

Casos Clínicos

02 CONECTIVOPATÍAS

033. AFECTACIÓN HEMATOLÓGICA ÚNICA EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Lourdes Román¹, Susan Riquelme¹, Jhonatan Losanto¹, Carmen Montiel¹, Yanira Yinde¹, Margarita Duarte¹

¹Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay

Introducción: La alteración hematológica más frecuente en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es la anemia, ocurre en el 50 a 80 % de los pacientes con enfermedad activa y es un signo de valor pronóstico. La misma puede ser; multifactorial, siendo la que se observa con más frecuencia, por enfermedades crónicas; la anemia hemolítica autoinmune, anemia por deficiencia de hierro, mielotoxicidad inducida por drogas, anemia de la insuficiencia renal. Otros tipos de anemia menos comunes son; aplasia pura de serie roja, anemia perniciosa, mielofibrosis, anemia hemolítica microangiopática. La aplasia pura de la serie roja es una entidad poco descrita, que se caracteriza por ser una anemia moderada a severa, normocítica y normocrómica con marcada reticulocitopenia; el diagnóstico depende de los hallazgos en médula ósea, en la que se encuentra una hipoplasia severa de la serie roja con producción normal de las otras series.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 19 años de edad portadora de LES, con compromiso renal, en tratamiento con Micofenolato 2gr/día como dosis de mantenimiento, con buena respuesta. Hace 9 meses se agrega al cuadro anemia microcítica, hipocrómica, no hemolítica, refractaria; se realiza punción aspirativa de la médula ósea y se constata aplasia pura de serie roja, se descartó infección por parvovirus, y anemia secundaria a fármacos. La paciente presentó valores bajos de complemento y anti DNA positivo; por lo tanto, se atribuyó a actividad de la enfermedad. Se trató con dosis altas de corticoides; se cambió de inmunosupresor, y presentó buena respuesta.

Conclusión: Se presenta este caso ya que la aplasia pura de la serie roja es una inhabitual forma de manifestación hematológica del LES; su diagnóstico solo es posible con la realización de la punción aspirativa de la médula ósea, de ahí la importancia de su realización al tener un compromiso hematológico en esta patología.

034. VARÓN ADULTO CON ANEMIA HEMOLÍTICA COMO DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Noelia Obelar¹, Elías Morán¹, Lorgia Ávalos¹, Johana Coronel¹, Rocío Falcón¹

¹II Cátedra de Clínica Médica, Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una colagenopatía que en su mayoría prevalece en el sexo femenino. Su presentación en varones se manifiesta principalmente con serositis, afectación renal y se relacionan con un peor pronóstico en comparación a las mujeres.

Caso clínico: Varón, adulto de 38 años, con antecedente de anemia hemolítica de etiología no filiada. Acudió a consulta por historia de disnea de 24 horas de evolución que no cedía con el reposo y palpitaciones, además coluria. Al examen físico se constató eritema malar, palidez e ictericia generalizada. No se constató afectación articular ni neurológica. En la analítica sanguínea se constataron los siguientes: Hb de 4,63 mg/dL, Hto 13 %, funcionalidad renal conservada, ANA, anti DNA y anti Ro negativos, C3 y C4 consumidos, VDRL positivo 1:2, test de coombs + con LDH aumentada, reticulocitos aumentados y bilirrubina total aumentada a expensas de la indirecta, sedimento urinario con hematíes y cilindros celulares, proteinuria mayor a 500 mg en 24 hs, anti-beta2glicoproteína, anticoagulante lúpico, y anticuerpos anticardiolipina negativos. Se realizó el diagnóstico de LES con los criterios SLICC 2012. El Score de SLEDAI – 2K fue de 13. Se realizaron bolos de metilprednisolona (3g) y ciclofosfamida (750 mg) y con posterior ascenso de la hemoglobina a 9 mg/dL. En el control al mes del alta, el paciente ya no presentaba síntomas ni datos laboratoriales que sugieran anemia hemolítica.

Conclusión: La anemia hemolítica en LES se presenta hasta el 22 % de los casos según algunas series. Esta patología se relaciona con positividad de anticuerpos anticardiolipina, que no se constató en el paciente. En algunas casos, la manifestación inicial del LES es la anemia hemolítica, precediendo por mucho tiempo antes de la afectación de otros sistemas. En el caso de nuestro paciente, presentaba compromiso hematológico, renal y cutáneo, con buena respuesta al tratamiento empleado.

035. MASTITIS GRANULOMATOSA EN UNA PACIENTE LUPICA

Marco Antonio Franco¹, Yanira Yinde¹, Gabriela Ávila-Pedretti¹, Julio Mazzoleni¹

¹Servicio de Reumatología, Hospital Central Del Instituto de Previsión Social, Paraguay

Introducción: La mastitis granulomatosa es una enfermedad inflamatoria crónica poco frecuente en la que tanto la clínica como las características radiológicas pueden imitar al carcinoma de mama. Si bien su etiología es desconocida, se considera que tanto la autoinmunidad como la hiperprolactinemia podrían ser factores asociados a su desarrollo. Se ha descrito una relación de coexistencia con patologías como la granulomatosis con poliangeítis, sarcoidosis, diabetes mellitus, lepra, eritema nodoso y otros trastornos del tejido conectivo. Puede presentarse con galactorrea, inflamación mamaria localizada, masa mamaria, induraciones tumorales, piel de naranja y lesiones ulcerosas. Muchas pacientes presentan recurrencias y complicaciones como infecciones formación de abscesos y fistulas. A continuación, se presenta el caso de una paciente con una lesión mamaria, recidivante y sobreinfección.

Caso clínico: Mujer de 47 años de edad, conocida portadora de LES articular desde hace 15 años, con seguimiento irregular que abandonó su tratamiento con hidroxicloroquina 200 mg/día y prednisona 5 mg/día. Además, portadora de hipertensión arterial y diabetes mellitus tratada con enalapril 20 mg/día y metformina 850 mg/día. Presentó cuadro de 4 meses de evolución de dolor y tumefacción de la mama derecha a nivel de cuadrante inferior derecho que fue estudiada y tratada ambulatoriamente con antibióticos orales presentando una evolución tórpida. Debido a esto, se realizó una primera toma de biopsia que informó: Piodermitis sin cambios compatibles con colagenopatía ni neoplasia. Consultó en el Servicio de Mastología donde se realizó un drenaje de secreción purulenta, 4 días después presentó cuadro de fiebre y malestar general por lo que fue ingresada para realizar tratamiento con antibióticos endovenosos y completar estudios. Durante la internación se reinició el tratamiento con prednisona 5 mg/día e hidroxicloroquina 300 mg/día y se inició tratamiento antibiótico con cobertura a gérmenes comunes y micobacterias atípicas con ciprofloxacina y metronidazol. Por la persistencia de la fiebre y la falta de mejoría de las lesiones en mama, se rotó de antibiótico a vancomicina y se decidió realizar una nueva biopsia para cultivo y estudio anatomopatológico. A pesar del cambio del tratamiento antibiótico, la paciente continuaba febril por lo que ante la sospecha de mastitis granulomatosa se decidió aumentar la dosis de prednisona a 50 mg/día. A las 24hs de iniciada la nueva pauta de predniso-

na, la fiebre cesó y se observó una importante mejoría clínica. Posteriormente se recibió el resultado del cultivo de la secreción purulenta en el que no hubo crecimiento de gérmenes y el resultado anatomopatológico informó: Infiltrado crónico (linfocitos y plasmocitos predominantemente) así como neutrófilos con abscedificación secundaria, notándose además células epitelioideas, histiocitos y algunas células gigantes multinucleadas. Aspecto histológico compatible con mastitis granulomatosa. No se observa proceso neoplásico maligno en este material. Por la buena evolución clínica con el tratamiento iniciado la paciente fue dada de alta para seguimiento por consultorio.

Conclusión: La mastitis granulomatosa puede presentarse en el contexto de un paciente con trastorno autoinmune como el Lupus Eritematoso Sistémico. El diagnóstico es difícil tanto por su baja frecuencia como por los síntomas que presenta, que pueden ser atribuidos a otras entidades. El mismo se realiza por exclusión de otras enfermedades granulomatosas y se confirma con el resultado de la anatomía patológica. Es importante realizar el diagnóstico diferencial para descartar otras patologías como la tuberculosis y principalmente el carcinoma de mama para evitar errores de tratamiento. No hay un consenso respecto al tratamiento de esta entidad, y actualmente entre las opciones terapéuticas no quirúrgicas se encuentran el uso de glucocorticoides, azatioprina, y metotrexato, que han reportado buenos resultados. Para los casos recidivantes, se ha descrito que la escisión quirúrgica podría ser una buena opción terapéutica. La antibioticoterapia siempre debe considerarse en caso de infección. En este sentido, el uso de rifampicina ha demostrado ser prometedor como monoterapia.

036. MUJER JOVEN CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y AFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Gustavo Villar¹, Edgar Ortega¹, Amanda Sierra¹, Estela Torres¹, Enrique García¹, Pedro Núñez¹, Leticia Vargas¹, Sandra Benítez¹

¹Hospital Nacional de Itaguá. Departamento de Medicina Interna, Paraguay

Resumen: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que puede afectar a múltiples órganos, entre ellos al sistema nervioso central (SNC).

Objetivo: Describir el caso clínico de una paciente lúpica con afectación neurológica.

Introducción: El compromiso del sistema nervioso central es una de las principales causas de morbimortalidad en pacientes con LES. Manifestaciones

comunes incluyen ataques cerebrovasculares y convulsiones, son relativamente pocos comunes (1-5%). Dentro de los mecanismos fisiopatológicos resaltan el síndrome de anticuerpos anti fosfolípidos y la vasculitis.

Caso clínico: Mujer de 32 años portadora de LES y Purpura Trombocitopenia Inmunológica en tratamiento con prednisona, ciclofosfamida y vincristina. Además, presenta hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y cumple criterios de obesidad, en tratamiento para cada uno de los antecedentes citados. Consultó a urgencias por cuadro de 12 hs de evolución de debilidad del hemicuerpo derecho y disartria. Al interrogatorio, negaba fiebre, convulsiones, vómitos ni alteración de la conciencia. Al ingreso se realizaron pruebas analíticas y de imagen. Entre los datos del laboratorio resaltaban los siguientes, plaquetas 40.000, VSG 125, ANA: positivo 1/640 con un patrón nuclear moteado, ANCA p y c negativos y anticuerpos anti fosfolípidos negativos. En la TAC de cráneo se objetivó isquemia temporal izquierda. El SLEDAI de la paciente fue de 52 puntos. Se completan las pruebas de imagen con una Ecocardiografía que resultó normal, una ecodoppler de cuello que tampoco mostró anormalidades. Se realizó una Angioresonancia Magnética en la que se observó irregularidad del calibre de la Arteria Silvana izquierda, compatible con una arteritis. Se diagnosticó Vasculitis Cerebral y se iniciaron bolos de Metilprednisolona, con mejoría del cuadro.

Conclusión: La vasculitis cerebral es una manifestación grave del LES, tiene importancia pronóstica, gran impacto en la morbimortalidad, en la calidad de vida y costos en salud. Requiere diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. El enfoque diagnóstico incluye estudios serológicos y neuroimágenes. Su tratamiento incluye el control de los síntomas y el uso de esteroides e inmunomoduladores.

037. NEUMOPATÍA INTERSTICIAL EN PACIENTES CON DERMATOMIOSITIS Y POLIOMIOSITIS

Dora Montiel¹, Ynggrid González¹, Gladys Alexis Pineda¹, Sandra Benítez¹, Laura González¹, Sara Sosa¹

¹Departamento de Medicina Interna Hospital Nacional de Itaugua, Paraguay

Introducción: La neumopatía intersticial constituye la principal causa de muerte en los pacientes con poli-miositis y dermatomiositis, a veces antecede a la miopatía o se presenta en la fase temprana de esta enfermedad. El 80% presenta anticuerpos anti-Jo1 positivos que predicen el compromiso pulmonar asociado con la neumopatía intersticial.

Objetivo: Presentar 5 pacientes con dermatomiositis, poli-miositis con neumopatía intersticial como forma de debut de la enfermedad.

Material y método: Serie de casos de 5 pacientes, cuatro con dermatomiositis y uno con poli-miositis internados en el Departamento de Medicina Interna en el periodo 2015- 2017.

Resultado: Se reportan 5 pacientes 3 mujeres, 2 varones, con una edad media de 44,2 años con dermatomiositis y uno con poli-miositis. Todos presentan enfermedad pulmonar intersticial, demostrada con las pruebas de función pulmonar, diagnosticados con TACAR y tratados con pulsos de metilprednisolona y prednisona oral asociado con azatioprina en tres casos y uno con ciclofosfamida. Tres de ellos fallecieron, dos por complicaciones infecciosas pulmonares, el tercero por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a la neumonitis. Dos pacientes presentaron una buena evolución bajo tratamiento con inmunoglobulinas y con pulsos de ciclofosfamida. En los cinco pacientes el anticuerpo anti-Jo1 fue negativo.

Conclusión: La neumopatía intersticial fue severa y determinó el pronóstico de los pacientes. En todos ellos el anticuerpo anti-Jo1 fue negativo. Solo dos pacientes presentaron buena evolución.

038. HEMORRAGIA CEREBRAL ASOCIADA A COLAGENOPATÍA

Noelia Obelar¹, Aldo Román¹, Silvio Espínola¹, Silvia González¹; Rocio Falcón¹, Jhonatan Losanto²

¹Segunda Cátedra de Clínica Médica, Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay, ²Departamento de Reumatología, Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay

Introducción: El Síndrome antifosfolípido (SAF) es un trastorno multisistémico autoinmune caracterizado por eventos tromboembólicos arteriales, venosos y de pequeños vasos que puede predisponer en el embarazo inclusive con el tratamiento adecuado a una significativa morbimortalidad.

Casos Clínico: Mujer de 33 años conocida portadora de LES y SAF, con antecedentes de cuatro pérdidas fetales previas, que se encontraba gestante de 12 semanas en tratamiento previo con hidroxiclороquina 200 mg/día, Prednisona 5 mg/día y HBPM 120 mg/día. Consultó por cefalea, afasia, paresia de miembro superior derecho. Al examen físico se constató a la paciente lúcida, con paresía del miembro superior derecho, disfasia mixta y un llamativo eritema palmoplantar doloroso a la palpación. En la RMN cerebral se constató un hemato-

ma subdural fronto-temporo-occipital del lado izquierdo por lo que se suspendió el tratamiento con HBPM. En el laboratorio de ingreso se constató una Hb:9, Hto:30, TP:101 %, GB:9680, N:86 %, Plaquetas: 90.000, Haptoglobina:218, LDH: 272, BT: 0.57, GPT: 44, GOT: 61, C3 y C4 en rango, glicemia: 90, Na: 137, K: 3.5, Cl: 97, Urea: 34, creatinina: 0.89. proteinuria: 273, Test de Coombs negativo, anticardiolipina Ig G positivo IgM negativo, anticogulante Lúpico positivo, anti-DNA y ANA neg. En la Ecocardiografía se constató una válvula mitral engrosada e insuficiencia mitral moderada, una disfunción diastólica con aumento de presión de llenado, derrame pericárdico leve e hipertensión pulmonar leve. Después de un par de semanas sin anticoagulación en la RMN de control se constató un hematoma en reabsorción por lo que considerando la patología de base y la gestación en curso se decide en reiniciar la anticoagulación a 40 mg/12 hs. Una vez iniciada la anticoagulación la paciente presentó sangrado rectal relacionado con el esfuerzo defecatorio sin descenso de hemoglobina ni inestabilidad, por lo que se decide suspender anticoagulación e iniciar inmunoglobulina planteando el proceso de sangrado como parte de la actividad del SAF. La paciente presenta buena evolución con controles obstétricos adecuados por lo que de forma conjunta con hematología y reumatología se le da de alta con indicación de HBPM a dosis de profilaxis.

Conclusión: Se presenta el caso clínico por el complejo manejo de una gestante con una complicación poco habitual y por el dilema ético que en ocasiones representa el tratamiento de pacientes gestantes con enfermedades autoinmunes como el LES y el SAF.

039. LEISHMANIASIS VISCERAL EN PACIENTE PORTADOR DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, A PROPOSITO DE UN CASO

Victor Martínez¹, Marcos Vázquez¹, Lourdes Román¹, Jhonatan Losanto¹, Isabel Acosta Colman¹, Margarita Duarte¹

¹Departamento de Reumatología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay

Introducción: La leishmaniasis visceral (VL) es una infección oportunista grave que puede en ocasiones presentar manifestaciones clínicas que se asemejan al lupus eritematoso sistémico (LES) y en ocasiones pueden incluso coexistir. La prevalencia de la asociación de estas dos patologías es del 6%. El lupus eritematoso sistémico y su tratamiento está asociado con un mayor riesgo de infecciones, neoplásicas y trastornos autoinmunes concomitantes. La asociación de estas enfermedades debe recordarse o de lo contrario pue-

de pasar desapercibida.

Objetivo: Describir el manejo realizado en una paciente portadora de LES y RK 39 positivo.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino, de 25 años de edad, estudiante universitaria, portadora de LES con afectación hematológica principalmente. La paciente presenta plaquetopenia con poca respuesta al tratamiento con inmunoglobulinas e inmunosupresores (i.e. azatioprina, ciclofosfamida, micofenolato, rituximab) y requerimiento de prednisona a dosis altas. En busca de otras causas de plaquetopenia se realiza el RK 39 el cual retorna positivo en dos determinaciones, se realiza una PAMO donde no se llega a observar amastigotes, no obstante debido al cuadro clínico compatible y a falta de respuesta al tratamiento del LES, se decide iniciar terapia con Anfotericina B liposomal la cual se realiza por el lapso de 10 días con mejoría paulatina de la plaquetopenia y reducción de la dosis de prednisona.

Conclusión: La Leishmaniasis es una de las patologías que puede estar presente en pacientes con patología autoinmune como el LES que reciben tratamiento inmunosupresor. El diagnóstico de esta infección como de otras en pacientes con LES es de suma importancia ya que define el tratamiento y pronóstico del paciente.

040. TAPONAMIENTO CARDIACO POR PERICARDITIS LUPICA. A PROPOSITO DE UN CASO

Vanessa Quintana, Marcelo Garbett, Erika Scolari, Sandra Samudio, Sebastian Fatecha, Diego Bedoya

¹Segunda Cátedra de Clínica Médica, Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay

Introducción: La afectación del pericardio por serositis es una manifestación cardíaca frecuente en el lupus eritematoso sistémico (LES). Sin embargo, es infrecuente la aparición de taponamiento cardíaco ya que usualmente provoca derrames pericárdicos crónicos que no generan inestabilidad hemodinámica.

Caso Clínico: Mujer, 60 años, diagnosticada de lupus eritematoso sistémico desde hace 19 años en tratamiento. Acudió por fiebre, dificultad respiratoria, tos sin expectoración y dolor torácico dorsal intenso, opresivo que se exacerba con el decúbito dorsal y lateral izquierdo, dolor en epigastrio de moderada intensidad. El examen físico: hipertensa, taquicárdica, taquipneica, dificultad respiratoria por dolor a la inspiración, ruidos cardiacos hipofonéticos. En piel: placas eritematosas descamativas difusas. Radiografía de tórax: índice cardiorádico aumentado. TAC de tórax: derrame pleu-

ral laminar bilateral. ECG: voltaje bajo en forma difusa, escasa progresión de R en las derivaciones precordiales. Ecocardiograma: derrame pericárdico severo con colapso de cavidades derechas. Se realizó pericardiectomía, drenando 1300 ml de líquido seropurulento, tras lo que queda con drenaje pericárdico por 10 días. Citoquímico: polimorfonucleares. Cultivo: negativo. Biopsia pericárdica: infiltrado inflamatorio sin células atípicas ni granulomas. Serología para Dengue: negativo. TSH: normal, Perfil inmunológico: negativo. Recibió Prednisona a 50mg/día. Alta hospitalaria a los 12 días sin complicaciones.

Conclusión: La afección pericárdica es la principal manifestación del compromiso cardiaco en el LES, ocurriendo entre el 20-30 %. Pese a la baja frecuencia del taponamiento cardíaco asociado a LES, presentamos este caso destacando la importancia de descartar cuadros infecciosos asociados, ya que se trata de pacientes que reciben inmunosupresores, además de una intervención quirúrgica oportuna.

041. TUBERCULOSIS RENAL EN UNA PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Jhonatan Losanto¹, Marcos Vázquez¹, Carmen Montiel², Liz Torres², Isabel Acosta Colman¹, Margarita Duarte¹

¹Departamento de Reumatología Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay, ²Primera Cátedra de Clínica Médica, Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay

Introducción: La tuberculosis (TBC) es una enfermedad con alta prevalencia a nivel mundial que compromete de forma primordial el pulmón. En menor porcentaje la TBC puede presentarse con manifestaciones extrapulmonares dentro de las cuales la renal es una de las más frecuentes, pudiendo manifestarse durante la primoinfección pulmonar o como reactivación tardía hasta 30 años después. La infección a nivel renal se caracteriza por la formación de microabscesos a nivel periglomerular, lo que da lugar a granulomas que pueden permanecer latentes durante años reactivándose cuando el sistema inmune del paciente se encuentra comprometido.

Caso clínico: Mujer de 63 años, ama de casa, con diagnóstico desde hace 13 años de lupus eritematoso sistémico con compromiso cutáneo y articular, que desde entonces fue tratada con prednisona 5mg/día, hidroxicloroquina 200mg/día y en los últimos años con metotrexato y azatioprina fundamentalmente para el control de la artritis. Además refiere nefrolitotomía hace 3 años por litiasis renoureteral más infecciones urinarias a repetición. El cuadro actual se inició hace un año y tres meses con abombamiento acompañado de signos in-

flamatorios a nivel de la fosa lumbar izquierda con sensación febril, por lo que consultó con facultativo en varias ocasiones, quien le diagnosticó un absceso lumbar motivo por el cual se procedió al drenaje percutáneo en varias ocasiones en forma ambulatoria. Tras persistencia de fiebre y supuración espontánea por foramen de 1cm de diámetro en fosa lumbar izquierda quedó internada en sala. Se constató además piuria estéril y en hallazgo tomográfico a nivel del riñón izquierdo la presencia de múltiples imágenes a nivel del polo superior renal de hasta 2cm de diámetro comunicadas entre sí con un trayecto fistuloso que comunica el borde externo renal con la superficie cutánea a nivel de la fosa lumbar izquierda. Ingresó afebril taquicárdica, hemodinámicamente estable, con hallazgos al examen físico de lesión puntiforme con costra hemática en fosa lumbar izquierda, sin otros hallazgos. Los hallazgos de laboratorio se observan en la tabla 1.

Tabla 1 Resultados de estudios complementarios realizados en el ingreso.

Parámetro de laboratorio	Resultado	Valores de referencia
Hemograma	10700/ul	5000-10000/ul
Leucocitos		
Hemoglobina	11.7g/dl	12 -15 g/dl
Hematocrito	36,9 %	35-49 %
Plaquetas	238000/mm ³	150000-450000/mm ³
Urea	37mg/dl	10-50 mg/dl
Creatinina	0,75mg/dl	Inf a 1,1 mg/dl
Orina	leucocitos mayor a 50 por campo, 10 hematies por campo células epiteliales 10 a 12 por campo	
AntiDNA	1:10	Negativo,dil 1:10
C3	111 mg/dl	90-180 mg/dl
C4	12 mg/dl	10-40 mg/dl
Proteinuria24hs	215,4 mg/24hs	30-300 mg/24hs
PCR	6 mg/l	(inf a 6 mg/l)
VSG	48 mm	
Procalcitonina	0,07 ng/ml	(inf a 0,50)
HIV	Negativo	
VDRL	No reactivo	
FSP	Granulaciones tóxicas	

Se realiza además TACAR pulmonar que resulta normal. Durante su estancia se procedió a punción renal guiada bajo pantalla ecográfica con toma de cultivos de dicha región, con resultado positivo para E. coli BLEE a nivel de la secreción renal, motivo por el cual recibió tratamiento con meropenem, retorna además informe de biología molecular (GeneXpert) positiva para mycobacterium tuberculosis, por lo cual se inició terapia antibacilar, esquema HRZE, con buena tolerancia. Actualmente la paciente completó 9 meses de tratamiento antibacilar sin objetivarse recurrencia de la fiebre. La paciente actualmente se encuentra con el diagnóstico de LES con afectación articular y requerimiento de MTX a bajas dosis y sin prednisona con el antecedente de TBC renal resuelta.

Conclusión: Este caso es de gran relevancia porque quiere enfatizar la importancia de la pesquisa de infecciones latentes como la tuberculosis en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico tratados con corticoides e inmunosupresores.