



## 904 - SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO DEL ADULTO (MIS-A); A PROPÓSITO DE 3 CASOS

**S. Carrasco Molina, A. de Gea Grela, C. Oñoro López, J. Álvarez Troncoso, E. Ruíz Bravo, J.C. Martín Gutiérrez, E. Prieto Moriche y Á. Robles Marhuenda**

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Describir una entidad poco frecuente e infradiagnosticada; el síndrome inflamatorio multisistémico del adulto (MIS-A). Se describen tres casos clínicos que cumplen criterios de esta entidad.

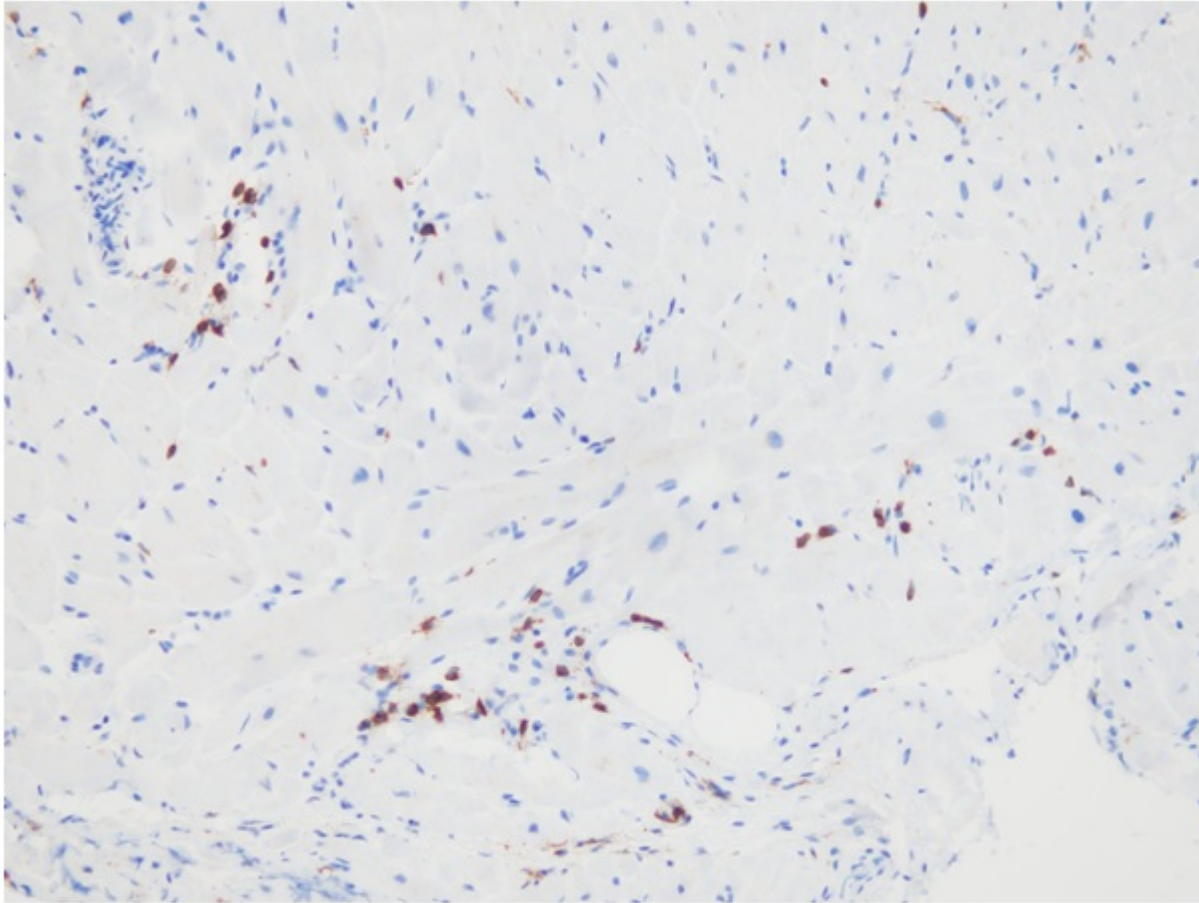
**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo unicéntrico realizado en un hospital terciario español de tres casos que cumplen criterios de MIS-A. Se analizaron los datos epidemiológicos, la presentación clínica, los datos analíticos y su relación con la infección por SARS-CoV-2.

**Resultados:** Los tres casos clínicos presentados se presentan como un cuadro clínico hiperinflamatorio con fiebre elevada y aumento de reactantes de fase aguda (PCR, ferritina, VSG). Tras ingresar en el hospital para estudio, los tres casos desarrollan un shock cardiogénico secundario a una probable miocarditis (siendo diagnosticada en los casos 1 y 3 con ecocardiograma y resonancia magnética y confirmada histológicamente en el caso 2 [fig. 1]) con hipoaquinesia/aquinesia cardíaca, encontrándose una relación epidemiológica con el SARS-CoV-2 (en el caso 1, contacto estrecho con paciente con COVID-19 en las últimas 12 semanas con IgM e IgG positivas y RT-PCR negativa, en el caso 2 infección pasada 4 semanas antes con serología con IgG + para SARS-CoV-2 con RT-PCR negativa y en el caso 3 infección documentada pasada reciente con RT-PCR positiva 14 días antes del inicio de la sintomatología), siendo llamativo la aparición de sintomatología grave con predominio de afectación cardíaca en una fase tardía tras la infección o contacto con el SARS-CoV-2 con presencia de serología positiva con RT-PCR negativa para SARS-CoV-2. En cuanto al tratamiento, el caso 1 fue tratado con corticoides orales a dosis de 1 mg/kg/día, mientras que los casos 2 y 3 fueron tratados con bolos intravenosos de corticoides durante tres días con posterior mantenimiento con metilprednisolona oral a 1 mg/kg/día, obteniendo una buena y rápida respuesta clínica con mejoría sintomática y recuperación completa de la función cardíaca. En cuanto al tratamiento de mantenimiento, el caso 1 precisó tratamiento con hidroxiquina por permanecer sintomática con un cuadro poliarticular, mialgias y astenia persistente. El caso 2 presentó una muy buena respuesta quedándose asintomático, aunque se inició tratamiento con azatioprina como ahorrador de corticoides. El caso 3 realizó una reducción paulatina de la dosis de corticoides, quedando totalmente asintomático con recuperación completa de la función cardíaca, no precisando ningún otro tratamiento inmunomodulador.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad	42 años	46 años	37 años
Sexo	Mujer	Varón	Varón
Fiebre > 3 días	Sí	Sí	Sí
Antecedentes personales	No	No	Asma alérgica
Afectación mucocutánea	Sí (rash macular en tronco)	Sí (rash cutáneo)	Sí ( <i>rash</i> macular laterocervical)
Linfadenopatía	Sí (laterocervical derecho)	Sí (Generalizadas)	Conglomerado adenopático cervical bilateral
Afectación gastrointestinal	Sí (diarrea)	No	No
Shock/hipotensión	Sí	Sí	Sí
Clínica neurológica	No	No	No
PCR (mg/L)	Elevada (159)	Elevada (300)	Elevada (318)
VSG (mm/h)	-	Elevada (54)	-
Ferritina (ng/mL)	Elevada (1000)	Elevada (1579)	Elevada (1.591)
Procalcitonina (ng/mL)	-	-	Elevada (0,91)
Nt-pro bnp (pg/mL)	Elevado (5825)	-	-
IL-6 (pg/mL)	Elevado (> 1.000)	-	-
Troponina I (hs-TnI) (ng/mL)	Elevado (52,9)	Elevado (19.356)	Elevada (3.549)
Neutrofilia/ $\mu$ L	Sí (9040)	Sí (15370)	Sí (12010)
Linfopenia/ $\mu$ L	Sí (410/ $\mu$ L)	No	No
Trombocitosis/trombocitopenia	No	Trombocitosis	No
Alteraciones en ecocardiograma	Hipocinesia global con FEVI 48%	Acinesia inferior medioapical e hipocinesia en septo basal y medio y cara inferior basal, FEVI 30%	Hipocinesia global (FEVI 28%)
Cambios en electrocardiograma	Taquicardia sinusal sin alteraciones de la repolarización	Descenso del PR y rectificación de ST difuso	Taquicardia sinusal con ascenso del ST 1 mm en cara lateral, I, aVL, V3-6 con rectificación del ST en cara inferior y aVR
TC coronario	-	Sin lesiones coronarias	-
Alteraciones en resonancia magnética	No realce patológico, leve derrame pleural con mínimos cambios inflamatorios	Realce tardío intramiocárdico y subepicárdico con distribución en anillo en todos los segmentos (miocarditis aguda con datos de necrosis)	Áreas de realce tardío parcheadas meso y subepicárdicas (miocarditis aguda)

Biopsia miocárdica	-	Infiltrado inflamatorio linfocitario	-
Biopsia de piel	-	Infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular	-
PCR COVID-19	Negativas (4 negativas, 2 indeterminadas)	4 negativas (1 positiva durante el ingreso)	Negativa
Serología COVID-19	IgM +, IgG +	IgG +	-
Antecedente de COVID-19 pasado en las últimas 12 semanas	No	Sí (con PCR +), 4 semanas antes del inicio del cuadro	Sí (con PCR +) 14 días antes del inicio del cuadro
Contacto con persona COVID 19 + en las últimas 12 semanas	Sí	No	No
Vacunación de SARS-CoV-2 reciente (4-6 semanas)	No	No	No
Tratamiento recibido	Metilprednisolona 60 mg/día	Bolos de metilprednisolona 500 mg 3 días seguido de 1 mg/kg/día	Bolos de metilprednisolona 1 g 3 días seguido de 1 mg/kg/día
Tratamiento de mantenimiento	Hidroxicloroquina	Azatioprina	No
Mejoría clínica aguda	SÍ	SÍ	SÍ
Síntomas persistentes	Astenia asociado a artralgias y mialgias generalizadas	No	No

*Discusión:* Se han descrito unos criterios clasificatorios para la definición de MIS-C/A con diferentes niveles de certeza. Si empleamos dichos criterios, nuestros tres casos cumplen nivel 1 de certeza diagnóstica, pudiendo ser definidos como casos definitivos de MIS-A.



*Conclusiones:* En resumen, MIS-A es un cuadro grave con predominio de afectación cardíaca asociado de forma tardía a la infección o exposición al virus SARS-CoV-2 que tiene una buena respuesta a inmunomoduladores, por lo que debe ser reconocido y tratado precozmente, presentando en la mayoría de casos un buen pronóstico a largo plazo.

### **Bibliografía**

1. Vogel TP, Top KA, Karatzios C, Hilmers DC, Tapia LI, Mocerri P, et al. Multisystem inflammatory syndrome in children and adults (MIS-C/A): Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunization safety data. *Vaccine*. 2021;39(22):3037-49.