



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina.

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación.

Área: Clínica Médica 5to año.



UNIDAD TEMÁTICA 26: PRESENTACIÓN BIOGRÁFICA DE LA FAMILIA. REVISIÓN DE CHEQUEO DE SALUD. MEDIDAS PREVENTIVAS. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA

UNIDAD TEMÁTICA 26

Autores: Roberto Parodi¹, Henrique Brutscher², Daniela Maldonado².

¹Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

²Ayudantes de Cátedra Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

OBJETIVOS:

- Desarrollar y analizar cómo afrontar una consulta ambulatoria de primera vez.
- Desarrollar los conceptos de clínica ampliada y vínculo como recurso terapéutico. La adscripción como contrato de corresponsabilidad. La longitudinalidad como valor del sistema de salud.
- Aspectos de relación médico-paciente-familia. Conceptos de encuadre, transferencia, contratransferencia, disociación instrumental, etcétera.
- Honorarios médicos, abordaje y discusión de la problemática actual.
- La importancia de construir la biografía personal y familiar contextualizada en su medio ambiente socio-económico-cultural-familiar, reconociendo que factores emocionales, sociales y culturales influyen significativamente en la salud y el bienestar.
- Analizar los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en relación con la familia estudiada en 4º año. Estas circunstancias son producto de la inequidad en la distribución de recursos entre distintos grupos humanos, por lo que pueden traducirse en disparidades en el estado de salud. Es importante destacar que los servicios de salud forman parte de estos determinantes y, por tanto, influyen de manera significativa en los procesos de salud, enfermedad y atención.

- Revisar conceptos de examen periódico de Salud. Chequeo según edad y sexo. Medicina preventiva. Prevención cuaternaria. Riesgo cardiovascular, screening oncológico, inmunizaciones. Modificaciones de estilo de vida, tabaquismo. Detección de violencia familiar y sus tipos.

CASO CLÍNICO:

Escenario asistencial: Consultorio externo de institución privada en zona centro de Rosario. Se trata de un complejo de consultorios y de realización de exámenes complementarios (radiología, ecografía, tomografía, laboratorio, sala de endoscopías digestivas, y otros procedimientos diagnósticos/terapéuticos de baja complejidad), sin guardia ni atención de urgencias, con turnos programados para distintas especialidades.

Se obtienen turnos programados a través de comunicación telefónica o a través de sitio web (turnos *on line*). La demora aproximada para obtener un turno es entre 1 a 2 semanas, aproximadamente.

Médico: **Hernán (40 años)**, especialista universitario en Clínica Médica, egresado FCM-UNR, formación de especialidad en Carrera de Postgrado UNR, centro formador Hospital Provincial. Luego de su residencia, realizó maestría en diabetes y riesgo cardiovascular en la Universidad de Barcelona. Actualmente, se desempeña como docente de grado en el Área Clínica Médica FCM UNR, staff de internación en Servicio de Clínica Médica de un sanatorio privado de la ciudad, y consultorio externo en la Institución donde tiene lugar la consulta en cuestión.



María del Pilar, 54 años. Turno programado con el médico Hernán a las 15:00 hs.

Arriba a la consulta a las 15:30 hs y es recibida por Camila, la secretaria de la institución; en simultáneo llegó el paciente correspondiente al turno de las 15:30 hs. Hernán llamó al paciente del turno en horario. María del Pilar debió aguardar 30 minutos en la sala de espera.

Acude a consulta ambulatoria de primera vez, acompañada por su pareja, Rodolfo (64 años). Luego de saludar, Rodolfo reclama y se queja con el médico por el retraso, el tiempo de espera, y porque tuvo que abonar un coseguro, además de la orden de su prepaga.

Hernán le explica que llegaron fuera del horario asignado, y que debe respetar el horario del turno siguiente, que arribó puntualmente. Además, en relación a sus honorarios, les comenta que los establece así, debido a los bajos aranceles establecidos por la prepaga (“menos de 1 kg de helado”). Rodolfo se muestra confrontativo y responde que no coincide: “tenían el turno previo, el médico debería haberlo llamado antes que al paciente siguiente”. Respecto al coseguro que abonó, reclama que no fue notificado cuando sacó el turno y que realizará los reclamos correspondientes a la prepaga “que es muy cara”.

Hernán le responde si prefiere atenderse y empezar con la consulta, o les ofrece la posibilidad de retirarse si así lo desean, devolviéndoles el importe de la consulta. Rodolfo contesta: “Ya estamos aquí, atienda a mi señora, luego vemos si seguimos con Usted”. Ma. del Pilar se muestra incómoda con la situación, emite con voz tenue: “disculpe, pero mi marido es así”. Su pareja le contesta: “Vos cállate, que yo tengo razón”, y en tono imperativo agrega: “Bueno, doctorcito empiece la consulta y listo”

Se inicia la entrevista, Hernán los invita a sentarse y le toma los datos filiatorios para consignar en la historia clínica digital.

Luego abre con la pregunta: “¿Qué le anda pasando? ¿Qué la trae a la consulta?”

Ma. del Pilar, le contesta que desea tener un médico clínico de cabecera. Refiere, que varias amigas del club se atienden con él y lo recomendaron. Indica que su anterior médico clínico se jubiló hace unos 4 años y que nunca volvió a consultar con un clínico, quedándose sólo con su ginecóloga y algunas consultas esporádicas y espontáneas a distintos especialistas por motivos agudos.

Comenta que estaba muy satisfecha con su médico anterior y espera que él sea igual: “siempre disponible, como uno más de la familia; conocía a todos, acudía al domicilio cuando a algún hijo le ocurría algo y con frecuencia lo llamaba para preguntar cómo estaba”.

INTERROGANTES:

- ✓ *¿Qué es el encuadre de la relación médico-paciente? ¿Qué aspectos abarca? ¿Quién o quiénes son los responsables de establecer el encuadre? ¿el médico, el paciente, la institución, la familia, todos?*
- ✓ *En esta situación en particular, que conducta hubiese adoptado con el retraso de la paciente. ¿La misma que Hernán, o hubiese respetado el orden de los turnos a pesar del retraso, o cancela el turno para no alterar el cronograma programado, acudiendo otro día, o le solicita que vengan al*

final de los turnos del día (18 horas)? En esos casos, ¿la explicación se la daría Hernán o la secretaria?

- ✓ *En cuanto a los honorarios médicos, ¿le parece adecuado el cobro de “coseguro, extra o plus” sobre lo abonado con la orden de la prepaga? ¿Debería haber sido informado en el momento de solicitar el turno? En caso de omisión en el aviso, ¿es responsabilidad de la institución (sistema de turno o secretaria) o del profesional?*
- ✓ *Se invita a discutir e investigar sobre honorarios médicos, sistema de financiamiento de la salud de obras sociales y prepagas, cómo se establece el valor de la consulta y prácticas, instituciones intermedias y de representación médica, sus roles. Financiadores del sistema, formato de cobros, alquileres de consultorio y otras formas de relación con respecto a la institución donde se atiende.*
- ✓ *¿Cómo respondería a la demanda de la paciente acerca de que desea que sea igual a su médico anterior?*
- ✓ *Investigue sobre historia clínica digital, tipos, formatos, marco legal y requisitos para su validez.*

Grupo familiar: Matrimonio **Ma. del Pilar** (54 años) y **Rodolfo** (64 años), presente durante la entrevista. Casados en primeras nupcias hace 34 años.

Hijos: Milagros (22 años) vive con ellos, estudia abogacía en la Universidad Católica Argentina (UCA) en Rosario, Benito (25 años), estudia música en una universidad en Estados Unidos, y Maite (28 años), vive en CABA, diseñadora de indumentaria deportiva, trabaja como “freelance”.

Padres de Ma. del Pilar: Es hija única, sus padres viven en Victoria (Entre Ríos). Juan Manuel 72 años y Lucía 70 años.

Historia de vida familiar y sostenimiento de la familia:

La familia tiene ingresos económicos de un emprendimiento agrícola-ganadero y haras de caballos de carrera, campos en Entre Ríos, y en Pergamino (BA).

Ma. del Pilar nació en Victoria (ER), vivió allí en una zona rural, se mudó a Rosario a los 18 años cuando vino a estudiar inicialmente arquitectura (abandonó al segundo año), y luego obtuvo un título terciario de decoración de interiores. Rodolfo nació en Pergamino. Vive en Rosario desde hace más de 40 años, cuando vino a estudiar Ingeniería Agrónoma.

Se conocieron en reuniones de la Sociedad Rural de Rosario, por unos amigos en común. Ma. del Pilar refiere que nunca ejerció su licenciatura, ya que luego de casarse, quedó embarazada y su pareja nunca la dejó trabajar, ya que no hacía falta ingresos económicos y él prefirió que se dedicara a la crianza de sus hijos. Luego cuando los hijos crecieron y dispuso de tiempo, “ya estaba fuera del mercado y desactualizada, pero le hubiera gustado hacerlo”.

En la consulta el marido la corrige, varias veces, mostrando un trato dominante, con cierta humillación.

Inicialmente vivieron en un departamento sobre Bv. Oroño en la zona centro de Rosario, y desde hace unos 15 años, se mudaron a un departamento nuevo frente al río en la zona de Puerto Norte (piso exclusivo de 230 m², con 4 dormitorios y personal doméstico). Los fines de semana y en

temporada estival se instalan en su “casa de fin de semana” en un barrio cerrado de la ciudad de Funes.

Sus hijos Maite, Benito y Pilar fueron a la misma escuela y colegio, una institución privada y de religión católica en el centro de Rosario. Actualmente, la menor de sus hijos (Maite), es la única que vive con ellos.

Motivo de consulta: Como mencionó inicialmente “deseo realizarme un chequeo completo de salud y en la búsqueda de un médico clínico”.

Antecedentes personales: Varicela, “paperas y tos convulsa” en la infancia. Internación por neumonía a los 35 años. Episodio de herpes zóster a los 42 años, intercostal inferior derecho, sin complicaciones. Tuvo cistitis recurrentes hace 3 años, unos 5 episodios en el año, luego no volvió a presentar.

Antecedentes traumáticos: Fractura de muñeca sin necesidad quirúrgica, por traumatismo realizando deportes a los 12 años.

Antecedentes quirúrgicos: Amigdalectomía a los 9 años. Apendicectomía a los 13 años. Sin complicaciones anestésicas ni quirúrgicas.

Alergias medicamentosas: Refiere urticaria asociada al uso de amoxicilina a los 15 años indicada por faringitis.

Medicaciones: Toma suplementos de magnesio, zinc, selenio, colágeno, aminoácidos y multivitamínicos de venta libre sugeridos por su nutricionista.

Estilo de vida y hábitos: Dieta variada, “mediterránea y baja en carbohidratos”, supervisada por licenciada en nutrición. Refiere que ha realizado hace unos años “ayuno intermitente y dieta cetogénica, porque con la menopausia a los 51 años había aumentado unos kilos”.

Fuma desde la juventud, en promedio 5 cigarrillos por día, que aumenta en ocasiones de eventos sociales.

Actividad física: Juega al tenis casi todos los días, y tres veces por semana realiza en el gimnasio de su edificio, entrenamiento funcional de 1 hora de duración con entrenador personal.

Niega consumo de sustancias, drogas, alcohol.

Inmunizaciones de la edad adulta: Refiere, que en los últimos años sólo realizó vacunación por COVID19. “Me tuve que poner obligada 4 dosis, para poder ir a Estados Unidos a visitar a mi hijo”. No realizó ninguna otra vacuna del adulto.

Se realiza un **interrogatorio dirigido de síntomas generales y particulares**, niega todos, salvo ciertos “síntomas digestivos como dolores abdominales difusos desde hace años”, pero el relato es interrumpido por el marido: “Eso no es nada, hace unos años fue a la gastroenteróloga y le dijo que era porque estaba nerviosa, cuando Benito se fue a estudiar afuera”. Se le invita a ampliar los síntomas y Ma. del Pilar contesta “No nada, estoy bien”

Hernán le pregunta cómo se siente emocionalmente, antes de contestar mira al marido, y sólo responde: “Bien, estoy bien Doctor, no me falta nada, no tengo problemas, no me puedo quejar”. Se le pregunta si ha tenido consultas o apoyo de Psicología o Psiquiatría en su vida, contesta: “No

nunca, mi marido no cree en eso, y yo cuando me siento mal me refugio mucho en Dios, soy muy católica, voy a misa todos los domingos y participo realizando obras de caridad en la Iglesia”

Durante la entrevista, Rodolfo recibe un llamado en su teléfono móvil, se pone a hablar en voz alta durante unos minutos, interfiriendo con la consulta. Al cortar, sólo dice: “Era un llamado muy importante, tenía que terminar una operatoria de venta de soja y darle el ok, es un dineral que puedo perder si no lo cerraba”

Examen físico: (se consigna datos patológicos y resumen de ex. Físico).

PA: 120/70 mmHg. FC: 70x'. FR: 16x'. Afebril.

Peso: 62 kg. Talla: 1.65 m. IMC: 23 kg/m².

Cabeza y cuello: Palpación de nódulo de aproximadamente 2 cm, levemente desplazado hacia la derecha de línea media, en base de cuello, que asciende con la deglución. No se palpan adenomegalias cervicales.

Tórax, cardiovascular y respiratorio: Sin alteraciones.

Abdomen: Cicatriz de apendicectomía, no se palpan visceromegalias, ruidos hidroaéreos levemente aumentados y abdomen distendido con timpanismo difuso a la percusión.

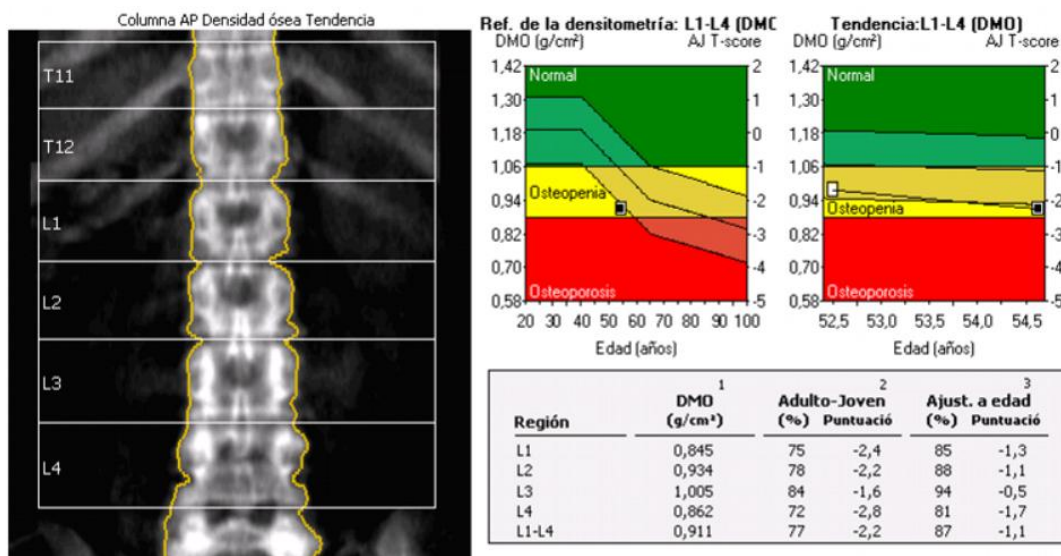
Miembros: sin alteraciones.

Ex. Dermatológico: Múltiples nevus de distintos tamaños (menores de 5 mm), pigmentación y bordes, especialmente en tronco y dorso.

Ex. Neurológico: Sin alteraciones.

Exámenes complementarios previos que trae a la consulta, solicitado por su ginecóloga hace unos meses:

- Densitometría columna lumbar: T score -2,2 DS comparado adulto joven, Z score -1,2 DS ajustado edad. DMO: 0,950 g/cm². Osteopenia.



- Senografía digital bilateral: Pequeños quistes en mama derecha, calcificaciones aisladas, categorizada BIRADS 2.
- Ecografía mamaria: Sin alteraciones.

- Ecografía pelviana: Sin alteraciones.
- PAP: Normal, sin atipías.
- Laboratorio (5 meses previos):

Hematocrito	45%	ASAT	18 UI/L	Colesterol total	180 mg/dL
Hemoglobina	13 g/dL	ALAT	18 UI/L	Colesterol HDL	68 mg/dL
Leucocitos	4.400 /mm ³	FA	120 UI/L	Colesterol LDL	108 mg/dL
Plaquetas	215.000/mm ³	GGT	30 UI/L	Triglicéridos	115 mg/dL
Glucemia	88 mg/dL	Natremia	145 mEq/L	Calcemia	9.2 mg/dl
Uremia	23 mg/dL	Potasemia	4,1 mEq/L	Vitamina D3	50 ng/ml
Creatinina	0.9 mg/dL	TSH	5.8 mUI/mL	VES	9 mm/1° hora

INTERROGANTES:

- ✓ *Establezca el riesgo cardiovascular de Ma. del Pilar. Puede utilizar algunas de las calculadoras y scores de riesgo cardiovascular de uso frecuente. Por ejemplo:*

<https://www.paho.org/es/hearts-americas/calculadora-riesgo-cardiovascular> (OPS/OMS).

<https://www.paho.org/cardioapp/web/#/cvrisk> (Hearts en las Américas).

<https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/calculadoras-nutricion/riesgo-cardiovascular.html> (Fundación Española del Corazón).

<https://tools.acc.org/ascvd-risk-estimator-plus/#/calculate/estimate/> (American College of Cardiology).

<https://www.hipocampo.org/rv/riesgo-cardiovascular.asp> (Framingham Heart Study).

<https://clincalc.com/cardiology/ascvd/pooledcohort.aspx> (ASCVD Risk Calculator).

- ✓ *¿Cómo interpreta los hallazgos del examen físico?*
- ✓ *¿Qué estudios de screening oncológico recomendaría?*
- ✓ *Revise las medidas preventivas de inmunizaciones. ¿Qué vacunas le indicaría?*
- ✓ *Le solicitaría algún examen complementario más ¿Cómo interpreta los resultados de los exámenes complementarios?*
- ✓ *¿Sospecha posibilidad de violencia de género?, ¿cómo afrontaría la misma?*
- ✓ *¿Realizaría un interrogatorio sobre la salud sexual de Ma. del Pilar? ¿Cómo plantearía el tema, lo haría en la primera consulta con su pareja presente?*
- ✓ *En cuanto a los determinantes sociales de Salud, recordar la importancia del contexto e historia biográfica de las personas: analizar cómo influye en el acceso a la Salud, las posibilidades y riesgo de enfermar según el marco social, cultural, económico, familiar. Intente compararla con la familia que se utilizó en 4to año. La distancia geográfica entre sus hogares es menor a 4 km, menos de 15 minutos en auto y menos de una hora caminando. Analice a pesar de la escasa distancia entre ambas, las enormes desigualdades que existen y cómo operan en la Salud de los individuos.*
- ✓ *¿Cómo hubiese reaccionado al llamado telefónico del marido durante la consulta? ¿Obviarlo y tolerarlo? ¿Le hubiese interrumpido la charla pidiendo que corte debido a que está en una consulta e interfiere con la misma, pedirle que se retire a la sala de espera o alguna otra alternativa? ¿Qué*

hubiese ocurrido si el médico recibe un llamado, por ejemplo, una consulta desde el Sanatorio donde atiende pacientes internados, o si fuera por un motivo extramédico? ¿Que estima que es la conducta adecuada en esa circunstancia?

- ✓ *¿Cómo evalúa y afronta el tabaquismo? ¿Qué herramientas de evaluación de adicción-consumo tabáquico y deseos de deshabituación conoce?*
- ✓ *En cuánto, a la detección de osteopenia, ¿indicaría algún estudio más? ¿realizaría algún tratamiento farmacológico?*
- ✓ *¿Qué opinión le merece la dieta actual y anterior (investigar tipos de dieta e impacto en la salud)?*
- ✓ *¿Cuál sería su conducta en cuanto al consumo de suplementos, vitaminas, etc. que realiza Ma. del Pilar?*

Plan e indicaciones médicas:

Hernán le solicita: análisis de sangre (determinaciones incluidas: hemograma completo, CPK, TGO, TGP, glucemia, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos, tirotrófina sérica, T4 libre, T3 total, T3 libre, T4 total, tiroglobulina sérica, anticuerpos anti-tiroperoxidasa tiroideos, anticuerpos anti-tiroglobulina, paratohormona sérica), ecodoppler de tiroides, electrocardiograma y ergometría. Además, una dermatoscopia corporal digital. Le indica realización de videocolonoscopia para screening de cáncer de colon.

Le prescribe vacunación contra herpes zóster, hepatitis B y doble bacteriana adulto (tétanos/difteria).

Ma. del Pilar, dice que por el momento no se va a realizar la colonoscopia: “lo va a pensar para más adelante, tiene medio porque es un estudio invasivo y hubo un caso de una persona famosa que se murió en un estudio”. Con respecto a las vacunas le dice: “que luego de lo que leyó en internet y vio reels de Instagram y Facebook y videos de YouTube que muestran todas las complicaciones de las vacunas del Covid, prefiere no aplicarse, aunque no es antivacuna”.

Interviene Rodolfo, y le pide al médico, que le solicite una resonancia de todo el cuerpo, “ya que se ven muy bien los órganos y detecta tumores pequeños, aparte de que no recibe irradiación”, o sino un “PET que es para descartar tumores”, y agrega: “pídale todo, todo doctor, que no se le escape nada, total me sale gratis y le hago gastar a la prepaga por lo que me cobra”.

Además, Ma. del Pilar, le solicita el número de teléfono del médico, aclara que “no lo va a molestar, sólo para casos de urgencias, y para enviarle por Whatsapp los resultados de los estudios que le solicitó, así los ve cuando pueda, y no tengo que venir a la consulta”. “Por último doctor, le pido por favor si no le toma la presión a mi marido, y ya que está, le pide unos análisis bien completos, así se controla, que hace mucho no va al médico, a ver si logro que venga a verlo”.

“Si no es mucho pedir, la chica que trabaja en casa, que es buenísima, tiene a su hijo con epilepsia y le tiene que comprar este medicamento carísimo, que no consigue en el hospital, Usted podrá hacerme la receta con mis datos, así aprovecha el descuento que me hace en la farmacia”.

INTERROGANTES PARA DISCUTIR EN LA TUTORÍA:

- ✓ *¿Cómo evalúa la conducta de Hernán acerca de los exámenes complementarios e indicaciones realizadas? ¿Suprimiría o agregaría algún estudio o indicación?*
- ✓ *¿Cómo respondería a la negativa de Ma. del Pilar para realizar la videocolonoscopia y no aplicarse las vacunas indicadas? ¿Qué principio de bioética se presenta en este caso?*
- ✓ *¿Cuál o cuáles serían sus respuestas y con qué estrategia respondería a las demandas de solicitud de exámenes complementarios por el familiar, así como al pedido de toma de presión y estudios para Rodolfo, y la receta para un tercero?*



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 27: GASTRITIS - REFLUJO GASTROESOFÁGICO. ENFERMEDAD ÁCIDO-PÉPTICA. DISPEPSIA E INTESTINO IRRITABLE. NÓDULO TIROIDEO. HIPOTIROIDISMO.

Autores: Roberto Parodi¹, Henrique Brutscher², Daniela Maldonado².

¹Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

²Ayudantes de Cátedra Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

OBJETIVOS:

Reflujo gastroesofágico (ERGE):

- Caracterizar los síntomas, reconocer formas de presentación y establecer diagnósticos diferenciales.
- Identificar complicaciones asociadas (esofagitis, estenosis, esófago de Barrett), definir su severidad y el riesgo asociado.
- Evaluar el abordaje diagnóstico, comprendiendo el rol y las indicaciones de la endoscopia.
- Planificar el esquema terapéutico, establecer pautas de seguimiento y valorar la respuesta al tratamiento.

Dispepsia e intestino irritable:

- Caracterizar ambas entidades y diferenciarlas. Definir úlcera péptica y gastritis, y sus formas de presentación como dispepsia. Identificar síntomas y señales de alarma.
- Comprender qué papel juega el *Helicobacter pylori* en estas patologías.
- Reconocer el valor de la exploración complementaria (laboratorio, endoscopia, ecografía, TC y RMI) y su rendimiento para descartar otras enfermedades.
- Reconocer sus síntomas y formas de presentación. Desarrollar criterios para diferenciarlo y descartar otras patologías.
- Establecer el manejo diagnóstico y terapéutico adecuado para cada entidad.

Cáncer de esófago y estómago:

- Identificar al paciente con riesgo de cáncer de esófago/estómago. Definir síntomas característicos, reconocer síntomas avanzados y diferenciarlos de otras patologías benignas.
- Analizar los métodos diagnósticos, el enfoque para la confirmación y los criterios de estadificación. Saber cómo y cuándo derivar al paciente.
- Planificar la estrategia terapéutica general, comprendiendo las opciones endoscópicas, quirúrgicas y oncológicas.

Nódulo tiroideo:

- Reconocer la prevalencia del nódulo tiroideo y la importancia del hallazgo incidental. Discutir sobre detección temprana versus sobrediagnóstico y sobretratamiento (prevención cuaternaria).
- Identificar factores de riesgo para malignidad en la anamnesis.
- Interpretar las características ecográficas de sospecha (hipoecogenicidad, bordes irregulares, microcalcificaciones) y criterios básicos de clasificación (ej. TI-RADS).
- Definir las indicaciones precisas para la punción aspiración con aguja fina (PAAF).
- Comprender el significado de los resultados citológicos (sistema Bethesda) y correlacionarlos con la conducta clínica (seguimiento versus cirugía u otras opciones).

Hipotiroidismo:

- Definir hipotiroidismo primario y central. Reconocer la tiroiditis de Hashimoto como causa autoinmune prevalente y el valor de los anticuerpos.
- Reconocer las manifestaciones sistémicas del hipotiroidismo y su impacto en otros sistemas (dislipidemia secundaria, trastornos de motilidad digestiva, astenia).
- Interpretar correctamente el perfil tiroideo para el diagnóstico, screening y monitoreo. Diferenciar hipotiroidismo clínico de subclínico.
- Planificar el tratamiento de sustitución hormonal.

CASO CLÍNICO:

Recordatorio: En la consulta previa (UT 26), conocimos a María del Pilar (54 años), quien acudió a su chequeo preventivo en el ámbito privado acompañada por su pareja, Rodolfo (64 años). Durante la entrevista, se evidenció una dinámica vincular compleja, marcada por el trato dominante, humillante y violento de Rodolfo y la postergación de Pilar, entre otros aspectos.

En el cierre de la consulta previa, Hernán realizó el encuadre de la relación médico-paciente-familia y respondió a las demandas solicitadas del siguiente modo:

- En primer lugar, le explicó su forma de atención. Los turnos son programados a través de la secretaría o por el sitio web del Instituto, en caso de requerir un turno con mayor premura, deberá plantearse a la secretaria para intentar generar un turno fuera de agenda. No utiliza su teléfono particular ni el Whatsapp para consultas. En caso de urgencia, le recomienda acudir por guardia del sanatorio donde él trabaja, ya que desde allí le informan de su presencia. Le aclara que no realiza visitas a domicilio ni de urgencias.
- Ante la negativa de Ma. del Pilar a realizar la videocolonoscopia, le explicó los beneficios y riesgos del estudio, como así también la importancia de su realización como medida preventiva. Entiende sus

temores, pero le pide que en base a la información suministrada lo considere, ya que en futuras visitas volverá a plantear su realización.

- En lo que respecta a la negativa a las vacunas indicadas, le comentó que la comprende, pero le advirtió que existe un exceso de información tanto en internet como en redes sociales, y que esas fuentes pueden ser en ocasiones confiables, y en otras oportunidades falsas y/o tendenciosas. Le comenta que sería adecuado, que a medida que se establezca un vínculo de confianza, exponga sus dudas o temores con él, para así intentar tomar las mejores decisiones respecto a su salud.

- Por último, ante el pedido de tomar la presión arterial a Rodolfo y el pedido de análisis, le explicó que la consulta y el tiempo destinado a la misma es para quien consulta, en ese caso Ma. del Pilar, y que cuando lo desee Rodolfo, podrá solicitar un turno de consulta para ser evaluado adecuadamente. Finalizando, le explica que no es correcto ni prudente realizar una prescripción de medicamentos a nombre de otra persona, por varios motivos, especialmente por no conocer a la paciente en cuestión, sumado a la responsabilidad médica y legal que eso implica. Por otro lado, la cobertura del sistema de prepagas es de Ma. del Pilar y estaría cometiendo un fraude al expedir una receta a nombre de una persona que no corresponde.

Consulta actual:

María del Pilar regresa a la consulta a los 15 días de la inicial, esta vez sola. Arribó al instituto unos 10 minutos previo al horario programado.

Apenas ingresa, le pide disculpas a Hernán, por la situación de la consulta pasada, y las actitudes de su pareja: “Él es así, es un poco brusco, pero es muy buena persona”. Inmediatamente, le entrega los estudios solicitados: “No los quise abrir, me da miedo que pueda haber algo mal, siempre fui muy miedosa con las enfermedades”

Hernán, le dice que previo a ver los estudios, desea abordar dos temas pendientes, el tabaquismo y algunos síntomas que mencionó “a la ligera” en la consulta pasada.

En cuanto al tabaquismo, Hernán le plantea, realizar dos test tipo encuesta para conocer su nivel de dependencia al tabaquismo y su motivación para dejar de fumar (las respuestas de Ma. del Pilar se encuentran marcado en verde)

Test de Fagerström de adicción a la nicotina:

1. **¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?**
 - Menos de 5 minutos (3 puntos)
 - 6 a 30 minutos (2 puntos)
 - 31 a 60 minutos (1 punto)
 - **Más de 60 minutos (0 puntos)**
2. **¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (cine, biblioteca, hospital, etc.)?**
 - Sí (1 punto)
 - **No (0 puntos)**
3. **¿Qué cigarrillo le costaría más dejar de fumar?**
 - El primero de la mañana (1 punto)
 - **Cualquier otro (0 puntos)**
4. **¿Cuántos cigarrillos fuma al día?**
 - **10 o menos (0 puntos)**

- 11 a 20 (1 punto)
 - 21 a 30 (2 puntos)
 - 31 o más (3 puntos)
5. ¿Fuma más durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?
- Sí (1 punto)
 - No (0 puntos)
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que estar en la cama?
- Sí (1 punto)
 - No (0 puntos)

Interpretación de los resultados (Total de puntos):

- 0-2 puntos: Dependencia muy baja.
- 3-4 puntos: Dependencia baja.
- 5 puntos: Dependencia moderada.
- 6-7 puntos: Dependencia alta.
- 8-10 puntos: Dependencia muy alta.

Encuesta Motivacional Breve (Basada en Richmond y Entrevista Motivacional)

1. ¿Quiere dejar de fumar?
- No (0)
 - Sí (1)
2. ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?
- Nada (0)
 - Poco (1)
 - Bastante (2)
 - Mucho (3)
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?
- Definitivamente no (0)
 - Dudoso (1)
 - Probable (2)
 - Sí (3)
4. ¿Cuál es la probabilidad de que usted sea un no fumador dentro de los próximos 6 meses?
- Definitivamente no (0)
 - Poca (1)
 - Probable (2)
 - Muy probable (3)

Interpretación: 0-3 (Motivación nula/baja), 4-5 (Dudoso), 6-7 (Moderada), 8-10 (Alta).

En base a los test realizados, se detecta una dependencia nicotínica muy baja, así como también, una motivación baja a nula para el abandono. Ma. del Pilar, agrega que nunca intentó dejarlo, salvo durante los embarazos y lactancia de sus hijos, y comenta que fumar le genera placer y que, sinceramente, no piensa dejarlo, quizá disminuir algún cigarrillo en el día.

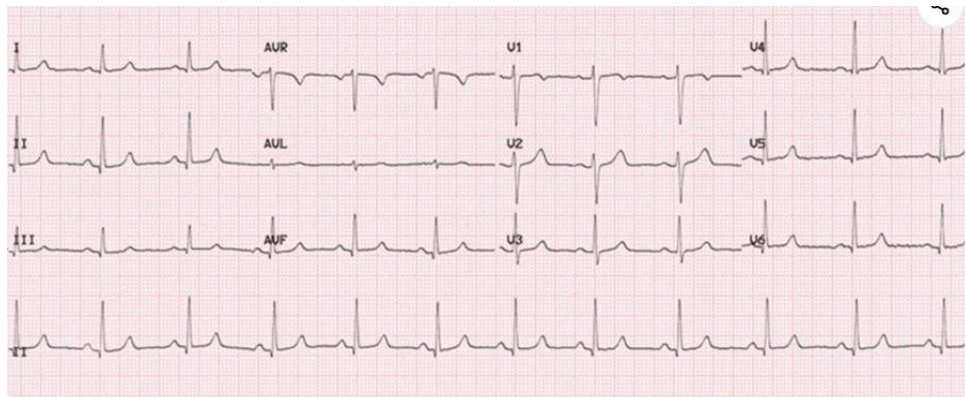
Por otro lado, Hernán le solicita que le amplíe los “síntomas digestivos” que le comentó la consulta pasada. Ma. del pilar le cuenta que, desde su juventud, siempre ha presentado problemas intestinales. Refiere que cada vez que se pone nerviosa o atraviesa una situación estresante (desde rendir un

examen hasta una discusión o incluso alguna situación asociada a sus hijos), empieza con dolores abdominales difusos, tipo cólico, asociado a diarreas acuosas que le duran aproximadamente una semana por episodio. Fue tratada en múltiples ocasiones con antiespasmódicos o trimebutina en monoterapia; en otras ocasiones, le indicaron trimebutina asociada a diazepam. Al interrogatorio dirigido, niega que alguno de los episodios se haya acompañado de fiebre, pérdida de peso o hemorragia digestiva, y que habitualmente los síntomas desaparecen una vez que se duerme.

Además, refiere desde hace unos meses una sensación de ardor en la boca del estómago, cada vez más intenso y frecuente, a veces acompañado de "asco a las comidas y náuseas, asociado a un malestar ácido que asciende hacia la garganta", que empeora especialmente si consume algo de alcohol, chocolate o comidas dulces.

Niega hiporexia y pérdida de peso. No tomó medicamentos para estos síntomas salvo unas pastillas masticable de venta libre (hidróxido de magnesio, hidróxido de aluminio, simeticona) que le dio una amiga y que le calmaban los síntomas transitoriamente.

- El **examen físico** de esta consulta no presenta cambios.
- **Estudios solicitados:**
 - ✓ **Electrocardiograma:** ritmo sinusal, frecuencia cardíaca 72x', PR 0,12 seg, QRS 0,08 seg, AQRS +45°, sin signos de ischemia, ni necrosis.



- ✓ **Prueba ergométrica graduada (PEG):** suficiente, normal, negativa para ischemia. Normal comportamiento de la presión arterial. Sin alteración del segmento ST, asintomática durante la prueba, alcanza 100% de la frecuencia cardíaca máxima para la edad, capacidad funcional (CF) 12 METs.

✓ **Laboratorio:**

Hematocrito	38%	Colesterol total	230 mg/dl
Hemoglobina	11.8 g/dl	Colesterol LDL	141 mg/dl
Leucocitos	5.500/mm ³	Colesterol HDL	55 mg/dl
VCM (volumen corpuscular medio)	105 fl	Triglicéridos	170 mg/ dl
HCM (hemoglobina corpuscular media)	29 pg	TSH	10.5 UI/L
CPK	285 UI/ l	T4 Libre	0.75 ng/dl
TGO	30 UI/ l	T3	60 ng/dl
TGP	40 UI/l	T3 Libre	130 pg/dl
Glucemia	92 mg/dL	T4 total	5 ug/dl
Ac. Antiperoxidasa tiroideos (ATPO)	584 mUI/ml	Tirotglobulina sérica	25 ng/ml
Ac. Antitiroglobulina	130 UI/ml	Paratohormona sérica	32 pg/ml

Resumen de analítica: se observa disminución del hematocrito y hemoglobinemia con respecto al análisis previo, macrocitosis, aumento de la enzima creatinifosfoquinasa, dislipemia mixta con aumento de valores respecto al anterior, aumento de tirotrófina sérica con disminución leve de T4 libre, títulos elevados de anticuerpos antitiroperoxidasa y antitiroglobulina.

✓ **Ecografía doppler de tiroides:**

Hallazgos: Glándula de tamaño conservado. Parénquima difusamente heterogéneo e hipoeicoico, compatible con tiroiditis crónica.

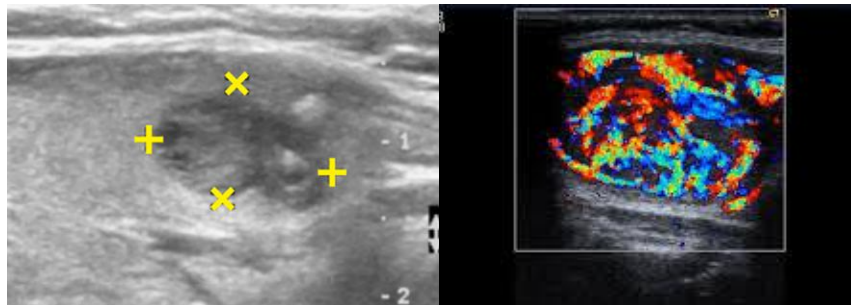
Lóbulo Derecho (LD): Nódulo sólido, de 19 x 12 mm, marcadamente hipoeicoico. Presenta bordes parcialmente lobulados y forma ovalada. Al doppler color se observa vascularización central moderada/severa. No se definen microcalcificaciones.

Lóbulo Izquierdo (LI): Imagen quística de 6 mm con tabiques finos (aspecto esponjiforme). Sugestiva de nódulo coloide.

Impresión diagnóstica:

- Nódulo LD: Categoría ACR TI-RADS 4 (Sospecha moderada).
- Nódulo LI: Categoría ACR TI-RADS 2 (Benigno).

Signos de bocio difuso heterogéneo.



* Imagen obtenida de internet

✓ **Dermatoscopía corporal digital:**

Antecedentes familiares: no presenta.

Riesgo para Melanoma: Rigel- 0; Kraemer- A.

Fenotipo cutáneo: 2.

Exposición solar: Antecedentes de exposición al sol de carácter intermitente moderada con episodios de quemaduras. Actualmente utiliza filtros solares con regularidad.

Exploración física cutánea: La paciente presenta múltiples lesiones melanocíticas localizadas en tronco, extremidades.

Exploración digital: Se obtienen los mapas corporales para la localización de todas las lesiones melanocíticas de la paciente y la detección de cambios o aparición de nuevos elementos.

El estudio con microscopía de epiluminiscencia digitalizada muestra en el análisis de patrones los siguientes hallazgos:

1. Elementos con un patrón simétrico de tipo reticulado.
2. Lesiones con patrón mixto retículo-globular simétrico sin signos de atipia en este momento.
3. Lesiones melanocíticas con patrón globular compatible con nevus compuestos y dérmicos en algunos casos con patrón de tipo congénito sin atipia en el momento de la exploración.
4. Lesiones focales con patrón pseudoreticulado típico de la zona sin signos de malignidad.
5. Lesiones pigmentadas con patrón reticulado delicado compatibles con léntigos solares en áreas fotoexpuestas.

CONCLUSIÓN:

Síndrome del nevo con atipia. No se observan lesiones sospechosas de malignidad.



PREGUNTAS GUÍAS:

- Discutir en la tutoría, el cierre de la consulta anterior acerca del encuadre que realiza Hernán de la relación médico-paciente y las negativas de estudio, indicaciones y demandas realizadas.
- ¿Cómo interpreta los síntomas relatados por Ma. del Pilar?
- ¿Cómo establece el diagnóstico de síndrome de intestino irritable? Revise criterios diagnósticos e indicaciones terapéuticas.
- ¿Qué banderas rojas (“red flags”) o signos de alarma deben pesquisarse en pacientes con dispepsia, epigastralgia, pirosis o reflujo gastroesofágico?
- Elabore brevemente en la tutoría, un escenario clínico cuyos síntomas, signos, antecedentes y factores de riesgo orienten a la sospecha de un cáncer de esófago y de un cáncer de estómago.
- ¿Qué metodología de estudio propondría a Ma. del Pilar? ¿Qué rol presenta el *Helicobacter pylori*, y cuáles son los métodos de detección y conducta a adoptar?
- ¿Cómo interpreta los hallazgos de los exámenes complementarios –dermatoscopia, análisis de sangre y sus hallazgos patológicos – ecografía doppler de tiroides?
- ¿Qué determinaciones estima útiles y suficientes para establecer la función tiroidea, y la causa de la misma? ¿Qué variables de las solicitadas se podrían prescindir para un uso más racional de los recursos?
- Revisar clasificación y causas de hipotiroidismo. ¿Qué es el hipotiroidismo subclínico? ¿Qué preguntas dirigidas formularía para pesquisar los síntomas de hipotiroidismo? ¿Qué hallazgos de laboratorio pueden explicarse por la presencia de hipotiroidismo? ¿Qué decisiones terapéuticas tomaría respecto al tratamiento de reemplazo hormonal?
- Revisar la epidemiología, las características y la metodología de estudio de nódulos de tiroides. Identificar los factores de riesgo epidemiológico y ecográficos para cáncer de tiroides. Establecer las indicaciones de punción aspirativa con aguja fina (PAAF) de los nódulos tiroideos e interpretar los hallazgos del examen anátomo-patológico. Conocer la categorización de Bethesda.

CONTINUACIÓN DEL CASO:

Hernán le propone la realización de una video-endoscopia digestiva alta (VEDA), Pilar se niega rotundamente a la misma. Le solicita una ecografía abdominal y un examen de sangre oculta de materia fecal.

Además, considerando las características ecográficas del nódulo del lóbulo tiroideo derecho (TI-RADS 4), se indica una punción aspiración con aguja fina (PAAF) dirigida por ecografía, para examen anátomo-patológico, previo control de análisis de coagulación.

Interpreta, la función tiroidea como hipotiroidismo debido a tiroiditis de Hashimoto. Realiza un interrogatorio dirigido a síntomas de hipotiroidismo, en el cual Ma. del Pilar sólo refiere una leve astenia, y sequedad de la piel, sin otros síntomas ni signos atribuibles.

Se le indica a la paciente medidas higiénico-dietéticas (fraccionamiento de comidas, evitar tabaco y decúbito postprandial inmediato, elevación de la cabecera de la cama), asociado a un tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones (IBP), pantoprazol 40 mg/día 1 comprimido en ayuno. Además, le indica levotiroxina 50 mcg/día en ayuno 1 hora antes de desayunar. Se instruye a la paciente separar la toma de levotiroxina y pantoprazol por al menos 60 minutos para evitar interacción en la absorción.

NUEVA CONSULTA:

Retorna al mes, refiere franca mejoría de los síntomas de pirosis, dispepsia y epigastralgia, adecuada tolerancia y adherencia al tratamiento.

Trae los exámenes complementarios solicitados:

- ✓ **Ecografía abdominal:** Hígado de tamaño normal, estructura uniforme (parénquima homogéneo), bordes lisos y contornos bien definidos. No se observan lesiones ni dilatación de las vías biliares intrahepáticas. Vesícula biliar de paredes finas, 2 mm, contenido anecoico, sin cálculos ni barro biliar. Páncreas de tamaño y ecogenicidad habitual. No se identifican masas ni otras lesiones. Bazo de tamaño conservado, diámetro longitudinal 10 cm. Riñones de situación y morfología normales, imagen compatible con quiste simple cortical polo superior del riñón derecho de 1,5 cm de diámetro. Sin dilatación del sistema colector, ni cálculos. Vejiga de paredes lisas y regulares. Aorta y vena cava inferior de calibre normal, sin dilataciones.



* Imagen obtenida de Internet

- ✓ **Sangre oculta en materia fecal:** negativa.
- ✓ **Anatomía patológica de PAAF nódulo tiroideo:** “Informe citopatológico: extendidos constituidos por fondo coloide y grupos de células foliculares típicas en monocapa. Ausencia de atipias nucleares, hendiduras o pseudoinclusiones. Categorización: sistema BETHESDA II (benigno). Compatible con nódulo coloide”.

Seguimiento:

- Control clínico y de laboratorio (TSH, T4L, perfil lipídico) en 8 semanas para ajuste de dosis de levotiroxina si fuera necesario.
- Ecografía de tiroides de control en 12 meses (salvo cambios palpatorios).
- Pautas de alarma: reconsultar ante disfagia progresiva, vómitos, pérdida de peso o melena.



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 28: ARTRITIS. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO. ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS.

Autores: Mariana Lagrutta¹, Felipe Lancha², Henrique Brutscher²

¹Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

²Ayudantes de Cátedra Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

OBJETIVOS:

- Reconocer y caracterizar un síndrome articular inflamatorio, diferenciando clínicamente dolor mecánico de dolor inflamatorio y clasificando el cuadro según su evolución (agudo, subagudo o crónico).
- Clasificar las artritis según número de articulaciones y patrón de distribución (monoartritis, oligoartritis y poliartritis), analizando simetría, compromiso de pequeñas versus grandes articulaciones y afectación axial o periférica, y su valor diagnóstico.
- Elaborar diagnósticos diferenciales jerarquizados de poliartritis, integrando gravedad, probabilidad y datos clínicos sistémicos (cutáneos, vasculares, hematológicos y constitucionales).
- Identificar signos de alarma que orienten a artritis séptica.
- Reconocer situaciones clínicas que orienten hacia:
 - Enfermedades autoinmunes sistémicas
 - Artritis séptica
 - Artritis reactiva
 - Poliartritis viral
 - Artritis metabólica

- Seleccionar racionalmente estudios complementarios, incluyendo laboratorio inmunológico, comprendiendo los conceptos de sensibilidad, especificidad y valor predictivo.
- Incorporar una mirada de medicina personalizada, considerando antecedentes familiares, contexto psicosocial y factores de riesgo individuales.

Consulta por poliartralgias y astenia:

En las Unidades Temáticas 26 y 27, analizamos las consultas de María del Pilar. En esta oportunidad recibimos a su hija, Milagros (22 años), estudiante de abogacía, quien convive con sus padres.

En este contexto adquiere relevancia la revisión de los antecedentes familiares, particularmente la presencia de enfermedad tiroidea autoinmune en la madre (tiroiditis de Hashimoto).

CASO CLÍNICO:

Motivo de consulta: poliartralgias y astenia.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Consulta por cuadro de poliartralgia de aproximadamente ocho semanas de evolución. Refiere que el inicio fue insidioso, comenzando con dolor en ambas muñecas, de predominio matinal, que en un primer momento atribuyó al uso prolongado de teclado y mouse de la computadora. En el transcurso de las semanas el dolor se extendió progresivamente a articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales de ambas manos. Describe el dolor como profundo, persistente, de intensidad moderada, con exacerbación al despertar y mejoría parcial luego de movilizar las manos durante la mañana. Refiere rigidez matinal de aproximadamente 40 minutos, que cede gradualmente con la actividad.

En las últimas tres semanas nota tumefacción progresiva en muñecas y dedos, con dificultad para realizar tareas finas como abotonarse la ropa, sostener objetos pequeños o escribir durante períodos prolongados. Niega episodios de bloqueo articular.

Refiere sensación de cansancio no habitual y disminución del rendimiento académico en las últimas semanas.

Ha registrado temperaturas axilares entre 37,5 °C y 37,7 °C en forma intermitente, sin escalofríos ni sudoración nocturna.

El cuadro no ha presentado períodos de remisión completa desde su inicio.

Niega dolor lumbar de características inflamatorias, talalgias, dolor en rodillas o tobillos, o compromiso axial.

Niega traumatismos previos, viajes recientes o infecciones respiratorias, gastrointestinales o genitourinarias en los meses previos al inicio del cuadro.

No ha recibido antibióticos ni corticoides recientemente.

Preguntas guías para caracterización del cuadro:

- ¿La duración del cuadro de 8 semanas hacia que patologías orienta?
- ¿Cómo clasificaría este cuadro según tiempo de evolución?
- ¿Existen períodos de remisión completa?
- ¿Qué datos del interrogatorio orientan a inflamación?
- ¿Cómo interpreta la rigidez matinal?
- ¿La febrícula modifica la jerarquización diagnóstica?

Preguntas guía para orientar diagnóstico diferencial:

Sobre características del dolor:

- ¿El dolor mejora con el movimiento o con el reposo?
- ¿Despierta por dolor durante la noche?
- ¿Existe limitación funcional asociada al dolor?

Sobre síntomas sistémicos:

- ¿Ha presentado úlceras orales?
- ¿Rash cutáneo?
- ¿Pérdida de peso involuntaria?
- ¿Artritis previas autolimitadas?

Antecedentes familiares:

- ¿Psoriasis?
- ¿Lupus?
- ¿Artritis reumatoidea?
- ¿Otra enfermedad autoinmune?

Contexto infeccioso:

- ¿Síntomas genitourinarios recientes?
- ¿Nuevas parejas sexuales?
- ¿Viajes recientes?
- ¿Contacto con personas con infecciones virales?
- ¿Vacunaciones recientes?

Antecedentes:

- Antecedentes personales patológicos:

La paciente refiere antecedente de vitíligo diagnosticado durante la adolescencia, actualmente con máculas acrómicas estables, sin progresión reciente ni tratamiento activo.

Niega antecedentes de enfermedades reumatológicas previas, episodios de monoartritis aguda o cuadros articulares autolimitados.

Niega diagnóstico de diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, hepatopatía, infecciones crónicas o tratamiento inmunosupresor previo.

Niega cirugías articulares o procedimientos invasivos recientes.

Niega alergias medicamentosas conocidas.

- Antecedentes heredofamiliares:

Madre de 54 años con antecedente de tiroiditis de Hashimoto y dislipidemia en tratamiento. Niega antecedentes familiares conocidos de artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, psoriasis u otras enfermedades autoinmunes sistémicas.

- Antecedentes gineco-obstétricos:

Menarca a los 12 años. Ciclos menstruales regulares (28/4). Nuligesta. Utiliza anticoncepción hormonal oral combinada (etinilestradiol 30 mcg + levonorgestrel 150 mcg) desde hace aproximadamente 4 años.

Hábitos y exposiciones:

Refiere consumo ocasional de alcohol los fines de semana, sin patrón de abuso. Niega tabaquismo actual o previo. Niega uso de sustancias psicoactivas o drogas por vía endovenosa. No utiliza medicación habitual fuera del anticonceptivo oral combinado. Describe alteración del patrón de sueño en los últimos meses, con dificultad para conciliar el sueño y despertares frecuentes, en el contexto de una situación de alta exigencia emocional vinculada a una ruptura de pareja y período de exámenes finales.

Epidemiológico/infeccioso:

Refiere haber mantenido relaciones sexuales ocasionales en los últimos 6 meses. Utiliza anticoncepción hormonal oral, y refiere uso no sistemático de preservativo. Niega antecedentes recientes de infecciones gastrointestinales, uretritis, cervicitis, flujo vaginal patológico o síndrome febril previo al inicio del cuadro articular. Niega viajes recientes a zonas endémicas ni contacto con personas con enfermedades infecciosas conocidas.

Aspectos psicosociales:

El inicio del cuadro articular coincide temporalmente con eventos vitales significativos, incluyendo una ruptura de pareja y un período académico de alta exigencia. Refiere antecedente de crisis de ansiedad durante su primer examen final universitario, sin tratamiento psiquiátrico posterior.

Anamnesis dirigida por aparato:

- **Piel y faneras:** refiere aumento de la caída de cabello en el último mes, sin áreas de alopecia cicatricial. Relata episodio reciente de eritema facial posterior a exposición solar, autolimitado. Niega úlceras orales o nasales.
- **Vascular periférico:** describe episodios de cambios trifásicos en los dedos de las manos desencadenados por exposición al frío, consistentes en palidez seguida de cianosis, y posterior eritema, acompañados de parestesias, de aproximadamente un mes de evolución, compatibles con fenómeno de Raynaud.

- **Osteoarticular:** más allá de la enfermedad actual, niega dolor lumbar de características inflamatorias, talalgias, entesitis o antecedentes de traumatismo reciente.
- **Glandular:** niega xeroftalmía, xerostomía o aumento de volumen glandular.
- **Respiratorio/cardiovascular:** Niega disnea, dolor pleurítico, tos o palpitaciones.
- **Renal:** niega disuria, polaquiuria, hematuria macroscópica u orina espumosa.

PREGUNTAS GUÍAS A TENER EN CUENTA PARA REALIZAR EXAMEN FÍSICO:

- **Diferenciar artralgia de artritis**
¿Qué signos deben buscarse para confirmar la presencia de artritis?
¿La paciente presenta únicamente dolor o existe tumefacción objetiva?
¿Se evidencia aumento de temperatura local o derrame articular?
- **Caracterización del compromiso articular**
¿Cómo realizaría un examen articular completo?
¿Cómo evaluaría el rango de movilidad activa y pasiva?
¿Cómo diferenciar compromiso articular, de compromiso periarticular? ¿Qué significado tiene la limitación de la movilidad activa con movilidad pasiva conservada? ¿Qué orienta la limitación tanto activa como pasiva?
- **Distribución y patrón**
¿Cuántas articulaciones están comprometidas?
¿El patrón es simétrico o asimétrico?
¿Predominan articulaciones pequeñas o grandes?
¿Existe compromiso axial o periférico?
¿Qué importancia tiene la ausencia de compromiso de las articulaciones interfalángicas distales?
- **Integración diagnóstica**
¿Qué diagnósticos diferenciales se plantean?
¿Qué hallazgos del examen físico extraarticular orientarían hacia cada una de las posibles etiologías?

EXAMEN FÍSICO

Inspección general: Paciente lúcida, orientada en tiempo y espacio. buen estado general. Durante la entrevista se muestra angustiada, con labilidad afectiva.

Signos vitales y antropometría: frecuencia cardiaca: 89 lpm (regular, pulsos simétricos) | frecuencia respiratoria: 15 rpm (eupneica) | temperatura: 37.3°C (axilar) | presión arterial: 110/70 mmHg. Peso: 58 kg. Talla: 165 cm. Índice de masa corporal (IMC): 21,3 kg/m².

Piel, mucosas y faneras:

Piel: palidez cutáneo-mucosa leve. Sin ictericia. Máculas acrómicas de bordes irregulares compatibles con vitíligo en codos y rodillas. No se observan petequias ni equimosis.

Faneras: cabello fino, alopecia difusa no cicatrizal.

Mucosas: húmedas. No se evidencian úlceras en mucosa yugal ni en paladar duro/blando.

Sistema osteoarticular:

Inspección:

- **Tumefacción:** se observa tumefacción bilateral en muñecas y articulaciones metacarpofalángicas (MCF) e interfalángicas proximales (IFP) a nivel de 2do, 3er, 4to y 5to dedo de ambas manos (las manos se ven con pérdida del relieve normal de los huesos y tendones). Articulaciones interfalángicas distales respetadas. Sin deformidades estructurales.
- **Simetría:** afecta a ambas manos por igual.
- **Manifestaciones asociadas:** sin lesiones cutáneas asociadas en superficies extensoras ni alteraciones ungueales.



Palpación:

Aumento de temperatura local leve en muñecas.
Dolor a la palpación en articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales bilaterales, coincidiendo con las articulaciones tumefactas.
Leve aumento de partes blandas periarticulares.
Prueba de compresión metacarpofalángica (“squeeze test”) positiva bilateral.

No se evidencia derrame franco en rodillas ni en otras articulaciones.



* Prueba de compresión metacarpofalángica. Imagen obtenida de internet.

- **Movilidad articular:**

Limitación leve a moderada de la movilidad activa y pasiva en muñecas y articulaciones metacarpofalángicas por dolor.

Fuerza de prensión disminuida bilateralmente por dolor.

Sin limitación de movilidad en hombros, codos, rodillas, tobillos ni columna vertebral.

No se evidencian deformidades reducibles, ni desviación cubital.

- **Evaluación de entesis:**

Se realiza palpación dirigida de entesis periféricas (tendón de Aquiles, inserción rotuliana, epicóndilos humerales y fascia plantar), sin dolor ni signos inflamatorios locales.

- **Examen axial:**

Columna cervical y lumbar con movilidad conservada. Pruebas de flexión y extensión conservadas sin dolor significativo. Sin dolor a la compresión sacroilíaca.

Sistema linfoganglionar: se palpan microadenopatías (< 1cm) cervicales posteriores y axilares, móviles, indoloras, y de consistencia blanda. No se palpan adenomegalias patológicas.

Cardiovascular: ruidos normofonéticos. No se auscultan soplos ni frotos pericárdicos.

Respiratorio: murmullo vesicular conservado bilateralmente. Sin ruidos agregados. Expansión de bases conservada.

Torax: espinopalpación negativa. Sin alteraciones en la flexo-extensión.

Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible e indoloro a la palpación superficial y profunda. No se palpa hepatomegalia ni esplenomegalia.

Examen neurológico: fuerza conservada globalmente. Sensibilidad preservada. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos.

PREGUNTAS GUÍAS:

- **Construir la representación problemática de esta paciente. Redacten el problema representativo en una sola frase.**

Ejemplo de posible problema representativo:

Mujer joven con poliartritis inflamatoria subaguda, simétrica, de predominio en pequeñas articulaciones de manos, asociada a febrícula y astenia, sin antecedentes infecciosos recientes ni factores de riesgo evidentes para artritis séptica

- ¿Qué diagnósticos se activan automáticamente en su memoria con esta representación?
- ¿Qué diagnósticos no pueden omitirse, aunque sean menos probables?
- ¿Cuáles son las causas más frecuentes de poliartritis inflamatoria en este grupo etario?

Analizar escenarios clínicos alternativos que podrían sugerir los siguientes diagnósticos diferenciales, caracterizando en cada caso grupo etario, antecedentes relevantes, tiempo de evolución, manifestaciones articulares y compromiso sistémico o extraarticular.

- ✓ Artritis séptica
- ✓ Artritis gonocócica
- ✓ Poliartritis viral
- ✓ Artritis reactiva
- ✓ Artritis por cristales
- ✓ Artritis reumatoidea
- ✓ Lupus eritematoso sistémico
- ✓ Artritis psoriásica
- ✓ Otras enfermedades autoinmunes sistémicas

Para cada hipótesis planteada:

- ¿Qué datos del caso la apoyan?
- ¿Qué datos la contradicen?
- ¿Qué hallazgo clínico adicional la fortalecería?
- ¿Qué hallazgo clínico o de laboratorio la haría menos probable?

Preguntas guía previas a solicitar estudios

- ¿Qué hipótesis quiero confirmar o descartar?
- ¿Qué hipótesis necesito descartar primero por gravedad?
- ¿Qué estudios modificarán mi conducta?

Ejemplos:

- **Escenario alternativo 1:** la paciente tiene cuadro de poliartritis de articulaciones interfalángicas proximales y distales de ambas manos, asimétrica (3er interfalángicas proximales derechas, interfalángicas distales 2do y 3er mano derecha y 4to y 5to dedo mano izquierda), de 10 semanas de evolución, intermitente. Escasa rigidez matinal. Al examen físico observo las siguientes lesiones cutáneas:



¿Cómo se modifican mis hipótesis diagnósticas?

- **Escenario alternativo 2:** Paciente varón de 58 años de edad con cuadro de oligoartritis recurrente de inicio súbito que compromete tobillo derecho y rodilla izquierda. Presentó episodio previo similar hace 2 años con compromiso de primer dedo de pie derecho autolimitado.

¿Cómo se modifican mis hipótesis diagnósticas?

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: (Se solicita)

Laboratorio General:

- Hemograma completo con recuento de plaquetas
- Velocidad de eritrosedimentación (VES)
- Proteína C Reactiva (PCR) cuantitativa
- Glucemia

- Uremia, creatininemia
- Hepatograma completo
- Tirotrófina sérica (TSH)
- Orina Completa (sedimento e índice proteína/creatinina en orina aislada)

Serologías virales: ¿Está clínicamente justificado solicitar estas determinaciones en esta primera consulta? En caso afirmativo, que serologías considera conveniente solicitar en este caso:

- HIV
- Hepatitis B (HBsAg, Anti-HBc)
- Hepatitis C (Anti-HCV)
- VDRL
- Parvovirus B19 (IgM/IgG).

Imágenes: ¿Solicitaría estudios por imágenes en la primera consulta? ¿Cuales? ¿Por qué?

- Radiografía de tórax (frente y perfil).
 - Radiografía de ambas manos y muñecas (frente y oblicua).
 - Radiografía de ambos pies (frente y oblicua).
- ¿Qué espera encontrar en las radiografías en esta etapa evolutiva?
- ¿Solicitaría ecografía articular? ¿Otro estudio por imágenes?

Autoanticuerpos: ¿Solicitaría autoanticuerpos en la primera consulta? ¿Por qué?

Laboratorio Inmunológico: (ejercicio de selección)

Usted debe confeccionar la orden médica para el perfil de autoanticuerpos. De la siguiente lista de determinaciones disponibles, seleccione únicamente aquellas que considere indicadas en esta primera consulta para orientar el diagnóstico, y justifique brevemente su elección.

Anticuerpo / Determinación	Solicito (X)	Justificación:
Factor reumatoideo (FR)		
Ac Anti-CCP (Péptido Citrulinado)		
FAN (ANA)		

Ac Anti-DNA Nativo		
Ac Anti-Smith (Sm)		
Ac Anti-Ro / Anti-La		
Ac Anti-RNP		
Complemento (C3, C4, CH 50)		
Ac Anti-SCL 70		
ANCA (p-ANCA / c-ANCA)		

Preguntas guía:

- ¿Qué significa que un anticuerpo sea sensible para una determinada enfermedad? ¿Y que sea específico?

Por ejemplo: en caso de lupus eritematoso sistémico, investigue y conozca la especificidad y sensibilidad de los autoanticuerpos útiles en el proceso diagnóstico.

PLAN TERAPÉUTICO:

Considerar consulta especializada con reumatología/especialista en autoinmunidad.

Debido a que la paciente presenta un síndrome articular inflamatorio subagudo sin criterios clínicos de gravedad actual ni sospecha inmediata de artritis séptica, se adopta conducta expectante con tratamiento sintomático y reevaluación precoz.

Medidas generales

- Reposo relativo, evitando sobrecarga articular.
- Fotoprotección (ante antecedente de eritema tras exposición solar).

Tratamiento farmacológico

- AINE a dosis antiinflamatoria (por ejemplo, naproxeno 500 mg cada 12 horas), según tolerancia y perfil individual de riesgo.
- Evaluar necesidad de protección gástrica según factores de riesgo gastrointestinal.

Evaluar:

- ¿Está justificado iniciar corticoides en esta primera consulta?
- ¿Qué riesgos implica su uso?
- ¿En qué escenario considerarían su indicación?

Se acuerda control clínico en una semana con resultados de laboratorio.

Pautas de alarma

Se instruye consultar en forma inmediata ante:

- Fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Empeoramiento marcado del dolor o aparición de monoartritis aguda
- Dolor torácico o disnea
- Edemas o disminución del volumen urinario
- Orina oscura
- Intolerancia digestiva severa



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 29: ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. SEROSITIS. ENFERMEDADES DEL PERICARDIO.

Autores: Mariana Lagrutta¹, Felipe Lancha², Henrique Brutscher²

¹Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

²Ayudantes de Cátedra Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

OBJETIVOS:

- Identificar manifestaciones clínicas sugestivas de enfermedades autoinmunes sistémicas, particularmente lupus eritematoso sistémico (LES).
- Integrar datos clínicos y de laboratorio para realizar una aproximación diagnóstica razonada.
- Reconocer manifestaciones de compromiso seroso y evaluar su gravedad en el contexto de enfermedad sistémica.
- Interpretar estudios inmunológicos básicos en el contexto clínico.
- Identificar criterios clínicos que orienten a internación, derivación o evaluación multidisciplinaria.
- Planificar una estrategia terapéutica inicial acorde al nivel de actividad y reconocer signos de alarma de compromiso vital.

CASO CLÍNICO:

Recordatorio: En la Unidad Temática precedente se presentó a la paciente Milagros, de 22 años, quien acudió a la consulta por un cuadro clínico de 8 semanas de evolución caracterizado por poliartritis simétrica de predominio en pequeñas articulaciones de manos y muñecas, acompañada de rigidez matinal. Al interrogatorio dirigido, se relevaron manifestaciones extraarticulares como fotosensibilidad, alopecia difusa no cicatrizal y fenómeno de Raynaud, en una paciente con antecedentes de vitiligo y carga heredofamiliar materna de autoinmunidad (tiroiditis de Hashimoto).

En dicha instancia, se constató un buen estado general y se indicó tratamiento sintomático inicial con AINEs (Naproxeno) y medidas de fotoprotección. Asimismo, se solicitó laboratorio general, serologías virales y un perfil inmunológico específico para orientar el diagnóstico.

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor torácico y evaluación de exámenes complementarios solicitados.

ENFERMEDAD ACTUAL: La paciente concurre a la consulta de seguimiento a los 15 días de iniciado el tratamiento con naproxeno. Al ser interrogada sobre la evolución del cuadro articular, refiere una mejoría parcial: la intensidad del dolor ha disminuido y la rigidez matinal persiste, aunque de menor duración comparado con la primera consulta. Si bien presenta mejoría del dolor, persiste tumefacción y limitación funcional.

Simultáneamente, relata la persistencia de astenia, la cual describe como una falta de energía constante que le dificulta retomar su ritmo habitual de estudio. La paciente expresa dudas respecto al origen de la astenia, planteando si podría estar vinculada a un proceso orgánico subyacente o al contexto psicoemocional reciente, refiriéndose a la ruptura de pareja y exámenes reprobados.

El motivo que precipita esta consulta es la aparición de dolor torácico de 48 horas de evolución, de localización retroesternal y precordial, de carácter punzante, intensidad moderada, que se exacerba con la inspiración profunda, la tos y los cambios posturales. Refiere empeoramiento en decúbito dorsal y alivio al adoptar posición sentada con inclinación anterior del tronco. Se acompaña de sensación febril vespertina, con registros domiciliarios de hasta 37,7 °C en los últimos dos días. Niega disnea de esfuerzo, palpitaciones o sudoración profusa.

PREGUNTAS GUÍAS:

- *¿Cómo se integra el antecedente reciente de poliartritis inflamatoria en la interpretación del dolor torácico actual? ¿Modifica su sospecha etiológica y la conducta inicial?*
- *¿Existen factores ambientales o inmunológicos capaces de precipitar la expresión clínica de una enfermedad autoinmune previamente latente? ¿Cómo se integran los factores psicoemocionales dentro de este modelo fisiopatológico?*
- *¿Qué diagnósticos deben descartarse de manera inmediata ante la presencia de dolor torácico en una mujer joven?*

- *¿Qué características del dolor orientan a origen pericárdico?*
- *¿Qué elementos clínicos permiten distinguir dolor pericárdico de dolor isquémico?*
- *¿Considerando los datos obtenidos de la anamnesis, analice si detectan elementos clínicos que obliguen a evaluación urgente o monitorización hospitalaria?*

EXAMEN FÍSICO:

Impresión General: Paciente lúcida, orientada. Mantiene un buen estado general, aunque se observa facies de dolor leve al solicitarle una inspiración profunda. Adopta espontáneamente una postura sentada con leve inclinación anterior.

Signos Vitales: PA: 110/70 mmHg, FC: 102 lpm, FR: 22 rpm, Temperatura: 37.6°C (Axilar), Saturación O2: 98% (aire ambiente).

Cabeza y Cuello: Mucosas húmedas. Palidez cutáneo-mucosa leve. Sin lesiones cutáneas activas al momento del examen. No se observa eritema malar rostro actualmente. Alopecia difusa con cabello levemente quebradizo. Cuello sin ingurgitación yugular. No se palpan adenopatías. Tiroides no palpable.

Aparato Respiratorio: Buena entrada de aire bilateral. Murmullo vesicular conservado. No se auscultan rales ni frotos pleurales.

Aparato Cardiovascular: Ritmo regular. Taquicardia. Ruidos cardíacos levemente hipofonéticos. Sin soplos. Sin R3 ni R4. Se ausculta frote pericárdico de tonalidad áspera, superficial, con componente sistólico y diastólico, audible en borde paraesternal izquierdo, que persiste durante la apnea.

Abdomen: Blando, depresible e indoloro. No se palpa hepatomegalia ni esplenomegalia.

Sistema Osteoarticular: A la evaluación articular, persisten manifestaciones de sinovitis similares a la consulta previa con leve mejoría. Sin otras articulaciones involucradas.

PREGUNTAS GUÍA

- *¿Existen signos clínicos de inestabilidad hemodinámica?*
- *¿Qué parámetros del examen físico sugieren taponamiento cardíaco?*
- *¿Qué criterios clínicos obligan a evaluación en guardia?*
- *¿Qué hallazgos indicarían internación?*
- *¿Qué situaciones requerirían derivación a unidad de cuidados críticos?*

La paciente trae los resultados de exámenes complementarios (de la consulta anterior):

Laboratorio General:

Hemoglobina	11.5 g/dL
Hematocrito	36 %
VCM	82 fl
HCM	32.2 pg
Glóbulos blancos	3.100/mm³. Fórmula: Neutrófilos 65%, Linfocitos 12%
Plaquetas	272.000/mm ³
Glicemia	88 mg/dl
Urea	38 mg/dl
Creatinina	0,9 mg/dl
Sodio (mEq/l)	134 mEq/l
Potasio (mEq/l)	4.11 mEq/l
Cloro (mEq/l)	103 mEq/l
Bilirrubina total (mg/dL)	0.3 mg/dl
TGO (UI/L)	15 UI/L
TGP (UI/L)	8 UI/L
FAL (UI/L)	110 UI/L
Velocidad de eritrosedimentación (VES)	81 mm/1° hora
Proteína C Reactiva (PCR)	56 mg/L
TSH	2,5 UI/L
Orina	1018. pH 6, Índice proteína/creatinina: 280 mg/gramo de creatinina. Sedimento escasas células y escasos leucocitos. Sin sedimento activo.

- **Laboratorio Inmunológico:**

FAN (ANA): POSITIVO. Título 1/320. Patrón Nuclear Moteado.

Complemento C3: 65 mg/dL (Disminuido).

Complemento C4: 9 mg/dL (Disminuido).

Factor Reumatoideo: Negativo.

Anti-CCP: Negativo.

- **Serologías:**

HIV (ELISA): No reactivo.

VDRL: No reactivo.

PREGUNTAS GUÍAS:

- *¿Qué hallazgos clínicos y de laboratorio apoyan la sospecha de una enfermedad autoinmune sistémica activa en esta paciente?*
- *Identifique los dominios comprometidos (constitucional, articular, seroso, hematológico, inmunológico). ¿Cómo contribuye esta integración al diagnóstico?*
- *¿Qué utilidad clínica tiene el FAN como estudio inicial en este contexto? ¿Qué limitaciones presenta en términos de especificidad?*
- *¿Qué relevancia tiene la hipocomplementemia (C3 y C4 bajos) en la interpretación del cuadro clínico?*
- *¿Cuál es el diagnóstico más probable en esta etapa? ¿Considera necesaria la interconsulta con otros especialistas?*
- *Analizar el caso a la luz de los criterios clasificatorios vigentes para lupus eritematoso sistémico. ¿Cumple criterios? Fundamente*

El siguiente link muestra la tabla de criterios clasificatorios EULAR/ACR 2019 para comprender cómo se estructuran los dominios clínicos e inmunológicos en la clasificación de LES. Recuerde que estos criterios se utilizan para estandarizar pacientes en investigación, más que para reemplazar el razonamiento clínico.

[Table: Criterios EULAR/ACR para la clasificación del lupus eritematoso sistémico\[a\]-Manual MSD versión para profesionales](https://www.msmanuals.com/es/professional/multimedia/table/criterios-eularacr-para-la-clasificaci%C3%B3n-del-lupus-eritematoso-sist%C3%A9mico?utm_source=google&utm_medium=organic&utm_campaign=Search&utm_term=criterios+eular+acr+para+la+clasificaci%C3%B3n+del+lupus+eritematoso+sist%C3%A9mico)

https://www.msmanuals.com/es/professional/multimedia/table/criterios-eularacr-para-la-clasificaci%C3%B3n-del-lupus-eritematoso-sist%C3%A9mico?utm_source=google&utm_medium=organic&utm_campaign=Search&utm_term=criterios+eular+acr+para+la+clasificaci%C3%B3n+del+lupus+eritematoso+sist%C3%A9mico

RESULTADOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (Consulta actual)

- **Radiografía de Tórax (frente y perfil):** Sin particularidades.
- **Electrocardiograma (ECG):**

Ritmo: sinusal.

Frecuencia cardíaca: Taquicardia sinusal (105 lpm).

Eje: Normal.

Intervalos: PR y QRS dentro de límites normales.

Elevación difusa del segmento ST con morfología cóncava hacia arriba en múltiples derivaciones (DI, DII, DIII, aVF y precordiales izquierdas V4–V6).

Depresión del segmento PR en las mismas derivaciones donde se observa elevación del ST.

No se observan ondas Q patológicas.

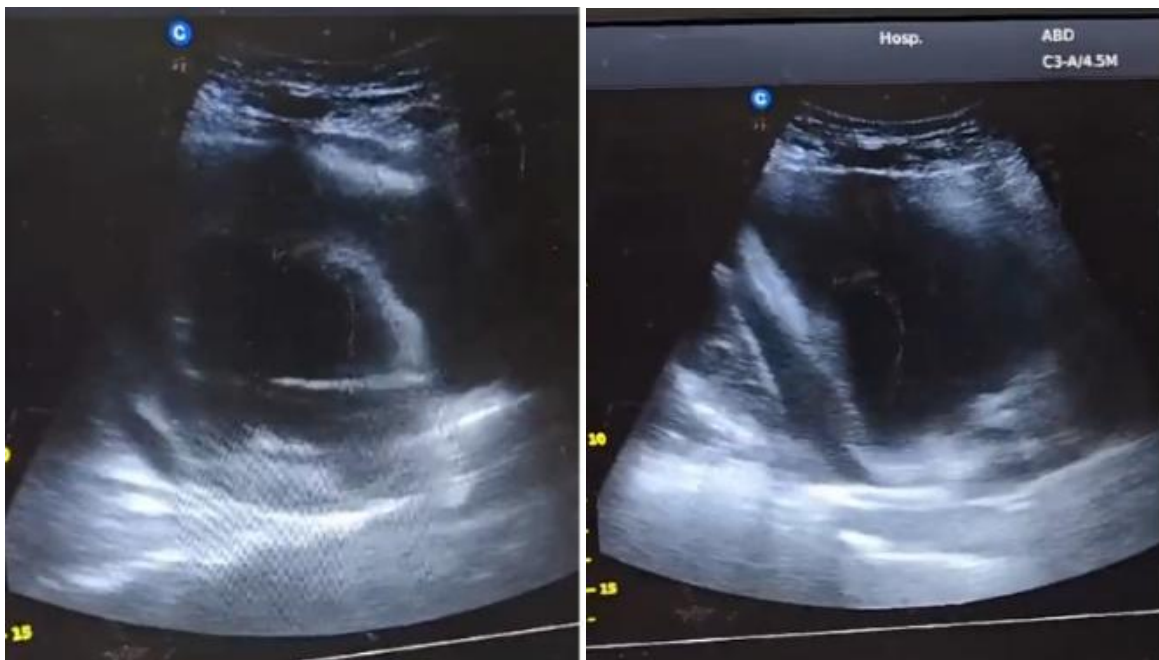
No hay patrón de distribución territorial coronaria.

PREGUNTAS GUÍAS:

- ¿Qué características del segmento ST orientan a pericarditis y no a un síndrome coronario agudo con elevación del ST?
- ¿Qué relevancia tiene la distribución difusa del supradesnivel y la ausencia de territorialidad coronaria?
- ¿Cuál es el valor diagnóstico de la depresión del segmento PR?
- ¿Qué elementos electrocardiográficos permiten diferenciar este trazado de un infarto agudo de miocardio?
- ¿Qué estudios complementarios son prioritarios en este momento para confirmar el diagnóstico y descartar complicaciones?
- En función del ECG y del estado clínico, ¿existen criterios de internación, monitorización hospitalaria o derivación a cuidados críticos?

La paciente es evaluada en guardia médica.

Se realiza ecocardiograma transtorácico: Informa derrame pericárdico leve a moderado, con función ventricular preservada (fracción de eyección 60%). No se describen signos ecocardiográficos de compromiso hemodinámico ni colapso de cavidades derechas.



Ecocardiograma transtorácico (diferentes ventanas)

PREGUNTAS GUÍAS:

- *¿Qué hallazgos definirían compromiso hemodinámico o taponamiento cardíaco?*
- *En este escenario, ¿la paciente requiere internación, seguimiento estrecho ambulatorio o monitorización en unidad de cuidados críticos? Justifique su respuesta.*

CONDUCTA Y TRATAMIENTO INICIAL:

Dada la presencia de pericarditis con derrame pericárdico y evidencia de actividad inmunológica sistémica, se indica internación para evaluación y monitorización inicial.

Se solicita interconsulta con Cardiología y Reumatología/equipo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas para manejo multidisciplinario.

Ante la estabilidad hemodinámica clínica y por ecocardiograma (ausencia de signos de taponamiento pericárdico), se decide internación en sala general con control estrecho.

Se solicita completar laboratorio inmunológico: Anti-DNA nativo, ENA* (Anti -Ro, anti-La, Ant-Sm, Anti-RNP), anticuerpos antifosfolípidos, por presentar FAN (ANA) positivo y manifestaciones clínicas y analíticas muy características de lupus eritematoso sistémico (LES).

***ENA:** antígenos nucleares extraíbles (*Extractable Nuclear Antigens*), son un grupo de proteínas específicas presentes en el núcleo celular que son blanco del sistema inmune, en diferentes enfermedades autoinmunes, incluido el lupus eritematoso sistémico.

Evaluar actividad de la enfermedad:

Se recomienda evaluar actividad de la enfermedad utilizando herramientas validadas (por ejemplo, SLEDAI), integrando:

- Manifestaciones clínicas (serositis, artritis, constitucionales).
- Alteraciones hematológicas.
- Actividad inmunológica (hipocomplementemia).

El siguiente enlace permite estimar la actividad de la enfermedad a partir de variables clínicas y de laboratorio. Aunque contempla parámetros que pueden no estar disponibles en la evaluación inicial (como los títulos de anti-DNA), constituye una herramienta útil para objetivar la actividad inflamatoria incluso antes de contar con todos los estudios inmunológicos.

<https://reference.medscape.com/calculator/335/sledai-2k?utm>

Tratamiento inmunomodulador inicial

Dado el diagnóstico de LES activo por criterios clínicos e inmunológicos (incluso en esta etapa de la evaluación):

a) Corticoterapia sistémica

- Indicación de corticoides sistémicos.

- La dosis debe ajustarse según la severidad clínica y actividad global. En casos de alta actividad o compromiso orgánico significativo, deberá considerarse el pulso de metilprednisolona intravenosa en el contexto de evaluación multidisciplinaria.

b) Hidroxicloroquina

- Inicio de hidroxicloroquina es tratamiento de base ante diagnóstico de LES, salvo contraindicación.

c) Colchicina

Puede considerarse el uso de colchicina como coadyuvante en pericarditis, según evaluación conjunta con servicio de cardiología.

d) AINEs

En la pericarditis de etiología inflamatoria no infecciosa, los AINEs constituyen tratamiento habitual. En este caso, su indicación debe individualizarse en función de la actividad global de la enfermedad y de la estrategia inmunomoduladora adoptada.

Seguimiento y vigilancia

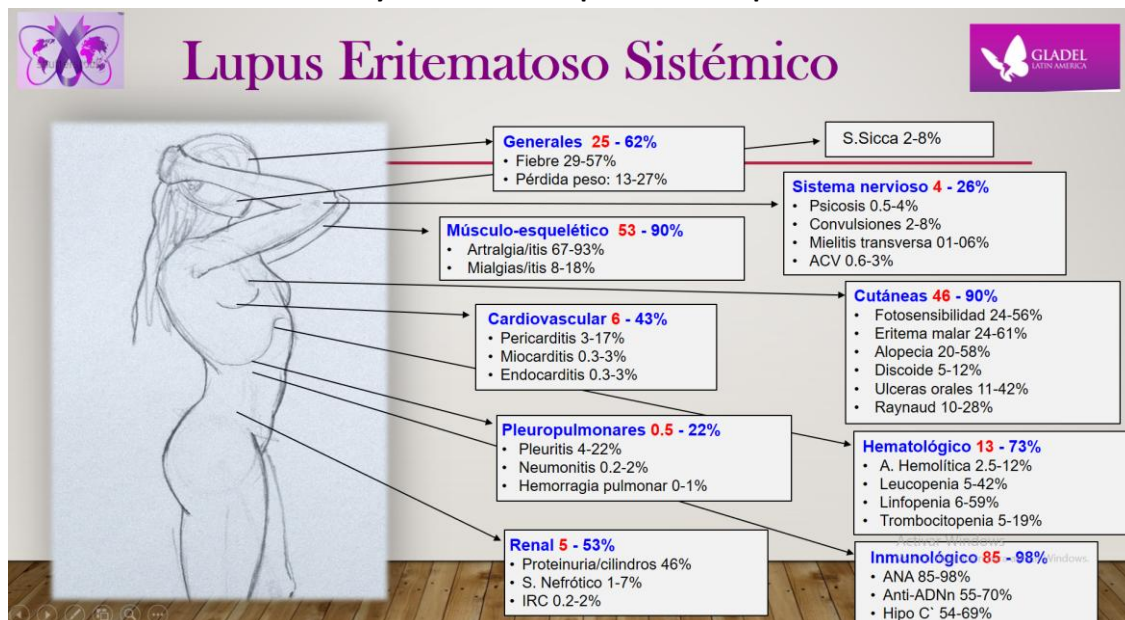
Monitorización clínica y reevaluación diaria de signos de compromiso hemodinámico durante la internación.

Control seriado de laboratorio (hemograma, función renal, complemento).
Seguimiento del sedimento urinario.

Educación de la paciente respecto a signos de alarma.

ANEXOS:

- Manifestaciones y frecuencia de aparición del lupus eritematoso sistémico



- Sensibilidad y especificidad del ANA (FAN) en principales enfermedades autoinmunes sistémicas en las que se detecta



Anticuerpos antinucleares		
	Sensibilidad ANA	Especificidad ANA
LES	93%-99%	57%
Esclerosis Sistémica	85%-97%	54%
Sme de Sjögren	48%-96%	52%
EMTC	93%	
Polimiositis/ dermatomiositis	61%-78%	63%

Activar Windows
Ver la configuración para activar Windows

Colglazier. Laboratory Testing in the Rheumatic Diseases: A Practical Review. Southern Med J 2005; 98: 185-191.



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 30: ARTROSIS. ARTRITIS REUMATOIDEA. EVALUACIÓN NÓDULO PULMONAR. INTERSTICIOPATÍAS PULMONARES.

Autores: Leonel Berbotto¹, Jazmín Morales²

¹Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

²Ayudante de Cátedra Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

OBJETIVOS:

- Integrar datos clínicos, analíticos e imagenológicos en el abordaje del paciente con compromiso articular.
- Diferenciar la artrosis de las artritis inflamatorias, con especial énfasis en la artritis reumatoidea (AR).
- Desarrollar un abordaje diagnóstico sistemático de las monoartritis agudas.
- Indicar, realizar e interpretar la artrocentesis, analizando las características del líquido sinovial en distintos contextos clínicos.
- Interpretar marcadores inmunológicos específicos y su utilidad diagnóstica y pronóstica en las enfermedades reumáticas.
- Realizar un abordaje diagnóstico integral del paciente con disnea, considerando causas respiratorias, cardiovasculares y sistémicas.
- Reconocer y caracterizar la enfermedad pulmonar intersticial asociada a artritis reumatoidea mediante estudios funcionales e imagenológicos.
- Analizar el hallazgo de un nódulo pulmonar solitario, estimar riesgo de malignidad y definir estrategias diagnósticas y terapéuticas iniciales.

CASO CLÍNICO

Lucía es una mujer de 70 años, residente en la localidad de Victoria, provincia de Entre Ríos. Es traída a la consulta con Hernán, médico especialista en Clínica Médica, por su hija María del Pilar, quien manifiesta preocupación debido a que Lucía presenta desde hace años dolores articulares persistentes y teme que “pueda tener algo parecido a lo que tuvo su hija Milagros”, recientemente diagnosticada, en el contexto de una poliartritis, de lupus eritematoso sistémico.

Lucía nació y vivió toda su vida en Victoria, completó estudios primarios y se desempeñó como ama de casa, colaborando ocasionalmente en tareas administrativas del negocio familiar. Convive con su esposo Juan Manuel de 72 años desde que se casaron hace 50 años. Mantiene una autonomía parcial para las actividades de la vida diaria.

Refiere que los dolores articulares comenzaron de forma insidiosa hace aproximadamente seis años, con inicio progresivo y localización inicial en ambas rodillas, hombros y manos. Durante los primeros años, el dolor presentó características predominantemente mecánicas, de curso intermitente y con exacerbación asociada a la actividad física, motivo por el cual consultó en su localidad, donde el cuadro fue interpretado como artrosis relacionada con la edad. En ese contexto, recibió tratamiento sintomático con analgésicos y AINEs, sin realización de estudios complementarios específicos ni seguimiento sistemático posterior.

En los últimos seis meses, describe un cambio en el patrón del dolor articular, con aumento progresivo de la rigidez matinal, inicialmente de 20 a 30 minutos y posteriormente mayor a una hora de duración. Refiere dolor persistente en manos, muñecas y hombros, acompañado de limitación funcional creciente que dificulta actividades de la vida diaria como vestirse, abotonarse la ropa, abrir frascos y manipular objetos pequeños.

Cuarenta y ocho horas previas a la consulta actual, la paciente presenta un cuadro de inicio súbito caracterizado por dolor intenso en la rodilla derecha, acompañado de tumefacción, eritema, aumento de la temperatura local e impotencia funcional, que le impide la marcha y el apoyo. Refiere alivio parcial con el reposo y empeoramiento con la movilización. Niega fiebre, pérdida de peso u otros síntomas constitucionales, así como traumatismos previos o episodios similares recientes.

Antecedentes personales

- Hipertensión arterial, diagnosticada hace 15 años.
- Artrosis de rodillas.

Medicación habitual

- Losartan 50 mg cada 12 horas.
- AINEs ocasionales por dolores articulares (ibuprofeno, diclofenac, etoricoxib).

Antecedentes quirúrgicos

- Colecistectomía a los 50 años.

Hábitos

- Sedentarismo.
- Tabaquismo: fumadora desde los 20 años, 15–20 cigarrillos/día (≈45 paquetes/año).

Examen físico:

Signos vitales: Presión arterial 130/80 mmHg – Frecuencia cardíaca 78 lpm – Frecuencia respiratoria 18 rpm – T° 36.5°C

Impresión general: Moderadamente enferma

Dermatológico: Sin lesiones evidentes.

Cabeza y cuello: Conjuntivas rosadas. Escleras blancas. Pupilas isocóricas, reactivas y simétricas. Fosas nasales permeables, sin secreciones. Labios rosados, simétricos. Buen estado dentario, sin lesiones en paladar o mucosa yugal. Orofaringe rosada sin exudados. Lengua rosada, central y móvil. Conductos auditivos externos permeables, sin secreciones. Sin adenopatías. Tiroides central, simétrica, de consistencia normal, no dolorosa, sin soplos. Ingurgitación yugular 2/6 con colapso inspiratorio. Pulsos carotídeos positivos, simétricos, sin soplos.

Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria. Murmullo vesicular conservado. Sin ruidos respiratorios agregados.

Cardiovascular: R1 y R2 normofonéticos, ritmo regular, sin soplos, clics o chasquidos, sin R3 o R4.

Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible e indoloro. Sin hepato-esplenomegalia. Cicatriz de colecistectomía en hipocondrio derecho (incisión de Kocher)

Genito-urinario: Puntos ureterales negativos. Puño percusión bilateral negativa. Sin lesiones visibles en genitales externos

Miembros: Presencia de nódulos de Heberden en articulaciones interfalángicas distales de ambas manos. Tumefacción dolorosa de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales de ambas manos, con limitación funcional, sin deformidades evidentes. En rodilla derecha se observa aumento de volumen con eritema y calor local, dolor a la palpación e impotencia funcional, adoptando posición en semiflexión; dolor a la movilización activa y pasiva, con choque rotuliano positivo.

Neurológico: Vigil, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Sin signos cerebelosos. Sin signos meníngeos. Sin foco neurológico. Reflejos conservados y simétricos

Preguntas guía

- ✓ *¿Qué características de la anamnesis orientan a dolor articular mecánico y cuáles a dolor inflamatorio?*
- ✓ *¿Cómo clasificaría el compromiso articular de esta paciente según el número de articulaciones afectadas, el patrón de distribución y la evolución temporal?*

- ✓ *A partir del examen físico, ¿qué elementos permiten diferenciar compromiso articular verdadero de compromiso periarticular?*
- ✓ *¿Qué diagnósticos diferenciales considera ante una poliartritis crónica en una mujer de 70 años con este patrón clínico?*
- ✓ *¿Qué elementos del caso sugieren artrosis y cuáles orientan a artritis inflamatoria? ¿Pueden coexistir?*
- ✓ *Ante la monoartritis aguda de la rodilla derecha, ¿cuáles son los diagnósticos diferenciales?*
- ✓ *¿Qué estudios complementarios iniciales solicitaría para orientar el diagnóstico global del cuadro y con qué objetivo?*
- ✓ *¿Qué información aporta la artrocentesis en este contexto y en qué situaciones está formalmente indicada?*
- ✓ *¿Qué valor tiene el antecedente familiar de enfermedad autoinmune en la interpretación del caso?*

Ante el compromiso inflamatorio predominante de la rodilla derecha, evidenciado por signos clínicos de sinovitis y derrame articular, en el contexto de una poliartritis inflamatoria, se decide solicitar radiografías articulares y realizar una artrocentesis diagnóstica de la rodilla derecha bajo estrictas condiciones de asepsia.

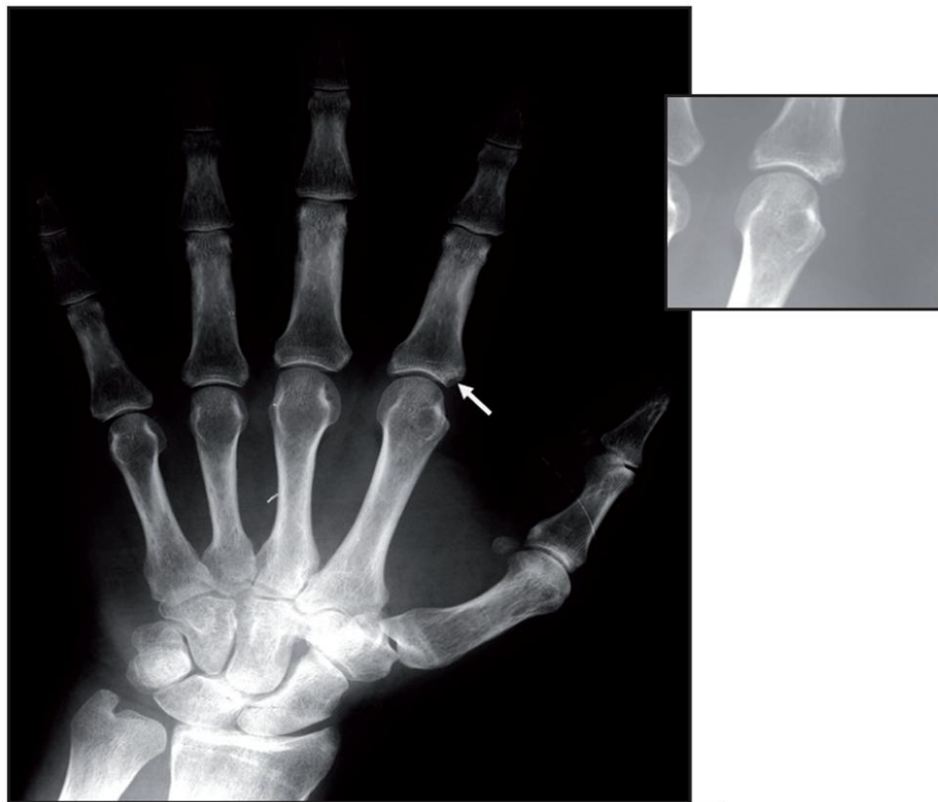
Análisis del líquido sinovial

- Volumen extraído: 35 mL
- Aspecto: amarillo opalescente
- Viscosidad: disminuida
- Recuento celular: 15.400 leucocitos/mm³ (85% polimorfonucleares)
- Glucosa: 92 mg/dL (glucemia plasmática: 95 mg/dL)
- Proteínas: 4,8 g/dL
- Cristales (microscopía con luz polarizada): negativos para urato monosódico y pirofosfato de calcio
- Tinción de Gram: negativa
- Cultivo bacteriológico: negativo



Aumento de espesor en partes blandas en la tercera articulación interfalángica proximal (flecha).

Ballina García FJ, ed. Radiología de las enfermedades reumáticas. Módulo 3: Patrón inflamatorio de las articulaciones periféricas. Editorial Glosa.



Erosión, con pérdida de la cortical en la base de la segunda falange proximal.

Ballina García FJ, ed. Radiología de las enfermedades reumáticas. Módulo 3: Patrón inflamatorio de las articulaciones periféricas. Editorial Glosa.



Condrocalcinosis del cartílago articular de ambos compartimentos tibiofemorales y de meniscos.

Ballina García FJ, ed. Radiología de las enfermedades reumáticas. Módulo 5: Patrón metabólico. Editorial Glosa.

Preguntas guía

- ✓ *¿Cómo interpreta el análisis del líquido sinovial en este caso y cómo lo clasificaría?*
- ✓ *¿Qué diagnósticos diferenciales pueden plantearse ante un líquido sinovial inflamatorio con cultivo y Gram negativos?*
- ✓ *¿Cómo integra los hallazgos radiográficos (erosiones y condrocalcinosis) con el cuadro clínico global de la paciente?*
- ✓ *¿Qué rol cumple la radiografía en el diagnóstico de las artropatías?*
- ✓ *¿Qué es la condrocalcinosis y con qué entidad se asocia con mayor frecuencia?*

Dado el contexto clínico y la edad de la paciente, y ante el hallazgo radiográfico de calcificaciones lineales en el cartílago hialino y depósitos puntiformes en el fibrocartílago meniscal de ambas rodillas, compatibles con condrocalcinosis, se incorpora la artropatía por depósito de pirofosfato de calcio dentro de los diagnósticos diferenciales. Si bien la ausencia de cristales en el líquido sinovial no permite confirmarla, su expresión radiológica obliga a considerarla como una posible etiología asociada o concomitante.

No obstante, la persistencia de un cuadro inflamatorio poliarticular, junto con la presencia de erosiones y pérdida de la cortical en la base de la segunda falange proximal de la mano izquierda y la ausencia de un diagnóstico definitivo, motivan la ampliación del estudio mediante laboratorio general e inmunológico, con el objetivo de caracterizar la naturaleza del proceso inflamatorio y orientar su clasificación etiológica.

LABORATORIO

Hemoglobina (g/dL)	10,2	Ferremia (ug%)	62
Hematocrito (%)	30	Transferrina (mg%)	181
VCM (fl)	82	TIBC (ug/dl)	253
HCM (pg)	29,8	% Sat. transferrina	25
Leucocitos (/mm)	9800	Ferritina (ug/l)	1135
Neutrófilos (%)	62	Factor Reumatoideo (U/mL)	145
Eosinófilos (%)	2	Ac anti CCP (U/mL)	>500
Basófilos (%)	1	ANA (IFI Hep-2)	Positivo 1/40
Linfocitos (%)	29	Ac anti ADN	Negativo
Monocitos (%)	6	panel ENA	
Plaquetas (/mm ³)	520000	Ro	Negativo
VES (mm/1° hora)	85	La	Negativo
PCR (mg/L)	48	Sm	Negativo
Glicemia (mg/dl)	92	Rnp	Negativo
Urea (mg/dl)	32	Jo-1	Negativo
Creatinina (mg/dl)	0,8	Scl-70	Negativo
Sodio (mEq/l)	140	C3 (mg/dL)	135
Potasio (mEq/l)	4,2	C4 (mg/dL)	15
Cloro (mEq/l)	102		
Bilirrubina total (mg/dL)	0,8 (directa 0,2)		
TGO (UI/L)	25		
TGP (UI/L)	30		
FAL (UI/L)	88		
GGT (UI/L)	22		

* Ac anti CCP: anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado.

PROTEINOGRAMA POR ELECTROFORESIS SÉRICA:

Proteínas totales: 7,4 g/dL

Fracciones proteicas:

- Albúmina: 3,5 g/dL (42 %)
- Alfa-1 globulinas: 0,32 g/dL (4 %)
- Alfa-2 globulinas: 0,95 g/dL (11 %)
- Beta globulinas: 1,05 g/dL (12 %)
- Gamma globulinas: 1,58 g/dL (31 %)

Interpretación: hipergammaglobulinemia policlonal.

Preguntas guía

- ✓ ¿Qué elementos de la anamnesis y del examen físico orientan específicamente hacia una artritis inflamatoria crónica?
- ✓ ¿Qué valor diagnóstico y pronóstico tienen el factor reumatoideo y los anticuerpos anti-CCP?
- ✓ ¿Cómo interpreta un ANA positivo a bajo título con anti-DNA y ENA negativos?
- ✓ ¿Qué aporta el proteinograma por electroforesis sérico y qué significado tiene la hipergammaglobulinemia policlonal?

- ✓ *Según los resultados de los estudios complementarios solicitados, ¿cuál es su hipótesis diagnóstica? ¿Qué diagnósticos diferenciales podrían considerarse?*

Tras la integración de los hallazgos clínicos, serológicos y radiológicos, el cuadro se interpreta como una artritis reumatoidea (AR), por lo que se decide iniciar tratamiento con metotrexate 15 mg/semana vía oral, ácido fólico 5 mg/semana y prednisona 10 mg/día.

2° PARTE:

A los tres años del diagnóstico inicial, Lucía comienza a referir la aparición de tos seca persistente de varios meses de evolución, acompañada de disnea de esfuerzo progresiva. Inicialmente la disnea se presentaba al subir escaleras (mMRC 1*), pero en las últimas semanas evolucionó hasta manifestarse al caminar en terreno llano a paso habitual (mMRC 2–3), con impacto creciente en sus actividades cotidianas. Niega expectoración, fiebre, dolor torácico, pérdida de peso u otros síntomas asociados.

Al examen físico del aparato respiratorio se constata adecuada mecánica ventilatoria, con murmullo vesicular disminuido y la presencia de rales crepitantes bibasales finos, tipo “velcro”, sin sibilancias ni otros ruidos agregados.

* Escala de disnea mMRC (Modified Medical Research Council)

Preguntas guía:

- ✓ *¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales que deben considerarse al evaluar la tos y la disnea crónica que presenta la paciente?*
- ✓ *¿Qué manifestaciones respiratorias son frecuentes en la artritis reumatoidea?*
- ✓ *¿Qué estudios complementarios solicitaría para orientar el diagnóstico etiológico del cuadro respiratorio que presenta la paciente?*

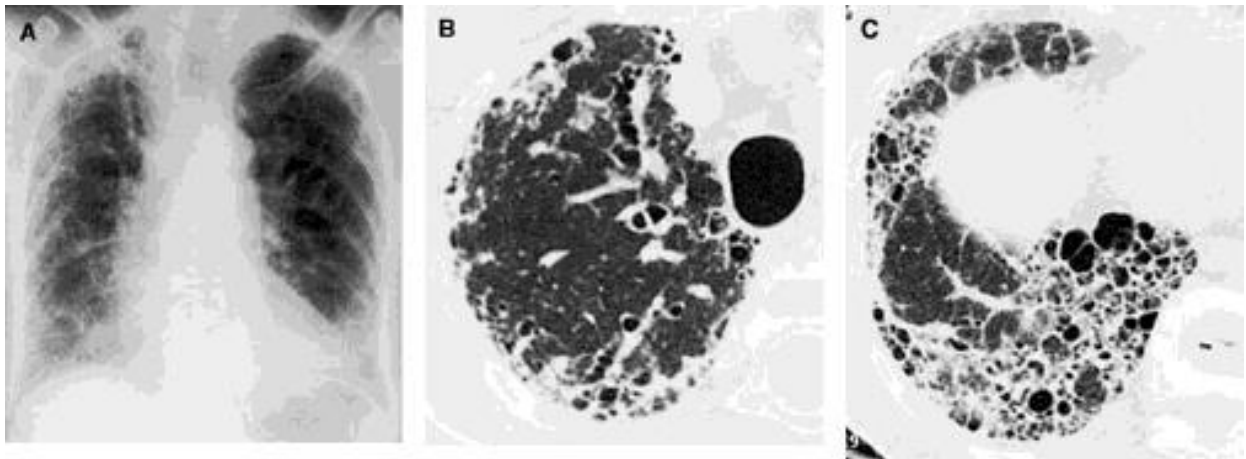
Ante la sospecha de compromiso pulmonar intersticial vinculado a la artritis reumatoidea, se decide ampliar la evaluación con estudios funcionales respiratorios y tomografía computada de tórax de alta resolución, con el objetivo de caracterizar el patrón ventilatorio y detectar compromiso parenquimatoso.

La espirometría muestra una capacidad vital forzada (CVF) de 1,82 L (62% del valor predicho) y un volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) de 1,55 L (65% del valor predicho), con una relación VEF1/CVF de 0,85, dentro de límites normales, hallazgo compatible con un patrón ventilatorio restrictivo sin componente obstructivo significativo.

La evaluación de la capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO) evidencia un compromiso del intercambio gaseoso: DLCO corregida por hemoglobina de 9,8 mL/min/mmHg (45% del valor predicho), compatible con alteración moderada a severa de la difusión alveolo-capilar, compatible con afectación intersticial pulmonar.

En el test de caminata de 6 minutos, la paciente recorre 320 metros ($\approx 60\%$ del valor esperado para edad y sexo), presentando desaturación significativa al esfuerzo, con saturación basal de O_2 de 94% y descenso hasta 86% durante la marcha, acompañada de disnea percibida como moderada (Borg 4/10).

Se completó la evaluación con tomografía computada de tórax de alta resolución, que mostró compromiso intersticial bilateral de predominio bibasal y subpleural, caracterizado por reticulación fina, engrosamiento septal y áreas de panalización con bronquiectasias por tracción, asociadas a focos dispersos de vidrio esmerilado. No se evidencian consolidaciones ni derrame pleural. Estos hallazgos fueron compatibles con enfermedad pulmonar intersticial, con patrón tomográfico sugestivo de neumonía intersticial usual.



(A) La radiografía de tórax muestra opacidades reticulares periféricas típicas, más marcadas en las bases, con panalización. (B y C) Las imágenes de tomografía computarizada muestran un patrón reticular de predominio basal y periférico, con bronquiectasias por tracción y panalización.

Cool CD. Idiopathic interstitial pneumonias: classification and pathology. UpToDate. Imagen: Idiopathic pulmonary fibrosis. Graphic 77526 v2.0; 2025.

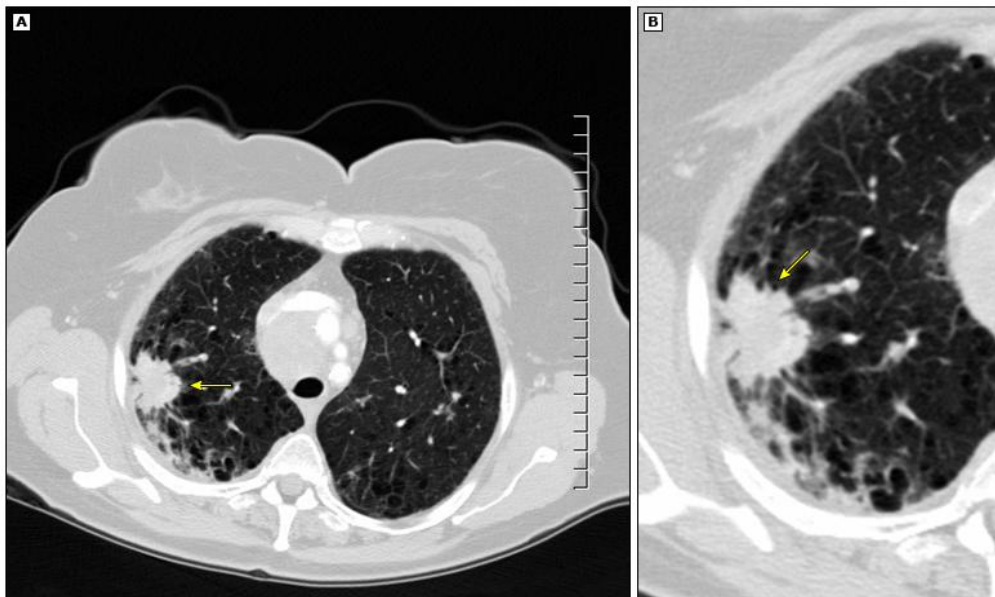
Preguntas guía:

- ✓ Frente a estos hallazgos, ¿cuáles son los principales diagnósticos diferenciales de enfermedad pulmonar intersticial que deben considerarse en esta paciente?
- ✓ ¿Qué factores de riesgo se asocian al desarrollo de enfermedad pulmonar intersticial en pacientes con AR?
- ✓ ¿Qué patrones de enfermedad pulmonar intersticial se asocian con mayor frecuencia a la AR y cuál es su implicancia pronóstica?
- ✓ ¿Qué rol cumple la tomografía computada de alta resolución (TCAR) en el diagnóstico y caracterización del compromiso pulmonar intersticial?
- ✓ ¿Qué utilidad tiene el estudio funcional respiratorio (espirometría y DLCO), en este grupo de pacientes?
- ✓ ¿Qué estudios adicionales podrían ser necesarios para completar la evaluación (laboratorio, broncoscopia, BAL, biopsia pulmonar, serologías, etc.) y en qué situaciones están indicados?
- ✓ ¿Cómo modificaría el tratamiento de la artritis reumatoidea ante la confirmación de enfermedad pulmonar intersticial asociada?

- ✓ *¿Qué estrategias de seguimiento clínico, funcional e imagenológico son recomendadas en estos pacientes?*

Tras la confirmación de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la AR, se ajustó la estrategia terapéutica inmunosupresora continuando con metotrexato a dosis de 25 mg semanales por vía subcutánea con suplementación de ácido fólico 5 mg/semanales, asociado a prednisona a dosis inicial de 0,5 mg/kg/día con esquema de descenso progresivo según respuesta terapéutica, y se inició tratamiento con abatacept 125 mg semanales por vía subcutánea. Bajo este esquema terapéutico, la paciente presentó estabilización clínica y de los parámetros funcionales respiratorios, con mejoría del dolor y de la rigidez articular en los controles evolutivos posteriores.

En una nueva tomografía de tórax de control, realizada a los 6 meses en el contexto del seguimiento de la enfermedad pulmonar intersticial, se identificó un nódulo pulmonar solitario localizado en lóbulo superior derecho, de morfología sólida, con un diámetro máximo de 18 mm, bordes espiculados, sin cavitación ni calcificaciones evidentes.



Las imágenes de tomografía computarizada de tórax (A y B) muestran un nódulo pulmonar derecho (flecha) con márgenes espiculados.

Weinberger SE, McDermott S. Diagnostic evaluation of the incidental pulmonary nodule. UpToDate. Imagen: CT of a pulmonary nodule with spiculated margins. Graphic 99732 v2.0; 2025.

Preguntas guía

- ✓ *¿Cuáles son los principales diagnósticos diferenciales de un nódulo pulmonar solitario en esta paciente?*
- ✓ *Según los modelos de estratificación de riesgo del nódulo pulmonar solitario, ¿cómo calificaría el riesgo de malignidad?*
- ✓ *¿Qué características tomográficas orientan a benignidad y cuáles a malignidad en un nódulo pulmonar solitario?*

- ✓ *¿Qué factores de riesgo de cáncer de pulmón identifica en Lucía y qué otros factores deberían considerarse?*
- ✓ *¿Cuáles son las indicaciones actuales de tamizaje de cáncer de pulmón y cómo se implementa en la práctica clínica?*
- ✓ *¿En qué situaciones estaría indicado el seguimiento tomográfico, la biopsia percutánea guiada por tomografía o la resección quirúrgica?*

A pesar que los nódulos pulmonares, puede ser manifestación del compromiso pulmonar por artritis reumatoidea, dada la elevada probabilidad de malignidad del nódulo pulmonar solitario, en función de las características clínicas y tomográficas, sumado a la exposición al tabaco, se decide avanzar con una resección mediante cirugía torácica videoasistida (VATS). El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informa adenocarcinoma pulmonar, con márgenes libres de tumor.

En la evolución, se indica cese del hábito tabáquico y se planifica seguimiento multidisciplinario con los servicios de Clínica Médica, Reumatología, Neumonología y Oncología.



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 31: ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES. ANEMIAS 1° PARTE.

Autores: Dana Paula Cartas¹, Julieta Leone², Joaquín Montero³

¹Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

²Ayudante de Cátedra Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

³Cátedra de Gastroenterología y Hepatología

OBJETIVOS:

- Desarrollar aptitudes en el manejo clínico para identificar los síntomas asociados a las enfermedades inflamatorias intestinales, y diferenciarlos de otras causas de enterocolitis (infecciosas, eosinofílica, etc).
- Reconocer los principales métodos diagnósticos para las enfermedades inflamatorias intestinales.
- Diferenciar las características clínicas, endoscópicas e histológicas de la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU).
- Introducción a anemias. Manifestaciones clínicas. Evaluación inicial. Clasificaciones morfológicas y cinéticas.
- Focalizar en anemia ferropénica y de enfermedades crónicas.
- Analizar el síndrome anémico asociado a la enfermedad inflamatoria intestinal, diagnóstico diferencial y abordaje inicial.
- Adquirir nociones básicas del abordaje terapéutico de las enfermedades inflamatorias intestinales.

CASO CLÍNICO

Recordatorio: María del Pilar (56 años), luego de dos años retorna a la consulta, había presentado diagnóstico de hipotiroidismo por tiroiditis de Hashimoto, en tratamiento sustitutivo con levotiroxina, nódulo tiroideo con PAAF compatible con benignidad, síntomas de gastritis, reflujo gastroesofágico y síndrome de intestino irritable, medicada con inhibidores de bomba de protones, y esporádicamente con trimebutina y simeticona. No había accedido a la realización de endoscopías digestivas. Fumadora de 5 cigarrillos por día. Osteopenia. Síndrome del nevo con atipia.

Consulta actual:

Refiere un empeoramiento de sus síntomas habituales de dolores abdominales difusos tipo cólicos, atribuidos previamente a síndrome de intestino irritable, pero advierte un cambio en sus características. Refiere mayor intensidad, que la despiertan durante la noche impidiendo el descanso nocturno y más localizados en hemiabdomen inferior, siendo progresivo en los últimos 5 meses aproximadamente. Nos cuenta que inicialmente lo relacionó a que está “muy tensa y angustiada con problemas familiares, especialmente por la enfermedad de su hija Milagros”, refiere que los dolores abdominales son más continuos, y que ya no le calma con trimebutina o antiespasmódicos como le ocurría con anterioridad. Realizó una consulta con especialista en gastroenterología, quien le solicitó estudios complementarios. Ma. del Pilar realizó dichos estudios, pero no acudió a la consulta posterior. En los últimos 3 meses agrega diarrea, 3 o 4 episodios diarios, algunos de ocurrencia nocturna, con presencia de sangre, asociada a sensación de evacuación incompleta (tenesmo rectal), sin pus, y dudosa presencia de mucus en la materia fecal. En los últimos días agrega sensación febril, y aumento en el número de deposiciones sanguinolentas.

Al interrogatorio dirigido por aparatos, se recaban los siguientes datos:

- Astenia progresiva, palpitations y fatiga a esfuerzos moderados.
- Pérdida de 5 kg de peso en los últimos 3 meses, sin mediar grandes modificaciones en su patrón alimentario en el último año.
- Niega viajes recientes, consumo de AINES.
- Niega lesiones cutáneas, dolor articular.

Otros datos de interés:

- Hace 1 año decide llevar a cabo una alimentación vegetariana, debido a que su hija con quien convive, tiene posicionamiento ético vegano, y decide acompañarla en la planificación de sus comidas, si bien nota que le cuesta mucho abandonar hábitos y fundamentalmente el consumo de leche y huevo. Al comienzo tuvo asesoramiento nutricional, e inició suplementación con vitamina B12, pero la abandonó en los últimos 6 meses, porque presentaba reacciones acneiformes moderadas.

PREGUNTAS GUÍA (Anamnesis y orientación sindrómica)

- ✓ ¿Qué síndromes clínicos se identifican en esta paciente?
- ✓ ¿Qué características del dolor abdominal orientan a patología orgánica versus funcional?
- ✓ Identificar banderas rojas en dolor abdominal.
- ✓ ¿Cuál es el valor semiológico de la diarrea nocturna y sanguinolenta?
- ✓ ¿Qué diagnósticos diferenciales iniciales se deben considerar ante este cuadro? ¿Cuáles son los datos a favor y en contra de cada hipótesis diagnóstica?
- ✓ ¿Qué datos de la anamnesis faltan recabar y por qué serían relevantes?

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PREVIOS

(4 meses antes de la consulta, solicitado por Gastroenterología)

Laboratorio:

Hemoglobina (g/dL)	11,2
Hematocrito (%)	35
VCM (fl)	88,4
HCM (pg)	33
Glóbulos blancos (/mm³)	7563
Neutrófilos (%)	70
Eosinófilos (%)	3
Basófilos (%)	4
Linfocitos (%)	17
Monocitos (%)	6
Plaquetas (/mm³)	311.000
Glicemia (mg/dl)	97
TSH (μU/dL)	2,1
T4 (μg/dL)	10
T3 (ng/dL)	115
Bilirrubina total (mg/dL)	2
TGO (UI/L):	40
TGP (UI/L)	22
FAL (UI/L):	51
GGT (UI/L):	16
B12 (ph/mL)	289
Ferremia (μg/dL)	71
TIBC (μg/dL)	364
Sat. de transferrina (%)	30
Ferritina (ng/dL)	30
IgA (mg/dl)	148
Ac antitransglutaminasa IgA (U/ml)	1,2

Coprocultivo: negativo.

Leucocitos en materia fecal: positivo +.

Parasitológico seriado de materia fecal: negativo.

Ecografía abdominal: Hígado con forma y ecoestructura conservada. Tamaño normal. Sin lesiones netas. Vesícula de paredes finas, contenido líquido homogéneo. Alitiásica. Vía biliar de calibre conservado. Páncreas forma, tamaño, contornos y ecoestructura conservados. No se visualiza dilatación del conducto de Wirsung. Bazo no se observa esplenomegalia. Riñones situación, morfología y tamaño normal. Vía excretora de calibre conservado. Ecoestructura conservada. Parénquima homogéneo. Espesor cortico-medular conservado. No se observan imágenes de urolitiasis.

Examen físico:

- **Impresión general:** impresiona moderadamente enferma, muy decaída, adelgazada, palidez cutánea mucosa, orientado en tiempo y espacio.
- **Signos vitales:** PA 130/80 mmHg. FC 110 lpm. FR 16 rpm. T° 37,6 °C. SatO2 98% (0.21). Peso: 56 kg (registro de consulta dos años previos 62 kg). Talla: 1.65 m. IMC: 20.5 kg/m²
- **Piel:** sin alteraciones pigmentarias, sin cicatrices, nevos atípicos sin cambios.
- **Cabeza:** Ojos: conjuntivas pálidas, escleras blancas. Movimientos oculares no dolorosos. Fosas nasales: permeables sin secreciones ni epistaxis. Puntos sinusales negativos. Cavidad bucal: mucosas húmedas. Lengua central sin lesiones.
- **Cuello:** cilíndrico, simétrico, no se palpan adenopatías. Se palpa nódulo tiroideo de 2 cm en lóbulo derecho (sin cambios). Sin ingurgitación yugular. Pulsos carotídeos simétricos, sin soplos.
- **Tronco:** diámetro anteroposterior normal, sin cicatrices. Mamas: sin nódulos ni depresiones, ni secreción por pezón. Columna: sonora, indolora. Puño-percusión: negativa bilateral.
- **Aparato Respiratorio:** respiración costo abdominal, sin utilización de músculos accesorios, reclutamiento abdominal, tiraje intercostal/supraclavicular, ni aleteo nasal. Expansión de bases y vértices conservada. Excursión de bases conservadas. Sonoridad conservada. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados.
- **Aparato Cardiovascular:** ritmo cardíaco regular, taquicardia, ruidos cardíacos normofonéticos, sin soplos, R3 ni R4.
- **Abdomen:** abdomen plano, sin estigmas de circulación colateral. Cicatriz de McBurney. Blando, depresible y doloroso a la palpación superficial en fosa ilíaca y flanco izquierdo e hipogastrio. Sin defensa ni dolor a la descompresión. Puño percusión bilateral negativa. Sin visceromegalias. Timpanismo conservado. Traube libre. Ruidos hidroaéreos aumentados.
- **Neurológico:** vigil, orientada. Comprende: comandos y órdenes complejas. Pupilas: isocóricas reactivas y simétricas. Movimientos oculares externos: completos. Pares craneales: conservados. Reflejos osteotendinosos: conservados. Sensibilidad: táctil superficial conservada. Coordinación: sin alteraciones. Respuesta plantar: indiferente bilateral. Hoffman: negativo bilateral. Marcha: conservada. Sin signos meníngeos.
- **Extremidades:** tono, trofismo y movilidad conservados. Pulsos conservados.
- **Región Perineal y genital:** sin lesiones.
- **Tacto rectal:** se niega.

PREGUNTAS GUÍA (Examen físico)

- ✓ ¿Qué hallazgos apoyan la presencia de un síndrome anémico?
- ✓ ¿De qué factores depende la sintomatología de la anemia? ¿Puede ser asintomática? ¿Por qué?
- ✓ ¿Qué manifestaciones clínicas se explican por los mecanismos de compensación del organismo frente a la anemia?
- ✓ Teniendo en cuenta que la anemia no es una entidad diagnóstica en sí, ¿qué otros síntomas o signos podemos encontrar propios de enfermedades que causan anemia?
- ✓ Sobre las anemias carenciales, ¿qué manifestaciones orientan a déficit de B12 y cuáles a ferropenia?
- ✓ ¿Cómo se interpreta el examen físico abdominal? ¿Qué hallazgos pueden orientar hacia algunas de las causas?
- ✓ ¿Qué hallazgos perianales y a nivel del tacto rectal serían clave buscar y por qué?

Hernán decide la internación de Ma. del Pilar. A su ingreso por no poder descartar componente infeccioso, se decide toma de cultivos (hemocultivos, coprocultivo y toxina para *Clostridium difficile*) y se instaura tratamiento empírico con ciprofloxacina y metronidazol endovenoso (EV). Es evaluada por Gastroenterología para realización de endoscopia y se solicita TC abdomen y pelvis con contraste EV y los siguientes exámenes complementarios:

Hemoglobina (g/dL)	7.5
Hematocrito (%)	25
VCM (fl)	64.8
HCM (pg)	19.5
Glóbulos blancos (/mm ³)	12490
Neutrófilos (%)	86
Eosinófilos (%)	0
Basófilos (%)	0
Linfocitos (%)	7
Monocitos (%)	6
Plaquetas (/mm ³)	511.000

Glicemia (mg/dl)	91
Urea (mg/dl)	17
Creatinina (mg/dl)	0.88
Sodio (mEq/l)	136
Potasio (mEq/l)	3.46
Cloro (mEq/l)	99
VES (mm/1° hora)	67
PCR (mg/L)	32.2
TP (seg)	14.8
KPTT (seg)	29
Orina completa	s/p

- Electrocardiograma 12 derivaciones: ritmo regular, sinusal FC 110 lpm.
- Radiografía directa abdomen de pie: sin niveles hidroaéreos patológicos.
- Radiografía de tórax: índice cardiotorácico conservado. No impresionan radio-opacidades. Senos costofrénicos libres.
- Serologías: HIV, VDRL, VHC, VHB negativas
- Perfil ferrocínético: Ferremia 25 ug/dl (VN 59-195) , TIBC 404 ug/dl (VN 228-429), Sat de transferrina 9 % (VN 20-55) , Ferritina 25 ng/ml (VN 30-140).
- Dosaje de vitamina B12: 271 pg/ml.
- Toxinas clostridium difficile: Toxina A, B y GDH no detectables por inmunocromatografía.
- Coprocultivo: >25 leucocitos por campo. Flora con predominio de cocos Gram positivos. No se aísla *Salmonella sp.*, *Shigella sp.*, *Aeromonas sp.*, *Yersinia sp.*, *E. coli* enteropatógena, *E. coli* enteroinvasiva ni *E. coli* enterohemorrágica O157:H7. No se obtuvo desarrollo de enterobacterias productoras de carbapenemasa, *Enterococo* vancomicina resistente ni cepa productora de betalactamasa de espectro extendido.
- Calprotectina en materia fecal: > 1000 ug/g

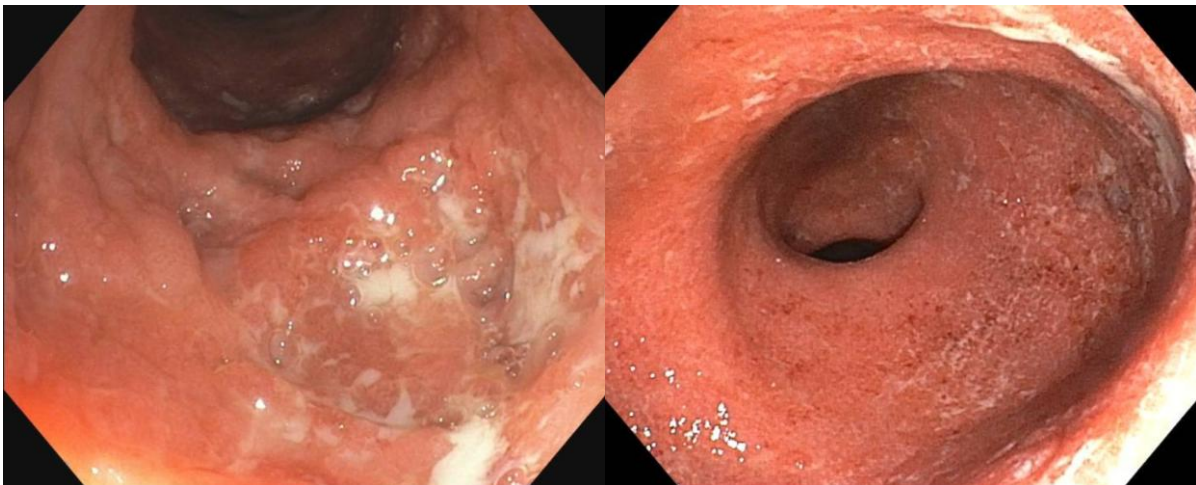
PREGUNTAS GUÍA *(Abordaje de la anemia)*

- ✓ *¿Cómo se define la anemia? ¿Cuáles son los valores normales de hemoglobina y hematocrito según sexo y edad?*
- ✓ *¿Qué datos clínicos y de laboratorio permiten reconocer un síndrome anémico en esta situación?*
- ✓ *¿Qué tipo de anemia presenta la paciente?*
- ✓ *¿Qué criterios se utilizan para la clasificación de la anemia (morfológicos y fisiopatológicos)?*
- ✓ *¿Cuáles son los mecanismos fisiopatológicos principales que pueden causar anemia? ¿Cuáles podrían estar involucrados en este caso?*
- ✓ *¿Es posible que coexistan varios mecanismos? Ejemplifique.*
- ✓ *¿Qué diagnósticos diferenciales deben considerarse ante una anemia microcítica? ¿Cuál es la causa más frecuente y por qué?*
- ✓ *¿Cómo diferenciar a la anemia ferropénica de la de enfermedades crónicas?*
- ✓ *¿Qué determinaciones de laboratorio son esenciales para clasificar la anemia y orientar su etiología?*
- ✓ *¿Qué información aporta el recuento de reticulocitos y cómo permite clasificar la anemia desde el punto de vista funcional?*
- ✓ *¿Qué significa el ancho de distribución eritrocitaria (ADE/RDW) y qué utilidad tiene en este contexto?*
- ✓ *¿Cuál es la diferencia entre macrocitosis y megaloblastosis?*
- ✓ *¿Cómo se define la severidad de la anemia según los valores de hemoglobina? ¿Existe criterio transfusional en este caso? ¿Por qué?*
- ✓ *¿Qué factores de riesgo identifica para el déficit de vitamina B12 en esta paciente? ¿Cuáles son los puntos de corte para definirlo? ¿Cómo se indicaría la reposición en caso de confirmarse el déficit?*
- ✓ *¿Qué otros estudios solicitaría en esta instancia y con qué objetivo?*

TOMOGRAFIA ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE EV:

Se observa engrosamiento parietal circunferencial regular predominantemente submucoso de todo el marco colónico y recto, de mayor jerarquía en colon izquierdo y sigma, que se acompaña de ingurgitación vascular en dichos territorios. Se visualiza además discreta reticulación de la grasa adyacente a asas colónicas y presencia de líquido libre en fondo de saco de Douglas. Las asas delgadas se encuentran respetadas. No se observan signos de neumoperitoneo. Múltiples estructuras ganglionares intraperitoneales mesentéricas, alcanzando la mayor de ellas rango megálico a nivel ileocólico con 10 mm en su eje corto. El hígado es de forma, tamaño y situación habituales. Su superficie es lisa, y sus bordes son agudos. Sin alteraciones densitométricas ni lesiones focales. La vía biliar intra y extrahepática es de calibre conservado. La vesícula biliar es de forma, tamaño y situación normales, sin imágenes que sugieran la presencia de litiasis. El bazo es de forma, tamaño y situación normales. El eje esplenoportal es de calibre y trayecto conservado, permeable. El páncreas es de características normales. El conducto de Wirsung es de calibre conservado, sin efectos de masa. Las glándulas adrenales son normales. Ambos riñones son de forma, tamaño y situación habituales. Concentran normalmente la sustancia de contraste, sin evidencia de alteraciones calico-piéllicas ni ureterales. La aorta abdominal así como también las arterias ilíacas primitivas, internas, externas y femorales, son de calibre y trayecto conservados. La vena cava inferior así como también las venas ilíacas primitivas, internas, externas y femorales, son de calibre y trayecto conservados. La vejiga se encuentra escasamente replecionada sin poder evaluar adecuadamente sus paredes. Útero en RVF. Se visualiza a nivel anexial izquierdo una imagen redondeada hipodensa de aspecto funcional que mide 20 mm. Correlacionar con estudio ecográfico. No se observan alteraciones a nivel de los tejidos blandos que componen la pared abdomino-pelviana.

Videocolonoscopia: se avanza hasta ciego. Se intuba íleon distal normal. Mucosa colónica con afectación continua desde margen anal hasta colon transverso, se observa una clara delimitación entre la mucosa afectada y la normal. Los segmentos comprometidos presentan pérdida del patrón vascular, eritema, edema y friabilidad. Se observan úlceras profundas, algunas mayores de 2 cm. Colon derecho respetado. Hemorroides internas. Se toma biopsia para anatomía patológica y cultivo. Conclusión: mucosa colónica compatible con enfermedad inflamatoria intestinal extensa con actividad severa.



Videoendoscopia digestiva alta: Esófago: mucosa normal. Estómago: mucosa normal en antro, cuerpo y fundus. Duodeno: bulbo y 2da porción normal. Se toma biopsia. Conclusión: estudio normal.

PREGUNTAS GUÍA (*Diagnóstico diferencial*)

- ✓ ¿Qué hallazgos clínicos, endoscópicos e histopatológicos diferencian a la colitis ulcerosa de la enfermedad de Crohn? ¿Qué marcadores de laboratorio podrían ser de utilidad para discriminar entre estas entidades? ¿Cuáles utilizamos para evaluar actividad?
- ✓ ¿Cómo evaluar la severidad del brote de EC/CU según escalas/índices y qué parámetros incluyen? Ejemplos.
- ✓ ¿Para qué se utiliza la clasificación endoscópica de Mayo?
- ✓ ¿Qué es la calprotectina? ¿Cómo se interpreta esta determinación?
- ✓ ¿Cómo se relaciona la extensión endoscópica de la enfermedad con las manifestaciones clínicas? ¿Cuáles son las complicaciones que pueden presentar pacientes con EC y CU?
- ✓ ¿Qué diagnósticos diferenciales histológicos deben descartarse?
- ✓ Investigue diferencias y significado de colitis indeterminada, colitis microscópica y colitis eosinofílica.
- ✓ ¿Con cuáles otras enfermedades y manifestaciones extraintestinales pueden asociarse las enfermedades inflamatorias intestinales?

CONDUCTA Y TRATAMIENTO

Se interpreta al cuadro como colitis ulcerosa severa activa. Por presentar en la videocolonoscopia úlceras profundas en el colon (Mayo III), se realiza corticoterapia EV a altas dosis.

Indicaciones:

- Mesalazina 4 g/día vía oral.
- Omeprazol 20 mg/día vía oral.
- Hidrocortisona 100 mg cada 8 horas endovenoso por 7 días.
- Hierro por vía endovenosa (dos ampollas de 10 ml, que contiene 500 mg de hierro, como carboximaltosa férrica 1800 mg la ampolla)

PREGUNTAS GUÍA (*Tratamiento y complicaciones*)

- ✓ ¿Cuáles son los objetivos terapéuticos en esta paciente?
- ✓ ¿Qué tratamiento farmacológico inicial indicaría? ¿Cuáles son las opciones terapéuticas disponibles para CU/EC? Repasar: aminosalicilatos, corticoides, inmunosupresores, tratamientos biológicos disponibles.
- ✓ ¿Cómo abordaría la anemia en este contexto?
- ✓ ¿Qué criterios de gravedad y de derivación reconocería? ¿Cuáles son las complicaciones intestinales que se pueden presentar en las enfermedades inflamatorias intestinales?
- ✓ ¿Qué recomiendan las guías sobre la vigilancia oncológica en pacientes con CU? ¿Cuál es la frecuencia endoscópica para el screening de cáncer colorrectal según el riesgo? Criterios de ECCO.



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 32: MIOPATÍAS INFLAMATORIAS. ANEMIAS 2º PARTE. CÁNCER DE COLON.

Autores: Leonel Berbotto¹, Ma. Eugenia Acharta¹, Jazmín Morales²

¹Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

²Ayudante de Cátedra Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

OBJETIVOS:

- Identificar al paciente con debilidad muscular, plantear diagnósticos diferenciales, interpretar los estudios de laboratorio, serológicos, imagenológicos, electrofisiológicos e histopatológicos vinculados al daño muscular.
- Reconocer a la dermatomiositis, dentro del espectro de las miopatías inflamatorias idiopáticas, como una entidad con elevado potencial paraneoplásico y justificar la necesidad de un screening oncológico sistemático.
- Aplicar un algoritmo diagnóstico para el estudio del paciente con anemia, que permita su clasificación y la identificación de sus posibles etiologías a partir de la interpretación de parámetros hematológicos y bioquímicos.
- Cáncer de colon-rectal (CCR): Desarrollar un enfoque diagnóstico y de pesquisa del cáncer colorrectal en la población general y adecuarlo a pacientes de alto riesgo. Como enfocar su estudio. Conocer las personas de riesgo de cáncer colónico para definir estrategias de seguimiento. Conocer características generales del CCR. Reconocer sus síntomas. Estrategias de tratamiento. Diferencias terapéuticas entre cáncer de colon y cáncer de recto.
- Comprender los principios generales del tratamiento de las miopatías inflamatorias idiopáticas, de los diferentes tipos de anemia y del cáncer colorrectal.

CASO CLÍNICO

Recordatorio: María del Pilar (actualmente 59 años). Hace tres años, se diagnosticó enfermedad inflamatoria intestinal (EII), específicamente colitis ulcerosa. Realizó estos años seguimiento con Marina, gastroenteróloga especialista en EII, sin realizar controles por su clínico y ginecóloga. En cuanto a su seguimiento y tratamiento, no presentó una buena adherencia con abandonos frecuentes y varios episodios de reactivaciones, sin necesidad de internación. La última colonoscopia de control fue hace dos años. Recibió diagnóstico de depresión, en seguimiento con Psicología y Psiquiatría, medicada con sertralina 50 mg/día y clonazepam 0,5 mg/día. Marina, le solicita por la aparición de nueva sintomatología, que consulte con Hernán, su médico clínico.

Motivo de consulta: debilidad y dolor muscular

Enfermedad actual: refiere desde hace aproximadamente 4 meses, una sensación progresiva de debilidad, inicialmente vaga e inespecífica, asociada a mialgias leves. Relata que comenzó a “sentirse más cansada”, atribuyéndolo a la medicación psicotrópica y a episodios de estrés. Con el correr de los meses, identifica dificultades concretas: le cuesta levantar los brazos para realizar actividades, peinarse durante tiempos prolongados o sostener objetos por encima del nivel de los hombros. Posteriormente nota dificultad para subir escaleras y para incorporarse desde sillones bajos sin apoyarse con ambas manos.

Niega haber presentado calambres, parestesias o pérdida de sensibilidad. No refiere rigidez matinal prolongada ni dolor articular inflamatorio. No presenta fiebre, sudoración nocturna ni pérdida de peso significativa.

Tratamientos habituales

- Mesalazina 2,4 g/día.
- Levotiroxina 50 mcg/día.
- Pantoprazol 60 mg/día
- Sertralina 50 mg/día
- Clonazepam 0,5 mg/día

Examen físico: PA 120/80 mmHg – FC 75 lpm – FR 18 rpm – T° 36.5°C – Peso 60 kg – Talla 1.65 m – IMC: 22 kg/m².

Impresión general: aceptable estado general.

Cabeza y cuello: persistencia de nódulo tiroideo sin cambios, resto sin alteraciones.

Aparato respiratorio: Buena mecánica ventilatoria. Murmullo vesicular conservado. Sin ruidos respiratorios agregados.

Cardiovascular: R1 y R2 normofonéticos, ritmo regular, sin soplos, clics o chasquidos, sin R3 o R4.

Abdomen: Plano. Ruidos hidroaéreos positivos. Blando, depresible e indoloro. Sin organomegalias. Miembros: sin sinovitis ni deformidades. Fuerza muscular proximal en cinturas escapular y pelviana disminuida (4/5) de forma bilateral, con fuerza distal conservada. No se evidencia hipotrofia muscular, ni edemas periféricos. La palpación muscular no desencadena dolor y no se objetivan puntos gatillo dolorosos.

Neurológico: Vigil, lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona. Sin foco neurológico. No presenta signos cerebelosos ni meníngeos. Sensibilidad superficial y profunda conservada. Reflejos osteotendinosos presentes, conservados y simétricos.

Conducta inicial. Hernán solicita los siguientes estudios complementarios y cita a control

- **Laboratorio**

Hemoglobina (g/dL)	13,2	Cortisol 8 am (µg/dL)	16
Hematocrito (%)	39	Vitamina D (25-OH) (ng/mL)	18
VCM (fl)	86,4	HbA1c (%)	5,3
HCM (pg)	30,8	VIH (ELISA)	No reactivo
Leucocitos (/mm ³)	9300	HBsAg	No reactivo
Fórmula leucocitaria (%)	68/1/1/25/5	Ac anti VHC	No reactivo
Plaquetas (/mm ³)	295000	VDRL	No reactivo
VES (mm/1° hora)	40		
PCR (mg/L)	15	ORINA COMPLETA	
Glicemia (mg/dl)	92	Densidad	1020
Urea (mg/dl)	32	pH	6
Creatinina (mg/dl)	0,8	Color	Amarillo claro
Sodio (mEq/l)	140	Aspecto	Límpida
Potasio (mEq/l)	4,2	Proteínas	(-)
Cloro (mEq/l)	102	Glucosa	(-)
Calcio (mg/dL)	9,2	Cetonas	(-)
Fósforo (mg/dL)	3,5	Mioglobina	(3 +)
Magnesio (mg/dL)	1,9	Urobilina	(-)
Bilirrubina total (mg/dL)	0,8	Hemoglobina	(2 +)
TGO (UI/L)	110	Nitritos	(-)
TGP (UI/L)	55	Esterasa leucocitaria	(-)
FAL (UI/L)	88	Sedimento urinario	
GGT (UI/L)	22	Leucocitos	0-2 por campo
CPK (UI/L)	1500	Hematíes	0-1 por campo
LDH (UI/L)	360	Cilindros	No se observan
TSH (mUI/L)	8,2	Cristales	No se observan
T4 libre (ng/dL)	1,1	Bacterias	No se observan

Radiografía de tórax frente: Índice cardiorácico conservado. Botón aórtico e hilios respetados. Sin infiltrados parenquimatosos pulmonares patológicos. Fondos de sacos costofrénicos libres.

Ecografía abdominal: Hígado de tamaño y ecogenicidad normal. Vesícula biliar sin litiasis. Bazo de tamaño normal. Riñones de morfología y ecogenicidad conservadas. No se evidencian masas ni adenomegalias abdominales.

Preguntas guía

- ✓ *¿Qué diferencias existen entre debilidad muscular, mialgia, miopatía, miositis, fatigabilidad y astenia? ¿Cuál corresponde a esta paciente y por qué?*
- ✓ *Según la anamnesis, el examen semiológico y los hallazgos de laboratorio, ¿qué nivel del sistema neuromuscular parece estar primariamente comprometido? Realice la comparación de hallazgos semiológicos según el nivel de compromiso (músculo, placa neuromuscular, motoneuronas, sistema nervioso central) y revise que entidades nosológicas pertenecen a cada compromiso y sus características fisiopatológicas y clínicas.*
- ✓ *¿Cuáles son las principales causas de aumento de la creatinfosfoquinasa (CPK) y cuáles resultan más probables en este contexto clínico? ¿Qué relación podría tener el aumento de la tirotrofina sérica y el valor de CPK?*
- ✓ *¿Cómo interpreta la hipertransaminasemia? ¿Cuál sería su origen?*
- ✓ *¿Cuáles son las enzimas musculares? Investigue la sensibilidad y especificidad de cada una para el diagnóstico de compromiso muscular.*
- ✓ *¿Qué relevancia clínica tiene el hallazgo de mioglobinuria?*
- ✓ *Con la información disponible hasta este momento, ¿cuáles son los principales diagnósticos diferenciales a considerar en una paciente con sospecha de miopatía adquirida?*
- ✓ *Investigue que fármacos pueden relacionarse con compromiso muscular, su frecuencia, presentación clínica y analítica y su manejo.*

En las semanas siguientes, la debilidad muscular se vuelve constante y progresiva, sin variaciones significativas a lo largo del día, sin fatigabilidad extrema, sin mejoría con el reposo ni empeoramiento nocturno. Esta evolución le ocasiona una limitación funcional persistente que interfiere de manera creciente con sus actividades habituales. Como consecuencia, María del Pilar reduce progresivamente su actividad física y comienza a reorganizar su rutina, delegando tareas que implican desplazamientos o esfuerzos físicos, lo que le genera preocupación y ansiedad en relación con su desempeño y su autonomía.

En este período, consulta nuevamente por la aparición de lesiones cutáneas que no había presentado previamente. Refiere un enrojecimiento violáceo persistente en la región periocular, inicialmente interpretado por la paciente como una reacción alérgica o dermatitis, y la aparición de lesiones eritematosas sobre los nudillos de ambas manos, levemente descamativas, y no pruriginosas. Niega haber presentado una exposición solar excesiva, cambios en el uso de productos cosméticos o contacto con sustancias irritantes. Se inicia manejo transdisciplinario diagnóstico/terapéutico en conjunto con Reumatología/Especialista en enfermedades autoinmunes.

Al **examen físico** se constató:

- Eritema violáceo periocular bilateral, de distribución simétrica, compatible con rash heliotropo.



Alperovich M, Meik S, Pinotti V. Dermatomiositis: información básica para pacientes y cuidadores [imagen en Internet]. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Dermatología; 2020 [citado 2026 Feb 3]. Disponible en: <https://sad.org.ar/dermatomiositis/>

- Pápulas eritematovioláceas sobre el dorso de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales, compatibles con pápulas de Gottron.



Vleugels RA. Cutaneous dermatomyositis in adults: overview and initial management [imagen en Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc.; 2025 [citado 2026 Feb 3]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/cutaneous-dermatomyositis-in-adults-overview-and-initial-management>

No se observaban ulceraciones cutáneas ni calcinosis.

Preguntas guía

- ✓ ¿Cuál es el valor diagnóstico de las manifestaciones cutáneas observadas en una paciente con debilidad muscular proximal y CPK persistentemente elevada?
- ✓ Ante la sospecha de una miopatía inflamatoria, ¿qué estudios complementarios deberían solicitarse?

La asociación temporal entre la debilidad muscular proximal de evolución progresiva y la aparición de lesiones cutáneas características orienta a la sospecha de una miopatía adquirida de probable etiología inflamatoria. Considerando la baja probabilidad de encontrarse ante una miopatía de causa hereditaria, metabólica, endócrina, infecciosa o tóxica a partir de los estudios realizados, se decide avanzar en el estudio etiológico de una miopatía adquirida de origen autoinmune.

• Laboratorio

Hemoglobina (g/dL)	10,2	CPK (UI/L)	5600
Hematocrito (%)	30	LDH (UI/L)	950
VCM (fl)	82	Aldolasa (U/L)	55
HCM (pg)	29,8	Ferremia (µg/dL)	62
Leucocitos (/mm ³)	7200	Transferrina (mg/dL)	181
Fórmula leucocitaria (%)	62/2/1/29/6	TIBC (ug/dl)	253
Plaquetas (/mm ³)	250000	% Sat. transferrina (%)	25
VES (mm/1° hora)	70	Ferritina (ug/l)	1135
PCR (mg/L)	28		
Laboratorio inmunológico			
Factor Reumatoideo (U/mL)	10	Panel ENA	
Ac anti CCP (U/mL)	8	Ro	Negativo
ANA (IFI Hep-2)	1/320 (Moteado)	La	Negativo
Ac anti ADN	Negativo	Sm	Negativo
C3 (mg/dL)	151	Rnp	Negativo
C4 (mg/dL)	12	Jo-1	Negativo
ANCA P - MPO	Negativo	Scl-70	Negativo
ANCA C - PR3	Negativo		
Proteinograma por electroforesis sérico			
Proteínas totales (g/dL)	8,6	Fracciones proteicas	
		Albúmina (g/dL)	3,4 (39%)
		Alfa-1 globulinas (g/dL)	0,32 (4%)
		Alfa-2 globulinas (g/dL)	0,95 (11%)
		Beta globulinas (g/dL)	1,05 (12%)
		Gamma globulinas (g/dL)	2,88 (34%)
Interpretación: hipergammaglobulinemia policlonal			
Panel de autoanticuerpos específicos y asociados a miositis			
Anti-Jo-1	Negativo	Anti-SAE1	Negativo
Anti-Mi-2	Negativo	Anti-PM	Negativo
Anti-Ku (p70/80)	Negativo	Anti-Scl75	Negativo
Anti-PL-7	Negativo	Anti-JO1	Negativo
Anti-PL-12	Negativo	Anti-EJ	Negativo
Anti-SRP	Negativo	Anti-OJ	Negativo

Anti-HMGCR	Negativo	Anti-Ro52	Negativo
Anti-PM-Scl-100	Negativo	Anti-NXP2	Negativo
Anti-MDA5	Negativo	Anti-TIF1 gamma	Positivo

- **Electromiografía:** Patrón miopático con potenciales de acción de corta duración y baja amplitud, con reclutamiento precoz. Sin signos de neuropatía periférica ni trastornos de la placa neuromuscular.
- **Resonancia magnética muscular de cuerpo entero:** Hiperintensidad difusa en secuencia STIR en músculos de cinturas escapular y pelviana, con distribución bilateral y simétrica, compatible con edema muscular inflamatorio activo. No se evidencian áreas de reemplazo graso significativo.
- **Biopsia muscular:** Infiltrado inflamatorio perivascular y perimisial, con atrofia perifascicular, compatible con dermatomiositis.

Preguntas guía (manejo conjunto APS y especialista)

- ✓ ¿Qué información específica aportan el laboratorio inmunológico con panel de anticuerpos para miositis, la electromiografía y la resonancia magnética muscular en el estudio de la miopatía en esta paciente?
- ✓ ¿En qué situaciones estaría indicada la realización de una biopsia muscular?
- ✓ ¿Cómo se clasifican las miopatías inflamatorias inmunomediadas y en cuál de estas entidades se encuadra el cuadro clínico de esta paciente?
- ✓ Investigue qué relevancia tiene la positividad del anticuerpo anti-TIF1γ.
- ✓ ¿Qué criterios permiten confirmar el diagnóstico de dermatomiositis y por qué este cuadro se considera de **alto riesgo oncológico**?
- ✓ ¿Qué estrategias de screening oncológico deberían indicarse y qué tipos de neoplasias se asocian con mayor frecuencia?

Ante estos hallazgos, se confirmó el diagnóstico de dermatomiositis con anticuerpo anti-TIF1γ positivo, por lo que se inició tratamiento con prednisona a dosis de 0,5 mg/kg/día, asociada a metotrexato 25 mg semanales por vía subcutánea como inmunosupresor ahorrador de corticoides, con suplementación concomitante de ácido fólico 5 mg semanales, y se ajustó la dosis de levotiroxina a 75 mcg/día. La paciente presentó una evolución clínica favorable, evidenciada por la mejoría progresiva de la fuerza muscular y el descenso sostenido de los valores de CPK, lo que permitió un descenso gradual de los glucocorticoides y la continuidad del metotrexato como tratamiento de mantenimiento.

Un año después del diagnóstico de la miopatía, María del Pilar consulta nuevamente a su médico clínico por presentar cansancio progresivo, disminución de la tolerancia al esfuerzo y de la fuerza muscular, en asociación con la reaparición de lesiones cutáneas que impresionan similares a las observadas al inicio de su enfermedad. En las últimas semanas agrega palpitaciones ocasionales, mareos y dificultad para concentrarse. Niega fiebre, sudoración nocturna, dolor torácico, disnea, pérdida de peso u otra sintomatología acompañante.

Al **examen físico**, la paciente presentaba:

Signos vitales: PA 115/75 mmHg, FC 110 lpm, FR 17 rpm, T° 36,5 °C. Piel y conjuntivas pálidas. Se observaba la presencia de rash heliotropo y pápulas de Gottron. Aparato cardiovascular: R1 y R2 normofonéticos, ritmo regular, con soplo sistólico eyectivo, de baja intensidad, audible en foco pulmonar, sin irradiación, que disminuye en reposo. Miembros: Fuerza muscular proximal en cinturas escapular y pelviana disminuida (4/5) de forma bilateral, con fuerza distal conservada, con leve fatigabilidad al esfuerzo sostenido. El resto del examen físico no mostraba alteraciones patológicas.

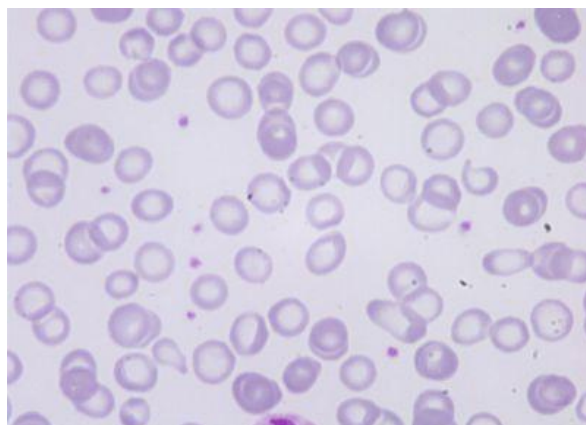
Preguntas guía:

- ✓ *Teniendo en cuenta los síntomas actuales ¿Podría tratarse de una recaída de su patología previa? ¿Esto explicaría toda su sintomatología?*
- ✓ *¿Qué diagnósticos diferenciales deberían considerarse?*
- ✓ *¿Qué estudios complementarios solicitaría?*

Se decide solicitar un nuevo laboratorio que informa:

Hemoglobina (g/dL)	8,9	CPK (UI/L)	3500
Hematocrito (%)	28	LDH (UI/L)	650
VCM (fl)	68	Ferremia (µg/dL)	18
HCM (pg)	21	Transferrina (mg/dL)	360
RDW (%)	17,8	TIBC (ug/dl)	450
Leucocitos (/mm³)	6800	% Sat. transferrina (%)	4
Plaquetas (/mm³)	445000	Ferritina (ug/l)	6
Reticulocitos (%)	0,6	Vitamina B12 (pg/mL)	420
Bilirrubina total (mg/dL)	0,3	Ácido fólico (ng/mL)	9,8
Bilirrubina directa (mg/dL)	0,1	Haptoglobina (mg%)	59
TGO (UI/L)	85	Test de Coombs	Negativo
TGP (UI/L)	90		

Frotis de sangre periférica: predominio de eritrocitos microcíticos e hipocrómicos, con marcada palidez central, anisocitosis y leve poiquilocitosis.

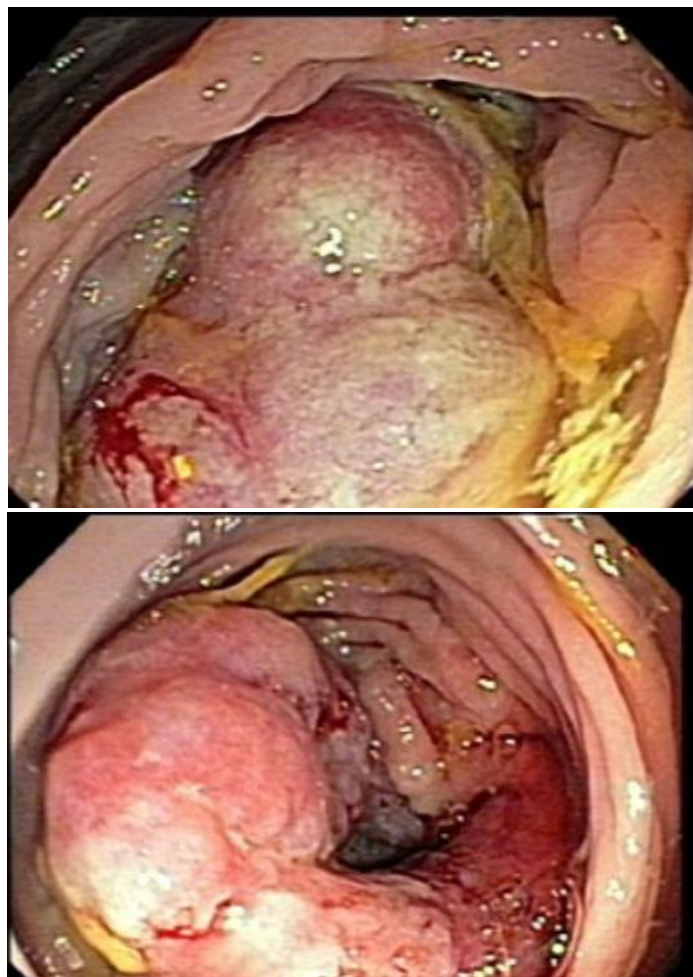


Preguntas guía:

- ✓ ¿Qué tipo de anemia sería? ¿Qué parámetros son útiles para clasificarla?
- ✓ ¿Cómo se interpreta la respuesta reticulocitaria?
- ✓ ¿Qué mecanismos fisiopatológicos pueden explicar la ferropenia en este contexto clínico?
- ✓ ¿Qué tratamientos existen para la anemia ferropénica? ¿En qué situaciones estaría indicada la transfusión de glóbulos rojos?
- ✓ ¿Cómo planificaría el seguimiento de Ma. del Pilar?

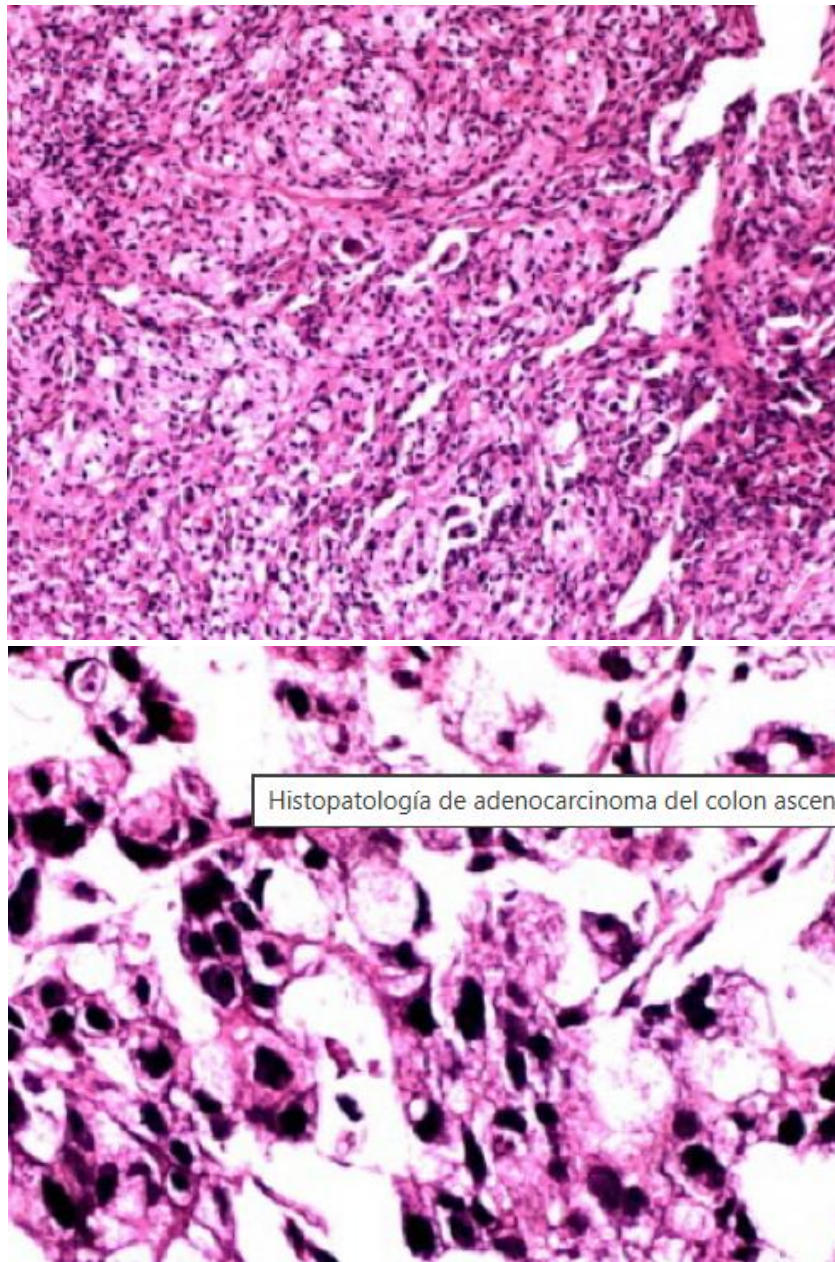
El cuadro fue interpretado como anemia ferropénica, por lo que se indicó tratamiento con sulfato ferroso y se sugirió control endoscópico; sin embargo, la paciente se negó. Reconsultó a los 3 meses y refirió haber abandonado el hierro por mala tolerancia digestiva. Se encontraba hiporéxica, con marcado adelgazamiento y empeoramiento de la astenia.

Se realizó la colonoscopia que informa una lesión vegetante de aproximadamente 3 cm a nivel de colon sigmoides, a 15 cm del margen anal.



* Imágenes obtenidas de internet

Se tomó biopsia de la lesión y se envió al Servicio de Anatomía Patológica que informó hallazgos histológicos compatibles con adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado.



* Imágenes obtenidas de internet

Con estos hallazgos, se completó la estadificación mediante tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis con contraste, sin evidenciar metástasis a distancia ni adenopatías regionales patológicas, interpretándose el cuadro como un cáncer de colon localizado (estadio clínico II, T3 N0 M0 según TNM).

El Servicio de Cirugía realizó sigmoidectomía con linfadenectomía regional, con seguimiento conjunto con el Servicio de Oncología. En forma concomitante, se intensificó transitoriamente el tratamiento inmunosupresor para el control del brote de dermatomiositis, mediante el aumento de la dosis de glucocorticoides asociada a la continuidad del tratamiento con metotrexato, con adecuada respuesta clínica y posterior remisión sostenida libre de esteroides tras la resolución quirúrgica del proceso oncológico.

Preguntas guía:

- ✓ *¿Qué importancia hubiera tenido el control con colonoscopia más tempranamente?*
- ✓ *¿Hubiera solicitado marcadores tumorales? ¿Cuáles conoce y cuáles considera su indicación razonable?*
- ✓ *¿Cuáles son las diferencias entre el test de sangre oculta en materia fecal y la endoscopia digestiva baja en cuanto a accesibilidad, costo, sensibilidad diagnóstica y aplicabilidad poblacional?*
- ✓ *¿Qué factores de riesgo específicos de esta paciente aumentan el riesgo de cáncer de colon?*
- ✓ *¿Qué valor tienen ciertos autoanticuerpos asociados a miopatías inflamatorias y enfermedades autoinmunes como marcadores de riesgo de neoplasia subyacente?*
- ✓ *¿Cómo se realiza la estadificación del cáncer de colon? Revise el sistema TNM y su importancia clínica para la toma de decisiones terapéuticas. ¿Qué indicación tendría la realización de una tomografía por emisión de positrones (PET)? Revise su utilidad y uso racional en oncología.*
- ✓ *¿Cuáles son los principios generales del tratamiento del cáncer de colon? ¿Por qué se diferencian del cáncer de recto? ¿Cómo se integran las estrategias quirúrgicas, quimioterápicas y radioterápicas?*



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 33: ENFERMEDADES GLOMERULARES. SÍNDROME NEFRÍTICO Y NEFRÓTICO. ANEMIAS 3° PARTE (HEMOLÍTICAS). FIEBRE EN PACIENTE CON LUPUS.

Autores: Victoria Belfer¹, Sofía Percara², Macarena Óses²

¹Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

²Ayudante de Cátedra Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

OBJETIVOS:

- Identificar el espectro de las enfermedades glomerulares renales.
- Reconocer los síndromes clínicos nefrítico/nefrótico, sus diferencias fisiopatológicas y su expresión clínica. Enumerar las diferentes etiologías de estos síndromes con su metodología diagnóstica y terapéutica.
- Comprender las manifestaciones renales del lupus eritematoso sistémico y su clasificación histopatológica.
- Enfoque del paciente con LES y fiebre. Diagnósticos diferenciales, principales causas, diferenciación entre actividad e infecciones. Biomarcadores.
- Identificar y analizar una anemia hemolítica. Cuadro clínico. Clasificación (congénitas/adquiridas; inmunes/no inmunes). Metodología diagnóstica. Opciones terapéuticas generales.
- Desarrollar un enfoque diagnóstico integral frente a hematuria glomerular y falla renal aguda. Integrar datos clínicos, de laboratorio e inmunológicos para la toma de decisiones. Plantear la conducta terapéutica inicial en la guardia y la conducta específica a continuación.

CASO CLÍNICO:

Recordatorio: Milagros, de 22 años, recibió previamente diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES), con compromiso en dominios constitucional (astenia, decaimiento, febrícula), articular (poliartritis simétrica de predominio en pequeñas articulaciones de manos y muñecas, acompañada de rigidez matinal), seroso (pericarditis), cutáneo (alopecia, fotosensibilidad, fenómeno de Raynaud), hematológico (leucopenia, linfopenia), inmunológico (FAN positivo, complemento disminuido, y luego de la última consulta se recibió resultados de Ac Anti ADN, Ac. Anti SM, Ac, Anti Ro positivos). Fue medicada con hidroxicloroquina 200 mg cada 12 horas, prednisona 7,5 mg/día, y por unos meses con AINEs y colchicina hasta constatar la resolución de la pericarditis. Con buena respuesta clínica.

CONSULTA ACTUAL

Milagros consulta a la guardia del sanatorio privado, donde trabaja Hernán, su médico clínico, por cuadro de 7 días de evolución caracterizado por registros febriles, sensación de rigidez articular y edema en ambas manos, y de 72 horas refiere orina oscura por lo cual decidió acudir. Niega disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. Niega síntomas respiratorios y gastrointestinales. Refiere que 20 días previos, abandono el tratamiento indicado, principalmente porque notaba que le estaban apareciendo estrías y tenía la “cara hinchada”.

Examen Físico:

- **Regular estado general, impresiona enferma.**
- Signos vitales: **PA:150/100 mmHg, FC:105 l/m, FR: 22 c/m, T: 38°C, Sat: 98% (FIO₂ 0.21)**
- Piel y faneras: Mucosas semihúmedas, conjuntivas rosadas, **escleras levemente ictéricas. Palidez mucocutánea generalizada. Estrías rojo vinosas en abdomen. Leve acumulación de grasa interescapular (giba) y supraclavicular.** No presenta edema sacro.
- Cabeza y cuello: **Facie de “luna llena”. Edema palpebral bilateral blando.** Puntos sinusales indoloros, trago negativo. Ingurgitación yugular 2/6 con colapso inspiratorio. Orofaringe rosada, sin exudados.
- Ap. Cardiovascular: Ritmo cardíaco regular, R1-R2 normofonéticos, se ausculta soplo sistólico grado II, sin R3 ni R4. Pulsos periféricos conservados. Sin frote pericárdico.
- Ap. Respiratorio: Buena entrada bilateral de aire, sin ruidos agregados. Buena mecánica respiratoria.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible e indoloro sin defensa ni descompresión, RHA+, **leve esplenomegalia.**
- Ap. Genitourinario: Puño percusión negativa bilateral.
- Miembros: **Sinovitis en articulaciones metacarpofalángicas de ambas manos. Edema periférico blando con Godet (+) en ambos miembros inferiores, de predominio maleolar.**
- Neurológico: Vigil, orientada en tiempo espacio y persona. Sin focalidad neurológica ni signos meníngeos.

PREGUNTAS GUÍAS

- ✓ *Elabore una lista de problemas a partir del cuadro clínico.*
- ✓ *Identifique los hallazgos del examen físico e intente realizar la interpretación más probable de los mismos.*
- ✓ *¿Qué diagnósticos sindrómicos puede plantear con los datos iniciales?*
- ✓ *¿Qué orienta a un compromiso renal de origen glomerular?*
- ✓ *¿Qué estudios solicitaría inicialmente en la guardia?*

• LABORATORIO:

Hemoglobina	9 g/dl	TGP	32 UI/l
Hematocrito	26.8%	Bilirrubina total (D/l)	4,8 mg/dL (0.6 mg/dl 3.2mg/dl)
Glóbulos Rojos	3.250.000/mm ³	Proteínas totales y albúmina (g/dl)	7.4/3.5 g/dl
VCM	90 fL	Colesterol total, LDL, HDL, TCG (mg/dl)	180/100/49/98 mg/dl
HCM	32.3 pg	Na+ K+ Cl-	136 mEq/L 4,3 mEq/L 102 mEq/L
Rec. plaquetas	180.000/mm ³	LDH	900 UI/L
Reticulocitos (corregidos)	3,5%	Haptoglobina	< 10 mg/dL
VES	85 mm	Coombs directo	positivo
PCR	4 mg/l	ANA	Reactivo 1/640
Glicemia	110 mg/dl	Anti-DNA	120 UI/mL
Uremia	90 mg/dl	C3	48 mg/dL
Creatininemia	2.3 mg/dl	C4	6 mg/dL
TGO	58 UI/l	Relación proteínas/creatinina urinaria	1500 mg/g

• ORINA COMPLETA

EXAMEN FÍSICO QUÍMICO	
Color: AMARILLO	Aspecto: TURBIO
Densidad: 1.02	pH: 5
Proteínas: +++ g/l	Glucosa: NEGATIVO
C. cetónicos: NEGATIVO	Pig. biliares: NEGATIVO
Urobilinógeno: NORMAL	Hemoglobina: ++++
EXAMEN MICROSCÓPICO DEL SEDIMENTO	
Leucocitos: -	Cel. epiteliales: +++
Piocytes: -	Hematíes: +++
Mucus: -	Cristales: URATOS AMORFOS +++
Cilindros: 1-3 CILINDROS HEMÁTICOS POR CAMPO	

- **ECOGRAFÍA RENAL:**

Hígado de tamaño normal. Parénquima hepático homogéneo, de ecogenicidad habitual. Distribución vascular intrahepática conservada. No se observan signos de dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. Vesícula biliar: Forma y tamaño conservado. Paredes regulares de espesor habitual. Contenido líquido homogéneo. Alitiásica. Colédoco: Calibre conservado. Páncreas de tamaño normal, bordes definidos, estructura ecogénica homogénea. Bazo: forma y ecoestructura conservada con **aumento global de tamaño, con diámetro longitudinal de 14 cm**, compatible con **esplenomegalia leve**. Riñón derecho en su localización habitual. Forma y tamaño conservado, sin alteraciones morfológicas de significación ecográfica. Riñón izquierdo en su localización habitual. Forma y tamaño conservado, sin alteraciones morfológicas de significación ecográfica. No se visualiza líquido libre en cavidad abdominal al momento del examen.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX



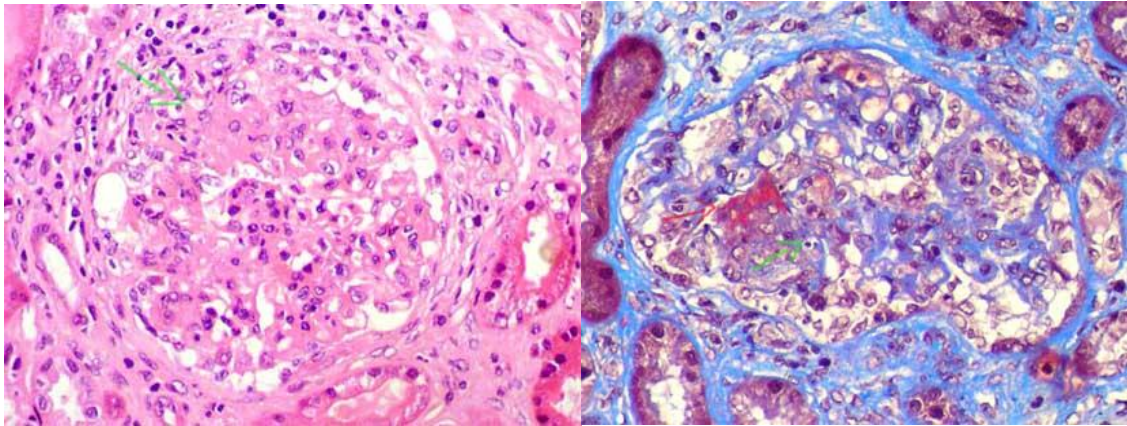
PREGUNTAS GUÍAS

- ✓ *Identifique y analice los hallazgos patológicos de los exámenes complementarios*
- ✓ *¿Qué tipo de síndrome renal presenta la paciente?*
- ✓ *Diferencie síndrome nefrítico y síndrome nefrótico.*
- ✓ *Revise las causas de las enfermedades glomerulares y la metodología diagnóstica inicial recomendada.*
- ✓ *Investigue cuando se considera la presencia de una glomerulonefritis rápidamente progresiva, por qué se considera una urgencia y la importancia de un diagnóstico y tratamiento temprano.*
- ✓ *Revise todo el espectro del compromiso renal en pacientes con LES. Clasificación y su utilidad clínica para la toma de decisiones.*
- ✓ *Revise el enfoque de la presencia de fiebre en el paciente lúpico. Principal diagnóstico diferencial, distinguir entre infecciones o actividad autoinmune. ¿Qué elementos clínicos y de los exámenes complementarios colaboran con la búsqueda de la causa? Revise rol de biomarcadores como VES, PCR, proteinograma por electroforesis y procalcitonina.*
- ✓ *¿Qué datos sugieren actividad lúpica?*
- ✓ *Interprete la anemia: cómo la clasificaría fisiopatológicamente entre regenerativa o arregenerativa. ¿Cómo interpreta el valor de reticulocitos, cuál es su significado, que son los reticulocitos corregidos y el índice de producción reticulocitaria? Investigue cómo se calcula y su interpretación clínica*
- ✓ *¿Cómo se diagnostica una anemia hemolítica? ¿Qué parámetros presentes en Milagros permiten sospechar hemólisis? Revise causas y clasificación de anemias hemolíticas.*
- ✓ *¿Qué relación tiene la anemia hemolítica con el LES?*
- ✓ *¿Qué otras causas de anemia deberían descartarse?*
- ✓ *¿Cómo continuaría el estudio de esta paciente?*

CONTINUACIÓN

Se solicitan:

- Hematíes dismórficos: presentes >35%
- Frotis de sangre periférica: presencia de esferocitos, policromasia y reticulocitosis.
- Proteinuria de 24 hs: 1400 mg/24hs
- Estudio inmunohematológico: Positivo, con hallazgo de autoanticuerpo IgG. Compatible con AHAI por anticuerpos calientes
- Biopsia renal: **≥50 %** de los glomérulos examinados presentan **lesiones proliferativas endocapilares**, compatibles con **glomerulonefritis difusa**. Conclusión diagnóstica: **Nefritis lúpica clase IV**.



* Imágenes obtenidas de Internet

PREGUNTAS GUÍA (manejo transdisciplinario Clínica/Hematología/Reumatología-Especialista en enfermedades autoinmuns)

Enfoque terapéutico general

- ✓ ¿Qué elementos del caso determinan la gravedad y la necesidad de tratamiento inmunosupresor intensivo?
- ✓ ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento en esta etapa (renal, hematológico y sistémico)?

Manejo de la proteinuria y la función renal

- ✓ ¿Cuál es el rol de los IECA o ARA II en esta paciente?
- ✓ ¿Qué metas de reducción de proteinuria se esperan a corto y mediano plazo?
- ✓ ¿Cómo se evalúa la respuesta al tratamiento en la nefritis lúpica?

Tratamiento de la anemia hemolítica autoinmune

- ✓ ¿Cuál es el tratamiento de primera línea de la anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes?
- ✓ ¿Cuándo consideraría transfusión de glóbulos rojos y qué precauciones debe tener?
- ✓ ¿Qué rol tienen otros tratamientos (rituximab, inmunoglobulina endovenosa) si no hay respuesta?

Tratamientos concomitantes y medidas generales

- ✓ ¿Por qué la hidroxicloroquina debe indicarse en todos los pacientes con LES, incluso con compromiso renal?
- ✓ ¿Qué medidas de profilaxis infecciosa deben considerarse durante el tratamiento inmunosupresor?



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 34: EDEMAS DE MIEMBROS INFERIORES. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. TROMBOFILIAS.

Autores: Julieta Palma¹, Luciana Carli², Sofía Percara²

¹Clínica Médica- UDA Hospitales Municipales.

²Ayudante de Cátedra Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

OBJETIVOS:

- Explorar el edema como síntoma y como signo clínico, identificando los distintos síndromes edematosos, y valorando su importancia en la práctica clínica.
- Integrar los conocimientos de fisiopatología del edema con el objetivo de orientar el razonamiento diagnóstico. Diferenciar el edema localizado del edema generalizado, reconociendo las principales patologías asociadas a cada una de estas presentaciones clínicas.
- Reconocer la presentación clínica de la trombosis venosa profunda (TVP), incluyendo sus formas de mayor gravedad, como la *flegmasia alba dolens* y la *flegmasia cerúlea dolens*.
- Identificar las distintas herramientas diagnósticas utilizadas ante la sospecha de TVP, considerando los criterios de gravedad, las pruebas de laboratorio y los métodos de diagnóstico por imágenes.
- Analizar los criterios que orientan la indicación de tratamiento ambulatorio o de internación hospitalaria, y conocer los distintos esquemas de anticoagulación empleados en el manejo de la TVP.
- Identificar las situaciones en las que está indicado el estudio de trombofilias e integrar los factores de riesgo asociados a la TVP y a los estados de hipercoagulabilidad.

Contenidos a recuperar: Fisiopatología del edema (Injuria). Hemostasia y trombosis (Defensa). Estados de hipercoagulabilidad (Defensa). Semiología del edema y del sistema venoso (Injuria).

CASO CLÍNICO:

Motivo de consulta: dolor y edema de miembro inferior izquierdo.

Enfermedad actual: Maite de 33 años (actualmente), de visita a sus padres en Rosario (vive en CABA), consulta a través de la Guardia de Sanatorio Privado, derivada por Hernán, luego de llamado telefónico de Ma. del Pilar, su madre.

Cuadro clínico de 72 horas de evolución caracterizado por edema en miembro inferior izquierdo, y dolor intenso que no cede con reposo ni analgésicos comunes.

No refiere traumatismos recientes, y no puede precisar exactamente cuándo comenzó el dolor. Reconoce estar irritable hace algunos meses y con dificultad para conciliar el sueño. En algunas oportunidades percibió palpitaciones al subir escaleras o cuando realizaba su rutina habitual de actividad física (Pilates).

Hace una semana regresó de Estados Unidos donde visitó a su hermano Benito, quién le expresó preocupación por notarla más delgada de lo habitual. Durante el viaje de vuelta ya tuvo que comenzar a trabajar (es diseñadora de Indumentaria) y sospecha que su malestar está relacionado con el estrés que le provoca el lanzamiento de su nueva línea de invierno.

Antecedentes personales:

- Anemia ferropénica en tratamiento sustitutivo irregular con sulfato ferroso 200 mg/día. Refiere que le provoca náuseas y distensión abdominal.
- Menarca a los 12 años. FUM: Hace 14 días. Ritmo regular sin alteraciones. G1 P0 C0 A1 (Aborto espontáneo hace dos años, aproximadamente a la 6ta semana de gestación, sin precisar mayores detalles ni estudios. Utiliza anticonceptivos orales y método de barrera.

Hábitos:

- Dieta variada. Confiesa que a veces saltea comidas por estar trabajando.
- Tabaquista 8 paquetes/año. Ha intentado dejarlo sin éxito.
- Asiste a pilates 1 o 2 veces por semana.

Antecedentes familiares:

- Madre: hipotiroidismo por tiroiditis de Hashimoto, nódulo tiroideo, colitis ulcerosa, dermatopolimiositis y reciente diagnóstico de cáncer de colon
- Padre: no realiza controles médicos, obesidad, desconoce otros antecedentes
- Abuela paterna: diabetes e hipertensión arterial
- Abuelo paterno: fallecido por ACV a los 77 años
- Abuela materna: artritis reumatoidea, cáncer de pulmón
- Hermano sano
- Hermana menor: vitíligo, lupus eritematosos sistémico

Examen físico: Signos vitales: TA 110/60 mmHg FC 88 lpm FR 16 rpm T 36.5°C Sat. O₂ 98% (FI02 0.21). Presenta conjuntivas pálidas. Ritmo cardíaco regular. No se auscultan soplos. Buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados. Abdomen globuloso, distendido, depresible, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio. Ruidos hidroaéreos aumentados. **Miembro inferior izquierdo:** aumento de diámetro del miembro respecto del contralateral > 4 cm, godet ++, aumento de temperatura local. Homans y Ollows positivo unilateral. Miembro inferior derecho: sin alteraciones, tono, trofismo y temperatura conservados. Lúcida, sin foco neurológico motor ni sensitivo.

PREGUNTAS GUÍA:

- ✓ *Identifique el dato guía. Con los datos obtenidos hasta ahora, intente armar una representación del problema en una sola frase. A partir de esto plantee las diferentes hipótesis diagnósticas.*
- ✓ *Revise causa de edemas periféricos. Unilaterales y bilaterales. Características clínicas y semiológicas que orientan a las distintas entidades nosológicas.*
- ✓ *¿Qué son los signos de Homans y Ollows? ¿Qué utilidad y confiabilidad presentan para el diagnóstico de TVP?*
- ✓ *¿Puede confirmar el diagnóstico a través de la clínica? ¿Se puede estimar la probabilidad clínica de TVP solo con la anamnesis y el examen físico?*
- ✓ *¿Considera que Maite tiene una presentación grave? ¿Con qué celeridad y qué exámenes complementarios solicitaría?*
- ✓ *¿En qué escenarios la clínica es suficiente para iniciar una conducta terapéutica?*
- ✓ *Identifique los factores de riesgo asociados a trombosis venosa profunda en general y presentes en Maite en particular. ¿Qué jerarquía le otorga al antecedente de aborto?*
- ✓ *¿Qué información aporta el dímero D y cuáles son sus limitaciones?*
- ✓ *¿En qué contexto estaría indicado descartar tromboembolismo pulmonar?*

A los 40 minutos de la consulta se obtienen los resultados de los exámenes complementarios solicitados:

- **Ecografía doppler de miembros inferiores:** Vena ilíaca externa izquierda: no compresible, con material ecogénico intraluminal compatible con trombo, con ausencia de flujo Doppler color. Vena femoral común izquierda: no compresible, ocupada por material trombótico, sin señal de flujo espontáneo ni con maniobras de compresión distal. Vena femoral superficial izquierda: compromiso trombótico continuo, no compresible, sin flujo detectable. Vena poplítea izquierda: no compresible, con trombo intraluminal y ausencia de flujo venoso. Aumento del calibre venoso proximal al sitio de obstrucción, sin desarrollo de circulación colateral. Sistema venoso profundo del miembro inferior derecho permeable y compresible. Sistema venoso superficial sin signos de trombosis. **Conclusión: Hallazgos compatibles con trombosis venosa profunda proximal extensa ilio-fémoro-poplítea izquierda.**

- Laboratorio:

Hemoglobina (g/dL)	11.5
Hematocrito (%)	34
VCM (fl)	72
HCM (pg)	29
RDW (%)	17
Glóbulos blancos (/mm)	6400
Neutrófilos (%)	72
Eosinófilos (%)	1
Basófilos (%)	0
Linfocitos (%)	36
Monocitos (%)	1
Plaquetas (/mm)	160.000
Glicemia (mg/dl)	78
Urea (mg/dl)	45
Creatinina (mg/dl)	0.80

Bilirrubina total (mg/dL)	1
TGO (UI/L)	35
TGP (UI/L)	30
FAL (UI/L)	64
GGT (UI/L)	50
LDH (UI/L)	230
VES (mm/1° hora)	60
PCR (mg/L)	54
TP (seg)	11
APTT (seg)	25
Dímero D (ng/mL)	1000
VIH	No reactivo
VHB	No reactivo
VDRL	+
Pruebas treponémicas	Negativas

PREGUNTAS GUÍA:

- ✓ *A partir de los resultados de laboratorio, ¿qué alteraciones analíticas resultan esperables en este contexto y cuáles aportan información relevante para el diagnóstico, la estratificación del riesgo y el tratamiento?*
- ✓ *El dímero D se encuentra elevado (1000 ng/mL): ¿cómo debe interpretarse este valor en una paciente con alta probabilidad clínica y confirmación ecográfica de TVP? ¿Aporta información adicional en este punto evolutivo o modifica la conducta?*
- ✓ *La ecografía Doppler informa una TVP proximal extensa ilio-fémoro-poplíteo: ¿qué implicancias clínicas y pronósticas tiene la extensión del trombo? ¿Este hallazgo redefine la gravedad del cuadro y la necesidad de internación o de estrategias terapéuticas específicas?*
- ✓ *Frente a este diagnóstico confirmado, ¿es necesario solicitar estudios complementarios adicionales en forma sistemática? Fundamente si corresponde ampliar el estudio por riesgo de tromboembolismo pulmonar o complicaciones asociadas.*
- ✓ *¿Cuál sería el esquema de anticoagulación inicial más adecuado en esta paciente?*
- ✓ *Justifique la elección del fármaco, la vía de administración y el ámbito de tratamiento (internación o ambulatorio).*
- ✓ *¿Durante cuánto tiempo debería mantenerse la anticoagulación? Analice la duración del tratamiento considerando la extensión de la TVP y los factores de riesgo presentes.*
- ✓ *¿Está indicado el estudio de trombofilias en esta paciente? En caso afirmativo, especifique cuándo, en qué contexto clínico y qué alteraciones sería pertinente investigar, evitando estudios innecesarios.*

Evolución: Se realiza interconsulta al Servicio de Hematología que inicia tratamiento anticoagulante con enoxaparina 1mg/kg cada 12 hs por vía SC. Se solicitan en esta instancia estudios de trombofilias hereditarias con los siguientes resultados:

- **Factor V Leiden (G1691A):** No detectada
- **Mutación Protrombina (G20210A):** No detectada
- **Antitrombina (actividad):** 102 % (VR 80–120 %) Δ *Puede disminuir en fase aguda, consumo, heparina o trombosis activa.*
- **Proteína C (actividad):** 98 % (VR 70–140 %) Δ *Disminuye en fase aguda, hepatopatía, coagulación intravascular diseminada (CID), uso de antagonistas de vitamina K (AVK).*
- **Proteína S libre:** 92 % (VR 60–130 %) Δ *Disminuye en fase aguda, embarazo, ACO, inflamación.*

Se decide en esta instancia iniciar *switch* con acenocumarol, le indican 1 mg día (¼ de comprimido) y control al cabo de una semana. Le indican estrictas pautas de alarma.

PREGUNTAS GUÍA:

Bibliografía sugerida: https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2020/volumen-80-ano-2020-s-4-indice/consenso_vitamina_k/

- ✓ ¿Por qué considera adecuado el inicio de tratamiento con enoxaparina? Realice un breve repaso sobre farmacocinética y farmacodinamia aplicada, cuál es su vida media, cuando comienza su efecto terapéutico. ¿Posee antídoto?
- ✓ Maite le consulta por los “nuevos anticoagulantes directos”, conocidos como DOAC, quiere usarlos porque no precisan controles y escuchó que son “más seguros” ¿Son más seguros? ¿Cuál es su vida media? ¿Tienen antídoto? ¿Están contraindicados en algún escenario? ¿Son útiles para prevenir ETV en todas las trombofilias?
- ✓ Compare sobre ventajas y desventajas del tratamiento anticoagulante con antagonistas de la vitamina K. Perfil farmacodinámico, vida media, etc.
- ✓ ¿Por qué se solicitaron sólo estudios de trombofilias hereditarias? ¿Considera necesario ampliar el estudio? ¿Considera necesario repetir estas determinaciones? ¿Cuáles y cuándo?
- ✓ ¿Cuándo y qué estudios solicitaría para evaluar la presencia de síndrome antifosfolípidos (SAF)? ¿Qué relevancia clínica y terapéutica tienen los mismos?

Evolución (parte II): Maite concurre al control de anticoagulación tras una semana de tratamiento con enoxaparina (1 mg/kg cada 12 hs) y acenocumarol (1 mg día). Obtiene un RIN = 1.7. Su médica le explica que para prevenir la ocurrencia de ETV es preciso obtener un RIN en rango terapéutico, es decir entre 2 y 3, y que deben aumentar un 10% la dosis:

Si Maite toma 1 mg día, es decir 7 mg semanales, un aumento del 10% es = 0.7 mg.

Entonces se le indica tomar ¼ de comprimido todos los días, excepto los días lunes en los que deberá tomar ½ comprimido. Debe continuar concomitantemente el tratamiento con enoxaparina y concurrir a control en 1 semana nuevamente.

ANEXO. MARCO TEÓRICO

Trombofilia: un concepto en construcción. Predisposición, riesgo y azar

Julieta Palma

*“¿le pregunto al azar
acaso porque sé
que el azar no responde?*

*y así y todo
el azar
¿Es realmente un azar?”*

Preguntas al azar - Mario Benedetti

La palabra trombofilia proviene del griego, de: *thrombos* (coágulo o grumo) y *philia* (acción, tendencia o inclinación). Cómo describe fielmente su nombre se trata de una predisposición o “afición” de la sangre a formar trombos (coágulos) de manera anormal.

¿Se trata de una enfermedad? **No**, no es una enfermedad, **es una alteración en la hemostasia, hereditaria o adquirida, que predispone al desarrollo de trombosis.**

La predisposición no define ocurrencia, pero aumenta la probabilidad de un evento. Es importante tener presente que la detección de alteraciones moleculares o serológicas en ausencia de manifestaciones clínicas no constituye, por sí sola, una indicación terapéutica. La toma de decisiones basada exclusivamente en marcadores de laboratorio, sin evidencia de eventos clínicos comprobados, puede conducir a intervenciones innecesarias o potencialmente perjudiciales. Por ello, la evaluación del riesgo trombótico debe integrarse siempre al contexto clínico del paciente, diferenciando claramente entre predisposición biológica (trombofilia) y sus manifestaciones clínicas.

¿Cuándo sospechar trombofilia? A QUIENES DEBEMOS ESTUDIAR...

Pacientes sintomáticos

1. Tromboembolismo venoso (TEV), si:
 - Primer episodio espontáneo en < 50 años
 - Asociado a un factor de riesgo transitorio (ej: vuelo, anticonceptivos orales) en <50 años. *Evento desproporcionado para el tipo de factor de riesgo.*
 - Recurrente, espontáneo o provocado a pesar de tromboprofilaxis adecuada.
 - Asociado a estrógenos, embarazo o puerperio.
 - Antecedentes familiares de TEV (≥2 familiares de primer grado, <50 años, sin causa clara)

☞ No importa sólo que haya un factor de riesgo, sino también si ese factor explica **razonablemente** el evento.

2. Localizaciones trombóticas inusuales:

- Trombosis venosa superficial recurrente en <50 años
- Trombosis de vena central o ramas de la retina en <45 años sin factores de riesgo cardiovasculares
- Trombosis esplácnica (portal, mesentérica, Budd-Chiari) sin causa local
- Trombosis de senos venosos cerebrales (sin causa loco-regional)
- TVP de miembro superior o cuello sin catéter ni compresión extrínseca.

☞ Además de trombofilias, sospechar y buscar: hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN), NMPC

3. Trombosis arterial

- Evento arterial en <50 años SIN factores de riesgo cardiovascular

☞ Pensar en SAF.

4. Situaciones particulares

- Necrosis cutánea por antagonistas de vitamina K (AVK): déficit de proteína S (PS), proteína C (PC).

Sujetos asintomáticos sólo si:

- Familiar de 1er grado con trombofilia conocida e historia de TEV clínicamente relevante.
- Mujeres asintomáticas que intentan embarazo o requieren terapia hormonal estrogénica, con familiares de primer grado con trombofilia conocida sintomática.

Les propongo reflexionar sobre esto a partir de un ejemplo:

Josefina, 28 años, consulta para iniciar tratamiento hormonal de reafirmación de género. En el contexto de estudios de laboratorio de rutina, presenta VDRL reactivo, con prueba treponémica negativa. Ante la sospecha de interferencia analítica, su médico tratante considera la posibilidad de presencia de anticoagulante lúpico.

Se completa estudio de trombofilia adquirida, confirmándose en dos determinaciones separadas por 12 semanas:

Anticoagulante lúpico: positivo en título alto

Anticuerpos anticardiolipinas: IgM positivo moderado, IgG positivo moderado

Anticuerpos anti-β2-glicoproteína: resultado indeterminado

La paciente no presenta antecedentes personales de trombosis arterial ni venosa, ni eventos obstétricos. No refiere síntomas compatibles con enfermedad autoinmune sistémica. A partir de estos hallazgos, se realiza derivación a Hematología para evaluación.

¿La presencia de anticuerpos antifosfolípidos en una paciente sin antecedentes de trombosis contraindica el inicio de un tratamiento hormonal? ¿Implica la necesidad de anticoagulación profiláctica? ¿Qué estamos interpretando realmente cuando solicitamos estos estudios, una enfermedad, un aumento del riesgo o un hallazgo de laboratorio? ¿Qué conducta es razonable adoptar en ausencia de eventos clínicos? ¿Cómo deberían estos resultados integrarse de manera adecuada en la toma de decisiones clínicas?

Por estas y otras preguntas, es que, al iniciar el estudio de trombofilias y puntualmente de SAF van a encontrarse con innumerables controversias. Frente a este escenario, el **razonamiento clínico** constituye nuestra principal herramienta para tomar decisiones prudentes, individualizadas y basadas en el contexto del paciente.

El estudio de trombofilia no es rutinario, es dirigido. Se justifica cuando el evento: temprano y/o inusual y/o recurrente y/o desproporcionado y/o tiene impacto pronóstico o terapéutico.

Para la toma de estas decisiones y la correcta interpretación clínica es necesario estudiar la clasificación y las características de las trombofilias (con relevancia clínica) conocidas hasta la fecha:

Trombofilias	ALTO RIESGO	BAJO RIESGO
Hereditarias	- Deficiencia de antitrombina - Deficiencia de proteína C - Deficiencia de proteína S - FVL homocigota - PT20210 homocigota - Dobles heterocigotas (FVL / PT20210) - y otras trombofilias combinadas	- FVL heterocigota - PT20210 heterocigota - Hiperhomocisteinemia
Adquiridas	Síndrome antifosfolípidos (SAF)	Hiperhomocisteinemia

Trombofilias hereditarias:

Desde el punto de vista fisiopatológico, las trombofilias hereditarias pueden clasificarse en dos grandes grupos. Por un lado, se encuentran las **deficiencias de los principales inhibidores naturales de la coagulación**, que incluyen la **antitrombina (AT)**, la **proteína C (PC)** y la **proteína S (PS)**. Estas deficiencias son poco frecuentes en la población general, con una prevalencia menor al 0,5%, pero se consideran de **alto riesgo**. Suelen identificarse en el contexto de familias con antecedentes personales y familiares significativos de trombosis venosa, y el evento trombótico suele manifestarse a edades tempranas, generalmente antes de los 50 años.

Por otro lado, se reconocen **polimorfismos genéticos con ganancia de función, entre los cuales los más relevantes son el factor V Leiden (FVL) y la mutación del gen de la protrombina**. Estas alteraciones son considerablemente más frecuentes en la población general occidental, con una prevalencia estimada entre el 3% y el 9%, aunque existen variaciones importantes según el origen étnico. A diferencia de las deficiencias de AT, PC y PS, estas mutaciones se asocian a una trombofilia de menor intensidad, y el riesgo trombótico suele ser más bajo cuando se presentan de manera aislada, suelen manifestarse en asociación a factores de riesgo adquiridos o transitorios, como cirugías, traumatismos, embarazo, puerperio o inmovilización prolongada.

Es importante destacar que la mayoría de las trombofilias hereditarias se presentan en forma heterocigota, lo que condiciona un riesgo trombótico variable y refuerza la necesidad de una evaluación clínica integral que contemple tanto los factores genéticos como los adquiridos al momento de estimar el riesgo individual de tromboembolismo venoso.

Trombofilias adquiridas: SAF

El síndrome antifosfolipídico (SAF) es una trombofilia adquirida, inmunomediada, definida por la asociación entre eventos trombóticos y/o morbilidad obstétrica y la presencia persistente de anticuerpos antifosfolipídicos (aPL). Puede presentarse como entidad aislada (SAF primario) o asociado a enfermedades autoinmunes, especialmente lupus.

Desde el punto de vista clínico, el SAF se manifiesta principalmente por:

- Trombosis venosa, que es la forma más frecuente.
- Trombosis arterial, menos común pero clínicamente relevante.
- Complicaciones obstétricas características.

Debe sospecharse SAF ante trombosis no provocada, recurrente, de localización inusual, o en pacientes jóvenes, así como ante **morbilidad obstétrica típica**, especialmente cuando no hay otra causa evidente.

Pausa para repasar los criterios obstétricos

Se consideran criterios obstétricos:

- ***≥ 1 muerte fetal inexplicada a partir de la semana 10 de gestación.***
- ***≥ 1 parto prematuro antes de la semana 34 por preeclampsia grave, eclampsia o insuficiencia placentaria.***
- ***≥ 3 abortos espontáneos consecutivos antes de la semana 10, descartadas causas anatómicas, hormonales o cromosómicas.***

El diagnóstico requiere la combinación de criterios clínicos y criterios de laboratorio. Ante la sospecha, deben solicitarse los tres anticuerpos antifosfolipídicos:

- Anticoagulante lúpico
- Anticardiolipina (IgG y/o IgM)
- Anti-β2-glicoproteína I (IgG y/o IgM)

*Para confirmar el diagnóstico, la positividad debe ser **persistente**, demostrada en **al menos dos determinaciones separadas por 12 semanas**. La positividad aislada o transitoria no define SAF.*

***Es importante recordar:** ✗ NO estudiar durante la fase aguda, durante el embarazo o puerperio precoz; ✓ Sí estudiar 3 meses después del evento y valorar interferencias del tratamiento anticoagulante instaurado.*

El perfil de anticuerpos es clave para la estratificación de riesgo. Los pacientes con **triple positividad** (los tres anticuerpos positivos) presentan mayor riesgo trombótico y de recurrencia. Esta clasificación condiciona la conducta terapéutica, ya que hasta la fecha, siguen siendo los antagonistas de la vitamina K los fármacos de elección para los perfiles de alto riesgo (triple positivos), reservando el uso de DOAC para casos de menor riesgo trombótico.

El SAF es una entidad en la que el diagnóstico correcto y la elección adecuada del tratamiento según el perfil inmunológico son fundamentales para prevenir recurrencias.

Lo que el estudio de trombofilia puede —y no puede— responder

La identificación de trombofilia no permite predecir el momento ni la ocurrencia del primer evento trombótico, no discrimina con certeza el riesgo individual de recurrencia, no identifica diferencias en mortalidad y no justifica modificar el tratamiento anticoagulante inicial ni la profilaxis estándar indicada por el contexto clínico. Aun durante períodos de alto riesgo, el valor predictivo positivo de un estudio anormal es bajo, y una proporción significativa de los eventos trombóticos continúa siendo espontánea, independientemente de los resultados del laboratorio.

Definidos estos límites, la utilidad del estudio de trombofilia debe entenderse como selectiva y contextual. Su principal aporte radica en identificar subgrupos de pacientes con mayor susceptibilidad trombótica.

Asimismo, el conocimiento de una trombofilia **puede respaldar la indicación de profilaxis tromboembólica en situaciones puntuales que, en ausencia de este dato, no la hubieran justificado**, siempre en el marco de una evaluación clínica integral. Fuera de estos contextos, el estudio no modifica conductas y puede inducir a intervenciones innecesarias.

En este marco, la trombofilia debe interpretarse como un **factor de susceptibilidad**, no como una causa suficiente ni como un determinante aislado. Su estudio no busca certezas absolutas, sino aportar información parcial para la toma de decisiones clínicas individualizadas.

La trombofilia aporta información sobre susceptibilidad, pero no sustituye al razonamiento clínico ni elimina la incertidumbre inherente a la enfermedad trombótica.



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 35: SÍNDROMES MALABSORTIVOS. ENFERMEDAD CELÍACA. CUIDADOS CLÍNICOS DE LA PERSONA GESTANTE.

Autores: Julieta Palma¹, Luciana Carli², Daniela Maldonado²

¹Clínica Médica- UDA Hospitales Municipales.

²Ayudante de Cátedra Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

OBJETIVOS:

- Identificar los signos y síntomas sugestivos de malabsorción.
- Conocer las características clínicas de cada síndrome y sus clasificaciones.
- Evaluar los criterios clínicos, analíticos e imagenológicos requeridos para dichos diagnósticos.
- Definir enfermedad celíaca y sus diferentes formas clínicas de presentación. Distinguir y profundizar tanto en daño gastrointestinal como extra-gastrointestinal. Rol de la autoinmunidad en el desarrollo de los trastornos malabsortivos. Plantear diagnósticos diferenciales y utilidad de los métodos diagnósticos para este fin. Conocer la indicación de videoendoscopia digestiva alta. Valorar la utilidad clínica de la clasificación de Marsh. Reflexionar sobre los alcances y limitaciones del tratamiento médico. Conocer las comorbilidades más frecuentemente asociadas.

Contenidos a recuperar: Anatomía, histología y fisiología normales del sistema digestivo (Nutrición), Índices de masa corporal, etc. (Nutrición), necesidades energéticas, proteicas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales, para adolescente, adulto joven y adulto mayor (Nutrición). Influencia de las condiciones sociales y culturales en la alimentación (Nutrición). Fisiopatología de la inflamación (Injuria y Defensa). Definición de diarrea. Mecanismo fisiopatológico. Causas más frecuentes. Metodología de estudio (Injuria). Injurias psíquicas (Injuria).

CASO CLÍNICO:

Maite (actualmente 33 años)

Motivo de consulta: diarrea y distensión abdominal.

Enfermedad actual: comienza hace 6 semanas con diarrea intermitente, de tipo pastosa, no disintérica y asociada a cólicos y distensión abdominal. No refiere fiebre, ni vómitos, no lo asocia con ningún alimento en particular.

Al interrogatorio dirigido se infiere que ha perdido peso en forma involuntaria, recuerda que cuando cursó internación por su TVP la pesaron para definir la dosis de enoxaparina y pesaba 60 kg, ahora, 6 meses después pesa 53 kg.

Refiere que estuvo con períodos de estrés en su trabajo, recuerda que también en esa fecha y algunos meses previos cursó semanas de diarrea intermitente. Se siente fatigada frecuentemente, a pesar de descansar como mínimo 8 horas, no logra completar su rutina habitual de pilates y esto le provoca mucha frustración.

Además, refiere preocupación porque no logra alcanzar el rango terapéutico del tratamiento anticoagulante, tiene muchas oscilaciones y teme que recurra su trombosis.

Antecedentes personales:

- Anemia ferropénica en tratamiento sustitutivo irregular con sulfato ferroso 200 mg/día. Refiere que le provoca náuseas y distensión abdominal.
- Menarca a los 12 años. FUM: Hace 14 días. Ritmo regular sin alteraciones. G1 P0 C0 A1 (refiere aborto espontáneo en 1er trimestre). Utiliza anticonceptivos orales y método de barrera. **De 6 meses de evolución refiere hipermenorrea.**
- **Trombosis venosa profunda extensa:** ileo-fémoro-poplitea, se encuentra en tratamiento con acenocumarol 1 mg día desde hace 6 meses. Presentó positividad para anticoagulante lúpico, anticuerpos anti cardiolipina IgG e IgM y anticuerpos beta2 glicoproteína IgG e IgM (en 2 muestras pareadas) por lo que se determinó anticoagulación por tiempo indefinido.

Hábitos:

- Dieta variada. Confiesa que a veces saltea comidas por estar trabajando.
- Tabaquista 8 paquetes/año. Ha intentado dejarlo sin éxito.
- Asiste a pilates 1 o 2 veces por semana.

Examen físico:

Lúcida. Impresiona enferma. Presenta palidez generalizada.

Parámetros antropométricos actuales: Peso: 53 kg. Talla: 165 cm. IMC: 19.7 kg/m²

Signos vitales: TA 120/80 mmHg FC 100 lpm FR 16 rpm T afebril Sat. 02 99% (0.21)

Ritmo cardíaco regular, r1 r2 normofonéticos. Buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados. Abdomen globuloso, distendido, ruidos hidroaéreos aumentados. Timpanismo aumentado. Depresible, sin defensa, pero presenta dolor a la palpación generalizada. Miembro inferior izquierdo presenta aún diferencia de diámetro respecto del contralateral aprox. 1 cm. No presenta foco neurológico motor ni sensitivo.

PREGUNTAS GUÍA:

- ✓ *A partir del motivo de consulta y la evolución clínica, ¿qué síndrome(s) clínico(s) pueden identificarse en esta paciente?*
- ✓ *¿Qué datos del interrogatorio y del examen físico apoyan la sospecha de un síndrome de malabsorción?*
- ✓ *¿Cómo se clasifica la diarrea desde el punto de vista fisiopatológico y cuál/es mecanismo/s parecen más probables en este caso?*
- ✓ *¿Qué relevancia clínica tiene la pérdida de peso involuntaria en esta paciente y cómo se integra con su IMC actual?*
- ✓ *¿Qué alteraciones nutricionales y carenciales podrían sospecharse a partir de los antecedentes y la clínica actual?*
- ✓ *¿Qué importancia tiene la anemia ferropénica de tratamiento irregular en el contexto del cuadro digestivo actual?*
- ✓ *¿Qué relación podría existir entre el cuadro gastrointestinal y la dificultad para alcanzar rangos terapéuticos de anticoagulación oral?*
- ✓ *¿Cómo se interpreta la distensión abdominal y el aumento de ruidos hidroaéreos desde el punto de vista fisiopatológico?*
- ✓ *¿Qué diagnósticos diferenciales generales deberían considerarse inicialmente frente a una mujer joven con diarrea crónica, pérdida de peso y anemia?*
- ✓ *¿Qué antecedentes personales de la paciente son especialmente relevantes para orientar el razonamiento clínico en este caso?*
- ✓ *¿Qué estudios iniciales (de laboratorio y no invasivos) serían razonables solicitar en una primera aproximación diagnóstica y con qué objetivo clínico cada uno?*
- ✓ *En caso de indicarse endoscopia digestiva con toma de biopsia, estando Maite bajo tratamiento anticoagulante con acenocumarol por trombosis venosa extensa de miembro inferior hace 6 meses, ¿cuál sería su conducta con respecto al manejo del tratamiento anticoagulante para realizar el estudio?*

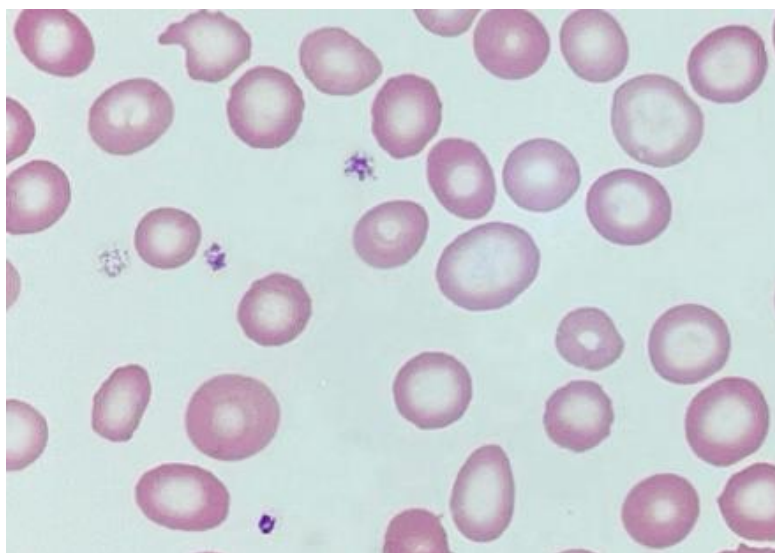
Exámenes complementarios

● Laboratorio:

Hemoglobina (g/dL)	9	Urea (mg/dl)	45
Hematocrito (%)	27	Creatinina (mg/dl)	0.90
VCM (fl)	65	TSH (μU/mL)	0.3
HCM (pg)	25	Reticulocitos (%)	1
RDW (%)	16	Ferremia (μg/dL)	25
Glóbulos blancos (/mm)	9500	TIBC (μg/dL)	480
Neutrófilos (%)	70	% Sat. transferrina	5
Eosinófilos (%)	7	Ferritina	150
Basófilos (%)	0	VES (mm/1° hora)	28
Linfocitos (%)	20	PCR (mg/L)	12
Monocitos (%)	3	TP (seg)	18
Plaquetas (/mm)	150.000	APTT (seg)	45
Glicemia (mg/dl)	88	RIN	1.8

Anti-transglutaminasa IgA (tTG IgA) (U/mL)	45	IgA total sérica (mg/dL)	180
Anti-endomisio IgA (EMA IgA)	Positivo	Anti-gliadina desaminada IgG (DGP IgG) (U/mL)	25

- **Frotis de sangre periférica:** Microcitosis con hipocromía marcada. Anisocitosis. Macroplaquetas aisladas.



- **Ecografía abdomino-pelviana:** Se observan asas yeyunales con **engrosamiento leve de la pared ($\approx 3-4$ mm)** y **aumento de contenido líquido intraluminal**, con **peristalsis aumentada**. No se identifican masas intraabdominales ni colección líquida libre significativa. Mesenterio sin adenomegalias destacables. Estos hallazgos son inespecíficos, reportados en procesos inflamatorios del intestino delgado. **Hígado, bazo, páncreas y riñones:** Morfología y ecogenicidad dentro de límites normales. **Pélvico / Útero:** Útero en anteversión con presencia de **dos pequeños miomas intramurales** (diámetro máximo $\sim 1,5$ cm). Endometrio de grosor acorde al ciclo. Ovarios con folículos de apariencia normal.
- **Parasitológico de heces:** negativo para *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Cryptosporidium spp.* y helmintos.
- **Sangre oculta en materia fecal (SOMF):** negativo.
- **Endoscopia digestiva alta (mucosa duodenal) con toma de biopsias duodenales:** Mucosa esofágica de aspecto físico normal sin lesiones visibles. Mucosa gástrica de antro y cuerpo con eritema difuso y patrón compatible con gastritis. Bulbo duodenal con pliegues levemente disminuidos y festoneados. Segunda porción duodenal con disminución de pliegues y patrón de mucosa festoneada ("peinado") con áreas de superficie aplanada. Se toman múltiples biopsias de duodeno proximal y distal.
- **Biopsia duodenal:** Muestras de mucosa duodenal que muestran atrofia vellosa parcial con hiperplasia de criptas y aumento de linfocitos intraepiteliales ($>25 \times 100$ células epiteliales), hallazgos consistentes con enteropatía sensible al gluten grado **Marsh 3a** según clasificación de lesiones histológicas de la mucosa duodenal.
- **Inmunohistoquímica/tinción para *Helicobacter pylori*:** **Positiva** en mucosa antral gástrica.

PREGUNTAS GUÍA:

- ✓ *¿Qué manifestaciones extraintestinales (hematológicas, nutricionales o metabólicas) se observan en esta paciente y cómo se relacionan con la enfermedad celíaca?*
- ✓ *¿A qué le atribuiría principalmente la anemia ferropénica y la microcitosis, y cuál sería el manejo terapéutico inicial considerando tanto enfermedad celíaca como infección por *Helicobacter pylori*?*
- ✓ *¿Cómo influye la detección y tratamiento de *Helicobacter pylori* en la evolución clínica de la paciente y en la corrección de la anemia?*
- ✓ *¿Cómo afecta iniciar una dieta libre de gluten (TACC) antes del diagnóstico, sobre los resultados de los anticuerpos serológicos (anti-TG2, EMA, DGP) y sobre la morfología histológica de la mucosa duodenal?*
- ✓ *¿Cuál es el “gold standard” diagnóstico de la enfermedad celíaca, y qué rol tiene la biopsia duodenal con clasificación de Marsh en la confirmación y seguimiento?*
- ✓ *¿Qué información aportan los anticuerpos anti-TG2, EMA y DGP en términos de sensibilidad y especificidad, y cómo se interpretan si la paciente tiene niveles normales de IgA total?*
- ✓ *¿Cómo se realiza el screening inicial de anticuerpos, de un modo racional y con atención a relación costos/beneficios?*
- ✓ *¿Qué hallazgos ecográficos en el intestino delgado podrían observarse en pacientes con malabsorción y enfermedad celíaca, y qué utilidad clínica tiene la ecografía en este contexto?*
- ✓ *Considerando la historia de trombosis venosa profunda y uso de anticoagulantes orales, ¿qué precauciones o ajustes serían necesarios al iniciar tratamiento nutricional o farmacológico?*
- ✓ *Investigue que enfermedades y manifestaciones extraintestinales pueden asociarse con la enfermedad celíaca*
- ✓ *¿A qué se denomina “intolerancia al gluten, no celíaca”?*
- ✓ *Revise las causas y clasificación de las enfermedades que cursan con síndrome de malabsorción.*
- ✓ *Revise qué complicaciones pueden desarrollar los pacientes con enfermedad celíaca.*

Evolución:

Maite comienza la dieta libre de gluten, percibe mejoría clínica parcial, con persistencia de los síntomas luego de 1 mes de tratamiento. Refiere, además, continuar con anticoagulación fuera de rango terapéutico (subóptimo= RIN< 2).

Realizó a pedido del Servicio de Nutrición una planilla donde registra su alimentación en forma diaria, no presenta transgresiones y por eso, el especialista sugiere revisar el listado de medicamentos que consume: sulfato ferroso y acenocumarol.

Observe atentamente el prospecto de ambos fármacos:

Acenocumarol

Comprimidos
Venta bajo receta

Industria Española

Lea este prospecto detenidamente antes de tomar **Acenocumarol**. Conserve este prospecto. Es posible que lo deba volver a leer.

Si tiene alguna duda, pregunte a su médico o al farmacéutico.

Este medicamento ha sido prescrito sólo para usted. No se lo dé a otras personas o utilice para otras enfermedades. Si alguno de los efectos secundarios lo afecta de forma severa o si usted nota algún efecto secundario no indicado en este prospecto, por favor, dígaselo a su médico o farmacéutico.

Fórmula

Acenocumarol 1 mg: Cada comprimido de 1 mg contiene:

Acenocumarol 1,00 mg. Excipientes: dióxido de silicio; hidroxipropilmetil celulosa; lactosa; estearato de magnesio; almidón de maíz; talco.

Acenocumarol 4 mg: Cada comprimido de 4 mg contiene:

Acenocumarol 4,00 mg. Excipientes: dióxido de silicio; lactosa; estearato de magnesio; almidón de maíz; almidón de maíz STA-Rx 1500.

En este prospecto

¿Qué es **Acenocumarol** y para qué se utiliza?

Prospecto de acenocumarol

úlcera gastroduodenal, afecciones gástricas crónicas y colitis ulcerosa.

La Vitamina B₁₂ puede producir en los pacientes con psoriasis una reacción repentina o un agravamiento de los síntomas.

Embarazo y lactancia: no se han documentado problemas en humanos con la ingesta de los requerimientos recomendados de Hierro, Ácido Fólico y Vitamina B₁₂ durante el embarazo y la lactancia.

La dosis recomendada de ácido fólico para la prevención de los defectos del tubo neural es de 1 mg por día para prevenir la primera ocurrencia y de 5 mg por día para prevenir recurrencias. Para prevención de la anemia ferropénica durante el embarazo, se recomienda una dosis de 60 mg de hierro elemental y para el tratamiento de la anemia ferropénica, 120 mg de hierro elemental.

En estudios clínicos realizados, se ha demostrado que la absorción del hierro a partir del Hierro Diglicinato Quelato es 3-4 veces mayor que con el sulfato ferroso, logrando producir un efecto similar en la capacidad de replecionar las reservas orgánicas de hierro con dosis menores.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

Tetraciclina: las sales ferrosas pueden interferir en su absorción. Aunque no ha sido demostrado con el Hierro Diglicinato Quelato, se recomienda como medida precautoria, que si requiere ambos tratamientos, **Anemidox® Ultra** sea administrado 2 horas antes o después de la administración de tetraciclina.

Zinc: la ingestión excesiva de hierro o Ácido Fólico pueden interferir la absorción intestinal de zinc.

Agentes quelantes (EDTA sódico, etc): la administración oral de hierro no es compatible con ellos.

Levodopa - Carbidopa: las sales de hierro disminuyen la absorción, y por lo tanto, la biodisponibilidad y los efectos clínicos de esta asociación.

Colestiramina y antiácidos (sales de Ca⁺⁺, Mg⁺⁺, Al⁺⁺): inhiben la absorción del hierro.

Metildopa, penicilamina, fluoroquinolonas como por ej. ciprofloxacina y ofloxacina: las sales de hierro disminuyen la absorción, y por lo tanto, la biodisponibilidad y los efectos clínicos de estas drogas.

Fenitoína: el Ácido Fólico posee la propiedad de aumentar su metabolismo, de manera que disminuye el nivel sanguíneo de la Fenitoína y consecuentemente, su acción antiepiléptica.

Cloranfenicol: es capaz de interferir con la maduración eritrocitaria, puede antagonizar la respuesta del Ácido Fólico y/o de la Cianocobalamina.

Pirimetamina: el Ácido Fólico puede antagonizar la acción quimioterápica de esta droga sobre los parásitos del paludismo y sobre todo, con respecto a los de la toxoplasmosis.

Metotrexato: el Ácido Fólico no es efectivo para revertir sus efectos tóxicos.

Antihistamínicos y cafeína: pueden interferir la absorción de las sales ferrosas. Aunque no ha sido demostrado con el Hierro Diglicinato Quelato, se recomienda como medida precautoria, que si requiere ambos tratamientos, **Anemidox® Ultra** sea administrado 2 horas antes o después de la administración de éstas.

Antiepilépticos, anticonceptivos orales, antituberculosos, alcohol, sulfonamidas, corticosteroides, analgésicos, metotrexato, pirimetamina, trimetoprima y triamtereno: causan estados deficiarios de folato por antagonismo o por interferir en su metabolismo.

Vitamina C: puede inactivar a la Cianocobalamina.

Ácido Fólico: altas dosis de Ácido Fólico pueden reducir las concentraciones séricas de Cianocobalamina.

Antihistamínicos H₂, omeprazol, calciclina, neomicina, preparaciones de potasio de

ácido fólico: altas dosis de ácido fólico pueden reducir las concentraciones séricas de cianocobalamina. como constipación, diarrea, flatulencia, náuseas y/o vómitos. Sin embargo, estudios realizados con Hierro Diglicinato Quelato, han demostrado que la aparición de estos trastornos es prácticamente nula, con excepción de un leve oscurecimiento de las heces.

Dermatológicas: raramente, pueden presentarse reacciones alérgicas en piel. En altas dosis, la Vitamina B₁₂ puede producir acné.

Sistema nervioso: la administración de Ácido Fólico a pacientes epilépticos puede agravar la severidad y la frecuencia de las crisis convulsivas.

Hipersensibilidad: la administración de Ácido Fólico, raramente puede producir broncoespasmo y/o shock anafiláctico.

SOBREDOSIFICACIÓN

Dosis muy altas, pueden tener efectos corrosivos e irritantes sobre la mucosa gastrointestinal llegando a producir necrosis y perforación. En estas condiciones se observa dolor epigástrico, diarrea y vómitos, seguidos algunas veces de fallo circulatorio cuando la hemorragia y la diarrea son muy severas. Horas o días después puede ocurrir acidosis metabólica, convulsiones y coma. Si el paciente sobrevive, puede desarrollar necrosis hepática aguda y fallar por coma hepático.

El tratamiento por intoxicación aguda consiste en la administración de eméticos, lavado gástrico, administración de medicamentos antidiarreicos y, principalmente, administración de Desferrioxamina por sonda gástrica y por vía intravenosa. Si existe "shock" se debe efectuar transfusión sanguínea y administrar líquidos y electrolitos.

Ante la eventualidad de una posible sobredosificación concurrir al hospital más cercano o comunicarse con los Centros de Toxicología:

- Hospital de Pediatría Dr. Ricardo Gutiérrez Tel.: (011) 4962-6666/2247.

- Hospital de Dr. A. Posadas Tel.: (011) 4654-6648/4658-7777.

- Centro Nacional de Intoxicaciones Tel.: 0800-333-0160.

Para otras consultas: Centro de atención telefónica de Laboratorio Elea Phoenix 0800-333-3532.

PRESENTACIONES

Envases conteniendo 30 y 60 cápsulas.

CONSERVACIÓN

Conservar en su envase original a temperatura ambiente entre 15°C y 30°C, al abrigo de la luz.

MANTENER ÉSTE Y TODOS LOS MEDICAMENTOS FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.

Especialidad Medicinal Autorizada por el Ministerio de Salud. Certificado N° 54.666. Directora Técnica: Laura A. B. Hernández - Farmacéutica. Laboratorio Elea Phoenix S.A., Av. Gral. Lemos N° 2809, Los Polvorines, Pcia. de Buenos Aires, Argentina. Para mayor información comunicarse con el Centro de Atención telefónica 0800-333-3532 | elea.com. Elaborado en Ing. Torcuato de Tella 968, Avellaneda, Pcia. de Bs. As. **Anemidox®** es una marca registrada por Merck KGaA, Darmstadt, Alemania, utilizada bajo licencia por Laboratorio Elea Phoenix S.A.

"El envase de venta de este producto lleva el nombre comercial impreso en sistema Braille, para facilitar su identificación por los pacientes no videntes".

Fecha de última revisión: Agosto 2008

502663-04

1-ep-



Prospecto de sulfato ferroso 200 mg

PREGUNTAS GUÍA:

- ✓ ¿Qué relación existe entre la malabsorción intestinal (atrofia vellositaria) y la dificultad para alcanzar el rango terapéutico (RIN) con el tratamiento anticoagulante oral?
- ✓ Al revisar los prospectos del acenocumarol y el sulfato ferroso, ¿qué componentes (excipientes) podrían estar causando una exposición inadvertida al gluten o dificultando la recuperación?
- ✓ El prospecto del sulfato ferroso muestra el logo "Sin T.A.C.C.". ¿Por qué, a pesar de ser un fármaco seguro para celíacos, la paciente refiere que le provoca náuseas y distensión, ¿cómo afecta esto a su adherencia al tratamiento? ¿Hay alguna alternativa terapéutica?
- ✓ ¿Qué estrategia o plan terapéutico propondría para Maite en esta instancia?
- ✓ No es el caso de Maite, pero, en pacientes con medios sociales desfavorables ¿conoce alguna estrategia para acompañar y sostener la dieta libre de gluten?
- ✓ Investigue acceso a dieta para celiaquía. ONG Asociaciones y entidades relacionadas a enfermedad celíaca.
- ✓ Investigue sobre diagnóstico genético, su utilidad, confiabilidad, costos y aplicación.
- ✓ En caso de que Maite exprese su deseo de embarazo, cuál sería su consejería con respecto al riesgo de trombosis, teniendo en cuenta su trombofilia, el manejo de la anticoagulación y su enfermedad celíaca. ¿Qué manejo de la anticoagulación realizaría durante el embarazo?

ANEXO. MARCO TEÓRICO

Enfermedad Celíaca: una mirada práctica para el médico en formación.

El síndrome malabsortivo incluye un conjunto de entidades clínicas que se caracterizan por producir una alteración en la absorción de nutrientes a nivel del intestino delgado, entre ellas destaca la enfermedad celíaca (EC) como paradigma clínico. La podemos definir como una enteropatía de carácter crónico, sistémica e inmunomediada que se da secundaria a la presencia de gluten en sujetos predispuestos genéticamente (HLA DQ-2 y/o DQ-8). La respuesta inmune produce una amplia variedad de lesiones intestinales que dependen del grado y del tiempo de exposición a la proteína del gluten.

¿Cómo se presenta?

La EC tiene un gran espectro de presentación, que va desde alteraciones gastrointestinales (forma clásica) a formas atípicas o silentes con predominio de síntomas o signos extraintestinales como:

- Anemia ferropénica
- Osteopenia/osteoporosis
- Déficit de vitamina D
- Alteraciones hepáticas
- Asociación con otras enfermedades autoinmunes (tiroiditis, DM1, etc.)
- Aparición de aftas bucales frecuentes y/u otras dermatopatías (dermatitis herpetiforme, etc).

A continuación se detallan las formas clínicas de EC:

Formas clínicas	Manifestaciones clínicas	EMA/TGA*	Imagen histológica de la mucosa del intestino delgado
Clásica	Predominan los síntomas digestivos	+	Atrofia de las vellosidades
Atípica	Predominan los síntomas extraintestinales. Los digestivos se manifiestan débilmente	+	Atrofia de las vellosidades
Subclínica	Curso asintomático.	+	Atrofia de las vellosidades
Potencial	Curso asintomático o sintomático.	+	Mucosa normal con dieta con gluten; en el futuro puede desarrollarse enteropatía por gluten

**EMA — autoanticuerpos antiendomisio, TGA — antitransglutaminasa tisular.*

¿Cómo hacer el diagnóstico?

Para poder detectar la EC debemos tener en cuenta 3 pilares:

1 → La clínica

Recordemos que se trata de una patología pleomórfica, que abarca desde formas digestivas clásicas hasta presentaciones extraintestinales o incluso silentes.

2 → Los hallazgos serológicos / genéticos

Los anticuerpos antiendomiso (EMA) y antitransglutaminasa tisular (tTGA) son las dos pruebas que se usan en la actualidad para el diagnóstico de EC. El tTGA de tipo IgA tiene una especificidad del 98%. Es un anticuerpo dirigido contra la enzima transglutaminasa tisular que se encarga de modificar la proteína del gluten a nivel del ID, haciéndola más inmunogénica en pacientes predispuestos genéticamente. Es útil para el diagnóstico inicial y como seguimiento, ya que disminuye en pacientes con dieta libre de gluten. El EMA tiene una especificidad del 99% con una sensibilidad variable. Se utiliza como parámetro confirmatorio en situaciones dudosas. Asociado a estos parámetros debemos pedir la IgA total, ya que un 2-3% de pacientes con EC presenta una deficiencia de la misma, dando como resultado un falso negativo para estos marcadores. Cuando el paciente presenta una deficiencia de IgA, se recomienda testear el tTGA-IgG y/o IgG anti-péptido gliadina deaminado (DGP). Es decir, que vamos a dosar la IgG en lugar de la IgA. El uso de estos últimos dos parámetros sólo está justificado en la deficiencia de IgA, ya que tienen una especificidad y sensibilidad del 95% en sujetos con esta condición, lo que no sucede en pacientes con niveles normales de la misma en donde se observa bajo rendimiento.

Las pruebas serológicas para enfermedad celíaca requieren consumo activo de gluten. Dado que es frecuente la adopción de dieta libre de gluten sin diagnóstico previo, la serología puede ser falsamente negativa; en este contexto, el HLA DQ2/DQ8 es útil, ya que su negatividad descarta la enfermedad.

3 → La videoendoscopia digestiva alta (VEDA) con biopsia duodenal

Es el estudio que nos permite visualizar directamente la mucosa intestinal y realizar la toma de muestras para el posterior estudio histológico (escala de MARSH modificada). Su sensibilidad se acerca al 60%, y su especificidad al 95-100%. Se describen una variedad de características endoscópicas en la EC tales como la pérdida de pliegues mucosos, patrones en mosaico, pliegues festoneados, nodularidad, fisuras y prominencia de la vasculatura submucosa. Debido a la naturaleza parcheada de las lesiones, se recomienda la toma de múltiples biopsias de duodeno: 1-2 en bulbo y al menos 4 de duodeno post-bulbar.

Dos puntos clave:

1. En una pequeña proporción de la población la serología puede ser negativa a pesar de la alta sospecha clínica, por lo cual se recomienda el estudio endoscópico con biopsia a pesar de este resultado negativo.
2. Un tercio de los pacientes presenta imagen endoscópica normal, pero aun así se deben tomar las múltiples muestras antes mencionadas para realizar el diagnóstico histológico pertinente

EL DIAGNÓSTICO FINAL Y CONFIRMATORIO DE LA EC ES POR MEDIO DE LA BIOPSIA, INDEPENDIENTEMENTE DEL ESTADO SEROLÓGICO.



Imágenes endoscópicas de duodeno donde se aprecian nodularidad, adelgazamiento y visualización de vasculatura submucosa (A), marcada nodularidad con patrón empedrado (B), y aspecto festoneado de la mucosa (C).

✍ Para clasificar el daño de la mucosa se utiliza **la escala de MARSH modificada**.

Las características histológicas típicas de la EC son: el aumento de linfocitos intraepiteliales (LIE) (aproximadamente >20- 40 por cada 100 células epiteliales), la hiperplasia de criptas y los distintos grados de atrofia vellositaria.

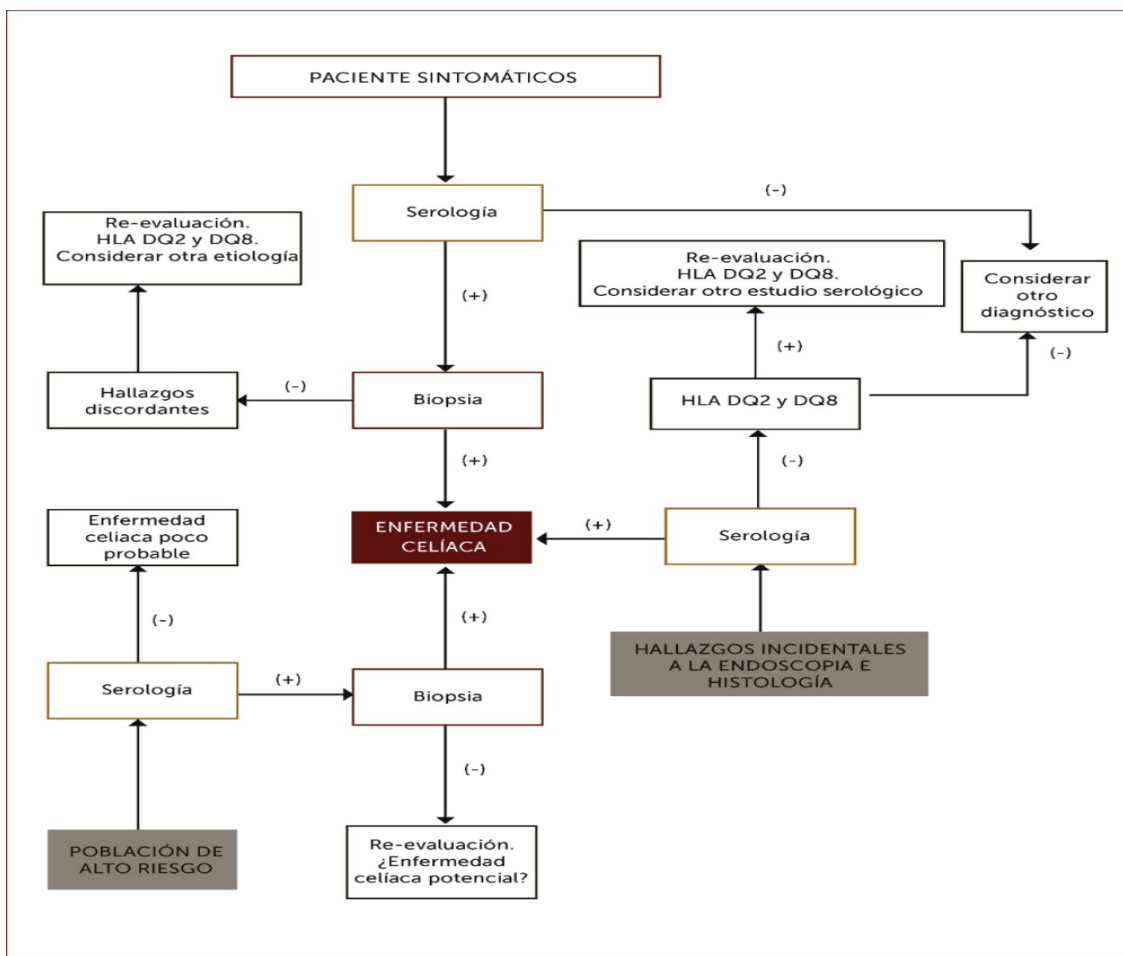
Recordemos que estas características son típicas, pero no específicas de la EC.

El aumento del recuento de LIE sin atrofia de vellosidades (tipo 1 según Marsh) no es típico de la enfermedad celíaca, por lo que deben excluirse otras posibles causas (p/ej. la infección por H. pylori).

<i>Tipo de MARSH</i>	<i>LIE/ 100 enterocitos-yeyuno</i>	<i>LIE/ 100 enterocitos-duodeno</i>	<i>Hiperplasia de criptas</i>	<i>Vellosidades</i>
0	<40	<30	Normal	Normal
1	>40	>30	Normal	Normal
2	>40	>30	Incrementado	Normal
3a	>40	>30	Incrementado	Atrofia leve
3b	>40	>30	Incrementado	Marcada atrofia
3c	>40	>30	Incrementado	Atrofia completa

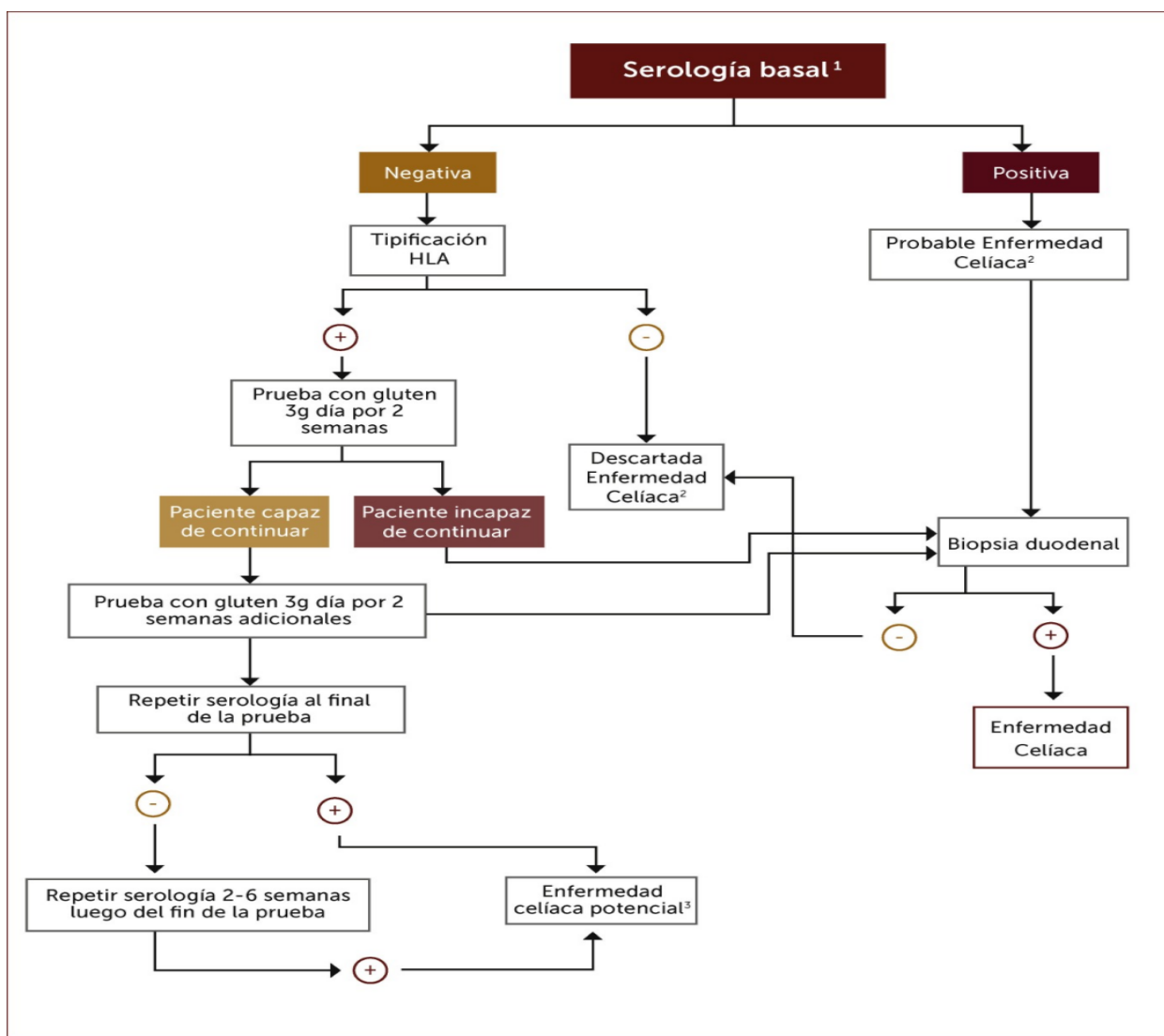
Escala de Marsh modificada de hallazgos histológicos en la enfermedad celíaca

A continuación, a modo de resumen, se adjuntan algoritmos diagnósticos para EC:



Por serología se entiende IgA anti-transglutaminasa tisular, anti-endomisio o anti-péptido gliadina deaminado en casos con niveles de IgA sérica normales, o IgG anti-transglutaminasa tisular o anti-péptido gliadina deaminado en casos con déficit de IgA.

Algoritmo diagnóstico en pacientes que están en dieta libre de gluten, sin tener el diagnóstico formal de enfermedad celíaca.



¹ Anticuerpos anti-transglutaminasa tisular, anti-endomisio o anti-péptido gliadina deaminado.

² Una biopsia duodenal normal o no diagnóstica de EC en un paciente con serología positiva requiere una prueba de dieta con gluten y nuevas biopsias para el diagnóstico o descarte definitivo.

³ Aquellos pacientes con serología positiva, pero con biopsia normal tienen enfermedad celíaca potencial.

⁴ Una prueba de dieta con gluten de dos semanas puede arrojar falso negativo en un 10% de los casos, por lo que parece razonable extender la prueba por más tiempo.

Aspectos a considerar en poblaciones de riesgo:

Se recomienda el estudio dirigido de los familiares de primer grado de pacientes con enfermedad celíaca mediante serología, independientemente de la presencia de síntomas. Se ha observado que algunos familiares considerados asintomáticos presentan mejoría de molestias inespecíficas tras iniciar una dieta libre de gluten. En los familiares sintomáticos con serología negativa, debe considerarse la realización de biopsia duodenal.

En los pacientes con diabetes mellitus tipo 1, se recomienda la búsqueda de enfermedad celíaca mediante serología cada 1–2 años en niños, y la toma de biopsias duodenales en adultos que se sometan a una endoscopia digestiva alta por cualquier causa. No obstante, el screening en pacientes diabéticos tipo 1 asintomáticos continúa siendo controversial.

No se recomienda el screening sistemático de enfermedad celíaca en otras patologías autoinmunes asociadas, salvo que existan síntomas clínicos sugestivos.

Estudios complementarios al diagnóstico, se recomienda ampliar el panel de laboratorio con:

- Estudio de anemia. Identificación de déficit nutricionales frecuentes en malabsorción: hierro, vitamina b12 y ácido fólico.
- Albúmina (pérdida intestinal de proteínas)
- Transaminasas (ante hipertransaminasemia de causa no aclarada, investigar EC)
- Perfil tiroideo
- Densitometría ósea (en adultos; no indicada en niños)

¿Cómo tratarla?

🍷 Dieta libre de gluten: Consiste en la eliminación estricta y permanente de todos los productos derivados del gluten (T.A.C.C.), incluida la cerveza. Puede requerirse suplementación con hierro, ácido fólico, calcio, vitamina D y vitamina B12 según déficits detectados.

💊 Inmunosupresores: Indicados únicamente en la enfermedad celíaca refractaria, definida por la persistencia o recurrencia de signos y síntomas de malabsorción con atrofia vellositaria, a pesar de una dieta estricta libre de gluten durante más de 12 meses.

💉 Vacunas: Dado el mayor riesgo de infección por neumococo, se sugiere la vacunación antineumocócica.

Vigilancia y seguimiento

La adhesión al tratamiento puede evaluarse mediante la negativización de los anticuerpos (anti-tTG, EMA o anti-DGP), los cuales descienden con la dieta libre de gluten.

- Primer control (3–6 meses): evaluación clínica, énfasis en la adherencia a la dieta, pesquisa de fuentes ocultas de gluten (contaminación cruzada, excipientes farmacológicos), consulta nutricional, hemograma y serología.
- Segundo control (≈12 meses): repetir serologías y estudios de laboratorio previamente alterados.
- Controles posteriores: cada 6–12 meses, según evolución clínica y estado general.



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 36: MOVIMIENTOS ANORMALES. ENFERMEDAD DE PARKINSON Y TRASTORNOS EXTRAPIRAMIDALES. DISCRASIAS DE CÉLULAS PLASMÁTICAS. GAMMAPATÍAS MONOCLONALES (DISPROTEINEMIAS). LAS CITOPENIAS.

Autores: Ma. Eugenia Ferri¹, Roberto Parodi², Julieta Leone³, Ezequiel Meneses³

¹Cátedra Neurología

²Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

³Ayudante de Cátedra Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

OBJETIVOS:

Movimientos anormales. Enfermedad de Parkinson y trastornos extrapiramidales:

- Describir la anatomía y la fisiopatología básica de los trastornos del movimiento y su correlato clínico.
- Reconocer las manifestaciones motoras cardinales de un síndrome parkinsoniano, durante la consulta de atención primaria.
- Realizar una anamnesis dirigida a síntomas motores (temblor, lentitud, rigidez) y no motores relevantes (trastornos del sueño, autonómicos, cognitivos y neuropsiquiátricos).
- Conocer las maniobras semiológicas del examen neurológico que ponen en evidencia los trastornos del movimiento.
- Informarse acerca de los criterios clínicos diagnósticos actualizados y los principales diagnósticos diferenciales de la enfermedad de Parkinson (parkinsonismos atípicos)
- Identificar signos clínicos que sugieran parkinsonismo atípico ("*red flags*").
- Enumerar las estrategias farmacológicas y no farmacológicas disponibles para la enfermedad de Parkinson.
- Criterios para la derivación de un trastorno del movimiento al neurólogo.

Discrasias de células plasmáticas. Gammopatías monoclonales (disproteinemias). Las citopenias:

- Interpretación del proteinograma por electroforesis
- Principales discrasias de células plasmáticas y disproteinemias.
- Clasificación y significado clínico de las gammopatías monoclonales. Espectro de enfermedades que se asocian a gammapatía monoclonales.
- Mieloma múltiple. Epidemiología, manifestaciones clínicas y del laboratorio. Criterios diagnósticos. Evaluación del compromiso de la enfermedad. Complicaciones. Bases del tratamiento
- Citopenias (leucopenia y plaquetopenia). Enfoque diagnóstico inicial, causas más frecuentes. Pautas de alarma (“banderas rojas”). Bases del tratamiento.
- Criterios de consulta y derivación a especialista en Hematología.

CASO CLÍNICO

Juan Manuel (78 años, actualmente) acude al consultorio de Hernán, acompañado por Milagros, su nieta, y Lucía, su esposa.

Enfermedad actual: refiere que hace meses que presenta astenia, falta de motivación en sus tareas habituales, y que le preocupa especialmente, la aparición insidiosa de un temblor de reposo que comenzó en la mano derecha de forma intermitente y luego fue empeorando, hasta notarlo prácticamente todo el día. El temblor ocurre, tanto cuando el miembro superior está relajado, como incluso en la marcha, al bracear. Comenta, además, que esa mano ya no es tan hábil como antes e incluso la letra se ha visto afectada, ya que es más pequeña de lo habitual.

Lucía refiere verlo apático, inexpresivo y nota que se desenvuelve lentamente en sus acciones cotidianas. También agrega que se siente cada vez más cansado, a veces le cuesta conciliar el sueño, y en algunas oportunidades presenta pesadillas, durante las cuales grita y agita los brazos. Se levanta varias veces por la noche para orinar, negando ardor o molestias durante la micción. Este trastorno del sueño hace que se despierte tarde, y por ello ya no realice las caminatas matutinas que hacía antes, prefiriendo estar acostado la mayor parte del día.

También refiere, dolor dorso-lumbar de dos meses de evolución, de intensidad moderada, especialmente en reposo, continuo, que en ocasiones impide el descanso nocturno, y que cede parcialmente con AINEs (ibuprofeno o diclofenac, una o dos dosis por día de rescate según dolor).

Historia biográfica

Juan Manuel es oriundo de Victoria (Entre Ríos), allí vivió toda su vida, trabajando en el campo que heredó de sus padres hace muchos años. Vive con su esposa Lucía, tiene dos hijos, Ma. del Pilar que vive en Rosario, y Pedro, que vive en Victoria. Juan Manuel refiere gozar de buena salud, dice que “nunca se enferma” y nunca realizó controles por sentirse bien, y que “uno va al médico sano para controlarse y sale con enfermedades y pastillas”.

Antecedentes

- Personales: internación hace 10 años en Hospital Provincial de Rosario por leptospirosis. Refiere haber padecido un cuadro de neumonía en el último año, para el cual recibió tratamiento ambulatorio.
- Familiares: padre fallecido por cáncer de piel. Presentaba temblor, pero sin diagnóstico etiológico del mismo. Madre fallecida por IAM. Hermana con cáncer de mama. Hijo mayor con EPOC. Hija menor: hipotiroidismo, nódulo tiroides, colitis ulcerosa, dermatopolimiositis, cáncer de colon. Nieta Milagros: lupus eritematoso sistémico. Nieta Maite: enfermedad celíaca, trombosis asociada a síndrome antifosfolípido.
- Quirúrgicos: hernioplastia inguinal derecha a los 58 años.
- Vacunación: sin vacunaciones en la etapa adulta.
- Alergias: niega alergias conocidas.

Hábitos

- Adicciones: ex tabaquista (10 pack/year), con abandono de consumo de tabaco hace 14 años.
- Actividad física: realiza largas caminatas diariamente y ciclismo 2 veces por semana, hasta hace seis meses que abandonó la actividad física.
- Alimentación: normocalórica, variada, especialmente rica en carnes.

Otros datos de interés (Anamnesis por aparatos):

- Refiere que últimamente la ropa le queda más grande, no habiendo constatado la pérdida de peso con una balanza.
- Lucía además nota que Juan Manuel se alimenta menos y ya no consume todas las comidas. Él, lo atribuye a las modificaciones del sueño, ya que se levanta tarde y no quiere desayunar.

Examen físico:

- Signos vitales: TA: 120/80 mmHg, FC 75 lpm regular, FR 14 X', T° 36°C.
- Piel y mucosas: palidez cutáneomucosa leve. Mucosas húmedas y escleras blancas. Sin cianosis, ictericia, petequias, hematomas ni lesiones cutáneas evidentes.
- Examen respiratorio: Tórax simétrico, con buena mecánica ventilatoria, sin tiraje ni uso de músculos accesorios. Expansión de bases y vértices conservada y simétrica. Sonoridad pulmonar conservada. Murmullo vesicular conservado generalizado.
- Examen físico cardiovascular: Ritmo regular, ruidos cardíacos normofonéticos, sin soplos ni R3/R4.
- Examen abdominal: Abdomen blando, depresible, indoloro. RHA conservados. Timpanismo conservado. Puño percusión lumbar negativa bilateral. **Espinopalpación dolorosa a nivel de dorsal (D10, D11, D12) y lumbar (L3, L4).**
- Examen neurológico: Vigil, orientado en tiempo, espacio y personal. Responde órdenes simples y complejas. Pupilas isocóricas reactivas. Movimientos oculares extrínsecos conservados. Pares craneales conservados. Lenguaje conservado. **Mínima "cara de máscara" (amimia), manifestada únicamente por disminución de la frecuencia del parpadeo.** Motilidad y fuerza conservada. Sensibilidad superficial y profunda conservada. Coordinación conservada. Reflejos osteotendinosos conservados. Respuesta plantar flexora bilateral, Signo de Hoffman negativo. **Rigidez: presente a nivel distal del miembro superior derecho, tipo rueda dentada, sólo detectable con maniobra de activación. Prueba de golpeteo de los dedos, movimiento de las manos y pronosupinación, en el miembro superior derecho, la amplitud disminuye cerca del final de los 10 golpeteos.** Miembro superior izquierdo pruebas conservadas. **Prueba de golpeteo de los dedos de los pies: la amplitud disminuye cerca del final de los 10 golpeteos, solamente en el miembro inferior derecho. Marcha conservada, pero durante la misma el braceo del miembro superior derecho es menor y se evidencia la presencia de un temblor de reposo, de menos de 1 cm de amplitud máxima.** Postura: el paciente no está totalmente erguido, pero la postura puede ser normal para una persona mayor. En la prueba de estabilidad postural (Pull Test) el paciente se recupera en uno o dos pasos.

PREGUNTAS GUÍA

- ✓ *Elabora en la tutoría, la lista de problemas que se presenta en este caso.*
- ✓ *¿Qué estructuras del sistema nervioso central están involucradas en el control del movimiento?*
- ✓ *¿Qué maniobras semiológicas debemos agregar al examen físico neurológico para detectar las alteraciones del movimiento y la postura?*
- ✓ *¿Cómo podemos clasificar a los movimientos involuntarios?*
- ✓ *Identifique en el relato de la enfermedad actual y en el examen físico los signos que evidencian un trastorno del movimiento ¿Cómo los clasificaría en este caso?*
- ✓ *¿Cuáles son los tres signos cardinales del síndrome parkinsoniano? ¿Pueden evidenciarse en la historia clínica de Juan Manuel? ¿Cuál considera el más específico?*
- ✓ *Con respecto al temblor: ¿qué tipos clínicos conoce y cuáles son sus características diferenciales (reposo vs. acción/postural)? ¿En qué grupo incluiría el que presenta el paciente?*
- ✓ *¿Cómo se definen y se evalúan semiológicamente la bradicinesia y la rigidez? ¿Qué hallazgos específicos presenta Juan Manuel en las maniobras de activación?*
- ✓ *¿Qué alteraciones en la actitud y en la marcha pueden encontrarse en un síndrome parkinsoniano?*
- ✓ *¿Qué otras manifestaciones asociadas, además de las principales mencionadas, se pueden hallar en la enfermedad de Parkinson?*
- ✓ *¿Qué relación puede establecer entre el trastorno del sueño que relata la esposa (pesadillas, movimientos, gritos) y el diagnóstico neurológico de sospecha? ¿Se considera un síntoma motor o no motor?*
- ✓ *Es importante indagar acerca de otros síntomas no motores en estos pacientes. ¿Cuáles son?*
- ✓ *En este caso, ¿identifica banderas rojas para sospechar un parkinsonismo atípico?*
- ✓ *¿Considera necesaria la derivación/consulta a neurología en éste paciente? Justifique su respuesta.*
- ✓ *El paciente minimiza su lumbalgia atribuyéndole al trabajo rural. Basado en la anamnesis (edad, evolución, características del dolor), y en el examen general (pérdida de peso/ropa grande), ¿qué "banderas rojas" obligan a descartar causas secundarias graves en este paciente?*

CONTINUACIÓN DEL CASO

Con los hallazgos obtenidos en la anamnesis y el examen físico se define la presencia de un síndrome parkinsoniano, con alta sospecha de enfermedad de Parkinson. Se acuerda solicitar turno con Neurología para confirmar el diagnóstico, descartar parkinsonismos secundarios e iniciar tratamiento.

PREGUNTAS GUÍA:

- ✓ ¿Por qué se llama enfermedad de Parkinson? ¿Quién fue James Parkinson?
- ✓ ¿Qué métodos complementarios solicitamos ante un síndrome parkinsoniano?
- ✓ Si sospechamos que el diagnóstico más probable es una enfermedad de Parkinson: ¿una neuroimagen normal descarta dicho diagnóstico?
- ✓ ¿Cuáles son los criterios clínicos actuales para el diagnóstico de enfermedad de Parkinson y en que se basan?
- ✓ ¿Qué tratamientos se encuentran disponibles para la enfermedad de Parkinson? ¿En que se sustenta la elección de los fármacos en ésta patología?
- ✓ ¿Los fármacos disponibles para tratar los síntomas motores de la enfermedad, son útiles para mejorar todos los síntomas no motores? ¿Pueden utilizarse tratamientos sintomáticos?
- ✓ ¿Cuáles tratamientos no farmacológicos conoce?
- ✓ Investigue sobre procedimientos quirúrgicos en la enfermedad de Parkinson, qué opciones existen y qué sustento, evidencias y resultados presentan.
- ✓ ¿Considera que todos los síntomas del paciente responden a una única entidad nosológica o estamos ante la presencia de pluripatologías? Justifique su respuesta integrando la evidencia del caso.
- ✓ ¿Qué exámenes complementarios solicitaría para Juan Manuel?

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

Eritrocitos (/mm ³)	3.500.000
Hemoglobina (g/dl)	10,5
Hematocrito (%)	34
VCM (fL)	88
HCM (pg)	30
VES (mm/1° hora)	110
Leucocitos (/mm ³)	4.500
Neutrófilos (%)	55
Eosinófilos (%)	1
Basófilos (%)	1
Linfocitos (%)	35
Monocitos (%)	8
Plaquetas (/mm ³)	205.000
Glucemia (mg/dl)	112

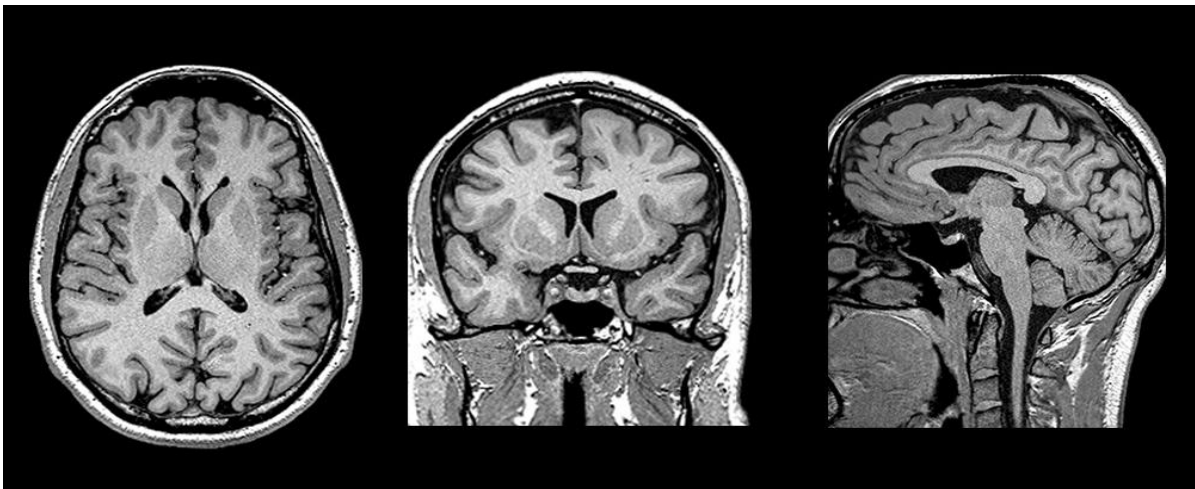
Urea (mg/dl)	64
Creatinina (mg/dl)	2,7
Sodio (mEq/l)	138
Potasio (mEq/l)	4,2
Cloro (mEq/l)	109
Calcemia (mg/dl)	11.3
TSH (mUI/l)	2,3
T4 (ng/dl)	1,1
Fosfatasa alcalina (UI/l)	110
γ GT (U/l)	45
TGO (U/l)	33
TGP (U/l)	34
Billirubina total (mg/dl)	0.9
PSA (ng/ml)	2.2

PREGUNTAS GUÍA

- ✓ ¿Qué alteraciones identifica en el laboratorio?
- ✓ ¿Cómo clasificaría la anemia según los índices hematimétricos (VCM/HCM)? ¿Cómo completaría su estudio?
- ✓ ¿Qué diagnósticos diferenciales debemos considerar ante el aumento marcado de la velocidad de eritrosedimentación (VES)?
- ✓ Ante el hallazgo de una creatininemia de 2.7 mg/dl ¿Cómo diferenciar insuficiencia renal aguda vs crónica? ¿Cómo completaría el estudio de la patología renal? ¿Qué causas sospecha del compromiso renal? ¿El consumo de AINEs podría afectar la función renal?
- ✓ ¿Cómo podría integrar y explicar los hallazgos de laboratorio de anemia, insuficiencia renal, hipercalcemia y VES muy elevada? ¿Podría relacionar la lumbalgia con estos hallazgos?
- ✓ ¿Qué mecanismos de daño renal son frecuentes en las discrasias de células plasmáticas?
- ✓ ¿Qué estudio específico del suero y de la orina solicitaría para confirmar la presencia de una gammapatía monoclonal?
- ✓ ¿Qué estudios de imágenes son los indicados para el estudio de la lumbalgia en este paciente? ¿Qué esperaría encontrar?

CONTINUACIÓN DEL CASO:

Juan Manuel acude a control con Hernán, a las tres semanas, con el informe de la interconsulta con la especialista en Neurología, Ma. Eugenia. Trae una Resonancia Magnética (RMN) de Encéfalo: "atrofia cortical leve acorde a la edad, sin lesiones vasculares agudas ni ocupantes de espacio". Refiere haber iniciado tratamiento con levodopa/carbidopa, 1 comprimido de 100/25 mg cada 4 horas, notando una franca mejoría en la mano derecha, disminución del temblor de reposo y mayor seguridad en la marcha. Toleró bien la medicación y esta respuesta terapéutica positiva ha cambiado su actitud: se muestra adherente y confía en el criterio médico.



* Imagen obtenida de Internet

Sin embargo, a pesar de la mejoría motora, Juan Manuel relata un empeoramiento de su estado general. La astenia se ha vuelto invalidante, y la lumbalgia más intensa y refractaria a los analgésicos

(en la consulta anterior Hernán le indicó suspender AINEs, y reemplazarlo por tramadol más paracetamol).

Presenta los estudios solicitados por Hernán:

- Ecografía abdominal, renal bilateral y vésico-prostática: hígado, vesícula biliar, vía biliar, bazo, páncreas sin hallazgos patológicos. Riñones de tamaño normal, con adecuada relación córtico-medular, vías urinarias sin lito, obstrucciones ni dilataciones. Vejiga de paredes lisas y finas. Próstata tamaño normal, 32 g, tamaño 32 x 25x20 mm.
- Proteinograma por electroforesis:

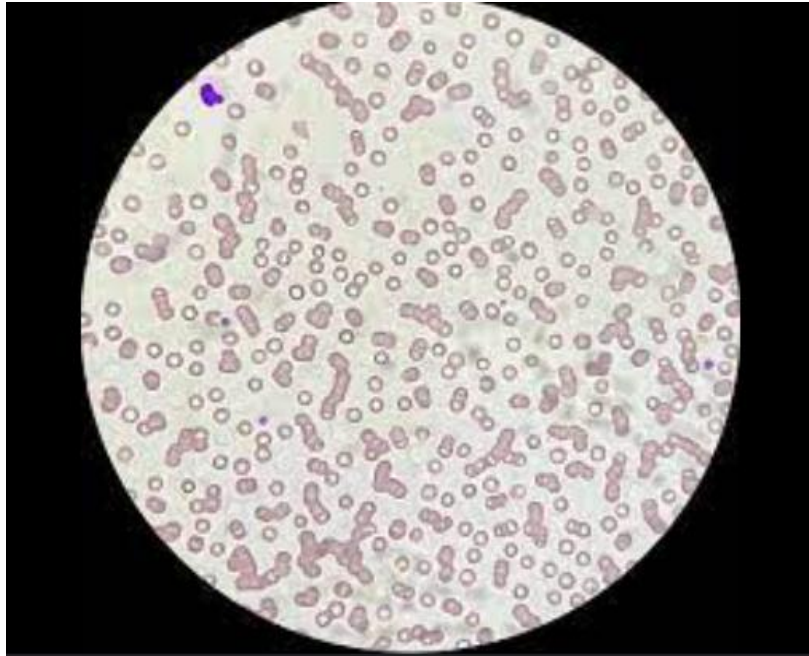
Proteínas totales (g/dl)	8.5
Albumina (g/dl)	3,10
Alfa 1 globulina (g/dl)	0 ,29
Alfa 2 globulina (g/dl)	0,71
Beta 1 globulina (g/dl)	0,50
Beta 2 globulina (g/dl)	1
Gammaglobulina (g/dl)	2,9

Inmunofijación sérica: presencia de componente monoclonal IgG.

Examen de orina	
Color	Ámbar
Aspecto	Turbio
Densidad	1.010
pH	5,5
Proteínas	960 mg/24 hs
Glucosa	Negativo
Cuerpos cetónicos	Negativo
Pigmentos biliares	Negativo
Hemoglobina	Negativo
Nitritos	Negativo
Células epiteliales	Escasas
Leucocitos	3 por campo
Hematíes	2 por campo
Cilindros	Cilindros granulosos y céreos
Cristales	No se observan

Electroforesis de orina: presencia de componente monoclonal. Detección de cadenas ligeras (proteinuria de Bence-Jones).

Frotis de Sangre Periférica:



- *¿Qué relación establecemos entre los hallazgos del laboratorio y los resultados de este frotis? ¿Cómo se denomina este fenómeno?*

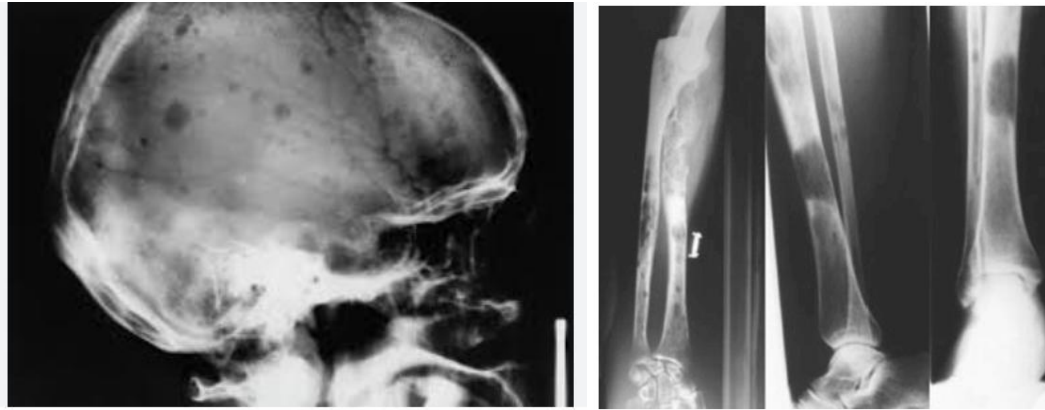
Resonancia columna dorso-lumbosacra con contraste: Fracturas por compresión en los cuerpos vertebrales D10 y D12 (flecha), sin daño del conducto raquídeo ni del disco intervertebral. Imágenes osteolíticas en varios cuerpos vertebrales.



CONTINUACIÓN DEL CASO:

Se solicita interconsulta a especialista en Hematología, Adriana, quien completa la evaluación de Juan Manuel, solicitando:

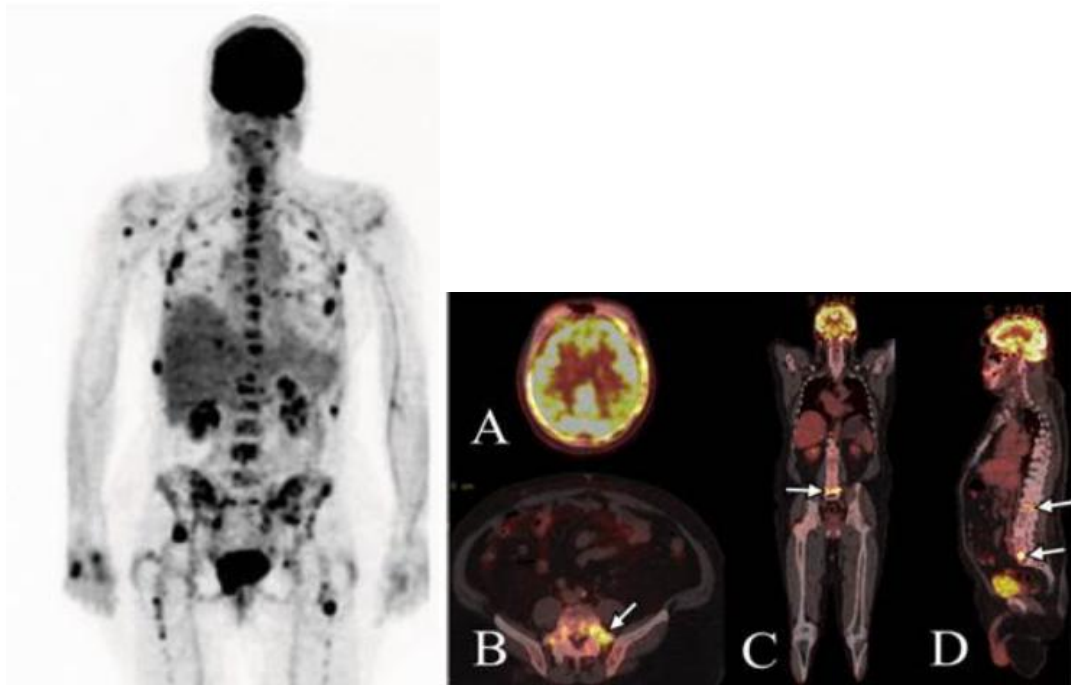
- **Radiografía de huesos largos y calota craneana:** lesiones osteolíticas bien definidas (lesiones en sacabocado).



Estas múltiples imágenes radiolúcidas pequeñas y uniformes en la bóveda craneal son un signo típico, a veces referido en conjunto con la apariencia de "cráneo en gota de lluvia".

** Imágenes obtenidas de Internet*

- Tomografía por emisión de positrones (PET/TC Scan) con flúor-18-fluorodeoxiglucosa:



- **Punción biopsica de médula ósea:**

INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA MATERIAL: Biopsia de Médula Ósea.

MACROSCOPÍA: Cilindro óseo de 1,5 cm de longitud, pardo y firme. Se incluye la totalidad del material para su estudio histológico.

MICROSCOPÍA: Cortes histológicos muestran médula ósea hipercelular (90%) con disminución del tejido adiposo y de las series hematopoyéticas normales (eritroide, mieloide y megacariocítica). Se observa una infiltración difusa, masiva e intersticial por una población monomorfa de >30% células plasmáticas. Las mismas presentan atipia nuclear, binucleación ocasional y cromatina en "rueda de carro".

INMUNOHISTOQUÍMICA:

- CD138 (Sindecano-1): POSITIVO (+++).
- Cadena Ligera KAPPA: POSITIVO
- Cadena Ligera LAMBDA: Negativo.
- CD56: Positivo
- Ki-67: 40%.

PREGUNTAS GUÍAS:

- ✓ *Revise los criterios diagnósticos de mieloma múltiple.*
- ✓ *¿Cuál es el mecanismo implicado en la anemia, insuficiencia renal e hipercalcemia en el mieloma múltiple?*
- ✓ *¿Es esperable y orientativo el hallazgo de un valor normal de fosfatasa alcalina en presencia de lesiones osteolíticas del mieloma múltiple?*
- ✓ *¿Existe alguna relación fisiopatológica entre el antecedente de neumonía, hace un año, y el mieloma múltiple o el estado inmunológico del paciente?*
- ✓ *Investigue cuáles son las principales complicaciones clínicas de pacientes con mieloma múltiple.*
- ✓ *¿Qué esquema de vacunación indicaría en Juan Manuel?*

Interpretación: se confirma diagnóstico de mieloma múltiple IgG/Kappa, Hematología solicita esquema de tratamiento quimioterápico e inicia dexametasona 40 mg/semana.



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 37: COMA. HIPERCALCEMIAS. HIPERPARATIROIDISMO.

Autores: Antonela Kippes¹, Felipe Lancha²

¹Clínica Médica - UDA Hospital Centenario.

²Ayudante de Cátedra Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

OBJETIVOS:

COMA

- Definición de coma. Escala de Glasgow y otras formas de valoración del nivel del estado de conciencia.
- Diagnósticos diferenciales.
- Evaluación y manejo inicial en la emergencia. Protocolo de actuación.
- Clasificación etiológica y principales causas. Estructurales y no estructurales (infecciosas, farmacológicas, del medio interno)
- Solicitud de exámenes complementarios.

HIPERCALCEMIAS

- Principales causas y sus mecanismos fisiopatológicos.
- Manejo y evaluación inicial.
- Estrategias de tratamiento.

BONUS TRACK

- Revisión de insuficiencia renal, síndromes hiperglucémicos agudos, síndrome confusional agudo, neumonía, derrame pleural.
- Discusión bioética de encarnizamiento terapéutico, futilidad terapéutica, cuidados de fin de vida, distanasia, ortotanasia, eutanasia.

CASO CLÍNICO:

MOTIVO DE CONSULTA: Disminución progresiva del nivel de conciencia.

ENFERMEDAD ACTUAL: Juan Manuel (78 años) es traído por sus familiares a la guardia de emergencias de un sanatorio privado de la ciudad de Rosario* por un cuadro de horas de evolución caracterizado por desorientación témporo-espacial.

Uno de sus familiares relata que en los últimos días presentó un empeoramiento de su fatiga habitual, acompañado de náuseas y vómitos, lo vio ir con más frecuencia al baño y tomar más agua (poliuria y polidipsia).

Además, refiere que lo noto más irritable con algunas incoherencias en el lenguaje y episodio de gritos (por ejemplo, llamando a su madre fallecida), con insomnio.

En los últimos días, por mal control del dolor óseo se le administraron rescates de su medicación analgésica en varias oportunidades.

Asociado a esto, presentó un registro febril aislado acompañado de tos productiva con expectoración mucosa.

Horas previas a la consulta relatan que tuvo una caída de propia altura; posterior al traumatismo lo notaron más dormido y con menor respuesta a estímulo, balbuceando con palabras incoherentes, por lo que acuden a la guardia del sanatorio.

Los familiares se muestran muy angustiados por la situación; comentan que hasta hace poco más de seis meses era una persona sana, que realizaba actividad física, era independiente en su vida cotidiana, y que desde el diagnóstico de esta enfermedad “rara” se deterioró muy rápidamente, tienen miedo que no llegue a hacer el tratamiento específico para la misma, aunque tampoco quieren verlo sufrir, sienten que él ya no es el mismo.

**(Si bien reside en Victoria, se hospedan junto a su esposa Lucía, en un departamento de la familia de su hija en Rosario, ya que se encuentra realizando estudios y tratamiento médicos por enfermedad de Parkinson y mieloma múltiple)*

ANTECEDENTES PERSONALES:

Patológicos:

- Internación hace 10 años en el Hospital Provincial de Rosario por leptospirosis.
- Hernioplastia inguinal derecha a los 58 años.
- Enfermedad de Parkinson, diagnosticada hace dos meses, por lo que recibe tratamiento con Levodopa/Carbidopa en forma regular.
- Mieloma Múltiple, diagnosticado hace un mes, en tratamiento con corticoterapia, y analgésicos opioides para control del dolor; a la espera de tratamiento definitivo (familiares refieren que están esperando la autorización de las drogas específicas). Además, inició tratamiento con benzodiacepinas (clonazepam) porque el diagnóstico le generó angustia y alteraciones para conciliar el sueño.

Hábitos y tóxicos: ex tabaquista con abandono de consumo de tabaco hace 14 años.

Epidemiológico / Infeccioso: niegan.

Medicación habitual:

- Levodopa/Carbidopa 100/25 mg cada 4 horas.
- Clorhidrato de Morfina 10 mg cada 6 horas vía oral (dosis de rescate 10 mg máximo cada 4 horas). Hasta hace tres días utilizaba combinación de tramadol/paracetamol, que se cambió a morfina por mal control del dolor.
- Dexametasona 40 mg/semanal en bloques, vía oral.
- Clonazepam 2 mg a la noche vía oral, recibió dosis extras los días previos por insomnio.

EXAMEN FÍSICO:**A:**

- Paciente inconsciente. Glasgow inicial 9/15
- Vía aérea permeable

B:

- FR: 12 x'
- Mecánica ventilatoria irregular
- Spo2: 88%
- Se coloca O2 por cánula nasal a una FiO2 0.3 con flujo de 2 l/min

C:

- TA: 100/60 mmHg
- FC: 50x'
- Pulsos periféricos débiles
- Se coloca acceso venoso periférico y se comienza fluidoterapia con solución fisiológica

D:

- Pupilas isocóricas mióticas, hiporreactivas
- Reflejos oculocefálicos y oculovestibulares conservados
- Presenta cefalohematoma frontal derecho. Ausencia de focalidad neurológica aparente
- Se evalúa glucemia capilar obteniendo un valor superior a 550 mg/dl (el glucómetro marca Hi = High)

E:

- Piel seca, signos de deshidratación.
- T°: 36.9°C
- No se evidencian lesiones relevantes

INSPECCIÓN GENERAL: Impresiona severamente enfermo, adelgazado, mal estado general.

PIEL, MUCOSAS Y FANERAS: **Piel:** Seca, pálida. Signo del pliegue +. **Faneras:** Uñas frágiles, cabello escaso, sin alteraciones agudas. **Mucosas:** Mucosa oral seca, lengua saburral.

SISTEMA LINFOGANGLIONAR: Presenta un ganglio palpable, 2cm diámetro, móvil, en rango no megálico localizado en zona submaxilar.

CARDIOVASCULAR: Pulsos periféricos débiles, simétricos. Ruidos cardíacos hipofonéticos, sin soplos.

RESPIRATORIO: Mecánica irregular. No utiliza músculos accesorios. Se auscultan rales crepitantes en campo medio de pulmón derecho, abolición del murmullo vesicular en base derecha, asociada a matidez con signo del desnivel a la percusión.

ABDOMEN: Abdomen blando, depresible, indoloro. No presenta vísceras palpables. RHA +. No hay signos de ascitis.

NEUROLÓGICO: Cefalohematoma frontal derecho. Somnolencia, orientación invaluable, no responde ni comprende órdenes. Pupilas mióticas hiporreactivas. Pares craneales impresionan conservados. Lenguaje: balbuceo. Motilidad y fuerza impresionan conservadas, sin focalidad neurológica aparente (moviliza cuatro miembros). Reflejos osteotendinosos impresionan conservados. Respuesta plantar flexora bilateral, signo de Hoffman negativo.

PREGUNTAS GUÍAS:

- ✓ *En el rol del médico de guardia que recibe al paciente ¿Cuál sería el enfoque inicial?*
- ✓ *Elabore una lista de problemas, jerarquizando aquellos que estima de mayor gravedad y urgencia*
- ✓ *¿Cómo definiría el estado de coma? ¿Cómo se clasifican los mismos?*
- ✓ *¿Qué otros trastornos agudos de la conciencia conoce?*
- ✓ *¿Qué causas de alteración del estado de conciencia podría presentar el paciente?*
- ✓ *¿Cómo diferenciar clínicamente un coma estructural de un coma no estructural?*
- ✓ *Analice la presentación del examen físico inicial según el modelo ABCDE, qué significa y cuál es su utilidad e importancia*
- ✓ *¿Cuál es el uso e interpretación de la escala de coma de Glasgow? ¿Cuáles son sus componentes? Con un Glasgow 9/15, ¿cómo clasifica el nivel de compromiso del sensorio?*
- ✓ *¿Es necesaria la intubación orotraqueal en este caso? ¿Qué criterios clínicos le harían decidir intubación orotraqueal inmediata?*
- ✓ *Respecto a la función respiratoria, ¿Qué patrones respiratorios evalúa en un paciente con alteración de la conciencia?*
- ✓ *¿Qué valor semiológico tiene que las pupilas sean mióticas e hiporreactivas? ¿Qué otras alteraciones pupilares conoce?*
- ✓ *¿Qué maniobras de evaluación de reflejos conoce en un paciente en coma? ¿Qué indica que los reflejos oculocefálicos y oculovestibulares estén conservados en este caso?*
- ✓ *¿La presencia de qué signos clínicos orientaría a una lesión estructural supratentorial?*
- ✓ *Frente a una glucemia >550 mg/dl, ¿cuáles son los dos grandes síndromes hiperglucémicos agudos? ¿A qué puede deberse la hiperglucemia y cuál es su mecanismo fisiopatológico? ¿Qué laboratorio solicitaría para confirmar el diagnóstico? ¿Cómo calcula la osmolaridad plasmática efectiva? ¿Cómo la hiperosmolaridad produce alteración del sensorio? ¿Por qué estos pacientes presentan deshidratación tan marcada? ¿Qué riesgo neurológico existe si la osmolaridad se corrige demasiado rápido?*
- ✓ *¿Podría coexistir más de una causa de alteración del sensorio en este paciente?*
- ✓ *¿Qué estudios complementarios solicitaría? ¿Está indicada TAC de cráneo?*
- ✓ *¿Realizaría una punción lumbar para análisis de líquido cefalorraquídeo en este caso?*

CONTINUACIÓN DEL CASO:

El médico de guardia, junto al enfermero de turno, realiza infusión en bolo de flumazenil y naloxona, por sospecha de intoxicación con benzodiacepinas y opioides, respectivamente. El paciente responde parcialmente a las medidas, encontrándose algo más reactivo y colaborador con el examen. Paralelamente se continúa con fluidoterapia vigorosa, se realiza infusión continua de insulina corriente para manejo de hiperglucemia. Dada la estabilidad hemodinámica y clínica que presenta el paciente, se solicitan los siguientes estudios complementarios.

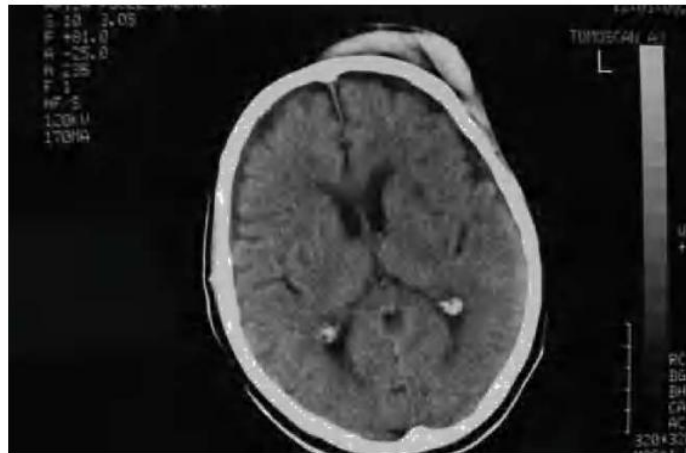
Laboratorio General:

- Estado ácido-base
 - pH: 7.33
 - pCO₂: 29 mmHg
 - pO₂: 60 mmHg
 - HCO₃: 20 mEq/L
 - EB (exceso de bases): -4

Eritrocitos (/mm ³)	2850000
Hemoglobina (g/dl)	9.4
Hematocrito (%)	29
VCM (fL)	85
HCM (pg)	30
VES (mm/1° hora)	110
PCR (mg/l)	102
Leucocitos (/mm ³)	12500
Neutrófilos (%)	78
Eosinófilos (%)	1
Basófilos (%)	1
Linfocitos (%)	18
Monocitos (%)	2
Plaquetas (/mm ³)	180000
Glucemia (mg/dl)	630
Urea (mg/dl)	98

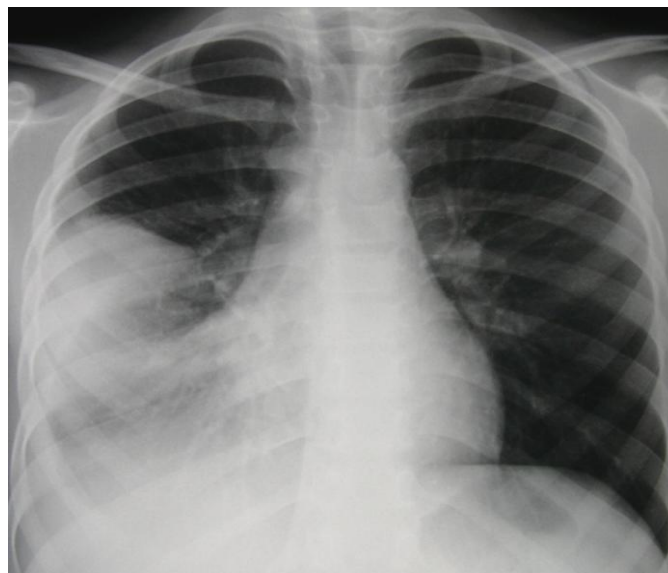
Creatinina (mg/dl)	3.5
Sodio (mEq/l)	148
Potasio (mEq/l)	4.6
Cloro (mEq/l)	89
Calcemia (mg/dl)	15.8
Calcio iónico (mmol/l)	1.75
Magnesio (mg/dl)	1.9
Fósforo (mg/dl)	2.1
Fosfatasa alcalina (UI/l)	180
γ GT (U/l)	45
TGO (U/l)	33
TGP (U/l)	28
Billirubina total (mg/dl)	1.1
LDH (UI/l)	850
Cetonemia	negativa
Albúmina (g/dl)	2.7

- Orina Completa: Proteinuria (+++), glucosuria (++), cilindros granulosos, sin cuerpos cetónicos.
- **Serologías:** HIV (ELISA): Negativo. Hepatitis B (HBsAg, Anti-HBc): Negativo. Hepatitis C (Anti-HCV): Negativo. VDRL: No reactivo
- **TAC de Cráneo sin contraste: Cefalohematoma frontal derecho.** No se observan colecciones hemáticas intra ni extraaxiales. No se evidencian alteraciones densitométricas del parénquima cerebral actual. Sistema ventricular presenta forma y tamaño conservado. Línea media centrada. En la fosa posterior el 4º ventrículo es de forma, tamaño y situación normal.



* Imagen obtenida de internet

- **Radiografía de Tórax (Frente y Perfil):** Índice cardiotorácico respetado, se observa radiopacidad en campo pulmonar basal derecho, borramiento del seno costofrénico homolateral, resto del parénquima sin infiltrados, seno costofrénico izquierdo libre.



* Imagen obtenida de internet

PREGUNTAS GUÍAS:

- *Con la información recabada de los exámenes complementarios, ¿qué hallazgos patológicos se suman a la lista de problemas del paciente?*
- *¿Cuáles son sus hipótesis diagnósticas?*
- *Enumere todos las causas clínicas, analíticas y farmacológicas que pueden explicar la alteración del sensorio de Juan Manuel.*
- *¿Qué causas detecta que justifican el empeoramiento de la falla renal en este caso? ¿Qué trastorno del estado ácido base reconoce?*
- *¿Cómo interpreta el cuadro clínico y radiológico pulmonar? En este contexto ¿podría ser una neumonía broncoaspirativa? ¿Sospecha la presencia de derrame pleural? Justifique la respuesta, y en caso afirmativo que causa y tipo de derrame pleural sospecha.*
- *Respecto al cefalohematoma que presenta en el estudio de imágenes ¿puede ser considerado como un factor estructural para el desarrollo de coma?*

HIPERCALCEMIA:

- *Defina y clasifique hipercalcemia. En este caso ¿se trata de un cuadro grave? El valor de albúmina sérica ¿tiene relevancia cuando sospechamos hipercalcemia?*
- *¿Estamos ante un caso de hipercalcemia maligna? ¿A qué se refiere ese concepto? ¿Cuál es su fisiopatología?*
- *¿Sería importante realizar un dosaje de paratohormona (PTH) y de vitamina D?*
- *¿Qué diferencia fisiopatológica hay entre hipercalcemia por hiperparatiroidismo y la producida por neoplasias?*
- *¿Por qué la hipercalcemia puede empeorar la insuficiencia renal de base? ¿Cómo se trata este trastorno metabólico?*

Elabore un plan terapéutico integral para Juan Manuel, en base a las patología y alteraciones detectadas.

CONTINUACIÓN DEL CASO:

Luego de los exámenes complementarios iniciales, el paciente permanece en el “*shock room*” de la guardia de adultos, con necesidad de monitoreo continuo. Luego de la primera expansión con cristaloides, por tener accesos venosos dificultosos y por la necesidad de continuar con hidratación parenteral vigorosa e infusión continua de insulina, se realiza acceso venoso central yugular derecho bajo control con POCUS. Continúa con fluidoterapia con solución salina al 0.9% a razón de 100-120 ml/hora, con control bajo protocolo VExUS de POCUS (point-of-care-ultrasonography), y cuantificación de diuresis.

Interpretación del cuadro: de inicio síndrome confusional, con evolución a depresión del sensorio/coma no estructural, generado por múltiples causas en un paciente vulnerable.

Entre las causas, se destacan metabólicas (hipercalcemia severa, estado hiperglicémico hiperosmolar, insuficiencia renal, acidosis metabólica, hipoxemia), infecciosa (neumonía aguda), farmacológicas (opioides, benzodiacepinas, levodopa/carbidopa).

Se indica infusión de pamidronato 90 mg/endovenoso.

Se realiza toracocentesis con examen de líquido pleural bajo control por POCUS, sin complicaciones, con diagnóstico cito-físico-químico compatible con exudado, que se interpreta como derrame pleural paraneumónico no complicado.

Paralelamente, se toman muestras de hemocultivos y urocultivo, y se inicia antibioticoterapia empírica con ampicilina-sulbactam EV.

El médico a cargo da un informe a los familiares, explicándoles la gravedad y mal pronóstico del cuadro clínico y las posibles complicaciones. Los familiares, muy angustiados, le reiteran la necesidad de no verlo sufrir.

PREGUNTAS GUÍAS:

- ✓ *Investigue que es el protocolo VexUS de POCUS.*
- ✓ *Revise definición y tratamiento de estado hiperglicémico hiperosmolar. ¿Juan Manuel cumple los criterios diagnósticos? Calcule la osmolaridad plasmática de este caso.*
- ✓ *Revise tratamiento de hipercalcemia maligna. ¿Qué es el pamidronato y cuál es su mecanismo de acción? Investigue otras opciones terapéuticas.*
- ✓ *Simule un informe cito-físico-químico de un exudado no complicado paraneumónico (como el presente en Juan Manuel), y el de un eventual derrame complicado con requerimiento de drenaje.*
- ✓ *¿Acuerda con la antibioticoterapia seleccionada? Plantee otras opciones de tratamiento.*
- ✓ *La situación de Juan Manuel, su descompensación, enfermedad de base, pronóstico, plantea el dilema bioético de evitar el encarnizamiento terapéutico, y la limitación de esfuerzos terapéuticos, que puedan resultar fútiles, versus un paciente que hasta hace poco tiempo presentaba un “performance status” y estado general bueno, y además, su enfermedad oncohematológica se encuentra en etapas previas al inicio de tratamiento, con pronóstico de posible control de la enfermedad, aunque sin expectativas de remisión/curación completa. Discutir en la tutoría este dilema bioético y la comunicación de las decisiones a la familia. Revisar los conceptos de distanasia, ortotanasia, eutanasia.*



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 38: BONUS TRACK I. CASO INTERACTIVO. INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA PRÁCTICA DE LA CLÍNICA MÉDICA

Autores: Alan Altamirano¹

¹Clínica Médica - UDA Hospital Centenario.

OBJETIVOS:

- Reconocer las principales aplicaciones actuales de la IA en la práctica de la Clínica Médica.
 - Analizar críticamente recomendaciones generadas por sistemas de IA, diferenciando utilidad clínica de potenciales errores.
 - Comparar la interpretación clínica humana con la clasificación y sugerencias automáticas de sistemas de IA.
 - Identificar sesgos, limitaciones y riesgos asociados al uso no supervisado de IA en salud.
 - Integrar herramientas de IA de manera responsable, segura y ética, manteniendo la centralidad del juicio clínico.
-

Marco teórico (breve)

La inteligencia artificial (IA) aplicada a la salud comprende un conjunto de técnicas computacionales capaces de identificar patrones, realizar predicciones y generar contenidos a partir de grandes volúmenes de datos. En la práctica clínica actual, su utilización más difundida incluye modelos de *machine learning* (ML) para predicción de riesgo, sistemas de apoyo a decisiones clínicas (*Clinical Decision Support Systems*, CDSS), análisis automatizado de imágenes médicas a través de *Deep learning* (DL) y redes neuronales, y modelos de lenguaje de gran escala (*Large Language Models*, LLM).

La IA ha demostrado su buen desempeño en la detección precoz de deterioro clínico, la interpretación de estudios por imágenes, la actuación como copiloto clínico en la toma de decisiones y la estratificación de riesgo en patologías prevalentes (p. ej., insuficiencia cardíaca, sepsis, tromboembolismo pulmonar), siempre que su uso sea supervisado por profesionales entrenados. Sin embargo, también se han descrito errores relacionados con sesgos de datos, falta de contextualización clínica, automatización acrítica y sobreconfianza algorítmica, con potencial impacto negativo en la seguridad del paciente.

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Médica Americana (AMA) y la Comisión Europea coinciden en que la IA debe concebirse como una herramienta complementaria del razonamiento clínico, bajo principios de explicabilidad, supervisión humana, responsabilidad profesional y gobernanza adecuada de los datos.

Contexto institucional

Nos centramos en un hospital privado de la ciudad de Rosario, de alta complejidad, que se encuentra implementando de manera progresiva y piloto distintas herramientas de IA en el proceso asistencial: sistemas de auto-triage, alertas automáticas en la Historia Clínica Electrónica (HCE), algoritmos predictivos de riesgo, análisis automatizado de imágenes y asistentes basados en LLM para apoyo al razonamiento y la documentación clínica.

El estudiante asume el rol de médico internista recientemente incorporado al staff, en un entorno híbrido donde conviven procesos tradicionales con tecnologías emergentes.

CASO CLÍNICO

1. Datos del paciente:

- a. Nombre: Adrián V
- b. Edad: 67 años
- c. Sexo: masculino
- d. Estado civil: divorciado
- e. Ocupación: jubilado
- f. Domicilio: vive solo

2. Enfermedad actual

El paciente consulta a la guardia por disnea progresiva de aproximadamente 10 días de evolución, inicialmente de grandes esfuerzos y que en las últimas 48 horas progresa a clase funcional III, asociada a palpitations, astenia marcada y edemas maleolares leves. Niega fiebre, dolor torácico típico, expectoración purulenta u ortopnea franca. Refiere episodios de diarrea autolimitada una semana antes.

Previo a la consulta, el paciente realizó un **auto-triage digital** a través de una aplicación con IA y posteriormente consultó un **LLM de uso general**, ingresando síntomas aislados. Recibió como respuesta la posibilidad de una “infección grave” y “riesgo cardíaco agudo”, lo que incrementó su ansiedad y motivó la consulta.

Al ingreso a guardia, el sistema de **triage automatizado por IA** del hospital clasifica al paciente como “alto riesgo infeccioso” y sugiere activación de protocolo de sepsis, incluyendo administración temprana de fluidos intravenosos y antibióticos de amplio espectro.

3. Antecedentes

Personales:

- Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección levemente reducida.
- Fibrilación auricular paroxística.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus tipo 2 de larga data.
- Enfermedad renal crónica estadio 3b.
- Dislipemia.
- Medicación habitual: enalapril 10 mg cada 12 h, carvedilol 12,5 mg cada 12 h, furosemida 40 mg/día (uso irregular según síntomas), espironolactona 25 mg/día, apixabán 5 mg cada 12 h, metformina 850 mg cada 12 h, atorvastatina 20 mg/día.

Familiares:

- Padre fallecido por enfermedad cardiovascular a los 50 años.
- Madre con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2.

4. Examen físico

- Estado general: consciente, lúcido, ansioso.
- Signos vitales: TA 98/63 mmHg, FC 118 lpm (irregular), FR 24/min, SatO₂ 92% aire ambiente, T° 36,6 °C.
- Cabeza y cuello: mucosas ligeramente secas, ingurgitación yugular positiva 4/6 sin colapso, reflujo hepatoyugular positivo.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular disminuido en bases, rales crepitantes finos bibasales.

- Aparato cardiovascular: ritmo cardíaco irregular, R1 y R2 hipofonéticos, sin soplos evidentes.
- Abdomen: blando, depresible, indoloro, sin visceromegalias, RHA+.
- Extremidades: edemas maleolares bilaterales 2+.
- Neurológico: normal.

Clasificación inicial sugerida por IA (triage): sepsis probable. Recomendación automática: iniciar *bundle* de sepsis en la primera hora.

5. Estudios complementarios solicitados

- Laboratorio inicial:

Hemoglobina (g/dL)	11
Hematocrito (%)	33
Glóbulos blancos (/mm ³)	9.800
Plaquetas (/mm ³)	210.000
Glicemia (mg/dl)	184
Urea (mg/dl)	78
Creatinina (mg/dl)	2,4
Sodio (mEq/l)	132
Potasio (mEq/l)	5,1
Cloro (mEq/l)	98
Ácido láctico (mmol/L)	2,6
Bilirrubina total (mg/dL)	2,3 (D 1,9)
TGO (UI/L)	58
TGP (UI/L)	65
FAL (UI/L)	155
GGT (UI/L)	85
Colinesterasa sérica (UI/L)	5460
Amilasa (UI/L)	85
VES (mm/1° hora)	30
PCR (mg/L)	15
Troponina T US (ng/l)	36
NT-proBNP (pg/ml)	5100

- **Electrocardiograma (ECG):** ritmo irregular, ausencia de onda P, con tremulación de línea de base, frecuencia cardíaca 120 lpm, QRS angosto, sin alteraciones del ST-T, AQRS +45°.

Interpretación automatizada por IA (ECG): "Arritmia compatible con fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. Riesgo hemodinámico aumentado."

- **Radiografía (Rx) de tórax:** índice cardiorácico aumentado, redistribución vascular hacia vértices, opacidades intersticiales bilaterales de predominio basal, derrame pleural leve bilateral.

Informe asistido por IA (Rx): "Hallazgos compatibles con congestión pulmonar incipiente. Correlacionar con clínica y marcadores cardíacos."

6. Interpretación de estudios (salidas generadas por IA)

- **ECG (*deep learning*)**: fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. Riesgo hemodinámico aumentado. Considerar control de frecuencia y monitoreo continuo.
- **Radiografía de tórax (*convolutional neural network*)**: patrón compatible con congestión pulmonar incipiente. No puede descartarse proceso infeccioso concomitante. Sugerir correlación clínica.
- **Laboratorio (*machine learning*)**: creatinina y bilirrubina elevadas, ácido láctico y PCR en límite alto interpretados como posibles marcadores de sepsis. Recomendación: fluidoterapia y antibióticos empíricos.

7. Pase a sala general y recomendaciones sucesivas generadas por IA

Durante la internación en sala general, la Historia Clínica Electrónica (HCE) continúa emitiendo **alertas automáticas** de riesgo infeccioso y recomendaciones estandarizadas: expansión con cristaloides, inicio de antibióticos empíricos y control seriado de lactato.

En paralelo, un **algoritmo predictivo institucional** estima un riesgo elevado de deterioro clínico en las siguientes 24 horas, sugiriendo mayor nivel de vigilancia y eventual pase a unidad de cuidados intermedios.

Se incorpora además el uso de un **modelo de lenguaje de gran escala (LLM)** disponible para el equipo de salud. Al ingresar los datos estructurados del caso, el LLM genera:

- listado de diagnósticos diferenciales priorizados (infecciosos, cardiovasculares y metabólicos);
- sugerencia de estudios complementarios adicionales;
- advertencia sobre potenciales efectos adversos de ciertas conductas protocolizadas en contextos de insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica.

Preguntas guía

A. Marco teórico

- ✓ *¿Qué se entiende por inteligencia artificial aplicada a la salud?*
- ✓ *¿Cuál es la diferencia entre modelos predictivos tradicionales y modelos de machine learning?*
- ✓ *¿Qué características definen a un Large Language Model (LLM)?*
- ✓ *¿Cuáles son los principales riesgos asociados al uso no supervisado de IA en medicina?*
- ✓ *¿Qué principios éticos internacionales se consideran fundamentales para el uso de IA en salud?*

B. Contexto institucional

- ✓ *¿Qué ventajas y desafíos implica la implementación progresiva de IA en un hospital?*
- ✓ *¿Qué problemas pueden surgir cuando conviven sistemas tradicionales con herramientas de IA piloto?*
- ✓ *¿Cómo impacta la gobernanza de datos en la calidad de los outputs de IA?*

C. Enfermedad actual y triage automatizado

- ✓ *¿Qué variables clínicas fueron priorizadas por el sistema de triage automatizado?*
- ✓ *¿Qué limitaciones presenta el auto-triage digital realizado por el paciente? ¿Qué riesgos puede tener un triage en “modo agente”?*
- ✓ *¿Qué riesgos clínicos puede implicar la activación automática de un protocolo de sepsis?*
- ✓ *¿Qué información clínica relevante no es captada adecuadamente por el sistema de triage?*

D. Antecedentes y medicación

- ✓ *¿Cómo influyen los antecedentes cardiovasculares y renales en la interpretación de las alertas automáticas?*
- ✓ *¿Qué interacciones farmacológicas potenciales deberían considerarse según la medicación habitual?*
- ✓ *¿De qué manera la adherencia irregular puede influir en los modelos predictivos?*

E. Examen físico y clasificación inicial

- ✓ *¿Qué hallazgos del examen físico son claves para orientar el diagnóstico?*
- ✓ *¿Cuáles de estos hallazgos pueden ser subestimados por sistemas automatizados?*
- ✓ *¿Qué diferencias existen entre una clasificación basada en datos aislados y una basada en evaluación clínica integral?*

F. Estudios complementarios e interpretación por IA

- ✓ *¿Qué parámetros de laboratorio contribuyen al falso positivo de sepsis?*
- ✓ *¿Qué aportes concretos realiza la IA en la interpretación de imágenes?*
- ✓ *¿Qué limitaciones presenta la interpretación automatizada de estudios complementarios?*
- ✓ *¿Cómo debe interpretarse un resultado sugerido por IA cuando existen datos contradictorios?*

G. Internación en sala general y uso de LLM

- ✓ *¿Qué tipo de alertas genera la HCE durante la internación?*
- ✓ *¿Qué criterios utiliza el algoritmo institucional para predecir deterioro clínico?*
- ✓ *¿Qué ventajas ofrece el uso de un LLM con información clínica estructurada?*

- ✓ *¿Qué riesgos persisten aun cuando el LLM se utiliza de forma profesional?*
- ✓ *¿Cómo influye la formulación del prompt en la calidad de la respuesta del LLM?*

H. Seguridad del paciente, ética y responsabilidad profesional

- ✓ *¿Qué eventos adversos podrían derivarse de seguir recomendaciones automáticas sin supervisión?*
- ✓ *¿Quién es responsable legalmente de una decisión asistida por IA?*
- ✓ *¿Cómo debería documentarse el uso de IA en la historia clínica?*
- ✓ *¿Qué estrategias pueden implementarse para reducir sesgos algorítmicos?*
- ✓ *¿Cómo comunicar al paciente el rol de la IA en su atención?*

Actividades sugeridas

- Comparación entre clasificación automática y juicio clínico.
- Análisis de distintos *prompts* sobre un mismo caso.
- Discusión grupal sobre sesgos algorítmicos.
- Simulación de toma de decisiones con alertas contradictorias.

Mensaje central

La inteligencia artificial constituye una herramienta de alto potencial para mejorar la calidad y seguridad del cuidado clínico. Su uso debe ser siempre supervisado, contextualizado y subordinado al razonamiento clínico del médico, quien mantiene la responsabilidad final de las decisiones asistenciales.