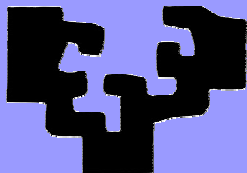


MUJER CON LES, CLINICA NEUROLOGICA Y LESIONES PULMONARES



eman ta zabal zazu



Guillermo Ruiz-Irastorza
Servicio de Medicina Interna
Hospital de Cruces

Universidad del Pais Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea

ANTECEDENTES PERSONALES

Mujer 41 años

Fumadora

Tiroiditis de Hasimoto

LES diagnosticado en 2001

- **Rash**
- **Artritis**
- **ANAs (+)**

Sin tratamiento para el LES

JULIO 2006

Remitida por neurólogo privado

2 meses de cefalea frontal + episodios de amaurosis

Campimetría normal

PEV, PES, PEAS normales

Doppler TSA normal

Ecocardiograma normal

JULIO 2006

Colesterol total 173

Déficit de IgA

Linfopenia

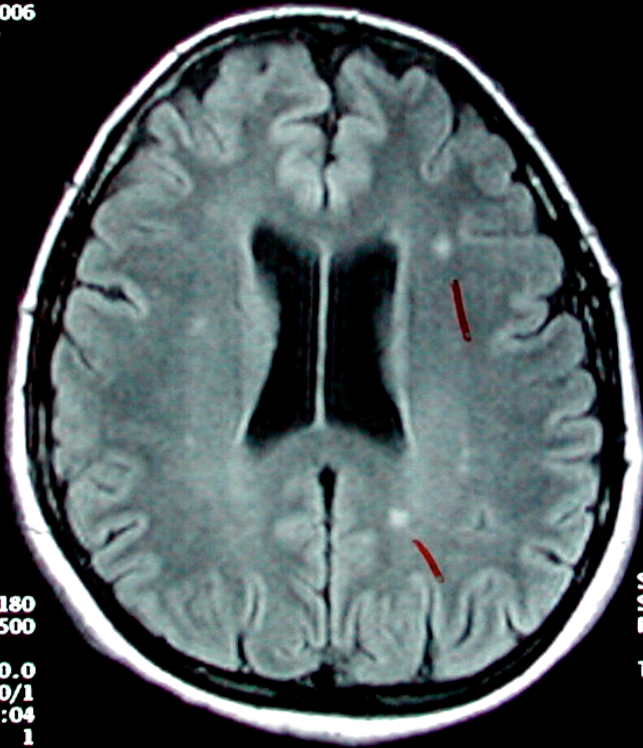
C3 normal, C4 6

anti-DNA positivo débil

JULIO 2006

19-DEC-1964
08:53
06-JUL-2006
IMAGE 51
SER 1-3

F 1.14



ir1ml1 180
R 2500
TR 8000.0
TE 110.0/1
TA 03:04
AC 1

H-SP-CR VB33G
+ : F A L

19-DEC-1964
08:53
06-JUL-2006
IMAGE 51
SER 1-3

MF 1.14



tir1ml1 180
*R 2500
TR 8000.0
TE 110.0/1
TA 03:04
AC 1

MAGNETOM VISI
H-SP-CR VB3
+ : F A

SP -5
SL
FoV 188*
176 *25
Tra>Cor

W
C

¿QUÉ HACER?

¿QUÉ HACER?

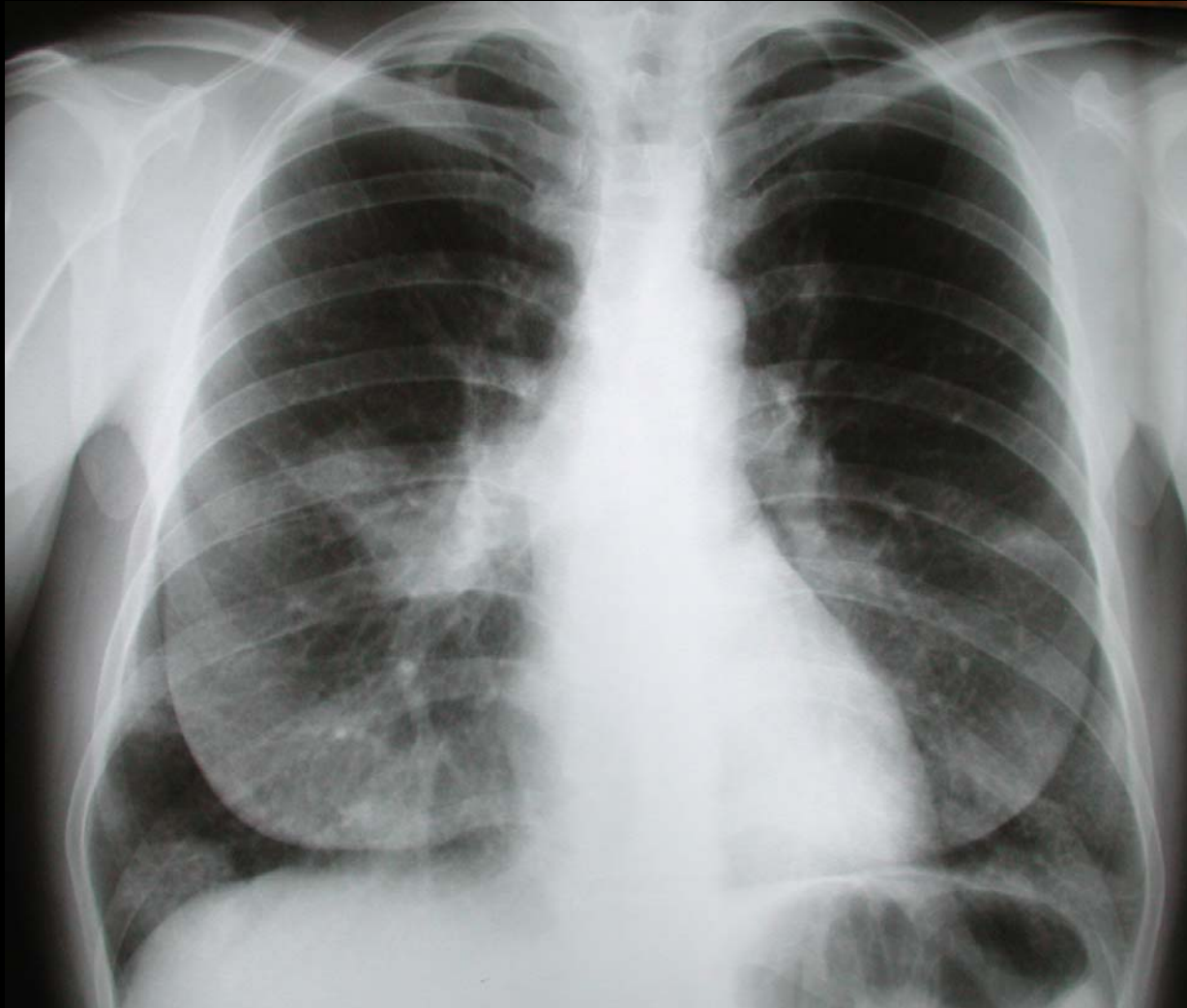
aCL y AL negativos (x 4)

STOP tabaco

AAS 100 mg/d

HCO 200 mg/d

AGOSTO 2006



SEPTIEMBRE 2006

Ingresa por tos y dolor torácico

No fiebre

Disnea I-II / IV

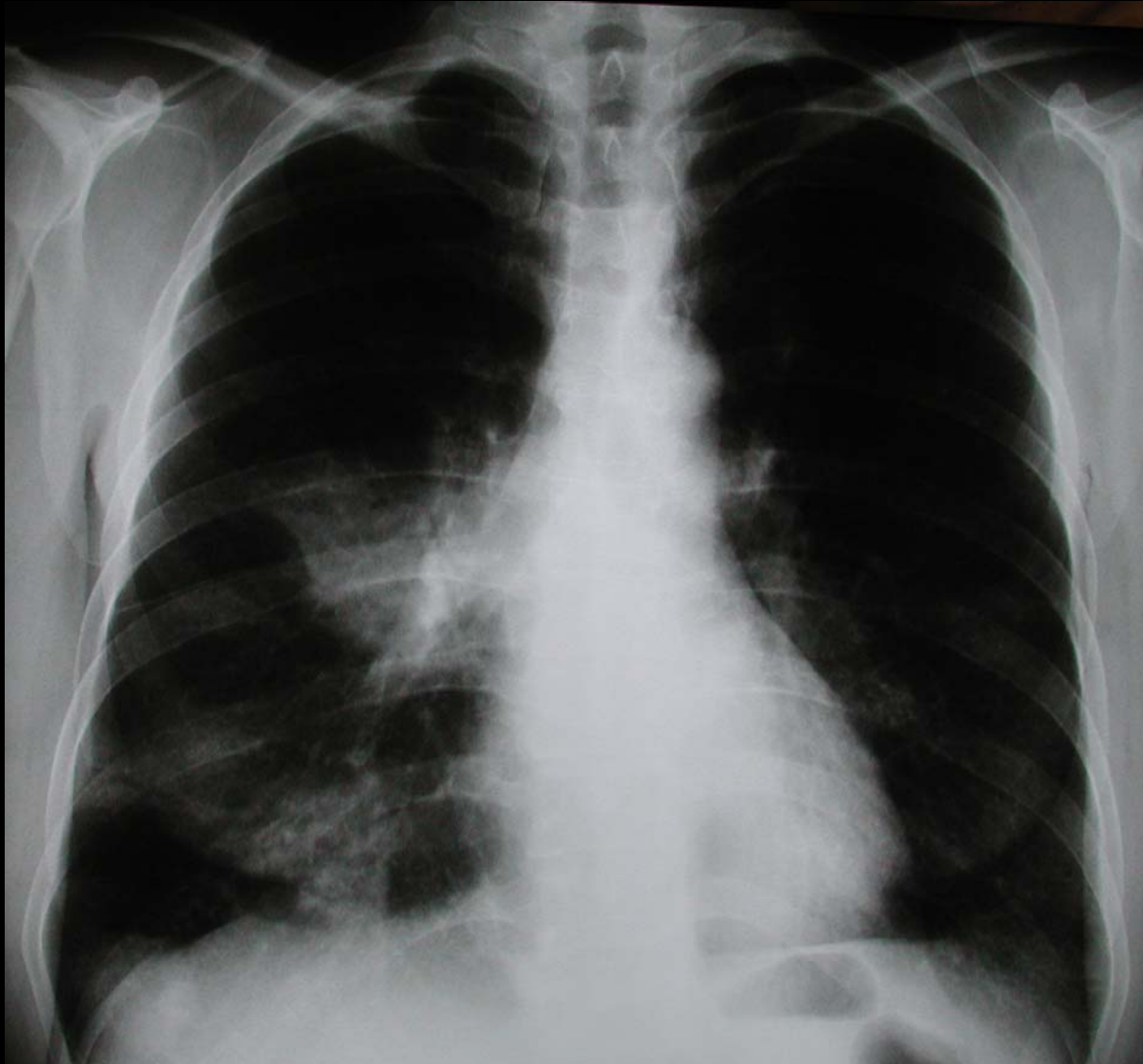
Excelente estado general

No signos de actividad lúpica

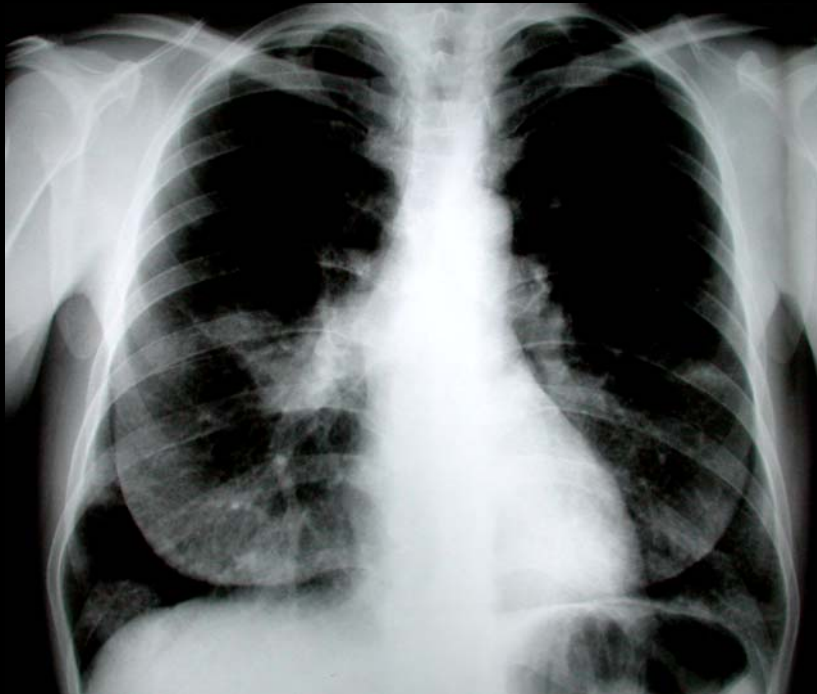
- anti-DNA (-)
- C3 normal, C4 7

No clínica neurológica

SEPTIEMBRE 2006



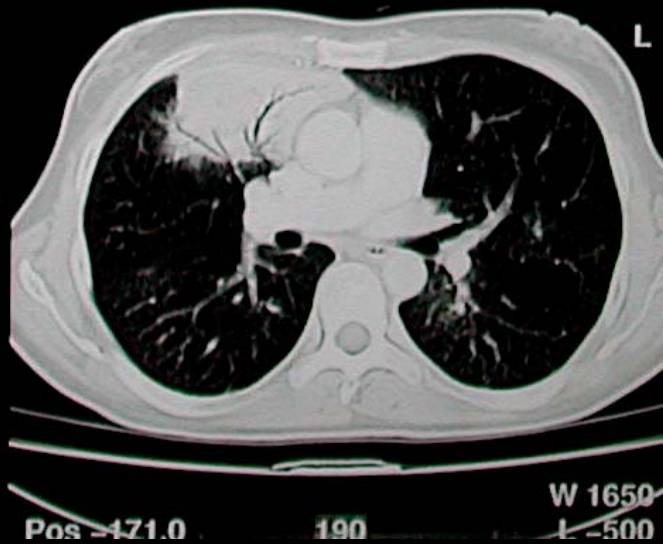
AGOSTO 2006



SEPTIEMBRE 2006



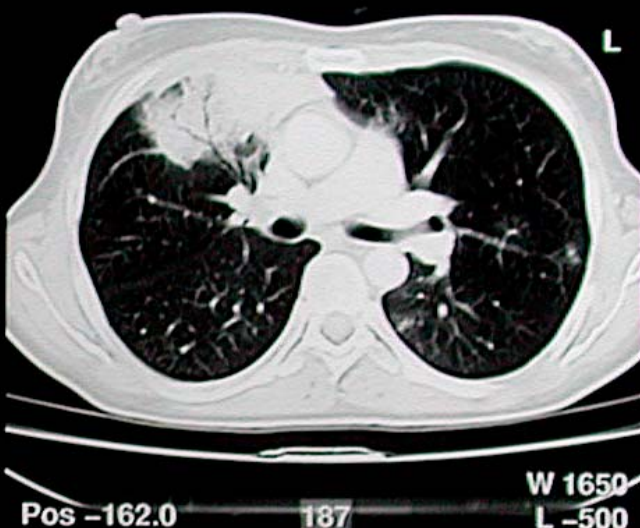
SEPTIEMBRE 2006



infeccioso

VS.

BONO



SEPTIEMBRE 2006

Broncoscopia normal

- BK (-)
- Cultivos (-)
- Citología: escasos PMNs, no células malignas

PFRs: Descenso aislado de difusión, compatible con neumopatía intersticial incipiente / HTP

PPD positivo 28 mm

¿QUÉ HACER?

¿QUÉ HACER?

Prednisona 10 mg/d

INH + RF + PZA

AAS 100 mg/d

HCO 200 mg/d

NOVIEMBRE 2006

Clínicamente estable

Lowenstein LBA (-)

TAC: sin cambios; posible BONO

PFRs: sin cambios

Prueba de esfuerzo: normal

GOT 49

GPT 55

¿QUÉ HACER?

¿QUÉ HACER?

No mejoría

TAC: BONO

PFRs: compatibles

Prednisona a dosis altas: NO POR PRINCIPIO

Tratamiento Tbc (OJO a AZA y MTX)

41 años (OJO a CFM)

¿QUÉ HACER?

No mejoría

TAC: BONO

PFRs: compatibles

Prednisona a dosis altas: NO POR PRINCIPIO

Tratamiento Tbc (OJO a AZA y MTX)

41 años (OJO a CFM)

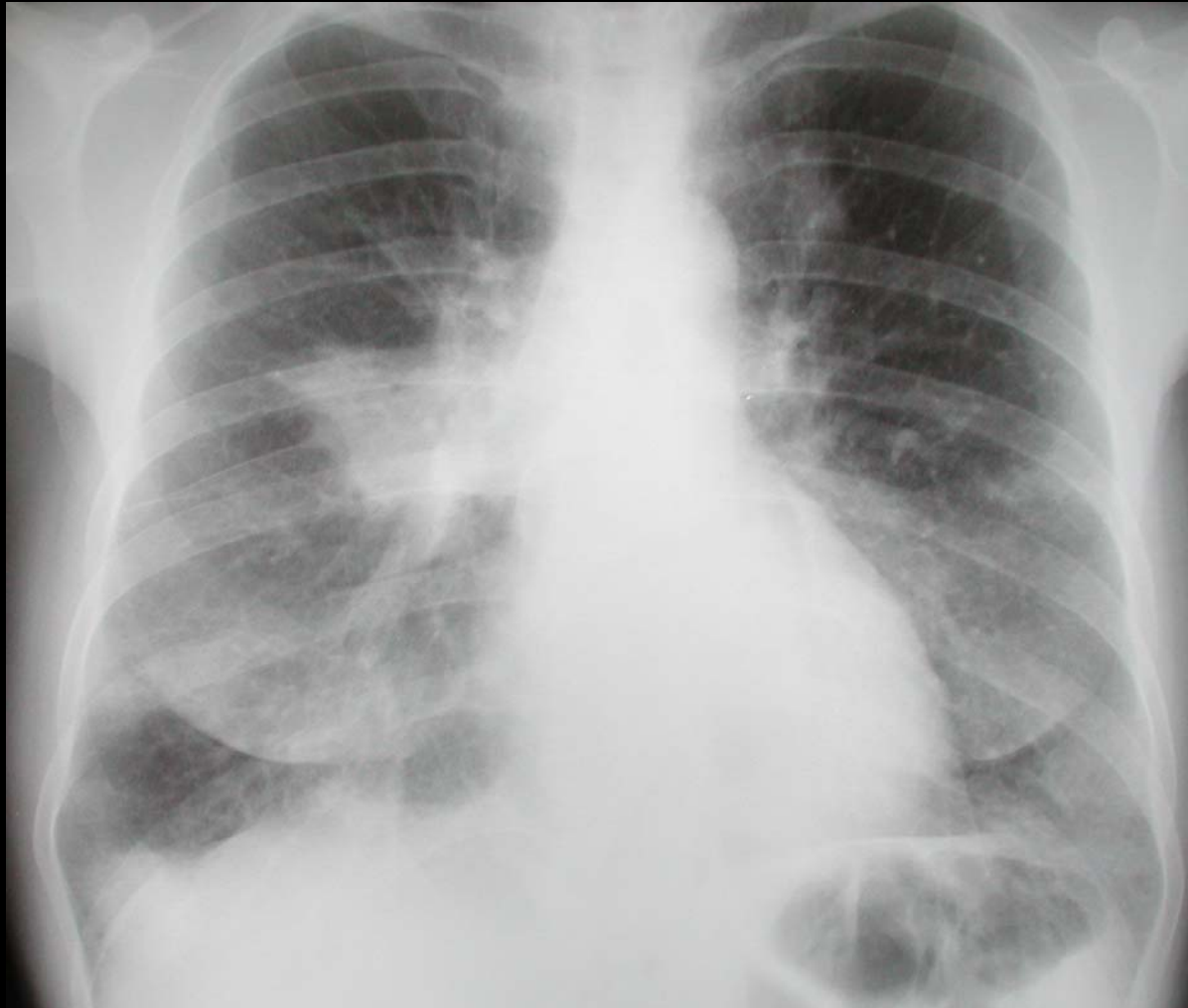
Añadimos MMF 500 mg/12 h

DICIEMBRE 2006

Subjetivamente mejor

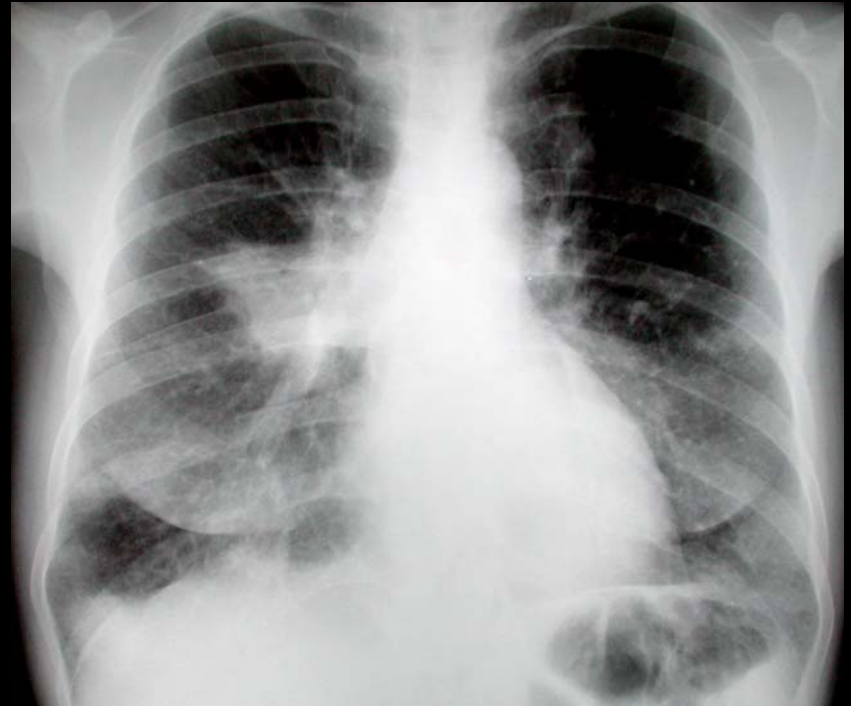
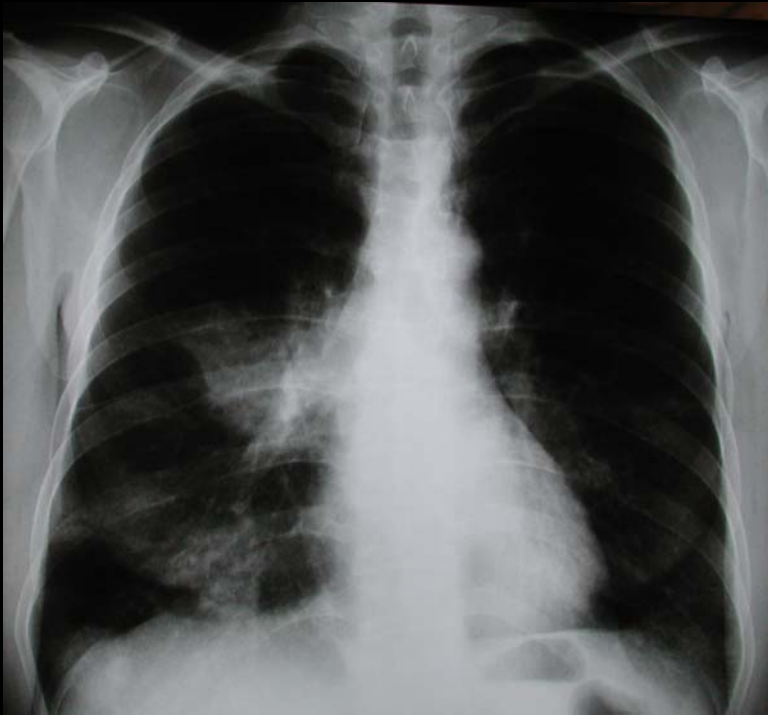
Disminución de dolor pleurítico

DICIEMBRE 2006



SEPTIEMBRE 2006

DICIEMBRE 2006



ENERO 2007

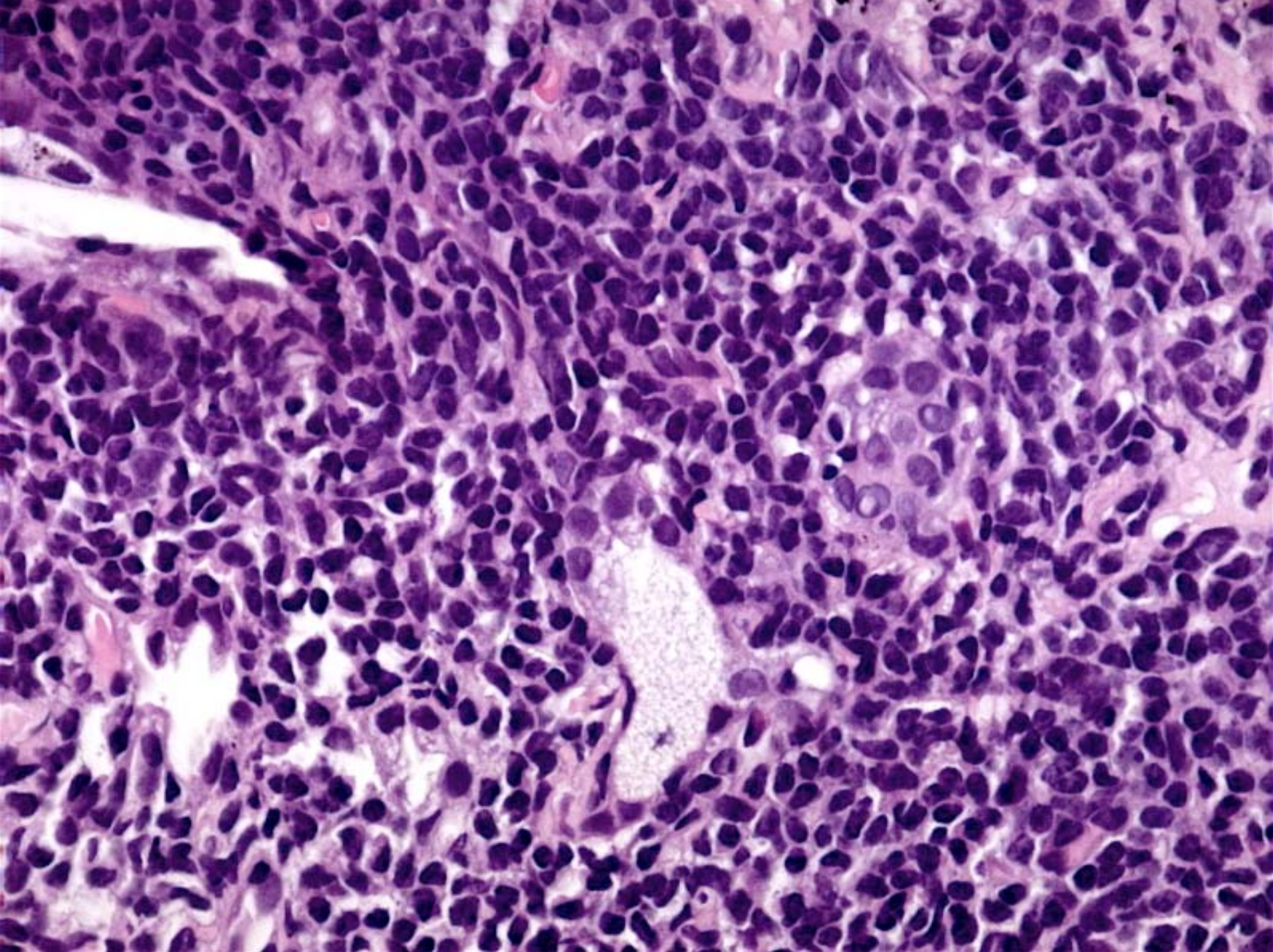
Clínicamente bien

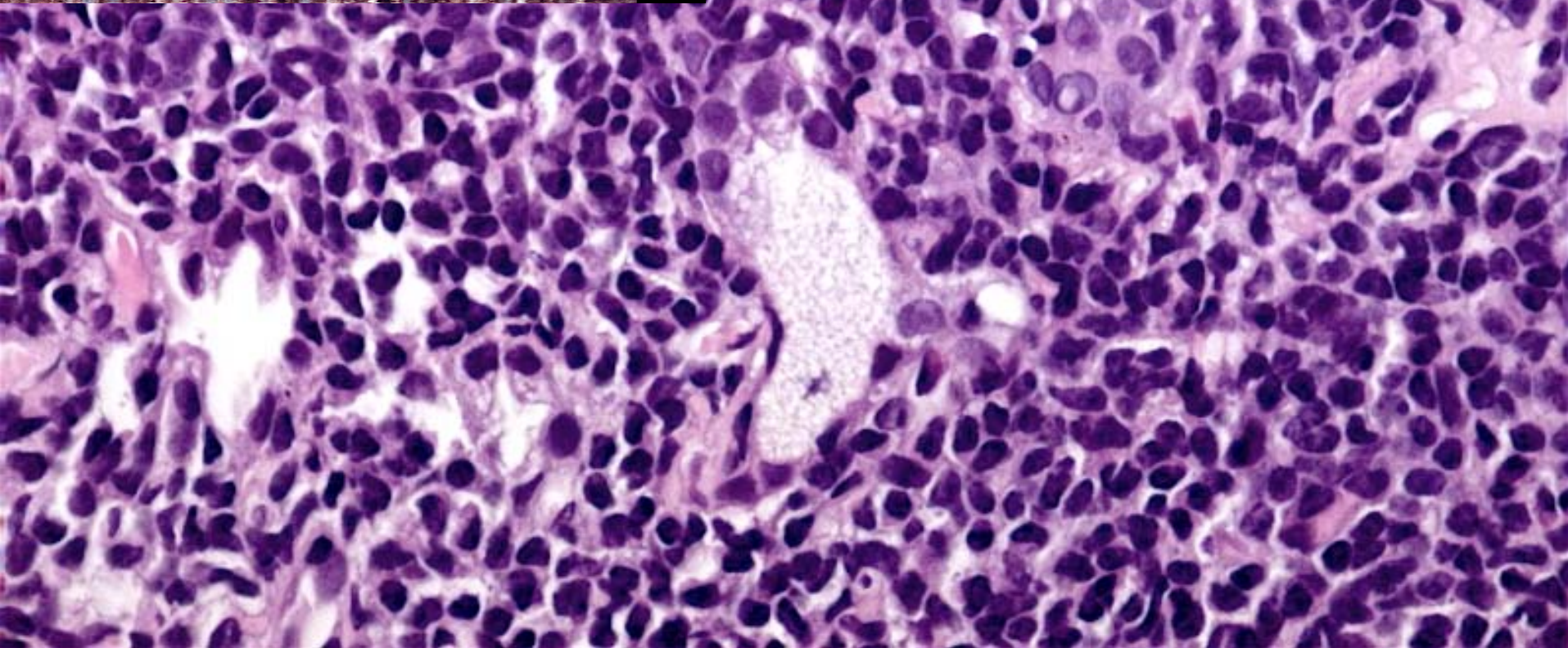
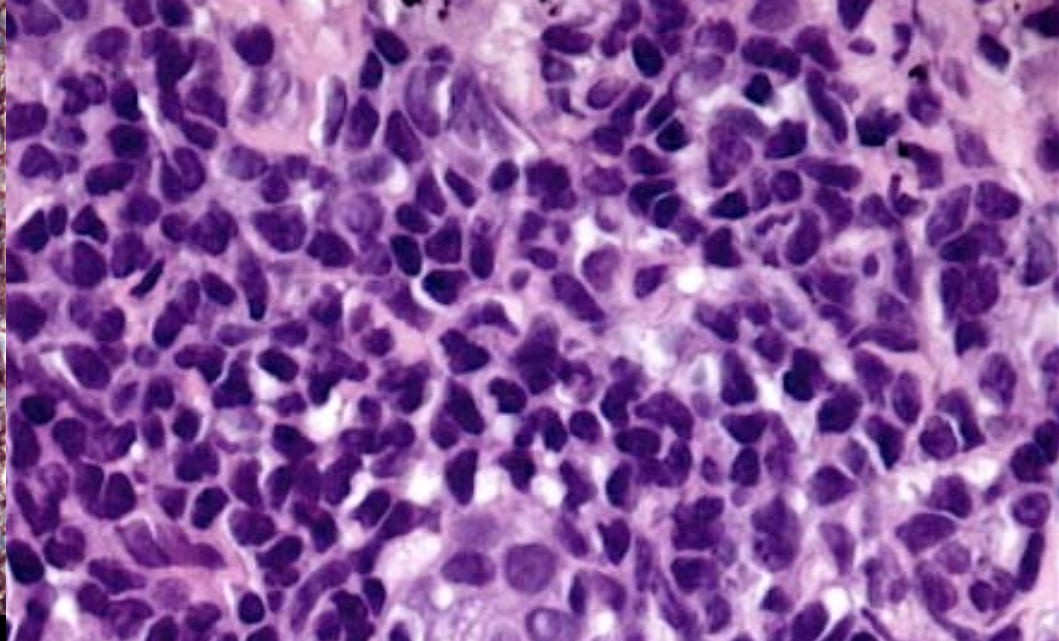
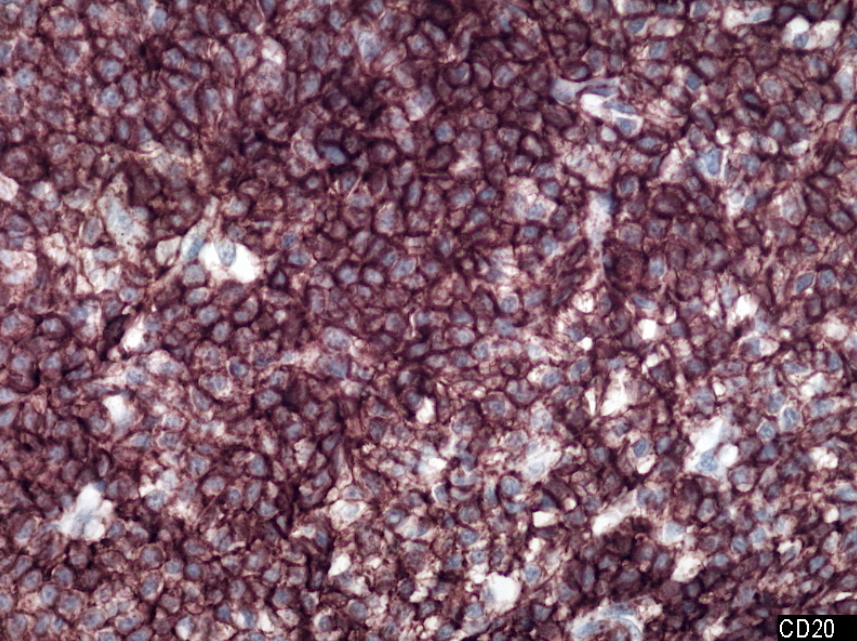
TAC: sin cambios con respecto a previos

¿QUÉ HACER?

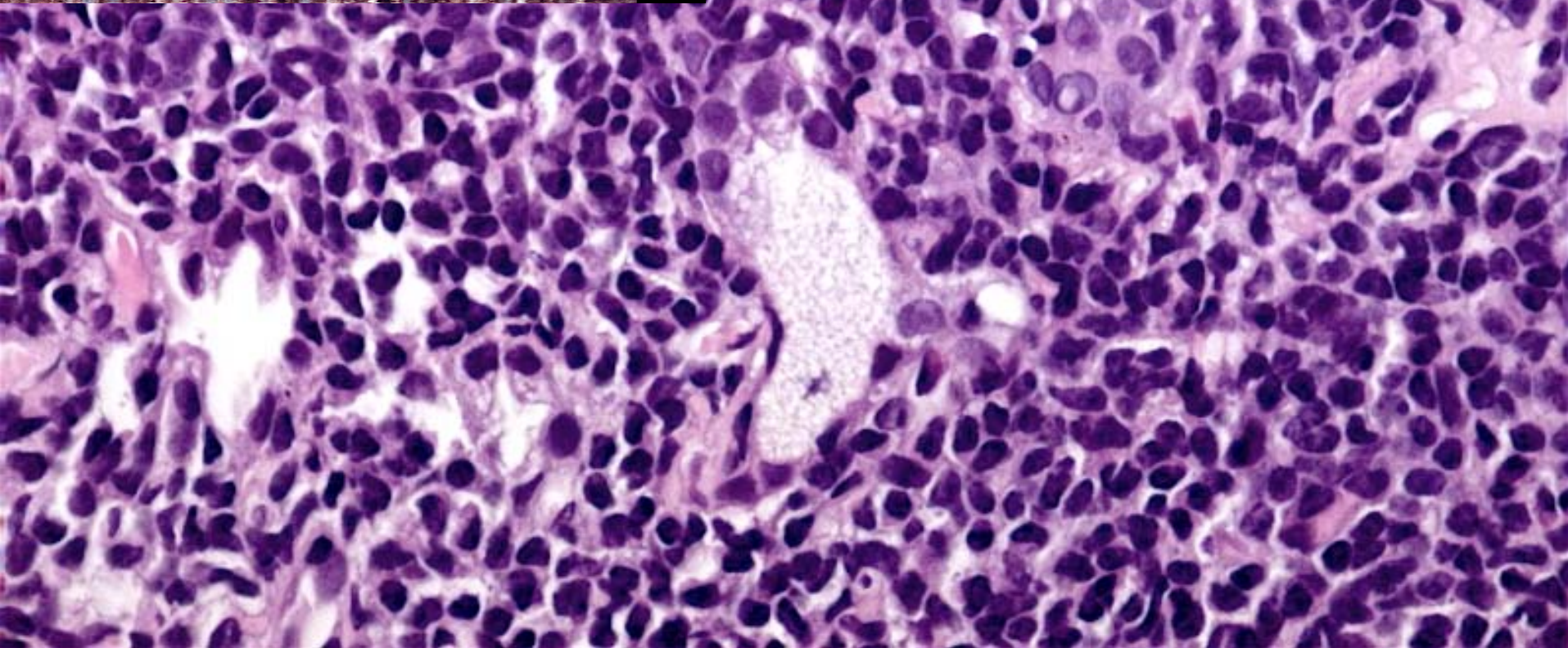
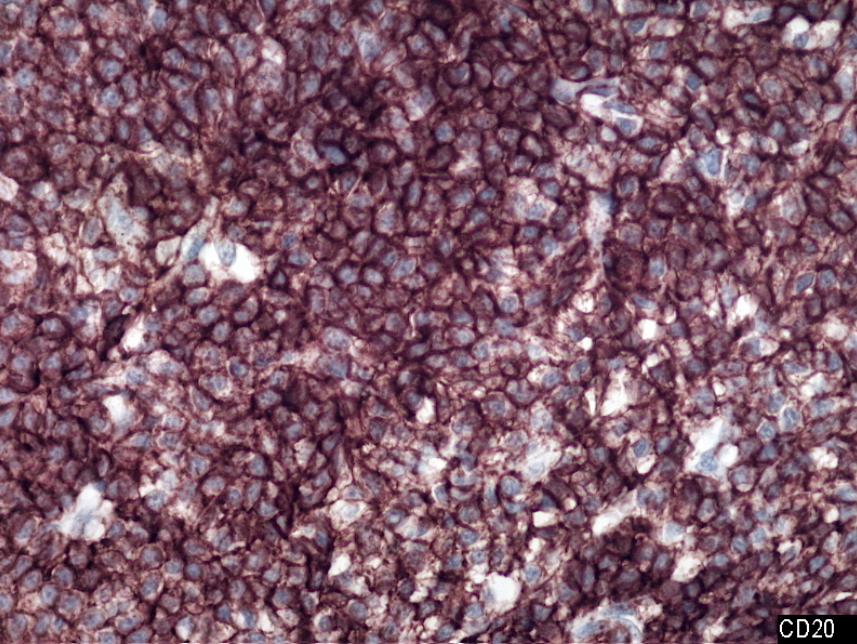
¿QUÉ HACER?

Biopsia pulmonar guiada por eco





Linfoma MALT



FEBRERO 2007

Estudio de extensión negativo

- . Gastroscopia normal**
- . TAC TAP: no adenopatías**
- . Biopsia MO: no infiltrada**

Se inicia tratamiento QT con R-CHOP

SEPTIEMBRE 2007

Pauta QT 2ª línea (Fludarabina + CFM + Rituximab)

AAS 100 mg/d

HCO 200 mg/d

Asintomática

aCL, AL, anti-DNA (-)

C3 normal, C4 8

En remisión completa por PET



ALGUNOS MENSAJES....

Las cosas no son siempre lo que parecen.

El lupus es un síndrome de largo recorrido...

ALGUNOS MENSAJES....

Las cosas no son siempre lo que parecen.

El lupus es un síndrome de largo recorrido...

“En el diagnóstico diferencial, pon siempre Tbc y linfoma”

Josep Font

An International Cohort Study of Cancer in Systemic Lupus Erythematosus

S. Bernatsky,¹ J. F. Boivin,² L. Joseph,³ R. Rajan,¹ A. Zoma,⁴ S. Manzi,⁵ E. Ginzler,⁶ M. Urowitz,⁷ D. Gladman,⁷ P. R. Fortin,⁷ M. Petri,⁸ S. Edworthy,⁹ S. Barr,⁹ C. Gordon,¹⁰ S. C. Bae,¹¹ J. Sibley,¹² D. Isenberg,¹³ A. Rahman,¹³ C. Aranow,¹⁴ M. A. Dooley,¹⁵ K. Steinsson,¹⁶ O. Nived,¹⁷ G. Sturfelt,¹⁷ G. Alarcón,¹⁸ J. L. Senécal,¹⁹ M. Zummer,²⁰ J. Hanly,²¹ S. Ensworth,²² J. Pope,²³ H. El-Gabalawy,²⁴ T. McCarthy,²⁴ Y. St. Pierre,¹ R. Ramsey-Goldman,²⁵ and A. Clarke¹

Table 4. Cancers observed and expected, with standardized incidence ratios (SIRs) and 95% confidence intervals (95% CIs)*

Malignancy	Observed	Expected	SIR	95% CI†
Total cancers	431	373.3	1.15	1.05–1.27
Hematologic cancers				
All‡	67	24.4	2.75	2.13–3.49
Non-Hodgkin's lymphoma	42	11.5	3.64	2.63–4.93
Hodgkin's lymphoma	5	2.1	2.36	0.75–5.51
Leukemia	7	3.7	1.89	0.76–3.88
Reproductive cancers				
Breast	73	96.1	0.76	0.60–0.95
Ovary	9	14.5	0.62	0.28–1.18
Cervix§	14	11.1	1.26	0.69–2.11
Vagina	2	0.4	4.91	0.49–17.69
Vulva	2	1.3	1.60	0.16–5.76
Uterus	6	16.9	0.36	0.13–0.78
Other cancers				
Lung	62	45.3	1.37	1.05–1.76
Hepatobiliary	10	3.8	2.60	1.25–4.78
Pancreas	7	7.6	0.93	0.37–1.91
Gastric	9	8.4	1.07	0.49–2.03
Colorectal	40	39.5	1.01	0.72–1.38
Thyroid	9	6.2	1.45	0.66–2.76
Bladder	13	10.5	1.23	0.66–2.11
Prostate	8	11.1	0.72	0.31–1.43
Melanoma	9	9.3	0.97	0.44–1.84

LINFOMA PULMONAR

< 1% de los linfomas

La mayoría MALT

Más frecuente en Sjögren

Buen pronóstico

Curso insidioso

RX >> síntomas

Presentación radiológica variada: nódulos, masa, condensación, infiltrado...

Graham B, et al. Primary pulmonary lymphoma. Ann Thorac Surg 2005; 80: 1248-53

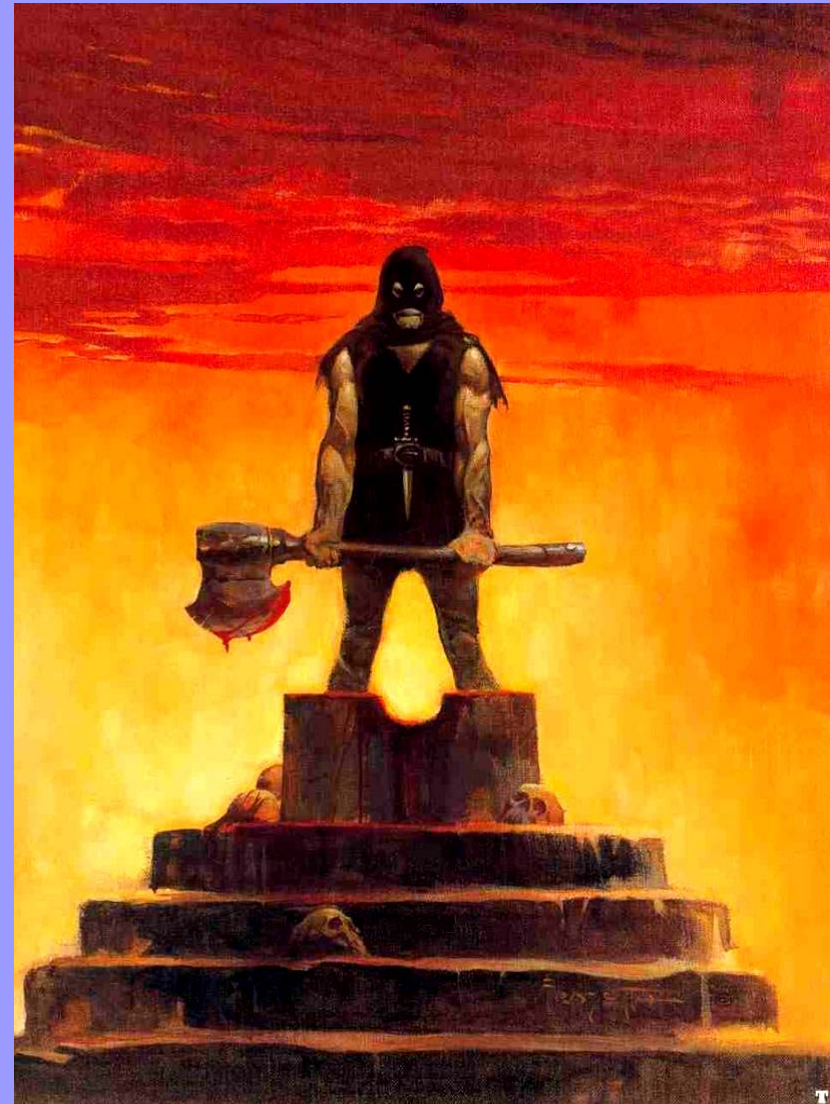
Papiris S, et al. Extranodal marginal zone B-cell lymphoma of the lung in Sjögren's syndrome patients. Respir Med 2007; 101: 84-92

SI HAY DUDAS, SI NO VA BIEN

Biopsia, biopsia, biopsia

SI HAY DUDAS, SI NO VA BIEN

Biopsia, biopsia, biopsia



SIN TRATAMIENTO PARA EL LES

TROMBOSIS

CÁNCER

HCQ Y TROMBOSIS

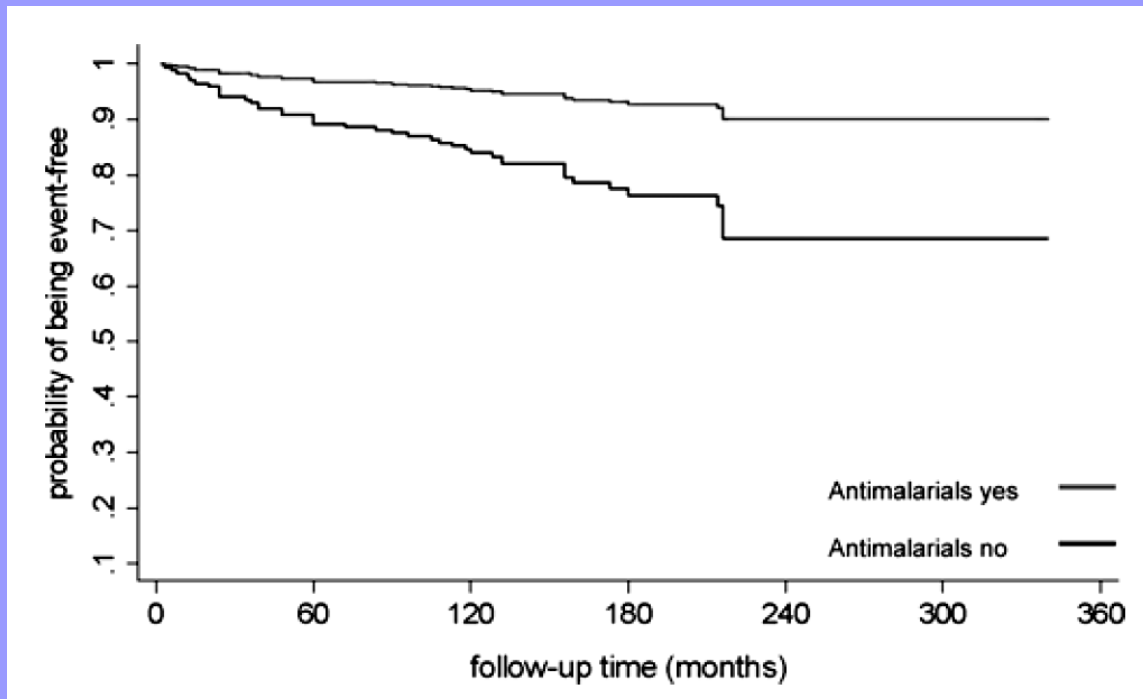
PAPER

Effect of antimalarials on thrombosis and survival in patients with systemic lupus erythematosus

G Ruiz-Irastorza¹, M-V Egurbide¹, J-I Pijoan², M Garmendia^{1*}, I Villar¹, A Martinez-Berriotxo¹, J-G Erdozain¹ and C Aguirre¹

¹Department of Internal Medicine; and ²Clinical Epidemiology Unit, Hospital de Cruces, University of the Basque Country, Bizkaia, Spain

Lupus (2006) 15, 577-583



HCQ Y CANCER

CONCISE REPORT

Antimalarials may influence the risk of malignancy in systemic lupus erythematosus

G Ruiz-Irastorza, A Ugarte, M V Egurbide, M Garmendia, J I Pijoan, A Martinez-Berriotxo, C Aguirre

Ann Rheum Dis 2007;**66**:815–817. doi: 10.1136/ard.2006.067777

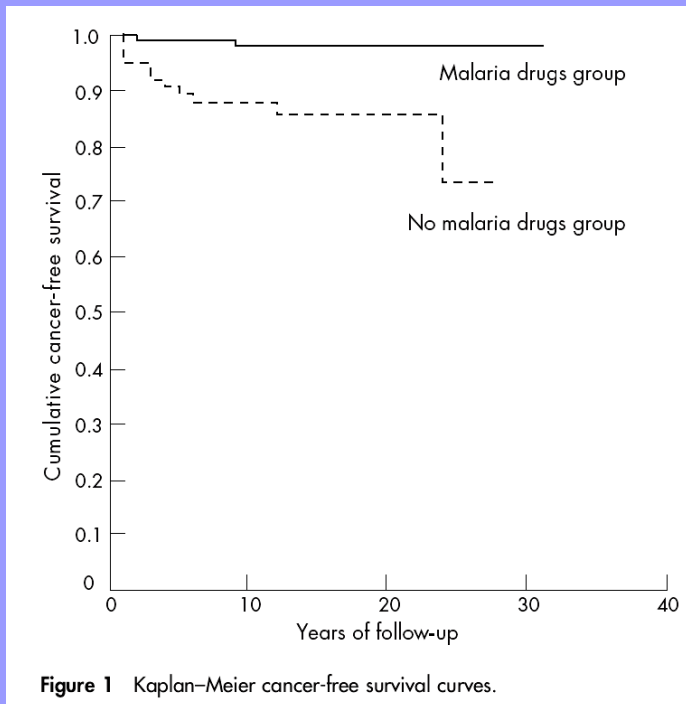


Table 2 Cox proportional hazards model with cancer as the dependent variable

	OR (95% CI)	p Value
Age at diagnosis	1.06 (1.01 to 1.11)	0.018
Male	7.14 (1.61 to 33.3)	0.009
Malaria drugs	0.15 (0.02 to 0.99)	0.049
AZA	0.68 (0.13 to 3.37)	0.632
CPM	2.47 (0.61 to 10.05)	0.205
MTX	1.76 (0.17 to 18.23)	0.634
Smoking	2.12 (0.52 to 8.63)	0.294
SDI		
0	Reference	
1	0.37 (0.06 to 2.36)	0.294
>1	1.29 (0.27 to 6.10)	0.748
Year of diagnosis		
1975–1985	Reference	
1986–1995	5.20 (0.42 to 64.74)	0.2
1996–2005	7.934 (0.46 to 138.16)	0.155

AZA, azathioprine; CPM, cyclophosphamide; MTX, methotrexate; SDI, Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) Damage Index, 6 months after diagnosis.

