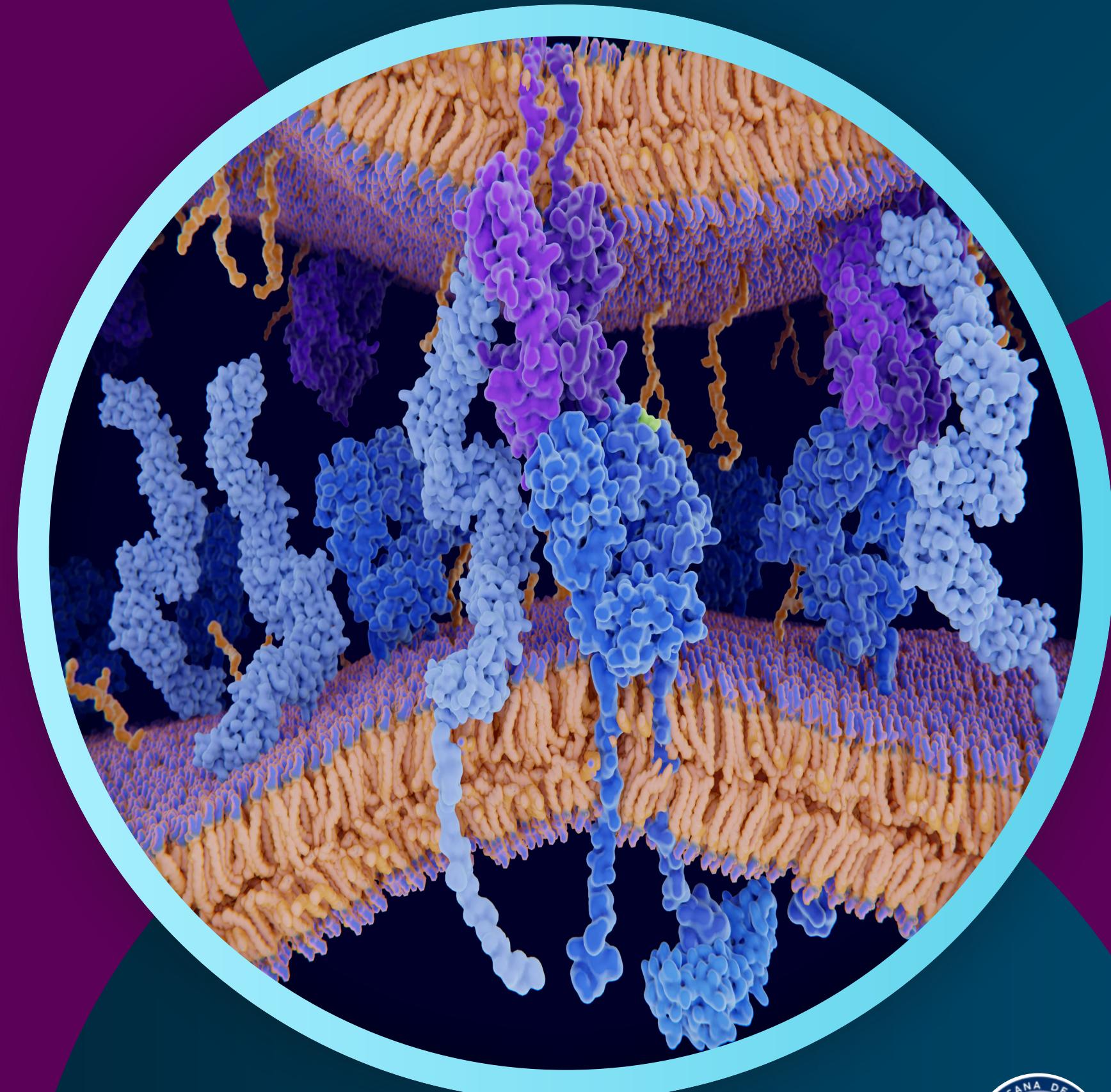


PRIMER FORO
InmunoDerma2025

CANCÚN, MX

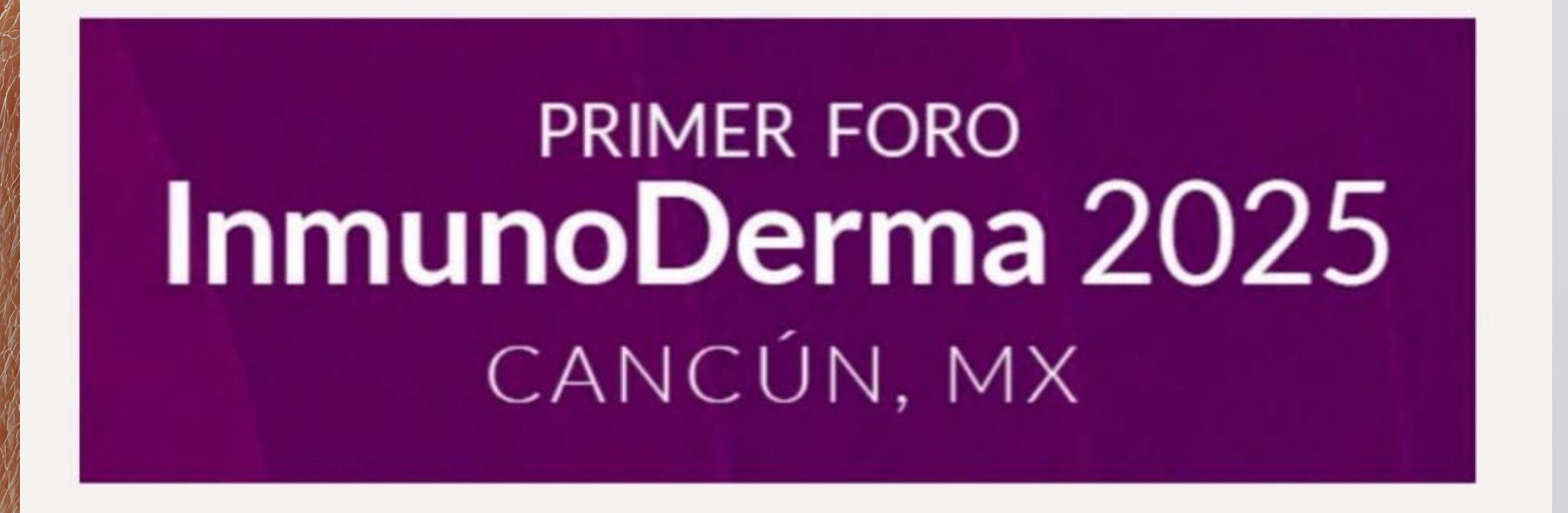
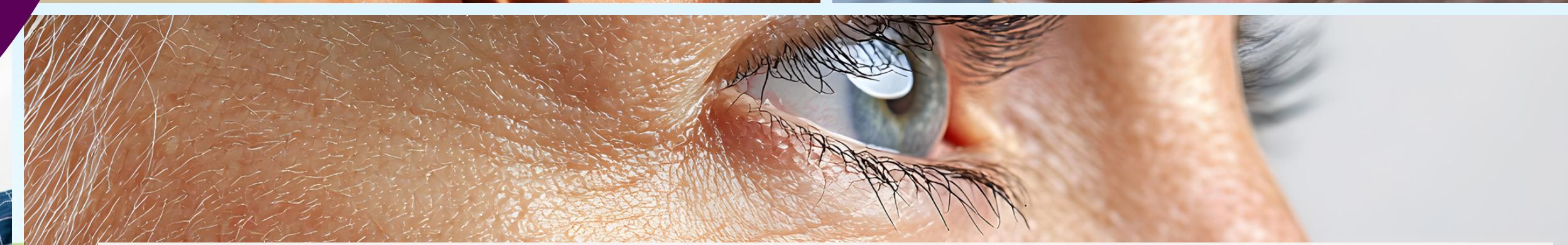
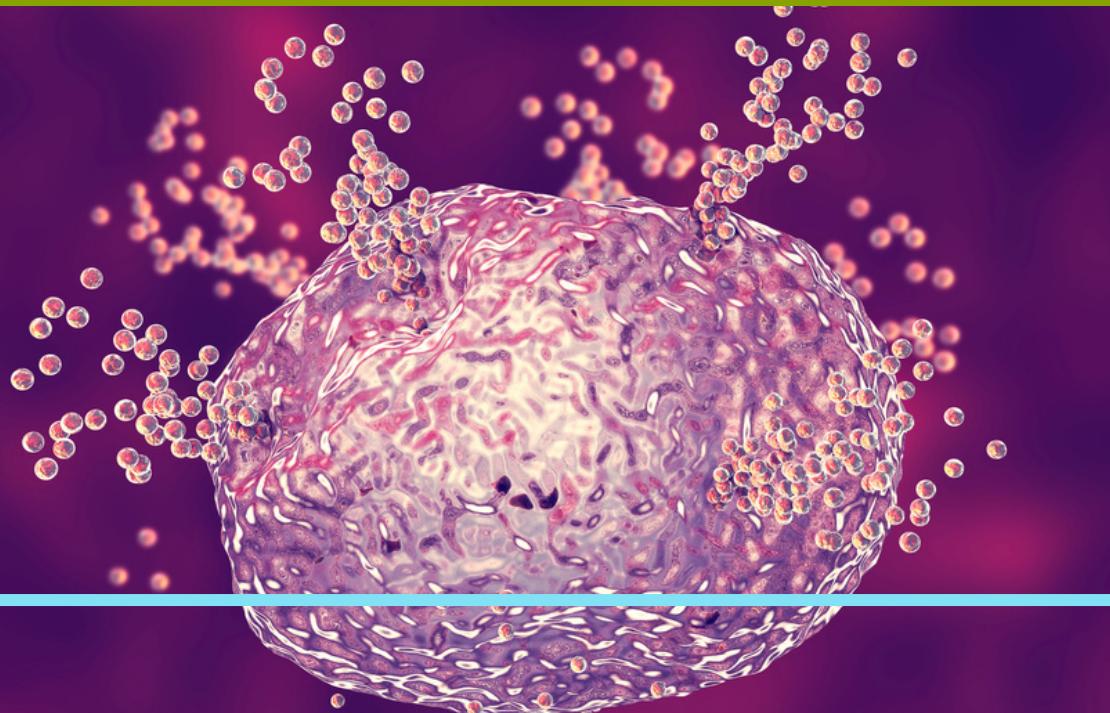
FORO DE DISCUSIÓN

INNOVACIÓN & CONEXIONES EN
INMUNODERMATOLOGÍA



Caso clínico Abordaje

Multidisciplario de PsO



Caso clínico

Fecha de nacimiento: 09/08/1949

Edad: 76 años 1 mes

Género: H

Estado Civil: CASADO

Ocupación: Veterinario

PA: Hace menos de un año, como jubilado se fue a vivir a Oaxtepec, haciendo trabajo manual, comenzó a notar baja de peso, sin otros síntomas. Se inflamó primero la mano derecha y luego la izquierda, asociado a parestesias y disestesias que inclusive afectaban la calidad del sueño. Se revisó a cuidado para buscar neoplasia.



Caso 1

Datos

Destacables (que ya tenía antes de llegar conmigo)

Lo que es muy claro es que mejora notablemente con la prednisona.

- » ANA nuclear homogéneo 1:80
- » HLA-B27 +
- » FR 11.6 (20)
- » VSG 2, PCR 0.04 mg/dL
- » Vit B12 348 (normal), IgG 1187, IgM 62

PRIMER FORO

InmunoDerma2025

CANCÚN, MX



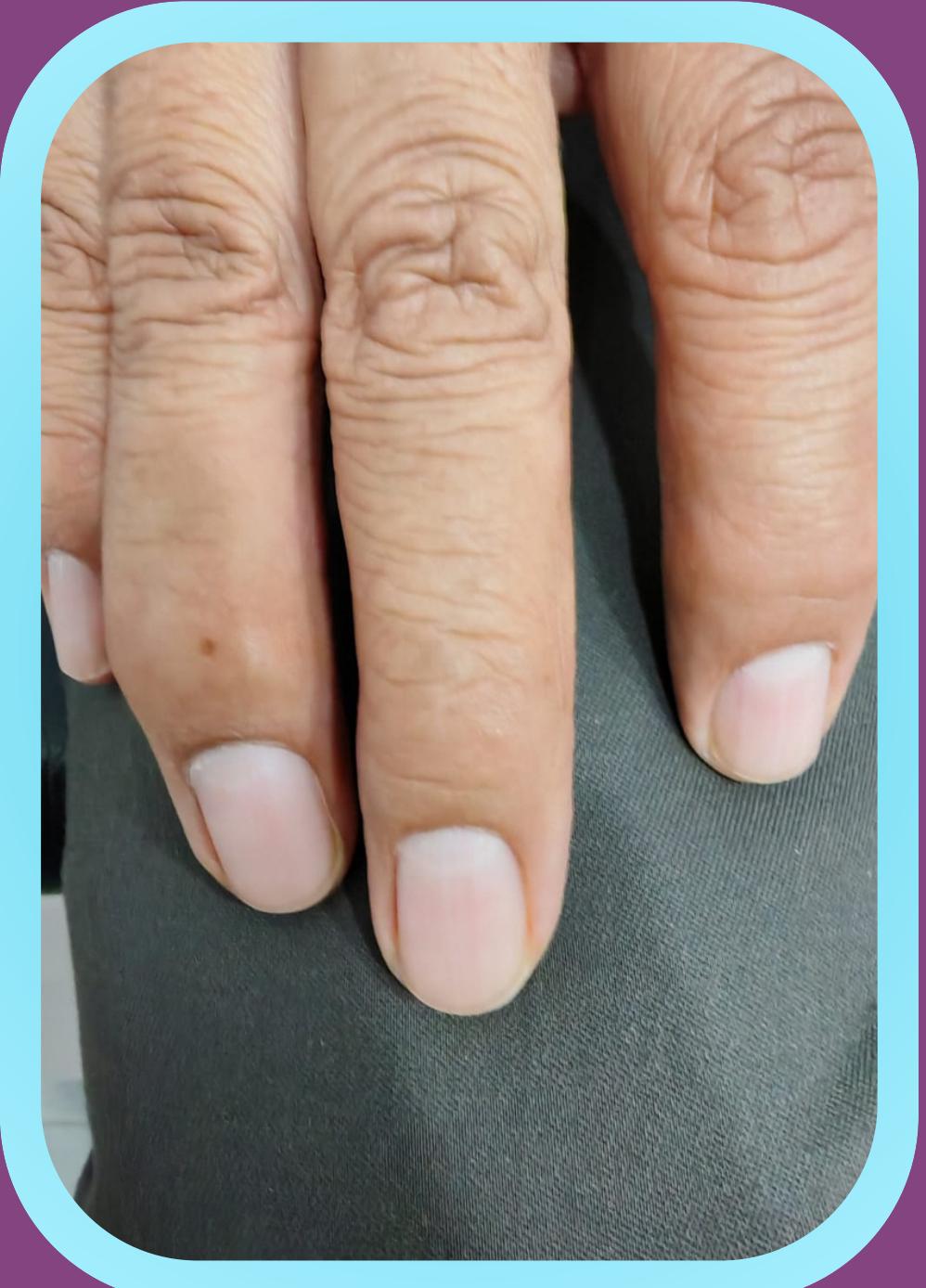
Exploración Física

Por lo que llegó

PRIMER FORO

InmunoDerma2025

CANCÚN, MX



Exploración Física

Lo más relevante

Signos Vitales/Básicos

Altura 1.75 m

Peso 77 kg

I.M.C. 25.14

T.A. 140/90

Temp 36 °C

F.C. 88

F.R. 21

O2 96 %

Cuello corto y con frecuencia toma bocanadas de aire para respirar, aunque habla sin dificultad. Limitación leve-moderada de la rotación del cuello y la flexión lateral, pero con mínima molestia. Sin alteraciones llamativas en cabeza o cuello, salvo la presencia de algunos angiomas en cereza y también várices linguales discretas. Tiene dolor leve en epicóndilo lateral bilateral, predominio derecho, aún con sinovitis que se aprecia más en carpo y MCF 2° a 4° de ambas manos, predominio derecho, IFP 2° y 4° derecha y 2° y 3° izquierda, además de IFD de dedos 2°, 3° y 5° derecho, 2°, 4° izquierdo. Se aprecia deformidad leve con osteofitos llamativos en IFD. Movimientos y ruidos respiratorios, así como cardíacos normales. Obesidad visceral leve. Encuentro hipotrofia muscular de extremidades. Se aprecia cicatriz de osteosíntesis en rodilla derecha, sin entesitis en las extremidades inferiores, se aprecia onicodistrofia discreta en uñas.

Exploración Física

Lo que ni siquiera mencionó



PRIMER FORO

InmunoDerma2025

CANCÚN, MX

¿Historia tardía?

¿ Cuán frecuente es en su práctica clínica encontrar pacientes que comiencen con artritis psoriásica antes que las manifestaciones cutáneas?

Síndrome metabólico

¿Qué es primero, el síndrome metabólico o la psoriasis?

¿Por qué ocultarlo?

El paciente claramente no le ponía ningún interés a sus lesiones o simplemente decidió omitirlas ¿es común este comportamiento? ¿Qué implicación tiene en el tratamiento?

Otros laboratorios

Presentados

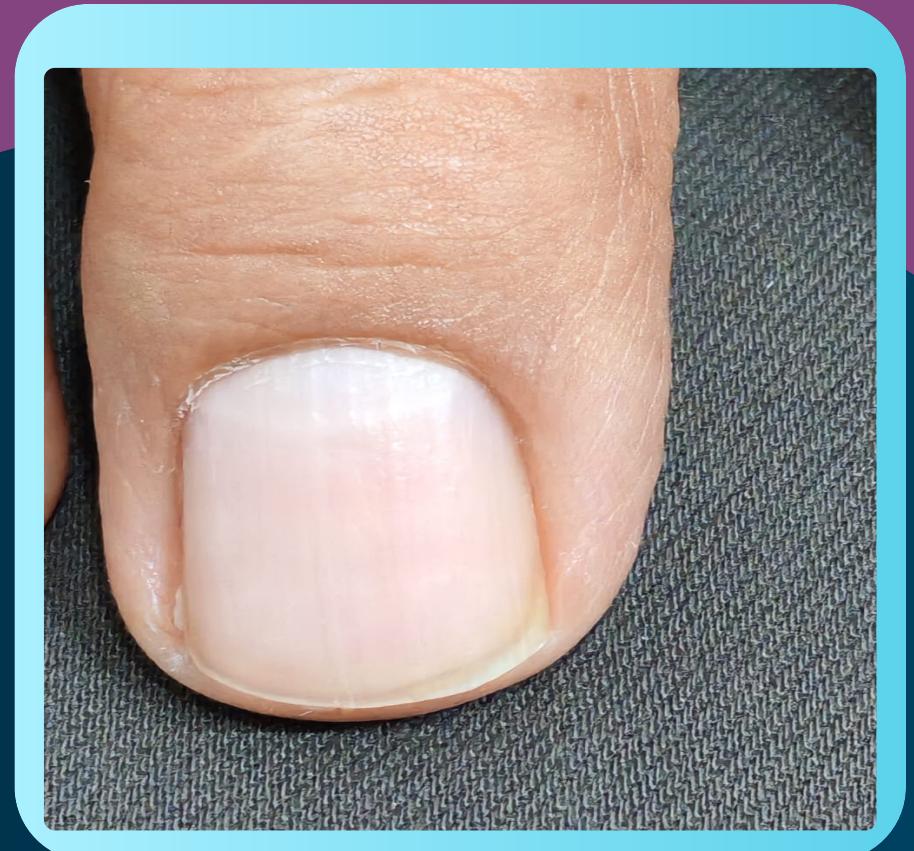
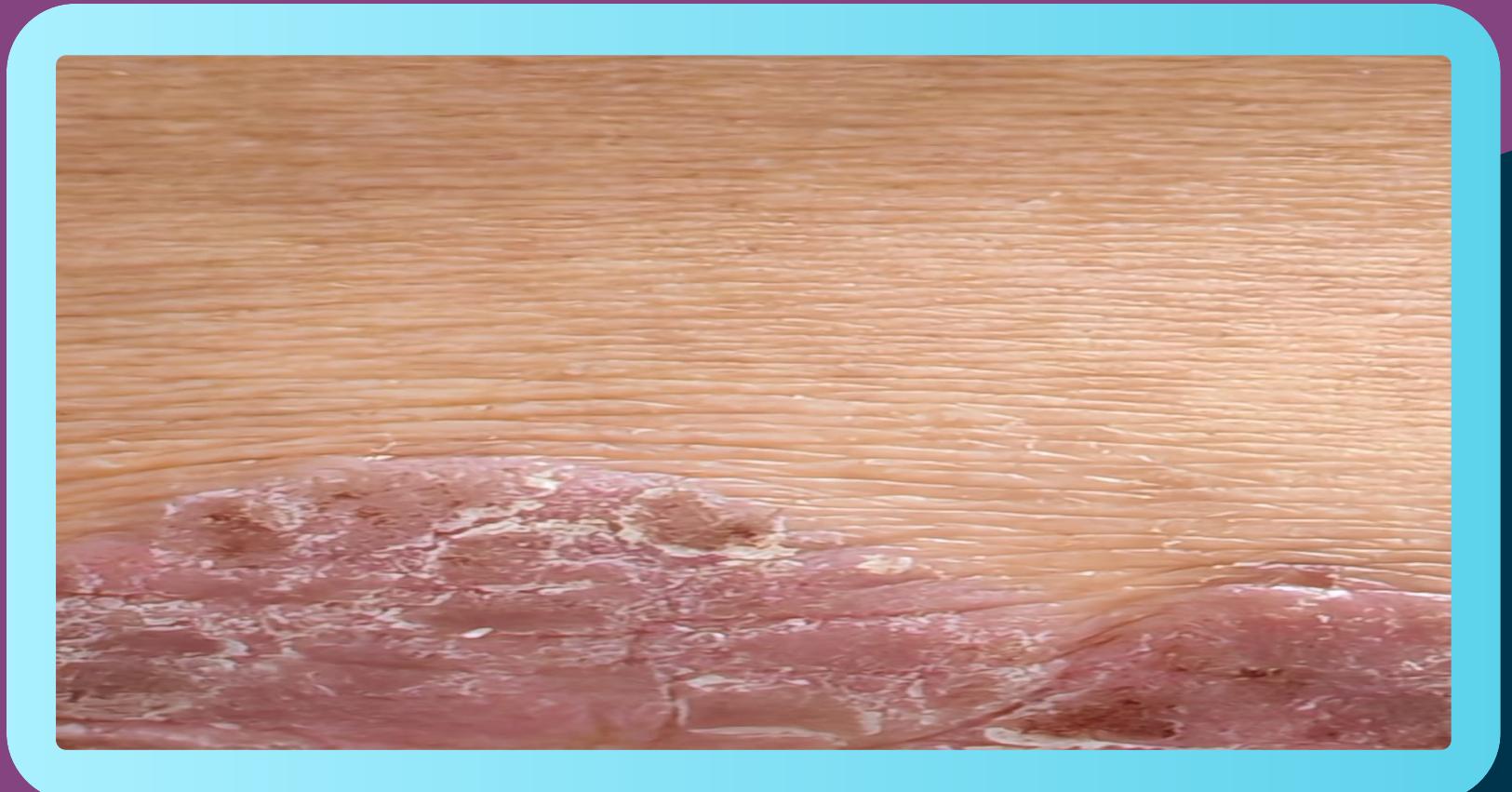
Na+ 134

ASAT/TGO 22 U/L
ALAT/TGP 22 U/L

Gluc 101 mg/dL
Cr0.68 mg/dL
LDL1/LDL 115 mg/dL
HDL73 mg/dL

Hb15.2 g/dL

VSG3 mm/h



Hepatopatía metabólica

¿Es posible que exista hepatopatía en ausencia de alteraciones bioquímicas evidentes? ¿Qué características tiene este paciente que predicen la probabilidad de desarrollarla? ¿Existe un screening costo-eficaz aceptable en un caso así?

Síntomas generales

Aunque son inespecíficos, nos hacen recordar la importancia de clasificar el riesgo infectocontagioso, ¿cuáles serían las recomendaciones en un perfil (de riesgo) de paciente así?

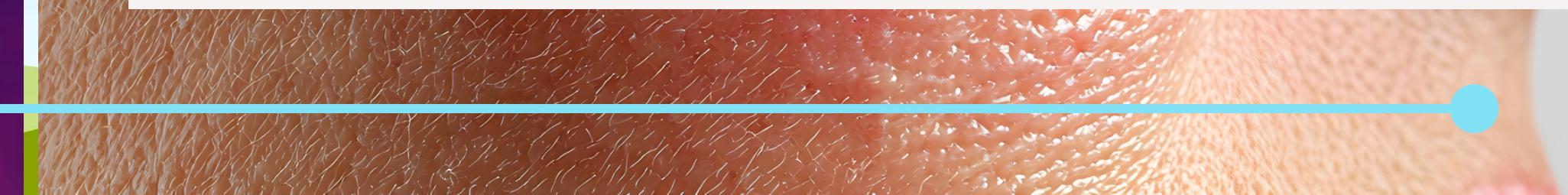
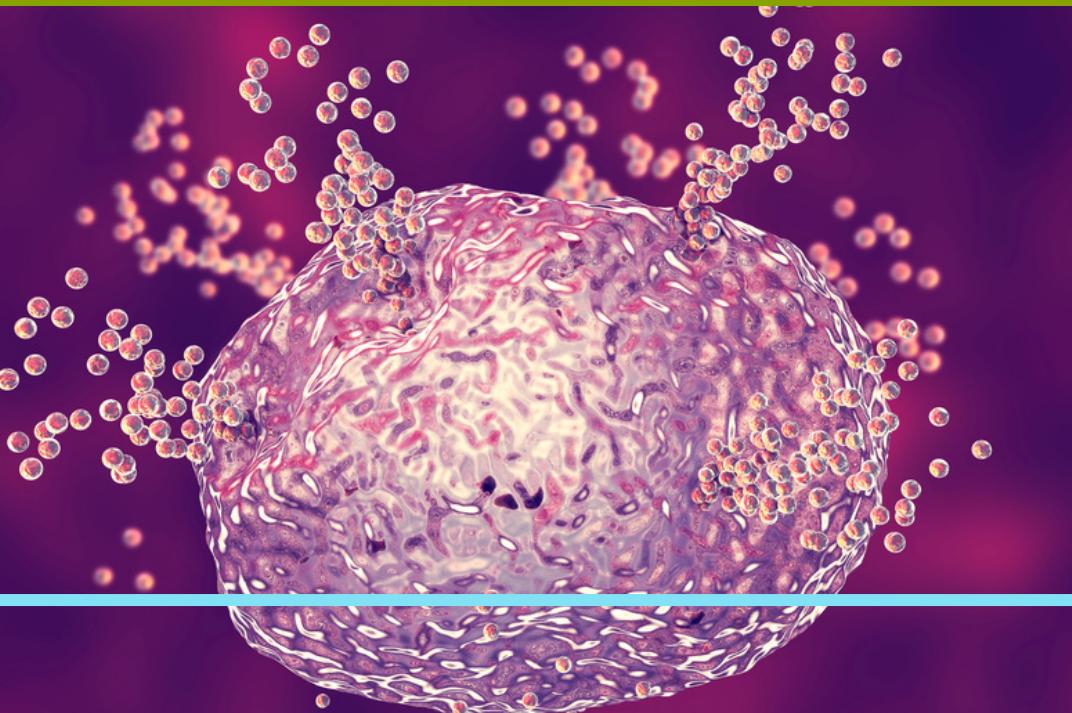
Riesgo de progresión

¿Cuáles son los signos clínicos considerados como “red flags” en PsO para el desarrollo de espondiloartritis axial o periférica?

Caso clínico 2

Abordaje

Multidisciplario de PsO



Caso clínico

Edad: 81 años 1 mes

Género: H

Estado Civil: Viudo

Ocupación: Pensionado

Ingesta actual de medicamentos:

Bicatulamida 50mg/d, Isosorbide 10mg/d y sólo en caso necesario losartan 50mg/d

Cirugías:

En 2011 cirugía prostática radical por CA de próstata (no se dio tratamiento adyuvante).

Hipertensión arterial:

Desde el 2001, tuvo infarto agudo al miocardio por lo cual le dejaron isosorbide.

Otras enfermedades importantes:

Diverticulosis, en 2011 tuvo un episodio de sangrado sólo por un día.

Hemorroides.



Caso clínico •

PA: Inició hace 2 años y medio por dolor en rodillas y columna. Le encontraron una desviación de columna hernias discales, hace 1 año y medio tuvo un cuadro de lumbociática. Hace 8 días tuvo dolor, con aumento de volumen en hombros, carpas, tobillos y fiebre, de predominio nocturno, un máximo de 38.5°C, diaforesis y escalofríos. Amanece con rigidez de 30 minutos. Le cuesta mucho trabajo cambiar de posición. En este momento tiene dolor generalizado EVA 5/10, en rodillas EVA 4/10 (una gran mejoría a partir de la infiltración con ácido hialurónico).

Adicionalmente hay hiporexia, sensación de disfagia principalmente con la carne, además de disminución de la salivación.

Tiene dificultades para orinar desde hace un mes.



Exploración Física

Lo más relevante

Signos Vitales/Básicos

Altura 1.68 m

Peso 100 kg

I.M.C. 35.43

T.A. 120/80

Temp 36 °C

F.C. 85

F.R. 21

O2 89 %

Obesidad mórbida, desviación en varo de ambas rodillas, marcha inestable con dificultad para levantarse de la silla y que requiere apoyo para caminar. Tiene unas placas de escasos cm de diámetro (las más grandes de 2.5) dispersas sobre todo en el borde lateral de ambos antebrazos con eritema discreto y elevación, además de mínima descamación. Hay dificultad para la rotación de cuello, con acortamiento de los músculos laterales de cuello. Tiene dificultad para elevar los hombros más allá de 100°, condicionando dolor en la articulación y en porción corta de bíceps braquial, predominio derecho. Dolor en AC y EC bilaterales. Dolor y aumento de volumen en ambos carpos de predominio derecho. Dolor y aumento de volumen en 5^a MCF derecha, así como en 4^a y 5^a MCF, 4^a IFP izquierdas. Se aprecia una herida en aspecto de L en la pierna derecha, por caída que sufrió al caer de su propia altura hace algunos días. Además arañas vasculares en extremidades inferiores con heterocromia debido a depósito de pigmento en extremidades inferiores. Tiene engrosamiento notable de uñas, con opacidad y deformación, sugestivo de una distrofia ungueal más notable en primer dedo de ambos pies. Tiene placas eritematosas con descamación gruesa y elevación que principalmente afectan las plantas de los pies. Hay aumento de volumen y dolor en rodilla izquierda y en tobillos de predominio derecho.

PRIMER FORO

InmunoDerma2025

CANCÚN, MX

Exploración Física

Por lo que llegó



Exploración Física

Lo que ni siquiera mencionó



Caso 1

Laboratorios

- » EGO: eritrocitos 1-3/c, leucos 10-13/c, bacterias abundantes, cristales de ácido úrico, oxalato de calcio.
- » RMN columna dorsolumbar: espondilolistesis leve en L4-L5 y L5-S1, con presencia de hernias posteriores desde L3-L4, L4-L5 y L5-S1, siendo la de mayor tamaño la L4-L5 que contacta con las raíces. Se observan además lesiones grasas puntiformes en las L2 a L5 (cuerpos vertebrales).



Caso 2

Laboratorios

Gluc 140 mg/dL
AU 9.3 mg/dL
Trig 90.8 mg/dL
Cr 0.98 mg/dL

Leuc 7250 /mm³
Hb 14.3 g/dL

VSG 12 mm/h
PCR 18.66 mg/dL
C3 169.9 mg/dL
C4 22.1 mg/dL

ASAT/TGO 21.9 U/L
ALAT/TGP 15 U/L
FA 68.6 U/L
BD 0.57 mg/dL
BI 0.50 mg/dL
Alb 3.9 g/dL



¿Infección o paraneoplasia?

Se ha descrito en personas jóvenes con VSA desordenada, ¿además del VIH se puede considerar algún otro agente infeccioso como factor desencadenante? ¿En su experiencia ha visto síndromes paraneoplásicos psoriatiformes como primera manifestación?

¿Dermatofitos o psoriasis?

¿Cuán común es que se haya involucramiento plantar grave sin otras afectaciones llamativas? ¿Considerarían una dermatofitosis? ¿Aquí se pensaría en biopsia (si el raspado ungueal resulta negativo a presencia de hifas)?

Pruebas complementarias

¿Qué consideraciones se deben de tener para complementar y garantizar un diagnóstico desde una perspectiva integral (todos)?

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

Dr. Juan Carlos Arana Ruiz
Reumatología y Vasculitis



ReumanizArte



zattogjc@gmail.com



ReumanizArte

