

11227

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN No. 3 DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TITULO

EJERCICIO CLINICO

MIELITIS TRANSVERSA SECUNDARIA A LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
UN CASO DE DIAGNOSTICO DIFICIL

TESIS QUE PRESENTA
DR. DANIEL ARELLANO GUEVARA
PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA INTERNA

ASESOR

DR. JOSE HALABE CHEREM

MÉXICO D.F.

FEBRERO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

DOCTOR
ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
JEFE DE LA DIVISIÓN DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI

DR. JOSÉ HALABE CHEREM
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



DIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ASESOR
DR. JOSÉ HALABE CHEREM
MEDICO INTERNISTA
JEFE DE LA DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DELEGACION SUR OESTE D.F.
C.M.N. SIGLO XXI
HOSP. DE ESPECIALIDADES
27 SEP 2004
DIV. EDUCACION E INVESTIG. MEDICA

MIELITIS TRANSVERSA
SECUNDARIA A LUPUS
ERITEMATOSO SISTEMICO:
UN CASO DE DIAGNOSTICO DIFICIL

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE:

Daniel Arcellano Guevara

FECHA: 27 - sept. 2004

FIRMA: 



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

PROGRAMA NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN Y DESARROLLO ACADÉMICO PARA EL MÉDICO GENERAL

México, D.F., a 24 de agosto de 2004.

MESA DIRECTIVA

Dr. Miguel Tanimoto †
Presidente

Dr. Misael Uribe Esquivel
Vicepresidente

Dr. Emilio García Procel
Secretario General

Dr. Roberto Medina Santillan
Tesorero

Dr. Guillermo Díaz Mejía
Secretario Adjunto

PRONADAMEG

Dr. Manuel de la Liza
Director

Dr. Juan Urrusti Sanz
Director Adjunto

COMITÉ NORMATIVO

Dr. Efraim Díaz Jouanen

Dr. Guillermo García Ramos

Dr. José Halabe Cherem

Dr. Alberto Lifshitz Gunzberg

Dr. Samuel Ponce de León Rosales

Dr. Julio Sotelo

COORDINACIÓN REGIONAL

Centro

Dr. José de Jesús Macías Mendoza

Sureste

Dr. José Antonio Cetina Manzanilla

Noroeste

Dr. Ernesto Ramos Martínez

Noreste

Dr. Guillermo Elizondo Riojas

A quien corresponda:

Por este medio se hace constar que el Ejercicio Clínico Patológico "Mielitis transversa secundaria a lupus eritematoso sistémico: Un caso de diagnóstico difícil" de los doctores Constantino Hernández Palma, Daniel Arellano Guevara, José Halabe Cherem, Fernando Laredo y José Malagón Rangel, fue aceptado para publicarse en el Boletín Vox Médica y la Gaceta Médica de México, ambas publicaciones de la Academia Nacional de Medicina de México.

Se extiende la presente a petición del interesado y para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,


Dr. Juan Urrusti Sanz
Director Adjunto

INDICE

1.- RESUMEN PAGINA 1

2.- CASO CLINICO PAGINA 2

3.- COMENTARIO CLINICO PAGINA 4

4.- BIBLIOGRAFIA PAGINA 5

RESUMEN

Hombre de 36 años con antecedente de artritis reumatoide, con cuadro de 10 días con parestesias en plantas de los pies, axilas y pezones; paraparesia progresiva que llega a la plejía, nivel sensitivo T6, alteración de esfínteres. Se ingresa a neurología en donde se realiza resonancia magnética que reporta datos de mielitis. Se concluye mielitis transversa y se administra un bolo de metilprednisolona, pero no se continúa tratamiento por sospecha de neumonía. Ingresa a Medicina Interna en donde se reinterroga al paciente y se le encuentra artralgias en rodillas y manos. Al exploración física con artritis a estas articulaciones. La radiografía de tórax con derrame pleural bilateral, biometría hemática con leucopenia y trombocitopenia, examen general de orina con cilindros granulosos y proteínas de 2gr, anticuerpos anti-DNA, anti-Sm positivos, con títulos altos. Se llega al diagnóstico de lupus eritematoso sistémico como causa de la mielitis transversa, se da tratamiento con dosis alta de esteroide, con muy buena respuesta se egresa al paciente por mejoría sin datos de actividad. Actualmente se encuentra con fuerza 4/5 en miembros torácicos y pélvicos, sensibilidad normal, con seguimiento en la consulta externa de Medicina Interna.

MIELITIS TRANSVERSA SECUNDARIA A LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO: Un caso de diagnóstico difícil.

*Constantino Hernández Palma-Daniel Arellano Guevara **José Hálabe Cherem ***Fernando Laredo ****Jose Malagón Rangel.

INTRODUCCIÓN

La mielitis tranversa (MT) se caracteriza por un proceso inflamatorio a nivel de la médula espinal que generalmente se presenta como un síndrome medular y que puede clasificarse en primaria o idiopática y secundaria. Obviamente para hablar de la primera tenemos que hablar de todas las causas que hasta el momento se han asociado a MT, incluyendo causas infecciosas, reumatológicas u otras. Es en esta tarea de encontrar el diagnóstico etiológico en donde el clínico puede tener problemas. El presente caso corresponde a un paciente con MT en quien la causa en un principio presentó algunas dificultades.

MATERIAL Y MÉTODOS

Masculino de 36 años de edad con diagnóstico de artritis reumatoide hace 9 años, manejado con prednisona 10mg cada 24 horas.

Padecimiento actual: ingresa por un cuadro de 10 días de evolución, caracterizado por parestesias en plantas de los pies, axilas y pezones, de moderada intensidad, así como paraparesia progresiva hasta llegar a la plejía con nivel sensitivo T6 y alteración de esfínteres. Se ingresa al servicio de Neurología, en donde se le encuentra con debilidad 4/5, en miembros torácicos, 0/5 en miembros pélvicos, arreflexia patelar, hiperreflexia bicipital y tricipital. Babinski bilateral, con nivel sensitivo T6 para todas las modalidades. Por lo agresivo del cuadro se administra un bolo de metilprednisolona, pero ante la sospecha de neumonía no se continúa con el tratamiento. La punción lumbar revela LCR incoloro, leucocitos=0, glucosa=84, proteínas =85. La Resonancia Magnética Nuclear (RMN) con incremento de la intensidad en C3-5, hasta segmentos torácicos, sugestivo de proceso mielítico. EEG normal.

Potenciales multimodales con datos de disfunción cervicomedular bilateral.

El paciente ingresa a Medicina Interna, una semana después. Se solicita placa de tórax que reporta derrame pleural bilateral del 20% aproximadamente.

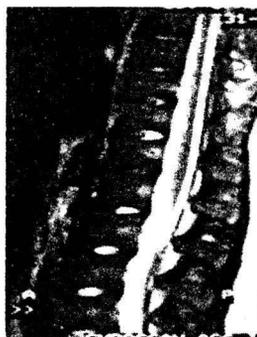
La BH se encuentra con leucopenia de 2500.

Se reinterroga al paciente quien refiere dolor articular importante a nivel de rodillas, articulaciones interfalángicas proximales y distales en forma bilateral. En ese momento, a la exploración física se encuentra además con edema importante de miembros pélvicos y pared abdominal.

Se solicita sedimento urinario y cuantificación de proteínas en orina, con reporte de cilindros granulosos y proteinuria de 2.

Se solicitan anticuerpos anti-DNA, anticuerpos anti-Sm y complemento cuyo reporte fue: anti-DNA=274, anti-Sm(+); complemento bajo.

Panel viral negativo.



RESULTADOS

Se concluye mielitis transversa secundaria a LES, ya que el paciente presentó 6 criterios de clasificación de acuerdo con el Colegio Americano de Reumatología: serositis, leucopenia, artritis, afección a SNC manifestado como MT, proteinuria y anticuerpos anti-DNA positivos. Se continúa con administración de dosis altas de esteroides por vía intravenosa durante cinco días, seguido de prednisona 1mg/Kg. bajo esquema de reducción. El paciente mejora progresivamente tanto de la sensibilidad como de la fuerza, encontrándose a la exploración neurológica a su egreso con fuerza 4/5 bilateral tanto en miembros torácicos como pélvicos. Se complementa manejo por parte del servicio de Reumatología para la actividad lúpica. Un mes después de su ingreso el paciente se egresa por mejoría, ya sin datos de actividad.

CONCLUSIONES

La MT secundaria a LES es poco frecuente, sin embargo se debe tener presente, sobre todo en un paciente en quien ya se conoce un antecedente reumatológico. Asimismo se deben buscar intencionadamente los criterios de clasificación para LES cuando se sospeche el diagnóstico. La MT idiopática es un criterio de exclusión, tenemos primero que descartar las causas conocidas de MT. Es importante señalar que en este paciente existían datos que no harían pensar en LES como primer diagnóstico, tales como el sexo masculino, la presentación inicial con manifestaciones neurológicas, pues como sabemos no es lo más frecuente, y la presencia concomitante de síntomas aparentemente vagos y diversos. No obstante, cuando el paciente llega a Medicina Interna se aborda como una MT probablemente secundaria y al revisar la lista de entidades conocidas como causas de la misma, se encontró que el LES podía además explicar el resto del cuadro de nuestro paciente.

En cuanto al inicio del tratamiento con esteroides, cabe mencionar que en un principio se pensó que podía ser contraproducente debido a que el paciente presentaba aparentemente un foco neumónico, sin embargo la evidencia actual señala que si el beneficio supera al riesgo y si se tiene identificado el foco infeccioso se puede iniciar el manejo con esteroides a dosis altas.

Finalmente, aunque en retrospectiva el diagnóstico del presente caso parece fácil, se requirió de un alto grado de sospecha y de un abordaje sistemático para evitar pasar por alto esta posibilidad.

BIBLIOGRAFIA:

1. Arun V. Krishnan and Gabor Michael Halmagyi
Acute transverse myelitis in SLE
Neurology, Jun 200L.
2. K. Hummers, C. Krishnan, L. Casciola-Rosen, A. Rosen, S. Morris, J. A. Mahoney, D. A. Kerr, and F. M. Wigley
Recurrent transverse myelitis associates with anti-Ro (SSA) autoantibodies
Neurology, Jan 2004; 62: 147 - 149. 4; 62: 2087.
3. Kwang-kuk Kim
Idiopathic Recurrent Transverse Myelitis
Arch Neurol, Sep 2003; 60: 1290 - 1294.
4. Gustavo C. Román and Douglas Kerr
Proposed diagnostic criteria and nosology of acute transverse myelitis
Neurology, Feb 2003; 60: 730 - 731.
5. Transverse Myelitis Consortium Working Group*
Proposed diagnostic criteria and nosology of acute transverse myelitis
Neurology, Aug 2002; 59: 499 - 505.
6. Jo M Wilmshurst, Matthew C Walker, and Keith R E Pohl
Rapid onset transverse myelitis in adolescence: implications for pathogenesis and prognosis
Arch. Dis. Child., Feb 1999; 80: 137 - 142.
7. UK Misra and J Kalita
MR changes in transverse myelitis
AJNR Am. J. Neuroradiol., Jun 1997; 18: 1189 - 1190.
8. MF Cordeiro, ME Lloyd, DJ Spalton, and GR Hughes
Ischaemic optic neuropathy, transverse myelitis, and epilepsy in an anti-phospholipid positive patient with systemic lupus erythematosus
J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, Sep 1994; 57: 1142 - 1143.
9. DW Ray, J Bridger, J Hawnaur, S Waldek, RM Bernstein, and TL Dornan
Transverse myelitis as the presentation of Jo-1 antibody syndrome (myositis and fibrosing alveolitis) in long-standing ulcerative colitis
Rheumatology, Dec 1993; 32: 1105 - 1108
10. CP Simeon-Aznar, C Tolosa-Vilella, R Cuenca-Luque, R Jordana-Comajuncosa, J Ordi-Ros, and JA Bosch-Gil
Transverse myelitis in systemic lupus erythematosus: two cases with magnetic resonance imaging
Rheumatology, Aug 1992; 31: 555 - 558.

11. DS Tippett, PS Fishman, and HS Panitch Relapsing transverse myelitis
Neurology, May 1991; 41: 703 - 706.

12. PG Kennedy and AI Weir
Rapid recovery of acute transverse myelitis treated with steroids
Postgrad. Med. J., May 1988; 64: 384 - 385.

13. PC Dowling, VV Bosch, and SD Cook
Possible beneficial effect of high-dose intravenous steroid therapy in acute
demyelinating disease and transverse myelitis
Neurology, Jul 1980; 30: 33 - 36.