider) en paciente femenina de 20 años de edad cursando con disfunción orgánica múltiple**

*Chávez C, Compeán J, Morales M, Romero B*

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

El país no cuenta con marco jurídico de regulación para la comercialización de termogénicos, sustancias empleadas principalmente en gimnasios. En USA el empleo de termogénicos se encuentra regulado por la FDA aunque existen suplementos que no tiene restricción; algunos son del fácil acceso al igual que en nuestro país como lo son BLACK-SPIDER cuyo contenido incluye: picolinato de cromo, cafeína, citrus aurantium, guarana, mate, yohimine, pimienta de cayena, té verde, té negro, jengibre, ginseng, teobromina, evodia, etc. Los efectos por uso excesivo de estas sustancias y sus interacciones son: estimulantes del sistema nervioso central (SNC),

alteraciones cardiovasculares, aumenta la secreción catecolaminas, choque cardiogénico/anafiláctico, hipertensión y dificultad respiratoria. A la venta del BLACK-SPIDER se aconseja no exceder 2 capsulas al día. Se reporta paciente femenina de 20 años de edad sin antecedentes personales patológicos de importancia, con trastornos en alimentación refiriendo anorexia con consumo crónico de laxantes, diuréticos, cetonas de frambuesa, Carintia y consumo de 6 capsulas de black-spider al día durante 1 mes; inicia sintomatología con cuadro diarreico posterior picos febriles progresando a crisis convulsivas tipo tonicoclonicas en 2 ocasiones con agitación psicomotriz; en su valoración inicial en servicio de urgencias se presenta con hipertermia de  $> 39^{\circ}\text{C}$  taquicardia, taquipnea, midriasis, hiperreflexia, rigidez de nuca. Se integra a su ingreso un síndrome simpaticomimético con persistencia de hipertermia y agitación psicomotriz; posterior paciente presenta saturaciones a 50% con fio<sub>2</sub> al 35% por lo que se decide intubación para preservar vía aérea y un Electrocardiograma con presencia de ondas T bimodales picudas en derivaciones precordiales. Durante su estancia intrahospitalaria inicia con datos de disfunción orgánica múltiple con afección pulmonar-SNC-Páncreas-hígado; se realiza TAC de tórax en la cual se evidencia atelectasia con derrame

pleural, neumonía organizada y bronquiectasias; exámenes de laboratorio con elevación de enzimas pancreáticas y pruebas de función hepática, con desequilibrio hidroelectrolítico (hipokalemia e hiponatremia), así como de elevación de CPK  $> 10\ 000$ . Se atribuye disfunción orgánica múltiple al termogénico black-spider de venta libre en gimnasio e internet dentro de nuestro país sin regulación.

**0333 Reporte de caso de paciente femenina de 37 años con intoxicación aguda por bencenos y toluenos (xilol) exposición no laboral, manifestado con hipokalemia severa y acidosis tubular renal**

*Chávez C, Mendoza D, Compeán J, Romero B*  
IMSS, Hospital General de Zona Médico Familiar 2, Irapuato.

La intoxicación por xilol en la mayoría de los casos reportados es iniciada por la exposición a dicha sustancia que se utiliza como solvente para la elaboración de combustibles derivados de petróleo o usado como materia prima para la elaboración de algunos pegamentos. El xilol suele encontrarse en forma líquida siendo incoloro y con producción de gases nocivos que ocasionan cefalea, náuseas y malestar general, con una exposición prolongada puede tener efectos displásicos en medula ósea o alteraciones a nivel de sistema nervioso central (SNC). Son pocos los

reportes de casos en los cuales se encuentre intoxicación aguda por Xilol ya que por lo general la toxicidad es debida a exposición prolongada repercutiendo en alteraciones hematológicas; mientras que la intoxicación aguda presenta alteraciones como: de acidosis metabólica (acidosis tubular renal), fibrosis pulmonar, Síndrome mielodisplásico, hipokalemia, y alteraciones en SNC. Se reporta caso de paciente femenina de 37 años de edad con antecedentes de importancia consumo de solvente inhalable tipo xilol refiriendo empleo de 3-6 monas diarias, acude por cuadro de paresia de extremidades inferiores sin poder realizar movimientos activos, con cuadro de náuseas y vómito, cefalea holocraneana, perdida de sensibilidad periférica y tos continua no productiva. Se realizan exámenes de laboratorio encontrando acidosis metabólica con Ph de 7.19 y HCO<sub>3</sub> de 5 con ANION GAP de 20, además de hipokalemia severa con potasio sérico de 1.6, Electrocardiograma con aplanamiento de ondas T y con Tomografía toraco-abdominal con derrame pleural unilateral de 50% y parénquima pulmonar con presencia de infiltrado intersticial compatible con fibrosis pulmonar. Se realizan electrolitos urinarios para valoración de pérdidas de Potasio urinario calculando gradiente transtubular de potasio de 7.5 por lo que se descarta perdida



de K por execos de actividad mineralocorticoide. Son Pocos los reportes de intoxicación aguda por solventes (benceno/toluenos). En esta paciente cuadro presentado por adicción de xilol mencionando consumo crónico de 2 años pero con aumento en últimos 3 meses lo que desencadena cuadro clínico agudo, las manifestaciones en la paciente concuerdan con la intoxicación aguda: hipokalemia severa, acidosis tubular renal y cambios a nivel pulmonar manifestados con fibrosis y derrame pleural.

**0658 Rabdomiolisis asociada a ingesta de suplemento dietario para reducción de peso: picolinato de cromo**

*Olvera A, Carrillo A, Alvarado S*  
IMSS, Hospital de Especialidades CMN La Raza.

**Antecedentes:** La obesidad es una enfermedad cuya incidencia y prevalencia va en aumento en México, crecimiento que se encuentra entre los más altos en el plano mundial, lo que la ha situado como un grave problema de salud pública por su asociación con comorbili-

dades que son las principales causas de muerte. La base del tratamiento es una alimentación equilibrada y ejercicio físico. Sin embargo algunos pacientes recurren a apoyo farmacológico, y en muchas ocasiones sin vigilancia por profesionales de la salud. **Objetivo:** Reportar un caso en el que el uso de un producto comercializado para la reducción de peso, sin supervisión médica, asociado a la presencia de rabdomiolisis y falla renal aguda. Informe de caso Hombre de 34 años de edad, con obesidad exógena grado III de 8 años de evolución, sin antecedente de otra enfermedad. Inició su padecimiento con desorientación, polidipsia, disnea progresiva y disminución de la fuerza muscular. Acude a hospital general de zona en donde se detecta acidosis metabólica severa e hiperglicemia, requiriendo inicio de apoyo mecánico ventilatorio y traslado a nuestra unidad para tratamiento con hemodiálisis. A su ingreso a nuestra unidad se documentan datos de rabdomiolisis grave con CPK en valor de 54 000 UI que condiciona hipertermia

maligna, acidosis metabólica y fallas renal y cardiaca. Al interrogatorio dirigido a la familiar, esta refiere el antecedente de ingesta de tabletas comerciales para reducción de peso compuestas de picolinato de cromo y Cyamopsis tetragonoloba, sin especificar dosis y tiempo de consumo. El servicio de Toxicología confirma la asociación del padecimiento con el consumo del suplemento dietario. Durante su hospitalización se manejó con hemodiálisis, hidratación y metamizol como antipirético entre otras medidas, con evolución favorable. Asimismo se realizó biopsia de músculo que reportó necrosis coagulativa extensa, inflamación aguda fibrino-purulenta y tejido de granulación. **Conclusiones:** El uso de productos comercializados sin sustento científico en su mecanismo de acción, pero sobre todo sin una adecuada evaluación y supervisión médica puede causar graves daños a la salud. En el presente caso el efecto adverso identificado fue la rabdomiolisis con alteración la integridad del sarcolema celular secundario a ingesta de picolinato de cromo.



Estimado suscriptor:

Para Nieto Editores es muy grato comunicarle que hoy estamos incursionando en la era digital con el lanzamiento de nuestra estrategia en línea. De ahora en adelante podrá encontrarnos en redes sociales donde estaremos comunicándole contenidos de interés para usted.

Sin duda, este primer paso en las plataformas en línea nos permitirá continuar con nuestro compromiso de difundir información de calidad, actual, y de trascendencia para la profesión médica.

Lo invitamos a formar parte de nuestra comunidad, ahora en internet, uniéndose a nuestro Twitter y dando "Me gusta" a nuestra página en Facebook, desde donde podremos escuchar sus aportaciones y difundir los temas que quiera compartirnos.

También contaremos con un canal en YouTube, donde estarán alojadas entrevistas a profesionales de la salud, y videos en general con contenidos que podrá retomar para uso propio.

Para ingresar acceda a los siguientes sitios:  
[www.facebook.com/revistasmedicasmexicanas](http://www.facebook.com/revistasmedicasmexicanas)  
[www.twitter.com/nietoeditores](http://www.twitter.com/nietoeditores)  
[www.youtube.com/nietoeditores](http://www.youtube.com/nietoeditores)

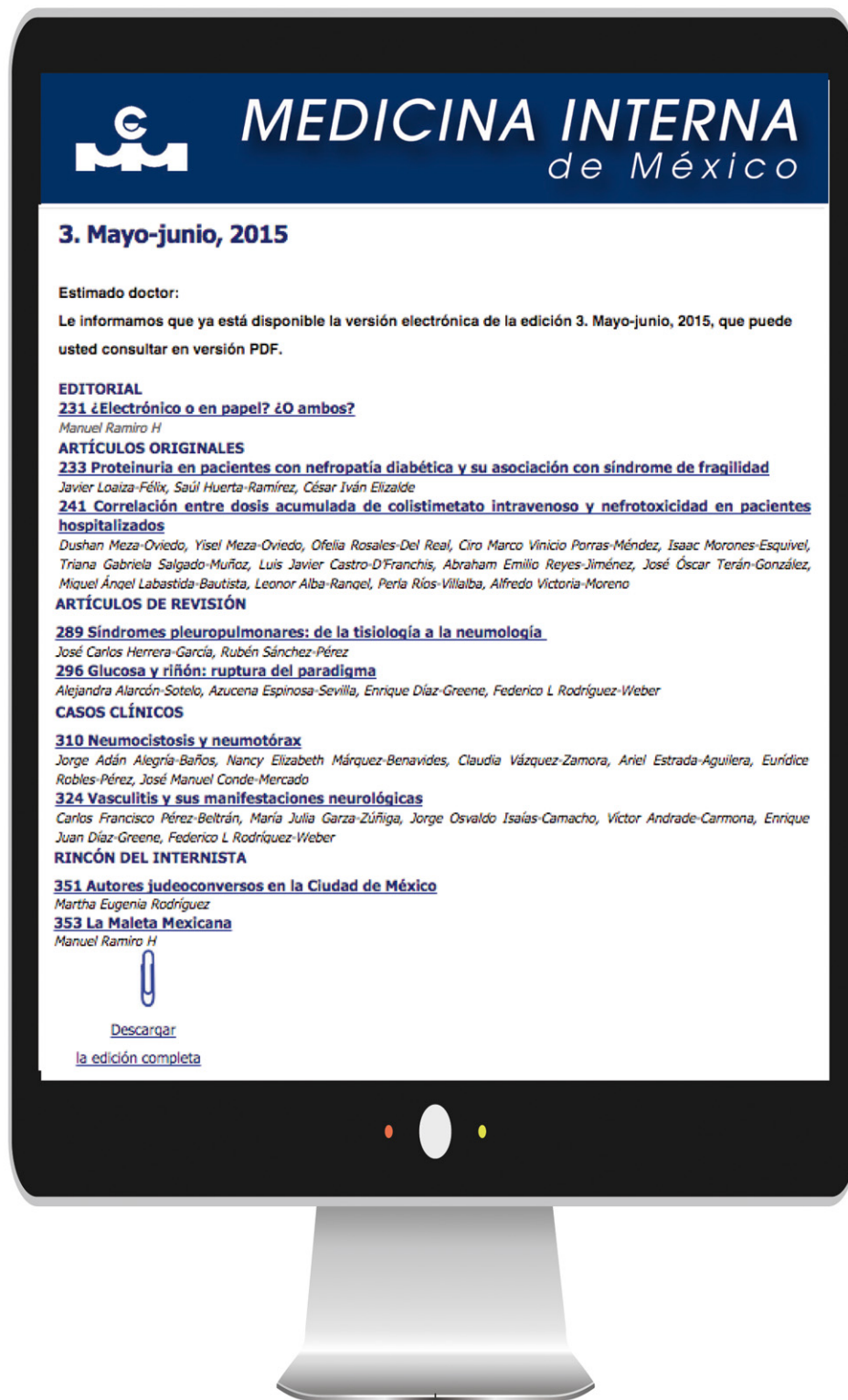
Si usted desea recibir una guía para registrarse en las redes antes mencionadas solicítelo a [anieto@nietoeditores.mx](mailto:anieto@nietoeditores.mx)

¡Lo invitamos a formar parte!



# ¿Ya recibe la revista en su correo electrónico?

Medicina Interna de México



SIN  
COSTO

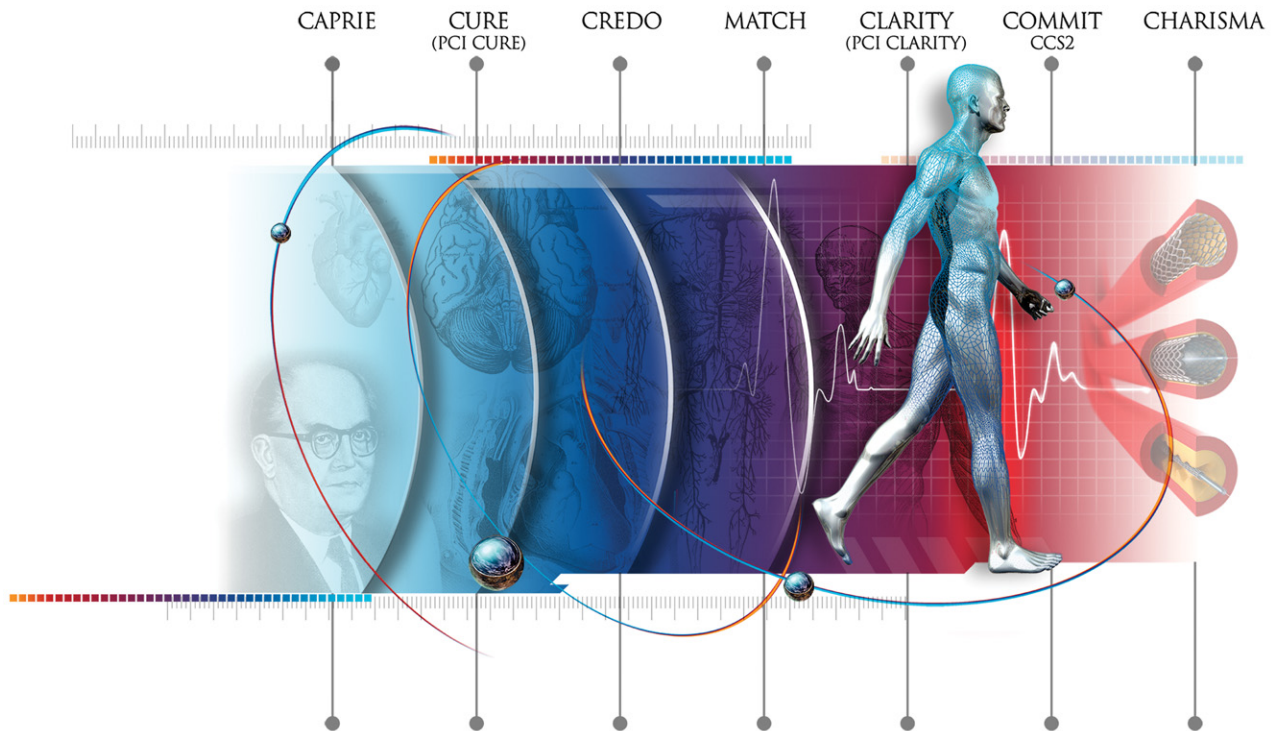
**Envíenos sus datos a:** [anieto@nietoeditores.mx](mailto:anieto@nietoeditores.mx)  
(Correo electrónico, nombre completo, especialidad, ciudad y estado)

Consulte nuestro **aviso de privacidad:** <http://www.nietoeditores.com.mx/aviso.php>

EN ENFERMEDAD PANVASCULAR,  
PARA PREVENCIÓN SECUNDARIA



## Circulación sin obstáculos



### Presentaciones

Caja con frasco con  
**14 y 28** tabletas de **75 mg**



No. de Reg. 303M2011 SSA IV

No. de aviso 153300202C0456 SSA 2015

