



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“ENFERMEDAD INDIFERENCIADA DEL TEJIDO
CONECTIVO: REPORTE DE UN CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

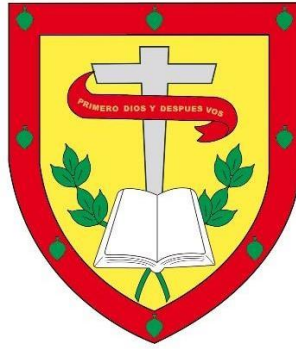
AUTOR: DENISSE MICHELLE SABANDO PONCE

DIRECTOR: DRA. CECIBEL SALAMEA SARMIENTO

CUENCA - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“ENFERMEDAD INDIFERENCIADA DEL TEJIDO
CONECTIVO: REPORTE DE UN CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: DENISSE MICHELLE SABANDO PONCE

DIRECTOR: DRA. CECIBEL SALAMEA SARMIENTO

CUENCA - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Denisse Michelle Sabando Ponce portador(a) de la cédula de ciudadanía N°1315347987. Declaro ser el autor de la obra: **“Enfermedad indiferenciada del tejido conectivo: Reporte de un caso”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 27 de noviembre de 2023

F:.....
Denisse Michelle Sabando Ponce
C.I. 1315347987

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado **“Enfermedad Indiferenciada del Tejido Conectivo: Reporte de un caso”** realizado por **Denisse Michelle Sabando Ponce** con documento de identidad No. **1315347987**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 27 de noviembre de 2023

F:

Dra. Cecibel Salamea Sarmiento.

DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mis padres por todo el esfuerzo durante todos estos años por apoyarme cada día en este largo camino, también se lo dedico a mi yo de 10 años a esa niña que desde que le preguntaron por primera vez que quería ser de grande sin duda en su mente y su corazón respondía: “quiero ser doctora, para salvar vidas” y aun ahora si me lo preguntan diría si quiero ser doctora, pero no solo para salvar vidas sino también para mejorar vidas porque aprendí que a veces solo con palabras sanamos heridas.

Definitivamente te lo dedico a ti mi pequeña niña y a ti Denisse de hace 6 años que apenas entrabas a la universidad con muchos miedos, pero sobre todo muchos sueños sé que el camino no ha sido fácil han sido años de tropiezos y mil caídas muchas lágrimas, pero también muchas risas, hoy puedo decir lo logramos lo lograste.

AGRADECIMIENTO

En mi vida he sido bendecida con la presencia de muchas personas que me han apoyado y más aún a lo largo de esta carrera universitaria.

Quiero agradecer principalmente a mis queridos padres Irma Ponce y Geovanny Sabando por ser aquellas piezas de engranaje que se mueven en conjunto para dar cuerda a esta caja musical que es mi vida, desde aquella vez que me preguntaron que quería estudiar y les di mi respuesta no dudaron ni un segundo en apoyarme jamás lo han hecho y estoy tan agradecida de eso, sé que jamás en la vida podre pagarles todo lo que han hecho por mí porque no me alcanzan las palabras ni los gestos incluso no me alcanza la vida para agradecerles por todo mis amados padres hoy puedo decirles queridos padres que todas esas lagrimas por cada despedida que nos dimos cuando me tocaba alejarme de ustedes por seguir este gran sueño han valido la pena llevo en mi mente cada abrazo, cada beso y cada palabra de aliento que me dieron es por ustedes que logre llegar aquí y hoy puedo convertirme en la Doctora Denisse Sabando Ponce llevando con orgullo sus apellidos porque este logro es tanto mío como suyo.

Agradezco también a mi querido hermano Hugo Sabando mi pequeño gracias por alegrarme mis días por apoyarme a seguir mis sueños por enorgullecerte de tu hermana por siempre defenderme de todo como el gran escudo que eres para mí y gracias por darme la dicha de ser tía de Asher Sabando el niño que vino a robarse mi vida con sus sonrisas los amo con mi vida.

A mis abuelos queridos Luis Sabando, Julia García, Hugo Ponce mis eternos ángeles y a mi abuela Ceneida Menéndez gracias por recordarme lo que es el verdadero amor por siempre apoyarme en mi sueño que ahora es una realidad.

A mi querida Tía Janeth Ponce mi segunda mamá de quien nunca me faltaron sus consejos y mi querida Tía Mireya Ponce gracias por todo su apoyo en este largo camino.

A mi mejor amiga Andrea Lucas amiga querida nos conocimos desde escuela teniendo un sueño en común y ahora años después lo estamos cumpliendo, te agradezco por estar siempre a mi lado por esas noches de estudios de risas

y llantos te agradezco por ser más que una amiga te agradezco por ser mi hermana mi Ne querida.

A las dos personas que me regalo el internado María Espín gracias, amiga no me alcanzala vida para agradecerte por tanto y por todo y a mi princesa Josselyn Ortega amiga sin tiel internado no hubiera sido igual y terminar esa etapa sin ustedes hubiera sido misión imposible las quiero.

No puedo dejar de agradecer a la Sra. Rosa Herrera y al Sr. Alonso Palomeque mil gracias a ustedes por brindarme su apoyo durante tantos años las palabras se quedan cortas para poder expresarles lo agradecida que estoy con ustedes fueron mi hogar lejos de casa me consintieron y me trataron como una hija más y es algo que jamás voy a olvidar agradezco tanto sus consejos y su amor con los cuales llenaron mi corazón así también agradecerles a mis princesitas Mariángel y María Sol Pesántez sus sonrisas fueron un motor para mi vida.

Y, por último, pero no menos importante te agradezco a ti mi Dios porque solo tú sabes cuantas noches me acompañaste en medio de la oscuridad me diste luz me reconfortaste

con tus brazos, me cubriste cada noche bajo tu manto, secaste mis lágrimas y le diste paza mi corazón.

1. RESUMEN

La enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC) es una patología autoinmune cuyo origen es desconocido, su presentación clínica es variada, ya que presenta signos y síntomas que afectan a nivel articular, tejidos y órganos diana que podrían indicar una enfermedad del tejido conectivo sin embargo no llega a cumplir con los criterios necesarios para ser considerada como tal siendo así relacionada con síndromes autoinmunes tales como artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, esclerosis sistémica, entre otros. Se presenta el caso clínico de un paciente de 42 años, quien ingresa por sospecha de EITC, la cual, fue confirmada durante su estancia hospitalaria mediante hallazgos clínicos y estudios complementarios.

Palabras clave: Artritis reumatoide, enfermedad indiferenciada del tejido conectivo, enfermedad mixta del tejido conectivo, lupus eritematoso sistémico.

2. ABSTRACT

Undifferentiated Connective Tissue Disease (UCTD) is an autoimmune pathology of unknown origin. Its clinical presentation is diverse, as it presents signs and symptoms that affect the joints, tissues, and organs that could indicate a connective tissue disease. Nevertheless, it does not meet the necessary criteria to be considered as such, thus being related to autoimmune syndromes such as rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, and systemic sclerosis, among others. The clinical case of a 42-year-old patient is presented, who was admitted for suspected UCTD, which was confirmed during his hospital stay through clinical findings and complementary studies.

Keywords: Rheumatoid arthritis, undifferentiated connective tissue disease, mixed connective tissue disease, systemic lupus erythematosus

INDICE

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| 1.RESUMEN | 8 |
| 2.ABSTRACT | 9 |
| 3.OBJETIVO GENERAL: | 11 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS: | 11 |
| 4.INTRODUCCIÓN | 12 |
| 5.REPORTE DEL CASO | 13 |
| Tabla 1 BIOMETRIA HEMATICA | 15 |
| Tabla 2 PRUEBAS INMUNOLOGICAS | 16 |
| 6.DISCUSIÓN | 20 |
| 7.CONCLUSIONES | 25 |
| 5.1 CONFLICTO DE INTERESES | 25 |
| 8.BIBLIOGRAFÍA | 26 |
| 9.GLOSARIO | 28 |
| 10.ANEXO | 30 |

3. OBJETIVO GENERAL:

- Reportar un caso clínico de enfermedad indiferenciada del tejido conectivo en una unidad de salud de la ciudad de Guayaquil.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las características clínicas de la enfermedad indiferenciada del tejido conectivo.
- Analizar el diagnóstico del paciente con enfermedad indiferenciada del tejido conectivo.

4. INTRODUCCIÓN

El concepto de enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC), fue propuesto por primera vez en el año 1980 por Leroy y sus colegas (1) el cual hace referencia a aquellos pacientes cuya clínica y laboratorios no cumplen en su totalidad con los criterios diagnósticos para ser considerada una enfermedad del tejido conectivo (ETC) (2).

Las enfermedades del tejido conectivo hacen referencia a diversas patologías que afectan al sistema autoinmune entre las cuales tenemos el lupus eritematoso sistémico (LES), artritis reumatoide (AR), síndrome de Sjögren (SS), esclerosis sistémica (SS), polimiositis (PM), dermatomiositis (DM), síndrome antisintetasa (ASS), enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC), cada una de estas patologías tienen características en común pero a su vez constan de criterios que permiten diferenciarlas entre sí (3).

En cuanto a la epidemiología de la EITC son pocos los estudios que existen en la actualidad sin embargo se sabe que en Estados Unidos solo el 22% de los pacientes son hombres mientras que en Italia los casos en hombres representan entre un 5 a 7 % siendo así las más afectadas las mujeres con predominio en la raza blanca (2).

Es importante entender que la EITC está comprendida por tres fases: La fase inicial, esta tiene su comienzo años antes de establecer el diagnóstico esto se debe a que los síntomas y signos, así como los marcadores serológicos están ausentes en las primeras etapas (2).

La fase de intervalo, se considera que esta fase varía significativamente en cada paciente ya que pueden detectarse autoanticuerpos en ausencia de signos y síntomas o a su vez que estos se manifiesten progresivamente (2).

La fase final inicia con la aparición de aquellos signos y síntomas que nos llevan a un diagnóstico preciso. Cabe resaltar que pese a que los pacientes tengan un diagnóstico indiferenciado no excluye que en un futuro puedan progresar a una enfermedad del tejido conectivo específica (2).

5. REPORTE DEL CASO

Masculino de 42 años, originario de Samborondón (provincia del Guayas), mestizo, sin antecedentes familiares de interés, sin hábitos tóxicos, registra antecedentes patológicos personales, desde hace 3 años de dolor poliarticular con afectación de grandes, medianas y pequeñas articulaciones compatible con un patrón de afectación inflamatorio. En esta ocasión es hospitalizado por presentar fiebre, disminución de la fuerza muscular con un puntaje de III/V en la escala de Daniels, que hace referencia al movimiento completo que vence la gravedad, pero no la resistencia, disnea grado III y edema de extremidades inferiores, acompañado de escalofríos y malestar general. Comenta que ha perdido 30 kg aproximadamente en un lapso de 8 meses, y ha notado progresión en la deformación de sus manos y pies desde hace un año previo a su ingreso.

Al interrogatorio, refirió que hace un año se intensificó el dolor articular (escala de EVA 9/10), por lo cual, presentó limitación de sus actividades diarias, además, señala disfagia progresiva, xerosis, prurito, lesiones dérmicas en extremidades y vértigo. Al examen físico, se observó lesiones dérmicas en extremidades superiores e inferiores que impresionan manchas puntiformes, no confluentes, ni sobre elevadas, discrómicas conocido como el signo de sal y pimienta (Figura 1), capilaritis en dedos, a su vez presentaba piel de consistencia dura y acartonada (queratodermia), deformación articular caracterizada por una hiperextensión de la articulación interfalángica proximal más una flexión de la articulación interfalángica distal denominada deformidad en cuello de cisne, la cual, se presentó en manos, mientras que en los pies se observó hallux valgus, lo que consiste en una desviación en valgo del primer dedo del pie junto con una desviación en forma de varo del primer metatarsiano (Figura 2). Asimismo, presentó dedos afilados, alopecia y disminución de la apertura bucal con presencia de úlceras orales, nasales y resequeidad en la boca.



Figura 1: Signo de sal y pimienta Figura 2: Deformación de manos y pies

Fuente: Imágenes tomadas por el autor durante la estancia hospitalaria del paciente en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

Además, la presencia de estertores crepitantes en bases pulmonares inferiores compatibles con afección de las vías respiratorias. En la tomografía simple de tórax se observa discreto patrón en vidrio esmerilado en lóbulos (Figura 3)

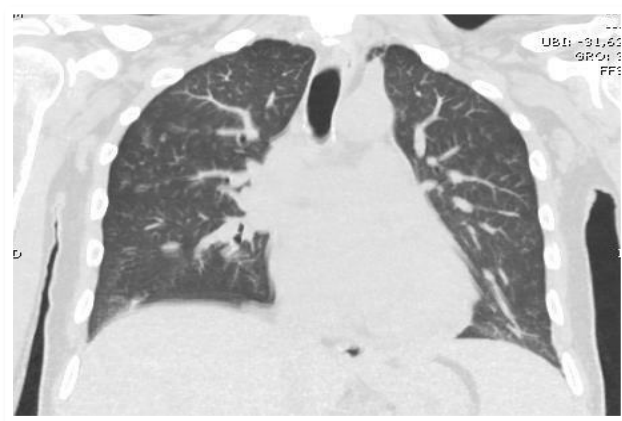


Figura 3: Se observa patrón en vidrio esmerilado en ambos campos pulmonares en tomografía simple de tórax.

Fuente: Servicio de imagenología del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

Dentro de los hallazgos paraclínicos, se observó alteraciones dentro del hemograma (Tabla 1), prueba de Coombs positiva y PCR elevado. Además, se presentaron alteraciones en las pruebas autoinmunes como ANA HEp2 IFI, Ac. Anti-músculo liso, Anticuerpos antinucleosomas, factor reumatoideo, se observó disminución del complemento C3 y C4 (Tabla 2).

Tabla 1 BIOMETRIA HEMATICA

| VARIABLES | DÍA 1 | DÍA 2 | DÍA 5 | V. REFERENCIA |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|----------------------|
| Leucocitos | 16.54 | 10.01 | 7.11 | 4.23 – 9.07 x10 /ul |
| Hemoglobina | 5.3 | 3.8 | 9.8 | 13.7 – 17.5 g/dl |
| Hematocritos | 15 | 6.3 | 27.2 | 40.0 – 54.0 % |
| Plaquetas | 319 | 289 | 413 | 163 – 337 x10/ul |
| Monocitos | 5.3 % | 1.6 % | 2.6 % | 5.3 – 12.2 % |
| Eosinófilos | 0.1 % | 0.0 % | 0.0 % | 0.8 – 7.0 % |
| Linfocitos | 8.3 % | 5.3 % | 19.3 % | 21.8 – 53.1 % |
| Neutrófilos | 86.3 % | 93.0 % | 78.1 % | 34.0 – 67.9 % |
| Basófilos | 0.0 % | 0.1 % | 0.0 % | 0.2 – 1.2 % |

*Fuente: Servicio de laboratorio del Hospital General del Norte de Guayaquil
Los Ceibos*

Tabla 2 PRUEBAS INMUNOLOGICAS

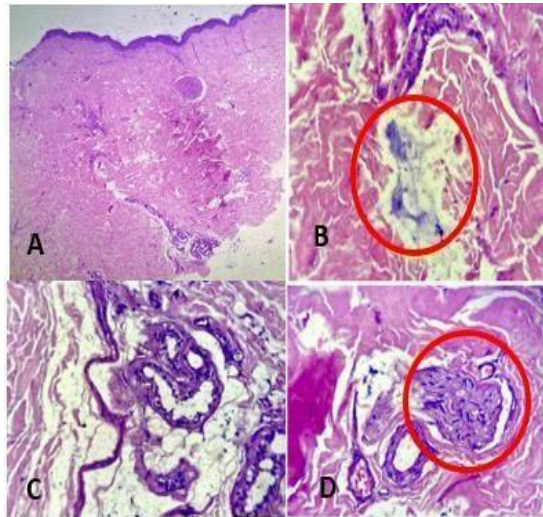
| VARIABLES | RESULTADOS | V. REFERENCIA |
|---------------------------------------|-----------------|---|
| Factor Reumatoide | 1450.00 | 0.00 – 20.00 IU/ml |
| Anti SSA | 119.50 | Negativo: < 16 Equivoco: 16 – 20 Positivo: > 20 |
| Anticuerpos Antinucleosomas | 137.50 U/ml | 0.00 – 25.00 U/ml |
| Complemento C3 | 37.00 mg/ dl | 79.00 – 152.00 mg/ dl |
| Complemento C4 | 6.46 mg/ dl | 16.00 – 38.00 mg/dl |
| Ana Hep-2 IFI | Positivo 1:1280 | Positivo 1:80 o Mayor |
| Ac. anti- musculo liso | Positivo 1:20 | Positivo 1:10 o Mayor |
| Anti DNA | Negativo | Positivo 1:10 o Mayor |
| Ac. anti- mitocondrialesm2 | 4.62 | Negativo: < 20 Positivo >25 |
| Anti – centrómero, anticuerpos | 8.35 | Negativo: < 20 Francamente Positivo: 20 - 30 |

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| | | Fuertemente Positivo: >30 |
|--|--|---------------------------------|

*Fuente: Servicio de laboratorio del Hospital General del Norte de Guayaquil
Los Ceibos.*

Posterior a los resultados obtenidos, se consideró realizar una toma de biopsia de piel de flanco izquierdo; los hallazgos de histopatología revelaron la compatibilidad con esclerodermia localizada (epidermis adelgazada acompañado de marcada colagenización en dermis superficial y reticular, con escasos anexos, vasos capilares presentes.) (Figura3)

Figura 3 Microfotografía de biopsia: A) Corte microscópico de piel en flanco izquierdo B) Focos de mucina azulada disecan tejido fibroso denso en dermis reticular. C) Corte en dermis reticular muestra anexos atróficos con escaso tejido adiposo perianexial. D)



Corte de paquete vasculo- nervioso en dermis reticular muestra un filete nervioso retraído por el tejido colagemizado hialinizado.

Fuente: Servicio de Anatomopatología del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

En virtud de las características clínicas, los valores de anticuerpos mencionados con anterioridad y el estudio anatomopatológico, se estableció el diagnóstico de enfermedad indiferenciada del tejido conectivo, debido a la presencia de los diferentes componentes o síndromes autoinmunes que abarca la enfermedad, entre los cuales, están lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren y esclerosis sistémica. Durante su hospitalización, se inició el tratamiento con metilprednisolona intravenosa 500mg una vez al día durante tres días. Posterior, se instauró prednisona 60mg (8 a.m.) y 40mg (4 p. m) vía oral, cuya dosis fue disminuyendo de manera progresiva, finalizando con una dosis de prednisona de 20 mg una vez al día. Además, este fármaco fue acompañado con hidroxicloroquina 200 mg y azatioprina 50 mg vía oral una vez al día. Se decidió añadir alendronato 70 mg vía oral como método preventivo al uso crónico de glucocorticoides.

Por lo tanto, el paciente presentó una mejoría notable por el tratamiento instaurado durante su estancia, refiriendo disminución del dolor (EVA 4/10), remisión de la disnea y aumento de la fuerza muscular escala de Daniels IV/V, por lo cual, se decidió su egreso hospitalario.

En su última consulta con el reumatólogo en el mes de agosto del presente año

el paciente se encuentra estable clínicamente se mantiene con medicación de control con dosis de prednisona 20 mg, loratadina 10 mg por la sensación de prurito expuesta, hidroxiclороquina 200 mg, aziatropina 50 mg, paracetamol 1 gr, ácido fólico 5 mg, complejo B 1 tableta al día y alendronato 70 mg. Paciente refiere que el dolor en las articulaciones ha disminuido además de tener mayor movilidad de estas. La mejoría de la calidad de vida del paciente es de un 80% siendo el dolor articular la principal manifestación clínica recurrente.

6. DISCUSIÓN

Debido a que, la EITC se asocia a diferentes enfermedades autoinmunes, se realizó en primera instancia el diagnóstico de LES en conjunto con AR, los cuales, fueron confirmados mediante sus respectivas pruebas. El LES es una enfermedad compleja y multisistémica crónica que está caracterizada por la presencia de Ac. antinucleares (ANA), no obstante, diferentes estudios han evidenciado que la ausencia de estos no desestima el diagnóstico de LES, ya que en la actualidad se han determinado otros anticuerpos con actividad lúpica como son los Ac. Antinucleosomas, y, que mediante criterios clínicos sustentan el diagnóstico de LES (4,5).

El paciente presentó diferentes criterios diagnósticos sugestivos de LES como son anemia hemolítica, úlceras orales- nasales, alopecia, hipocomplementemia, serositis, artritis y lapresencia de Ac. ANA positivos, por lo tanto, se estableció el diagnóstico de LES, aún ante la ausencia de Ac. DNA.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad caracterizada por una inflamación crónica progresiva de las articulaciones que se encuentran afectadas, cuyo diagnóstico, se basa en diversos criterios que incluyen el tamaño y número de articulaciones afectadas, pruebas serológicas como factor reumatoideo o Ac. contra la proteína citrulinada positivos, reactantes de fase aguda como PCR o VSG elevados y el tiempo de duración de los síntomas mayor a 6 semanas (6). El paciente en este caso clínico presentó varios criterios de artritis reumatoide como afectación poliarticular, factor reumatoideo elevado a altos títulos y presentación de síntomas de larga data. Además, presenta una deformación en cuello de cisne de las articulaciones de los dedos, cuyo signo es propio de esta patología.

El síndrome de Sjögren o síndrome seco es una enfermedad autoinmune que se asocia a la disfunción de las glándulas secretoras exocrinas, donde su principal característica es lapresencia de sequedad a nivel oral, a su vez se caracteriza por la presencia de síntomas que provocan malestar general y resequedad a nivel del tracto respiratorio superior, que en ocasiones evoluciona produciendo enfermedad pulmonar intersticial, cabe resaltar que

en estos pacientes la artralgia es la afección sistémica más frecuente (40%) por lo que se debe descartar la presencia de otras patologías como la fibromialgia, la artrosis o la coexistencia de estas u otras enfermedades del sistema autoinmune con el SS (7).

Según diversos estudios han demostrado que los principales marcadores inmunológicos del SS son el anticuerpo anti- RO y anti- LA, siendo los más representativos con un 50-80% el anti- RO, este anticuerpo ha sido confederado a un desarrollo más prematuro y grave de la enfermedad, sobre todo, en pacientes jóvenes (7).

En el presente caso clínico existen varios puntos que guían a un posible diagnóstico de síndrome de Sjögren secundario a LES y AR, esto debido a que el paciente tiene como resultado en sus pruebas inmunológicas el anticuerpo Anti SSA o RO positivo, que como

se señaló, es el principal marcador del SS. Además, la clínica del paciente como la disneagrado III, malestar general, disfagia progresiva y crepitantes sugieren el síndrome seco.

La esclerosis sistémica se caracteriza por presentar una fibrosis difusa y anormalidades vasculares en la piel. Los síntomas más frecuentes incluyen el fenómeno de Raynaud, otras manifestaciones son calcinosis, esclerodactilia, microstomía, hiperchromías e hipochromías (aspecto en sal y pimienta), telangiectasias faciales y cicatrices puntiformes de los pulpejos. Las manifestaciones sistémicas dependen del órgano afectado y puede haber alteración mio-osteoarticular, pulmonar, cardiológica, renal y digestiva, siendo el esófago el órgano más comprometido. El diagnóstico se basa en la clínica y mediante estudios de laboratorio, los cuales, ayudan a definir un pronóstico (8,9).

Es fundamental reconocer las manifestaciones clínicas iniciales a la par con las complicaciones cutáneas como sistémicas que se van presentando a medida que va evolucionando la enfermedad. En este caso el paciente presentó diferentes criterios clínicos, los cuales, fueron esclerosis en piel en miembros superiores como inferiores, acompañadas de hipochromías más disfagia, esclerodactilia, llegando así al diagnóstico de esclerosis sistémica.

Posterior al diagnóstico y a los resultados de laboratorio obtenidos, se realizó una biopsia, la cual reveló, la compatibilidad con una esclerodermia localizada.

La enfermedad mixta del tejido conectivo se describió por primera vez en el año 1972 por Sharp; se desconoce la incidencia exacta de esta patología (10). Es un síndrome autoinmune poco frecuente que se caracteriza por la presencia de signos y síntomas de enfermedades del tejido conjuntivo, las cuales, incluyen lupus eritematoso sistémico, la dermatomiositis, la esclerosis sistémica, artritis reumatoide y la polimiositis (11).

La EMTC es una enfermedad autoinmune muy poco frecuente, en la que se presentan distintos síndromes que se superponen. Los síntomas iniciales de la EMTC son inespecíficos, pero puede debutar con artralgia, mialgia, febrícula y malestar general. Comparando las características clínicas más llamativas de los pacientes con EMTC pueden incluir artritis, fenómeno de Raynaud, miocarditis, enfermedad pulmonar intersticial, anomalías cutáneas, debilidad muscular y dismotilidad esofágica (10,12).

Según Voon Ong (13) “La distinción entre EMTC y otras enfermedades reumáticas sistémicas, incluido el síndrome de superposición, es un desafío clínico, particularmente dada la heterogeneidad de las presentaciones de la enfermedad”. Es por ello que existen varios criterios diagnósticos para la EMTC entre estos los más utilizados son los criterios de Alarcón–Segovia y Kahn los cuales han demostrado tener una mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de EMTC donde se menciona que debemos tener el criterio serológico positivo (anticuerpo anti- U1 RNP) y al menos tres criterios clínicos entre los cuales están considerados los siguientes: edema de mano, artritis, miositis, fenómeno de Raynaud,acroesclerosis (13). Además, es importante mencionar que el paciente presentó una excelente respuesta a los glucocorticoides, lo que ocurre muy frecuentemente en los pacientes diagnosticados con EMTC (14).

Si bien en primera instancia podríamos pensar como diagnóstico de nuestro paciente EMTC por la coexistencia de LES, AR e incluso la enfermedad de Sjogren, este diagnóstico es descartado pues basándonos en los criterios antes mencionados nuestro paciente no solo no cumple con el criterio

serológico, sino que además no cumple con los criterios clínicos suficientes para ser considerada una EMTC.

La enfermedad indiferenciada del tejido conectivo se refiere al conjunto de signos, síntomas y pruebas inmunológicas que por sí solas no llegan a cumplir los criterios suficientes para ser considerada como una enfermedad definida del tejido conectivo (2). La EITC puede subdividirse en estable o evolutiva, en un estudio realizado por Rubio y Kittaris señalan lo siguiente (15): “El 28% de los pacientes tienen un curso evolutivo y la mayoría desarrolla LES o artritis reumatoide dentro de los 5 a 6 años posteriores al diagnóstico de EITC, del resto de pacientes, el 18% logra la remisión”.

En 1999 se propusieron tres criterios para el diagnóstico de EITC en los cuales se menciona lo siguiente: 1. presentación clínica que sugiere una enfermedad definida del tejido conectivo, pero que no cumple con sus criterios, 2. marcadores serológicos positivos en dos ocasiones distintas, incluido un marcador de anticuerpos antinucleares positivo, y 3. la duración de síntomas sea de al menos tres años (2).

Debido a que las manifestaciones clínicas son similares a otras patologías autoinmunes el tratamiento suele ser similar por lo que se maneja al paciente con dosis de antipalúdicos (hidroxicloroquina) y AINEs (naproxeno, celecoxib, etc) estos en conjunto se suelen utilizar para el tratamiento de los síntomas de origen mucocutáneos y problemas articulares, por otro lado los corticoesteroides como la prednisona son utilizados para regular la inflamación a nivel sistémico, y los calcioantagonistas como la nifedipina el cual se usa generalmente como tratamiento para aquellos pacientes que presentan el fenómeno de Raynaud. Puede requerirse en casos más avanzados el uso de inmunosupresores en aquellos pacientes que presentan daño en sus órganos (2,15).

El paciente descrito en este caso clínico, refiere que, desde hace 3 años, registra antecedentes patológicos personales de dolor poliarticular con afectación de grandes, medianas y pequeñas articulaciones compatible con un patrón de afectación inflamatorio, presenta mialgias, disminución de la fuerza muscular, disnea, fatiga intensa, pérdida de peso, los cuales, fueron progresando.

Desarrolló dificultad para realizar sus actividades diarias, debido al intenso dolor articular y la progresión de la deformación de sus manos y pies. Otros síntomas notables fueron disfagia, xerosis, prurito, lesiones dérmicas en extremidades y vértigo. Se presentaron alteraciones en las pruebas autoinmunes y complementos disminuidos.

Finalmente, se logró establecer como diagnóstico la enfermedad indiferenciada del tejido conectivo basándonos en la clínica que presenta el paciente más las distintas pruebas inmunológicas positivas las cuales sin lugar a duda no cumplen con los criterios necesarios para ser considerada como alguna enfermedad del colágeno. No obstante, en un futuro el paciente puede evolucionar a una de las distintas enfermedades del tejido conectivo mencionadas.

7. CONCLUSIONES

En Ecuador, la enfermedad indiferenciada del tejido conectivo, es una entidad autoinmune rara y poco frecuente, de etiología desconocida que se caracteriza por una expresión clínica amplia y variada, lo que implica un diagnóstico complicado, ha esto sesuma la deficiencia de estudios y datos estadísticos sobre la prevalencia e incidencia de esta patología en nuestro medio, la hacen una entidad desconocida, por consiguiente, se considera de vital importancia exponer sobre la variabilidad clínica de esta afectación y presentar los diversos criterios diagnósticos de las enfermedades del colágeno, para llegar al diagnóstico de EITC, con el objetivo de orientar y aumentar el nivel de conocimiento que se tiene de la misma hacia la comunidad médica y el de los propios pacientes.

Es importante recordar que la EITC con el tiempo puede evolucionar a una enfermedad definida del tejido conectivo que generalmente suele ser LES. Por lo tanto, debe ser manejada por un equipo multidisciplinario como en este caso, que ha requerido la intervención de varias especialidades como son: medicina interna, dermatología, neumología, reumatología,

fisiatría, ya que se ven afectados varios órganos y sistemas, por lo cual, es menester el conocimiento adecuado para llegar a un correcto diagnóstico. Si bien esta enfermedad es crónica, es posible brindar un tratamiento eficaz, donde el paciente sea adherente al tratamiento, con el fin de llegar a la remisión de esta entidad, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

5.1 CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de este reporte de caso clínico declaran no tener conflictos de interés.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Leroy EC, Maricq HR, Bashar Kahaleh M. Undifferentiated connective tissue syndromes. *Arthritis & Rheumatism*. 1980;23(3):341-3.
2. Marwa K, Anjum F. Undifferentiated Connective Tissue Disease. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 29 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572061/>
3. Jeganathan N, Sathananthan M. Connective Tissue Disease-Related Interstitial Lung Disease: Prevalence, Patterns, Predictors, Prognosis, and Treatment. *Lung*. octubre de 2020;198(5):735-59.
4. Narváez J. Lupus eritematoso sistémico 2020. *Medicina Clínica*. 11 de diciembre de 2020;155(11):494-501.
5. Shang X, Ren L, Sun G, Yu T, Yao Y, Wang L, et al. Anti-dsDNA, anti-nucleosome, anti-C1q, and anti-histone antibodies as markers of active lupus nephritis and systemic lupus erythematosus disease activity. *Immun Inflamm Dis*. 20 de enero de 2021;9(2):407-18.
6. Lin YJ, Anzaghe M, Schülke S. Update on the Pathomechanism, Diagnosis, and Treatment Options for Rheumatoid Arthritis. *Cells*. 3 de abril de 2020;9(4):880.
7. Brito-Zerón P, Retamozo S, Ramos-Casals M. Síndrome de Sjögren. *Medicina Clínica*. 24 de febrero de 2023;160(4):163-71.
8. Ferreli C, Gasparini G, Parodi A, Cozzani E, Rongioletti F, Atzori L. Cutaneous Manifestations of Scleroderma and Scleroderma-Like Disorders: a Comprehensive Review. *Clinic Rev Allerg Immunol*. 1 de diciembre de 2017;53(3):306-36.
9. García-Vázquez A, Guillen-Climent S, Ramón Quiles MD. FR - Morfea generalizada: definición y asociaciones. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 1 de abril de 2021;112(4):366-7.
10. Sapkota, Al Khalili. Mixed Connective Tissue Disease. En: StatPearls. 2023.
11. Alves MR, Isenberg DA. "Mixed connective tissue disease": a

condition in search of an identity. *Clin Exp Med.* 2020;20(2):159-66.

12. Bortz CM, Yu A, Ozeri DJ. Volvulus and Under Appreciated Complication of Mixed Connective Tissue Disease: A Case Report. *J Med Cases.* 6 de abril de 2018;9(4):125-6.

13. Clinical manifestations and diagnosis of mixed connective tissue disease - UpToDate [Internet]. [citado 26 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www-](https://www-uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-mixed-connective-tissue-disease?search=enfermedad%20mixta%20del%20tejido%20conjuntivo&source=search_result&selectedTitle=1~121&usage_type=default&display_rank=1)

[uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-mixed-connective-tissue-disease?search=enfermedad%20mixta%20del%20tejido%20conjuntivo&source=search_result&selectedTitle=1~121&usage_type=default&display_rank=1](https://www-uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-mixed-connective-tissue-disease?search=enfermedad%20mixta%20del%20tejido%20conjuntivo&source=search_result&selectedTitle=1~121&usage_type=default&display_rank=1)

14. Prognosis and treatment of mixed connective tissue disease - UpToDate [Internet]. [citado 26 de agosto de 2023]. Disponible en:

https://www-uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/prognosis-and-treatment-of-mixed-connective-tissue-disease?search=enfermedad%20mixta%20del%20tejido%20conjuntivo&source=search_result&selectedTitle=2~121&usage_type=default&display_rank=2

15. Rubio J, Kyttaris VC. Undifferentiated Connective Tissue Disease: Comprehensive Review. *Curr Rheumatol Rep.* mayo de 2023;25(5):98-106.

9. GLOSARIO

- **Anticuerpos anti nucleares (AAN o ANA):** Es una prueba de laboratorio, que se emplea para identificar un grupo de anticuerpos que reconocen el material contenido en el núcleo de las células del mismo individuo, por ello se conocen también como auto anticuerpos. Son útiles cuando se está investigando la posibilidad de que la persona tenga una enfermedad autoinmune, como el lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, Polimiositis, esclerodermia, etc. Por sí solos no hacen diagnóstico de ninguna enfermedad específica, ya que se pueden presentar en población normal, y su interpretación depende del cuadro clínico del paciente.
- **Artritis Reumatoide:** Es una enfermedad inflamatoria, de carácter crónico, caracterizada por producir síntomas predominantemente articulares (dolor, inflamación, limitación para los movimientos) pero se considera que es una enfermedad sistémica porque también se comprometen otros órganos como el corazón, riñón, pulmones, etc. Su causa no es conocida aún. Se postula que existen factores genéticos que aumentan el riesgo de padecerla, pero es necesario que la persona se exponga a factores externos como el tabaquismo, obesidad, infecciones, entre otros actuando como facilitadores para el desencadenamiento de la enfermedad. Por esto es que se puede presentar en cualquier época de la vida.
- **Esclerodermia:** Es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por presentar cambios en la piel, vasos sanguíneos y órganos como el pulmón, corazón y riñón. Entre los síntomas que se presentan se encuentran cambios de coloración de la piel (azulada, blanca o enrojecida), asociado a los cambios de temperatura (Fenómeno de Raynaud. La piel puede estar hinchada en las extremidades, o se puede presentar engrosamiento con disminución de la elasticidad, especialmente en las manos, pies, cara y tórax, variando de un paciente a otro. Además, los pacientes con escleroderma pueden tener compromiso de la respiración. Otros pacientes

presentan compromiso del esófago manifestado por dificultad para pasar los alimentos, reflujo gastroesofágico de difícil manejo. Existen varios tipos de esclerodermia de acuerdo a la extensión del compromiso.

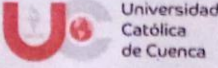
- **Factor Reumatoide (FR o RA test):** Es un auto anticuerpo que reconoce la llamada fracción constante de otro anticuerpo. Se encuentra frecuentemente elevado en los pacientes con Artritis Reumatoide, pero no hace por sí solo diagnóstico de la enfermedad, ya que se puede encontrar en personas sanas, en infecciones, e incluso en otras enfermedades reumatológicas diferentes a la Artritis. Es útil para determinar si el paciente es positivo (sero positivo) o negativo.

- **Lupus eritematoso sistémico:** Es una enfermedad autoinmune sistémica, en la que se pueden comprometer en forma simultánea o sucesiva, cualquier órgano, siendo los las frecuentemente comprometidos la piel, riñón, pulmón, sistema nervioso, entre otros. De ahí que el diagnóstico es complejo ya que los pacientes consultan En las pruebas de laboratorio de pueden identificar alteraciones en el cuadro hemático, parcial de orina, presentar anticuerpos antinucleares positivo, anti ADN, anticardiolipinas, etc. El diagnóstico se basa en los signos y síntomas del paciente, complementado con los exámenes de laboratorios, y de acuerdo a los órganos comprometidos y a la severidad de la enfermedad se define el tratamiento.

- **Proteína C Reactiva (PCR):** Es un proteína producida por las células del hígado , que pertenece al grupo de los denominados “ reactantes de fase aguda”, ya que su producción se eleva en forma importante cuando hay procesos inflamatorios , especialmente con infecciones o en enfermedades como artritis, lupus, vasculitis cuando están activas. Se consideran valores altos cuando se encuentra tres veces por encima del límite superior normal. Por esta razón en los pacientes con enfermedades reumatológicas se solicita frecuentemente.

10. ANEXOS

Consentimiento informado



Universidad
Católica
de Cuenca

Se deberán firmar dos juegos originales del presente documento: uno será entregado al participante y otro será conservado por el profesional que solicita el consentimiento

HOJA INFORMATIVA PARA EL/LA PACIENTE

TÍTULO DE LA PUBLICACION CIENTÍFICA:
"ENFERMEDAD INDIFERENCIADA DEL TEJIDO CONECTIVO: REPORTE DE UN CASO"

INVESTIGADORES: DENISSE MICHELLE SABANO PONCE

Este documento tiene por objeto ofrecerle información con la finalidad de **pedir su autorización** para recoger datos sobre el problema de salud de **Enfermedad indiferencia del tejido conectivo** por el que, fue tratada/o en este centro.

Si decide autorizar, debe recibir información personalizada del profesional que solicita su consentimiento, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si autoriza o no.

Su decisión es completamente **voluntaria**. Ud. puede decidir no autorizar el uso de sus datos de salud. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con el profesional que se lo solicita ni a la asistencia sanitaria a la que Ud. y sus familiares tienen derecho.

¿Cuál es el propósito de esta petición?

Nuestro interés es exponer SU problema de salud como "**caso clínico**" a la comunidad científica, con la finalidad de dar a conocer a otros profesionales cómo ha sido tratada y cómo ha evolucionado. Esta información podría ser de utilidad en el futuro para otras personas con un problema de salud como el suyo.

¿Qué me están solicitando?

Usted fue atendida/o en el (HOSPITAL DEL NORTE IESS DE LOS CEIBOS) por presentar una enfermedad de (ENFERMEDAD INDIFERENCIADA DEL TEJIDO CONECTIVO).

Si firma este documento, nos autoriza para recoger datos de su historia clínica y realizar una publicación científica sobre el problema de salud que se describe.

Entre la información que queremos recoger, es necesario antecedentes patológicos personales, exámenes de laboratorio, pruebas anatomopatológicas, evolución intrahospitalaria y post hospitalaria. La publicación científica puede ser de varios tipos, por ejemplo: una conferencia, una comunicación a un congreso, un artículo en una revista científica o incluso una actividad docente.

Página 1 | 3

Se deberán firmar dos juegos originales del presente documento: uno será entregado al participante y otro será conservado por el profesional que solicita el consentimiento

¿Obtendré algún beneficio o inconveniente?

No se espera que Usted ni sus familiares obtengan beneficio, ni se expongan a ningún riesgo. Con su colaboración contribuirá a aumentar el conocimiento científico.

¿Se publicarán los datos del caso clínico?

Si, en publicaciones científicas dirigidas a profesionales de la salud. Ha de saber que algunas de estas publicaciones pueden ser de acceso libre en internet, por lo que también pueden ser leídas por muchas otras personas ajenas al mundo sanitario. No se transmitirá ningún dato de carácter personal, tal como se describe en el punto siguiente. Si es de su interés, se le podrá facilitar la publicación realizada.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

Solamente los autores de la publicación científica tendrán acceso a todos sus datos de identificación personal, que se recogerán **anonimizados**, es decir, sin ningún dato de carácter personal. Le garantizamos que no recogeremos nombre y apellidos, ni fecha de nacimiento, ni cédula de identidad, pasaporte, ni número de historia clínica, ni código de identificación personal contenido en su carnet de salud.

Vamos a utilizar datos de su historia clínica. Los profesionales autores de la publicación científica no recibirán retribución específica por la dedicación al estudio. Ud. no será retribuido por autorizar el uso de los datos de salud.

Puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones, pero una vez que el caso clínico haya sido aceptado para su publicación no habrá posibilidad de cambiar de parecer.

Si tiene alguna duda puede contactar con: Denisse Michelle Sabando Ponce

Teléfono: 0984795809

Correo-electrónico:
sadenisse06@gmail.com

Muchas gracias por su colaboración

**CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PACIENTE / POR REPRESENTANTE LEGAL
PARA REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA Y PUBLICACIÓN CIENTÍFICA**

TÍTULO: "ENFERMEDAD INDIFERENCIADA DEL TEJIDO CONECTIVO: REPORTE DE UN CASO"

Leí la información contenida en este documento y autorizo a que se utilicen mis datos personales de historia clínica en las condiciones que se describen.

Se incluye fotografías de radiografías y tomografías computarizadas sin nombres del encabezado.

- Deseo se me permita ver y leer la versión final del documento y autorizo su publicación científica resguardando la confidencialidad de mis datos personales
- Deseo conocer el documento científico una vez que se haya publicado.

Laboratorios

| NOMBRE ESTUDIO | RESULTADO | UNIDADES | R. REFERENCIA |
|---|-------------|----------|--|
| BIOQUIMICOS | | | |
| (*) P. C Reactiva | * 23.82 | mg/L | 0.00 - 5.00 |
| Bilirrubina Total Sérica | 1.01 | mg/dl | ADULTOS 0.2 - 1.2 Prematuros (suero) < 24 horas < 8.0 < 48 horas < 12.0 3 a 5 días < 15.0 7 días < 15.0 Recién nacidos a término (suero) < 24 horas < 6.0 < 48 horas < 10.0 3 a 5 días < 12.0 7 días < 10.0 |
| Técnica: Espectrofotometría Automatizada | | | |
| Bilirrubina Directa Sérica | 0.47 | mg/dl | 0.00 - 0.50 |
| Técnica: Espectrofotometría Automatizada | | | |
| (*) Bilirrubina Indirecta Sérica | 0.54 | mg/dl | 0.00 - 1.00 |
| Técnica: Espectrofotometría Automatizada | | | |
| PRUEBAS REUMATICAS | | | |
| (*) Factor Reumatoides por Nefelometría | * 1450.00 | IU/ml | 0.00 - 20.00 |
| (*) Anti Péptido Cíclico Citrulinado | 1.70 | U/mL | Negativo: Menor a 5.0 U. Positivo: 5.0 o Mayor a 5.0 |
| Técnica: Enzaimunoinmunoanálisis de partículas-MEIA | | | |
| VIROLOGIA | | | |
| (*) Antígeno Australiá (HBsAg) | NO REACTIVO | | |

Los ensayos marcados con (*) NO están incluidos en el alcance de la acreditación del SAE.
Para reimpresión de resultados y conocer otros puntos de atención, visite nuestra página web.

| NOMBRE ESTUDIO | RESULTADO | UNIDADES | R. REFERENCIA |
|--|-----------|----------|--|
| Técnica: QL-Architect. | | | |
| (*) Hepatitis B, Antígeno S (Índice) | 0.24 | S/CO | No Reactivo: Menor de 1.00 Reactivo: 1.00 o Mayor |
| Técnica: Quimioluminiscencia (CLMA) | | | |
| (*) Hepatitis C, Anticuerpos | 0.14 | S/Co | INTERPRETACION Menor que 1.0 = No reactivo Igual o mayor que 1 = Reactivo Muestras Reactivas han sido verificadas por repetición y se recomienda investigar a estos pacientes por otros métodos como inmunoblot recombinante y/o PCR. |
| Técnica: QL-Architect. Tercera generación. | | | |
| INMUNOLOGICAS | | | |
| (*) Anti -SSB (LA) | 2.89 | U | menor de 16 : Negativo 16 - 20 : Equívoco más de 20 : Positivo |
| Técnica: ELISA | | | |
| (*) Anti -SSA (RO) | 119.50 | U | menor de 16 : Negativo 16 - 20 : Equívoco más de 20 : Positivo |
| Técnica: ELISA | | | |
| (*) Anticuerpos Antinucleosomas | * 137.50 | U/mL | 0.00 - 25.00 |
| Técnica: Ensayo Inmunoenzimático (EIA) | | | |

Los ensayos marcados con (*) NO están incluidos en el alcance de la acreditación del SAE.
Para reimpresión de resultados y conocer otros puntos de atención, visite nuestra página web.

04-7994010 www.interlab.com.ec /interlabEcuador interlab.com

| NOMBRE ESTUDIO | RESULTADO | UNIDADES | R. REFERENCIA |
|---|-----------|---|---|
| Técnica: Método: Enzima-Immuno análisis- EIA. | | | |
| (*) Complemento C3 Nefelometría | * 37.00 | mg/dl | 79.00 - 152.00 |
| Técnica: Nefelometría cinética | | | |
| (*) Complemento C4 Nefelometría | * 6.46 | mg/dl | 16.00 - 38.00 |
| Técnica: Nefelometría cinética | | | |
| (*) Anti -JO | 2.16 | U | Menor de 20: Negativo 20 a 39: Positivo Débil 40 a 80: Positivo Moderado Mayor a 80: Positivo fuerte |
| Técnica: ELISA | | | |
| (*) Sclero-70, Anticuerpos | 11.77 | U. | menor 20 : Negativo 20 - 39 : Ligera Positivo 40 - 80 : Moderadamente Positivo mayor 80 : Fuertemente Positivo |
| Técnica: ELISA | | | |
| DATOS DE PACIENTE | | | |
| MUESTRAS RECIBIDAS (NO recolectada por INTERLAB) | | | |
| Nota: Se considera el Punto(.) como separador decimal. | | | |
| Atentamente. | | *IMPORTANTE: Téngase en cuenta que un resultado de laboratorio no es diagnóstico por sí solo. Para la correcta interpretación, el profesional médico requiere integrar el resultado con los datos de historia clínica y otros exámenes complementarios. | |
| Dr. Jorge Eduardo Macías Loo DIRECTOR TECNICO Reg. Senescyt 1006R-09-2102 Reg Prof. MSP L.1 F. 1981 No. 4886 | | | |

Los ensayos marcados con (*) NO están incluidos en el alcance de la acreditación del SAE.
Para reimpresión de resultados y conocer otros puntos de atención, visite nuestra página web.

| NOMBRE ESTUDIO | RESULTADO | UNIDADES | R. REFERENCIA |
|---|-----------------|----------|--|
| (*) ANA Hep-2 IFl (Anti celulares) | Positivo 1:1280 | | Dilución inicial 1:80 Negativo: Título menor de 1:80 Positivo: Título 1:80 o mayor Con frecuencia se observan títulos bajos en individuos sanos. Títulos Positivos son significativos para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades autoinmunes. En estos casos se recomienda ampliar la investigación con pruebas específicas de seguimiento. |
| PATRON AC-5- MOTEADO GRUESO | | | Este patrón se encuentra más frecuentemente asociado a Enfermedad Mixta del Tejido Conjuntivo (EMTC), LES. Se sugiere investigar Anticuerpos Anti-RNP y Anti Sm. Antígenos a los que va dirigido: Ribonucleoproteínas. |
| (*) Ac. Anti-Musculo Liso (SMA) - IF | Positivo 1:20 | | Positivo 1:10 o Mayor |
| Técnica: Método: Inmunofluorescencia | | | |
| (*) Anti DNA ds, IF | Negativo | | Positivo 1:10 o Mayor |
| Técnica: IF (Cnithidia lucifae) | | | |
| (*) Ac. Anti- Mitocondriales M2 | 4.62 | AU | Negativo : < 20 Positivo : > 25 Equívoco : 20.1 - 24.9 |
| Técnica: ELISA | | | |
| (*) Anti -Centrómero, Anticuerpos (EIA) | 8.35 | U. | Negativo <20 Fuertemente positivo 20 - 30 Fuertemente positivo >30 |

Los ensayos marcados con (*) NO están incluidos en el alcance de la acreditación del SAE.

```

----- PÁGINA:03
Leucocitos (WBC).....: 18.54          4.29 - 9.07 x103/ul
Hemoglobina (HGB).....: 5.3          13.7 - 17.5 g/dl
Hematocrito (HCT).....: 15.0         40.0 - 54.0 %
Volumen corp. medio (MCV).....: 130.5       79.0 - 92.2 fl
Conc. media hemog. (MCH).....: 110.7       25.6 - 32.2 pg
Conc. corp. media (MCHC) de hemo.: 84.9       33.0 - 36.0 g/dl
Volumen Medio Plaquetario (MPV).....: 9.3         9.4 - 12.4 fl
Monocitos.....: 0.87          0.30 - 0.82 x103/ul
Eosinófilos.....: 0.01          0.04 - 0.54 x103/ul
Linfocitos.....: 1.38          1.32 - 3.57 x103/ul
Neutrófilos.....: 14.27         1.78 - 5.38 x103/ul
Basófilos.....: 0.01          0.01 - 0.08 x103/ul
Plaquetas.....: 319          163 - 337 x103/ul
Recuento de globulos rojos.....: 1.78         4.63 - 6.08 N/uL
-----
F3=Salir      F17=Inicio      F18=Final      Más...

```

```

----- PÁGINA:04
Monocitos %.....: 5.3          5.3 - 12.2 %
Eosinófilos %.....: 0.1          0.8 - 7.0 %
Linfocitos %.....: 8.3          21.8 - 53.1 %
Neutrófilos %.....: 88.3         34.0 - 67.9 %
Basófilos %.....: 0.0          0.2 - 1.2 %
Ancho distribución de plaqueta.....: 167.3       35.1 - 43.9 fl
Ancho distribución G.R.C.V%.....: 44.8         12.5 - 14.8 %
Comentarios:
SE REALIZA REPETICION POR DOS Y SE PIDE NUEVA MUESTRA PARA CONFIRMAR V
ALORES DE ROJOS , HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO
-----
EXAMEN: GLUCOSA - QUIMICA          VALOR REFERENCIAL
Muestra No. 01 Asignada a: 2023/03/23 18:58      70 - 99 mg/dL
GLUCOSA.....: 100
-----
F3=Salir      F17=Inicio      F18=Final      Más...

```

```

-----
EXAMEN: PROTEINAS TOTALES - QUIMICA          VALOR REFERENCIAL
Muestra No. 01 Asignada a: 2016/03/19 11:07
----- PÁGINA:04
Proteínas Totales.....: 8.2
Comentarios:
-----
EXAMEN: LIPASA - QUIMICA          VALOR REFERENCIAL
Muestra No. 01 Asignada a: 2016/03/19 11:07
Lipasa en Suero.....: 28.0
-----
EXAMEN: FMO (URONANALISIS DE RUTINA) - OTROS ANALISIS          VALOR REFERENCIAL
Muestra No. 01 Asignada a: 2016/03/19 10:52
Color.....: AMARILLO
-----
F3=Salir      F17=Inicio      F18=Final      Más...

```

```

----- PÁGINA:01
EXAMEN: BIOMETRIA HEMATICA - HEMATOLOGIA          VALOR REFERENCIAL
Muestra No. 01 Asignada a: 2016/03/19 10:34
Leucocitos (WBC).....: 9.30
Hemoglobina (HGB).....: 15.5
Hematocrito (HCT).....: 44.4
Volúmen Corp. Medio (MCV).....: 85
Conc. media hemog. (MCH).....: 28.6
Corp. media (MCHC) de hemo.....: 34.9
Vólumen Medio Plaquetario (MPV).....: 7.8
Monocitos.....: 0.82
Eosinófilos.....: 0.85
Linfocitos.....: 3.84
Neutrófilos.....: 3.84
-----
F3=Salir      F17=Inicio      F18=Final      Más...

```

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Denisse Michelle Sabando Ponce portador(a) de la cédula de ciudadanía N°**1315347987**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Enfermedad indiferenciada del tejido conectivo: Reporte de un caso”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 27 de noviembre de 2023

F:  F: Denisse Ponce

Denisse Michelle Sabando Ponce

C.I. 1315347987