



REPERCUSIÓN GENERAL EN EL ANCIANO

Ateneo de la Clínica Médica C
Dr. Matías Lista
8/6/2016.

HISTORIA CLÍNICA

78 años, sexo masculino, jubilado.

Anciano frágil, muy activo, independiente

AP:

- Hernia diafragmática lateralizada a derecha complicada por vólvulo gástrico en 2012, requirió funduplicatura; úlcera duodenal.
- Tabaquista intenso, con IPY de 40. Bronquitis crónica. Sin diagnóstico espirométrico de EPOC.
- Enolista de larga data. Disminuye ingesta tras rehabilitación 1-2 medidas/día.
- Depresión, duelo por viudez.

HISTORIA CLÍNICA

MC: repercusión general, dolor articular.

Repercusión de **3 meses de evolución:**

Disfagia con intolerancia a progresiva a sólidos de un año de evolución. Sin plenitud precoz, con repugnancia selectiva. Deglución conservada.

Disnea de esfuerzo CFIII, de un mes de evolución. Sin sibilancias, sin disnea de decúbito, sin disnea paroxística nocturna. Fatigabilidad. No fosfenos o acufenos. No angor ni palpitaciones.

Aumento de su tos y expectoración habitual. Sin fiebre.

HISTORIA CLÍNICA

Artralgias:

- 3 años de evolución, peoría en últimos meses.
- bilaterales, simétricas, hombros, codos, rodillas, MCF.
- Sin signos de inflamación o deformación articular. Con rigidez matinal.

NIEGA:

Signos o síntomas de síndrome seco.

Raynoud. Sin livedo reticularis.

Fotosensibilidad.

Signos o síntomas de trombosis.

HISTORIA CLÍNICA

Vigil, bien orientado en tiempo y espacio. Regular estado general.

Nutricional: adelgazado, masas musculares disminuidas, bola de Bichat conservada.

PyM: hipocoloreadas, escleróticas azuladas. Alteración de la conformación ungueal.

Bien hidratado y perfundido.

BF: sin alteraciones.

PP:

- tórax remodelado con aumento de diámetro cefalocaudal,
- MAV disminuido globalmente sin estertores,
- Eupneico, saturando 97% VEA

HISTORIA CLÍNICA

CV:

- Sin latidos visibles o palpables
- Ruidos de intensidad disminuida sin soplos, Ritmo regular de 76 cpm.
- PA: 130/74 mmHg
- Sin IY o RHY. Sin edemas.
- Pulsos simétricos y presentes.

Abdomen: Sin vísceromegalias.

Linfoganglionar: No se palpan adenopatías superficiales. Huevo supraesternal libre.

PLANTEO

Anemia: Mal tolerada, con síndrome funcional anémico, clínicamente pura.

Repercusión general

Desnutrición calórica proteica.

¿Sangrados?

¿Neoplasia digestiva? ¿Mieloma?

PARACLÍNICA

Hemograma:

Hb: 7,9mg/dl

Hto: 25.5; VCM: 77 fl; HBM: 23,8pg; ADE 23,2%

Plt 268000/mm³.

Leucocitos: 4380/mm³ 740 linfocitos.

ANEMIA MICROCÍTICA NORMOCRÓMICA, CON ADE AUMENTADO.

Linfopenia.

Se transfunden 2 unidades de glóbulo rojos.

PARACLÍNICA

Sideremia: 19 $\mu\text{g}/\text{dL}$

Transferrina: 274 $\mu\text{g}/\text{dL}$

Índice de saturación de transferrina: 5%

Ferritina sérica: 18 ng/ml .

VITAMINA B12 937 pg/ml

ÁCIDO FÓLICO 14,2 ng/ml

PARACLÍNICAS

Marcadores tumorales negativos.

PEF normal.

ENDOSCOPIA

Fibrogastroscofia:

- Funduplicatura parcialmente continente.
- Herniada, con mucosa erosionada.
- Antro deformado.

Fibrocolonoscopia:

- **Angiodisplasias cecales**, que reciben electrofulguración por argón.
- Diverticulosis colónica y hemorroides internas.

PARACLÍNICA

Tomografía de tórax:

- Nódulos centrolobulillares en vidrio deslustrado en segmento posterior de LSD de aspecto inespecífico.
- Atelectasias laminares bilaterales.
- Aumento de ganglios mediastinales, con adenomegalia a nivel mediastinal de 10mm.
- Pequeña hernia hiatal.
- Aorta tortuosa y ateromatosa.

EVOLUCIÓN EN SALA

Buena evolución, con tratamiento con Hierro intravenoso.

Mejoría de su apetito.

Hemogramas estables.

Se decide alta a domicilio.

- Hierro 100mg a pasar en 100cc de SF lunes miércoles y viernes.
- Ácido fólico 20 mg v/o día.
- Finalizar tratamiento antibiótico (expectoración cultiva neumococo)

Control evolutivo:

- Nuevo hemograma.
- Solicitamos ANA, ANCA para pesquisar enfermedad autoinmune: artralgias.

RECONSULTA

Peoría de su sintomatología.

Marcada anorexia. Repugnancia selectiva para sólidos.

Debilidad generalizada.

ANA POSITIVOS

1 / 1280

PATRÓN HOMOGÉNEO

IFI

Ac. Anti DNA POSITIVOS

662 U/mL

ELISA

HIPOCOMPLEMENTEMIA

C3 74 mg/dl

C4 19 mg/dl

PARACLÍNICA

VES 45mm/h

PCR 138mg/l

FACTOR REUMATOIDEO <11

Serologías para VIH, sífilis, VHB/VHC negativas.

EXAMEN DE ORINA

COLOR..... **VOGEL 3**

ASPECTO..... **TURBIA**

REACCION PH..... **6.0** 4.0 - 6.0

DENSIDAD 1020 1015 a 1030

PROTEINURIA..... **0.45** GR/L

INDICE PROTEINURIA/CREATININURIA **0.262** g/g < 0.200 *

GLUCOSURIA..... **NEGATIVO**

CUERPOS CETONICOS..... **NEGATIVO**

HEMOGLOBINA..... **NEGATIVO**

PIGMENTOS BILIARES..... **NEGATIVO**

ESTEARASA LEUCOCITARIA **NEGATIVO**

NITRITOS EN ORINA **NEGATIVO**

UROBILINOGENO EN ORINA **NEGATIVO**

SEDIMENTO URINARIO: SIN PARTICULARIDADES

TOMOGRÁFIA COMPUTARIZADA

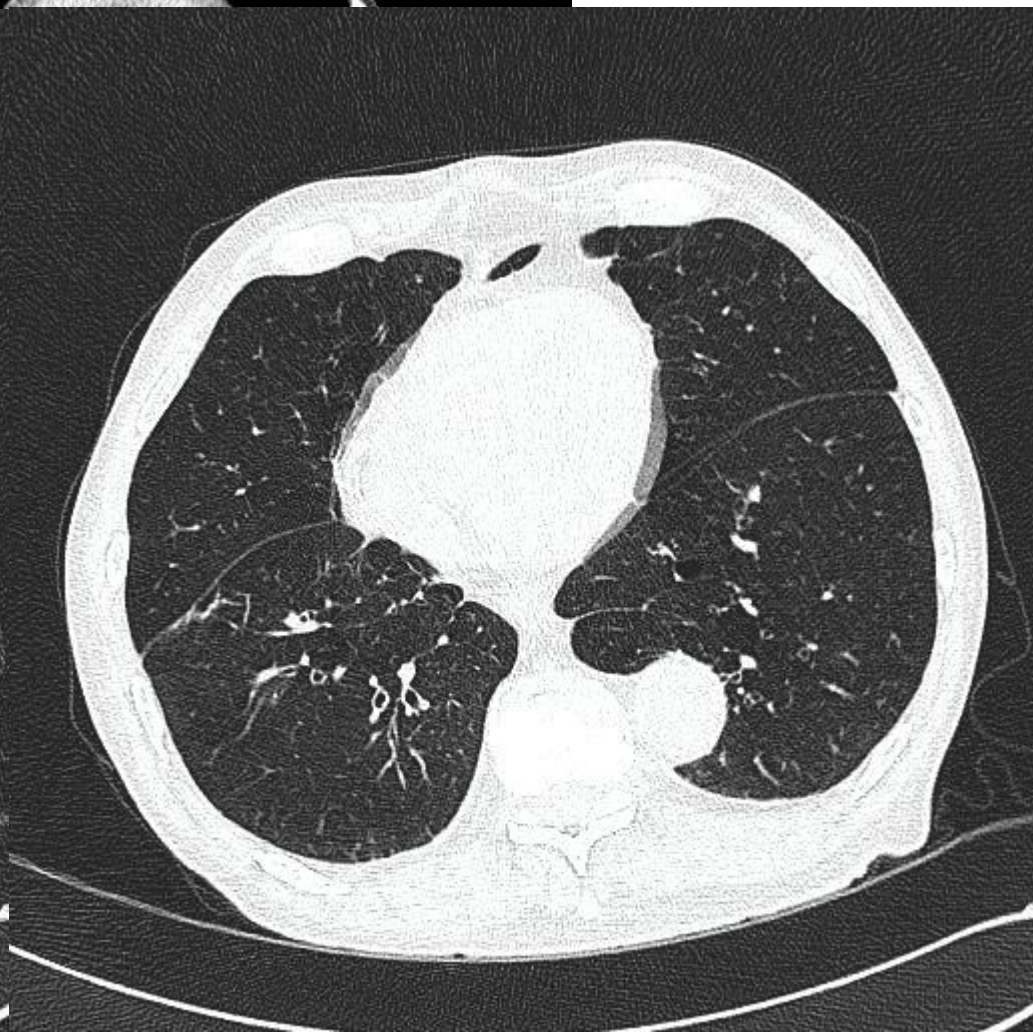
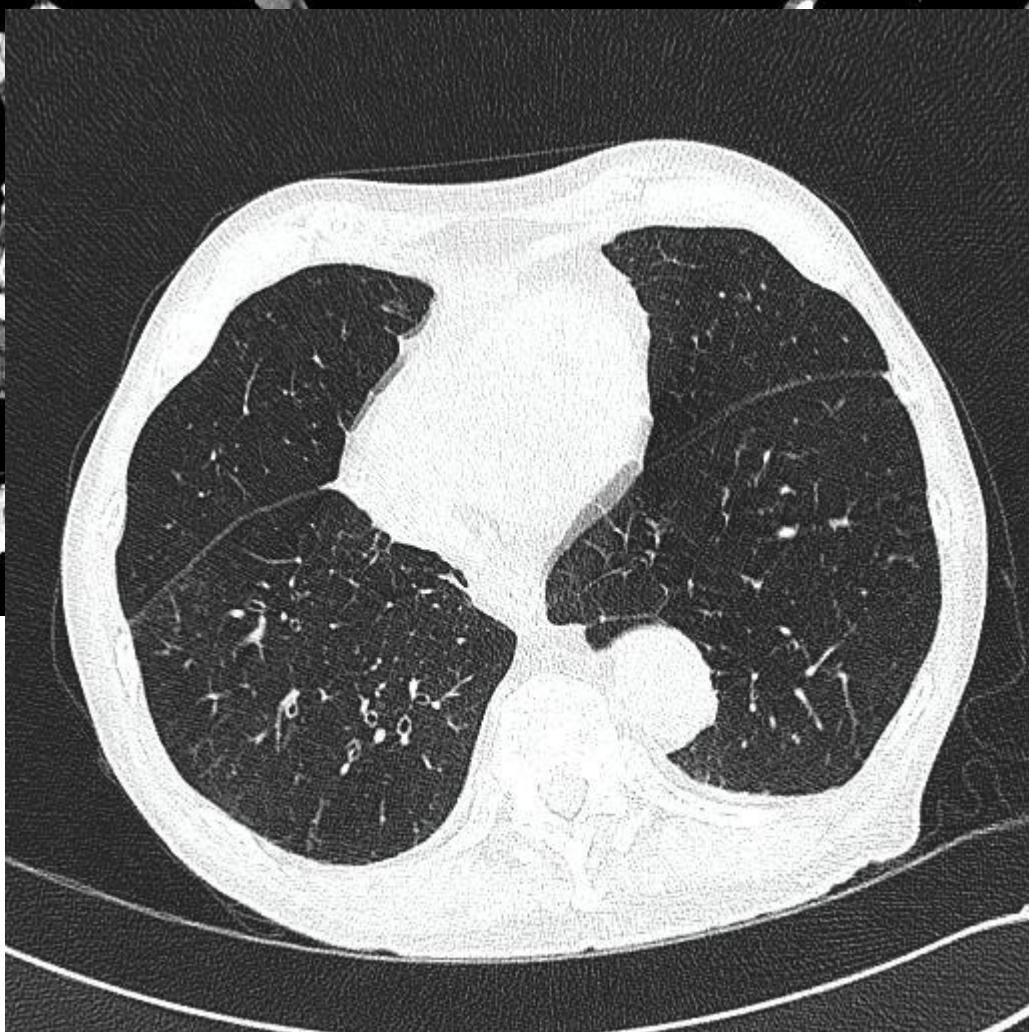
Cráneo

Tórax

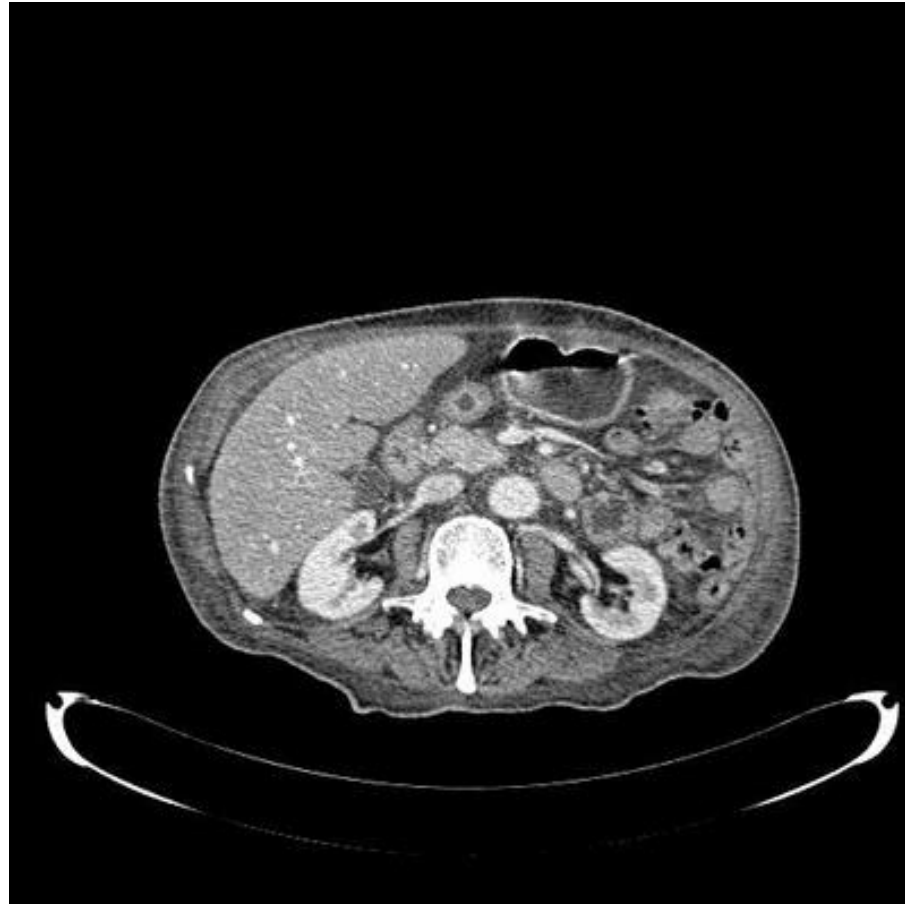
Abdomen

Pelvis





TROMBOSIS RENAL





TROMBOSIS: ¿SAF SECUNDARIO A LES?

TRATAMIENTO

Iniciamos anticoagulación con enoxaparina 40mg c/12h.

Hidroxicloroquina 200mg v/o día.

Prednisona 5mg/día.



SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

2012 SLICC Classification Criteria

CLINICAL

- Acute cutaneous
- Chronic cutaneous
- Oral ulcers
- Non-scarring alopecia
- Synovitis
- Serositis
- Renal
- Neurologic
- Hemolytic anemia
- Leucopenia / Lymphopenia
- Thrombocytopenia

IMMUNOLOGIC

- ANA
- Anti-dsDNA
- Anti-Sm
- Anti-Phospholipid
- Low complement
- Direct Coomb's test

Petri M, Orbai AM, Alarcon GS, et al. Derivation and validation of the SLICC Classification Criteria for SLE.

Arth & Rheum 2012; 64 (8): 2677-86.

NUEVA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Esofago: en tercios medio e inferior presenta **erosiones** de 5 mm, que confluyen y comprometen toda la circunferencia.

Hernia hiatal de 5 cm, la mucosa del saco herniario no presenta lesiones.

Estomago: remodelado por cirugía gástrica. La mucosa de fundus, cuerpo y antro no presenta lesiones. Antro remodelado con píloro excéntrico debido a la pexia.

Bulbo y DII: pliegues conservados en número y altura. La mucosa no presenta lesiones.

En suma

ESOFAGITIS EROSIVA SEVERA (CLASIFICACION D DE LOS ANGELES)

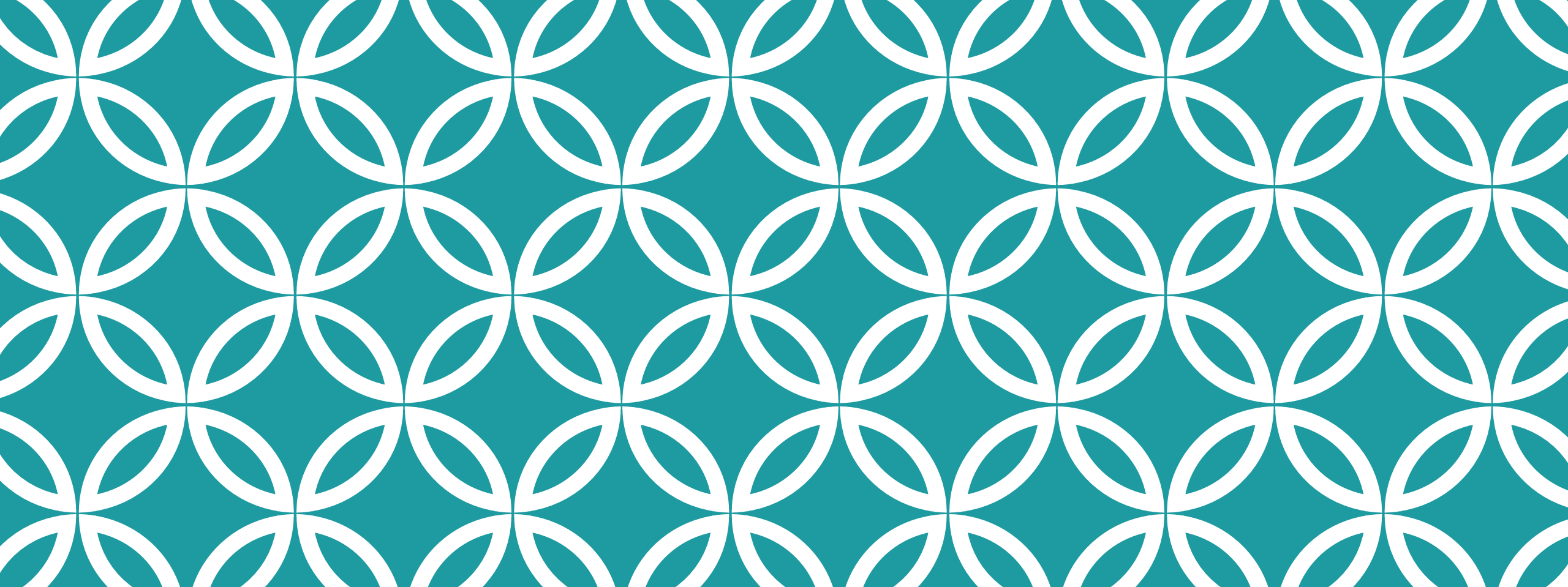
HERNIA HIATAL

A DISCUTIR

¿Cuál fue el origen del cuadro que motivó la consulta?

¿Cuál es el rol de la autoinmunidad?

¿Descartamos neoplasia?



LUPUS EN EL HOMBRE

Revisión de la literatura.

AUTOINMUNIDAD EN PACIENTE GERIÁTRICO

In healthy elderly populations, the occurrence of antinuclear antibodies and rheumatoid factors increases

...the level of serum cytokines and acute phase reactants increases 2–4 times...

These changes can contribute to an atypical course of the disease or the occurrence of certain other inflammatory diseases in the elderly eg polymyalgia reumática

The appearance of autoantibodies in older people without disease has always suggested that immune tolerance might decline with age.

ANA POSITIVO

Un resultado de ANA positivo NO es diagnostico de LES.

NO debe de ser un screening en ausencia de enfermedades asociadas a ANA.

ANA seriado no son necesarios ni se correlacionan con actividad.

5-30% de los adultos son ANA positivos en ausencia de enfermedades asociadas a ANA. Un porcentaje aun mayor en ancianos y familiares de pacientes con LES.

Mierendorff S, Shmerling R, Antinu

Normal Persons (in Titers)	
≥ 1:40	20-30
≥ 1:80	10-12
≥ 1:160	5
≥ 1:320	3

LES DE INICIO TARDÍO

Late onset SLE represents a specific sub-group of the disease, which begins **above 50–65 years** of age

Late onset SLE may have a different clinical course, with an insidious start, the very first manifestations being **non-specific**.

Initial clinical manifestations **include arthralgias, weakness, fatigue, myalgias, weight loss, pyrexia or loss of cognitive function**.

Gender and age in lupus; in Systemic Eritematous Lupus. Fifth Edition;

GENERALIDADES

The ratio of males to females is 1:8 in the older patient instead of 1:15.

Because of late age of onset, the initial diagnosis of SLE was incorrect in 55% of patients.

Is considered a specific SLE patient subset; however, relatively few studies have focused on this patient subgroup.

A cut-off age of 65 years or even greater has been proposed, given the increased life expectancy of the general population.

Burgos P, Alarcon G; Late onset lupus: facts and fiction; Future Rheumatol. 2008;3(4):351-356.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

AUMENTAN SU FRECUENCIA

- Serositis
- Interstitial pulmonary disease
- Anti-La antibodies
- Sjögren's syndrome symptoms

DISMINUYEN SU FRECUENCIA

- Alopecia
- Raynaud's phenomenon
- Fever
- Lymphadenopathy,
- Hypocomplementemia
- Neuropsychiatric disease

The older SLE patient presents clinically more like a patient with drug-induced SLE than one with idiopathic disease.

MORTALIDAD

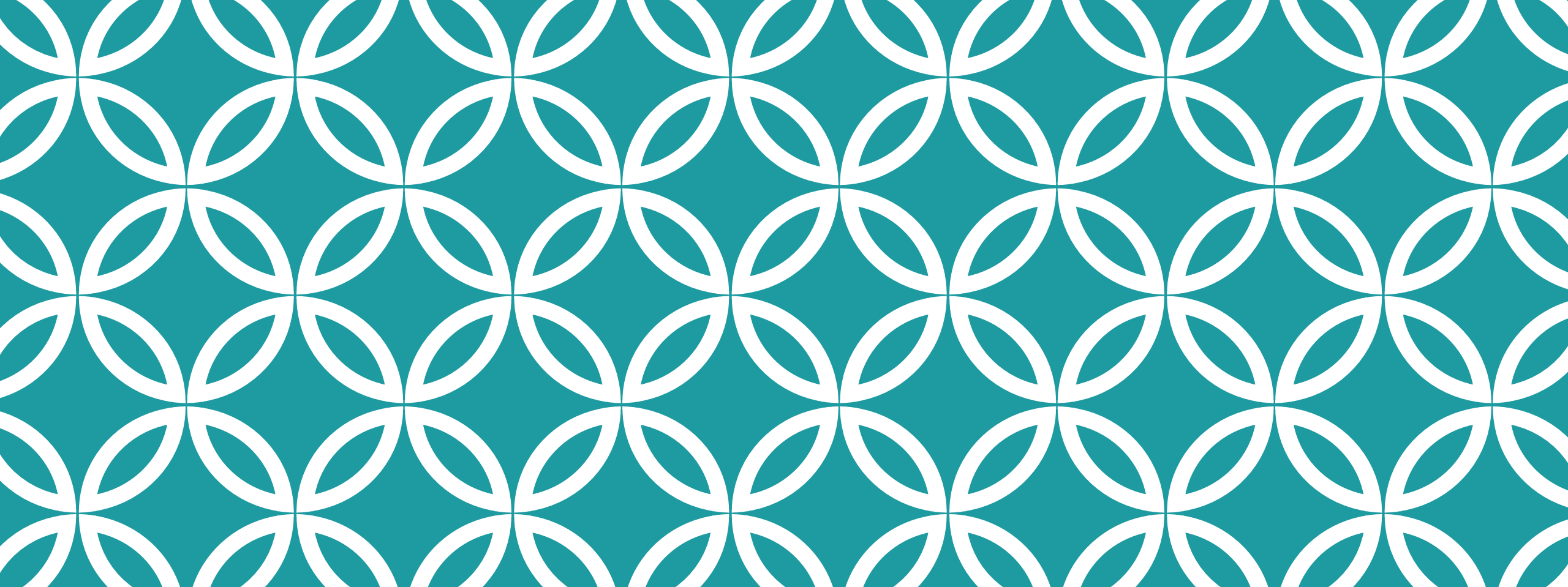
- Survival in the older age group is good; the 5-year survival rate was $92.3 \pm 5.3\%$, and $83.1 \pm 10\%$ had survived 9 years at follow-up.
- 10-year survival rate of 71% vs. 95% in the younger age group ($p < 0.01$). But this reduced survival was due to aging and its attendant morbidity, not disease severity.
- The cause of death in the elderly SLE patients **is not usually caused by SLE itself**, but rather by the more frequent occurrence of infections, cardiovascular disorders, malignancies or drug-induced complications.

TRATAMIENTO

Antimalarial agents, such as **hydroxychloroquine**, should be prescribed to all patients whether or not they are receiving other medications such as glucocorticoids and immunosuppressants, as they have been associated with a decreased frequency of flares, less damage accrual and improved survival.

Uso cuidadoso de corticoides y AINEs.

GRAN PRECAUCION ante el uso de inmunosupresores.



GRACIAS |