

Investigación en Educación y Ciencias de la Salud ICEST

- **El íleo biliar como reto diagnóstico: reporte de caso y breve revisión literaria.**
- **Trastorno del espectro neuromielitis óptica (enfermedad de devic) en paciente joven.**
- **Miocarditis fulminante secundaria a dengue grave, reporte de caso.**
- **Cribado Cardiológico en el Equipo de Fútbol Medicina ICEST.**
- **La piel como espejo del inconsciente en un abordaje psicoanalítico interdisciplinario.**
- **Liquen escleroso atrófico vulvar.**

1.-Editorial.....	1
2.- El íleo biliar como reto diagnóstico: reporte de caso y breve revisión literaria.....	2
3.- Trastorno del espectro neuromielitis óptica (enfermedad de devic) en paciente joven.....	7
4.- Miocarditis fulminante secundaria a dengue grave, reporte de caso.....	12
5.- Cribado Cardiológico en el Equipo de Fútbol Medicina ICEST.....	19
6.- La piel como espejo del inconsciente en un abordaje psicoanalítico interdisciplinario.....	23
7.- Liquen escleroso atrófico vulvar.....	28
8.-Instrucciones para los autores.....	31

Comité Editorial

EDITOR

Dr. Alberto Antonio Aguilera Lavín

MIEMBROS DEL COMITÉ EDITORIAL

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg
Academia Nacional de Medicina

Dr. Rafael Violante Ortiz
Miembro del Sistema Nacional de Investigadores

Dr. Ramón Álvarez Carrillo
Neumólogo Académico

Dra. Nancy E. Fernández Garza
Universidad Autónoma de Nuevo León

Dr. Fernando Hernández Ávila
Ex Secretario del Consejo Mexicano de Certificación en
Medicina Familiar A.C.

Dr. Luis Carlos Ortega Tamez
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria

Dr. Andrés Martínez Cornelio
Centro Médico Siglo XXI

Dra. Sandra Gabriela Medina Escobedo
Hospital Regional ISSSTE Monterrey N.L.

Dr. Jorge Sebastián Hernández Rodríguez
Presidente de la Sociedad Tamaulipeca de Salud Pública

Dr. J. David Cadena Mata
Director de la Jurisdicción Sanitaria número II de Tampico

Dr. Lázaro Alfonso Novo
Hospital Pediátrico "William Soler", La Habana, Cuba
Presidente de la Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y
Metabolismo

Dr. Luis Hernando Nieto Enciso
Ex Presidente de la Asociación Colombiana de Salud
Pública

Dr. Edson Jurado Aguilar
Presidente Asociación Salvadoreña de Pie Diabético
Vicepresidente del Grupo Centroamericano
de Pie diabético

Dr. Luis Jaime Cárdenas Alvarado
Ex Presidente del Consejo Nacional de Certificación
en Medicina General

Dra. Norma Alicia Sánchez Hernández
Instituto Mexicano del Seguro Social Coordinación de
Enseñanza e Investigación UMF#77

Dr. Gustavo Alberto Martín Rivero
Asesor en Salud Pública, Administración y
Finanzas Whitematter México Consejo de
Administración Mentorías del Programa ENLACE

Dra. Lilia Del Ángel Cortes
Doctora en Educación Universidad Autónoma
de Tamaulipas

Dra. Michelle Carolina Bolaños Morales
Médico Especialista en Geriátrica Miembro de la Academia
Mexicana de Geriátrica y Gerontología

Directorio

Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A. C.

Lic. Carlos L. Dorantes del Rosal, D.E.

Fundador y Rector Emérito

Lic. Sandra L. Avila Ramírez, M.E.

Rectora

Lic. Carlos Dorantes Acosta, M.D.C.

Vicerrector

Lic. María del Socorro Moreno González, M.C.A.

Directora General de Desarrollo Académico

Dra. Mireya Gochicoa Acosta, PhD.

Directora de Investigación

Dr. Jorge Armando Luna Hernández, M.A.H.

Director Facultad de Medicina Campus Tampico 2000

Dr. Fermín Rosagaray Luévano, M.M.S.H.

Director Facultad de Medicina Campus Matamoros 2001

Lic. Luis Ramón Ramírez García, M.C.B.

Coordinador de Investigación Facultad de Medicina Campus Matamoros 2001

Dr. Héctor Torres Muñoz, PhD.

Coordinador de Investigación Facultad de Medicina Campus Tampico 2000

Editorial

Estimados lectores, el Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A. C., refrenda su compromiso esta año 2026 en ser referentes a nivel nacional en innovación en educación y estar en constante crecimiento en materia de investigación y divulgación científica. En esta primera edición del año compartimos a ustedes los resultados de los trabajos de investigación titulados: El íleo biliar como reto diagnóstico; Reporte de caso y breve revisión. Trastorno del espectro neuromielitis óptica (Enfermedad de Devic) en paciente joven, Miocarditis fulminante con choque cardiogénico y disfunción orgánica múltiple en una paciente adulta con dengue grave, Cribado cardiológico precompetitivo en el equipo de Fútbol Soccer de la Facultad de Medicina ICEST Campus Tampico 2000, La piel como espejo del inconsciente en un abordaje psicoanalítico interdisciplinario y Liquen escleroso atrófico vulvar.

En esta publicación estaremos abordando temas de sumo interés en las siguientes áreas del conocimiento: Cirugía, Neurología, Cardiología, Medicina Interna, Inmunología y Psicología clínica.

Agradecemos a usted apreciable y distinguido lector su interés por conocer nuestros contenidos. Como institución educativa, asumimos la calidad como un compromiso permanente y un pilar fundamental de nuestra labor formativa. Trabajamos de manera continua para garantizar procesos académicos sólidos, pertinentes y actualizados, enfocados en el desarrollo integral de nuestros estudiantes. Nuestro compromiso con la mejora continua, la innovación pedagógica y la excelencia académica se sustenta en la importancia de fortalecer la difusión científica.

Atentamente
Dr. Alberto Antonio Aguilera Lavín, PhD
Editor

El íleo biliar como reto diagnóstico- reporte de caso y breve revisión literaria.

Juárez Pérez Miguel Isai¹, De la Torre García Ángel Alberto², González Montes Julián³,
Ávila Silva Anette Michelle⁴, Morales Salinas Nick⁵, Ramos Gómez Christian Jair⁶

Fecha de recepción: 22-09-2025

Fecha de aceptación: 08-12-2025

RESUMEN

Introducción

El íleo biliar es una causa mecánica poco frecuente de oclusión intestinal, representando entre el 1% y 4% de los casos, y constituye una complicación rara de la colecistitis aguda¹. Se produce por la impactación de uno o más litos biliares en el tracto gastrointestinal, tras la formación de una fístula bilioentérica². Aunque es una entidad poco común, puede representar hasta el 25% de las causas de oclusión intestinal en adultos mayores³, con mayor incidencia en mayores de 65 años, predominantemente sexo femenino⁴. Su relevancia clínica radica en la dificultad diagnóstica, dado que cursa con síntomas inespecíficos que retrasan el tratamiento, el cual continúa siendo motivo de debate⁵.

Objetivo

Destacar la relevancia del íleo biliar como causa infrecuente pero potencialmente grave de obstrucción intestinal, mediante una revisión bibliográfica actualizada.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa, descriptiva, retrospectiva y no experimental, entre julio y agosto de 2025. Se consultaron bases de datos como ELSEVIER, EBSCO, Science Direct y PubMed, considerando artículos publicados entre 2013 y 2024 con un factor de impacto mínimo de 3.0. Participaron cuatro residentes de cirugía general y dos pasantes de servicio social. No se requirió financiamiento externo.

Resultados

Los resultados indican que, debido a su presentación clínica inespecífica, el íleo biliar con frecuencia es diagnosticado tardíamente. La tomografía computarizada es el estudio de imagen más sensible y útil. El tratamiento es quirúrgico, siendo la enterolitotomía simple la técnica más común, aunque el abordaje debe individualizarse según el estado clínico del paciente. La fístula puede cerrarse espontáneamente, pero su persistencia se asocia con mayor riesgo de recurrencia y complicaciones.

Conclusiones

El íleo biliar debe considerarse como diagnóstico diferencial en adultos mayores con antecedentes de colelitiasis. Un diagnóstico y manejo oportunos mejoran significativamente el pronóstico clínico.

PALABRAS CLAVE

Íleo biliar, obstrucción intestinal, diagnóstico temprano, triada de Rigler

ABSTRACT

Introduction

Biliary ileus is a rare cause of mechanical intestinal obstruction, accounting for between 1% and 4% of cases, and is a rare complication of acute cholecystitis¹. It is caused by the impaction of gallstones in the gastrointestinal tract following the formation of a bilioenteric fistula². Although uncommon, it may be responsible for up to 25% of intestinal obstructions in older adults³, especially in women over 65 years of age⁴. Its diagnosis is often complex due to the nonspecific nature of the symptoms, which delays treatment, which continues to be a matter of debate⁵.

Objective

To highlight the relevance of biliary ileus as a rare but potentially serious cause of intestinal obstruction through an updated literature review.

Methods

A narrative, descriptive, retrospective, and non-experimental review was conducted between July and August 2025. Databases such as ELSEVIER, EBSCO, Science Direct, and PubMed were consulted, considering articles published between 2013 and 2024 with a minimum impact factor of 3.0. Four general surgery residents and two social service interns participated. No external funding was required.

Results

The results indicate that, due to its nonspecific clinical presentation, biliary ileus is often diagnosed late. Computed tomography is the most sensitive and useful imaging study. Treatment is surgical, with simple enterolithotomy being the most common technique, although the approach must be individualized according to the patient's clinical status. The fistula may close spontaneously, but its persistence is associated with a higher risk of recurrence and complications.

Conclusion

It is concluded that biliary ileus should be considered as a differential diagnosis in older adults with a history of cholelithiasis. Timely diagnosis and management significantly improve the clinical prognosis.

KEYWORDS

Biliary ileus, intestinal obstruction, early diagnosis, Rigler's triad.

¹ ORCID: 0009-0005-1667-4610 ⁴ORCID: 0009-0003-8675-0792

² ORCID: 0009-0007-8598-3438 ⁵ ORCID: 0009-0001-9980-0491

³ ORCID: 0009-0009-4303-7683 ⁶ ORCID: 0009-0007-5115-2353

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 72 años de edad, con antecedentes crónico degenerativos de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, antecedentes quirúrgicos de histerectomía total abdominal por miomatosis uterina hace aproximadamente 20 años. Antecedente oncológico de cáncer de colon diagnosticado 1 año previo a su valoración, realizando transversostomía y anastomosis primaria, con reporte histopatológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de 8.5 cm, sin reporte de grado de invasión, 0 de 15 ganglios positivos, con márgenes quirúrgicos libres; manejada por oncología médica quien no la considera candidata para adyuvancia.

Inició su padecimiento actual siete días previos a su último ingreso a urgencias de nuestra unidad y valoración por nuestro servicio, con dolor abdominal, tipo cólico en ambas fosas ilíacas e hipogastrio, acompañado de náusea y emesis de contenido gástrico. Inicialmente, siendo valorada por el servicio de urgencias seis días previos a último ingreso y egresada con diagnóstico de gastroenteritis por el mismo servicio. Acude nuevamente por persistencia de sintomatología, exacerbación de dolor, ausencia de evacuaciones desde hace tres días y presencia de distensión abdominal. Radiografía de abdomen en donde se evidencian niveles hidroaéreos en intestino delgado, sin adecuada neumatización de colon y recto, dilatación de asas intestinales e imagen en pila de monedas. Sin datos de leucocitosis o de respuesta inflamatoria sistémica.

La conducta inicial fue no quirúrgica, mediante descompresión intestinal, colocando sonda nasogástrica, en la cual se obtuvo material de características gástricas, analgesia, y se solicitó tomografía abdominal con contraste oral. En la tomografía se visualizó vesícula colapsada con gas en la pared, líquido libre en espacio perihéptico, dilatación generalizada de las asas intestinales de yeyuno e íleon con líquido en el interior y niveles hidroaéreos, en el interior de la luz del tercio distal del íleon una imagen ovoide de alta atenuación de aproximadamente 25 mm. De acuerdo con la triada de Rigler y su cuadro clínico, se integró el diagnóstico de íleo biliar, por lo que se realizó una laparotomía exploradora, en donde se identificó un lito de aproximadamente 3 x 2.5 cm (Fig. 1), a 90 cm de la válvula ileocecal, en íleon distal, ocasionando dilatación de asas proximales y colapso distal, no se evidenció necrosis o perforación, además, se encontraron 200 ml de líquido inflamatorio, vesícula biliar con proceso inflamatorio importante con plastrón de epiplón. Se realizó la extracción del lito y cierre primario en un plano en su borde antimesentérico. La paciente evolucionó adecuadamente en su postquirúrgico y fue egresada por mejoría clínica seis días después del procedimiento quirúrgico.

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una causa mecánica poco frecuente de oclusión intestinal, representando entre el 1% y 4% de los casos, y constituye una complicación rara de la colecistitis aguda¹. Se produce por la impactación de uno o más litos biliares en el tracto gastrointestinal, tras la formación de una fístula bilioentérica². Aunque es una entidad poco común, puede representar hasta el 25% de las causas de oclusión intestinal en adultos mayores³, con mayor incidencia en mayores de 65 años, predominantemente sexo femenino⁴. Su relevancia clínica radica en la dificultad diagnóstica, dado que cursa con síntomas inespecíficos que retrasan el tratamiento, el cual continúa siendo motivo de debate⁵.

OBJETIVO

Presentar el caso clínico de una paciente adulta mayor con diagnóstico tardío de íleo biliar, destacando la importancia del diagnóstico oportuno en cuadros de obstrucción intestinal con síntomas inespecíficos, y realizar una breve revisión bibliográfica actualizada sobre el íleo biliar, enfocándose en su fisiopatología, manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos y opciones terapéuticas, con el fin de resaltar su relevancia como causa infrecuente pero potencialmente grave de obstrucción intestinal.

MÉTODOS

La presente investigación se desarrolló en el periodo comprendido del 01 de abril del 2025 al 01 de agosto del 2025, consistente en un estudio de revisión narrativa o revisión de la literatura, de tipo descriptivo retrospectivo y no experimental. Se complementa con una revisión rigurosa de literatura científica en fuentes científicas oficiales como ELSEVIER, EBSCO, Science Direct y PubMed, publicada entre los años 2013 y 2024, seleccionando artículos con un factor de impacto mínimo de 3.0. El presente estudio contiene un consentimiento informado el cual fue firmado por el paciente, posteriormente se utilizó el expediente clínico electrónico de dicho paciente para realizar nuestro análisis del caso, se llevó a cabo con la participación de cuatro residentes de cirugía general y dos pasantes de servicio social, utilizando recursos informáticos, sin requerimiento de financiamiento externo.

Recursos humanos :

- 4 residentes del servicio de cirugía general
- 2 médicos pasantes de servicio social

Recursos físicos y materiales :

- Computadora personal e institucional

Presupuesto y financiamiento:

- No se requirió inversión o financiamiento externo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de estudio se realizó conforme a lo que dispone el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, en los siguientes apartados, capítulo I, art. 13 se respetará la dignidad los derechos y bienestar de la persona. La selección de los sujetos de estudio será imparcial, sin sesgo social, racial, sexual y/o cultural.

De acuerdo al art. 14, el estudio se realizó por profesionales de la salud con conocimientos y experiencias para cuidar la integridad de los participantes del estudio. En lo que respecta al riesgo de la investigación (artículo 17, de acuerdo al reglamento de la ley General de Salud en Materia de investigación) el estudio se clasifica en: Riesgo mínimo.

El manejo de la información personal se realizará con criterios de confidencialidad, acorde con los principios de la declaración de Helsinki.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

El trabajo de investigación no considera pertinente los aspectos relacionados con bioseguridad por no tratarse de un estudio con riesgos tóxico, infectocontagioso o radiológicos debiera cumplir con los requerimientos para su realización establecidos por la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos publicados en el Diario Oficial de la Federación el 04 de enero del 2013.

DISCUSIÓN

Fisiopatología

La colecistitis, tanto aguda como crónica, ocasiona una respuesta inflamatoria en la vesícula biliar y en los tejidos adyacentes del tracto gastrointestinal. Esta inflamación favorece la formación de adherencias, isquemia y necrosis, lo que puede conducir a la erosión tisular y, eventualmente, al desarrollo de una fístula bilioentérica. En aproximadamente el 85% de los casos, esta comunicación anómala ocurre entre la vesícula y el duodeno. A través de esta fístula, un lito biliar puede migrar hacia la luz intestinal y quedar impactado, ocasionando un cuadro de obstrucción. Los sitios más frecuentes de impactación son el íleon (60.5%), yeyuno (16%), estómago (4.1%) y duodeno (3.5%). Un factor de riesgo relevante para esta complicación es el tamaño del lito, siendo mayormente implicados aquellos que superan los 2 a 2.5 cm (Fig. 1). En raras ocasiones (1.3%), el lito puede ser eliminado espontáneamente por vía fecal^{1,2}.



FIGURA 1. LITO BILIAR DE APROXIMADAMENTE 2.5 X 3 CM

Cuadro clínico

El cuadro clínico del íleo biliar suele ser inespecífico y se manifiesta con síntomas típicos de obstrucción intestinal: dolor abdominal tipo cólico, distensión, náusea, vómito, y ausencia de evacuaciones o eliminación de gases. En muchos casos, existe antecedente de colelitiasis. Las características del vómito dependen del sitio de la obstrucción: cuando el lito se impacta en el estómago o intestino delgado proximal, el contenido es gástrico; si la obstrucción ocurre en el íleon, el vómito puede adquirir un aspecto fecaloide.

La presentación clínica puede ser esporádica, aguda o incluso crónica, con recurrencia de los síntomas conforme el cálculo progresa o se impacta en la luz intestinal. Se ha reportado que entre el 27% y el 80% de los pacientes tienen antecedentes de síntomas biliares previos. La presencia de fiebre, signos de toxicidad sistémica o datos de peritonitis sugiere la posibilidad de perforación intestinal. La exploración física puede ser normal en etapas iniciales o en ausencia de obstrucción activa^{2,3}.

Diagnóstico

Dado que el cuadro clínico suele ser vago e incluso intermitente, establecer el diagnóstico representa un desafío. Los pacientes con íleo biliar generalmente no acuden a valoración médica de forma inmediata, presentándose entre cuatro y ocho días después del inicio de los síntomas. Solo entre el 30% y el 75% de los casos logran identificarse correctamente antes de la cirugía^{1,2}.

La tríada de Rigler, compuesta por neumobilia (o presencia de contraste en la vía biliar), cálculo biliar ectópico y signos de obstrucción intestinal parcial o total, se considera altamente sugestiva cuando al menos dos de sus componentes están presentes, lo cual ocurre en el 20% al 50% de los casos¹.

La tomografía computarizada es el estudio de imagen preferido (Fig. 2), con una sensibilidad de hasta el 93%. Permite identificar la tríada de Rigler en aproximadamente el 77.8% de los casos, en comparación con la radiografía simple (14.8%) (Fig. 3) y el ultrasonido (11.1%). En la tomografía se observan hallazgos como signos de obstrucción intestinal (96.3%), neumobilia (88%) y lito aberrante (81.4%). Si bien se han descrito diagnósticos a través de colangiopancreatografía por resonancia magnética y esofagogastroduodenoscopia, la tomografía sigue siendo la herramienta de elección⁴.

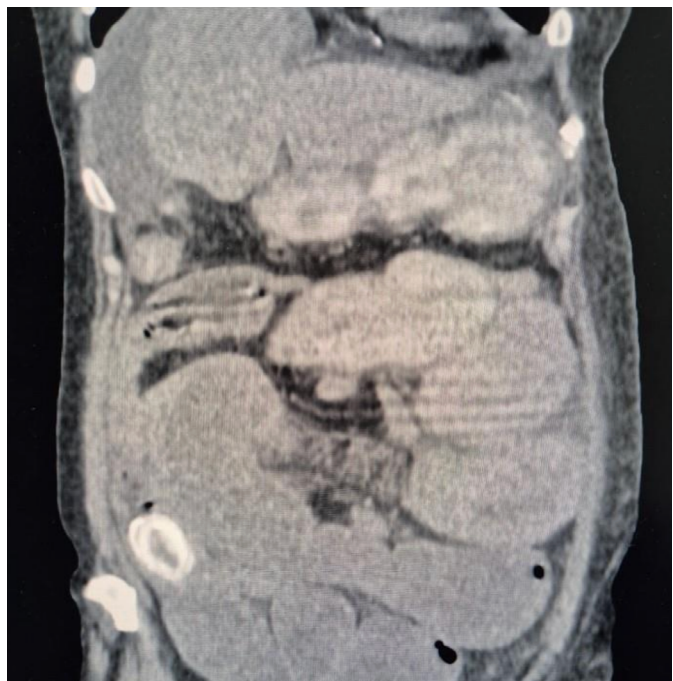


FIGURA 2. TAC DE ABDOMEN CON CONTRASTE ORAL CON DATOS DE OCLUSIÓN INTESTINAL E IMAGEN HIPERDENSE OVOIDEA QUE CORRESPONDE A LITO BILIAR IMPACTADO



FIGURA 3. RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON DILATACIÓN DE ASAS (PILA DE MONEDAS), EDEMA INTERASA Y RADIOPACIDAD A NIVEL DE ÍLEON TERMINAL QUE CORRESPONDE A LITO BILIAR ECTÓPICO.

Tratamiento

La fístula presenta un cierre espontáneo en 61.5% de los casos, sin embargo, la persistencia de esta está relacionada con recidiva del íleo biliar, neoplasias y colangitis. El abordaje quirúrgico del íleo biliar contempla tres alternativas principales: enterolitotomía simple, enterolitotomía combinada con colecistectomía y cierre de la fístula en un solo tiempo quirúrgico, y tratamiento en dos tiempos, iniciando con la extracción del lito y dejando la corrección de la fístula y colecistectomía para una segunda intervención diferida. Ambas vías, abierta y laparoscópica, han sido descritas, sin embargo, se prefiere el abordaje abierto debido a la alta tasa de conversión asociada a la laparoscopia (hasta el 53.03%)⁴.

La elección de la técnica depende de múltiples factores: las comorbilidades del paciente, su estabilidad hemodinámica y el contexto clínico general. Durante la enterolitotomía, se recomienda realizar una incisión longitudinal en el borde antimesentérico del intestino para facilitar la extracción del lito (Fig. 4) (Fig. 5), seguida de un cierre transversal, con el fin de evitar estenosis o estrechamiento de la luz. En aproximadamente el 61.5% de los casos, la fístula bilioentérica puede cerrarse es-

pontáneamente. No obstante, si persiste, se asocia con riesgo de recurrencia, colangitis e incluso malignización. Actualmente no existe un consenso definitivo sobre el manejo quirúrgico ideal. La literatura recomienda realizar la corrección completa (extracción del lito, colecistectomía y cierre de fistula) (Fig. 5) en un solo tiempo solo en pacientes jóvenes y sin comorbilidades significativas, con el fin de evitar reintervenciones y prolongación de la estancia hospitalaria. El abordaje en dos tiempos puede diferir entre 4 a 6 semanas después del primer procedimiento. La recurrencia del íleo biliar ocurre en 2–5% de los casos; sin embargo, esta cifra puede elevarse hasta 8% si no se realiza una segunda cirugía tras una enterolitotomía simple dentro de los primeros seis meses. El 50% de las recurrencias ocurre en los primeros 30 días postquirúrgicos. Por lo tanto, este último enfoque se reserva principalmente para pacientes con riesgo quirúrgico elevado^{4,5}.

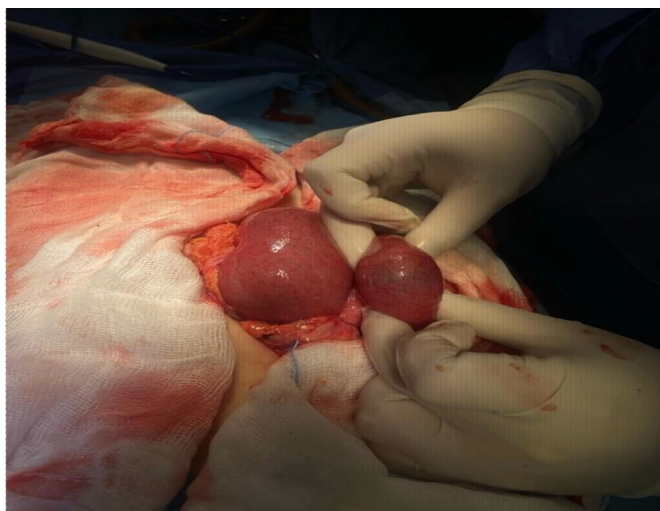


FIGURA 4. IDENTIFICACIÓN DE LITO BILIAR PREVIO A ENTEROLITOTOMÍA EN UN ASA DE ÍLEON.

En el caso de nuestra paciente, transcurrieron seis días desde su primera atención en urgencias (donde fue egresada con diagnóstico de gastroenteritis) hasta su reevaluación y diagnóstico definitivo, lo que evidencia la dificultad para integrar oportunamente este cuadro clínico. Se optó por una enterolitotomía única para evitar una intervención prolongada, dado el perfil clínico de la paciente. Su presentación fue acorde con lo reportado en la literatura: mujer mayor de 65 años, el grupo más afectado por esta entidad. El diagnóstico fue confirmado por tomografía computarizada, aun sin sospecha inicial de íleo biliar, destacando la utilidad de este estudio en casos con sintomatología persistente y poco específica.

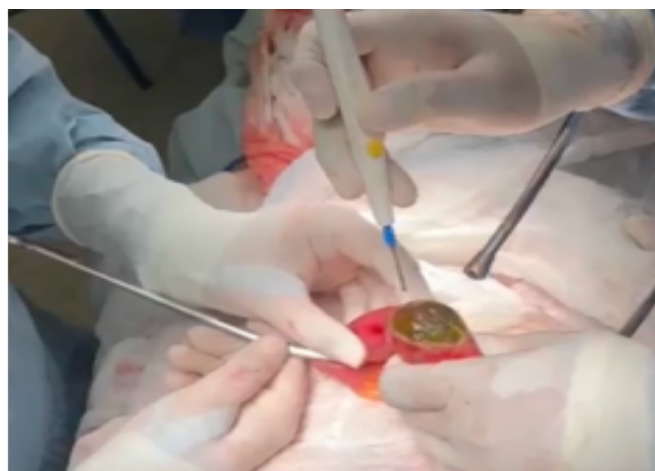


FIGURA 5. ENTEROLITOTOMÍA.

CONCLUSIÓN

Aunque es poco frecuente, el íleo biliar se debe considerar como diagnóstico diferencial en adultos mayores con clínica de obstrucción intestinal, en especial, si tiene antecedentes de colelitiasis. Al ser de una presentación clínica inespecífica, puede llevar a diagnósticos erróneos en un inicio. La persistencia de los síntomas y la ausencia de respuesta al tratamiento no quirúrgico ameritan una nueva evaluación diagnóstica. La tomografía computarizada sigue siendo el estudio de imagen de elección. Un diagnóstico temprano permite una intervención quirúrgica oportuna y mejora el pronóstico. Es de suma importancia una valoración adecuada, evitando subestimar los síntomas abdominales del adulto mayor y que siempre sospechar en pacientes con antecedentes biliares. Nuestro caso recuerda la importancia de una valoración adecuada, evitando subestimar los síntomas abdominales del adulto mayor y que se debe sospechar en estos casos con antecedentes biliares.

REFERENCIAS

1. Ramírez-Nava José Roberto, Rentería-Palomo Enrique, Delano-Alonso Roberto, Valenzuela-Salazar Carlos. Oclusión intestinal por íleo biliar, tratamiento quirúrgico. Rev. Fac. Med. (Méx.). 2019 Jun; 62(3): 32-37.
2. Martín-Pérez et al. El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico. Cir Esp. 2013 Sept; 91 (8): 485-489.
3. Blaz Zavala RA et al. One-step approach by enterolithotomy as surgical treatment of biliary ileus associated with bridge: case report and literature review. Int Surg J. 2024 Mayo; 11(5): 797-800.
4. Nuño-Guzman et al. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. World J Gastrointest Surg. 2016 Ene. 8(1): 65-67.
5. Rao et al. Comparing outcomes of operative management of intestinal obstruction due to gallstone ileus using NSQIP database. Surg Pract Sci. 2023 Jul 17;14:100203. doi: 10.1016/j.sipas.2023.100203. PMID: 39845867; PMCID: PMC11750028.

Trastorno del espectro neuromielitis óptica (enfermedad de Devic) en paciente joven.

Castillo García Vanessa Janet¹, Saldierna Pérez Wendy Yomara², Carrillo Garza Josué Yahir³

Fecha de recepción: 22-09-2025

Fecha de aceptación: 08-12-2025

RESUMEN

Antecedentes

La neuromielitis óptica es un trastorno autoinmune, inflamatorio y desmielinizante, que afecta al nervio óptico y la médula espinal. Es una enfermedad incurable, con una prevalencia de 1-2/100.000 habitantes, más común en mujeres de entre 30 y 40 años. La aparición de la inhibición de C5 como estrategia terapéutica representó un avance crucial en el manejo de esta enfermedad. Se muestra reporte de caso de neuromielitis óptica que llevo a la realización de punción lumbar con resultado de anticuerpos AQP4 positivos, en manejo con "Ravulizumab", un anticuerpo monoclonal.

Caso clínico

Paciente femenino de 28 años quien inicia el 3 de noviembre de 2023 con parestesias en extremidades inferiores, por lo que acude a valoración, realizándose resonancia magnética con la que se otorga diagnóstico de mielitis transversa, se inicia manejo, presentando ligera mejoría. Posteriormente presenta disminución de la agudeza visual en ojo derecho, realizándose punción lumbar con análisis de LCR, con un resultado de aquaporina 4 positivo, se envía a tercer nivel donde se hace diagnóstico de "Enfermedad de Devic", se inicia protocolo para administración de "Ravulizumab", sin ningún efecto adverso referido por la paciente. Actualmente continua en revisión y seguimiento por parte del servicio de neurología.

Conclusiones

La neuromielitis óptica es una enfermedad del sistema nervioso central, la cual puede verse asociada a enfermedades autoinmunes, vacunaciones e infecciones virales, pudiendo provocar pérdida de agudeza visual y pérdida de la sensibilidad, por lo que la realización de estudios de imagen y de procedimientos como la punción lumbar es de gran importancia para su diagnóstico, en pacientes con anticuerpos AQP4 positivos el Ravulizumab ha tenido gran impacto al reducir el número de recaídas, llegando a mejorar el pronóstico de la enfermedad y la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Mielitis, neuritis óptica, ravulizumab, complemento C5, anti-AQP4, NMO-IgG

ABSTRACT

Resume

Neuromyelitis optica is an autoimmune, inflammatory, and demyelinating disorder that affects the optic nerve and spinal cord. It is an incurable disease with a prevalence of 1-2 per 100,000 inhabitants, more common in women between 30 and 40 years of age. The emergence of C5 inhibition as a therapeutic strategy represented a crucial advance in the management of this disease. A case report is presented of neuromyelitis optica that led to lumbar puncture with positive AQP4 antibodies, treated with ravulizumab, a monoclonal antibody.

Case report

A 28-year-old female patient presented on November 3, 2023, with paresthesia in her lower extremities. She sought medical evaluation, and a magnetic resonance imaging (MRI) scan was performed, leading to a diagnosis of transverse myelitis. Treatment was initiated, and she experienced slight improvement. Subsequently, she developed decreased visual acuity in her right eye. A lumbar puncture with cerebrospinal fluid (CSF) analysis was performed, which yielded a positive aquaporin 4 result. She was referred to a tertiary care center where she was diagnosed with Devic's disease. The protocol for administering ravulizumab was initiated, with no adverse effects reported by the patient. She is currently under review and follow-up by the neurology service.

Conclusions

Neuromyelitis optica is a disease of the central nervous system, which can be associated with autoimmune diseases, vaccinations, and viral infections, and can cause loss of visual acuity and loss of sensation. Therefore, imaging studies and procedures such as lumbar puncture are of great importance for its diagnosis. In patients with positive AQP4 antibodies, Ravulizumab has had a great impact by reducing the number of relapses, improving the prognosis of the disease and the quality of life.

KEYWORDS

Myelitis, optic neuritis, ravulizumab, complement C5, anti-AQP4, NMO-IgG

¹ ORCID:0009-0005-5341-7779

² ORCID: 0009-0009-3107-2473

³ ORCID: 0009-0006-7311-4166

INTRODUCCIÓN

El trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (TENMO) es una enfermedad autoinmune, inflamatoria y desmielinizante del sistema nervioso central, que afecta principalmente al nervio óptico y la médula espinal¹.

La neuromielitis óptica (NMO) o Enfermedad de Devic fue descrita en 1984 por el médico francés Eugène Devic mientras evaluaba a un paciente con neuritis óptica con manifestaciones neuromusculares acompañantes. Aunque inicialmente se consideró que podría corresponder a una variante de esclerosis múltiple (EM), actualmente se acepta que es una entidad totalmente diferente (tabla 2)^{2,14}. A esta diferenciación ha contribuido el descubrimiento en 2004 de los anticuerpos antiacuaporina-4 (anti-AQP4 o NMO-IgG), muy sensibles y específicos, presentes en el 70 % de los pacientes con NMO, y que se encuentran en una minoría de quienes padecen EM. La diferencia fisiopatológica de la NMO es que el ataque no es mediado por células T, sino por células B³.

	Esclerosis múltiple	Neuromielitis óptica
Definición	• Signos y síntomas del SNC que involucra sustancia blanca • Evidencia de diseminación en espacio y tiempo, clínicamente y en RM cerebral	• Mielitis transversa y neuritis óptica • Al menos dos de las siguientes: ◦ RM cerebral no diagnóstica de EM ◦ Lesiones espinales que se extienden en tres o más segmentos vertebrales ◦ Serología positiva para NMO-IgG
Comienzo y curso clínico	• 85 % recaída-remisión • 15 % primaria progresiva • No monofásica	• Inicio siempre con recaída • 80-90 % cursan con recaída • 10-20 % curso monofásico
Edad media de inicio	• 29 años	• 39 años
Sexo (mujer: varón)	• 2:1	• 9:1
Curso secundario progresivo	• Común	• Raro
RM cerebral	• Lesiones periventriculares en sustancia blanca	• Usualmente normal o lesiones en sustancia blanca no especificadas (10 % lesiones en hipotálamo, cuerpo calloso, periventriculares y tallo cerebral)
RM médula espinal	• Lesiones periféricas de corto segmento	• Lesiones centrales longitudinales extensas en más de tres segmentos vertebrales
LCR	• Moderada pleocitosis • Células mononucleares	• Ocasional pleocitosis prominente • Células polimorfonucleares y mononucleares
Banda oligoclonales en LCR	• 85 %	• 15-30 %

TABLA 2: DIFERENCIA ENTRE ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y NEUROMIELITIS ÓPTICA

La NMO tiene una distribución mundial y una prevalencia estimada de 1-2/100.000 habitantes. Es más común en mujeres (80%) y pacientes jóvenes, de entre 30 y 40 años. Se ha visto asociado a diversas enfermedades autoinmunes y en el 20-30% después de un desencadenante ambiental, como una vacunación e infección viral^{4,5}.

Puede presentarse en forma monofásica (30%) o en brotes (70%). En la forma monofásica los pacientes experimentan prácticamente de forma simultánea una neuritis óptica unilateral o bilateral y un episodio de mielitis transversa, sin que sea habitual la presencia de recaídas posteriores; esta forma de presentación es más

frecuente en pacientes jóvenes. Sin embargo, en los pacientes con un curso en brotes, lo más común es que la presentación de ambos episodios (neuritis óptica y mielitis transversa) sea secuencial y no simultánea, con un intervalo de presentación entre ambos eventos de años o décadas, siendo más frecuente en mujeres de mediana edad⁶.

La patogénesis del TENMO implica la activación de la cascada del complemento mediante la unión de anticuerpos anti-acuaporina 4 a los canales de agua de los astrocitos⁷. Esto provoca la escisión del componente terminal 5 del complemento (C5) en C5a, una potente anafilatoxina proinflamatoria, y C5b, un coordinador crucial de la formación del complejo de ataque a la membrana. En pacientes con TENMO AQP4+, estos componentes activos son responsables de la inflamación y la destrucción de los astrocitos^{8,9}.

El cuadro clínico típico es la presencia de dolor ocular, más frecuentemente unilateral, con pérdida de agudeza visual que precede al episodio de mielitis con cuadriparesia o paraparesia, pérdida de la sensibilidad por debajo de la lesión y disfunción vesical. El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos y de imagen, propuestos en 1999 por la Clínica Mayo y que fueron actualizados en 2006 tras el descubrimiento de los anticuerpos anti-AQP4 (tabla 1), con una sensibilidad del 99% y una especificidad del 90%¹⁰.

La NMO continúa siendo una enfermedad incurable. El objetivo del tratamiento es el control de los síntomas agudos, la prevención médica de las complicaciones y la rehabilitación⁸.

Criterios absolutos
• Neuritis óptica • Mielitis aguda
Criterios de apoyo o suplementarios
• RM cerebral que no cumple criterios para esclerosis múltiple • RM medular con una lesión que se extiende tres o más segmentos medulares • Seropositividad para anti-AQP4 (NMO-IgG)

TABLA 1: CRITERIOS DE NEUROMIELITIS ÓPTICA

El tratamiento de la fase aguda puede iniciarse con esteroides intravenosos (metilprednisolona 1 g/día 3-5 días), seguido de pauta descendente de prednisona oral. La plasmaféresis intravenosa debe considerarse en pacientes con mala respuesta al tratamiento inicial con corticoesteroides, o en aquellos que presentan un importante deterioro con pérdida visual aguda grave o mielitis cervical severa con riesgo de depresión respiratoria de origen neurogénico².

Para prevenir nuevos episodios de NMO los tratamientos se basan en inmunosupresores, cuyo uso se recomienda incluso antes del diagnóstico definitivo, tras haber presentado un primer ataque de neuritis óptica o mielitis aisladas, en pacientes con seropositividad para anti-AQP⁸.

La aparición de la inhibición de C5 como estrategia terapéutica representó un avance crucial en el manejo de esta enfermedad. El Ravulizumab es un anticuerpo monoclonal que actúa como inhibidor del factor del complemento C5, una proteína clave en la cascada del complemento, parte del sistema inmunitario que juega un papel central en el daño nervioso en el TENMO¹¹. Este anticuerpo monoclonal se creó mediante la sustitución de cuatro aminoácidos en el marco de eculizumab en la región de unión complementaria y la región cristizable del fragmento neonatal (FcRn). Estos cambios aumentan la vida media de ravulizumab en comparación con eculizumab, lo que prolonga la duración de la inhibición de C5 y permite un intervalo de dosificación más largo (por vía intravenosa, una vez cada 8 semanas), en comparación con una vez cada 2 semanas para eculizumab (26 dosis al año). Como inhibidor de C5, ravulizumab puede aumentar el riesgo de infecciones meningocócicas, por esta razón, se requiere que los pacientes reciban la vacuna meningocócica (preferiblemente al menos 2 semanas antes de comenzar el tratamiento). Los pacientes tratados con ravulizumab tendieron a mantener estable su nivel de discapacidad a lo largo del tiempo, medido por el Índice Ambulatorio de Hauser (HA) y la Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS)¹².

En muchos casos, el pronóstico de la enfermedad puede ser malo. Las recaídas ocurren frecuentemente dentro de los primeros años tras el inicio de la enfermedad. El ravulizumab ha sido aprobado por organismos reguladores como la FDA en Estados Unidos y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) para el tratamiento del TENMO, en México existen muy pocos casos, sin embargo, se han realizado estudios donde se concluyen que el Ravulizumab ha mejorado el pronóstico de los pacientes con anticuerpos AQP4 positivos al reducir recaídas, manteniendo una reducción relativa del 98,9 % en comparación con otros medicamentos^{13,15}.

Es importante recalcar que el diagnóstico y tratamiento temprano de esta patología es vital para prevenir daños graves en el paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 28 años de edad sin antecedentes personales patológicos de relevancia para su padecimiento, quien inicia el 3 de noviembre de 2023

con parestesias en extremidades inferiores, por lo que acude con neurólogo particular indicándole realización de resonancia magnética de columna cervical, lumbar y dorsal simple y contrastada (imagen 1) donde se muestra hiperintensidades en la mitad derecha del cordón medular, que se extiende desde el borde inferior de T4, T5 y borde superior de T6, lo cual representa zonas de mielomalasia y gliosis a este nivel, protrusión focal central y posterior de T7-T8 la cual contacta la porción ventral del cordón medular, alterando la intensidad de señal a este nivel, cambio que posiblemente refleja mielopatía, datos de deshidratación discal de L5-S1 y abombamiento del anillo fibroso. Se otorga diagnóstico de mielitis transversa y se piden laboratorios generales, así como anticuerpos (Torch, Hepatitis, Epstein barr, Lupus, Factor reumatoide) en busca de etiología, sin embargo estos salen negativos.

Se inicia manejo con análogo estructural del neurotransmisor inhibidor gaba, acompañado de vitaminas además de corticoesteroide, presentando ligera mejoría, sin embargo tres meses después los síntomas se intensifican provocando dificultad para la deambulación, por lo que acude nuevamente con médico particular quien solicita revaloración con estudio de imagen (imagen 2) con un hallazgo de persistencia de hiperintensidad por detrás de T5, T7-T8 y T10-T11, las cuales en comparación con el estudio anterior se observa de menor tamaño, con menor intensidad de señal, sin datos de mielomalasia. Posteriormente el 05.06.24 presenta disminución de la agudeza visual en ojo derecho, recibe valoración por oftalmología mencionando que la causa es debido al padecimiento ya diagnosticado y posiblemente sea necesario el ajuste de tratamiento, motivo por el cual agenda nuevamente cita con neurología quien indica internamiento para manejo con esteroideo intravenoso y realización de punción lumbar, no sin antes realizar por tercera vez resonancia magnética siendo en esta ocasión de encéfalo simple y contrastada en la cual no se evidencia alteraciones.

Se hizo toma de muestra de líquido cefalorraquídeo el cual se mandó analizar, con un resultado de ac. Anti neuromielitis óptica IgG (aquaporina 4) positivo y ac. Anti-MOG (glicoproteína de la mielina de oligodendrocitos) negativo, posterior a 3 días es dada de alta a domicilio, pero 1 mes después ingresa a esta unidad por empeoramiento de la clínica, con aumento en la frecuencia de los síntomas neurológicos, refiriendo dolor 10/10 en escala de EVA en miembros pélvicos que ocasionaban mayor dificultad para la deambulación, fue manejada con inmunoglobulina y esteroide IV, realizándose envío a tercer nivel al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, en donde se inició tratamiento con relajante muscular y anticonvulsivo, otorgándose diagnóstico de "Enferme-

dad de Devic", se inicia protocolo para administración de medicamento biológico con anticuerpo monoclonal "Ravulizumab", colocando previamente vacuna de meningococo para evitar efectos adversos del fármaco; recibiendo primera administración el día 30.10.24, con dosis de refuerzo el 27.11.24, posteriormente recibió dosis de forma ambulatoria, con un registro de siete dosis hasta el momento sin ningún efecto adverso referido por la paciente, al contrario menciona mejoría de su padecimiento, sin nuevos cuadros de recaídas, no obstante con secuelas visuales que conllevo requerimiento de uso de instrumento óptico para mejoría de la visión. Actualmente continua en revisión y seguimiento por parte del servicio de neurología.



IMAGEN 1: RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL, LUMBAR Y DORSAL

DISCUSIÓN

La neuromielitis óptica (NMO) es una enfermedad inflamatoria poco frecuente que afecta preferentemente a los nervios ópticos y la médula espinal. Hasta hace poco el diagnóstico de NMO se basaba en la aplicación de los criterios clínicos de 1999 o 2006, que requerían antecedentes tanto de neuritis óptica (NO) como de mielitis transversa (MT). El descubrimiento del anticuerpo

acuaporina-4 (AQP4-IgG), altamente específico para la NMO, facilitó el reconocimiento de una gama más amplia de manifestaciones clínicas y de neuroimagen, descritas con el término trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (TENMO).



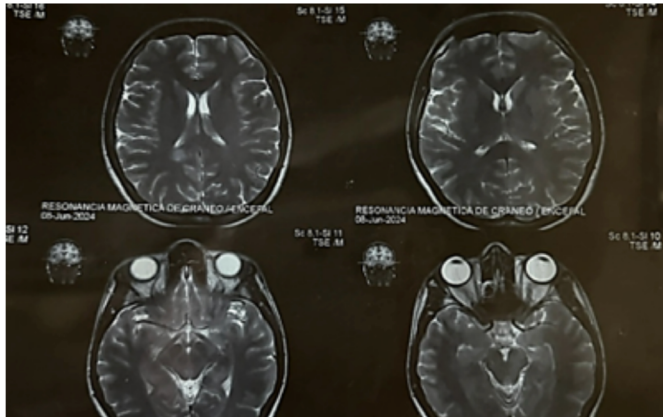
IMAGEN 2: RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA DORSAL

La mayoría de las personas que viven con neuromielitis óptica experimentan recaídas impredecibles, caracterizadas por una nueva aparición de síntomas neurológicos o el empeoramiento de los ya existentes, que tienden a ser graves y recurrentes. Sin embargo, el Ravulizumab ha demostrado beneficios en la prevención de recaídas, disminuyendo el daño neurológico y mejorando la calidad de vida del paciente. Por lo que la identificación temprana y el tratamiento adecuado son esenciales para mejorar el pronóstico y reducir la mortalidad.

CONCLUSIÓN

La neuromielitis óptica (NMO) o enfermedad de Devic es una enfermedad del sistema nervioso central, considerada anteriormente como una variante de esclerosis múltiple (EM), sin embargo, hallazgos recientes han ayudado a concluir que la NMO es una entidad que presenta importantes diferencias inmunopatológicas, clínicas, de pronóstico y de respuesta al tratamiento, en comparación con la EM. Aunque el diagnóstico diferencial pudiera ser en ocasiones difícil, la evolución clínica

y la medición del anticuerpo anti-AQP4 son claves para su diagnóstico. El Ravulizumab ha tenido gran impacto al reducir el número de recaídas, llegando a mejorar la evolución de la enfermedad.



**IMAGEN 3: RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO – EN-
CÉFALO**

Desde la atención primaria debemos conocer y descartar una posible NMO ante cualquier paciente que presente un episodio de neuritis óptica o mielitis transversa, ya sea de forma aislada o simultánea, derivando rápidamente al servicio correspondiente para estudio, diagnóstico e inicio precoz del tratamiento que evite sus graves complicaciones.

REFERENCIAS

1. Navarro-Bonnet J, Ayala-Armas R, Gutiérrez-Gutiérrez N, Solórzano-Meléndez A, Rodríguez-Tapia D, et al. Neuromielitis óptica: actualización clínica. *Rev Neurol*. 2010; 51 (5): 289-94.
2. Pinzón A, Echeverry T, Rodríguez AB. Neuromielitis óptica (enfermedad de Devic). *Acta Med Colomb*. 2010; 35 (1): 21-5.
3. Jarius S, Wildemann B, Paul F. Neuromyelitis optica: clinical features, immunopathogenesis and treatment. *Clin Exp Immunol*. 2014; 176 (2): 149-164.
4. Etemadifar M, Nasr Z, Khalili B, Taherioun M, Vosoughi R. Epidemiology of neuromyelitis optica in the world: a systematic review and meta-analysis. *Mult Scler Int*. 2015: 174720.
5. Pandit L, Asgari N, Apiwattanakul M, Palace J, Paul F, Leite MI, Kleiter I, Chitnis T., Consorcio Clínico Internacional y Biorepositorio GJCF para la Neuromielitis Óptica. Características demográficas y clínicas de la neuromielitis óptica: Una revisión. *Mult Scler*. Junio de 2015; 21 (7):845-53.
6. Huda S, Whittam D, Bhojak M, Chamberlain J, Noonan C, Jacob A. Trastornos del espectro de la neuromielitis óptica. *Clin Med (Londres)*. Marzo de 2019; 19 (2):169-176.
7. Duan T, Smith AJ, Verkman AS. Complement-dependent bystander injury to neurons in AQP4-IgG seropositive neuromyelitis optica. *J Neuroinflamm*. 2018;15(1):294.
8. Pittock SJ, Berthele A, Fujihara K, et al. “Eculizumab en el trastorno del espectro de neuromielitis óptica positiva para acuaporina-4”. *N Engl J Med* 2019; 381: 614 – 625
9. Thomas TC, Rollins SA, Rother RP, et al. Inhibición de la actividad del complemento por anticuerpo anti-C5 humanizado y Fv monocatenario. *Mol Immunol* 1996; 33: 1389 – 1401
10. Wingerchuk DM, Banwell B, Bennett JL, Cabre P, Carroll W, Chitnis T, de Seze J, Fujihara K, Greenberg B, Jacob A, Jarius S, Lana-Peixoto M, Levy M, Simon JH, Tenenbaum S, Traboulsee AL, Waters P, Wellik KE, Weinshenker BG., Panel Internacional para el Diagnóstico de la NMO. Criterios diagnósticos de consenso internacional para los trastornos del espectro de la neuromielitis óptica. *Neurología*. 14 de julio de 2015; 85 (2):177-89.
11. Pittock SJ, Barnett M, Bennett JL, Berthele A, de Seze J, Levy M, et al. Ravulizumab in aquaporin-4-positive neuromyelitis optica spectrum disorder. *Ann Neurol*. (2023) 93:1053–68. doi: 10.1002/ana.26626
12. ULTOMIRIS (ravulizumab-cwvz) approved in the US for the treatment of adults with neuromyelitis optica spectrum disorder (NMOSD) [Internet]. 2024. <https://www.astrazeneca-us.com/media/press-releases/2024/ultomiris-approved-in-the-us-for-the-treatment-of-adults-with-neuromyelitis-optica-spectrum-disorder.html>
13. Pittock SJ, Zekeridou A, Weinshenker BG. Hope for patients with neuromyelitis optica spectrum disorders - from mechanisms to trials. *Nat Rev Neurol*. (2021) 17:759–73. doi: 10.1038/s41582-021-00568-8
14. Dutra BG, da Rocha AJ, Nunes RH, Maia ACM. Trastornos del espectro de la neuromielitis óptica: espectro de hallazgos en la resonancia magnética y su diagnóstico diferencial. *Radiographics*. 2018; 38 (1):169-193.
15. Singh N, Bhatia R. Clinical features, gender differences, disease course, and outcome in neuromyelitis optica spectrum disorder. *Ann indian acad Neurol*. 2021;24(2): 186-191. Doi: 10.4103/aian.AIAN_334_20

Miocarditis fulminante secundaria a dengue grave, reporte de caso

Saldierna Pérez Wendy Yomara¹, Castillo García Vanessa Janet²,
Fong Echazarreta José Daniel³, Salvador García Juan Eduardo⁴

Fecha de recepción: 22-09-2025

Fecha de aceptación: 08-12-2025

RESUMEN

Antecedentes

El dengue es una enfermedad viral causada por el virus DENV, miembro de la familia Flaviviridae, transmitido por mosquitos del género Aedes, el cual se presenta con un espectro clínico amplio que varía desde formas asintomáticas hasta cuadros graves con disfunción orgánica. La miocarditis fulminante es una complicación infrecuente pero letal, caracterizada por inflamación miocárdica severa, edema y necrosis que precipitan rápidamente a falla cardíaca aguda y choque cardiogénico, elevando drásticamente la mortalidad.

Caso clínico

Paciente femenina de 43 años con diagnóstico confirmado de dengue (NS1 positivo) quien inicialmente cursa con fiebre y síntomas gastrointestinales, evolucionando tópidamente a las 72 horas con dolor torácico opresivo, disnea y deterioro hemodinámico súbito. Los estudios evidenciaron elevación de enzimas cardíacas y el ecocardiograma reveló hipocinesia global severa con fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 30%, confirmando miocarditis fulminante. A pesar de la implementación de manejo avanzado en la unidad de cuidados intensivos y soporte vasopresor, la paciente evolucionó hacia un estado de choque cardiogénico refractario y disfunción orgánica múltiple, culminando en su fallecimiento a los 11 días del ingreso.

Conclusiones

Comprender las características clínicas y la evolución del dengue es fundamental. Si bien la infección primaria por dengue suele ser asintomática o causar una enfermedad leve, la infección grave o secundaria puede provocar disfunción hemostática y fallo multiorgánico.

PALABRAS CLAVES

Dengue, miocarditis, falla multiorgánica, choque cardiogénico.

ABSTRACT

Resume

Dengue is a viral disease caused by the DENV virus, a member of the Flaviviridae family, transmitted by Aedes genus mosquitoes, which presents a broad clinical spectrum ranging from asymptomatic forms to severe cases with organ dysfunction. Fulminant myocarditis is an infrequent but lethal complication, characterized by severe myocardial inflammation, edema, and necrosis that rapidly precipitate acute heart failure and cardiogenic shock, drastically increasing mortality.

Case report

The case of a 43 year old female patient with a confirmed diagnosis of dengue (NS1 positive) is presented. She initially exhibited fever and gastrointestinal symptoms, showing rapid clinical deterioration 72 hours later with oppressive chest pain, dyspnea, and sudden hemodynamic compromise. Diagnostic studies evidenced elevated cardiac enzymes, and the echocardiogram revealed severe global hypokinesia with a left ventricular ejection fraction of 30%, confirming fulminant myocarditis. Despite the implementation of advanced management in the intensive care unit and vasopressor support, the patient progressed to a state of refractory cardiogenic shock and multiple organ dysfunction, culminating in death 11 days after admission.

Conclusions

Understanding the clinical features and progression of dengue is fundamental. While primary dengue infection is often asymptomatic or causes mild disease, severe or secondary infection can lead to hemostatic dysfunction and multiple organ failure.

KEYWORDS

Dengue, myocarditis, multiple organ failure, cardiogenic shock.

¹ ORCID: 0009-0009-3107-2473

² ORCID: 0009-0005-5341-7779

³ ORCID: 0009-0006-1049-4122

⁴ ORCID: 0009-0002-7631-2281

INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad transmitida por mosquitos, altamente endémica en regiones tropicales y subtropicales, cuya creciente prevalencia pone en riesgo a casi la mitad de la población mundial (1). El virus del dengue (DENV), un miembro de la familia Flaviviridae, transmitido por mosquitos *Aedes*, es la causa de la fiebre del dengue. Se reporta en más de 100 países, con 400 millones de casos y 22.000 muertes anuales en todo el mundo. El DENV es un virus de ARN monocatenario positivo con cuatro serotipos (DENV-1 a DENV-4) diferenciados antigénicamente entre sí ².

Aunque cada serotipo del virus del dengue proporciona inmunidad duradera contra el mismo serotipo mediante la producción de anticuerpos neutralizantes del virus, la protección contra otros serotipos es parcial o de corta duración. Los anticuerpos de reacción cruzada pueden acelerar la entrada del DENV en las células huésped durante la infección secundaria, lo que contribuye a la potenciación dependiente de anticuerpos (ADE) ². La compleja interacción entre el virus, los genes del huésped y las respuestas inmunitarias afecta significativamente la patogenicidad de la enfermedad ³. La gravedad de la infección por dengue depende de la hiperactivación de las células T helper 2 (Th2), lo que provoca una producción desproporcionada de citocinas, esto provoca la producción de radicales libres, lo que puede incrementar la permeabilidad plasmática y provocar una fuga plasmática grave ^{2,3}.

El virus del dengue puede dañar directamente el músculo cardíaco y desencadenar una respuesta inflamatoria masiva. Se han detectado antígenos del virus en los miocitos cardíacos y células endoteliales, indicando replicación viral intracelular. El daño miocárdico se atribuye tanto a la invasión viral directa del corazón como a una respuesta inmune exagerada con liberación de citoquinas proinflamatorias. Estas citoquinas y sustancias vasoactivas aumentan la permeabilidad vascular, provocando edema miocárdico y reduciendo la precarga efectiva. En conjunto, estos mecanismos pueden evolucionar hacia una miocarditis aguda grave o fulminante ^{5,6}.

El diagnóstico de miocarditis en el contexto de dengue grave requiere alta sospecha clínica. Debe considerarse en pacientes con dengue que presentan síntomas o signos de compromiso cardíaco (dolor torácico, taquicardia y biomarcadores cardíacos, casi todos los pacientes con miocarditis por dengue muestran elevación de troponina y a menudo aumento de CK-MB. En electrocardiografía son frecuentes los cambios inespecíficos (alteraciones del segmento ST, arritmias) y en ecocardiografía se observa disfunción ventricular (reducción de la fracción de

eyección o movimientos segmentarios anormales) o derrame pericárdico. Aunque la biopsia endomiocárdica es el estándar de oro, en la práctica el diagnóstico es clínico, antecedente de historia de dengue + hallazgos en laboratorio (troponina, BNP), así como estudios de imagen ⁴.

Los criterios de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico no invasivo de miocarditis comprenden:

1. Hallazgos recientes anormales en ECG/Holter/Prueba de esfuerzo
2. Elevación de Troponina cardíaca (cTn)
3. Nueva anomalía estructural/funcional (ventrículo izquierdo/derecho) sin etiología alternativa (Ecocardiografía/RMC/Ventriculografía).
4. Nueva caracterización de tejido anormal en Resonancia Magnética Cardíaca (RMC) sugestiva de proceso inflamatorio.

Actualmente, no se dispone de una base de datos robusta para orientar el tratamiento en la miocarditis. Por lo tanto, el enfoque terapéutico se centra en una estrategia pragmática que considera la presentación clínica y la estadificación de la enfermedad, de forma similar al manejo de la insuficiencia cardíaca ⁷.

El objetivo terapéutico se centra en abordar los síntomas principales, que típicamente son el dolor torácico (de naturaleza pericárdica), la insuficiencia cardíaca (IC) o las arritmias.

Cuando el síntoma cardinal es el dolor torácico de características pericárdicas (típicamente agudo, pleurítico, que se irradia al hombro o cuello, y que mejora al sentarse e inclinarse hacia adelante), el tratamiento se enfoca en el alivio sintomático y la reducción de la inflamación:

- Antiinflamatorios no esteroideos y colchicina son la base del tratamiento en ausencia de disfunción sistólica. Los AINEs (como el ibuprofeno o la aspirina) se utilizan para mitigar el dolor y la inflamación. La colchicina se añade por su efecto antiinflamatorio y para reducir la tasa de recurrencia. Es imperativo evitar rigurosamente el uso de AINEs en pacientes que ya presentan cualquier síntoma o signo de insuficiencia cardíaca o disfunción sistólica ventricular izquierda. El riesgo de empeoramiento hemodinámico y de daño renal es significativo en este contexto.

La presencia de disfunción sistólica y/o síntomas de IC (disnea, fatiga, edema, ortopnea) requiere una estrategia de manejo más agresiva, alineada con las guías de práctica clínica. Se debe iniciar de manera escalonada la terapia fundamental (si es tolerada) para la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFER). Los pilares incluyen:

- Betabloqueantes: Deben iniciarse cuidadosamente a dosis bajas una vez que el paciente se ha estabilizado hemodinámicamente y no presenta signos de bajo gasto o choque.
- Inhibidores del Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA) como Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECAs), Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II (ARA-II) e Inhibidores de la Neprilisina y del Receptor de Angiotensina (ARNI)
- Inhibidores del Cotransportador Sodio-Glucosa Tipo 2 (iSGLT2): Fármacos como la dapagliflozina o la empagliflozina, que han demostrado un beneficio significativo en la reducción de hospitalizaciones y mortalidad por IC.
- Antagonistas de los Receptores de Mineralocorticoides (ARM): Como la espironolactona o la eplerenona, que se indican en pacientes con síntomas persistentes o elevación de péptidos natriuréticos.
- Diuréticos: Se utilizan según necesidad para el manejo de la sobrecarga de volumen y la congestión pulmonar o sistémica.

El manejo de las arritmias (taquicardias ventriculares, fibrilación auricular, bloqueos AV) dependerá del tipo, la estabilidad hemodinámica del paciente y la fase de la miocarditis. Las taquiarritmias potencialmente mortales pueden requerir desfibrilación/cardioversión, y los bloqueos cardíacos avanzados pueden necesitar la colocación de un marcapasos temporal.

La terapia inmunosupresora no es un tratamiento estándar para todos los casos de miocarditis y su uso debe ser altamente selectivo debido a sus riesgos. Generalmente se requiere la confirmación de una etiología específica mediante biopsia endomiocárdica (BEM) para justificar su inicio ⁸.

La evidencia clínica respalda su uso en subtipos de miocarditis con un componente inflamatorio o autoinmune predominante:

- Miocarditis de células gigantes (MCG): Una forma rara y fulminante que requiere tratamiento inmunosupresor agresivo y temprano (generalmente una combinación de corticosteroides y otros agentes).
- Miocarditis eosinofílica (ME): A menudo asociada a hipersensibilidad o trastornos sistémicos, y que responde bien a los corticosteroides.
- Sarcoidosis cardíaca: Una manifestación de la sarcoidosis que puede requerir corticosteroides y otros inmunosupresores para controlar la inflamación y prevenir arritmias o IC progresiva.
- Miocarditis asociada al uso de inhibidores de Puntos de Control Inmunitario (Checkpoint Inhibitors): Una toxicidad grave de las terapias oncológicas modernas que requiere la administración urgente de corticosteroides en dosis altas.

La miocarditis fulminante por dengue es una emergencia médica con una mortalidad muy alta. La clave del manejo reside en la sospecha clínica temprana en cualquier paciente con dengue grave y deterioro hemodinámico, la confirmación ecocardiográfica rápida, y la implementación inmediata de soporte hemodinámico avanzado, incluyendo la consideración temprana de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) ⁹.

CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años con antecedentes de esófago de Barrett, enfermedad por reflujo gastroesofágico severo de 6 años de evolución en tratamiento con pantoprazol, cinitaprida, gel aluminio y magnesio y sucralfato en seguimiento por consulta externa de gastroenterología, con antecedente ginecoobstétrico de miomatosis uterina, y cardiovasculares de tabaquismo activo intenso. Inicia su padecimiento el 10 de febrero al presentar alzas térmicas no cuantificadas, artralgias, mialgias, náuseas y emesis de contenido gástrico en 6 ocasiones, acude al servicio de urgencias donde se indica tratamiento sintomático y es dada de alta a su domicilio. Sin embargo, dos días después presenta evacuaciones diarreicas en 10 ocasiones, no relacionado a alimentos, por lo que nuevamente ingresa al servicio de urgencias en donde se le realizan paraclínicos con resultado de NS1 positivo a dengue, AC anti dengue positivo e IgM negativo.

Siendo egresada con manejo médico sintomático. Evoluciona presentando dolor torácico opresivo 10/10 en escala de EVA, sin irradiaciones, acompañado de disnea y diaforesis, el cual incrementa a la realización de esfuerzo físico, se toman enzimas cardíacas donde

se aprecia elevación de las mismas (Tabla 1). Con un primer electrocardiograma sin anomalías, considerado como normal (figura 2), con progresión electrocardiográfica que documenta objetivamente el daño miocárdico agudo, caracterizado por taquicardia compensatoria, microvoltaje por edema/efusión y un patrón de pérdida de fuerzas vectoriales anteriores, hallazgos sugerentes de miocarditis en fase de choque cardiogénico (figura 3).

14.02.25	LDH 348 CK 119 CKMB 11 TROPONINA I 29.4
15.02.25	LDH 335 CK 27 CKMB 17 TROPONINA I 310.1
16.02.25 AM	AST/TGO 198 LDH 428 CK 1017 CKMB 43 TROPONINA I 2955.5
16.02.25 PM	AST/TGO 240, LDH 561, CK 2164, CKMB 48, TROPONINA I 4047.3
20.02.25	AST/TGO 20345, LDH 35443, CK 3047, CKMB 83, TROPONINA I 60112.46, DÍMERO D 6491

TABLA 1: CURVA ENZIMÁTICA

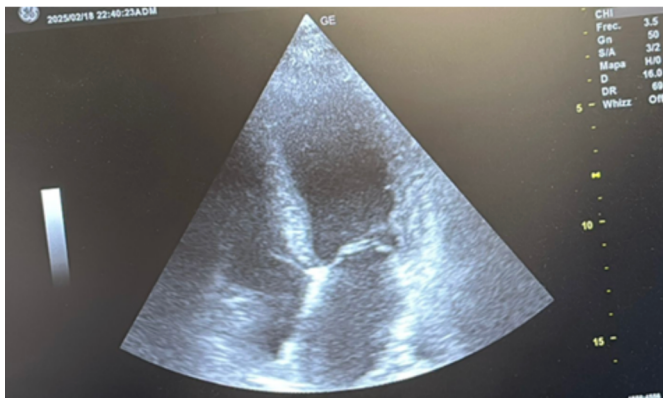


FIGURA 1: CRITERIOS DE NEUROMIELITIS PROYECCIÓN APICAL DE 4 CÁMARAS DE ECOCARDIOSCOPIA REALIZADA EN CAMA DEL PACIENTE DONDE SE OBSERVA TRASTORNO GLOBAL DEL ENGROSAMIENTO SISTÓLICO PARIETAL CARACTERIZADO POR HIPOCINESIA SEVERA, CON DISFUNCIÓN BIVENTRICULAR POR FRACCIÓN DE EXPULSIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO ESTIMADA POR MÉTODO DE SIMPSON BIPLANO ESTIMADA EN 30% Y TAPSE DISMINUIDO.

Durante su hospitalización evolucionó de forma desfavorable, con cifras de tensión arterial con tendencia a la hipotensión, requiriendo el uso de aminos vasopresoras, y manejo por terapia intensiva por choque cardiogénico. Además en la valoración por servicio de cardiología, se realizó ecocardiograma con hallazgo de ventrículo izquierdo no dilatado, no hipertrófico, con dimensiones, espesores y masa normales para su área de superficie corporal, hipocinesia global, sin trastornos segmentarios del engrosamiento, fracción de expulsión 29%, ventrículo derecho de dimensión normal, no dilatado, hipocinético, con índices ecocardiográficos de función sistólica dis-

minuidos (Figura 1). Recibió seguimiento por parte del servicio de infectología quien indica requerimiento de envío a tercer nivel ante datos de miocarditis fulminante secundaria a dengue. Sin embargo, a pesar del manejo y estrategias realizadas para lograr su mejoría, el día 21 de febrero se registra su fallecimiento posterior a realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar con diagnóstico de disfunción orgánica múltiple.

DISCUSIÓN

La miocarditis y la pericarditis son enfermedades inflamatorias del corazón. Recientemente, se ha observado una evolución en la definición, las estrategias de diagnóstico, el pronóstico y la identificación de las causas de la miocarditis.

El abordaje inicial requiere el reconocimiento clínico. Si bien puede cursar de forma asintomática o con sintomatología inespecífica, su presentación clásica incluye dolor torácico, arritmias o insuficiencia cardíaca/shock. La sospecha clínica se incrementa ante antecedentes de infección viral previa, episodios previos de miocarditis o enfermedad autoinmune, antecedentes familiares de miocardiopatía o muerte súbita, o exposición a cardiotoxinas ⁷.

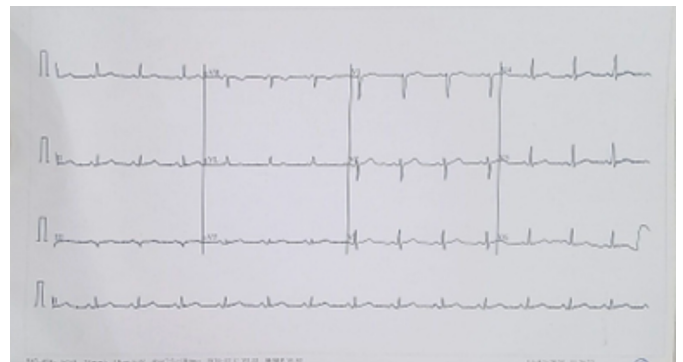


FIGURA 2: ELECTROCARDIOGRAMA 14 DE FEBRERO 2025: RITMO SINUSAL, FC 83 LPM, P 93 MS, PR 120 MS, QRS 85 MS, EJE CARDÍACO CONSERVADO +20, QT CORREGIDO POR HODGES 431 MS (NORMAL), SIN DATOS DE HIPERTROFIA VENTRICULAR DERECHA (CABRERA 0.18), SOKOLOW LYON 26 MM (NEGATIVO PARA HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA), SIN DATOS DE HIPERTROFIA VENTRICULAR DERECHA (CABRERA 0.18), SOKOLOW LYON 26 MM (NEGATIVO PARA HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA), SIN DATOS DE ISQUEMIA, LESIÓN O NECROSIS.

El electrocardiograma (ECG) es una herramienta diagnóstica fundamental, pero su utilidad para la detección de miocarditis posee una sensibilidad inherentemente

limitada, reportada en torno al 47%. Con frecuencia, los hallazgos observados son inespecíficos, manifestándose como taquicardia sinusal, o alteraciones leves del segmento ST y la onda T. Por consiguiente, un resultado del ECG que se presente como completamente normal o que muestre únicamente cambios menores, no tiene la capacidad de descartar de manera confiable la presencia de miocarditis ⁹.

A pesar de estas limitaciones, el ECG desempeña un papel crucial en la estratificación del riesgo. La identificación de ciertas anomalías más significativas se correlaciona directamente con un pronóstico menos favorable y un mayor riesgo de disfunción ventricular izquierda. Entre estas anomalías de peor pronóstico se incluyen:

1. Ondas Q patológicas: Indicativas de daño miocárdico transmural.
2. Bloqueo de rama izquierda (BRI) de nueva aparición: Sugiere una extensa afectación del sistema de conducción o del miocardio.
3. Complejo QRS ancho: Reflejando un retraso en la conducción intraventricular.
4. Intervalo QT prolongado: Asociado con un riesgo incrementado de arritmias ventriculares malignas.
5. Bloqueo auriculoventricular (AV) de alto grado: Incluyendo bloqueo de segundo grado tipo Mobitz II o bloqueo AV completo, lo que señala una afectación severa del sistema de conducción.
6. Taquiarritmias malignas: Como la taquicardia ventricular o la fibrilación ventricular.

La detección de una afectación predominante del sistema de conducción, como un bloqueo AV de alto grado sin otra explicación clara, también puede servir como una pista diagnóstica que sugiera etiologías específicas de miocarditis, incluyendo pero no limitándose a la sarcoidosis cardíaca o la enfermedad de Lyme ¹⁰.

La ecocardiografía transtorácica constituye una herramienta de cribado disponible para la evaluación de la disfunción del ventrículo izquierdo (VI) ante la sospecha de miocarditis; sin embargo, su sensibilidad resulta insuficiente para descartar el diagnóstico. Los hallazgos ecocardiográficos observados en la miocarditis incluyen: dilatación y deterioro de la función del VI, incremento del grosor parietal (debido a edema), alteraciones en la motilidad regional, disfunción diastólica, aumento del índice

de esfericidad y compromiso pericárdico. La miocarditis fulminante puede manifestarse con una reducción del tamaño de la cavidad y un engrosamiento parietal leve. La detección de una mecánica miocárdica anómala, especialmente la deformación longitudinal global del VI (global strain), puede optimizar el valor diagnóstico. No obstante, las alteraciones en la deformación longitudinal del VI y las características ecocardiográficas bidimensionales no son exclusivas de la miocarditis y se presentan en otras etiologías de insuficiencia cardíaca ¹¹.

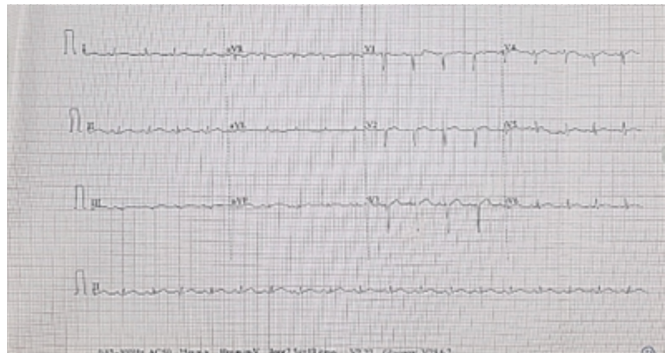


FIGURA 3: ELECTROCARDIOGRAMA 15 DE FEBRERO 2025: TAQUICARDIA SINUSAL, FC 111 LPM, P 98 MS, PR 126 MS, QRS 76 MS, EJE CARDÍACO CONSERVADO +20, QT CORREGIDO POR HODGES 422 MS (NORMAL), SIN DATOS DE HIPERTROFIA VENTRICULAR DERECHA (CABRERA 0.11), SOKOLOV LYON 14MM (NEGATIVO PARA HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA), PÉRDIDA DEL PRIMER VECTOR (PATRÓN RS V1-V4).

El diagnóstico de miocarditis puede respaldarse mediante la detección de niveles elevados de troponina cardíaca circulante (cTn), junto con otras evaluaciones. Los estudios iniciales sugirieron que la cTn poseía una mayor sensibilidad para el diagnóstico de miocarditis que la creatinquinasa-MB. No obstante, antes de la disponibilidad de los modernos ensayos de alta sensibilidad, la elevación de la cTn ofrecía una sensibilidad limitada (34 % a 71 %) y una especificidad entre moderada y alta (86 % a 94 %) para el diagnóstico. Es relevante destacar que las enzimas cardíacas pueden retornar a la normalidad a pesar de la persistencia de la actividad patológica y la progresión del realce tardío de gadolinio (RTG) observable en la resonancia magnética cardíaca (RMC) ^{12,13}.

La Resonancia Magnética Cardiovascular (RMC) se establece como una herramienta diagnóstica de elevada eficiencia y sensibilidad (superiores al 85%) para la detección de miocarditis, especialmente mediante la aplicación de los Criterios de Lake Louise actualizados. Por lo general, el rendimiento diagnóstico de la RMC en casos de sospecha de miocarditis se optimiza cuando se efectúa dentro de las primeras 1 a 2 semanas posteriores al inicio de la sintomatología, puesto que en este lapso temporal el edema y la inflamación tienden a ser detectables por las tecnologías disponibles actualmente ^{14,15}.

La miocarditis fulminante se caracteriza por un inicio agudo y un rápido deterioro hemodinámico, a menudo evolucionando a choque cardiogénico. En estos casos, el soporte avanzado y la derivación inmediata a un centro de referencia son vitales.

El Soporte Circulatorio Mecánico (MCS) en el contexto de choque cardiogénico refractario al manejo médico inicial, es crucial la implementación de dispositivos de asistencia circulatoria, como oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), particularmente el ECMO veno-arterial (VA-ECMO), que proporciona soporte tanto respiratorio como circulatorio o dispositivos de asistencia ventricular (DAV o VAD). Estos dispositivos se utilizan como puente a la recuperación (lo cual es común en la miocarditis fulminante), como puente a una decisión (evaluación), o como puente al trasplante cardíaco^{16,17}.

La miocarditis fulminante asociada al dengue es infrecuente y de alta mortalidad. La fisiopatología implica invasión viral y respuesta inmune desregulada que llevan a depresión miocárdica, disfunción ventricular biventricular y choque cardiogénico. En estos casos, la estrategia de manejo de líquidos —piedra angular en dengue— debe individualizarse, pues el exceso puede precipitar congestión y edema pulmonar, mientras que la hipovolemia agrava la hipoperfusión. La paciente descrita presentó hipocinesia global severa, FEVI <35%, insuficiencia renal y hepática, así como arritmias refractarias, cumpliendo criterios de “shock cardiogénico fulminante” descritos en la literatura. El reconocimiento temprano, monitorización estrecha y disponibilidad de soporte mecánico avanzado (ECMO, asistencia ventricular) en centros de tercer nivel son fundamentales para mejorar el pronóstico.

CONCLUSIÓN

El virus del dengue (DENV) es conocido por causar una amplia gama de manifestaciones, siendo el compromiso cardíaco una complicación rara y por consiguiente de mal pronóstico.

La miocarditis fulminante por cualquier causa tiene una tasa de mortalidad elevada, y cuando se combina con la fisiopatología del dengue grave y la disfunción orgánica múltiple, el riesgo de muerte es muy alto, superando a menudo el 50%, incluso con tratamiento intensivo.

El reconocimiento precoz es absolutamente crucial y puede ser la única oportunidad para la supervivencia de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Kularatne SA, Dalugama C. Dengue infection: global importance, immunopathology and management. *Clin Med.* 2022;22(1):9–13.
2. Roy SK, Bhattacharjee S. Dengue virus: epidemiology, biology, and disease aetiology. *Can J Microbiol.* 2021;67(10):687–702.
3. Bhatt P, Sabeena SP, Varma M, Arunkumar G. Current understanding of the pathogenesis of dengue virus infection. *Curr Microbiol.* 2021;78(1):17–32.
4. World Health Organization. Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control: new edition. World Health Organization; 2009. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44188>. Report No.: WHO/HTM/NTD/DEN/2009.1. Cited 2023 Jul 20.
5. Bhatt S, Gething PW, Brandy OJ, Messina JP, Farlow AW, Moyes CL, Drake JM, et al. The global distribution and burden of dengue. *Nature.* 2013; 496(7446): 504–507. DOI: <https://doi.org/10.1038/nature12060>
6. Myocarditis and cardiomyopathy after arbovirus infections (dengue and chikungunya fever). *Br Heart J.* 1972; 34(8): 821–7. DOI: <https://doi.org/10.1136/hrt.34.8.821>
7. Drazner, M, Bozkurt, B. et al. 2024 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Strategies and Criteria for the Diagnosis and Management of Myocarditis: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *JACC.* 2025 Feb, 85 (4) 391–431. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2024.10.080>
8. Jeanette Schulz-Menger, Valentino Collini, Jan Gröschel, Yehuda Adler, Antonio Brucato, Vanessa Christian, Vanessa M Ferreira, Estelle Gandjbakhch, Bettina Heidecker, Mathieu Kerneis, Allan L Klein, Karin Klingel, George Lazaros, Roberto Lorusso, Elena G Nesukay, Kazem Rahimi, Arsen D Ristić, Marcin Rucinski, Leyla Elif Sade, Hannah Schaubroeck, Anne Grete Semb, Gianfranco Sinagra, Jens Jakob Thune, Massimo Imazio, the ESC Scientific Document Group, 2025 ESC Guidelines for the management of myocarditis and pericarditis: Developed by the task force for the management of myocarditis and pericarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by the Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), *European Heart Journal*, Volume 46, Issue 40, 21 October 2025, Pages 3952–4041, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf192>
9. Buttà C, Zappia L, Larterra G, Roberto M. Diagnostic and prognostic role of electrocardiogram in acute myocarditis: A comprehensive review. *Ann Noninvasive Electrocardiol.* 2020 May;25(3):e12726. doi: 10.1111/anec.12726. Epub 2019 Nov 28. PMID: 31778001; PMCID: PMC7958927.
10. Morgera T, Di Lenarda A, Dreas L, Pinamonti B, Humar F, Bussani R, Silvestri F, Chersevani D, Camerini F. Electrocardiography of myocarditis revisited: clinical and prognostic significance of electrocardiographic changes. *Am Heart J.* 1992 Aug;124(2):455–67. doi: 10.1016/0002-8703(92)90613-z. PMID: 1636589.
11. Felker GM, Boehmer JP, Hruban RH, Hutchins GM, Kasper EK, Baughman KL, Hare JM. Echocardiographic findings in fulminant and acute myocarditis. *J Am Coll Cardiol.* 2000 Jul;36(1):227–32. doi: 10.1016/s0735-1097(00)00690-2. PMID: 10898439.
12. Schauer J, Caris E, Soriano B, Ait-Ali L, Ashwath R, Balasubramanian S, Choueiri N, Christensen J, Cornicelli M, Muniz JC, Parra D, Tham E, Albers E, Chikkabhyappa SM, Young L, Ferguson M, Buddhe S. The Diagnostic Role of Echocardiographic Strain Analysis in Patients Presenting with Chest Pain and Elevated Troponin: A Multicenter Study. *J Am Soc Echocardiogr.* 2022 Aug;35(8):857–867. doi: 10.1016/j.echo.2022.03.009. Epub 2022 Mar 14. PMID: 35301094.

13. Ukena C, Kindermann M, Mahfoud F, Geisel J, Lepper PM, Kandolf R, Böhm M, Kindermann I. Diagnostic and prognostic validity of different biomarkers in patients with suspected myocarditis. *Clin Res Cardiol.* 2014 Sep;103(9):743-51. doi: 10.1007/s00392-014-0709-z. Epub 2014 Apr 30. PMID: 24781421.
14. Ferreira VM, Schulz-Menger J, Holmvang G, Kramer CM, Carbone I, Sechtem U, Kindermann I, Gutberlet M, Cooper LT, Liu P, Friedrich MG. Cardiovascular Magnetic Resonance in Nonischemic Myocardial Inflammation: Expert Recommendations. *J Am Coll Cardiol.* 2018 Dec 18;72(24):3158-3176. doi: 10.1016/j.jacc.2018.09.072. PMID: 30545455.
15. Kotanidis CP, Bazmpani MA, Haidich AB, Karvounis C, Antoniadis C, Karamitsos TD. Diagnostic Accuracy of Cardiovascular Magnetic Resonance in Acute Myocarditis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JACC Cardiovasc Imaging.* 2018 Nov;11(11):1583-1590. doi: 10.1016/j.jcmg.2017.12.008. Epub 2018 Feb 14. PMID: 29454761.
16. Pahuja M, Adegbala O, Mishra T, Akintoye E, Chehab O, Mony S, Singh M, Ando T, Abubaker H, Yassin A, Subahi A, Shokr M, Ranka S, Briasoulis A, Kapur NK, Burkhoff D, Afonso L. Trends in the Incidence of In-Hospital Mortality, Cardiogenic Shock, and Utilization of Mechanical Circulatory Support Devices in Myocarditis (Analysis of National Inpatient Sample Data, 2005-2014). *J Card Fail.* 2019 Jun;25(6):457-467. doi: 10.1016/j.cardfail.2019.04.012. Epub 2019 Apr 26. PMID: 31035007.
17. Vishram-Nielsen JKK, Foroutan F, Rizwan S, Peck SS, Bodack J, Orchanian-Cheff A, Gustafsson F, Ross HJ, Fan E, Rao V, Billia F, Alba AC. Patients with fulminant myocarditis supported with veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation: a systematic review and meta-analysis of short-term mortality and impact of risk factors. *Heart Fail Rev.* 2023 Mar;28(2):347-357. doi: 10.1007/s10741-022-10277-z. Epub 2022 Oct 7. PMID: 36205853; PMCID: PMC9540286.

Cribado Cardiológico en el Equipo de Fútbol Medicina ICEST.

Ruiz Morante Juan Manuel¹ Careta Flores Martha Lorena²
De León Santiago Génesis Hebel³ Domagala Bibiano Andrzej Octavio

Fecha de recepción: 22-09-2025

Fecha de aceptación: 08-12-2025

RESUMEN

Introducción

El cribado precompetitivo tiene como propósito identificar condiciones médicas de riesgo en deportistas para prevenir el desarrollo de síntomas o patologías cardíacas. En México, la implementación de estos protocolos no está estandarizada universalmente, lo que deja a muchas instituciones sin una valoración cardiovascular formal.

Objetivo

El estudio buscó identificar oportunamente a los integrantes del equipo de fútbol soccer de la Facultad de Medicina ICEST Campus Tampico 2000 con hallazgos sugestivos de patología cardíaca, con el fin de derivarlos a una evaluación especializada.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con una muestra no probabilística de 17 estudiantes voluntarios. Se aplicó el cuestionario AHA 14, se realizó una exploración física (tensión arterial, auscultación) y se tomó un electrocardiograma de 12 derivaciones, analizando los resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados

La mayoría de los participantes (88.24%) tenía entre 18 y 24 años. El 29.41% presentó respuestas positivas en el cuestionario AHA y anomalías en la exploración física, limitándose estas últimas exclusivamente a alteraciones de la tensión arterial. Respecto al electrocardiograma, el 52.94% mostró cambios fisiológicos esperados en deportistas (como repolarización temprana), sin registrarse hallazgos patológicos.

Conclusiones

La población estudiada es joven y físicamente activa, sin evidencia de patología cardíaca estructural significativa. Las alteraciones detectadas fueron cifras elevadas de tensión arterial, probablemente influenciadas por el estilo de vida y la carga académica. Este trabajo establece un precedente para futuras investigaciones cardiológicas en el ámbito deportivo de la facultad.

PALABRAS CLAVE

Cribado Cardiológico, Estudiantes, Medicina, Fútbol.

ABSTRACT

Introduction

Pre-participation screening aims to detect athletes with medical conditions associated with a higher risk of developing heart disease symptoms. While most International sports entities recommend some form of screening, protocols in Mexico are not universally standardized, and many institutions lack formal cardiovascular assessments.

Objective

The study aimed to timely identify members of the soccer team at the ICEST Medical School Campus Tampico 2000 with findings suggestive of cardiac pathology, in order to refer them for specialized evaluation.

Methods

An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted with a non-probabilistic sample of 17 voluntary participants. The protocol employed the AHA 14-point questionnaire, a physical examination including blood pressure measurement and auscultation, and a 12-lead electrocardiogram. Data were analyzed using descriptive statistics to summarize the population's characteristics and clinical findings.

Results

The majority of participants (88.24%) were between 18 and 24 years old. Regarding the AHA questionnaire, 29.41% had positive responses indicating potential risk factors. Physical examination revealed anomalies in 29.41% of the group, all of which were blood pressure alterations, with no heart murmurs detected. Electrocardiographic analysis showed that 52.94% of records presented physiological changes common in athletes, such as early repolarization, while no pathological findings were observed.

Conclusions

The study evidences a young, physically active population without significant structural heart disease. The detected abnormalities were limited to blood pressure variations, likely influenced by lifestyle factors and academic load. This work establishes a baseline for future cardiovascular research within the institution's sports programs.

KEY WORDS

Cardiac Screening, Students, Medicine, Soccer.

¹ ORCID: 0009-0009-1946-6162

² ORCID: 0009-0009-7984-193X

³ ORCID: 0009-0002-4175-8072

INTRODUCCIÓN

El cribado precompetitivo tiene como propósito identificar a los deportistas que presentan condiciones médicas asociadas a un mayor riesgo de desarrollar síntomas de patología cardíaca, con el fin de derivarlos a estudios diagnósticos adicionales y realizar ajustes en las pruebas deportivas o en el seguimiento clínico.¹⁻⁴ Evidencia actual sugiere que la aplicación sistemática de estos programas, de hecho, la mayoría de las entidades deportivas y sociedades médicas internacionales recomiendan la realización de algún tipo de cribado precompetitivo.

Este trabajo es de interés ya que, en México, la implementación de protocolos de cribado precompetitivo no está universalmente estandarizado, y muchas instituciones deportivas o universitarias carecen de alguna valoración cardiovascular formal. Específicamente, en el equipo de fútbol soccer de la Facultad de Medicina ICEST Campus Tampico 2000, los estudiantes están expuestos a una exigencia física cardiovascular intensa y continua. No obstante, se desconoce la prevalencia de hallazgos clínicos o electrocardiográficos anormales en esta población específica. Por ello el objetivo de este trabajo es identificar de manera oportuna a aquellos atletas con hallazgos sugestivos de patología cardíaca, con el fin de derivarlos a una evaluación cardiológica especializada.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. La población objetivo se definió como la totalidad de los 30 integrantes del equipo de fútbol soccer varonil de la Facultad de Medicina ICEST Campus Tampico 2000, siendo una población finita. La muestra estuvo conformada por 17 participantes, quienes aceptaron voluntariamente formar parte del protocolo, por tanto, se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se empleó el cuestionario AHA 14 adaptado en español el cual tiene como componentes toma de la tensión arterial, auscultación cardíaca en bipedestación, supino y valsava, pruebas para detectar estigmas físicos y preguntas sobre antecedentes personales y familiares en relación a enfermedades cardíacas, además se llevó a cabo la toma de un electrocardiograma de 12 derivaciones en las instalaciones del Centro de Enseñanza por Simuladores, fue recopilada la información mediante formatos impresos y procesada de manera digital por medio de una base de datos creada por los autores. Las historias clínicas y los electrocardiogramas fueron revisados por especialistas en el área de medicina integrada y un cardiólogo electrofisiólogo.

Se implementó un análisis basado en Estadística Descriptiva, el objetivo fue resumir y describir las características principales de la población de estudio. Se utilizaron las siguientes medidas para analizar los resultados: proporciones con el fin de describir la distribución de los hallazgos del cuestionario, exploración física, hábitos y resultados del electrocardiograma. Medias para resumir variables numéricas y tabulaciones cruzadas para comparar variables.

El trabajo fue aprobado por el comité de ética de la institución y cada participante del estudio firmó un consentimiento informado, la revisión de los datos clínicos fue por pares, por medio de los autores.

RESULTADOS

Se analizó un total de 17 participantes durante el mes de septiembre de 2025, la mayoría pertenecía al grupo de edad de 18 a 24 años, representando el 88.24% del total, mientras que los grupos de 25 a 32 años y mayores de 32 años correspondieron cada uno al 5.88%. En cuanto al grado académico, el 52.94% pertenecía al área de ciencias básicas y el 47.06% al área ciencias clínicas.

Tomando en cuenta las respuestas del cuestionario de la AHA, el 29.41% presentó una respuesta positiva y el 70.59% negativa, mostrando así posibles factores de riesgo para presentar una enfermedad cardíaca. Respecto a la exploración física, el 29.41% mostró alguna anomalía, mientras que el 70.59% no presentó alteraciones clínicas relevantes. Durante la exploración cardiovascular, se identificaron anomalías de tensión arterial en cinco personas, lo que representa el 100% de las anomalías detectadas, sin encontrarse casos con soplos cardíacos. Esto significa que las alteraciones tensionales constituyeron el único hallazgo clínico anormal dentro del grupo evaluado. Dichas alteraciones podrían estar relacionadas con factores como la carga académica, los hábitos de descanso o el consumo de alcohol, ya que el 29.41% de los participantes refirió ingesta de esta sustancia, mientras que el 5.88% reportó consumo de tabaco y el 64.71% negó cualquier toxicomanía. Además, en relación al descanso hablando de las horas de sueño, el 47.06% duerme en promedio 6 horas por noche, el 23.53% 5 horas y otro 23.53% 7 horas, el 5.88% reportó dormir 4 horas y no se registraron casos con más de 8 horas diarias de descanso. En relación con la actividad física semanal, la mayor parte de los participantes reportó realizar entre 4 y 6 horas de ejercicio (47.06%), seguida de aquellos con 10 a 14 horas (29.41%), entre 15 y 19 horas (17.65%) y únicamente un 5.88% refirió entre 7 y 9 horas semanales; ningún participante superó las 20 horas de actividad física.

El 82.35% de los participantes se encontraba en su primera evaluación cardiológica y el 17.65% ya había sido evaluado con anterioridad, siendo el mismo porcentaje para la primera vez que tuvieron acceso a la toma de un electrocardiograma.

En los hallazgos electrocardiográficos se observó que el 47.06% de los registros fueron normales, mientras que el 52.94% presentó cambios fisiológicos, sin hallazgos patológicos. Entre los cambios fisiológicos identificados, el 41.67% correspondió a repolarización temprana, el 25% a bloqueo parcial de rama derecha, el 16.67% a hipertrofia ventricular izquierda y el 16.67% a desviación del eje izquierdo.

DISCUSIÓN

El cribado preparticipativo (CP) tiene como propósito detectar a los deportistas que presentan condiciones médicas asociadas a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas como canalopatías, e incluso muerte súbita cardíaca, con el fin de remitirlos a estudios diagnósticos adicionales y realizar ajustes en las pruebas deportivas o en el seguimiento clínico posterior. No obstante, la evidencia disponible no confirma de manera sólida que la aplicación sistemática de estos programas mejore el pronóstico, y en ocasiones puede derivar en la indicación de evaluaciones o intervenciones innecesarias, sin embargo, es una estrategia aplicable en la mayoría de los contextos y es una buena herramienta clínica. Pese a ello, la mayoría de las entidades deportivas y sociedades médicas internacionales recomiendan la realización de algún tipo de CP, aunque persiste la controversia en torno a cuál es el protocolo más eficaz.⁵⁻⁶ La evaluación básica de todo deportista debe incluir la recopilación detallada de antecedentes familiares, personales y relacionados con su actividad deportiva, acompañada de una exploración física completa.

Asimismo, es fundamental la detección, mediante anamnesis, de signos o síntomas de alarma como dolor torácico, síncope, disnea o palpitaciones, entre otros, pudiéndose emplear para ello cuestionarios estandarizados. La decisión de incorporar pruebas complementarias como el electrocardiograma (ECG), el ecocardiograma transtorácico (ETT), la ergometría o la ergoespirometría debe tomarse de forma individualizada, considerando las características y necesidades específicas de cada deportista.⁷⁻⁸

Es importante definir al deportista, este es todo individuo que practica un deporte de manera regular con fines competitivos, sin importar la categoría en la que participe ni su nivel de profesionalismo. Esta definición genera resultados heterogéneos al comparar la

incidencia de patologías cardíacas entre deportistas recreacionales y aquellos profesionales o de élite, lo que implica que la estratificación del riesgo debe basarse en parámetros adicionales al nivel competitivo, tales como el volumen de entrenamiento, la disciplina practicada y las condiciones específicas de la actividad deportiva.⁹ Se establecen las siguientes categorías según el tipo de deporte practicado: Recreativo, que comprende la actividad deportiva realizada de manera no continuada, por placer o recreación, en disciplinas que no requieren licencia federativa; Competitivo, que incluye a deportistas de cualquier edad o nivel que participan en un deporte organizado, individual o en equipo, con entrenamiento regular y participación en competiciones; y Alto nivel, élite y profesional, que agrupa a aquellos que entrenan y compiten al más alto nivel deportivo o profesional, ya sea nacional, internacional u olímpico, y que cuentan con reconocimiento por la entidad estatal correspondiente.¹⁰

La individualización del cribado preparticipativo (CP) según la disciplina deportiva adquiere una relevancia fundamental. Tomando en cuenta el desenlace más fatal, se ha observado que la incidencia de muerte súbita cardíaca es notablemente mayor en deportistas menores de 35 años que practican modalidades como fútbol, baloncesto y fútbol americano, variando según el sexo y características étnicas específicas, por ello debe considerarse que aunque el riesgo relativo y absoluto de desarrollar esta entidad clínica es bajo, ese pequeño porcentaje existe, y puede identificarse factores de riesgo clínicos y electrocardiográficos con el fin de prevenirlo.¹¹

El cribado preparticipativo básico, aplicable a todo deportista y basado en las recomendaciones de las guías europeas de prevención cardiovascular, incluye una historia clínica detallada que debe ser elaborada por un profesional entrenado y, en el caso de niños y adolescentes, asistida por un adulto capaz de supervisar las respuestas y aportar información que el deportista pudiera desconocer.

Esta evaluación abarca la historia familiar y personal, considerando antecedentes de muerte súbita, enfermedades hereditarias o alteraciones de salud desde el nacimiento y durante las primeras etapas de la vida; la historia deportiva, que recoge las características de la práctica, la relación entre actividad y descanso, hábitos nutricionales, suplementación, ayudas ergogénicas o sustancias con intención de mejorar el rendimiento indicando tipo, dosis, marca, tiempo de consumo y si su uso es supervisado por un profesional, un no profesional o autoguiado, dado que estas conductas pueden implicar riesgos de cardiotoxicidad, arritmogénesis, cambios estructurales cardíacos o infracción de la normativa antidopaje, y su prevalencia está aumentando tanto en el deporte profesional como recreacional; y los síntomas

de alarma, como dolor torácico, disnea, palpitaciones, mareos, inestabilidad o síncope, especialmente si se presentan en relación con la práctica deportiva, así como signos menores que no deben ser subestimados, como una disminución del rendimiento sin causa aparente, que podría enmascarar una enfermedad subyacente.¹²

Se ha demostrado que el cribado electrocardiográfico, cuando lo realizan médicos experimentados, es superior a la evaluación de 14 puntos de la AHA para la detección de trastornos cardiovasculares con riesgo de MSC. El bajo rendimiento y la alta tasa de respuestas positivas de la evaluación de 14 puntos de la AHA son consistentes con otros estudios que examinan cuestionarios de antecedentes empleados para el cribado cardiovascular en atletas jóvenes.¹³ Citando un metaanálisis de 15 estudios y 47 137 atletas sometidos a detección cardiovascular, la sensibilidad/especificidad combinadas de una historia clínica, examen físico y ECG fue del 20%/94%, 9%/97% y 94%/93%, respectivamente.¹² Es difícil que la evaluación mediante un cuestionario de antecedentes identifique eficazmente a los atletas con signos o síntomas de alerta relevantes. La redacción de las preguntas sobre los síntomas es amplia e inespecífica, y puede solaparse con sensaciones fisiológicas comunes durante el ejercicio. Se necesita más investigación para entender qué preguntas, con qué redacción, con qué indicaciones y en qué formato (es decir, escrito, en video o verbal) pueden detectar mejor a los atletas de todas las edades con síntomas cardiovasculares que requieren una evaluación más exhaustiva.¹³

CONCLUSIONES

En conjunto, los resultados evidencian una población predominantemente joven, físicamente activa y con hábitos de descanso moderados, donde las principales alteraciones detectadas se relacionaron con variaciones en la tensión arterial, posiblemente influenciadas por factores de estilo de vida y carga académica, pero sin evidencia de patología cardíaca estructural significativa. Este estudio deja un precedente importante para el área extracurricular deportiva de la facultad de medicina, ya que es la primera vez que se realiza un estudio de estas características, dejando las bases para futuras investigaciones de este tipo.

REFERENCIAS:

1. Sarto P, Zorzi A, Merlo L, Vessella T, Pegoraro C, Freja B, et al. Value of screening for the risk of sudden cardiac death in young competitive athletes. *Eur Heart J*. 2023;44(12):1084–92.
2. Van Brabant H, Desomer A, Gerkens S, Neyt M. Harms and benefits of screening young people to prevent sudden cardiac death. *BMJ*. 2016;353:i1156.

3. Maron BJ, Levine BD, Washington RL, Baggish AL, Kovacs RJ, Maron MS. Eligibility and disqualification recommendations for competitive athletes with cardiovascular abnormalities: Task Force 2: Preparticipation screening for cardiovascular disease in competitive athletes: A scientific statement from the American Heart Association and American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol*. 2015;66(21):2356–61.
4. Harmon KG, Asif IM, Klossner D, Drezner JA. Incidence of sudden cardiac death in National Collegiate Athletic Association athletes. *Circulation*. 2011;123(15):1594–600.
5. Petek BJ, Baggish AL. Current controversies in pre-participation cardiovascular screening for young competitive athletes. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 2020;18(7):435–42.
6. España. Real Decreto 971/2007, de 13 de julio, sobre deportistas de alto nivel y alto rendimiento. Boletín Oficial del Estado. 25 de julio de 2007;177. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2007/07/13/971>
7. Malhotra A, Dhutia H, Finocchiaro G, Gati S, Beasley I, Clift P, et al. Outcomes of cardiac screening in adolescent soccer players. *N Engl J Med*. 2018;379(6):524–34.
8. Mont L, Pelliccia A, Sharma S, Biffi A, Borjesson M, Terradellas JB, et al. Pre-participation cardiovascular evaluation for athletic participants to prevent sudden death: Position paper from the EHRA and the EACPR, branches of the ESC. Endorsed by APhRS, HRS, and SOLAECE. *Europace*. 2017;19(1):139–63.
9. Hevia AC, Fernández MM, Palacio JM, Martín EH, Castro MG, Reguero JJ. ECG as a part of the preparticipation screening programme: An old and still present international dilemma. *Br J Sports Med*. 2011;45(10):776–9.
10. Adami PE, Koutlianos N, Baggish A, Bermon S, Cavaleri L, Dvorak J, et al. Cardiovascular effects of doping substances, commonly prescribed medications and ergogenic aids in relation to sports: A position statement of the sport cardiology and exercise nucleus of the European Association of Preventive Cardiology. *Eur J Prev Cardiol*. 2022;29(4):559–75.
11. Sharma S, Drezner JA, Baggish A, Corrado D, Owens DS, Prutkin JM, et al. International recommendations for electrocardiographic interpretation in athletes. *J Am Coll Cardiol*. 2017;69(8):1057–75.
12. Harmon KG, Zigman M, Drezner JA. The effectiveness of screening history, physical exam, and ECG to detect potentially lethal cardiac disorders in athletes: A systematic review/meta-analysis. *J Electrocardiol*. 2015;48(3):329–38.
13. Williams EA, Pelto HF, Toresdahl BG, Prutkin JM, Owens DS, Salerno JC, et al. Performance of the American Heart Association (AHA) 14-Point Evaluation Versus Electrocardiography for the Cardiovascular Screening of High School Athletes: A Prospective Study. *J Am Heart Assoc*. 2019;8(14):e012235.

La piel como espejo del inconsciente en un abordaje psicoanalítico interdisciplinario.

Kenia Guadalupe Meza Alcazar¹ Héctor Torres Muñoz²

Fecha de recepción: 22-09-2025

Fecha de aceptación: 08-12-2025

RESUMEN

Las enfermedades dermatológicas de origen psicosomático representan un desafío diagnóstico y terapéutico para el médico clínico. Se presenta el caso de un paciente masculino de 32 años con dermatitis atópica recurrente, cuya evolución clínica se asoció estrechamente a factores emocionales. Pese a los tratamientos dermatológicos convencionales, las lesiones persistieron hasta que se implementó un abordaje psicoanalítico, con mejoría significativa de los síntomas. Este caso evidencia la importancia del trabajo interdisciplinario entre dermatología y salud mental, así como la necesidad de integrar la dimensión emocional en el tratamiento de enfermedades cutáneas.

PALABRAS CLAVE

Dermatitis atópica, psicosomática, estrés, psicoanálisis, medicina interdisciplinaria.

ABSTRACT

Psychosomatic dermatological diseases represent a diagnostic and therapeutic challenge for the clinical physician. We present the case of a 32-year-old male patient with recurrent atopic dermatitis, whose clinical course was closely associated with emotional factors. Despite conventional dermatological treatments, the lesions persisted until a psychoanalytic approach was implemented, leading to a significant improvement in symptoms. This case highlights the importance of interdisciplinary work between dermatology and mental health, as well as the need to integrate the emotional dimension into the treatment of skin diseases.

KEYWORDS

Atopic dermatitis, psychosomatic, stress, psychoanalysis, interdisciplinary medicine.

INTRODUCCIÓN

Las manifestaciones dermatológicas pueden constituir una vía de expresión del conflicto psíquico. La piel, órgano límite entre el yo y el entorno, no solo cumple funciones de protección física, sino también simbólica, al reflejar las tensiones emocionales del individuo.

Diversos estudios han evidenciado la relación entre estrés, ansiedad o depresión y la exacerbación de cuadros dermatológicos, entre ellos la dermatitis atópica, psoriasis o urticaria crónica. Sin embargo, la atención médica suele centrarse en el tratamiento farmacológico, dejando de lado el componente emocional subyacente.

Este caso clínico pone de relieve cómo la integración del enfoque psicoanalítico en el abordaje médico permitió mejorar la evolución de una dermatitis resistente al tratamiento convencional.

ESTRUCTURA PSICODINÁMICA

La medicina psicosomática: el puente entre cuerpo y mente

El término psicosomático se refiere a la interacción entre los procesos mentales (psique) y las manifestaciones corporales (soma). Desde mediados del siglo XX, la medicina psicosomática ha buscado comprender cómo los factores emocionales y de personalidad influyen en la aparición, curso y resolución de enfermedades orgánicas¹.

Autores pioneros como Franz Alexander y Helen Flanders Dunbar establecieron las bases conceptuales de esta disciplina, demostrando que el cuerpo puede expresar, mediante síntomas físicos, conflictos psicológicos no elaborados. Alexander propuso el modelo de las siete enfermedades psicosomáticas clásicas (úlcera péptica, hipertensión esencial, colitis ulcerosa, asma bronquial, neurodermatitis, artritis reumatoide y tirotoxicosis), todas ellas con fuerte relación con el estrés y la represión emocional.

¹ ORCID: 009-0001-8544-115X

² ORCID: 0009-0003-5127-4925

En la actualidad, la psiconeuroinmunología ha aportado evidencia científica a estas observaciones clínicas, demostrando que las emociones y el estrés modifican la actividad del sistema nervioso autónomo, el eje hipotálamo–hipófisis–suprarrenal (HHS) y la respuesta inmunitaria, alterando la susceptibilidad a diversas enfermedades².

La piel como órgano psicosomático

La piel no solo es el órgano más extenso del cuerpo, sino también el más expuesto y sensible a los estímulos del entorno. Desempeña una función de barrera física, pero también de barrera simbólica entre el mundo interno y externo. Desde el punto de vista embriológico, la piel y el sistema nervioso comparten un origen común: el ectodermo, lo que explica su estrecha conexión funcional.

Las fibras nerviosas cutáneas están íntimamente relacionadas con los sistemas neuroendocrino e inmunitario, por lo que el estrés psicológico puede influir directamente en la homeostasis de la piel³. Estudios recientes han demostrado que la activación del eje HHS durante el estrés libera cortisol, adrenalina y citoquinas proinflamatorias, que alteran la función barrera y aumentan la susceptibilidad a inflamación dérmica.

En consecuencia, trastornos como la dermatitis atópica, psoriasis, alopecia areata, urticaria y acné suelen tener un curso fluctuante dependiente del estado emocional del paciente.

Factores emocionales y estrés en la patología dermatológica

Diversos estudios clínicos han mostrado que los pacientes con enfermedades dermatológicas presentan con frecuencia niveles elevados de ansiedad, depresión o rasgos de personalidad perfeccionistas.

En la dermatitis atópica, el estrés emocional puede precipitar brotes, aumentar el prurito y prolongar la inflamación. Además, la sensación de vergüenza por las lesiones visibles puede generar un círculo vicioso:

Estrés → brote → ansiedad → más estrés.

Este fenómeno ha sido descrito por Gupta y Gupta (2013), quienes señalan que entre un 30 y 60 % de los pacientes dermatológicos presentan comorbilidad psicológica significativa⁴.

La piel como escenario simbólico: aportes del psicoanálisis

El psicoanálisis ha profundizado en la comprensión simbólica de la piel como superficie donde se inscriben las tensiones del inconsciente. Didier Anzieu, en su obra *El Yo-Piel* (*Le Moi-Peau*), conceptualiza la piel como una envoltura psíquica que permite al sujeto sentirse contenido y diferenciado del entorno. Cuando esta “envoltura del yo” se ve amenazada —por traumas tempranos, exigencias excesivas o represión afectiva—, la piel puede convertirse en el escenario donde se proyectan los conflictos internos⁵.

En estos casos, la somatización actúa como un intento del aparato psíquico de mantener el equilibrio, trasladando el conflicto del ámbito mental al corporal. El síntoma dermatológico cumple entonces una función de lenguaje simbólico: la piel habla cuando la palabra no puede hacerlo.

El psicoanálisis contemporáneo sostiene que la enfermedad psicosomática no debe verse como “simulación” ni como “enfermedad imaginaria”, sino como una forma de expresión del sufrimiento inconsciente, con estructura y significado⁶.

El papel del inconsciente y la represión emocional

Según Freud, los afectos reprimidos que no encuentran vía de expresión simbólica pueden desplazarse hacia el cuerpo. En la dermatitis de origen emocional, la piel puede representar tanto el límite entre el yo y el otro, como el lugar de inscripción del conflicto.

El sujeto, al no poder expresar verbalmente emociones como la rabia, frustración o culpa, las traduce en síntomas cutáneos: enrojecimiento, prurito, inflamación o ardor. Estas manifestaciones no son aleatorias, sino que representan la descarga de una tensión psíquica que busca un canal de expresión aceptable⁷.

En el caso presentado, el paciente experimentaba dificultad para expresar el enojo y para poner límites ante las demandas externas. Su piel se volvió entonces un reflejo de esa tensión interna: lo que no podía decir, lo mostraba su cuerpo⁸.

Abordaje terapéutico interdisciplinario

El tratamiento de los trastornos psicosomáticos requiere la integración de múltiples disciplinas: medicina, psicología y psiquiatría. En el ámbito dermatológico, la

combinación de tratamiento médico (tópicos, emolientes, antihistamínicos) con psicoterapia o psicoanálisis ha demostrado mejores resultados en la evolución clínica y calidad de vida.

El enfoque psicoanalítico no se limita a aliviar los síntomas, sino que busca transformar el significado del síntoma, ayudando al paciente a identificar la función inconsciente que cumple su enfermedad. De esta forma, el cuerpo deja de ser el portavoz del conflicto, y la palabra recupera su función simbólica y liberadora⁹.

Evidencia científica y perspectiva actual

En los últimos años, la psicodermatología ha surgido como un campo especializado dentro de la dermatología. Este enfoque reconoce tres grandes categorías:

- Trastornos psicofisiológicos: donde el estrés agrava enfermedades cutáneas preexistentes (ej. dermatitis atópica, psoriasis).
- Trastornos primariamente psiquiátricos con manifestaciones cutáneas: como la dismorfofobia o el rascado compulsivo.
- Trastornos dermatológicos con repercusión emocional significativa: donde la enfermedad genera ansiedad o depresión secundaria.

El caso clínico presentado se ubica en la primera categoría. El abordaje psicoanalítico permitió modular la respuesta fisiológica al estrés y reducir los brotes cutáneos, demostrando que la comprensión simbólica del síntoma potencia la eficacia médica.

La integración cuerpo-mente como horizonte de la medicina moderna

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Bajo esta perspectiva, la fragmentación entre cuerpo y mente resulta obsoleta¹⁰.

La medicina actual se dirige hacia una visión holística e integradora, donde el ser humano es comprendido en su totalidad biológica, psicológica y espiritual. El reconocimiento del valor del psicoanálisis y de la medicina psicosomática es un paso fundamental para consolidar este paradigma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de tipo observacional longitudinal basado en la evolución de un caso único. Se emplearon:

- Historia clínica dermatológica completa.
- Entrevistas psicoanalíticas semanales durante seis meses.
- Registro de evolución clínica mediante fotografías y notas de seguimiento.
- Análisis cualitativo de los cambios conductuales y emocionales del paciente.

Se realizó la observación clínica y seguimiento longitudinal del caso. Se integraron evaluaciones dermatológicas y entrevistas psicoanalíticas semanales durante un periodo de seis meses. Se documentaron la frecuencia e intensidad de los brotes, así como los cambios en la expresión emocional del paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente: Varón de 32 años, empleado administrativo, sin antecedentes patológicos de relevancia.

Motivo de consulta: Lesiones eritematosas pruriginosas en ambos brazos con evolución de dos años, curso intermitente y exacerbaciones relacionadas con estrés laboral y personal.

Abordaje dermatológico

Fue diagnosticado con dermatitis atópica leve a moderada, tratada con corticoides tópicos, emolientes y antihistamínicos. El control fue parcial y las recurrencias persistieron. Ante la sospecha de origen emocional, fue referido a psicología.

Abordaje psicoanalítico

En las primeras entrevistas se identificó una correlación entre los brotes cutáneos y episodios de tensión emocional. Emergieron contenidos inconscientes ligados a la exigencia interna, el perfeccionismo y la represión del enojo.

La piel funcionaba como una vía de descarga de emociones no expresadas.

Durante el proceso analítico, el paciente comenzó a reconocer sus afectos reprimidos y a expresarlos de manera más adaptativa.

Evolución

- Disminución progresiva de la frecuencia e intensidad de los brotes.
- Intervalos más prolongados sin lesiones.
- Mejoría subjetiva del bienestar emocional.
- Reducción del uso de corticoides tópicos.
- El abordaje psicoanalítico, al incidir sobre la raíz emocional del síntoma, resultó más eficaz que el tratamiento médico aislado.

DISCUSIÓN

Este caso confirma la hipótesis de que las enfermedades dermatológicas pueden funcionar como manifestaciones somáticas del conflicto psíquico. La resistencia al tratamiento médico se debió a que el origen del síntoma no era únicamente biológico, sino también emocional.

El tratamiento psicoanalítico permitió abordar la raíz inconsciente del padecimiento, favoreciendo la simbolización y la verbalización del conflicto interno.

Se refuerza así la necesidad de un modelo interdisciplinario que articule dermatología y psicología, donde el médico reconozca las emociones del paciente como parte integral del proceso de salud-enfermedad.

CONCLUSIÓN

Reconocer al ser humano detrás de la enfermedad es, quizá, uno de los actos más profundos de la medicina. En este caso clínico, se evidencia que la piel no es solo una barrera fisiológica, sino también una frontera emocional; un lienzo donde el cuerpo escribe lo que el alma no logra pronunciar. Las manifestaciones dermatológicas se convirtieron aquí en un lenguaje simbólico, en una expresión inconsciente de conflictos internos que, al ser escuchados, comenzaron a sanar.

El proceso terapéutico permitió mirar más allá de la sintomatología visible. La intervención psicoanalítica abrió un espacio de palabra donde antes solo había silencio. En ese encuentro entre paciente y terapeuta, entre piel y palabra, se construyó un puente que permitió integrar lo corporal y lo emocional, lo visible y lo invisible. Fue entonces cuando la enfermedad dejó de ser únicamente una alteración de la piel, para convertirse en una metáfora viva del sufrimiento interno.

Desde el punto de vista médico, este caso invita a reflexionar sobre la importancia de un abordaje integral. La atención centrada en el síntoma físico no basta cuando el origen de la dolencia está enraizado en la historia afectiva del paciente. La somatización —como proceso psíquico en el que el cuerpo habla por el alma— demanda una escucha atenta, ética y empática. Es ahí donde la medicina y la psicología se encuentran, no como disciplinas separadas, sino como lenguajes complementarios del mismo fenómeno humano.

La ciencia nos brinda las herramientas para diagnosticar, pero es la sensibilidad humana la que nos permite comprender. En este sentido, el caso demuestra que cuando se aborda al paciente desde su totalidad —cuerpo, mente y espíritu—, la posibilidad de curar se amplía, y el acto médico se transforma también en un acto de acompañamiento y reconocimiento.

Este caso no solo documenta la mejoría clínica de una paciente con manifestaciones somatomorfas, sino también el despertar de una conciencia emocional que le permitió resignificar su dolor. La piel, que antes gritaba en forma de lesiones, encontró una nueva forma de expresión a través de la palabra. Lo reprimido se volvió relato; lo inconsciente se transformó en comprensión. Y ese tránsito del síntoma al sentido es, sin duda, la verdadera esencia del proceso terapéutico.

Finalmente, este reporte nos recuerda que el cuerpo no miente, pero sí simboliza. Que cada síntoma puede ser un mensaje codificado que espera ser comprendido. Que escuchar al paciente no solo desde el lenguaje médico, sino desde su historia, sus emociones y su silencio, puede marcar la diferencia entre tratar y realmente sanar.

La medicina del futuro —y la del presente más consciente— requiere de profesionales capaces de integrar el conocimiento científico con la sabiduría del alma humana. Porque ser médico no es únicamente aliviar el dolor, sino también reconocer su significado, sostenerlo y transformarlo junto al paciente.

Y es en esa fusión entre ciencia y humanidad donde la medicina se vuelve arte: el arte de escuchar lo que la piel revela, el arte de sanar a través de la palabra, y el arte de acompañar con el corazón todo aquello que el cuerpo, pacientemente, ha esperado ser comprendido.

REFERENCIAS

1. Alexander F. *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. New York: Norton; 1950.
2. Anzieu D. *El yo-piel*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1985.

3. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69(5):e1–e12.
4. Misery L, Consoli SG, et al. Stress and the skin: from epidemiology to psychoneuroimmunology. *Br J Dermatol.* 2018;178(5):1246–1252.
5. Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. *Arch Dermatol.* 1983;119(7):501–512.
6. Panconesi E. Psychoneuroimmunology of stress and skin diseases: therapeutic perspectives. *Dermatol Clin.* 2005;23(4):609–618.
7. Dunbar HF. Emotions and Bodily Changes: A Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationships 1910–1933. New York: Columbia University Press; 1935.
8. Buske-Kirschbaum A, Ebrecht M, Hellhammer DH. Blunted HPA axis responsiveness to stress in atopic dermatitis patients. *Psychoneuroendocrinology.* 2010;35(3):444–456.
9. Picardi A, Abeni D. Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom.* 2001;70(3):118–136.
10. Van Moffaert M. Psychodermatology: an overview. *Psychother Psychosom.* 1992;58(3-4):125–131.

Liquen escleroso atrófico vulvar.

Alberto Balderas Mercado¹, Diana Vanessa Jurado Chavez²,
Alejandro Muñoz Madariaga³, Jorge Alberto Santiago Sanchez⁴

Fecha de recepción: 22-09-2025

Fecha de aceptación: 08-12-2025

RESUMEN

Femenina de 51 años, licenciatura, casada, acude a consulta por referir lesiones vulvares, antecedentes heredofamiliares cardiovasculares y metabólicos, tía finada por cáncer de mama, antecedente de depresión en tratamiento secundaria a menopausia, bajo tratamiento de remplazo hormonal a base de premarin y estrógenos conjugados, refiere patología vulvar desde hace seis años, dispareunia, dolor intenso a la penetración que imposibilita actividad sexual, ardor al orinar por descamación.

El liquen escleroso (LEA) es una dermatopatía inflamatoria crónica y progresiva que habitualmente afecta a la región anogenital (85-90%), también puede afectar a cualquier parte de la superficie corporal. La prevalencia afecta entre el 1 al 3% de las mujeres mayores¹. Se caracteriza por la aparición de una marcada inflamación en la dermis, adelgazamiento epitelial y otros cambios dermatológicos².

Objetivo

Describir la presentación clínica, factores de riesgo y manejo terapéutico.

Método

Revisión del expediente médico electrónico, historia clínica directa, datos anónimos, diagnóstico realizado por medio de evaluación clínica ginecológica confirmado mediante biopsia vulvar con estudio histopatológico.

Conclusión

El LEA puede llegar a ser una patología con una alta morbilidad, por lo que el diagnóstico oportuno e inicio precoz del tratamiento es fundamental para mejorar la sintomatología y prevenir las complicaciones. En el caso clínico se describe la presentación típica de esta patología así como el retraso en la terapéutica, subraya la complejidad en el manejo de esta patología y la necesidad de un enfoque multidisciplinario⁵. Al presentar una falla en la terapéutica se resalta la importancia de un diagnóstico definitivo para establecer un tratamiento de primer línea con el fin de no presentar secuelas a largo plazo.

PALABRAS CLAVE

Liquen escleroso, atrofia vulvar, dermatosis vulvar, prurito vulvar crónico, atrofia vulvar, corticoesteroides tópicos.

ABSTRACT

A 51-year-old female, with a bachelor's degree, married, presents for consultation due to vulvar lesions. Family history includes cardiovascular and metabolic disorders; maternal aunt deceased due to breast cancer. Personal history of depression secondary to menopause, currently under treatment. She is receiving hormone replacement therapy with Premarin and conjugated estrogens. She reports vulvar pathology for the past six years, associated with dyspareunia and severe pain during penetration, making sexual activity impossible, as well as burning sensation during urination due to desquamation.

Lichen sclerosus (LS) is a chronic and progressive inflammatory dermatosis that primarily affects the anogenital region (85–90%), although it can involve any area of the body surface. Its prevalence is estimated to affect 1% to 3% of postmenopausal women¹. It is characterized by marked dermal inflammation, epithelial thinning, and other dermatologic changes².

Objective

To describe the clinical presentation, risk factors, and therapeutic management.

Method

Review of the electronic medical record, direct clinical history, anonymized data, diagnosis established through gynecological clinical evaluation and confirmed by vulvar biopsy with histopathological analysis.

Conclusion

Lichen sclerosus (LS) can be a condition associated with high morbidity; therefore, timely diagnosis and early initiation of treatment are essential to improve symptoms and prevent complications. The clinical case describes the typical presentation of this condition, as well as a delay in therapeutic intervention, highlighting the complexity of its management and the need for a multidisciplinary approach⁵. Given the therapeutic failure observed, the case emphasizes the importance of establishing a definitive diagnosis in order to implement first-line treatment and prevent long-term sequelae.

KEYWORDS

Lichen sclerosus, vulvar atrophy, vulvar dermatosis, chronic vulvar pruritus, vulvar atrophy, topical corticosteroids.

¹ ORCID: 0009-0004-5843-7843

² ORCID: 0009-0004-5843-7843

³ ORCID: 0009-0009-1619-5192

⁴ ORCID: 0009-0006-2156-4325

CASO CLÍNICO

Femenino de 51 años acude a consulta por presentar disuria, prurito en región vulvar y dispareunia de 6 años de evolución. A la exploración física se observa región vulvar con pérdida anatómica, evidente fusión de labios mayores y menores, estenosis de introito vaginal (Figura 1), hipopigmentación y engrosamiento en parches acentuada hacia región perianal. (Figura 2)

MARCO TEÓRICO

El liquen escleroso (LS), también conocido como lichen sclerosus et atrophicus, es una dermatosis inflamatoria crónica de etiología no completamente comprendida, que afecta predominantemente la región anogenital, con un claro predominio en mujeres posmenopáusicas, aunque también puede presentarse en mujeres en edad reproductiva, hombres y niños. Su incidencia se estima entre 1:300 y 1:1000 en población general femenina, aunque se cree que está subdiagnosticado por el retraso en la consulta y la dificultad diagnóstica en estadios tempranos.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el LS se caracteriza por alteraciones inmunológicas, principalmente autoinmunes, en las que se ha documentado la presencia de autoanticuerpos contra proteínas del epitelio basal, como la extracellular matrix protein 1 (ECM1), así como una infiltración linfocitaria que contribuye a la destrucción de estructuras dérmicas. Se han implicado también factores genéticos, hormonales y traumáticos en su patogénesis, lo cual sugiere un origen multifactorial.

Clínicamente, se manifiesta con prurito vulvar crónico, dispareunia, ardor, y sensación de tirantez o dolor, pudiendo evolucionar hacia atrofia, despigmentación, fusión de labios menores, estrechamiento del introito vaginal y escoriaciones crónicas. En etapas avanzadas, puede dar lugar a alteraciones anatómicas significativas y deterioro de la calidad de vida. El examen físico revela áreas blanquecinas, atróficas y brillantes, con adelgazamiento de la piel y pérdida del patrón normal vulvar.

El diagnóstico es clínico, pero debe confirmarse por biopsia vulvar en caso de duda diagnóstica, sospecha de displasia, falta de respuesta al tratamiento o ante lesiones sugestivas de neoplasia. El estudio histopatológico muestra adelgazamiento del epitelio, hiperqueratosis, y una banda subepitelial de fibrosis e infiltrado inflamatorio.

El tratamiento de primera línea son los corticoesteroides tópicos de alta potencia, como el propionato de clobetasol al 0.05%, administrado en esquemas progresivos de inducción y mantenimiento. El seguimiento clí-

nico estrecho es esencial debido al riesgo, aunque bajo (alrededor del 4–6%), de desarrollar carcinoma escamoso vulvar en pacientes con LS de larga evolución no tratado o mal controlado.



FIGURA 1.- ESTENOSIS DEL INTROITO VAGINAL, PÉRDIDA DE LA ANATOMÍA, ATROFIA DE LABIOS MAYORES Y FUSIÓN DE LABIOS MENORES.

Dado su impacto funcional y emocional, el LS debe abordarse de forma multidisciplinaria, integrando ginecología, dermatología y psicología, asegurando educación del paciente, manejo sintomático, tratamiento tópico y vigilancia a largo plazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para este caso clínico se utilizó historia clínica, examen físico por médico ginecólogo, biopsia vulvar.

RESULTADOS

Femenina de 51 años con antecedente de padecimiento inicial de seis años de evolución presentando disuria, prurito en región vulvar y dispareunia, se realizó biopsia vulvar incisional que confirmó el diagnóstico de liquen escleroso atrófico.



FIGURA 2.- SE OBSERVA ATROFIA CUTÁNEA, ZONAS DE HIPOPIGMENTACIÓN EN LABIOS MAYORES, MENORES Y PERINÉ

DISCUSIÓN

El LEA es una enfermedad que afecta predominantemente a mujeres en la perimenopausia, pero también puede presentarse en edades tempranas⁴. No están claros los mecanismos etiológicos determinantes de esta dermatopatía. Las nuevas teorías implican un origen multifactorial⁶. LEA se sospecha mediante la clínica, (prurito, dispareunia, disuria). El diagnóstico definitivo del LEA es anatomopatológico, las biopsias únicamente deben realizarse cuando existan dudas sobre el diagnóstico (Figura 3) El tratamiento estándar de LEA vulvar es el uso de corticoesteroides tópicos de alta potencia, el objetivo del tratamiento es, curar o paliar los síntomas propios del LEA, fundamentalmente prurito y dolor⁶. En pacientes con respuestas incompletas, se puede considerar el uso de inhibidores de la calcineurina⁷. El retraso en el diagnóstico y tratamiento puede generar complicaciones como estenosis vulvar, pérdida de la arquitectura vulvar y presentando un riesgo de malignización del 4-6% a carcinoma escamoso³.

CONCLUSIÓN

El liquen escleroso atrófico vulvar es una dermatosis inflamatoria crónica que, aunque benigna, puede generar complicaciones funcionales, anatómicas y psicológicas significativas si no se diagnostica y trata de manera oportuna. Este caso resalta la importancia del reconoci-

miento clínico temprano, así como el papel de la biopsia vulvar para confirmar el diagnóstico en pacientes con sintomatología persistente o hallazgos atípicos.

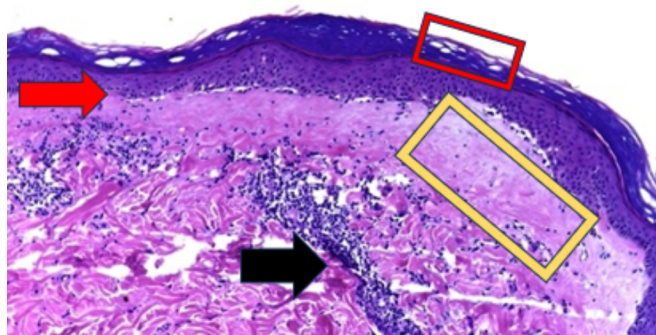


FIGURA 3.- IMAGEN HISTOLÓGICA, BIOPSIA DE PIEL VULVAR.
CUADRO ROJO- ACANTOSIS REGULAR Y PARAQUERATOSIS
CUADRO AMARILLO- ESCLEROSIS EXTENSA CON AUSENCIA DE
FLECHA ROJA - VACUOLIZACIÓN EN LA UNIÓN-DERMOEPIDÉRMICA
FLECHAS NEGRAS- INFILTRADO INFLAMATORIO DE PREDOMINIO CRÓNICO PERIVASCULAR

El tratamiento con corticoesteroides tópicos de alta potencia continúa siendo la piedra angular del manejo, con una adecuada respuesta clínica cuando se administra bajo supervisión médica. Es fundamental establecer un seguimiento a largo plazo para evaluar la respuesta terapéutica, prevenir recurrencias y detectar precozmente posibles complicaciones, incluida la transformación maligna.

Este caso enfatiza la necesidad de una mayor sensibilización entre los profesionales de la salud, especialmente en atención primaria y ginecología, para evitar el subdiagnóstico y mejorar la calidad de vida de las pacientes afectadas.

REFERENCIAS

1. Goldstein AT et al. Vulvar lichen sclerosis: current perspectives. Int J Women's Health.
2. DK. Vulval lichen sclerosis: treatment and long-term management. Br J Obstet Gynaecol.
3. Neill SM et al. Guidelines for the management of vulval skin disorders. Br J Dermatol. 2010
4. Guía 2016 : Dermatitis inflamatoria de la vulva (liquen escleroso, liquen plano y liquen simple crónico)
5. Fauconnier A et al. Vulvar dermatoses in postmenopausal women. J Obstet Gynaecol Res 2020
6. Vulvar lichen sclerosis: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate. 2024
7. Vulvar lichen sclerosis: Management. UpToDate. 2024

Instrucciones para autores

La **Revista Investigación en Educación y Ciencias de la Salud ICEST** es una publicación periódica, que se publica cuatrimestralmente por el Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas A.C a través de la Facultad de Medicina del Campus Tampico 2000, con arbitraje por pares y considera para su publicación artículos de investigación original tanto del área clínico-epidemiológica, casos clínicos y artículos de revisión en el área de la salud, así como del área educativa.

La **Revista Investigación en Educación y Ciencias de la Salud ICEST (RIECS)**, está indexada en el Índice Mexicano de Revistas Bio-médicas Iberoamericanas (IMBIOMED), el cual es un índice virtual de publicaciones médicas y científicas.

La **Revista Investigación en Educación y Ciencias de la Salud ICEST (RIECS)**, está dirigida a instituciones de salud y educativas de nivel profesional, académicos, profesionales y estudiantes en el campo de la medicina y ciencias de la salud interesados en los aspectos teóricos y prácticos de la educación y ciencias de la salud.

La **RIECS** es de acceso abierto; sin cobro de publicación; todos los artículos están disponibles al inicio de cada cuatrimestre y se permite su lectura y su descarga.

El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores y no refleja necesariamente el punto de vista de los árbitros ni del Editor. Se autoriza la reproducción de los artículos (no así de las imágenes) con la condición de citar la fuente y se respeten los derechos de autor.

En relación a los manuscritos

Todos los trabajos enviados a RIECS se someten de manera inicial a un proceso de revisión técnica a cargo del editor de la revista y de acuerdo con su dictamen, se enviará a la revisión por pares de acuerdo con el tema de la investigación propuesto. El manuscrito de los artículos originales debe tener las siguientes características:

1. Formato. Todo el manuscrito debe tener un interlineado a 1.5 líneas, con justificación a la izquierda, fuente Arial de 12 puntos, con márgenes de por lo menos 2.5 cm en tamaño carta. Las páginas deben estar numeradas.
2. Para ser evaluado, el manuscrito debe ser enviado en archivo tipo Word, con tres apartados: primera página, manuscrito anónimo y cuadros y figuras.
3. En la primera página, se deben incluir los siguientes puntos:
 - Título principal del manuscrito en español e inglés.
 - Título corto en español e inglés de hasta 10 palabras.
 - Nombre completo, ORCID (si no lo tiene, debe registrarse de forma gratuita en <https://orcid.org/>) e institución a la que pertenece cada autor.
 - Información de contacto del autor responsable del manuscrito (correo electrónico, dirección completa preferentemente institucional y teléfono).
4. En el apartado correspondiente al manuscrito anónimo, incluya:
 - El resumen en dos versiones: español e inglés, respectivamente. Los resúmenes son de máximo 300 palabras. Incluir introducción, objetivo, métodos, resultados y conclusiones. Para artículos originales, los resúmenes deben estar subdivididos en las mismas secciones que el texto principal, además de las conclusiones, excepto referencias. Al final de ambos resúmenes incluir en el idioma correspondiente hasta cinco palabras clave.

- El texto principal del manuscrito debe incluir las secciones de: Introducción, Métodos, Resultados, Discusión y Referencias. Solo en los artículos de metodología y de revisión los autores pueden decidir los nombres de las secciones del manuscrito.
 - Para el contenido de cada sección del manuscrito se sugiere al autor revisar las recomendaciones de los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas el cual puede consultar en <http://www.icmje.org>
 - Al final de la sección de Métodos, describir un apartado para especificar las "Consideraciones éticas", aplicadas en su trabajo de investigación como por ejemplo lo relacionado con el consentimiento informado y la aprobación por el comité de investigación de la institución en donde se realizó el estudio e indicar si todos los participantes tuvieron conocimiento de la finalidad de la investigación y si su participación fue voluntaria.
 - Una recomendación es incluir en la Discusión las limitaciones del estudio, sus fortalezas y áreas de oportunidad de mejora, así como las medidas que se llevaron a cabo para subsanar estas limitaciones.
 - Las referencias, deben ser de acuerdo con el estilo Vancouver y es responsabilidad de los autores de la exactitud de estas.
 - La numeración de las referencias debe ser el orden al que se hace referencia en el manuscrito con el número en superíndice. El nombre de las revistas debe aparecer con la abreviatura oficial de la revista correspondiente.
 - En el texto principal anónimo que se utilizará para el proceso de revisión por pares, así como en el archivo de tablas y figuras, los autores no deben incluir información alguna que los identifique a ellos o a su institución (en título, resumen, método, instrumentos, etc.). Esto incluye el asegurarse que el nombre del archivo o encabezados o pies de página no tengan los nombres o instituciones de los autores.
5. Incluir documento con tablas y figuras numeradas consecutivamente. Para asegurar la calidad de la publicación, los autores deberán observar estrictamente:
 - Formatos: Gráficas y fotos solo en JPG o PNG (mínimo 300 DPI).
 - Tablas: Exclusivamente en Word editable.
 - Prohibición: Se rechazará automáticamente cualquier material de apoyo que sea una "captura de pantalla" (screenshot) o que pierda nitidez al aplicarle zoom.
 6. Además, incluir por favor un documento en donde se establece que los autores aceptan libremente ceder los derechos del manuscrito a la revista, así como que el manuscrito es original y no ha sido publicado o se encuentra en proceso de revisión en otra revista. Este documento debe estar firmado por todos los autores.
 7. Los manuscritos que no estén en el formato adecuado serán regresados a los autores para corrección y reenvío antes de ser considerados para el proceso de arbitraje.

Los envíos del manuscrito para evaluación de posible publicación deben ser enviados al editor Dr. Alberto Antonio Aguilera Lavín al correo: editor_revistaicest@icest.edu.mx

Una vez cumplido el proceso editorial incluida la revisión por pares, los manuscritos aceptados serán editados de acuerdo con el formato de estilo de la revista y enviados al autor de correspondencia para aprobación de la versión final.



Investigación en Educación y Ciencias de la Salud ICEST
Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A. C