



Sociedad
de Medicina Interna
Aragón-
La Rioja-
Navarra-
País Vasco

IX

Congreso

Sociedad de Medicina Interna de
Aragón-La Rioja-Navarra
y País Vasco

Huesca

28-30 Mayo
de 2009

Palacio de Congresos y Exposiciones de Huesca



28-30 Mayo de 2009

Huesca



LIBRO DE COMUNICACIONES

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de
Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

ÍNDICE

COMUNICACIONES ORALES

Enfermedades Infecciosas (A)

| | | |
|------|--|----|
| A-01 | BACTERIEMIAS POR ESCHERICHIA COLI PRODUCTOR DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO AMPLIADO (BLEA)..... | 25 |
|------|--|----|

Gestión Clínica (G)

| | | |
|------|---|----|
| G-02 | INDICADORES GENERALES DE LA ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DURANTE LOS AÑOS 1999 A 2008..... | 26 |
| G-03 | ESTUDIO DE LA COMORBILIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL TERCIARIO..... | 27 |
| G-07 | ANÁLISIS DE LOS GRDS MÁS FRECUENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET EN EL AÑO 2008..... | 28 |

Insuficiencia Cardíaca (IC)

| | | |
|-------|--|----|
| IC-01 | EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA CON CAMBIO DE DIURÉTICO AL INGRESO. ESTUDIO EXPLORATORIO DE COHORTES DE TORASEMIDA VERSUS FUROSEMIDA (ECTOR)..... | 29 |
| IC-02 | VALOR PRONÓSTICO DEL NT-PROBNP EN COR PULMONALE CRÓNICO..... | 30 |

Osteoporosis (O)

| | | |
|------|---|----|
| O-01 | INTERCONSULTAS A MEDICINA INTERNA POR PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA..... | 31 |
|------|---|----|

Riesgo Vascular (RV)

| | | |
|-------|--|----|
| RV-02 | VALIDACIÓN DE LA ESCALA "GRACE" EN 550 PACIENTES DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO..... | 32 |
| RV-05 | RECuento LEUCOCITARIO Y RIESGO CARDIOVASCULAR..... | 33 |
| RV-07 | ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA Y SÍNDROME METABÓLICO..... | 34 |

Enfermedad Tromboembólica (T)

| | | |
|------|---|----|
| T-03 | PERFIL DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ETE) EN EL ÁREA DE PAMPLONA. GRUPO RIETE..... | 35 |
|------|---|----|

Varios (V)

| | | |
|------|---|----|
| V-05 | ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN Y SEVERIDAD DE LA CIRROSIS COMPENSADA..... | 36 |
| V-12 | REINGRESOS EN EL HOSPITAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO..... | 37 |
| V-16 | TAC DUAL MULTICORTE EN EL DIAGNÓSTICO DEL DOLOR TORÁCICO AGUDO EN URGENCIAS..... | 38 |
| V-18 | SAPS3 COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS..... | 39 |



| | | |
|-------------|--|-----------|
| V-22 | DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD TRAS LA ASIGNACIÓN DE UN INTERNISTA A UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA..... | 40 |
|-------------|--|-----------|

PÓSTERS

Enfermedades Infecciosas (A)

| | | |
|-------------|---|-----------|
| A-02 | INFECCIÓN RECIDIVANTE POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE..... | 41 |
| A-03 | LEISHMANIASIS ESOFÁGICA COMO CAUSA DE DISFAGIA EN UN PACIENTE VIH..... | 42 |
| A-04 | DÉFICIT IDIOPÁTICO DE LINFOCITOS T CD4. A PROPÓSITO DE 1 CASO..... | 43 |
| A-05 | INFECCIÓN GONOCÓCICA DISEMINADA. A PROPÓSITO DE UN CASO..... | 44 |
| A-06 | NÓDULOS PULMONARES EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDA..... | 45 |
| A-07 | EMPIEMA PLEURAL POR SALMONELLA ENTERITIDIS..... | 46 |
| A-08 | PSEUDONÓDULOS PULMONARES EN PACIENTE CON BRONQUITIS CRÓNICA..... | 47 |
| A-09 | BACTERIEMIA POR CLOSTRIDIUM CLOSTRIDIIFORME COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA NEOPLASIA DE COLON..... | 48 |
| A-10 | CAMBIO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SECUNDARIO A SUS EFECTOS ADVERSOS EN LOS PACIENTES VIH..... | 49 |
| A-11 | TRATAMIENTO EFECTIVO DE MUCORMICOSIS NASOSINUSAL CON POSACONAZOL..... | 50 |
| A-12 | CERVICALGIA DE CAUSA INHABITUAL EN MUJER JOVEN..... | 51 |

Gestión Clínica (G)

| | | |
|-------------|--|-----------|
| G-01 | COMPARACIÓN DE LOS 10 GRD MÁS FRECUENTES EN MEDICINA INTERNA CON OTROS SERVICIOS MÉDICOS DURANTE 2008..... | 52 |
| G-04 | LA EDAD DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ANÁLISIS DE LA CASUÍSTICA POR GRUPOS ETARIOS..... | 53 |
| G-05 | EVALUACIÓN DE LAS ESTANCIAS INADECUADAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE 3ER NIVEL..... | 54 |
| G-06 | DISTRIBUCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN MEDICINA INTERNA POR CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS MAYORES. EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS (1999 – 2008)..... | 55 |

Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)

| | | |
|--------------|---|-----------|
| IF-01 | NEFRITIS INTERSTICIAL CON INSUFICIENCIA RENAL PROGRESIVA ASOCIADA A SJÖGREN. TRATAMIENTO CON RITUXIMAB..... | 56 |
| IF-02 | SEUDOTUMOR INFLAMATORIO GANGLIONAR, INFARTO ESPLÉNICO Y ENFERMEDAD HIPER IGG4..... | 57 |
| IF-03 | MASA SUBCARINAL CON INFILTRACIÓN BRONQUIAL BILATERAL..... | 58 |
| IF-04 | PANÚVEITIS BILATERAL, POLIARTRITIS Y HEPATITIS COMO DEBUT DE UNA ENFERMEDAD DE KIKUCHI FUJIMOTO..... | 59 |

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

Riesgo Vascular (RV)

| | | |
|--------------|---|-----------|
| RV-01 | ESTENOSIS BILATERAL DE LA ARTERIA RENAL..... | 61 |
| RV-03 | BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA E ICTUS CEREBELOSO..... | 62 |
| RV-04 | DOLOR TORÁCICO ATÍPICO EN PACIENTE HIPERTENSO..... | 63 |
| RV-06 | REGISTRO DE ITB (INSISTE) EN PACIENTES CON FRCV SIN EVENTO VASCULAR PREVIO..... | 64 |

Enfermedad Tromboembólica (T)

| | | |
|-------------|--|-----------|
| T-01 | SÍNDROME DE SNEDDON-CHAMPION: A PROPÓSITO DE UN CASO..... | 65 |
| T-02 | CAVERNOMATOSIS PORTAL..... | 66 |
| T-04 | HIPERHOMOCISTEINEMIA Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ANEMIA PERNICIOSA..... | 67 |

Varios (V)

| | | |
|-------------|--|-----------|
| V-01 | PARAGANGLIOMA RETROPERITONEAL NO FUNCIONANTE..... | 68 |
| V-02 | HEPATITIS AUTOINMUNE ASOCIADA A MEDICAMENTOS: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS..... | 69 |
| V-03 | FEOCROMOCITOMA (PARAGANGLIOMA) EXTRAADRENAL..... | 70 |
| V-04 | CRISIS TIROTÓXICA (TORMENTA TIROIDEA). PRESENTACIÓN DE DOS CASOS..... | 71 |
| V-06 | SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS A PROPÓSITO DE UN CASO DE SÍNDROME DE WELLS..... | 72 |
| V-07 | HIPERAMONIEMIA EN PACIENTE ADOLESCENTE..... | 73 |
| V-08 | INTOXICACIÓN POR LITIO: DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN..... | 74 |
| V-09 | TUBERCULOSIS DISEMINADA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OSTEOSARCOMA CONDROBLÁSTICO..... | 75 |
| V-10 | SEMINOMA COMO CAUSA INFRECUENTE DE HIPERCALCEMIA SECUNDARIA A PTHRP..... | 76 |
| V-11 | HIPERCALCEMIA EN UN PACIENTE ADOLESCENTE..... | 77 |
| V-13 | TUMOR DE ORIGEN DESCONOCIDO: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO..... | 78 |
| V-14 | INTERACCIÓN ENTRE ISONIACIDA E HISTAMINA PROCEDENTE DE LOS ALIMENTOS..... | 79 |
| V-15 | TRASTORNOS DE LA HORMONA ANTIDIURÉTICA SECUNDARIOS A MENINGOENCEFALITIS AGUDA..... | 80 |
| V-17 | HEMORRAGIA PULMONAR Y HEMOTÓRAX TRAS INGESTA MASIVA DE CLOPIDOGREL CON FINES AUTOLÍTICOS..... | 81 |
| V-19 | ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DURANTE 1993-2000 EN EL HOSPITAL REINA SOFIA DE TUDELA..... | 83 |
| V-20 | NECROSIS DE CUERO CABELLUDO EN PACIENTE CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES..... | 84 |
| V-21 | PANCREATITIS AUTOINMUNE EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE HEPATITIS AUTOINMUNE..... | 85 |



COMUNICACIONES ORALES

Enfermedades Infecciosas (A)

A-01

BACTERIEMIAS POR ESCHERICHIA COLI PRODUCTOR DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO AMPLIADO (BLEA)

A. Gutiérrez Macías¹, P. Martínez Odriozola¹, J. Álava Menica², C. Ezepeleta Baquedano², E. Lizarralde Palacios¹, G. Solano Iturri¹, F. Miguel de la Villa¹, R. Cisterna Cáncer²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya)

OBJETIVOS

Las infecciones por Enterobacterias productoras de betalactamasa de espectro ampliado (BLEA) constituyen un problema relevante tanto por su frecuencia creciente, como por la morbimortalidad que conllevan. En nuestro centro los únicos aislamientos de enterobacterias productoras de BLEA corresponden a E. coli. El objetivo de este estudio es conocer las características de los pacientes con bacteriemias por E. Coli productoras de BLEA en nuestro hospital, analizar los factores que favorecen su aparición, su presentación clínica, tratamiento antibiótico recibido y pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de todos los casos de bacteriemia por E. coli productor de BLEA sucedidos en nuestro hospital entre enero de 2004 y diciembre de 2008. En todos los casos la presencia de BLEA se confirmó mediante la prueba de sinergia con doble disco. Se recogieron datos demográficos, adquisición de la bacteriemia (nosocomial, relacionada con asistencia, comunitaria), origen (urinario, biliar, respiratorio, ...), comorbilidad y gravedad de la misma, clínica asociada, tratamiento antibiótico recibido, sensibilidad de los aislamientos a antimicrobianos, evolución y mortalidad. Se ha utilizado estadística descriptiva; las variables cuantitativas se expresan con media \pm desviación standard y las cualitativas con porcentajes.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se detectaron 35 casos de bacteriemia E. coli productor de BLEA en 32 pacientes. El 60 % eran mujeres (21 casos). La media de edad (\pm DE) fue 75, \pm 18,7 años y la mediana de 82 años. Durante los años estudiados se observaba una tendencia creciente en la frecuencia, así en el 2004 se detectaron 2 casos, que ascendieron a 12 en el 2008. El origen de la bacteriemia fue urinario y biliar en 13 casos cada uno (37,1 %), en 4 casos (11,4 %) fue respiratorio, en 3 (8,6 %) desconocido y en 2 (5,7 %) se identificaron otros focos. La adquisición de la bacteriemia fue nosocomial en el 22,9 % de los episodios y relacionada con la asistencia en un 40 % adicional. El 68,6 % de los pacientes presentaban patología de base rápida (RF) o últimamente fatal (UF) según los criterios de McCabe y Jackson y la puntuación media en el índice de comorbilidad de Charlson fue de 3,2 \pm 2,5. El 20 % de los casos presentaban un estado de inmunosupresión por diferentes motivos. En cuanto a la presentación clínica, se observó fiebre en un 74,3 % de los casos. Diecinueve pacientes (54,3 %) cumplían criterios clínicos de sepsis, 12 (34,3%) de sepsis grave y 3 (8,6 %) shock séptico. La bacteriemia fue monomicrobiana en el 91,4 % de los casos (32 episodios) y polimicrobiana en 8,6 % (3 episodios). El 100 % de los aislamientos de E. coli productor de BLEA fueron sensibles a imipenem, mientras que 17,1 % y el 67,5 % fueron resistentes a gentamicina y fluoroquinolonas respectivamente. El tratamiento antibiótico empírico fue inadecuado en un 54,3 % de los casos. La mortalidad hospitalaria del 17,1 % (6 episodios) y la mortalidad atribuible del 11,4 % (4 episodios).

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

CONCLUSIONES

1. Las bacteriemias por *E. coli* productor de BLEA son cada vez más frecuentes en nuestro medio. 2. Inciden fundamentalmente en pacientes ancianos, con comorbilidad importante y se adquieren fundamentalmente en el medio hospitalario o en relación con la asistencia sanitaria. 3. El origen de la bacteriemia es urinario o biliar en la mayoría de las ocasiones. 4. El tratamiento empírico inicial fue inadecuado en el 54 % de los pacientes. Este hecho es muy importante puesto que la morbilidad se relaciona fundamentalmente con el tratamiento antibiótico inicial en otros estudios. 5. La mortalidad total fue del 17 % y la atribuible del 11,4 %. 6. En pacientes con factores de riesgo para la adquisición de bacteriemia por *E. coli* productor de BLEA, con presentación clínica grave el tratamiento empírico debe incluir un carbapenem.

Gestión Clínica (G)

G-02

INDICADORES GENERALES DE LA ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DURANTE LOS AÑOS 1999 A 2008

T. Omiste Sanvicente, P. Casanova Esteban, M. Crespo Avellana, M. Ruiz Mariscal, E. Valero Tena, J. Velilla Marco, A. García Aranda, J. Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

OBJETIVOS

Describir la actividad asistencial desarrollada en los 10 últimos años, agrupando la misma en dos bloques, Medicina Interna y la Sección de Infecciosas para obtener una visión de la labor desempeñada en ambas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de los episodios de ingreso en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet durante los años 1999 a 2008, apoyándonos en los datos proporcionados por el Servicio de Documentación Clínica para los cálculos y aproximaciones de tendencias. Los aspectos analizados han sido: 1) Indicadores de Funcionamiento 2) Eficiencia de la actividad asistencial 3) Características generales 4) Tipo de ingreso 5) Mortalidad.

RESULTADOS

Se han obtenido los datos de 26.881 pacientes y 346.115 estancias. El número total de pacientes ha ido en aumento progresiva y casi linealmente a un ritmo anual del 5,61%. Las estancias totales han ido en paralelo a un ritmo de crecimiento menor del 3,43%, debido a que la estancia media (EM) ha disminuido progresivamente, fundamentalmente a partir de 2006, situándose en el año 2008 en 11,34 días. El índice de estancia media ajustada (IEMA) es elevado en los primeros años presentando un desviación del 23% frente a lo teóricamente esperado, mejorando en los 3 últimos a un 13%. La edad media también asciende con un incremento anual de 0,52 años naturales, alcanzando los 76 años en el año 2008, mientras que permanece estable el ligero predominio de mujeres en torno al 52%. La procedencia de los pacientes vía Urgencias es la predominante en los diez años con una media de 95,69%. En cuanto al porcentaje de éxitos se observa una disminución progresiva, excepto en 2002 y 2006, con una disminución anual del 0,43%, y una media de 11,73% de mortalidad de los pacientes ingresados. Respecto a la Unidad de Infecciosas, el número de pacientes hospitalizados permanece estable, las estancias totales tienden a disminuir en paralelo a la EM siendo en 2008 de 11,72 días inferior a la estándar. La edad media es de 41,03, con predominio masculino 72,66%. El ingreso procedente de Urgencias sigue siendo el fundamental pero en menor cuantía que en Medicina Interna con una media de 85,75% pero con un incremento anual de 1.15%.



La mortalidad media en estos 10 años se sitúa en 3,67% sin observarse una clara tendencia de aumento ni disminución.

DISCUSIÓN

La actividad asistencial ha mostrado una tendencia de crecimiento a lo largo de los 10 últimos años. Al compararnos con las asignadas a hospitales de nuestro nivel mantenemos diferencias sustanciales, lo que traduce unas cifras elevadas de estancias evitables y de ingresos potenciales, que mejora a partir de 2006. El subanálisis de los Índices de Complejidad y de funcionamiento nos permite apreciar que los valores IEMA elevados se deben a problemas de funcionamiento que parecen mejorar en los 3 últimos años. La complejidad de nuestros pacientes se ajusta a lo estándar y parece aumentar en los últimos años. El progresivo aumento de la edad media de los pacientes atendidos en Medicina Interna habla en favor del aumento de la complejidad de los mismos, con mayor comorbilidad y problemática social, hecho que a partir de 2006 va paralelo al aumento del peso medio de los pacientes. Sin embargo este aumento no se traduce con un aumento de la mortalidad, como podría esperarse. El análisis de la Unidad de Infecciosas revela que sus principales indicadores se sitúan más ajustados respecto a los estándares que el Servicio de Medicina Interna propiamente dicho.

G-03

ESTUDIO DE LA COMORBILIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Pardillos Tomé, E. Valero Tena, M. Rubio Rubio, M. Ruiz Mariscal, T. Omiste Sanvicente, J. Velilla Marco, A. García Aranda, J. Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

OBJETIVOS

La comorbilidad es una situación altamente prevalente, especialmente en pacientes de edad avanzada. La importancia de la comorbilidad se debe al impacto que representa sobre la salud y la necesidad de cuidados hospitalarios. El objetivo de nuestro estudio es analizar la frecuencia y evolución de la pluripatología o comorbilidad en el Servicio de Medicina Interna e Infecciosos de nuestro hospital, observando las características epidemiológicas, mortalidad, carga asistencial y requerimiento de recursos de cada una de las categorías diagnósticas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de tipo descriptivo tomando como muestra todas las altas codificadas durante el año 2008 en el Servicio de Medicina Interna (3220 pacientes) e Infecciosos (434 pacientes) en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza, observando la evolución de estos datos con los pertenecientes a años previos. Se dividieron todas las altas codificadas según el actual sistema de Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs) en 4 categorías: GRD con comorbilidad mayor, GRD con comorbilidad simple, GRD sin comorbilidad y Entidad Clínica con comorbilidad no evaluada, estudiando las características de cada uno de los grupos, en cuanto a frecuencia, sexo, edad media, porcentaje de ingresos urgentes y programados, mortalidad, estancia media y carga asistencial.

RESULTADOS

De los 3220 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante el año 2008, solamente el 14.91% de los pacientes evaluados pertenecieron al grupo de GRD sin pluripatología. El mayor porcentaje de pacientes fue el de GRD con comorbilidad mayor (29.22%). La edad media de los pacientes fue superior en el grupo con comorbilidad mayor con 80.40 años, frente a 68.77 años en el grupo de paciente sin comorbilidad. Igualmente se observó un mayor porcentaje de fallecimientos

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

en el grupo con comorbilidad mayor (21.25% de fallecimientos frente al 2.08% en el grupo sin comorbilidad), mayor estancia media (14.15 días frente a 8.44 días en el grupo sin comorbilidad) y mayor carga asistencial (2810.58 frente a 364.48 en el grupo sin comorbilidad). El porcentaje de pacientes con comorbilidad mayor en nuestro servicio ha aumentado en un 8.82% en los últimos 5 años, descendiendo la cantidad de pacientes no pluripatológicos en un 8.39%. En el Servicio de Infecciosos se detectó que únicamente el 20.50% de los pacientes pertenecían al grupo sin pluripatología. La edad media fue superior en el grupo con comorbilidad mayor (46.39 años frente al grupo sin comorbilidad con 39.58 años), al igual que la estancia media (14.35 días frente a 13.46 en el grupo sin comorbilidad) y la carga asistencial (302.422 frente a 209.308 en el grupo sin comorbilidad)

DISCUSIÓN

Se observa una alta prevalencia de pacientes con pluripatología en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital con tendencia al incremento en los últimos años, al igual que una asociación de ésta con edad media elevada, mayor estancia media y riesgo de mortalidad superior respecto a los pacientes sin comorbilidad asociada. La mayor complejidad de este grupo de pacientes conlleva una alta carga asistencial y la necesidad de mayor atención y cuidados hospitalarios en estos enfermos.

CONCLUSIONES

El médico internista puede desempeñar una labor esencial en el manejo de los pacientes pluripatológicos. El área de Medicina Interna acoge a pacientes de alta complejidad y posee una elevada carga asistencial, circunstancias cuyo conocimiento es de gran importancia para establecer los recursos asistenciales necesarios que aseguren un adecuado manejo de estos pacientes.

G-07

ANÁLISIS DE LOS GRDS MÁS FRECUENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET EN EL AÑO 2008

A. Comin Orce, A. Ballester Luna, M. Ruiz Mariscal, E. Valero Tena, M. Vallejo Rodríguez, A. García Aranda, J. Velilla Marco, J. Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

OBJETIVOS

Analizar los principales diagnósticos mayores y sus indicadores en un servicio de Medicina Interna en el año 2008 con el fin de conocer la cartera de servicios en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de los GRDs más frecuentes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet durante el 2008, en función de los datos proporcionados por el Servicio de Documentación Clínica. Los aspectos analizados han sido: 1) Número total de pacientes por GRD. 2) Porcentaje respecto al total de los pacientes atendidos en 2008. 3) Peso asignado. 4) Estancia media y estancia total. 5) Comparación con otros servicios médicos

RESULTADOS

Se han obtenido los datos de 3220 pacientes atendidos en el 2008, con unas estancias totales de 36510. De la tabla de resultados obtenida se puede concluir que los 10 GRDs más frecuentes suponen menos del 40 % de la actividad de hospitalización del servicio de MI y los primeros 25 suponen menos del 60%. Solo 3 GRDs suponen individualmente más del 5% de los pacientes ingresados. El peso medio de estos 25 GRDs supera al peso medio del total de los paciente atendidos. La proporción relativamente baja de pacientes incluidos dentro de los 10 primeros GRDs puede apreciarse mejor si se compara con los datos de otros servicio médicos en los que su labor asistencial se concentra en una menor cantidad de GRDs. Analizando los datos obtenidos respecto al año



2007 (similar a los 9 años previos), observamos que los primeros GRDs no varían, tratándose de patologías frecuentes en paciente anciano, además de la inclusión de 3 nuevos GRDs: insuficiencia renal, trastornos del aparato urinario con comorbilidad e infección del tracto urinario. De los datos globales vemos que se han atendido 229 de 728 GRDs de la AP-GRD versión 18.8. Se analizan los GRDs por número de pacientes atendidos, y se puede resaltar que las mayores estancias evitables se producen en los GRDs en los que únicamente se atiende a un paciente.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la cartera de servicio de Medicina Interna es muy amplia, con gran variabilidad en los diagnósticos, lo que nos aleja del resto de especialidades médicas en las que en unos pocos GRDs se agrupa el grueso de los pacientes. En muchos de los GRDs del servicio de Medicina Interna solo se atiende a 1 paciente por año, y precisamente en ellos es donde se producen el mayor número de estancias evitables en el servicio. Este hecho debe tenerse en cuenta ya que la dispersión es un factor en contra de la eficiencia, por la dificultad de establecer protocolos uniformes. Se aprecia que muchos de los GRDs principales presentan comorbilidad mayor añadida lo que supone otra dificultad adicional a la hora del manejo de estas patologías. El estudio evolutivo de las características de los GRDs más frecuentes en los últimos años, puede facilitar el establecimiento de líneas de mejora de la asistencia.

Insuficiencia Cardíaca (IC)

IC-01

EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA CON CAMBIO DE DIURÉTICO AL INGRESO. ESTUDIO EXPLORATORIO DE COHORTES DE TORASEMIDA VERSUS FUROSEMIDA (ECTOR)

E. Sánchez¹, A. Álvarez², I. Arruabarrena¹, P. Busca³, A. Pierola¹, F. Touza⁴, J. Zubeldia¹, J. Vivanco¹
¹Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Urgencias. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa)

²Servicio de Cardiología. Modelo (A Coruña)

⁴Servicio de Medicina Interna. Clínica Fátima (Pontevedra)

OBJETIVOS

El diurético habitual en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) es la Furosemida (FUR), aunque la Torasemida (TOR) se perfila como igualmente eficaz. El objetivo del presente estudio fue comparar la estancia hospitalaria de pacientes hospitalizados por descompensación de la ICC, que al ingreso necesitaron tratamiento intravenoso (IV) con TOR o FUR, dentro de la pauta terapéutica habitual. Como objetivo secundario se evaluó el tiempo intermedio hasta el cambio de diurético IV a oral (tiempo hasta la estabilización de la ICC). Adicionalmente se recopilaban datos de tolerabilidad y seguridad de TOR frente a FUR.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio exploratorio observacional, prospectivo, multicéntrico de cohortes, en pacientes con descompensación aguda de la ICC clase II a IV (NYHA), que requirieran hospitalización con uso IV de diuréticos. Se incluyeron 70 pacientes en 3 centros participantes, asignados a tratamiento IV con FUR (n=27) o TOR (n=43) al ingreso. Se evaluó el tiempo hasta el alta y hasta la estabilización de la ICC (cambio de diurético IV a oral) mediante un modelo de Cox de riesgos proporcionales.

RESULTADOS

Los pacientes tratados con TOR necesitaron menor tiempo de estancia hospitalaria que los

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

pacientes tratados con FUR (modelo de Cox $p=0,0036$). Otros factores influyentes fueron: antigüedad del diagnóstico de ICC ($p=0,0013$), clase funcional de la NYHA ($p=0,0487$), edad ($p=0,0254$), sexo ($p=0,0073$), tabaquismo ($p=0,0207$), miocardiopatía tóxica ($p<0,0001$), diabetes ($p=0,0147$), coronariopatía/angor ($p=0,0084$) y ACV ($p=0,0028$). Los pacientes tratados con TOR alcanzaron la estabilización de la ICC en un tiempo menor que los tratados con FUR (modelo Andersen-Gill, $p=0,0053$). No se encontraron diferencias significativas relacionadas con la seguridad de los fármacos en estudio.

CONCLUSIONES

Por eficacia y seguridad la torasemida parece una opción equiparable a la furosemida en el tratamiento inicial de la insuficiencia cardiaca aguda que requiera un diurético iv. Los resultados del estudio muestran además una ventaja de la TOR frente a FUR con respecto al tiempo de estancia hospitalaria y al tiempo de estabilización.

IC-02

VALOR PRONÓSTICO DEL NT-PROBNP EN COR PULMONALE CRÓNICO

V. Garcés Horna, M. Navarro Aguilar, M. Sánchez Marteles, A. Cecilio Irazola, J. Valle Puey, P. Sampérez Legarre, F. Ruiz Laiglesia, J. Pérez Calvo
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

OBJETIVOS

Conocer las concentraciones de NT-proBNP en pacientes con Cor pulmonale Crónico (CPC) durante la descompensación y su posible utilidad para el pronóstico en términos de mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo descriptivo, sin intervención farmacológica. Se incluyeron de forma consecutiva 25 pacientes, entre 45 y 85 años, que ingresaron en el Servicio de Medicina Interna del HCU

“Lozano Blesa” (Zaragoza) por descompensación de CPC y/o de su enfermedad pulmonar crónica. Fueron criterios de exclusión: creatinina >2 mg/dl, hipo/hipertiroidismo, sind. de Cushing, cirrosis hepática, valvulopatía mitral y aórtica, enfermedad psiquiátrica y enfermedad neoplásica. Todos los pacientes firmaron previamente consentimiento informado. Se llevó a cabo una extracción de sangre periférica durante las primeras 72 horas del ingreso para posterior determinación de niveles séricos de NT-proBNP y cistatina. Se recogieron datos peristáticos, antropométricos y se realizó un seguimiento durante el año posterior al ingreso. Análisis estadístico mediante SPSS 14.0.

RESULTADOS

Se recogieron 25 pacientes, de los cuales 3 se perdieron durante el seguimiento. Del total, 18 eran varones (81%). La edad media fue de 72.95 años con un desviación típica de 6.9 años, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos. Más del 60% de los pacientes tenían más de 5 años de evolución de su enfermedad pulmonar. El IMC medio fue de 30 (desv. típica: 7,6). Al año de seguimiento el 18.2% de los pacientes habían fallecido. El NT-proBNP medio fue de 1283.1 pg/mL (d. típica: 1184.2 pg/mL) y la cistatina media de 1.46 mg/L (d. típica: 0.42 mg/L). Los valores medios de NT-proBNP fueron mayores en los pacientes fallecidos (1569.7 pg/mL frente a 1219.4 pg/mL), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas ($p=0.38$; $\alpha=0.05$), Fig. 1. Lo mismo ocurrió con la cistatina ($p=0.30$; $\alpha=0.05$).

DISCUSIÓN

La insuficiencia cardiaca en pacientes con EPOC es una entidad frecuente y que marca de forma importante el pronóstico de los mismos. Tanto el NT-proBNP como la cistatina son marcadores de



reconocida utilidad en la insuficiencia cardiaca izquierda, aunque en la actualidad los datos existentes en el CPC son bastante más escasos. En nuestro estudio se observa una marcada tendencia a presentar concentraciones más elevadas, tanto de NT-proBNP como de cistatina, en pacientes que fallecen precozmente, lo cual podría tener importancia como futuros marcadores pronósticos. Sin embargo, las diferencias no resultaron estadísticamente significativas probablemente debido al reducido tamaño de la muestra. Estudios prospectivos, con un mayor tamaño muestral y en los que poder realizar un análisis multivariante más detallado, podrían arrojar luz a esta cuestión.

CONCLUSIONES

1/ El NT-proBNP en pacientes con CPC descompensado no ha demostrado utilidad como marcador de mortalidad. 2/ La cistatina en pacientes con CPC descompensado no ha demostrado utilidad como marcador de mortalidad. 3/ Son necesarios estudios más amplios acerca de la utilidad pronóstica de estos péptidos en los pacientes con CPC.

Osteoporosis (O)

O-01

INTERCONSULTAS A MEDICINA INTERNA POR PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

M. Arteaga Mazuelas¹, V. Jarne Betran¹, M. Ruiz Castellano¹, O. Ateka Barrutia¹, V. Acha Arrieta¹, J. Sánchez-Álvarez¹, M. Murie Carrillo¹, J. Ruiz Ruiz²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Traumatología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra)

OBJETIVOS

Estudiar las características de las interconsultas de traumatología al Servicio de Medicina Interna en pacientes con fractura de cadera.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan de forma retrospectiva las interconsultas por pacientes con fractura de cadera realizadas por parte del Servicio de Traumatología al de Medicina Interna desde el 1 de septiembre del 2007 hasta el 31 de agosto del 2008.

RESULTADOS

En el periodo estudiado fueron ingresados en el Servicio de Traumatología, de nuestro hospital, 249 pacientes con el diagnóstico de fractura de cadera, de los cuales el 77.5% (193) eran mujeres y el 22.5% (56) restante varones. La edad media fue de 81.70 años, con un 11.2% (28) menores de 70 años, un 19.7% (49) tenían entre 70 y 80 años, el 47.8% (119) entre 80 y 90 años y el 21.3% (56) restante tenía 90 ó más años. Su estancia media fue de 15.73 días. Se realizaron 145 consultas al servicio de medicina interna, el 58.2% de todos los pacientes ingresados por fractura de cadera en traumatología. De estos un el 77.9% (113) eran mujeres, varones el 22.1% (32). La edad media fue de 82.85 años, siendo el 6.9% (10) menores de 70 años, el 23.5% (34) tenían entre 70 y 80 años, un 49% (71) entre 80 y 90 años y el 20.1% restante (30) tenían 90 años ó más. El motivo de la interconsulta fue variado siendo el control perioperatorio del paciente pluripatológico el más frecuente el 62% (90), seguido de la disnea 12.4% (18), la HTA 6.2% (9), la Diabetes 4.8% (7), fiebre 4.1% (6), alteración neurológica o del comportamiento 4.1% (6), otros motivos 6.9% (10). Su estancia media fue de 15.39 días. El exitus intrahospitalario fue del 5.5% (8) de los pacientes atendidos en interconsultas.

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

DISCUSIÓN

La fractura de cadera en el paciente anciano constituye una afección de rasgos epidémicos y se trata de un problema sociosanitario cuya incidencia va en aumento. Nueve de cada diez fracturas se producen en mayores de 65 años. Debido a la edad avanzada estos pacientes presentan frecuentemente comorbilidad asociada, lo que los hace más susceptibles de complicaciones, por lo que la atención por un médico internista aporta un seguimiento global y especializado que disminuye las complicaciones y aumenta las posibilidades de éxito. En el servicio de traumatología de nuestro hospital se atienden pacientes con fractura de cadera aguda. Los pacientes permanecen ingresados hasta que se han retirado todos los puntos de la herida quirúrgica y se ha iniciado la rehabilitación por lo que su estancia media global es de 15.73 días. Durante el periodo estudiado se valoraron por parte de medicina interna más de la mitad (58.2%) de los pacientes con fractura de cadera. La mayoría son mujeres (77.9%), de edad avanzada, edad media de 82.85 años, de hecho, el 93.1% de los pacientes tenían 70 años o más, todo ello coincidente con la literatura. El motivo de consulta más frecuente fue el control de pluripatología (62%), seguido de la disnea (12.4%). Hubo un 5.5% de exitus durante el ingreso, cifras que también son coincidentes con la literatura revisada. La estancia media de los pacientes valorados fue de 15.39 días.

CONCLUSIONES

La fractura de cadera es una entidad que tiene riesgo de presentar muchas complicaciones y que se da en pacientes de edad avanzada frecuentemente con comorbilidad asociada y la percepción de la necesidad de valoración y seguimiento de los mismos por parte de un médico internista va en aumento. Ante los datos descritos se ha iniciado un protocolo de fractura de cadera en el paciente anciano con valoración del internista.

Riesgo Vascular (RV)

RV-02

VALIDACIÓN DE LA ESCALA "GRACE" EN 550 PACIENTES DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

J. Cabrerizo¹, B. Zalba², J. Pérez¹, M. Aibar¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

OBJETIVOS

Aplicar la escala GRACE en pacientes con síndrome coronario agudo y analizar la validez externa en una población no seleccionada en relación con la mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Aplicación de la escala GRACE (edad, historia de infarto de miocardio, historia de insuficiencia cardíaca, pulso, presión sistólica, creatinina basal, elevación de las enzimas cardíacas iniciales, descenso del segmento ST e ingreso en un hospital sin intervencionismo coronario), en 550 pacientes consecutivos con SCA con y sin elevación del segmento ST según criterios de la American Heart Association atendidos en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza durante el periodo comprendido entre enero del año 2006 y diciembre de 2007. Se estratificó la muestra según la escala en tres grupos de riesgo, bajo, medio y alto y se analizó la relación con fallecimientos en el periodo de seguimiento de seis meses tras el alta.

RESULTADOS

La estratificación de la muestra quedó de la siguiente manera: 265 pacientes (48,2%) pertenecían al grupo de bajo riesgo. 177 (32,2%) al de medio y 108 (19,6%) al de alto riesgo. Con respecto



a mortalidad durante el período de seguimiento: En el grupo de bajo riesgo había una mortalidad de 1,9%, en el de riesgo intermedio 9%, y en los 108 de riesgo alto fallecían el 38,9%, con unas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

DISCUSIÓN

Estratificar a los pacientes tras sufrir un SCA en niveles de riesgo es importante de cara al pronóstico y tratamiento. Un score debe ser fácil de aplicar en la práctica clínica habitual, debe estratificar de forma efectiva a los pacientes en bajo, medio y alto riesgo y debe tener alto poder pronóstico. El GRACE Risk Score es una herramienta simple y con buena aplicabilidad clínica para el manejo de los síndromes coronarios agudos y está recomendada como referencia para aplicar en el momento del ingreso y del alta en la práctica clínica diaria.

CONCLUSIONES

La escala GRACE ofrece mejor información acerca de la probabilidad de muerte intrahospitalaria y a un año de seguimiento que la opinión del facultativo y por tanto es una buena herramienta para encaminar la terapia. No obstante, es importante tener en cuenta que ningún score debe ser superior al buen juicio médico.

RV-05

RECuento LEUCOCITARIO Y RIESGO CARDIOVASCULAR

J. Cabrerizo¹, B. Zalba², J. Pérez¹, Á. Cecilio¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

OBJETIVOS

Analizar la relación entre el recuento leucocitario elevado tras sufrir un síndrome coronario agudo (SCA) y el pronóstico en cuanto a mortalidad y eventos cardiovasculares adversos (ECVA) (angor post-infarto, re-infarto e insuficiencia cardíaca) como factor de riesgo cardiovascular independiente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra de 558 pacientes con SCA con y sin elevación del segmento ST atendidos en el Hospital Clínico de Zaragoza. División de la muestra en tres grupos según el recuento leucocitario al ingreso. Grupo1: $< 10.000\text{cell/mm}^3$, grupo2: $10.000\text{-}15.000\text{cell/mm}^3$ y grupo3: $> 15.000\text{cell/mm}^3$. Análisis multivariante de cada uno de los grupos y su relación con mortalidad y eventos cardiovasculares adversos en los siguientes seis meses de seguimiento.

RESULTADOS

Tras realizar el análisis univariante, en relación con la mortalidad observamos en el grupo 1 fallecían el 8,2%, en el grupo 2: el 12,2% y en el grupo 3: el 18,8% ($p=0,028$). Para los ECVA, el 16,5% se producían en el grupo 1; el 23,5% en el grupo 2 y el 36,5% en el grupo 3 ($p=0,001$). En el análisis multivariante observamos que los pacientes con valores $< 10.000\text{cell/mm}^3$ al ingreso tenían, de forma significativa, menos eventos cardiovasculares adversos. (Recuento leucocitario $< 10.000\text{ cell/mm}^3$ $p= 0,042$, OR= 0,456, IC 95%: 0,214-0,974).

DISCUSIÓN

La leucocitosis, en el SCA, es un marcador que refleja el estado inflamatorio y de hipercoagulabilidad acompañante al proceso aterogénico, desde su inicio hasta la precipitación de eventos agudos. Tiene un importante papel en el incremento la viscosidad sanguínea, modificando sus propiedades hemorreológicas y deteriorando la circulación a nivel de pequeños vasos. Además producen un daño vascular directo a través de enzimas proteolíticas. Su determinación está presente en la ma-

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

yoría de los pacientes, es sencilla de interpretar, muy económica, nos aporta información muy útil sobre pronóstico y nos puede ayudar en la toma de decisiones terapéuticas.

CONCLUSIONES

1. El recuento leucocitario refleja el proceso inflamatorio que acompaña a la aterosclerosis y es un marcador independiente de riesgo cardiovascular. 2. Su incremento influye de forma adversa en el pronóstico incrementando la mortalidad y la presencia de eventos cardiovasculares adversos en los siguientes seis meses tras un síndrome coronario agudo.

RV-07

ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA Y SÍNDROME METABÓLICO

M. Espinosa Malpartida, A. Huerta González, A. Montero Rodríguez, I. Colina, I. Alberola, J. Araquistain, O. Beloqui

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Chequeos. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra)

OBJETIVOS

El Síndrome Metabólico (SM) se define como la coexistencia, en un mismo individuo, de tres o más de los siguientes factores de riesgo cardiovascular: obesidad abdominal, hipertrigliceridemia, descenso de HDL, aumento de glucosa y elevación de tensión arterial. La prevalencia de SM en sujetos con enfermedad coronaria es del 46%, del 58% en casos de enfermedad arterial periférica y del 43% en pacientes con enfermedad cerebrovascular. El SM se asocia a un incremento de la morbilidad y mortalidad cardiovascular. El espesor íntima-media de las arterias carótidas (EIMC) es un indicador de arteriosclerosis subclínica y un buen indicador del riesgo cardiovascular. Hemos estudiado, en una población de nuestro país, la posible asociación entre la presencia de SM (y/o sus componentes) y el riesgo de presentar arteriosclerosis subclínica (ATSC)

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos estudiado 1186 pacientes que acudieron consecutivamente a la Unidad de Chequeos de la Clínica Universitaria de Navarra para realizar una revisión de salud. El diagnóstico de síndrome metabólico se realizó siguiendo los criterios de la NCEP-III modificados en noviembre de 2005. La arteriosclerosis subclínica se evaluó midiendo el espesor íntima-media de ambas carótidas comunes (EIMC), mediante ultrasonografía, utilizando un transductor de 5-12 MHz (ATL 500 HDI). Se consideró un EIMC patológico un valor \geq a 0,8 mm que corresponde al valor de EIMC del cuartil más alto de toda la población estudiada.

RESULTADOS

En la población estudiada 387 sujetos cumplieron criterios diagnósticos de SM. El EIMC en pacientes con SM ($0,77 \pm 0,009$) fue significativamente superior que en casos sin SM ($0,71 \pm 0,006$, $p=0,000$). La presencia de un solo componente del SM ya se asocia a un EIMC significativamente aumentado; globalmente el SM multiplica por 3 el riesgo de presentar un EIMC patológico. Hubo una asociación lineal significativa entre el número de componentes de SM y la presencia de EIMC patológico (p de tendencia 0,003). En un análisis univariante, a excepción de la hipertrigliceridemia, el resto de los componentes del SM se asociaron significativamente a un EIMC aumentado. Finalmente, en un análisis multivariante, la obesidad abdominal y las cifras tensionales elevadas fueron los componentes del SM que se asociaron significativamente a un aumento del EIMC.

DISCUSIÓN

El SM como factor de riesgo vascular y arteriosclerosis. Relación lineal entre el nº de componentes y el EIMC patológico La importancia de la detección precoz y del tratamiento más agresivo



CONCLUSIONES

El SM se asocia de forma significativa a presencia de un EIMC patológico, indicando su papel en la génesis de arteriosclerosis subclínica.

Enfermedad Tromboembólica (T)

T-03

PERFIL DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ETE) EN EL ÁREA DE PAMPLONA. GRUPO RIETE

M. Pérez Lecumberri¹, M. Izco Salinas¹, P. Fanlo mateo², V. Jarne Betrán², R. Arnáez Solís², X. Guimarey García², I. Torres², G. Tiberio López² y Grupo RIETE

¹Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, ²Servicio de Medicina Interna. Universidad Pública de Navarra. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra)

OBJETIVOS

1.-Evaluación de la enfermedad tromboembólica venosa (ETE) 2.-Perfil de los pacientes con ETE en el área de Pamplona 3.-Factores pronósticos a tres meses

MATERIAL Y MÉTODOS

A partir del RIETE (Registro Informatizado de la Enfermedad Tromboembólica) –www. Riete. Org- se valoran las variables clínicas-diagnósticas- terapéuticas y evolutivas a los tres meses. Análisis estadístico a partir del paquete SPSS 12.0. Periodo de estudio: 1-03-2001 a 31-12-07

RESULTADOS

El nº registros a nivel nacional del RIETE fueron: 14500; de ellos 389 en Área de Pamplona. Con una distribución por géneros de 47% hombres, 53% mujeres. La edad mínima 19 y máxima de 92, con edad media de 76. Con una distribución por grupos de edad <65 años: 97; 65-75: 94, y >75:198. Sólo en 58 casos (15%), tenían antecedentes de ETE previa. En 108 (32%), no enfermedades concomitantes; 50 (15%) EPOC, 18 (5%) IC y otras 164 (48%). Respecto al diagnóstico en 206 pacientes presentaban TEP (53%); 127 casos (33%), TVP y en 14% TEP+TVP. Con diferente significativa respecto a más edad (>75 años). Inespecificidad en cuanto a los síntomas, ECG y radiografía de tórax. En cuanto al método diagnóstico se llegó al diagnóstico de TEP mediante gammagrafía en 183 p. y mediante TAC en 85. En 62 casos, existía una neoplasia como factor de riesgo; en el 13% (50 casos) secundario a cirugía, pero en ellos en el 84% se había realizado trombopprofilaxis, en cuanto a la inmovilización como actor de riesgo se observó en 99 casos (25%) y de ellos sólo se había realizado trombopprofilaxis en 18%. Fallecieron 50 pacientes, de ellos 26% relacionados con ETE y en 74% no relacionados con ETE.. Sólo un 3% recidivó y en un 5% se produjo eventos hemorrágicos, siendo la HGI la más frecuente. En la mayoría de los pacientes el tto, fue ACO.

CONCLUSIONES

1.-El perfil de la ETE del área de Pamplona es de 4ª edad (> 75ª), mujer, sin patología previa y que se manifiesta con TEP 2.-Inespecificidad de la sintomatología, siendo la disnea la forma más frecuente seguida del dolor torácico. 3.-Incremento del método diagnóstico mediante TAC frente a la gammagrafía V/P en los últimos años 4.-Se sigue observando que, en el paciente médico, al inmovilización es la causa más frecuente y que se realiza poca trombopprofilaxis en este paciente, por lo que debemos insistir en la realizar trombopprofilaxis en el medio ambulatorio como la prolongación de la misma

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

Varios (V)

V-05

ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN Y SEVERIDAD DE LA CIRROSIS COMPENSADA

A. Montero Rodríguez, F. Alegre Garrido, M. Iñarrairaegui, J. Quiroga, B. Sangro, J. Prieto, I. Herrero
Servicio de Medicina Interna. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra)

OBJETIVOS

La elastografía de transición (Fibroscan®) permite determinar de forma no invasiva la rigidez hepática y estimar el grado de fibrosis en pacientes con hepatopatía no avanzada. Su utilidad en el estudio de los pacientes con cirrosis no está establecida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo. Se incluyen un total de 180 pacientes con cirrosis hepática compensada diagnosticada clínicamente o por biopsia, a los que se realizó elastografía de transición. Se correlacionó la rigidez hepática medida por elastografía con variables analíticas relacionadas con la función hepática y con complicaciones de la cirrosis. Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron métodos no paramétricos (correlación de Spearman, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney). Salvo indicación en contra, los datos se presentan como mediana; rango IQ.

RESULTADOS

Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la rigidez hepática determinada por elastografía y las pruebas de función hepática: bilirrubina ($Rho=0.544$, $p<0.001$), actividad de protrombina ($Rho=-0.617$, $p<0.001$) y albúmina ($Rho=0.378$, $p<0.001$). También se encontró una correlación estadísticamente significativa con Child-Pugh ($Rho=0.498$, $p<0.001$) y MELD ($Rho=0.494$, $p<0.001$). Del mismo modo, se observaron diferencias significativas entre los distintos subgrupos de la clasificación de Child-Pugh (A: 21.4; 68.2 kPa – B: 38; 66.4 kPa – C: 70.6; 43.4 kPa. $p<0.001$) y MELD según cuartiles (Q1: 16.6; 62.3 kPa – Q2: 22.95; 63 kPa – Q3: 27; 66 kPa – Q4: 43; 68.2 kPa. $p<0.001$). Respecto a la etiología de la cirrosis, los pacientes con cirrosis de origen etílico tuvieron valores más elevados de rigidez hepática que los pacientes con cirrosis viral (35.05; 66 kPa frente a 20.6; 68.2 kPa. $p<0.001$). Esta diferencia se mantuvo cuando se realizó un análisis estratificado en función de estadio funcional Child-Pugh (A: 27.35; 66 kPa en pacientes con cirrosis etílica frente a 17.3; 68.2 kPa en cirrosis viral con $p=0.003$ – B y C: 70.65; 57,4 kPa frente a 32.8; 66.4 kPa con $p=0.011$).

CONCLUSIONES

Existe una correlación directa entre la rigidez hepática medida por elastografía de transición y la severidad de la cirrosis hepática compensada, siendo ésta más elevada en pacientes con cirrosis por alcohol que en cirrosis viral. Está justificado realizar estudios prospectivos que investiguen si la medición de rigidez hepática mediante elastografía de transición podría tener un valor pronóstico de descompensación y muerte en los pacientes con cirrosis compensada.

**V-12****REINGRESOS EN EL HOSPITAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO**

J. Gutiérrez Dubois¹, A. Echeverría Echeverría¹, M. Esquillor Rodrigo¹, R. Caballero Asensio¹, C. González¹, V. Fernández Ladrón²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra)

²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra)

OBJETIVOS

Nuestro objetivo con este trabajo ha sido conocer las causas y la evolución de los pacientes ingresados en la unidad de HaD que han requerido ser readmitidos en el Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de todos los casos registrados de pacientes que han tenido que ser reingresados en el Hospital derivados desde la Unidad de HaD desde la creación de la Unidad (Noviembre de 2006) hasta diciembre de 2008. Se recogieron los siguientes datos: número de ingresos, totales y por año en la Unidad de HaD, número de reingresos en el hospital, totales y por año. De los pacientes reingresados en el Hospital se recogieron la edad, sexo, días de ingreso en la unidad, causa que motivó el traslado, días de estancia en el Hospital y destino al alta del Hospital. Las causas del traslado se dividieron a su vez en 4 categorías: empeoramiento del proceso por el que estaban ingresados en la Unidad de HaD, aparición de un nuevo proceso clínico, claudicación de los cuidadores y/o del enfermo, realización de pruebas complementarias en el hospital.

RESULTADOS

Desde el inicio de la actividad en Noviembre de 2006, hasta Diciembre de 2008 han ingresado 705 pacientes en la Unidad de HaD (278 durante 2006 - 2007 y 427 durante 2008) de los cuales 55 (7.8%) han precisado reingreso al Hospital; 28(10%) de ellos durante 2006 - 2007 y 27(6.3%) durante 2008. La edad media de los pacientes trasladados al hospital fue de 73 años (rango 9 – 95) de los cuales 32 fueron hombres. La estancia media en la Unidad fue de 6.75 días. Las causas que motivaron el reingreso fueron: el empeoramiento del proceso de base en 26 (47%) pacientes, aparición de un nuevo proceso en 19 (35%) pacientes, claudicación de los cuidadores y/o paciente 7 (13%) y realización de prueba en el Hospital 3 pacientes (5%). De los 55 pacientes reingresados, 29 (53%) fueron dados de alta a domicilio, 19 (34%) fallecieron y 7(13%) pacientes reingresaron en la Unidad de HaD evolucionando favorablemente. La estancia media en el hospital fue de 8 días.

CONCLUSIONES

La tasa de reingresos de los pacientes en el Hospital desde nuestra Unidad de HaD es baja y ha mejorado desde la apertura de la misma con una disminución de cerca del 4%. El motivo fundamental del traslado es el empeoramiento del proceso del paciente, teniendo pocos casos de claudicación familiar, siendo su evolución relativamente mala, con una elevada mortalidad pese a su traslado al Hospital

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

V-16

TAC DUAL MULTICORTE EN EL DIAGNÓSTICO DEL DOLOR TORÁCICO AGUDO EN URGENCIAS

J. Pastrana¹, A. Macías², E. Alegría Barrero², G. Bastarrika Alemán³, J. Pueyo³, J. Quintana¹

¹Servicio de Medicina Interna (Urgencias), ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Radiodiagnóstico. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra)

OBJETIVOS

Comparar la eficacia del TAC multicorte (Dual 64) frente al protocolo clásico de las Unidades de Dolor Torácico (UDT) en el diagnóstico del dolor torácico agudo (DT) en el Sº de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre Octubre de 2007 y Marzo de 2008 se atendieron en nuestro Sº de Urgencias 108 pacientes con dolor torácico agudo (DT) no traumático a los que se les aplicó el protocolo aceptado desde 2002 en nuestro país (UDT). Tras el cribaje inicial 30 pacientes ingresaron en el área de observación una vez constatados ECG no diagnóstico y primeros enzimas cardiacos negativos. Ocho de ellos, se excluyeron en base a su alto índice de riesgo por revascularización previa. Los 22 pacientes restantes fueron incluidos en el estudio, realizándose durante el periodo de observación y previo consentimiento informado, un TAC (dual 64) ampliado (Triple roule-out) para valoración de arterias coronarias, aorta torácica y arterias pulmonares al tiempo que se mantenía el procedimiento clásico de actuación (monitorización continua, repetición de ECG y enzimas de daño miocárdico a las 6-9h y eco-estrés previo al alta). En los casos TAC + se realizó coronariografía para comparar los hallazgos. En todos los casos negativos, se realizó un seguimiento telefónico al mes y a los tres meses del alta para constatar la aparición de muerte o eventos cardiovasculares.

RESULTADOS

De los 22 pacientes (11v /11m) 3 varones presentaron TAC+ para estenosis coronaria (> o = del 50%). Ninguno presentó cambios ECG o enzimáticos. Solo en dos de ellos el eco estrés resultó positivo. La coronariografía confirmó estenosis coronaria en los tres casos, aunque solo uno requirió tratamiento de revascularización, indicándose en los otros dos tratamientos médicos. 19 pacientes (8 v / 3 m) presentaron TAC negativo y en todos ellos los ECG seriados, enzimas de daño miocárdico y eco estrés resultaron negativos siendo dados de alta. El seguimiento en los tres meses posteriores no mostró muerte o eventos cardiovasculares adversos. Comparando los resultados del TAC dual frente al protocolo clásico nuestros datos muestran una Sensibilidad para el TAC dual del 100% con una Especificidad 95%. Valor Predictivo Positivo (VPP) 66% (que llega al 100% si lo comparamos con la coronariografía). Valor Predictivo Negativo (VPN) 100%. En nuestro estudio además el TAC mostró tres casos de diagnóstico no sospechado como causa del DT. Un caso de bronquiectasias sobreinfectadas y dos pericarditis.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados respecto al uso del TAC en DT son similares a los obtenidos por otros autores. No se dispone de datos respecto a la capacidad de cribaje de SCA con el protocolo utilizado en España desde su instauración en 2002; sin embargo la experiencia nos indica que los resultados son adecuados. El protocolo actual no obstante, obliga a los pacientes de riesgo bajo o intermedio a permanecer en observación durante un tiempo prolongado (6-9h) con realización de pruebas seriadas y prueba de esfuerzo en las primeras 24h lo que implica un alto coste económico y genera un alto grado de ansiedad en los pacientes y familiares. El alto VPN del TAC dual permitiría en los casos negativos el alta inmediata de estos pacientes con la garantía de ausencia de patología grave SCA, DA o TEP y un ahorro en el coste sanitario. Nuestros resultados ofrecen así mismo una concordancia completa entre los resultados del TAC y la coronariografía, mayor incluso que con el eco stress. Si bien es cierto que el TAC sobrevaloró la existencia de estenosis significativa y en uno



de los casos hubo discrepancias entre las zonas de estenosis atribuidas por TAC y las evidenciadas por coronariografía, en los tres casos TAC positivos se confirmó la existencia de CI.

CONCLUSIONES

En los pacientes de riesgo bajo o intermedio que acuden a Urgencias por DT, el alto VPN del TAC dual permite obviar con seguridad el periodo de observación la realización de enzimas y ECG seriados y la prueba de esfuerzo previa al alta. El TAC aporta diagnósticos alternativos no sospechados con los métodos convencionales como causa del DT. Son necesarios estudios más amplios para confirmar estos resultados y modificar la pauta de actuación actualmente utilizada.

V-18

SAPS3 COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

N. Fernández Ros¹, M. Espinosa¹, M. Landecho¹, I. Aquerreta³, A. García-Mouriz², F. Lucena¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Tecnología Informática, ³Servicio de Farmacia. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra)

OBJETIVOS

Durante las últimas dos décadas se han ido creando diferentes scores pronósticos para predecir la mortalidad en las unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, su aplicabilidad en el entorno de cuidados intermedios es todavía incierta. El SAPS3 fue desarrollado como una herramienta capaz de predecir la supervivencia al alta hospitalaria para pacientes críticos. Su papel en la evaluación de la gravedad de la enfermedad y la predicción de la mortalidad en unidades de cuidados intermedios (ICU) no se conoce. Nuestro objetivo, por tanto, fue estudiar la aplicabilidad del SAPS3 como predictor de mortalidad en el entorno de cuidados intermedios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Un total de 120 pacientes fueron admitidos en nuestra ICU desde Abril hasta Diciembre de 2006. Los ingresos precedían del Servicio de Urgencias, y/o planta médica/quirúrgica convencional. El estudio fue llevado a cabo en una unidad de 12 camas cercana físicamente de la UCI. Cada cama está equipada con monitorización cardíaca continua, saturación de oxígeno, medición de presión arterial invasiva y no invasiva, medición de presión venosa central y soporte para ventilación mecánica no invasiva. Las señales eran recogidas en una central de monitorización. Las variables analizadas incluyen: datos demográficos, antecedentes personales, constantes vitales y supervivencia al alta hospitalaria. Se realizó un SAPS 3 en el momento de admisión al ICU para todos los pacientes. 26 pacientes que ingresaron para observación sin enfermedad aguda (por ejemplo, desensibilización a fármacos) fueron excluidos del análisis. Sólo se incluyó el SAPS 3 inicial para el análisis estadístico en aquellos pacientes que fueron reingresados durante el periodo de estudio.

RESULTADOS

94 pacientes en total fueron incluidos en el análisis. La mortalidad global hospitalaria fue del 18% (17/94). El valor medio del SAPS 3 fue de 57 +/-14. La mortalidad estimada según los datos del SAPS fue del 31% (12-48; p25-75). La correlación de Spearman entre SAPS 3 y la mortalidad intrahospitalaria fue de 0.231 ($p = 0.025$)

CONCLUSIONES

El SAPS3 se correlaciona con la mortalidad en las áreas de cuidados intermedios. Sin embargo, el SAPS3 puede sobreestimar la mortalidad en este tipo de pacientes y se requiere el diseño de scores específicos para este tipo de unidades.

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

V-22

DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD TRAS LA ASIGNACIÓN DE UN INTERNISTA A UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

P. Burillo, M. Odriozola, J. Lasso, J. Vela, E. Aguilar

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Alcañiz (Teruel)

OBJETIVOS

Conocer el efecto de la integración de un internista en la atención médica del paciente ingresado con fractura de cadera en un hospital comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisa el impacto en la mortalidad del paciente ingresado en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital de Alcañiz con el diagnóstico de fractura de cadera tras la incorporación de un médico internista consultor durante el periodo de enero a diciembre de 2008.

RESULTADOS

Durante el año 2008 un internista ha seguido la evolución de 307 pacientes durante su ingreso en el Servicio de Traumatología. De ellos, 139 eran fracturas de cadera, 92 mujeres (66%) y 47 varones (34%), con una media de edad de 85,7 años (49-97). Durante su estancia fallecieron 8 pacientes (5,7%), 3 varones y 5 mujeres con una media de edad de 84,7 años (81-90) y habiéndose contraindicado la cirugía en 3 de ellos.

DISCUSIÓN

El incremento en la edad media y en la calidad de vida de la población junto con los avances en técnicas y procedimientos quirúrgicos y anestésicos determinan que cada vez se intervenga quirúrgicamente a pacientes de mayor edad y complejidad. Los servicios quirúrgicos requieren con mayor frecuencia la colaboración del internista en la valoración preoperatoria y manejo de complicaciones postoperatorias. Frente a un modelo clásico basado en interconsultas puntuales algunos centros comienzan a desarrollar un modelo de integración del médico internista en el seguimiento del enfermo quirúrgico. Desde febrero de 2007 se ha asignado al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de nuestro hospital un Internista consultor con especial atención en el seguimiento de los pacientes con fractura de cadera. Estos pacientes por sus condiciones, edad avanzada y comorbilidad, se benefician de un enfoque global tanto en los cuidados pre y postquirúrgicos como durante la aparición de las muy probables complicaciones médicas. El primer beneficio observado es la disminución de la mortalidad intrahospitalaria (5,7%) del paciente con fractura de cadera que en nuestro hospital en análisis previos se situaba en el 10%. Conseguimos de esta manera un descenso de mortalidad del 43%, similar al observado en otros grupos de trabajo con la diferencia de que, por nuestras características demográficas y asistenciales, la nuestra es una población mucho más envejecida.

CONCLUSIONES

La asignación de un Internista al Servicio de Cirugía Ortopédica tiene efecto en la mejora de la calidad asistencial que se traduce cuantitativamente en la disminución de la mortalidad intrahospitalaria.



PÓSTERS

Enfermedades Infecciosas (A)

A-02

INFECCIÓN RECIDIVANTE POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

P. Tarabini-Castellani Ciordia, J. Agud Aparicio, N. Puelles Emaldibarra, I. Frago Marquinez, S. San Miguel, G. Arroita Gonzalez, L. Ceberio Hualde, E. Saez de Adana Servicio de Medicina Interna. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava)

OBJETIVOS

Describir las infecciones recidivantes por Clostridium difficile

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras detectar 3 pacientes con infección recidivante por Clostridium difficile en enero de 2008, estudiamos prospectivamente todas las infecciones diagnosticadas en 2008, incluidos los 3 iniciales. Se analizaron los datos epidemiológicos de los pacientes, factores de riesgo y tratamientos recibidos.

RESULTADOS

En el año 2008 se detectaron en nuestro hospital 11 casos de infección por Clostridium difficile, todos ellos diagnosticados por detección de antígeno en heces por enzimoimmunoensayo para la detección de Toxina A y Toxina B. No hubo diagnósticos endoscópicos con antígeno negativo. 4 pacientes presentaron varias recidivas. 3 eran mujeres y 1 varón, con edades entre 70 y 87 años, que presentaban, como factores de riesgo, quimioterapia por cáncer de mama, tratamiento antibiótico prolongado por infección de prótesis de rodilla, TBC pulmonar en tratamiento e ingreso por neumonía nosocomial. 3 de los 4 pacientes coincidieron en la misma área de hospitalización, compartiendo el personal sanitario que les atendía pero no habitación. El primer episodio se trató, en todos los casos, con metronidazol por vía oral durante 15 días. La primera recidiva tuvo lugar entre 10 y 15 días después de terminar el tratamiento. Esta primera recidiva se trató con la misma pauta que el primer episodio, presentando respuesta clínica en todos los casos salvo en uno en que se añadió, tras no mejorar con metronidazol, vancomicina oral en pauta descendente. Esta paciente no volvió a presentar ningún nuevo episodio. 3 pacientes tuvieron una segunda recidiva que fue tratada con vancomicina oral en pauta descendente durante 5 semanas, añadiéndose en las últimas 2 semanas rifaximina oral. 2 se curaron y una única paciente tuvo una nueva recidiva que se trató con una nueva tanda de rifaximina durante 2 semanas. Tras más de 6 meses de seguimiento los pacientes están asintomáticos.

DISCUSIÓN

La diarrea tras tratamiento antibiótico es frecuente. La colitis pseudomembranosa por Clostridium difficile debe descartarse en pacientes con factores de riesgo: tener más de 65 años, haber recibido tratamiento previo con antibióticos, quimioterápicos o inmunosupresores, estar convaleciente de una intervención quirúrgica, padecer enfermedades crónicas debilitantes o, según últimos estudios, estar expuesto a supresores del ácido gástrico. Según las últimas revisiones, la recurrencia de la diarrea asociada a Clostridium difficile tras la resolución de un primer episodio ocurre en un 20-25% de los pacientes y en más del 45% de aquellos que han tenido una primera recaída. En nuestro hospital, tuvieron una primera recidiva 36% de los pacientes (4/11) y el 75% de estos presentaron una nueva recaída (3/4). En este momento las opciones de tratamiento no están estandarizadas. La rifaximina podría ser un fármaco a considerar a juzgar por los casos clínicos aislados o series cortas que se vienen publicando. Es inquietante el hecho de que varios de nuestros pacientes coincidieran en el tiempo en la misma área de hospitalización.

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

CONCLUSIONES

1.- La infección por *Clostridium difficile* multirecidivante es frecuente y grave 2.- El tratamiento con vancomicina oral en pauta descendente durante 5 semanas junto con rifaximina durante las últimas dos semanas puede ser una buena opción para la infección recidivante por *Clostridium difficile*. 3.- Son necesarios estudios randomizados para determinar las opciones terapéuticas de la infección recidivante por *Clostridium difficile* 4.-Es necesario mejorar las medidas de aislamiento.

A-03

LEISHMANIASIS ESOFÁGICA COMO CAUSA DE DISFAGIA EN UN PACIENTE VIH

S. Ruiz¹, A. Delegido¹, M. Tacias¹, S. Blázquez², N. Guionnet², P. Uneken³, X. Cervantes⁴, E. Pedrol¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica, ³Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, ⁴Sección de Digestivo. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 44 años, fumador, enolismo de 80grs/día, VIH positivo conocido desde 1995, con mala adherencia al tratamiento, leishmaniasis visceral en 2004. Presenta odinofagia y disfagia progresiva de 9 meses de evolución, junto con pérdida de 6kg de peso. En tratamiento actual con lopinavir/ritonavir (solución oral), didanosina y lamivudina. A la exploración 47Kg de peso, sin otros datos relevantes. En la analítica presenta cifra de CD4 de 220/mm³ y carga viral del VIH de 355copias/ml. Hemograma normal, excepto 3400 leucocitos, en la bioquímica GOT 40 U/L (10-37), GGT 379 U/L (11-61), fosfatasa alcalina 202 U/L (35-135), siendo el resto normal. Inicialmente se pauta tratamiento de forma empírica con fluconazol sin observar respuesta

RESULTADOS

Para el estudio de disfagia en paciente inmunodeprimido, se solicita TAC toraco-abdominal que muestra un engrosamiento difuso de las paredes del esófago distal. Se realiza a continuación fibrogastroscoopia, donde el esófago se presenta con mucosa normal, excepto en tercio medio-distal donde la mucosa pierde continuidad y se aprecian ulceraciones inferiores a 1cm con fibrina, se tomaron biopsias esofágicas, en las que se observan fragmentos de tejido de granulación con infiltrado inflamatorio linfo-plasmocitario y abundantes macrófagos que muestran en el citoplasma múltiples microorganismos, compatibles con leishmania. Tras el diagnóstico de leishmaniasis esofágica, se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal. Un año más tarde, no se ha demostrado progresión de la leishmania, pero el paciente continúa con disfagia, precisando de sesiones de dilataciones esofágicas, por la reacción inflamatoria.

DISCUSIÓN

Un gran porcentaje de pacientes con infección por el VIH, padecen síntomas gastrointestinales a lo largo de su enfermedad, éstos consisten en dolor abdominal o retroesternal, diarrea, malabsorción ó disfagia, como el caso que presentamos. La disfagia se presenta como consecuencia de lesiones esofágicas, que suelen producirse por candidiasis esofágica, citomegalovirus, virus herpes simple tipo 1, micobacterias o de forma excepcional lesiones esofágicas por leishmania. Entre las causas no infecciosas, destacan, de forma menos frecuente, el carcinoma epidermoide de esófago, linfoma, sarcoma de kaposi o úlcera péptica. La leishmaniasis visceral en el paciente VIH, se presenta en un 80-90% de los casos con la clínica habitual, es decir, inespecífica que consiste en fiebre, hepatoesplenomegalia y pancitopenia. Pero aproximadamente en un 10% de casos, y sobre todo en pacientes muy inmunodeprimidos, puede presentar localizaciones atípicas, entre ellas la digestiva. La mucosa gástrica y duodenal son las zonas más frecuentemente afectadas. Encontramos 12 casos descritos de leishmaniasis esofágica en la literatura revisada. El diagnóstico se establece a través de la biopsia con la visualización directa de la leishmania o por las técnicas de PCR y el tratamiento



es el de la leishmaniasis visceral. En nuestro caso, aparte del tratamiento con anfotericina requirió de dilataciones esofágicas por la grave y persistente reacción inflamatoria.

CONCLUSIONES

La disfagia puede ser la primera y única manifestación de leishmaniasis visceral en el paciente VIH, tanto la clínica como los resultados de las pruebas complementarias pueden ser inespecíficos, siendo necesaria para el diagnóstico definitivo la visualización directa de leishmanias en muestras de biopsia o la confirmación por técnicas de PCR.

A-04

DÉFICIT IDIOPÁTICO DE LINFOCITOS T CD4. A PROPÓSITO DE 1 CASO

E. Calvo¹, S. Omatos¹, M. Salas¹, P. Aguelo¹, B. Galve¹, P. González², C. Toyas², A. Ania³

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General San Jorge. Huesca

²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Barbastro (Huesca)

³Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

OBJETIVOS

Presentamos el caso de un paciente con inmunodeficiencia idiopática (déficit selectivo de Linfocitos T CD4) y Tuberculosis sistémica

MATERIAL Y MÉTODOS

A propósito de un Caso.

RESULTADOS

Paciente de 50 años controlado por el Servicio de Hematología por Linfopenia de años de evolución con antecedentes personales de infecciones cutáneas localizadas y Colangitis con Pancreatitis crónica alitiásica de repetición. Ingresa por astenia, hiporexia, pérdida de 5Kg de peso en los 3-4 últimos meses, y fiebre de 1 una semana de evolución vespertina hasta 38°C. Refería desde 1 año atrás edema maleolar izquierdo con dificultad en la deambulación, sin signos de proceso infeccioso-inflamatorio articular a nivel de tobillo-pie izquierdo. Había sido tratado con masajes y drenaje linfático en dicho periodo de tiempo. En la Exploración Física, llaman la atención adenopatías laterocervicales, supraclaviculares, axilares e inguinales. En el TAC Toraco-Abdomino-Pélvico: se objetivan múltiples adenopatías sin otros datos de interés. Se solicita estudio serológico que fue negativo, baciloscopia y cultivo de esputo y se realiza extracción de 2 ganglios axilares para estudio, cuyo resultado anatomopatológico fue, infiltración granulomatosa necrotizante. Se pauto tratamiento con Rifampicina, Piracinamida, Isoniacida y Etambutol con evolución tórpida, presentó fistulización de algunas adenopatías, absceso de Psoas y afectación pulmonar posterior. Finalmente el paciente precisó corticoterapia para control de la temperatura, pudiéndose dar alta para control ambulatorio. En el estudio inmunológico el paciente presentaba CD4+ de 250/mm³. El cultivo de Lowstein fue + para mycobacterium tuberculosis.

DISCUSIÓN

El VIH es el agente etiológico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, caracterizado por una disminución de los Linfocitos T CD4+. En 1992 la CDC, reúne bajo el nombre de Linfocitopenia T CD4+ idiopática, a aquellos pacientes con un déficit, sin ser VIH+ ni padecer enfermedades asociadas o tratamiento inmunosupresor que provocaran un descenso de CD4. No se conoce su etiología, se han postulado varias teorías, incluso se pensó que la causa pudiera ser algún tipo de agente transmisible todavía no identificado. Frecuentemente se diagnostica en el contexto de enfermedades oportunistas.

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

CONCLUSIONES

Se debería realizar seguimiento estrecho en pacientes con linfopenia, realizando controles periódicos de poblaciones linfocitarias. Realizando profilaxis de infecciones oportunistas cuando sus CD4 estén por debajo de 300.

A-05

INFECCIÓN GONOCÓCICA DISEMINADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Estrada¹, A. Unzurrunzaga¹, J. De la Viuda¹, E. Aldasoro¹, M. Blanco¹, A. Sáez², A. Larrinaga¹, J. Urkijo¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Galdakao. Galdakao (Vizcaya)

OBJETIVOS

Descripción de un caso de gonococemia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentación de un caso y revisión bibliográfica obtenida en la base de datos

RESULTADOS

Varón 19 años que presenta oligoartritis en codo izq., mano derecha, tarso derecho y fiebre. En analítica se aprecia un aumento de reactantes de fase aguda y leucocitosis. En cultivo de líquido sinovial extraído del codo izquierdo se aísla *Neisseria gonorrhoeae*, sensible a ceftriaxona, por lo que tratamos con ceftriaxona i. v. durante 9 días y cefixima oral durante 6 días más. Reingresa días después con fiebre de hasta 39.7°C, tiritona, náuseas, vómitos y malestar general. Presenta lesiones cutáneas vesículo-pustulosas en zonas distales de extremidades. En hemocultivos crece *N. gonorrhoeae*. El cultivo de una de las lesiones cutáneas es negativo. Tratamos con cefotaxima endovenosa durante 6 días y cefixima oral 9 días, refiriendo mejoría a las 24-48 horas y progresiva desaparición de las lesiones cutáneas. En posteriores controles se ha evidenciado normalidad en los niveles de C6, C7 y C9 junto con niveles bajos de CH50.

DISCUSIÓN

La infección gonocócica diseminada ocurre en 0.3-0.5% de los pacientes infectados por *N. gonorrhoeae*. Son factores predisponentes el embarazo, LES o déficit del complemento (C5, C6, C7 y C8). 13% de los pacientes con gonococemia diseminada tienen deficiencia del complemento. La artritis es la manifestación principal. Aparece con mayor frecuencia en tobillos, rodillas y muñecas. Las lesiones cutáneas se describen como vesículo-pústulas indoloras, no numerosas. A veces se asocia prurito. Los pacientes muestran mal estado general debido a los picos febriles. El diagnóstico se basa en la historia clínica, exploración física y cultivos microbiológicos. En ocasiones el cultivo de líquido sinovial es negativo. Son precisos estudios microbiológicos complementarios uretrales, cervical y rectal. En caso de recidiva hay que considerar reinfección por no tratar a la pareja o déficit del complemento.

CONCLUSIONES

La infección gonocócica diseminada es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con fiebre elevada y lesiones cutáneas. Es importante el cumplimiento terapéutico tanto del paciente como de la pareja. Hay que descartar un posible déficit de complemento.

**A-06****NÓDULOS PULMONARES EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDA**

B. Galve, S. Omatos, M. Salas, P. Aguero, E. Calvo

Servicio de Medicina Interna. Hospital General San Jorge. Huesca

OBJETIVOS

Se trata de una paciente con pancitopenia por hiperesplenismo y antecedentes de neoplasia de mama que ingresa con la sospecha de metástasis pulmonares.

MATERIAL Y MÉTODOS

A propósito de un caso

RESULTADOS

Se trata de una paciente de 74 años con alergia medicamentosa a codeína, pirazonas, AAS y penicilina, antecedentes personales de: Cirrosis hepática Child B por VHC, DM tipo2, HTA, HDA por varices esofágicas, intervenida de cuadrantectomía mama derecha por neoplasia, histerectomía con doble anexectomía. En tratamiento con propanolol, espirolactona, furosemina, insulina glargina. Al ingreso refiere tos productiva, disnea de mínimos esfuerzos sin ortopnea, no fiebre, astenia e hiporexia. Exploración Física: Consciente, orientada temporoespacialmente, Flapping negativo, subictericia, normohidratada, no ingurgitación yugular, taquipeica (24 r. P. M). T. A 100/60. F. C 80 l. P. M. Tª 35°C. AC: ruidos cardiacos rítmicos. A. P: Roncus dispersos y crepitantes bibasales. Abdomen: blando, depresible, hepatoesplenomegalia no dolorosa, peristaltismo conservado. EEII: no edemas ni signos de TVP. Pruebas Complementarias (destacan): Hb 10. Plaquetas 34.000. Leucocitos 1.800 (76%N) Marcadores tumorales: negativos. Autoanticuerpos, Crioglobulinas, Complemento: dentro de la normalidad. Gasometría arterial: pH 7.5. pO2 62. pCO2 28. SatO2 91%. Antígeno de Neumococo y Legionella: negativo. Cultivo de esputo: Baciloscopia negativa, cultivo convencional positivo para S. Aureus y P. Areuginosa y abundante crecimiento de Aspergillus fumigatus. RX Tórax: nódulos pulmonares bilaterales. TAC Toraco-Abdominal: Afectación paracel bilateral dispersa de ambos campos pulmonares, alternado áreas sanas y afectas, con lesiones predominantemente fibróticas que se acompañan de nódulos agrupados y zonas de afectación pulmonar con un patrón acinoso. En abdomen hepatopatía crónica con signos de hipertensión portal e hiperesplenismo. En un principio se trató el aspergillus con anfotericina B liposomal que se suspendió por trombocitopenia severa pasando a caspofungina intravenosa durante 2 semanas completando 4 semanas con voriconazol oral. Al alta la paciente toleraba moderados esfuerzos manteniendo saturación de O2 en límites de la normalidad, mejorando el síndrome constitucional acompañante. En el control radiológico las imágenes habían desaparecido casi en su totalidad.

DISCUSIÓN

El Aspergillus es un hongo ubicuo cuyas esporas se propagan ampliamente, de modo que su inhalación es un hecho habitual. Tras la inhalación de las esporas se produce una infección saprófita transitoria, sin embargo en personas con patología subyacente pueden ocasionar colonización persistente. Aspergillus fumigatus es el responsable del 90% de los casos. Las aspergilosis es la segunda infección fúngica en inmunodeprimidos y su incidencia esta aumentando. Generalmente se presenta en el pulmón, bien como bronconeumonía necrotizante o bien en forma de infartos necrotizantes, ya que tiene características angiotrópicas. El aislamiento de Aspergillus en esputo o en el cepillado bronquial en un contexto clínico-radiológico compatible suele ser suficiente para establecer el diagnóstico e iniciar tratamiento específico, aunque muchas veces se necesita biopsias pulmonar confirmatoria, dado que los hemocultivos suelen ser negativos. El tratamiento clásico ha sido con Anfotericina liposomal que disminuye los efectos secundarios que la convencional, debe ser prolongado de 4 a 6 semanas, en la actualidad hay estudios que igualan resultados usando

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

voriconazol evitando los efectos secundarios no deseados de anfotericina, además es un fármaco que se puede utilizar en su forma oral y así disminuir el tiempo de ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES

El pronóstico de las infecciones oportunistas depende de su diagnóstico y tratamiento precoz, por lo que es imprescindible un alto índice de sospecha. Es interesante la introducción en la farmacia hospitalaria de antifúngicos de última generación para uso en casos seleccionados.

A-07

EMPIEMA PLEURAL POR SALMONELLA ENTERITIDIS

M. Aibar Arregui¹, B. De Escalante Yangüela¹, M. Martín Fortea¹, M. Ferrández², E. Ramírez³, E. Navarro Aguilar¹, V. Garcés Horna¹, J. Valle Puey¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Oncología Radioterápica, ³Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

OBJETIVOS

Presentamos un caso de empiema pleural de etiología muy infrecuente y con buena evolución tras el tratamiento

RESULTADOS

Varón de 90 años con antecedentes patológicos de ACV por infarto isquémico, ACxFA, HTA, bronconeumonía dcha, anemia de proceso crónico y sonda vesical permanente. Fue ingresado en nuestro hospital por presentar un cuadro de disnea y fiebre de 48 horas de evolución. A la exploración física se comprobó fiebre de 39º, saturación O2 81%, signos de deshidratación, hipoventilación en hemotórax derecho a la auscultación pulmonar, tonos arrítmicos a 108lx'a la auscultación cardíaca, ligeros edemas maleolares, afasia motora y hemiplejía derecha residual. En los análisis de sangre realizados destacaron: Hto: 27,8%, Hb: 9,3 g/dl, leucocitos: 14.600/mm3 con 88,6% neutrófilos, VSG: 120, albúmina 2,4g/dl, alfa-2 globulinas: 17,4%, gammaglobulinas: 22,8% y PCR: 5,69. En la Rx de tórax se comprobó importante opacidad en hemitórax dcho compatible con derrame pleural y en la TC toracoabdominal se confirmó abundante derrame pleural parcialmente encapsulado, sin patología pulmonar o hepática subyacente. Se practicó toracocentesis exploradora y se obtuvo un líquido hemorrágico con características de empiema (pH: 6,52, glucosa 20mg/dl, proteínas: 3,9g/dl, hematíes: 220.000/mm3, leucocitos: 90.800/mm3 con 92% segmentados, ADA:173, LDH: 39.195U/l). Los cultivos repetidos de líquido pleural fueron positivos para Salmonella grupo D. La baciloscopia y cultivo de Löwenstein fueron negativos y las citologías fueron negativas para malignidad. Se realizó drenaje torácico con aspiración que se mantuvo hasta 22 días y se recogieron unos 4000cc de líquido purulento-hemorrágico. Tras su retirada persistió una pequeña colección purulenta en la base dcha con importante engrosamiento pleural. Los hemocultivos, coprocultivos, urocultivos y cultivos de esputos fueron repetidamente negativos. El paciente fue tratado con Amoxicilina/clavulánico y posteriormente con Ciprofloxacino y siguió una evolución clínica favorable siendo dado de Alta a los 31 días de su ingreso y después de 10 meses de seguimiento no ha reingresado por recidiva del empiema

DISCUSIÓN

Las infecciones focales por Salmonella no Typhi representan del 1,5 al 8% de las salmonelosis y dentro de ellas las formas pleuropulmonares (neumonías, abscesos y empiemas) son excepcionales y afectan especialmente a personas con edad avanzada y enfermedades de base sistémicas y/o pulmonares y a pacientes infectados por el VIH. Su presentación suele ser aguda y se producen casi siempre por diseminación hematógena y más raramente por contigüidad o por aspiración de



secreciones gástricas infectadas. La sospecha diagnóstica es más alta cuando existe aislamiento de Salmonella en coprocultivos o hemocultivos, pero pueden producirse en ausencia de clínica gastrointestinal. Su pronóstico varía en las diferentes series y no es infrecuente su recidiva

A-08

PSEUDONÓDULOS PULMONARES EN PACIENTE CON BRONQUITIS CRÓNICA

M. González García¹, M. Bueso Inglán², E. Calvo Beguería¹, A. Anía Lahuerta¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Oncología Médica. Hospital de Barbastro (Huesca)

OBJETIVOS

Describir el caso clínico de un paciente con patología pulmonar crónica y pseudonódulos pulmonares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 73 años con broncopatía crónica con patrón obstructivo moderado severo que ingresa por cuadro de tos, expectoración verdosa y disnea de 1 mes de evolución, sin mejoría tras 2 tandas de tratamiento antibiótico. En los últimos 2-3 días asocia dolor pleurítico costal izdo. En la Rx de tórax se observan imágenes pseudonodulares en hemitórax izdo, compatibles en TC torácico con infiltrados alveolares confluentes. Tras varios análisis microbiológicos de esputo se aísla Nocardia spp. El paciente presenta evolución lenta, con inestabilidad e hiponatremia, encontrándose en TC cerebral únicamente imágenes de leucoaraiosis. Así mismo presenta lesiones ampollasas en boca y faringe con disfagia intensa que mejoran con la administración intravenosa de aciclovir.

RESULTADOS

Se instaura tratamiento con imipenem durante 3-4 semanas y cotrimoxazol durante 12 meses con buena evolución clínica y radiológica.

DISCUSIÓN

La nocardiosis es una infección relativamente rara y oportunista, que con frecuencia aparece en relación con inmunosupresión sistémica predominantemente celular (trasplante, infección VIH, diabetes, tratamiento esteroideo crónico...) o a deterioro de las defensas pulmonares, como es el caso de nuestro paciente afecto de EPOC, si bien puede aparecer sin enfermedad predisponente en el 25-40% de los casos. La forma más común de nocardiosis pulmonar es la subaguda o crónica, con manifestaciones clínicas diversas y radiología variable, desde infiltrados irregulares y placas subpleurales, hasta nódulos o masas únicos o múltiples que pueden cavitarse. Hasta el 30-45% de los pacientes con nocardiosis tienen afectación del sistema nervioso central, siendo recomendable la realización de pruebas de imagen para descartarla incluso en ausencia de clínica neurológica, dado el carácter silente que con frecuencia presenta la misma. El trimetoprim sulfametoxazol sigue siendo de elección en el tratamiento de la nocardiosis, pudiendo el uso adicional de amikacina, imipenem o cefotaxima mejorar el pronóstico de la enfermedad, sobre todo en pacientes inmunocomprometidos. El porcentaje de curación de la forma pulmonar alcanza el 90% y un 50% en la cerebral.

CONCLUSIONES

La nocardiosis pulmonar es una entidad que ha de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del paciente con inmunodepresión celular o enfermedad pulmonar crónica. Las imágenes pseudonodulares en este tipo de pacientes obligan a descartar entre otros procesos, infecciones como tuberculosis, histoplasmosis o abscesos pulmonares. En caso de inmunodepresión o afectación del sistema nervioso central el tratamiento antibiótico debe prolongarse al menos durante 12 meses.

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

A-09

BACTERIEMIA POR CLOSTRIDIUM CLOSTRIDIIFORME COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA NEOPLASIA DE COLON

R. Arnáez Solís¹, P. Fanlo Mateo¹, X. Guimarey García¹, I. Torres Alvízar¹, A. De Prado Leal¹, C. Díaz Chaveli², M. Etxebarria Lus¹, G. Tiberio López¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra)

OBJETIVOS

Describir un caso clínico de bacteriemia por Clostridium Clostridiiforme como forma de presentación de una neoplasia de colon en paciente diabético.

RESULTADOS

Caso clínico: Varón de 53 años, agricultor, con antecedentes de diabetes mellitus con mal control metabólico y síndrome metabólico asociado que ingresa por cuadro febril de 38°C, mialgias, artralgias y astenia de 3 días de evolución junto con congestión nasal. A la exploración inicial destaca una hipoventilación bilateral con una saturación basal del 86% y una glucemia de 302mg/dl, también cervicalgia lateral derecha y empastamiento ipsilateral. La analítica muestra neutrofilia, PCR: 5.33 y un Dímero -D (Elisa) de 1621 ng/ml. En la gasometría se objetiva PaO₂ de 60mmHg. ECG: taquicardia sinusal, BRD y patrón S (I)-Q (III)- T (III). Se solicita un TC de tórax para descartar TEP que fue normal. En el hemocultivo se aísla Clostridium Clostridiiforme sensible a amoxicilina-clavulánico. Se solicita ecografía abdominal y cervical que fueron normales, interconsulta a Cirugía Maxilofacial donde no objetivaron foco odontógeno a pesar del mal estado de la dentadura y los marcadores tumorales (CEA) que fueron negativos. De forma ambulatoria se solicita una colonoscopia donde se objetiva una neoformación rígida en colon transverso, cerca del ángulo hepático de 3cm de diámetro con toma de biopsia (adenocarcinoma bien diferenciado). Se realiza hemicolectomía derecha y anastomosis laterolateral ileocólica sin complicaciones.

DISCUSIÓN

El género clostridium es un grupo de bacilos gram positivos anaerobios esporulados excepto el tipo Clostridiiforme y Ramosun que son gram negativos. Se localizan en el suelo y en el tracto intestinal. Dentro de los factores de riesgo para padecer una infección por este género se encuentran la cirugía previa, traumatismos, diabetes, neoplasias, insuficiencia vascular y la toma de tratamiento inmunosupresor. Las infecciones más frecuentes que provoca son la celulitis crepitante y la gangrena gaseosa, pero también puede provocar infecciones biliares como colecistitis enfisematosa e infecciones del tracto genital. Las bacteriemias generalmente se asocian a carcinoma intestinal.

CONCLUSIONES

Ante un paciente con hemocultivos positivos para clostridium clostridiiforme habrá que descartar patología intestinal como causa de esta infección principalmente una neoplasia de colon.

**A-10****CAMBIO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SECUNDARIO A SUS EFECTOS ADVERSOS EN LOS PACIENTES VIH**

S. Ruiz¹, B. Rodríguez², I. Martínez², M. Tacias¹, A. Delegido¹, M. Vidal³, P. Jolonch², E. Pedrol¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia, ³Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

OBJETIVOS

1. Valorar el porcentaje de cambio de tratamiento antirretroviral debido a efectos adversos. 2. Conocer cuales fueron los efectos adversos secundarios al TARGA (tratamiento antirretroviral de gran actividad) en nuestro hospital, que motivaron un cambio de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han recogido de forma prospectiva y a través de un cuestionario realizado por el Servicio de Farmacia, los cambios terapéuticos en los pacientes VIH atendidos en las consultas externas y se ha valorado que porcentaje de éstos cambios eran debidos a efectos secundarios del tratamiento. Este estudio se ha realizado durante los años 2003 y 2008. En nuestro hospital, se atiende una media de 200 pacientes con infección por VIH anuales. En el año 2003, el 42% de los pacientes recibían tratamiento con dos análogos de nucleósidos (AN) y un inhibidor de proteasa (IP), y un 46% recibían tratamiento con dos análogos y un no análogo (NN)- el 80% era efavirenz-. En el año 2008, el 53% de los pacientes recibían tratamiento con dos AN y un IP, el 41% con dos AN y un NN-84% era efavirenz-, el 5% de los pacientes recibían tratamiento con tres NN y había un 5% que recibían fármacos nuevos (Etravirina, Maraviroc y Raltegravir).

RESULTADOS

1. En la gráfica 1, observamos cuales han sido los motivos del cambio de tratamiento en los años 2003 y 2008. Durante el año 2003, se realizaron 34 cambios de tratamiento que afectaron a 32 pacientes, el 56% de los cambios de tratamiento realizados se debieron a efectos adversos y el 44% a otros motivos incluyendo aquí simplificación y fracaso terapéutico. En cambio, en el año 2008, se realizaron 47 cambios de tratamiento, el 36% se debió a efectos adversos y el 64% a otros motivos. 2. En la gráfica 2, se observa cuales han sido los efectos secundarios en nuestros pacientes debidos al TARGA que motivaron el cambio de tratamiento en los años 2003 y 2008. En el año 2003, los efectos secundarios mas frecuentes fueron la lipodistrofia (33%) y las alteraciones gastrointestinales (19%). En cambio durante el 2008, los efectos adversos más frecuentes fueron la hepatotoxicidad (29%) y la dislipemia (23%).

DISCUSIÓN

Desde la introducción del TARGA ha habido un descenso significativo tanto de los casos de SIDA como de la morbi/mortalidad secundaria al VIH. No obstante, dicho tratamiento produce importantes reacciones adversas que merman la calidad de vida de éstos pacientes y motivan el abandono o cambio de tratamiento. Si comparamos nuestra serie con la del estudio ICONA (recogida durante los años 1997-1999), el porcentaje de cambios de tratamiento motivado por efectos adversos fue del 21%, similar al observado en la serie de Megan O'Brien en USA durante los años 1997-2001 y publicada en JAIDS en el 2003, que fue del 24%, ambos porcentajes, muy inferiores, al observado en nuestra serie durante el año 2003 (56%). Sin embargo, en nuestra serie, en el año 2008, el mayor porcentaje de causas de cambio de tratamiento no es debida a los efectos adversos, esto podemos explicarlo por la aparición de fármacos nuevos que motivan cambios a simplificación de tratamiento y que producen menos toxicidad. En nuestro hospital hemos observado que durante el año 2003 los efectos adversos más frecuentes que motivaron cambio de tratamiento fueron la lipodistrofia (33%) y los gastrointestinales (19%). En el estudio ICONA y en la serie de Megan O'Brien el efecto adverso

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

que con mayor frecuencia motivó cambio de tratamiento fueron las alteraciones gastrointestinales siendo el 45%, y el 44% respectivamente

CONCLUSIONES

1. En el año 2003, la mayoría de cambios de tratamiento en nuestros pacientes se debieron a efectos adversos. Sin embargo, en el 2008, los cambios se han debido fundamentalmente a simplificación o fracaso terapéutico. 2. Los efectos secundarios más importantes observados en el año 2003 fueron la lipodistrofia y las alteraciones gastrointestinales. Sin embargo en el 2008 el efecto adverso que con más frecuencia motivó cambio de tratamiento fue la hepatotoxicidad.

A-11

TRATAMIENTO EFECTIVO DE MUCORMICOSIS NASOSINUSAL CON POSACONAZOL

X. Guimarey García, P. Fanlo Mateo, R. Arnáez Solís, M. López de Goicoechea Sáiz, E. Bidegáin Garbala, J. Sánchez Álvarez, C. Pérez García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra)

OBJETIVOS

Describir un caso de mucormicosis nasosinusal con buena respuesta al tratamiento con posaconazol vía oral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción del caso y revisión bibliográfica.

RESULTADOS

Caso clínico: Varón de 60 años con antecedentes personales de HTA, DM tipo 2, Cardiopatía hipertensiva leve con función sistólica conservada y cirrosis hepática enólica que comienza con cuadro de drenaje purulento sinusal asociado a dolor hemimaxilar izquierdo. Ante la sospecha de sinusitis bimaxilar de origen odontógeno ingresa a cargo de Cirugía Maxilofacial para intervención quirúrgica de exodoncias múltiples y limpieza de ambos senos maxilares mediante endoscopia, se toman muestras y se envían a anatomía patológica. Durante su ingreso se consulta al servicio de Medicina Interna para control glucémico, observando una elevación de reactantes de fase aguda con hiperproteinemia e hipergammaglobulinemia con sospecha de patología infecciosa o hemopatía. En la anatomía patológica se objetivaron hifas tabicadas, ramificadas compatibles con mucor, motivo por el cual se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal. Durante el tratamiento se detecta pancitopenia por lo que se solicita un aspirado MO siendo compatible con síndrome mielodisplásico. Ante la imposibilidad del paciente de acudir diariamente a recibir el tratamiento indicado, a las 7ª semana de tratamiento endovenoso, se decide iniciar tratamiento con posaconazol v. O. (Noxafil®) 400 mg cada 12 horas durante 4 semanas con buen cumplimiento por parte del paciente. De forma ambulatoria se han realizado controles radiológicos por medio de TC de senos objetivando resolución completa de la patología que motivó su ingreso.

DISCUSIÓN

La mucormicosis es una infección micótica invasora poco común y agresiva. Los pacientes con diabetes mellitus, inmunodepresión o síndromes de sobrecarga de hierro (los asociados con hemodiálisis) tienen un incremento del riesgo a la infección. La presentación clínica más frecuentes es la forma rino-orbitaria-cerebral que se produce tras inhalación de las esporas ubicuas en el medio. El mucor provoca infarto y necrosis de los tejidos por invasión vascular. El diagnóstico se realiza por la identificación de las hifas en muestras histológicas. El inicio del tratamiento médico y quirúrgico intensivo debe ser realizado lo antes posible para asegurar el pronóstico. Aunque en la actualidad el tratamiento de elección es la anfotericina B liposomal estableciendo un mínimo de 6 semanas hasta



la resolución completa del cuadro, el posaconazol (un azol de amplio espectro activo in vitro contra el mucor) parece que puede ser en un futuro un tratamiento alternativo.

CONCLUSIONES

Aunque existen pocos ensayos clínicos hasta la fecha que lo avalen como tratamiento inicial de la mucormicosis, el posaconazol puede ser un tratamiento efectivo en la terapia secuencial de los pacientes que hayan sido tratados inicialmente con anfotericina B liposomal o que hayan tenido una respuesta parcial a esta.

A-12

CERVICALGIA DE CAUSA INHABITUAL EN MUJER JOVEN

O. Ateka¹, X. Castañeda², M. Arteaga¹, E. Bidegain¹, M. López de Goicoechea¹, N. Cobo², V. Jarne¹, A. Soriano²

¹Servicio de Medicina interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra)

²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Institut Medicina Interna y Dermatología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona

OBJETIVOS

Describir el caso inhabitual y sus pruebas complementarias de una mujer joven con cervicalgia y disfagia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de la historia clínica y las pruebas complementarias realizadas a la paciente.

RESULTADOS

Mujer de 28 años de origen pakistaní sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por odinofagia y disfagia, se diagnostica de absceso periamigdalario izquierdo, se drena y se remite a domicilio. 2 semanas después cuadro similar acompañado de trismus y cervicalgia izquierda. EF: abombamiento de pared posterior faríngea izquierda, adenopatías laterocervicales izquierdas dolorosas; afebril. Analítica: PCR 2.4 mg/dL, Leucocitos 7300 (N 58%, L 31.6%), Hb 11 g/dL (VCM 65, HCM 21), Reticulocitos 71400, VSG 14 mm/h. TAC cuello: Tumefacción retrofaríngea izquierda con lesión lítica de 13x15mm en C1. RMN cervical: Signos de afectación ósea de predominio izquierdo en C1, C2, cóndilo y porción basi-occipital, afectación de espacio epidural anterior, con importante componente de partes blandas; adenopatías reactivas de aspecto necrótico. Biopsia de zona de retrofaringe: granulomas tuberculoides con necrosis caseosa, células epiteloideas y células de Langhans. PET-TC: Múltiples captaciones patológicas coincidentes con arco anterior, masa lateral de atlas y orofaringe izquierda; otras captaciones patológicas en adenopatías mediastínicas múltiples, isquion izquierdo, rama pubiana, 3ª costilla derecha y ambos ovarios. Gammagrafía Ga67: absceso de partes blandas en región anterior izquierda del atlas. Se instauró tratamiento con Isoniazida, Rifampicina, Etambutol y Pirazinamida, y se le realizó artrodesis de C0-C2, con sospecha de tuberculosis cervical con afectación de otros niveles óseos y ovarios. Pendiente de realizar pruebas gammagráficas de control y ver evolución.

DISCUSIÓN

La tuberculosis es una infección endémica en España y Pakistán, con formas de presentación muy variadas. Nuestra paciente presenta una probable infección tuberculosa con forma de presentación y localización inusuales. Es destacable el papel del PET-TC a la hora de valorar la diseminación y el posible alcance, ya que, además de la zona sintomática, expone la probable puerta de entrada (adenopatías mediastínicas) y el resto de posibles focos de diseminación (óseos y ováricos).

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

CONCLUSIONES

-La tuberculosis no debe ser olvidada como causa infecciosa de patología raquídea, incluso sin evidencia de afectación respiratoria. - El PET-TC puede ser de gran ayuda para la valoración, localización y delimitación de procesos infecciosos subagudos como la tuberculosis.

Gestión Clínica (G)

G-01

COMPARACIÓN DE LOS 10 GRD MÁS FRECUENTES EN MEDICINA INTERNA CON OTROS SERVICIOS MÉDICOS DURANTE 2008

C. Vallejo Rodríguez, N. Guiral Fernández, O. Gavín Blanco, E. Valero Tena, P. Casanova Esteban, J. Velilla Marco, A. García Aranda, J. Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

OBJETIVOS

Medicina Interna es la única especialidad hospitalaria que no tiene GRD exclusivos, obligando de esta manera a analizar las diferencias en cuanto a distintos parámetros para los mismos GRD entre Medicina y las especialidades correspondientes. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características de la población, así como distintos parámetros inherentes a la estancia hospitalaria, de los 10 GRD más frecuentes en nuestro Servicio durante 2008, así como los resultados para los mismos GRD de las especialidades correspondientes, durante el mismo periodo de tiempo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, de los datos de los 10 GRD más frecuentes en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Miguel Servet. Los datos se obtuvieron de la base del Servicio de Documentación de nuestro hospital. Se analizaron las características de los 10 GRD en Medicina Interna y se compararon con los mismos datos en sus correspondientes especialidades según el CMD en el que se englobaban dichos GRD.

RESULTADOS

El total de los pacientes incluidos suponían el 57% del total de pacientes atendidos en Medicina Interna durante 2008. La tendencia general fue a presentar estancias medias (EM) superiores a las de los servicios correspondientes para el mismo GRD, si bien también se observó una edad media superior con diferencias entre 6.05 y 10.74 años, cifras que podrían estar condicionando las diferencias observadas en estancias. Se observaron ligeras diferencias en la distribución por sexos, más importantes en los GRD con comorbilidad mayor (GRD 544, 101, 552), siendo más frecuentes las mujeres en Medicina que en los otros servicios.

CONCLUSIONES

Consideramos como principales datos diferenciales del paciente de Medicina Interna la evidencia de tratarse de población más envejecida lo que por lo general conlleva una mayor comorbilidad asociada. Por lo tanto consideramos que no existe homogeneidad de pacientes y por tanto tampoco se deberían de asignar los mismos estándares de valoración de la actividad asistencial.

**G-04****LA EDAD DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ANÁLISIS DE LA CASUÍSTICA POR GRUPOS ETARIOS**

M. Rubio Rubio, E. Valero Tena, A. Pardillos Tomé, T. Omiste Sanvicente, M. Ruiz Mariscal, J. Velilla Marco, A. García Aranda, J. Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

OBJETIVOS

Una de las características más importantes de los servicios de Medicina Interna es la elevada edad media de sus pacientes y su influencia sobre la pluripatología, las estancias hospitalarias y el consumo de recursos. Con el objetivo de analizar estas relaciones en un hospital de tercer nivel se ha estudiado la casuística de nuestro Servicio, en función de la edad de los pacientes, valorando los GRDs y su dispersión, los pesos medios, las estancias medias y la mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Actividad asistencial del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet en el período 2003-2008. Se ha realizado un estudio descriptivo de la casuística, por grupos etarios mediante los datos proporcionados por el Servicio de Documentación Clínica.

RESULTADOS

El 60,75% de nuestros pacientes tienen una edad superior a 75 años. En este grupo etario, con predominio ligero de mujeres (56%), la edad media es muy elevada (84,09 años) observándose además un progresivo aumento de 0,62 por año. Este grupo de pacientes constituye el 62,39% de las estancias totales del Servicio y su estancia media (12,7 días) es superior a la media del Servicio. La mortalidad de los mayores de 75 años es la mayor de todos los grupos (12,40%). El número de GRDs distintos experimenta un aumento (mayor dispersión de las patologías) a partir del grupo de 61-75 años (102) hasta los mayores de 75 años con 124 GRDs, con predominio de las categorías diagnósticas mayores respiratoria y cardiovascular y un peso medio de 1,77. La procedencia mayoritaria de urgencias de nuestros pacientes es todavía más notoria en el grupo de mayores de 75 años, de los que sólo ingresan de forma programada el 2,34 %.

DISCUSIÓN

La edad media de los pacientes y su progresiva tendencia al alza así como su elevada mortalidad, traduce la necesidad de aplicar: programas de atención geriátrica y de Cuidados Paliativos, para pacientes pluripatológicos y en fases avanzadas de enfermedad, por parte del servicio de Medicina Interna.

CONCLUSIONES

La procedencia mayoritaria de urgencias de los pacientes mayores de 75 años, el aumento del número medio de GRDs conforme avanza la edad y las estancias medias, plantean la posibilidad de crear nuevas estrategias organizativas, para disminuir la posterior demanda asistencial, en este grupo de edad.

Características por grupos etarios en el año 2008 (G-04)

| Grupo de edad | % Pacientes | % Estancia totales | Estanc. medias | Edad media | % Ingresos urg | % Mujeres | % Éxitus |
|---------------|-------------|--------------------|----------------|------------|----------------|-----------|----------|
| 15-30 | 3,03 | 1,92 | 7,88 | 24,82 | 90,64 | 48,44 | 1,10 |
| 31-40 | 4,61 | 3,66 | 9,89 | 36,22 | 57,92 | 24,30 | 1,09 |
| 41-60 | 9,94 | 9,36 | 11,71 | 51,95 | 86,89 | 40,56 | 3,47 |
| 61-75 | 21,67 | 22,66 | 13,00 | 70,09 | 94,60 | 43,74 | 6,04 |
| >75 | 60,75 | 62,39 | 12,77 | 84,09 | 97,65 | 56,86 | 12,40 |

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

G-05

EVALUACIÓN DE LAS ESTANCIAS INADECUADAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE 3ER NIVEL

M. Ruiz Mariscal, T. Omiste Sanvicente, A. Comín Orce, A. Ballester Luna, A. Pardillos Tomé, A. García Aranda, J. Velilla Marco, J. Aguirre Errasti
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación de los ingresos y estancias en un Servicio de Medicina Interna en un hospital de 3er nivel mediante el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico descriptivo de orientación temporal retrospectiva. Se recogieron datos de los enfermos dados de alta durante dos semanas no consecutivas del primer trimestre del año 2006 en el Servicio de Medicina Interna del H. U. Miguel Servet de Zaragoza. Se excluyeron los días de ingreso y el del alta médica hospitalaria. El instrumento de revisión usado ha sido el protocolo AEP. Las variables consideradas en el estudio: edad, sexo, las variables del AEP y la categoría diagnóstica mayor (CDM). Análisis estadístico de los datos mediante la utilización del programa SPSS versión 14.0 para Windows.

RESULTADOS

El porcentaje de estancias inadecuadas es de 62/105 (59%) y el de días de estancia inadecuada 410/1200 (34.17%). La distribución de la muestra por sexo es de 44 (41.5%) varones y 62 (58.5%) mujeres; la media de edad fue de 75.38±16.18 años. Se observó más inadecuación en las mujeres. Respecto a la CDM se observaron diferencias estadísticamente significativas en que en el CDM de digestivo había poca estancia inadecuada y en que el CDM con más estancia inadecuada era el cardiovascular. Los CDM en relación con la inadecuación no había diferencias estadísticamente significativas. La distribución de los motivos de inadecuación identificados se muestra en la tabla 1

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio demuestran un porcentaje de ingresos y estancias inadecuadas similar al del resto de estudios publicados. Se observa cómo la principal causa de inadecuación es la organización hospitalaria. Aunque también se han estudiado las diferencias por CDM y las características de los pacientes, no se han demostrado diferencias llamativas, probablemente por el bajo tamaño muestral

CONCLUSIONES

La principal causa de inadecuación es la organización hospitalaria. Habría que realizar un estudio con más número de pacientes para mejorar las conclusiones



Causas de estancias inadecuadas (G-05)

| Atribuibles a | Causa | Nº de días | % Sobre suma inadecuadas | % Sobre el total |
|---------------------------|---|------------|--------------------------|------------------|
| Organización hospitalaria | Pte de realizar P. complementaria o cirugía 3,03 | 196 | 25.6 | 100% |
| | Pte de recibir resultados de pruebas | 166 | 21.6 | 13.8 |
| | Retrasos por la no atención fin de semana | 86 | 11.2 | 7.2 |
| | Pte de interconsulta hospitalaria | 63 | 8.2 | 5.3 |
| Atención Médica | Manejo médico excesivamente conservador | 100 | 13 | 8.3 |
| | El estudio podría haberse ambulatorizado | 86 | 11.2 | 7.2 |
| | Podría ser atendido en nivel asistencial inferior | 35 | 4.6 | 2.9 |
| Entorno | Otros | 9 | 1.2 | 0.8 |
| | Pte de traslado a un hospital de larga estancia | 6 | 0.8 | 0.5 |
| Motivo social | Condicionado por el familiar | 14 | 1.8 | 1.2 |
| | Condicionado por paciente | 14 | 0.8 | 0.5 |
| Suma total | | 767 | 100% | 64% |

G-06

DISTRIBUCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN MEDICINA INTERNA POR CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS MAYORES. EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS (1999 – 2008)

N. Guiral Fernández, M. Vallejo Rodríguez, O. Gavin Blanco, T. Omiste Sanvicente, A. Comín Orce, A. García Aranda, J. Vellilla Marco, J. Aguirre Errasti
 Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

OBJETIVOS

Para conocer la casuística del Servicio el método habitual es estudiar los GRDs atendidos, que recogen el diagnóstico principal que está presente en el ingreso hospitalario. El análisis por Categorías Diagnósticas Mayores permite la agrupación de GRDs distribuidos por sistemas y aparatos. El objetivo de nuestro estudio es analizar las patologías más frecuentes atendidas en el Servicio de Medicina Interna distribuidas por aparatos y sistemas así como su evolución en los últimos 10 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional de los datos de las patologías más frecuentes atendidas por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Miguel Servet desde 1999 hasta 2008. Los datos se obtuvieron de la base del Servicio de Documentación de nuestro hospital. Se compararon las Categorías Diagnósticas Mayores más frecuentes en los últimos 10 años.

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

RESULTADOS

-La patología más frecuente atendida por el Servicio de Medicina Interna en 2008 fue la Respiratoria (28,14), seguida de la Cardiocirculatoria (21,18) y la Digestiva (12,33). A más distancia figuran: Urinario-Genital Masculino 7,83%, Infeccioso 5,03%, la patología hematológica 4,75% y la endocrino-metabólica 4,22%. La patología músculo-esquelética representó 3,88%, la del Sistema Nervioso 3,82% y la Psiquiátrica 3,63%. En último lugar figuran patologías de la Piel y Mama 2,8% y Ojos-ORL 1,12%. -Las 3 primeras categorías suponen el 61,65% de los pacientes atendidos. -Estas 3 categorías son también las más frecuentes en los últimos 10 años, manteniendo la tendencia en este orden.

CONCLUSIONES

La Categoría Diagnóstica más frecuentemente atendida por el Servicio de Medicina Interna fue la Respiratoria, seguida de la Cardiocirculatoria y la Digestiva. Estas 3 categorías agrupan más del 60% de los pacientes atendidos. Hemos analizado la tendencia de patologías más frecuentes en nuestro Servicio en los últimos 10 años y hemos obtenido resultados homogéneos. A pesar de la dispersión de los distintos GRDs, las 3 primeras Categorías Diagnósticas Mayores suponen más del 60% de los pacientes atendidos en nuestro servicio.

Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)

IF-01

NEFRITIS INTERSTICIAL CON INSUFICIENCIA RENAL PROGRESIVA ASOCIADA A SJÖGREN. TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

A. Unzurrunzaga¹, J. De la Viuda¹, S. Estrada¹, R. Saracho², A. Larrinaga¹, M. Blanco¹, J. Urkijo¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nefrología. Hospital de Galdakao. Galdakao (Vizcaya)

OBJETIVOS

Presentar un caso de una nefritis intersticial con insuficiencia renal progresiva, asociada a un probable síndrome de Sjögren, tratada satisfactoriamente con Rituximab.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describen las características clínicas, la evolución y el tratamiento del caso. Se revisa la literatura al respecto.

RESULTADOS

Varón de 71 años sin otros antecedentes personales que un AIT años atrás y una HPB en tratamiento con AAS y doxazosina, consulta a mediados del 2006 por un cuadro de 6 meses de evolución de xerostomía sin otra sintomatología asociada. La exploración física resultó anodina salvo por la presencia de fisuras labiales, y la analítica reveló una elevación del FR y la VSG, una hipergammaglobulinemia policlonal, ANAs positivos a título de 1/5120 y Ac anti-RO positivos. El hemograma, la PCR, el perfil renal y el sedimento urinario fueron normales, y negativas las serologías de VHC y VHB, y resto de autoinmunidad. La gammagrafía de glándulas salivares, el test de Schirmer y el Rosa Bengala fueron también normales. Ante la sospecha de un probable síndrome de Sjögren, se inicia tratamiento con pilocarpina sin demasiado éxito. En marzo de 2008 ingresa por malestar general presentando en la analítica una Cr plasmática de 4.5mg/dl (normal 4 meses antes), urea 120, Hb de 9,6, discreta acidosis metabólica compensada e hipercaliemia leve, VCM, PCR y complemento normales, crioglobulinas negativas. El estudio de la orina muestra un sodio de 76 mEq/L, hematuria microscópica y 1gramo de proteinuria al día. La ecografía es normal. Se realiza una biopsia renal que muestra discreta proliferación mesangial en 3 de 10 glomérulos y un infiltrado



linfoplasmocitario moderado en intersticio con discreta atrofia tubular compatible con una nefritis intersticial crónica. Ante dicho diagnóstico se inicia tratamiento con prednisona a dosis de mg/kg/día. A pesar del mismo, y revalorado el caso al cabo de una semana se observa empeoramiento de la función renal llegando la Cr plasmática hasta 5.15 mg/dl, motivo por el que se decide añadir una dosis de Rituximab (375 mg/m²) presentando rápida mejoría de la función renal en las próximas semanas hasta estabilizarse la creatinina en torno a 2.4 mg/dl. Además el paciente experimenta gran mejoría de su xerostomía.

DISCUSIÓN

La nefropatía más frecuentemente asociada al síndrome de Sjögren es la nefropatía intersticial, siendo este resultado de la infiltración intersticial peritubular por linfocitos. Menos frecuente es la glomerulonefritis, y si bien no se conoce del todo su etiología, parece estar mediada por inmunocomplejos y se asocia a disminución del complemento y crioglobulinemia. La nefropatía intersticial es un cuadro habitualmente benigno, que se presenta con elevaciones discretas de la creatinina y con alteraciones secundarias a la lesión tubular (acidosis tubular tipo 1, diabetes insípida, hipocaliemia, nefrocalcinosis, y raramente síndrome de Fanconi). Nuestro caso presenta la particularidad de presentar una insuficiencia renal rápidamente progresiva. Por otro lado, estos pacientes son habitualmente satisfactoriamente tratados con corticoides, habiéndose utilizado tratamiento inmunosupresor en contados casos. En nuestro paciente, al cabo de 6 días de tratamiento persiste el empeoramiento de la función renal, por lo que atendiendo a la patogénesis del cuadro y al mecanismo de acción del Rituximab se añade una única dosis del dicho fármaco presentando el paciente mejoría estable de la función renal en los 12 meses de seguimiento posterior.

CONCLUSIONES

Por un lado, podemos decir que si bien la nefropatía intersticial presenta habitualmente una elevación discreta de la creatinina, en ocasiones puede acontecer una insuficiencia renal rápidamente progresiva. Por otro lado, en lo que se refiere al tratamiento de la misma, ante la buena evolución mostrada por nuestro paciente y atendiendo a la patogénesis de la enfermedad y al mecanismo de acción del Rituximab debería quizás considerarse este tratamiento más allá del uso que se le da para el tratamiento del síndrome seco severo, la vasculitis, la neuropatía periférica y los linfomas asociados al síndrome de Sjögren.

IF-02

SEUDOTUMOR INFLAMATORIO GANGLIONAR, INFARTO ESPLÉNICO Y ENFERMEDAD HIPER IGG4

J. Urkijo¹, S. Estrada¹, I. Barredo², J. De la Viuda¹, A. Unzurrunzaga¹, M. Blanco¹, A. Larrinaga¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Galdakao. Galdakao (Vizcaya)

OBJETIVOS

Presentar un caso de observación reciente de una patología muy poco prevalente. Discutir su relación fisiopatológica con la enfermedad hiper IgG4.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se aportan datos clínicos, analíticos, de imagen e histológicos del caso, respuesta al tratamiento y evolución. Se revisa la bibliografía (MEDLINE) concerniente a etiopatogénesis, diagnóstico diferencial y tratamiento delseudotumor inflamatorio (STI) ganglionar y a su relación con enfermedad hiper IgG4.

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

RESULTADOS

Varón de 19 años con antecedentes de rinitis perenne y asma bronquial leve que ingresa por fiebre de 8 semanas, anemia normocítica-normocrómica, elevación de reactantes de fase aguda, trombocitosis e hipergammaglobulinemia policlonal, los niveles de LDH y ECA y la biopsia de médula ósea son normales, los estudios microbio y serológicos negativos, hay ANA positivos aislados y en TC tóraco-abdomino-pélvico hepatoesplenomegalia y adenomegalias retroperitoneales. Con sospecha de linfoma se realiza laparoscopia y biopsia ganglionar informada de adenitis reactiva. Persisten fiebre, síntomas B y alteraciones analíticas, reingresa 2 meses después, en TC hay, además de lo ya citado, 2 lesiones compatibles con rotura esplénica contenida por la cápsula y se efectúa laparotomía con esplenectomía y resección en bloque de masa de hilio esplénico. El estudio A. P. revela STI ganglionar con infiltración arterial (pequeño y mediano calibre) y venosa e infartos hemorrágicos esplénicos; en inmunohistoquímica hay positividad CD68 y CD3, negatividad CD21 y ALK y células plasmáticas positivas a IgG4 (>10 positividades por campo de alta resolución). Desarrolla absceso intraabdominal que requiere antibioticoterapia, desbridamiento y drenaje y mejora. Reingresa a los 7 meses por reaparición de la fiebre con alteraciones analíticas y de imagen similares y se trata con prednisona oral 0,5 mg/kg/día con mejoría clínica estable a los 10 meses. Entonces hay niveles elevados de IgG4 (151 mg/dl, >6% de IgG total).

DISCUSIÓN

STI ganglionar es una linfadenopatía benigna reactiva. Uni o multiganglionar, de adultos jóvenes, asintomática o con fiebre, síntomas B, alteraciones analíticas o de imagen inespecíficas, insidiosas e intermitentes. Histológicamente hay afectación primaria de la armazón ganglionar (hilio, trabécula, cápsula) y posterior de tejido linfático periganglionar y vascular arterial (proliferación, vasculitis con o sin microtrombos, depósitos perivasculares hialinos, necrosis fibrinoide) y venosa, infiltración por histiocitos vimentina y CD68+, células plasmáticas e inflamatorias y rico estroma colágeno. Plantea diagnóstico diferencial clínico con linfoma o linfadenitis reactivas y A. P. con tumor de células foliculares dendríticas inflamatorio VEB+ y tumor miofibroblástico inflamatorio. De etiología desconocida, puede representar modo de respuesta inflamatoria con alteración en la regulación de producción y activación de mediadores (IL-1) ante agentes diversos. Se trata con corticoides; se han investigado derivados de ácido trans-retinoico y ciclosporina. Sobre la base de similitudes anatómicas (plasmáticas IgG4+, elevación IgG4) se postula su inclusión en la enfermedad hiper IgG4.

CONCLUSIONES

STI ganglionar debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes con linfadenopatías con o sin síntomas sistémicos o en casos de fiebre prolongada o recurrente de origen desconocido. En tales casos es importante reconocer la presencia de enfermedad hiper IgG4.

IF-03

MASA SUBCARINAL CON INFILTRACIÓN BRONQUIAL BILATERAL

M. Albesa Benavente¹, L. Vallejo Germosen¹, P. Bellé Trullén⁵, C. Gallego Bermejo², B. Sicilia Alodrén³, E. Aguilar Cortés⁴

¹MIR MFYC 2º Año, ²Servicio de Neumología, ³Servicio de Digestivo, ⁴Servicio de Medicina Interna, ⁵MIR MFYC, 3er Año. Alcañiz (Teruel)

OBJETIVOS

-Ilustrar sobre cómo un proceso de comportamiento aparentemente neoplásico resulta ser una patología benigna. -Informar de las posibles complicaciones graves de una patología benigna.



MATERIAL Y MÉTODOS

Exposición del caso clínico de un paciente ingresado, entre octubre y diciembre de 2008, en los servicios de Neumología, Digestivo, UCI y Cirugía torácica con diagnóstico principal de masa subcarinal de etiología no filiada.

RESULTADOS

Paciente de 63 años, fumador de 50 paq/año, con disnea habitual grado I. Acude por síndrome constitucional, pérdida de 9 kg de peso en las 4 últimas semanas, febrícula, tos y expectoración inicialmente purulenta. Destaca una hipoventilación global a la exploración. En la TAC se aprecian dos abscesos pulmonares y una masa subcarinal. Con la broncoscopia se descubre una mucosa de bronquios principales íntegra pero muy eritematosa con importante compresión extrínseca. Se pauta triple antibioterapia i-v de amplio espectro. Surgen sucesivas complicaciones sugestivas de un proceso maligno (cuadro de insuficiencia respiratoria severa con necesidad de intubación y TAC que muestra desaparición de abscesos pulmonares y persistencia de masa subcarinal con mayor compresión extrínseca, fistula esofágica, fistula de bronquio principal, desnutrición secundaria, prótesis esofágica, recolocación de prótesis esofágica...). Se sospecha cuadro neoplásico mediastínico. Las muestras de biopsia bronquial y de biopsia transbronquial muestran ausencia de malignidad. Otras pruebas descartan bacterias habituales y micobacterias. VIH negativo. Sin inmunosupresión farmacológica previa. MMTT negativos. Finalmente, tras tratamiento antibiótico empírico por las complicaciones presentadas, en la TAC previa a la mediastinoscopia y en la broncoscopia se comprueba la desaparición de la masa subcarinal. El paciente evoluciona satisfactoriamente.

DISCUSIÓN

Se trata de un caso con una semiología típica, tanto en su presentación como en su evolución, de una patología maligna que hay que descartar. Lo único demostrado en las biopsias sucesivas fueron hallazgos inflamatorios inespecíficos, todos sin evidencia de malignidad.

CONCLUSIONES

-Algunas patologías benignas pueden presentar una clínica compatible con la de una enfermedad tumoral maligna. -La masa subcarinal obliga a la realización de múltiples diagnósticos diferenciales.

IF-04

PANUVEITIS BILATERAL, POLIARTRITIS Y HEPATITIS COMO DEBUT DE UNA ENFERMEDAD DE KIKUCHI FUJIMOTO

M. Arteaga Mazuelas¹, V. Jarne Betrán¹, M. Ruiz Castellano¹, O. Ateka Barrutia¹, J. Arejola Salinas¹, V. Acha Arrieta¹, R. Campos Rivas²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra)

²Servicio de Hospitalización a Domicilio. Fundación Hospital Calahorra (La Rioja)

OBJETIVOS

Se presenta un caso de panuveítis bilateral, poliartritis y hepatitis como debut de una enfermedad de Kikuchi Fujimoto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de la historia clínica y las pruebas complementarias del caso

RESULTADOS

Mujer, de 31 años, Nigeriana, que vive en España desde hace 3 años, en entorno rural, sin animales. Acude por cuadro de una semana de evolución consistente en fiebre, sudoración, dolor e inflamación en tobillos, rodillas, hombro izquierdo, ojos rojos sin clara disminución de la visión, hiporexia, no clínica gastrointestinal, genitourinarias, respiratoria ni cutánea. Ligera molestia cervical izquierda,

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

con bultomas. No toma ningún tratamiento. En la exploración destacan unas adenopatías cervicales izquierdas, en torno al centímetro, dolorosas e inflamación de muñecas y tobillos, dolor en el hombro izquierdo y conjuntivitis. Desde hacía un año la paciente había presentado varios cuadros de fiebre, conjuntivitis y adenopatías cervicales autolimitadas o que mejoraban con AINEs. En la analítica destaca ligera elevación de reactantes de fase aguda, AST, ALT, GGT, con el resto de la bioquímica y el sedimento normales. El screening de autoinmunidad es negativo. Los cultivos (sangre, orina, heces) son negativos. Las serologías múltiples (virus hepatitis, VEB, CMV, toxoplasma, familia herpes simple, salmonella, shigella, yersinia, leptospira, bartonella, coxiella, clamidia, mycoplasma, borrelia, brucella...) son negativas, así mismo lo es el mantoux. Se realiza un TAC toraco-abdomino-pélvico sin encontrarse alteraciones patológicas. En la biopsia de una adenopatía cervical se objetiva una linfadenitis histiocítica necrotizante compatible con enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. La paciente fue tratada inicialmente con AINEs sin mejoría del cuadro por lo que se inició tratamiento con prednisona a dosis de 1mg/kg con pauta descendente quedando asintomática y con mejoría de la analítica y la exploración oftalmológica. Seis meses después la paciente vuelve a presentar un brote, en esta ocasión más leve que cursa con adenopatías cervicales, conjuntivitis con uveítis anterior leve, poliartralgias y fiebre. Con AINEs mejora en 5 días.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Kikuchi Fujimoto es autolimitada y benigna. Es muy poco frecuente pero de distribución universal con mayor incidencia en Asia. Más frecuente en mujeres jóvenes. Su etiología es aún desconocida aunque se ha propuesto un origen viral (VEB, herpes 6 y 8) o autoinmunitario (existe cierta asociación con el LES). Las adenopatías cervicales aparecen en un 56-98%, habitualmente son unilaterales (88%), pero puede haber afectación adenopática en otras zonas. La fiebre se da en el 30-50%. La afectación extranodal es poco frecuente (hepatitis, alteración cutánea, meningitis aséptica, artritis, uveítis...). Dado que las alteraciones de laboratorio y en las pruebas de imagen son inespecíficas en esta entidad, el diagnóstico se basa en la anatomía patológica, mediante la obtención de biopsia de una adenopatía en la que se han de observar: áreas paracorticales de necrosis coagulativa, abundante polvo nuclear y numerosos histiocitos. El diagnóstico diferencial ha de hacerse fundamentalmente con la tuberculosis, el LES (al que se asocia) y el linfoma no Hodgkin. Su curso es autolimitado con un ciclo entre 1 y 4 meses y un porcentaje de recurrencias bajo (3%). Aunque característicamente es benigna se han descrito 3 casos de fallecimiento durante la fase aguda. No existe tratamiento específico salvo el sintomático pero los casos de evolución tórpida se pueden beneficiar de glucocorticoides a dosis medias. En algunos casos aislados también se ha utilizado antibioterapia con éxito.

CONCLUSIONES

Ante un cuadro de panuveítis bilateral, poliartritis, hepatitis y fiebre, dentro del amplio diagnóstico diferencial hay que incluir la enfermedad de Kikuchi- Fujimoto.



Riesgo Vascular (RV)

RV-01

ESTENOSIS BILATERAL DE LA ARTERIA RENAL

A. Fernández Alamán¹, C. Fonseca López¹, J. Vicario Bermúdez¹, F. Lerín Sánchez¹, M. Gracia Sánchez¹, J. Uroz del Hoyo¹, F. Berisa Losantos², S. Zabala López¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nefrología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

OBJETIVOS

La estenosis de la arteria renal es un estrechamiento u obstrucción de la arteria que suministra sangre al riñón. Son causas la displasia fibromuscular, la enfermedad aterotrombótica, la aterosclerosis y la cicatrización de las arterias renales. Generalmente no se presentan síntomas. Se puede auscultar un soplo en el área renal y tener el paciente antecedentes de HTA de difícil control. Las técnicas de imagen (TC, Ecografía, Angiografía renal,...) pueden mostrar que el riñón es más pequeño o una disminución en el flujo sanguíneo al mismo. El tratamiento varía dependiendo de la gravedad de la afección, si sólo una arteria está comprometida, el segundo riñón puede filtrar y producir la orina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente de 79 años de edad con Antecedentes Personales de IAM tratado con doble by-pass y HTA, que es estudiado en CCEE de Nefrología por cifras tensionales sistólicas elevadas a pesar de tratamiento antihipertensivo intenso y que ingresa en el Servicio de Medicina Interna por anasarca, objetivándose cifras de Cr y Urea elevadas (2 y 89 mg/dl), proteínas totales y albúmina disminuidas (5 y 2,2 gr/dl) así como derrame pleural bilateral y cardiomegalia en la placa de tórax.

RESULTADOS

En la Ecografía se observan unos riñones normodiferenciados y de tamaño ligeramente disminuido por lo que se cursa colaboración a Nefrología que solicita Angiorresonancia, observándose en el estudio vascular una aorta alongada con claros signos de arteriosclerosis y una muy marcada estenosis de ambas arterias renales desde su nacimiento en el ostium de salida. Con estos resultados el paciente es remitido al Servicio de Cirugía Vasculat para valoración quirúrgica.

DISCUSIÓN

Se trataba de un paciente con cardiopatía isquémica y nefroangioesclerosis que presentaba hipertensión de difícil control. Al sufrir un empeoramiento de la función renal y presentar un aumento de las cifras tensionales habituales con mala respuesta al tratamiento antihipertensivo se piensa como posibilidad diagnóstica en una estenosis de la arteria renal, encontrándose tras el estudio de imagen una estenosis bilateral de la arteria renal.

CONCLUSIONES

En un paciente de edad avanzada y con factores de riesgo cardiovascular que presente un deterioro de la función renal y mal control de las cifras tensionales debemos pensar en una estenosis de la arteria renal como posible etiología del cuadro. En cuanto a las posibilidades terapéuticas se tiende cada vez más al control médico de la tensión arterial y de los factores de riesgo asociados. En pacientes jóvenes la principal causa de estenosis de la arteria renal es la angioesclerosis, y entre las opciones de tratamiento se encuentran la colocación de un stent o la angioplastia con balón.

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

RV-03

BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA E ICTUS CEREBELOSO

P. Bellé Trullén¹, I. Albesa Benavente¹, L. Vallejo Germosen¹, E. Molinero Herguedas², E. Aguilar Cortés³

¹MIR MFyC, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcañiz (Teruel)

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción de un caso clínico con revisión de la historia clínica y las pruebas complementarias realizadas

RESULTADOS

Varón de 68 años de edad, portador de prótesis mitral por estenosis reumática y con AC x FA crónica, acude urgencias por sufrir de madrugada, un cuadro consistente en sudoración profusa, molestia epigástrica inespecífica y mareo con inestabilidad, todo ello sin desencadenante aparente. Paciente controlado en consultas de cardiología, estable en insuficiencia cardiaca grado II de NYHA, bajo tratamiento con acenocumarol, digoxina, torasemida y diltiazem. Constantes vitales: PA: 190/90, FC: 55/min, Sat O₂: 92%. A la exploración física el paciente no presenta alteraciones significativas salvo inestabilidad postural franca. Analíticas y digoxinemia normales. Resto de pruebas complementarias fueron normales salvo la aparición en el ECG de un bloqueo completo de rama izquierda (BCRIHH) no presente previamente. El cuadro fue considerado inicialmente como un equivalente anginoso. Durante la monitorización cardiaca no se encontraron complicaciones arrítmicas salvo una tendencia a la bradicardia, y los marcadores seriados de necrosis miocárdica fueron negativos. A la mañana siguiente, por persistir la inestabilidad postural, se le realizó TC craneal, que mostró hipodensidad en hemisferio cerebeloso derecho de etiología isquémica. El ecocardiograma y el doppler TSA fueron normales. A la semana se le dio el alta asintomático y a los 2 meses, el BCRIHH desapareció. Diagnóstico definitivo: Ictus isquémico cerebeloso de probable etiología cardioembólica. BCRIHH transitorio.

DISCUSIÓN

Además de la isquemia miocárdica aguda, que es la etiología más importante y frecuente a descartar, existen otros tipos de BCRIHH de instauración aguda menos frecuentes, y sin apenas trascendencia clínica, pero compatibles con hallazgos clínicos de nuestro paciente (como su frecuencia cardiaca al ingreso). Así, existen los denominados bloqueos de rama dependientes de frecuencia, en los que se retrasa la conducción fuera de un margen crítico de frecuencia cardiaca, por encima (bloqueos taquicárdico-dependientes, como los inducidos por ejercicio) o por debajo (bloqueo bradicárdico-dependiente) éste último compatible con la frecuencia cardiaca de nuestro paciente (55/min). Podemos considerar factible la hipótesis de que, una lesión subclínica antigua en el sistema de conducción (en el contexto de una cardiopatía valvular operada), se haya manifestado electrocardiográficamente ante una bradicardia intensa (probablemente relacionada con el tratamiento farmacológico frenador), y también ante el Ictus isquémico de nuestro paciente (sobrecarga hemodinámica transitoria, disfunción autonómica, exceso de catecolaminas circulantes).

CONCLUSIONES

Enfatizamos en la precaución con la que se debe interpretar un BCRIHH de instauración aguda, aun con clínica que pueda sugerir un equivalente anginoso, especialmente si supone valorar medidas (cateterismo, reperfusión) que conllevan importantes riesgos. Finalmente, consideramos que un hallazgo de BCRIHH agudo sin repercusión clínica relevante, puede suponer un factor de confusión que retrase el diagnóstico de otra patología subyacente, en nuestro caso un ictus cerebeloso.

**RV-04****DOLOR TORÁCICO ATÍPICO EN PACIENTE HIPERTENSO**

J. Alonso Martínez¹, V. Fernández Ladrón¹, J. Gutiérrez Dubois², B. Lasa Inchausti¹, A. Suárez López¹, S. Pérez Ricarte¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra)

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra)

RESULTADOS

Varón de 79 años con antecedentes de Hipertensión arterial y DM tipo2. Hace dos años se le realizó una angioplastia femoral por obstrucción, y hace uno, una angioplastia de coronaria derecha por angina progresiva. Fue ingresado por dolor torácico que se había iniciado cuatro días antes mientras estaba durmiendo, y se localizaba en el área dorsal y en la parte anterior izquierda del tórax. Lo refería como dolor severo, que aumentaba con los movimientos respiratorios, y se acompañaba de disfagia de nueva aparición. La radiografía y el ECG resultaron sin hallazgos, así como la Troponina y el D-dímero. Fue sospechado un síndrome aórtico agudo. Un TAC de tórax demostró aumento del tejido alrededor de aorta la torácica mayor de 0,7cm, con una posible ulceración en la pared posterior, y un derrame pleural bilateral. LaRM de la aorta confirmó la presencia de una úlcera penetrante aórtica, junto con el hematoma intramural aórtico. El paciente fue trasladado al servicio de cirugía vascular para la colocación de una endoprótesis aórtica. El paciente falleció repentinamente durante el 4º día postoperatorio.

DISCUSIÓN

El síndrome aórtico agudo (SAA) es un proceso agudo de la pared aórtica que se asocia a una alta morbilidad y mortalidad. Está constituido por tres entidades: la disección aórtica, el hematoma intramural y la úlcera penetrante¹. Afecta aproximadamente a 20-40 casos/millón de habitantes/año de los cuales el 80% son disecciones; el 15%, hematomas intramurales, y el 5%, úlceras penetrantes. La mortalidad del SAA es muy alta, superando el 1% por hora si no se inicia el tratamiento adecuado rápidamente.

CONCLUSIONES

Es importante conocer esta entidad con el fin de tener una rápida sospecha clínica alta en presencia de síntomas y signos clínicos de SAA, especialmente en pacientes hipertensos, con síndrome de Marfan o con aneurismas arterioscleróticos, para intentar mejorar el pronóstico de estos pacientes. Si se sospecha un SAA, debe realizarse lo antes posible una técnica de imagen para confirmar o descartar el diagnóstico e iniciar el tratamiento de forma inmediata.

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

RV-06

REGISTRO DE ITB (INSISTE) EN PACIENTES CON FRCV SIN EVENTO VASCULAR PREVIO

P. Fanlo Mateo, R. Arnáez Solís, X. Guimarey García, A. De Prado Leal, I. Torres Alvizar, M. Arteaga Mazuelas, J. Aréjola Salinas, G. Tiberio López

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra)

OBJETIVOS

Realizar de forma ambulatoria estudio aleatorio el ITB a 19 pacientes con factores de riesgo cardiovascular sin eventos cardiovasculares previos y sin clínica de arteriopatía periférica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, tomando de forma aleatoria de las consultas externas de Medicina Interna del Hospital Virgen del Camino a 19 pacientes que eran seguidos para control de factores de riesgo cardiovascular sin enfermedad arterial establecida y sin síntomas y se midió el ITB (Índice Tobillo-Brazo). Se realizó cálculo el ITB dividiendo la PAS mayor en el tobillo para la mayor de cada brazo. Se consideró patológico cuando los valores eran < 0.9 ó > 1.4 .

RESULTADOS

Se recogieron 19 paciente con una edad media de 57,39 años, entre los cuales 7 eran mujeres y 12 eran varones. Todos ellos se encontraban en régimen de control de FRCV de forma primaria (sin enfermedad cardiovascular establecida). Dentro de los factores de riesgo cardiovascular el más prevalente fue la HTA en 17 pacientes, el segundo FRCV era la dislipemia con 15 pacientes, el tercero más frecuente era la obesidad 14 pacientes, eran diabéticos tipo II 9 pacientes y 16 de los 19 pacientes habían sido diagnosticados de Síndrome Metabólico. El tabaquismo activo sólo se encontró en 5 pacientes. Se obtuvo una media de ITB de 1,11, siendo el valor mínimo de 0.75 (enfermedad arterial periférica leve) y el valor máximo de 1.7 (calcificación arterial). Se encontró que el ITB era patológico en 4 de los 19 pacientes (21%), 3 de los cuales el ITB era < 0.9 y 1 paciente tenía ITB > 1.4 . De los 4 pacientes con ITB patológico 1 era del sexo femenino y 3 pacientes eran varones. El promedio de edad era de 58.5 años y 3 de los 4 pacientes eran HTA, la mitad tenían diabetes, obesidad, dislipemia y Síndrome metabólico. Sólo 1 paciente de los cuatro fumaba.

DISCUSIÓN

El índice tobillo-brazo (ITB) es actualmente una herramienta coste-efectiva para la detección de enfermedad arterial periférica(EAP). Según la guía TASC II se recomienda realizar ITB en todos lo pacientes con síntomas de claudicación intermitente, en todos los pacientes entre 50-69 años que presentan factores de riesgo cardiovascular, todos los pacientes > 70 años con independencia de los FRCV y en todos los pacientes con puntuación Framingham de 10-20%. Nuestros pacientes fueron recogidos de forma aleatoria en consultas en prevención primaria de riesgo vascular y el 20 % (4 de los 19) estando asintomáticos presentaron ITB patológico. La media de edad era de 58 años y todos tenían FRCV entre los que se encontraban la diabetes y el tabaquismo. Por ello aunque la recomendación de la Guía TASCII de realizar a todo paciente con FRCV que se encuentre entre 50 y 69 años un estudio ITB sea de nivel de evidencia B, creemos que el ITB puede ser un método de fácil, sencillo y barato para la detección de enfermedad arterial asintomática y por ello deberemos intensificar las medidas de prevención primaria en estos pacientes.

CONCLUSIONES

La realización de ITB en consultas de prevención cardiovascular primaria permite identificar como de alto riesgo a pacientes clasificados a priori como de riesgo intermedio y por lo tanto intensificar las medidas higiénico dietéticas así como el tratamiento.



FRCV a control en los 19 pacientes (RV-06)

| FRCV a control | DM | Dislipemia | Obesidad | Sd metabólico | Tabaquismo | HTA |
|-----------------|----|------------|----------|---------------|------------|-----|
| nº de pacientes | 9 | 15 | 14 | 16 | 5 | 17 |

ITB patológico (RV-06)

| ITB | ITB normal | ITB patológico |
|--------------------|------------|----------------|
| Total pacientes=19 | 15 | 15 |

Enfermedad Tromboembólica (T)

T-01

SÍNDROME DE SNEDDON-CHAMPION: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Fernández Alamán¹, G. Pérez Vázquez¹, C. Fonseca López¹, J. Vicario Bermúdez¹, A. Garzarán Tejeiro¹, R. Dolz Aspas¹, A. López López², J. Sanz Asín²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neurología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

OBJETIVOS

El Síndrome de Sneddon-Champion se caracteriza por la presencia de livedo reticularis y lesiones cerebrovasculares. La livedo afecta a extremidades y tronco, con púrpura, úlceras en las piernas, gangrena de los dedos de los pies y ataques de isquemia transitoria con pulso ausente o reducido en las arterias tibial posterior y dorsalis pedis, así como presencia de Fenómeno de Raynaud. Se produce en varones de cualquier edad, aunque es más frecuente en mujeres de mediana edad. Puede ser esporádico o de carácter autonómico dominante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente de 71 años de edad con Antecedentes Personales de HTA, AIT en el 2007 y Epilepsia vascular en tratamiento con Valproato y Zonisamida que ingresa en el Servicio de Neurología procedente de Urgencias por aumento de torpeza, lentitud, alteración en la marcha y lenguaje empobrecido de unos 7 días de evolución (tratado con Seroquel y Ranitidina desde hace dos semanas) A la Exploración Neurológica se encuentra consciente y desorientado temporalmente. Se objetiva hemianopsia homónima derecha, movimientos tipo coreico en MMSS de predominio en hemicuerpo derecho, rigidez en rueda dentada bilateral, ROT derechos aumentados y MMII con déficit temporal. A nivel general destacan lesiones tipo livedo reticularis en MMII sin edemas y frialdad bilateral con pulsos presentes.

RESULTADOS

En la analítica destaca un Anticoagulante lúcido positivo y tanto la TC, RMN como el PET cerebral mostraron lesiones de carácter vascular sin cambios respecto a estudios previos. Durante el ingreso mejoró la sintomatología extrapiramidal inicial tras la retirada de Ranitidina y Seroquel. Con estos datos se hace cambio de antiepiléptico y es valorado por Medicina Interna que inicia tratamiento con anticoagulantes orales.

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

DISCUSIÓN

Al presentarse el caso de un paciente con asociación de livedo reticulares, infartos cerebrales de repetición y episodios convulsivos se pensó como posibilidad diagnóstica en el Síndrome de Sneddon-Champion. Así mismo se encontró en el examen analítico la presencia de un Anticoagulante lúpico positivo elevado, circunstancia que puede darse en pacientes con este síndrome.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Sneddon-Champion consiste en una arteriopatía sistémica no inflamatoria que ocurre principalmente en mujeres, siendo más raro en hombres, de mediana edad y que se caracteriza por la asociación de livedo reticularis, múltiples infartos cerebrales trombóticos principalmente en pacientes con enfermedad coronaria e Hipertensión previas, como era el caso de nuestro paciente. En éste, además, confluían otras características que no siempre están presentes en los pacientes de este tipo, como son la aparición de convulsiones y de un anticoagulante lúpico positivo elevado.

T-02

CAVERNOMATOSIS PORTAL

M. Matía Sanz, R. Pelay Cacho, L. Clavel Conget, Á. Cecilio Irazola, C. Gómez del Valle, S. Olivera González, B. Amores Arriaga, M. Torralba Cabeza
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

OBJETIVOS

Revisión de etiología, diagnóstico y posibilidades terapéuticas de la malformación cavernomatosa de la porta a partir de un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 19 años, de nacionalidad rumana y residente en España desde hacía un año, sin hábitos tóxicos y sin antecedentes familiares de interés. Entre los antecedentes patológicos destaca proceso infeccioso abdominal en la infancia que no sabe precisar y un ingreso previo hacía 6 meses en el que se diagnosticó de pancitopenia por hiperesplenismo secundaria a anemia ferropénica y retraso de crecimiento, que se atribuyó al consumo durante años de una dieta exenta de alimentos de origen animal según afirmaba el paciente. Meses después acude al servicio de Urgencias por ictericia, coluria y dolor en hipocondrio izquierdo donde a la exploración se palpa esplenomegalia de 3 traveses.

RESULTADOS

Al ingreso, se realiza analítica de sangre donde se observa leucopenia con trombopenia, hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa y elevación de transaminasas y marcadores de colestasis. La extensión de sangre periférica y el estudio de coagulación fueron normales. Para completar el estudio se solicita ecografía y TAC abdominal donde se confirma gran esplenomegalia, dilatación de vía biliar extrahepática y signos radiológicos de probable cavernomatosis de la porta con varices retro e intraperitoneales. Para descartar proceso tumoral de hilio hepático se realiza CPRE donde se observa estenosis del colédoco que impresiona de compresión extrínseca, se toman muestras para anatomía patológica que serán negativas y se coloca prótesis plástica. Se solicitan serologías de VIH, VHB y VHC y estudio de trombofilia negativos. Se confirma la sospecha diagnóstica de trombosis portal realizando esplenoportografía retrógrada percutánea. El paciente también presenta varices esofágicas de gran tamaño con signos de riesgo como demuestra la gastroscopia por lo que se decide iniciar tratamiento con betabloqueantes. Como posible etiología de este proceso puede considerarse el proceso infeccioso abdominal que presentó el paciente durante su infancia.

**T-04****HIPERHOMOCISTEINEMIA Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ANEMIA PERNICIOSA**

M. Aibar Arregui¹, B. De Escalante¹, M. Martín Fortea¹, L. Sáenz², R. Morales², M. Callejo¹, A. Marín¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Atención Primaria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

OBJETIVOS

Se describe un caso de tromboembolismo pulmonar (TEP) asociado a hiperhomocisteinemia que resultó ser secundaria a un déficit de vitamina B12 debido a anemia perniciosa asintomática.

RESULTADOS

Paciente de 76 años con antecedentes familiares de diversas neoplasias y patológicos de diabetes mellitus tipo 2, HTA, síndrome depresivo y asma bronquial. En tratamiento habitual con Glimperida, Pioglitazona, Valsartan, Paroxetina y broncodilatadores. Ingresó por presentar un cuadro de disnea progresiva que se hizo de reposo, tras permanecer en el hospital durante varios días al cuidado de su hermano. A la exploración física se comprobó leve taquiplea, saturación O₂: 91%, hipoventilación en base derecha a la auscultación pulmonar, taquicardia a 109l/x' a la auscultación cardíaca, sin otros hallazgos relevantes. La Rx de tórax fue normal y en el TC torácico se comprobó tromboembolismo pulmonar multivaso no oclusivo. En el Ecodoppler de extremidades inferiores no se apreciaron trombos y en el ecocardiograma existían signos de hipertensión pulmonar ligera sin sobrecarga de cavidades derechas. Entre otras pruebas complementarias destacamos: insuficiencia respiratoria parcial en la gasometría arterial, Hto: 33%, Hb: 11,3g/dl, VCM: 92, Dímero D: 3.859, niveles de homocisteína: 46,93 (N:13-18µmol/L). El resto del estudio de trombofilia incluyendo el estudio genético para las mutaciones más frecuentes resultó negativo. Niveles de Vitamina B12: 49 (N:180-914 pg/ml), ácido fólico: 10 (N:3-20ng/ml), Ac antifactor intrínseco (+). En la gastroscopia las biopsias correspondieron a gastritis crónica atrófica. En la TC toracoabdominal se apreció probable diverticulitis de sigma que se comprobó en la colonoscopia. La paciente no refería síntomas neurológicos en relación con el déficit de vitamina B12. Con el diagnóstico de TEP favorecido por hiperhomocisteinemia secundaria a anemia perniciosa, se inició tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas que se prolongó durante 6 meses y con vitamina B12 IM con buena tolerancia y rápida desaparición de la disnea. En posteriores controles ambulatorios permaneció estable y se normalizaron los niveles de vitamina B12 así como los de homocisteína. Tras la suspensión del tratamiento anticoagulante no ha vuelto a presentar clínica de TEP después de 7 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

La hiperhomocisteinemia es un factor de riesgo bien reconocido de trombosis y enfermedad vascular arterioesclerótica y resulta importante su determinación ante episodios de TEP. Entre sus causas adquiridas está la deficiencia de vitamina B12 en relación con anemia perniciosa y resulta fácilmente corregible siempre que se sospeche esta deficiencia, incluso ante la ausencia de anemia, lo cual podría evitar nuevas complicaciones trombóticas y neurológicas.

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

Varios (V)

V-01

PARAGANGLIOMA RETROPERITONEAL NO FUNCIONANTE

Á. Cecilio Irazola¹, C. Gómez del Valle¹, S. Olivera González¹, M. Matía Sanz¹, B. Amores Arriaga¹, M. Torralba Cabeza¹, J. Pérez Calvo¹, J. Soria Navarro²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

OBJETIVOS

Revisión de las características clínicas, diagnósticas y de tratamiento de los tumores de células cromafines extra-adrenales a partir de un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 27 años, sin antecedentes salvo consumo ocasional de marihuana y abuelo fallecido de neoplasia de páncreas. Acude a Urgencias por apreciarse a sí mismo masa abdominal. A la exploración, masa no pulsátil de unos 12x8 cm en hemiabdomen derecho, no dolorosa. Sin otros síntomas o signos patológicos.

RESULTADOS

Al ingreso, la analítica (hemograma, coagulación, bioquímica, VSG y proteína C reactiva), Rx tórax y ECG son normales. En TC toraco-abdominal, tumoración sólida retroperitoneal de 9x7 cm, contornos nítidos y centro hipocaptante, sin afectación de vasos ni asas intestinales, que no capta en la gammagrafía con Ga67. Se realiza PAAF que resulta compatible con paraganglioma. El estudio de catecolaminas en orina de 24 horas fue normal, tras el que se realiza exéresis laparoscópica. El estudio de la pieza confirma el diagnóstico de paraganglioma, sin criterios de malignidad, aunque sí de agresividad según la escala PASS. El paciente es seguido ambulatoriamente sin objetivarse actividad endocrina ni recidiva por TC y gammagrafía con MIBG-I123, quedando pendiente el estudio genético.

DISCUSIÓN

Los paragangliomas suponen cerca del 10% de los tumores de células cromafines y se localizan fuera de la glándula suprarrenal: retroperitoneo (órgano de Zückerkandl, junto a la salida de la mesentérica inferior), región cervical y base de cráneo. Existe un 25% con asociación familiar -Von-Hippel-Lindau, neurofibromatosis, MEN 2A,...-, recomendándose el estudio genético en todos los casos. Suelen presentarse entre la 3ª y 5ª décadas de la vida, al dar síntomas de efecto masa, por exceso de producción de catecolaminas o como hallazgo accidental hasta en un 40% de los casos. De los secretores (un 30%), la mayoría se localizan en abdomen y pelvis, pudiendo provocar cefalea, palpitaciones, sudoración o hipertensión. Otros síntomas menos frecuentes son fiebre, crisis de pánico o pérdida de peso. El diagnóstico incluye la medición de metanefrinas en orina de 24 horas y la localización con TC, RNM y gammagrafía con MIBG, incorporándose recientemente el PET. El tratamiento definitivo es la resección quirúrgica, aunque la laparoscopia no se recomienda por la alta tasa de malignidad (hasta 40-50%). En los secretores, deberá comprobarse la normalidad bioquímica tras la cirugía. El grado histológico de agresividad puede valorarse con escalas como la PASS (2002).

CONCLUSIONES

Los paragangliomas son tumores derivados de células cromafines, extra-adrenales, hallados de forma accidental o por clínica catecolaminérgica, que precisan estudio bioquímico de actividad y de imagen. Su tratamiento es quirúrgico y en gran medida son agresivos, estando indicado el estudio genético que descarte formas familiares.

**V-02****HEPATITIS AUTOINMUNE ASOCIADA A MEDICAMENTOS: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS**

P. Martínez Odriozola, J. Ibarria Lahuerta, A. Moreno Rodrigo1 A. Gutiérrez Macías, G. Solano Iturri, M. Ramiz Martínez, E. Lizarralde Palacios, F. Miguel de la Villa
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya)

OBJETIVOS

La hepatitis autoinmune (HAI) es un trastorno necroinflamatorio crónico de etiología desconocida, aunque se ha descrito que ciertos medicamentos podrían desencadenar la enfermedad en algunos pacientes. A continuación se presentan dos pacientes con HAI inducida por meloxicam, en un caso, y por nitrofurantoína en otro caso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción de las características clínicas, los datos de laboratorio y los hallazgos anatomopatológicos de dos casos de HAI de origen medicamentoso

RESULTADOS

CASO 1: Varón de 64 años, en tratamiento por lumbalgia con meloxicam 15mg/día desde hace 6 semanas. Consultó por astenia, ictericia y coluria. Laboratorio: Aumento de bilirrubina conjugada, AST, ALT y fosfatasa alcalina. A pesar de la retirada del meloxicam, la ictericia fue en aumento y ascendieron los niveles de AST/ALT y de gammaglobulinas, con descenso de la tasa de protrombina. A los 4 meses se practicó una biopsia hepática: Hepatitis crónica, con actividad periportal y lobulillar moderada y fibrosis portal y periportal. Los anticuerpos anti F-actina (AAF-A) fueron positivos, siendo negativos el resto de autoanticuerpos. Se instauró tratamiento con prednisona y azatioprina, con buena respuesta. A los 6 meses del inicio del tratamiento la ictericia ha desaparecido, la cifra de AST/ALT ha descendido y los AAF-A son negativos. CASO 2: Mujer de 86 años, en tratamiento por infecciones urinarias recurrentes con nitrofurantoína 100mg/día desde hace 3 meses. Ingresó por astenia, anorexia, mialgias e ictericia. Laboratorio: Aumento de bilirrubina conjugada, AST, ALT, fosfatasa alcalina y gammaglobulinas. Los anticuerpos antinucleares (ANA) y anti ds-DNA fueron positivos, resultando negativos el resto de autoanticuerpos. Biopsia hepática: Cirrosis hepática, con actividad de interfase y lobulillar moderada y fibrosis portal y periportal (estadio IV). La enferma fue tratada con retirada de la nitrofurantoína y administración de prednisona, con buena respuesta. A los 4 meses del inicio del tratamiento la ictericia ha desaparecido, la cifra de AST/ALT es normal y los ANA son negativos.

DISCUSIÓN

Aunque la etiología de la HAI es desconocida, ciertos medicamentos podrían desencadenar la enfermedad en algunos pacientes genéticamente predispuestos. Los medicamentos implicados con mayor frecuencia son minociclina, nitrofurantoína y alfa-metil dopa, pero también se han descritos casos aislados de HAI asociados a antiinflamatorios no esteroideos (diclofenaco, indometacina, droxicam). El diagnóstico de HAI se basa en la presencia de autoanticuerpos circulantes, elevación de gammaglobulinas en suero y hallazgos característicos en la biopsia hepática. La HAI asociada a medicamentos es un proceso poco frecuente. De hecho, de los 603 casos de lesión hepática inducida por fármacos notificados al Registro Español de Hepatotoxicidad, sólo existían 8 casos de HAI. Para la aparición de una HAI debe coexistir una predisposición genética multifactorial (siendo predominante el haplotipo HLA B8-DR3) y un factor desencadenante, que podría ser la acción de un tóxico actuando como hapteno, de tal forma que la unión del fármaco o de su metabolito al hepatocito produciría un complejo antigénico previamente inexistente que estimularía al sistema inmune, pero el mecanismo patogénico no está bien aclarado. Las lesiones hepáticas inducidas por medicamentos a través de un mecanismo autoinmune tienen mayor tendencia de evolucionar a

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

la cronicidad que las provocadas por un mecanismo de hipersensibilidad, de ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz. El tratamiento inmunosupresor es el más utilizado, aunque no existen estudios controlados que demuestren su eficacia.

CONCLUSIONES

La HAI de origen medicamentoso es un proceso poco frecuente y que, posiblemente, está infradiagnosticado. Se debe sospechar la presencia de este trastorno en los casos de lesión hepática desencadenada por un medicamento y que no mejore tras la retirada del mismo. El diagnóstico precoz es muy importante, ya que la enfermedad suele responder al tratamiento inmunosupresor.

V-03

FEOCROMOCITOMA (PARAGANGLIOMA) EXTRAADRENAL

M. Iriarte Ibararán¹, A. Gutiérrez Macías¹, C. Moreno Renge², M. Sarmiento de la Iglesia³, G. Solano Iturri¹, E. Lizarralde Palacios¹, M. Bárcena Robredo³, F. Miguel de la Villa¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología, ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya)

OBJETIVOS

Los feocromocitomas son tumores de origen neuroectodérmico que se desarrollan a partir de células cromafines y producen catecolaminas. En un 85-90 % de los casos asientan en las suprarrenales, sin embargo un 10-15 % son de origen extradrenal. Presentamos un caso de feocromocitoma extraadrenal visto recientemente en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentación de un caso de feocromocitoma extraadrenal.

RESULTADOS

Mujer de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, síndrome ansioso-depresivo y episodio de trombosis venosa profunda dos años antes. En tratamiento con losartán, fluvastatina, gabapentina, escitalopram y bromazepam. Remitida a consultas por hallazgo accidental en una RM de columna de imagen paraaórtica izquierda (L3) en probable relación a adenopatía necrosada. No fiebre, cefalea, síndrome general o clínica digestiva. Refería además episodios de disnea y temblor relacionados con circunstancias estresantes y sudoración profusa ocasional. Exploración: TA 180/90. Cabeza y cuello: no bocio, plétora o adenopatías. Auscultación cardíaca rítmica a 80 lpm. Auscultación pulmonar normal. Abdomen: no masas ni megalias. Extremidades: no edemas ni datos de TVP. Pulsos normales. No adenopatías axilares o inguinales. Exploraciones complementarias. HRF, VSG, bioquímica de rutina y orina normales. TAC toraco-abdomino-pélvico: nódulo paraaórtico izquierdo de 2,4 x 2 cm, con captación periférica intensa de contraste y centro hipodenso. Determinación de noradrenalina en plasma 3.583 pg/ml (normal 300-650), noradrenalina en orina 322 µgr/24 h (normal < 76) y normetanefrinas en orina 1.288 µgr/24 h (normal < 444). El resto de las determinaciones de catecolaminas en sangre y orina fueron normales. Cromogranina A 631,8 ng/mL (normal 19,4-98,1). Se realizó una gammagrafía con meta-I-benzilguanidina que mostraba captación del radiotrazador en la misma localización que la lesión identificada en la TAC. El estudio genético no mostró ninguna mutación relacionada con los síndromes de feocromocitoma hereditario. Se inició tratamiento alfa-bloqueante con doxazosina y replección de volumen, seguidos de cirugía con exéresis de la lesión, sin incidencias.

DISCUSIÓN

Los feocromocitomas son tumores raros. Un 85-90 % asientan en las suprarrenales, sin embargo un 10-15 % son de origen extradrenal. Estos se localizan en los ganglios simpáticos, próximos a la



línea media, y habitualmente en el abdomen superior (45 %), órgano de Zuckerkandl (30 %) o vejiga (10-15 %). Los síntomas más frecuentes son hipertensión arterial sostenida o paroxística (90 %), cefalea (80 %), sudoración (71 %) y palpitaciones (64 %). Una manifestación clínica característica son los episodios paroxísticos que reflejan la liberación episódica de catecolaminas; pueden ser espontáneos o estar precipitados por fármacos, ejercicio intenso, traumatismos o cirugía. Otras manifestaciones son hipotensión ortostática, hiperglucemia, cardiopatía isquémica, alteraciones del ritmo cardíaco e insuficiencia cardíaca. El diagnóstico bioquímico se realiza con la determinación de catecolaminas en sangre y orina de 24 horas, que deben ser superiores a 2-4 veces el límite superior de la normalidad. En el diagnóstico de localización son útiles el TAC, la RM, la gammagrafía con meta-I-benzilguanidina y el PET. El tratamiento es quirúrgico. Es muy importante la preparación previa a la cirugía con alfa-bloqueantes, expansión de la volemia y beta-bloqueantes (sólo si existe taquicardia y después de lograr el bloqueo alfa). Actualmente el pronóstico ha mejorado mucho; la mortalidad perioperatoria es < 3 %, en el 75 % desaparece la HTA y en el 25% restante disminuirá la necesidad de tratamiento.

CONCLUSIONES

Los feocromocitomas son tumores raros, sin embargo deben sospecharse aunque en ocasiones la sintomatología que exhiben es poco expresiva o inespecífica y la presentación clínica, en cuanto a localización de la lesión, como en nuestro caso, es atípica.

V-04

CRISIS TIROTÓXICA (TORMENTA TIROIDEA). PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

A. Gutiérrez Macías¹, M. Ramiz Martínez¹, A. Lizarraga Zufiaurre², J. Bóveda Romeo³, A. Moreno Rodrigo¹, C. De la Guerra Acebal¹, M. Iriarte Ibararán¹, F. Miguel de la Villa¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología, ³Servicio de Cardiología. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya)

OBJETIVOS

La tormenta tiroidea o crisis tirotóxica (CT) se define como una manifestación extrema de hipertiroidismo que conlleva un riesgo vital. Aparece en un 1-2 % de los casos de hipertiroidismo y su mortalidad se estima entre el 20-30 %. Presentamos dos casos de CT diagnosticados recientemente en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de las manifestaciones clínicas, tratamiento y evolución de dos casos de CT.

RESULTADOS

Caso 1. Mujer de 73 años con antecedentes de HTA, DM tipo 2, TEP, trastorno bipolar y adenoma tiroideo tóxico tratado con yodo radioactivo dos meses antes. En tratamiento con metformina, glibenclamida, acenocumarol, diltiazem, lamotrigina y clomipramina. Ingresó por tos con expectoración purulenta, disnea, diarrea, vómitos, cuadro confusional e hiperglucemia. Exploración: bocio, taquicardia arrítmica a 140 lpm, crepitantes en bases pulmonares y desorientación. Datos de laboratorio: glucemia 419 mg/dL e INR 8,6. Hematimetría y resto de la bioquímica normales. Rx de tórax: insuficiencia cardíaca. ECG: fibrilación auricular. Se inició tratamiento con diuréticos, insulina, digoxina y amoxicilina-clavulánico presentando buena evolución. Al cuarto día, cuadro de fiebre, insuficiencia respiratoria con datos clínicos y radiológicos de edema pulmonar (EAP) y disminución del nivel de conciencia (Glasgow 9) sin datos de focalidad neurológica. Los cultivos fueron negativos y el TAC craneal mostró atrofia córtico-subcortical y leucopatía isquémica. La T4 libre fue > 100 pmol/L y la TSH indetectable. La puntuación en la escala de Burch fue de 100 (> 45 altamente

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

sugestivo de CT). Fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y tratada con metimazol y propranolol a dosis elevadas, dexametasona y tratamiento sintomático presentando una evolución clínica desfavorable que condujo a su fallecimiento. Caso 2. Mujer de 49 años sin antecedentes, remitida de otro centro por cuadro de EAP tras intervención quirúrgica de fractura de tibia y peroné. En las semanas previas presentaba insomnio, hipersudoración, nerviosismo e intolerancia al calor. Exploración: taquipnea, bocio difuso III/IV con soplo y frémito locales, auscultación cardíaca rítmica a 150 lpm, y crepitanes en bases pulmonares. Analítica de rutina normal, incluyendo marcadores de daño miocárdico. ECG: taquicardia sinusal. Rx de tórax: EAP con silueta cardíaca normal. Angio-TAC de arterias pulmonares: no datos de TEP. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado con función sistólica deprimida. T4 libre 63,7 pmol/L y TSH indetectable. Escala de Burch 65. Gammagrafía tiroidea: captación difusa, intensa y precoz del trazador, compatible con enfermedad de Graves. Fue tratada con antitiroideos a dosis altas, betabloqueantes, esteroides y diuréticos presentando una buena evolución clínica con normalización de la frecuencia cardíaca, desaparición de los signos de EAP y mejoría de la función de ventrículo izquierdo. Fue dada de alta pendiente de tratamiento con yodo radioactivo.

DISCUSIÓN

La CT puede aparecer en hipertiroidismos de cualquier etiología. La presentación clínica abarca un espectro muy amplio de manifestaciones cardiovasculares, neurológicas, digestivas y termorreguladoras. Es frecuente la existencia de factores desencadenantes, como infecciones, cirugía, traumatismos o fármacos. La distinción entre hipertiroidismo grave y CT no es sencilla. Los niveles de hormonas tiroideas no se correlacionan con la gravedad. Para facilitar el diagnóstico se ha propuesto una escala (escala de Burch) en la que se asignan puntos a las diversas manifestaciones clínicas; un valor > 45 es muy sugestivo de CT. El tratamiento es complejo, e implica, además de las medidas de soporte y tratamiento sintomático de las complicaciones, la combinación de fármacos que inhiben la síntesis de hormonas tiroideas (antitiroideos), inhiben su liberación (yoduro potásico), previenen la conversión periférica de T4 a T3 y controlan los síntomas adrenérgicos. La mortalidad alcanza al 20-30 % de los pacientes.

CONCLUSIONES

La CT es un cuadro poco frecuente, potencialmente muy grave, que requiere un reconocimiento precoz y un tratamiento agresivo, preferentemente en UCI. A pesar del tratamiento las cifras de mortalidad son elevadas.

V-06

SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS A PROPÓSITO DE UN CASO DE SÍNDROME DE WELLS

P. Aguero Asensio¹, M. Salas Alcántara¹, S. Omatos Mangado¹, B. Galve Valle¹, M. Egido Murciano¹, Y. Gilaberte Calzada², M. Marigil Gómez³, J. Pérez Lorenz¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Dermatología, ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General San Jorge. Huesca

OBJETIVOS

Presentamos un caso de un paciente con Síndrome de Churg-Strauss diagnosticado a raíz de un Síndrome de Wells.

MATERIAL Y MÉTODOS

A propósito de un caso

RESULTADOS

Paciente de 77 años con antecedentes de ACxFA, brucelosis, herniorrafia inguinal y facoemulsión.



Ingresó en enero de 2008 por neumopatía con insuficiencia renal e íleo adinámico con imagen de infiltrado alveolo intersticial parcheado en la Rx de tórax, persistente a pesar de mejoría clínica. En febrero de ese mismo año y estando a la espera de broncoscopia para proseguir el estudio de su neumopatía, presenta SCA tipo IAM ínfero posterior. El día 24/3/08 ingresa para realización de broncoscopia. Durante éste aparece placa indurada de coloración violácea, redondeada, de unos 5 cm. de diámetro con vesícula única en superficie de la que se realiza biopsia con AP de infiltración de dermis y TCS de eosinófilos y siendo etiquetada de celulitis eosinofílica o Síndrome de Wells. Ante estos resultados y la presencia de eosinofilia periférica, se decide realizar estudio completo de vasculitis con ANA de 1.6, Ac U1-RNP 36 U/ml y ANCA negativos. En la Rx de senos paranasales se aprecia una ocupación parcial de senos maxilares, etmoidales y frontales. Durante su estancia el paciente presenta clínica compatible con bronquitis aguda sin poder realizar espirometría por no comprender la maniobra. Tras estos hallazgos y ateniéndonos a los criterios diagnósticos el paciente fue diagnosticado de síndrome de Churg- Strauss.

DISCUSIÓN

El Síndrome de Wells es una dermatitis rara que afecta a cualquier edad de mecanismo etiopatogénico desconocido y ante la cual siempre hay que plantearse el diagnóstico diferencial con otras enfermedades con los mismos hallazgos histopatológicos como se trata del Síndrome de Churg Strauss con afectación cutánea.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Churg- Strauss es una enfermedad multisistémica caracterizada por rinitis alérgica, asma y eosinofilia periférica. Los órganos comúnmente más afectados son el pulmón seguido de la piel. La ausencia de alguno de estos síntomas, así como la negatividad para los anticuerpos específicos (ANCA) no debe hacernos descartar esta entidad, de hecho, la negatividad de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos se ha correlacionado con la afectación cardíaca de este síndrome, así pues el diagnóstico se debe hacer en base a los criterios establecidos y, como diagnóstico de certeza, la biopsia pulmonar.

V-07

HIPERAMONIEMIA EN PACIENTE ADOLESCENTE

J. Cabrerizo¹, B. Zalba², R. Ridruejo², Á. Cecilio¹, M. Aibar¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

OBJETIVOS

Describir un caso poco frecuente de hiperamoniemia por trastorno congénito del metabolismo de la urea de presentación tardía.

RESULTADOS

Varón de 16 años. Adenoidectomía a los 4 años. Déficit factores VII y X (nov.95). Hiperbilirrubinemia no conjugada (jun.06). Ingresó por astenia, anorexia y mareos coincidiendo con descenso de dosis de dexametasona (Dacortin 60 mgr/día) prescrita por parálisis facial periférica. Tendencia a somnolencia, desorientación y alucinaciones con hiperbilirrubinemia e hiperamoniemia. Exploración: TA 100/70 mmHg (en Urgencias), FC 100 lpm. Tª 36.5°, sat. O2 100%. Consciente pero desorientado. Ictérico ++. Resto de exploración normal. Analítica: Hb 16, leucocitos 10800, plaquetas 196000, fibrinógeno 287, BT 7.1, BD 0.47, AST 50, ALT 169, GGT 16, amoniaco 424, LDH 310. Glucosa 118, urea 0.17, creatinina 0.7, Na 145, K 3.5, Ca 9.1, Mg 1.7, CO3H 25.78. TAC cerebral: Sin hallazgos reseñables. Buena diferenciación sustancia blanca y gris. Eco-Doppler abdominal: normal. A las 24h de ingreso

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

cabe destacar elevación del amoníaco hasta 602 y actividad de protrombina 44% (control de 3 meses antes Act. Pr. 45%). 24h después intensa agitación psicomotriz, seguido de coma con GCS 7. Pasa a UCI, se procede a intubación y conexión a ventilación mecánica. Se realiza TAC cerebral que es normal y PL normal, amoníaco 575, BT 12.7 y BD 0.3. Ocho horas después crisis comicial; hallamos amoníaco de 1723 e iniciamos tratamiento empírico con Benzoato Na 12 gr en 30 min y 15gr/24h pc, Carbaglu 1.5 gr/6h IV, L carnitina 3 mgr cada 5 h IV, plasmaféresis y hemodiafiltración. 12h después desciende BT a 5.4 pero amoníaco se eleva a 4535. En este momento, Doppler transcraneal compatible con muerte encefálica. La biopsia hepática postmortem: cambios sugestivos de patología metabólica. El examen de sangre y orina (en centro de referencia) demostró el déficit de ornitín transcarbamilasa. El estudio familiar descubrió la portadora (la madre) y afectados uno de los hermanos y una tía materna.

DISCUSIÓN

El amoníaco es un producto del metabolismo de los aminoácidos y se elimina en el hígado a través de la síntesis de urea. Cuando la cantidad de amoníaco excede la capacidad del ciclo hepático para procesarlo se produce hiperamonemia, originando alteraciones sobre todo en el sistema nervioso central. Si el fallo hepático no es su causa, deberán investigarse otras etiologías menos frecuentes intentando llegar a un diagnóstico definitivo e instaurar precozmente medidas para eliminar el amoníaco y tratar el edema cerebral si lo hay. Descartadas otras causas de hiperamonemia como hepatopatía, acidosis tubular distal, tratamiento con valproato, 5FU o anestésicos, síndrome de Reye, shunt portosistémico, derivaciones urinarias, NPT o desnutrición, debe sospecharse un defecto del metabolismo de ciclo de la urea. Las descompensaciones suelen deberse a cuadros víricos, cirugía, traumatismos y uso de corticoides. El tratamiento se basa en disminuir el amoníaco, sustituir los aminoácidos deficitarios y en casos seleccionados trasplante hepático.

CONCLUSIONES

1. La hiperamonemia y los síntomas neurológicos son la clave del diagnóstico precoz de los errores congénitos del ciclo de la urea. 2. El reconocimiento precoz y adecuado tratamiento son fundamentales para evitar severo daño cerebral y la muerte. 3. La prevención podría evitar los episodios agudos de hiperamonemia. 4. La historia clínica debe hacerse minuciosamente contemplando los antecedentes familiares. 5. El estudio genético a la familia es imprescindible.

V-08

INTOXICACIÓN POR LITIO: DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN

J. Cabrerizo¹, B. Zalba², R. Ridruejo², Á. Cecilio¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

OBJETIVOS

Analizar distintos modos de presentación de la intoxicación por litio y su manejo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Intoxicación de dos pacientes en tratamiento crónico con litio.

RESULTADOS

CASO 1: Mujer de 78 años con antecedentes de HTA, IAM, trastorno bipolar en tto con litio hace 18 años y con diclofenaco el último mes. Ingresa por ataxia, temblor, agitación, incoordinación motora, desorientación y cambio de personalidad los últimos 10 días. Litemia: 2.42 mg/l, a las 48h 1.5 mg/l. Presentó clínica y analítica compatible con diabetes insípida nefrótica. Su evolución fue favorable, mejorando paulatinamente con mínimos síntomas neurológicos cuando al 7º día pasó a planta. No



se realizó hemodiálisis. CASO 2: Paciente de 52 años con antecedentes de depresión hace 20 años en tto con litio, antidepresivos tricíclicos y BZD. Intento autolítico 3 meses antes. Ingresa en UCI tras ingesta de varios psicofármacos en situación de coma GCS 3, hipodérmica, pupilas medias y en ECG intervalo QT largo. Nivel de litio inicial: 2.6 mg/l. Se inició tto con hidratación, alcalinización, lavado gástrico y carbón activado con evolución lenta pero favorable, decidiéndose no realizar hemodiálisis. Al 4º día se dio alta médica estando asintomática y estable, con niveles de litio y ATD normales.

DISCUSIÓN

Es importante diferenciar si la intoxicación es crónica o aguda pues tanto la forma de presentación como el manejo son diferentes. En el caso de una intoxicación crónica, debe valorarse para diálisis, incluso si los niveles séricos de litio están en rango terapéutico (0,6 a 1,2 mmol/L). La intoxicación aguda muchas veces es asintomática y las manifestaciones aparecen de manera retardada por ello se recomienda tratamiento conservador y vigilar el empeoramiento clínico. En el 77% de los casos son intentos autolíticos. La diálisis, continúa siendo el tratamiento de elección para conseguir una rápida disminución de los niveles de litio. Además contribuye a mejorar el nivel de conciencia y los síntomas neurológicos, aunque también se han utilizado en algunos casos diuréticos con buenos resultados

CONCLUSIONES

1. Los cuadros clínicos crónicos son más graves y dejan más secuelas. 2. Debe investigarse la asociación con otros fármacos (AINEs, IECAs, neurolépticos y antidepresivos). 3. La realización de hemodiálisis se valora de forma individualizada, teniendo en cuenta el nivel de litemia, el tipo de intoxicación y la clínica que presente cada paciente.

V-09

TUBERCULOSIS DISEMINADA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OSTEOSARCOMA CONDROBLÁSTICO

V. Jarne Betrán, M. Ruiz Castellano, M. Arteaga Mazuelas, J. Aréjola Salinas, O. Ateka Barrutia, M. Acha Arrieta

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra)

OBJETIVOS

Se presenta un caso de lesiones pulmonares bilaterales como debut de un osteosarcoma condroblástico

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisa de forma retrospectiva la historia clínica

RESULTADOS

Varón de 57 años con antecedentes de dislipemia, fumador y bebedor ocasional. En mayo del 2007 acude a Neurología por cuadro compatible con amaurosis fugax. En la radiografía de tórax se objetivan nódulos pulmonares bilaterales que se confirman tras la realización de TAC tórax. En Septiembre del mismo año, ingresa en medicina interna por cuadro de lumbalgia de unos 6 meses de evolución, de características inflamatorias, irradiada a extremidad inferior derecha, sin otra clínica. En la exploración, destaca la palpación de una tumoración dolorosa sobre región sacroiliaca derecha. Se realiza analítica de sangre y orina (autoinmunidad, serologías y marcadores tumorales) sin alteraciones llamativas y Mantoux resultando positivo (20x20mm). En la Rx lumbo-sacra se observa discopatía degenerativa a nivel de L5-S1; en la gammagrafía ósea se objetiva en hemipelvis derecha, hiperfijación patológica del radiotrazador afectando a sacroiliaca, con extensión a pala y cuerpo de

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

ilium compatible con metástasis. Posteriormente se realiza RM lumbo-sacra y sacroiliacas, viendo signos de discopatía en L2-L3 y L5-S1, erosión articular en la sacroiliaca derecha con sustitución del contenido graso en la medular del hueso, cambios por hiperseñal en los tejidos blandos adyacentes, con realce tras la administración de contraste, planteando diagnóstico diferencial entre neoplasia y patología inflamatoria-infecciosa, como tuberculosis. Se completa estudio con TC toraco-abdomino-pélvico observando afectación micronodular e intersticial en ambos hemitórax y afectación de sacroiliacas y hueso iliaco con masa de partes blandas, compatibles con proceso inflamatorio o tumoral. Ante los hallazgos, se realiza biopsia de la lesión sacroiliaca, cuyo resultado informa de tumor (abundantes mitosis)compresivo e infiltrante, constituido por células fusocelulares con diferenciación condroblástica, compatible con osteosarcoma condroblástico. El paciente es diagnosticado de osteosarcoma condroblástico estadio IV(metástasis pulmonares) y es remitido a oncología donde está en tratamiento quimioterápico con respuesta parcial de la enfermedad.

DISCUSIÓN

El osteosarcoma es un tumor maligno primario de hueso, caracterizado por la producción de sustancia osteoide. Son poco frecuentes(400 casos/año USA), pero es el más frecuente en niños y adolescentes. Tiene una distribución bimodal con picos en la adolescencia y a los 65 años. La mayoría son esporádicos. Como factores predisponentes destacan la radioterapia previa y la quimioterapia (alquilantes). Se ha visto un incremento de riesgo asociado a enfermedad de Paget y lesiones óseas benignas. Para su diagnóstico es preciso el diagnóstico histológico aunque se sospeche en la radiología y la clínica ya que no hay datos patognomónicos. El diagnóstico diferencial incluye otros tumores malignos (Ewing's sarcoma, infoma y metástasis), benignos (osteoma osteoide, condroblastoma, osteocondroma) y enfermedades no neoplásicas como osteomielitis. En nuestro caso, nos planteamos el diagnóstico diferencial con tuberculosis diseminada ante la lesión ósea, los nódulos pulmonares subclínicos y un Mantoux positivo, siendo necesario el estudio histológico para su diagnóstico. Se clasifican en osteoblásticos (50%), fibroblásticos (25%) o condroblásticos (25%). La supervivencia se ha incrementado aunque el 80-90% desarrollan enfermedad metastásica después de un control de la enfermedad local. La mayoría tienen metástasis subclínicas en el momento del diagnóstico. Respecto al tratamiento, las lesiones localizadas se tratan con cirugía y quimioterapia adyuvante, con terapia multimodal y sin metástasis el 75% tienen largas supervivencias, el 50% de los que tienen metástasis pueden curar y el resto pueden tener intervalos largos libres de enfermedad

CONCLUSIONES

En un paciente con lesión ósea y lesiones pulmonares hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial el osteosarcoma condroblástico.

V-10

SEMINOMA COMO CAUSA INFRECUENTE DE HIPERCALCEMIA SECUNDARIA A PTHRP

A. De Prado Leal¹, M. Ruiz Castellano¹, P. Fanlo¹, A. Iriarte Beróiz², R. Guarch Troyas³, E. Bidegain Garbala¹, M. López de Goicoechea Sáiz¹, M. Murie Carrillo de Albornoz¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

³Servicio de Endocrinología. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra)

OBJETIVOS

Dar a conocer un caso de seminoma como causa rara de hipercalcemia y sus mecanismos asociados



RESULTADOS

Varón de 32 años ex-fumador, sin otros antecedentes de interés que es remitido a consulta tras un período de 3 meses de evolución con astenia, pérdida de 1-2 Kg de peso y elevación de la creatinina. En analítica de cribaje se objetiva además de la alteración de función renal (CCr 60ml/min): calcio (11,1mg/dL [8,1-10,4]), fósforo (1,2mg/dL [2,7-4,5]), Ca+2 urinario 364mg/24h e inversión cociente CD4/CD8 (0,16). Tras anamnesis repetida en la segunda visita, el paciente declara tumoración testicular izquierda desde hace 1,5 años que se había autodiagnosticado de hidrocele por consulta en Internet. Con sospecha de tumor testicular se solicita valoración urgente por el S^o. Urología. En análisis se objetiva LDH 3988 U/L, BetaCG 26mU/mL, PTH <3pg/mL (15-65) y niveles de calcitriol y calcitriol normales. Tras ecografía compatible se realiza extirpación de la masa con diagnóstico de seminoma clásico estadio pT2. La pieza de orquiectomía muestra una marcada inmunorreactividad frente a PTH por lo que se certifica el diagnóstico de hipercalcemia tumoral secundaria a producción de PTH like.

DISCUSIÓN

El 90% de los casos de hipercalcemia son atribuibles a causa tumoral o a un hiperparatiroidismo. Los mecanismos de desarrollo de hipercalcemia neoplásica son: producción de PTHrP 80%, metástasis ósea 20%, hidroxilación de vitamina D intratumoral y de forma muy infrecuente producción tumoral de PTH nativa. A diferencia de los tumores de ovario de célula pequeña, el resto de tumores de células germinales produce hipercalcemia en muy raras ocasiones. La revisión de la literatura ofrece 14 casos (1 relacionado a PTHrP, 1 con sospecha de PTHrP, 3 a calcitriol elevado, 1 a metástasis ósea y 8 de causa no determinada).

CONCLUSIONES

La hipercalcemia debe ser una señal de atención ante una posible causa neoplásica o granulomatosa. Su mecanismo de producción constituye el segundo paso necesario en el diagnóstico.

V-11

HIPERCALCEMIA EN UN PACIENTE ADOLESCENTE

L. Vallejo Germosén¹, M. Albesa Benavente¹, P. Bellé Trullén¹, M. Santero Ramírez², E. Aguilar Cortés³

¹M. I. R. Familia, ² Servicio de Cirugía, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcañiz (Teruel)

OBJETIVOS

Describir el proceso diagnóstico de hipercalcemia en un paciente adolescente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se relatan la historia clínica y las pruebas complementarias realizadas a este paciente durante el proceso diagnóstico.

RESULTADOS

Varón de 16 años, sin antecedentes patológicos de interés. Acude por presentar desde hace un año, disnea de esfuerzo al realizar deporte y debilidad muscular por las que ha tenido que dejar de entrenar y jugar al fútbol. En la exploración, buen estado general, pero llama la atención pulso carotídeo bilateral saltón, con soplo sistólico eyeccional aórtico irradiado a vasos del cuello. La intensidad del soplo es de III/VI, no se palpa bocio, resto de la exploración normal. PA: 120/70, P: 85X'. Se inicia estudio para descartar valvulopatía aórtica Pruebas Realizadas: ECG: complejos grandes con S2 +R4= 60 mm y aplanamiento de la onda T en precordiales izquierdas y derivaciones inferiores. Rx tórax y abdomen: normales. ECOCARDIOGRAFIA Y DOPPLER CARDIACO: normal. En Analítica destaca: CALCEMIA: 11.9 mg/dl, PTH: 128.7, Perfil tiroideo: normal, Fosfatasa Alcalina:

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

221, Fósforo: 3.7 mg/dl, (OH) vitamina D 32.00, Orina de 24 hora: calcio total en 24 horas: 384.0, sodio total: 309.0, Resto normal. Eco tiroidea y abdominal: normal. Gammagrafía paratiroides: con MIBI-99 m Tc, informa de. Adenoma paratiroideo inferior izquierdo ectópico. Ante el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario, se decide tratamiento quirúrgico, mediante Paratiroidectomía inferior izquierda radioguiada por el Servicio de Cirugía de nuestro Hospital. Anatomía patológica: compatible con adenoma de paratiroides, negativo para células malignas. Postoperatorio normal, no hipocalcemia debida síndrome de hueso hambriento ó hiperparatiroidismo posquirúrgico. Calcemias 9.0 mg/dl. Estable en revisiones.

DISCUSIÓN

Por la sintomatología y la exploración física, la primera sospecha clínica fue valvulopatía aórtica, la cual fue descartada con la realización del ecocardiograma. A posteriori, interpretamos el soplo aórtico que no era constante en las visitas por situación de hiperdinamia vascular asociada a la hipercalcemia. Se plantean fundamentalmente 2 posibilidades diagnósticas en un paciente con hipercalcemia: 1º Hiperparatiroidismo primario. Aumento del calcio sérico asociado a elevación de PTH. Es la causa mas frecuente de hipercalcemia en pacientes ambulatorios (90% de los casos) Adenomas (80%) Hiperplasia (15-20%) y carcinoma (menos del 1% de los casos) descartado previamente el uso de litio, tiazidas e hipercalcemia hipocalciuria familiar. 2º Hipercalcemia asociada enfermedades malignas. Que cursa con PTH disminuida, y puede deberse a PTHrP, 1,25 (OH)2D Y citocinas, mas frecuente en pacientes hospitalizados (60% de los casos) Los tres tumores más frecuentemente asociados con hipercalcemia son el cáncer de pulmón, el de mama y el mieloma múltiple. La hipercalcemia por su fisiopatología justifica las manifestaciones neurológicas (depresión de conciencia), digestivas (estreñimiento), y del aparato locomotor (debilidad muscular) el cual da lugar a manifestaciones clínicas: Digestivas, Renales, Cardiovasculares., Neuropsiquiátricas, Crisis hipercalcémica. El tratamiento del hiperparatiroidismo en la actualidad consiste en: Cirugía, permite la curación definitiva en más del 90% de los casos, con un riesgo mínimo para el enfermo. En los casos no susceptibles a cirugía habrá que considerar el uso de bisfosfonatos, raloxifeno o calciomiméticos.

CONCLUSIONES

Aunque el hiperparatiroidismo primario es estadísticamente más frecuente a partir de la quinta década de la vida y afecta dos - tres veces más a las mujeres, la presencia de hipercalcemia debe hacerlo sospechar también en el caso de sexo masculino y menor edad.

V-13

TUMOR DE ORIGEN DESCONOCIDO: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

M. Bueso Inglán¹, M. González García², C. Ríos Gómez², R. Oncins Torres³, E. Calvo Beguería²

¹Servicio de Oncología Médica, ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Barbastro (Huesca)

OBJETIVOS

Describir la muestra de los pacientes con tumor de origen desconocido diagnosticados en el Hospital de Barbastro en los últimos 11 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Hospital de Barbastro es un Hospital General que cuenta con 160 camas y atiende a una población aproximada de 100.000 habitantes. Desde el año 1997 han sido vistos en la Unidad de Oncología Médica (dependiente del Servicio de Medicina Interna) 2548 pacientes con neoplasias sólidas, de los cuales 66 enfermos han sido diagnosticados de carcinoma de origen desconocido.



RESULTADOS

La mediana de edad de la muestra (n= 66) es de 70 años (rango 39-91 años) siendo el 44% de los pacientes mujeres y el 56% hombres. La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados en el Servicio de Medicina Interna (28 pacientes) seguido del Servicio de Cirugía (10), Urgencias (5), Neumología (5), Traumatología (5), Otorrinolaringología (5) y otros (8). El 63% de los pacientes fueron tratados con quimioterapia empírica. En la actualidad y con una mediana de supervivencia de 4 meses, el 90% de los pacientes han muerto por la enfermedad, el 7% han sido perdidos en el seguimiento y el 3% se encuentran vivos con enfermedad.

DISCUSIÓN

Los tumores de origen desconocido se definen como una enfermedad maligna demostrada histopatológicamente por una de sus metástasis, sin encontrar el posible origen del tumor primario. Representa entre el 2-5% de todos los diagnósticos de tumores malignos. La mediana de edad se sitúa entre los 55-65 años y no parece tener predilección por ningún sexo. En general el pronóstico es muy malo, muriendo el 80% de los pacientes en el primer año, con una mediana de supervivencia de 4 a 6 meses. El tratamiento se basa en quimioterapia empírica o tratamiento de soporte en casos avanzados.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia el cáncer de origen desconocido es una patología poco frecuente, representando el 2.5% del total de los pacientes oncológicos, lo que es concordante con otras series publicadas en la literatura. Dado el desconocimiento de la localización del tumor primario en estos pacientes, el tratamiento sigue siendo empírico, lo que implica una disminución en las posibilidades de respuesta al tratamiento y por tanto de la supervivencia. En nuestra muestra, como cabría esperar, la mediana de supervivencia no llega a 6 meses.

V-14

INTERACCIÓN ENTRE ISONIACIDA E HISTAMINA PROCEDENTE DE LOS ALIMENTOS

*J. Hernandez Indurain, I. Peña Bandres, T. Pereira Prieto, R. Landriscini Vaira
Servicio de Medicina Interna. Hospital Alto Deba. Arrasate/Mondragón (Guipúzcoa)*

OBJETIVOS

Descripción de una interacción poco frecuente en la que intervienen la isoniacida y alimentos con alto contenido en histamina.

MATERIAL Y MÉTODOS

CASO CLÍNICO: Varón de 54 años remitido para estudio de un derrame pleural izquierdo. Presentaba antecedentes de hipertensión arterial e hiperuricemia tratadas con atenolol y alopurinol. No presentaba antecedentes de alergia o asma. En la exploración física y en la radiografía de tórax sólo destacaban los signos de un derrame pleural izquierdo de cuantía moderada. El líquido pleural fue estéril y presentaba características de un exudado con predominio de linfocitos y tasa alta de ADA. Se aisló *M. Tuberculosis* en una muestra de esputo y se indicó tratamiento con rifampicina, isoniacida y pirazinamida. Tras las primeras dosis del fármaco el paciente presentó cefalea y un extenso eritema en la región facial, el cuello y el tórax, de instauración muy brusca, con sensación de calor, prurito y quemazón. El aspecto de la piel afectada era eritematoso, homogéneo, sin lesiones urticariformes o de otro tipo. El paciente estaba normotenso y no se observaron edema en la cavidad oral o broncoespasmo. Unas horas antes el paciente había consumido cantidades apreciables de queso manchego y unos 100 cc de vino tinto. El cuadro remitió con rapidez con antihistamínicos. Por sus características se consideró provocado por la interacción entre la isoniacida y el consumo de

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

alimentos con alto contenido de histamina. Tras indicar al paciente la abstención de tales productos, se reintrodujo la misma pauta de tratamiento sin que se reprodujeran los síntomas.

DISCUSIÓN

Algunos quesos contienen grandes cantidades de histamina y de tiramina que pueden producir toxicidad cuando se administran fármacos capaces de inhibir su metabolismo. Aparte del sistema de la MAO, otra vía importante de degradación para ambas sustancias es la de la diaminoxidasa. La isoniacida bloquea ambos sistemas y, en el curso del tratamiento, a veces se observan reacciones tras el consumo de escómbrios, queso o vino tinto. El vino contribuye a la aparición de síntomas tanto por el aporte directo de histamina como por la capacidad del etanol de competir por los sistemas metabólicos. La clínica atribuible al exceso de histamina incluye cefalea, flushing, palpitaciones, náuseas y vómitos. A diferencia de las interacciones presididas por el exceso de tiramina, la tensión arterial suele ser normal.

CONCLUSIONES

La interacción entre la isoniacida y alimentos que contienen cantidades apreciables de aminas debe ser considerada. Estas reacciones, malinterpretadas como de mecanismo alérgico, pueden dificultar el tratamiento y la profilaxis de la tuberculosis.

Contenido de aminas en distintas variedades de queso (mg/K). FUENTE: Agència Catalana de Seguretat Alimentària (V-14)

| | Tiramina | Serotonina | Histamina | Triptamina |
|-------------|----------|------------|-----------|------------|
| FRESCO | 0-0,56 | 0 | 0 | 0 |
| LECHE CRUDA | 0-602 | 0-1,27 | 0-389 | 0-32 |
| AZUL | 0-1567 | 0-5,9 | 0-376 | 0-128 |
| DURO | 0-241 | 0 | 0-162 | 0-44 |
| CABRA | 0-829 | 0-8,6 | 0-87 | 0-17 |

V-15

TRASTORNOS DE LA HORMONA ANTIDIURÉTICA SECUNDARIOS A MENINGOENCEFALITIS AGUDA

J. Vicario Bermúdez, R. Dolz Aspas, G. Pérez Vázquez, A. Fernández Alamán, C. Fonseca López, P. Gracia Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel

OBJETIVOS

La hormona antidiurética es una hormona polipeptídica sintetizada en los núcleos supraópticos del hipotálamo y se liberan en la hipófisis anterior (neurohipófisis) unidas a neurofusinas. Pueden aparecer trastornos de la ADH tanto por exceso como por defecto.

MATERIAL Y MÉTODOS

CASO 1: "UN CASO DE SIADH SECUNDARIO A MENINGOENCEFALITIS AGUDA" Presentamos el caso de un paciente de 61 años de edad que presenta como antecedentes personales HTA, EPOC, úlcus gástrico e ingreso por Meningoencefalitis Aguda en meses previos; y como antecedentes quirúrgicos polipectomía, apendicectomía por laparotomía media oclusiva, episodios



suboclusivo intestinal y de eventración. Como enfermedad actual presenta hiponatremia de 120 mmol/l, secundaria a episodio de Meningoencefalitis Aguda, que debido a su instauración progresiva no presenta manifestaciones neurológicas; con predominio de anorexia, náuseas y vómitos. A la exploración física presenta normovolemia, ausencia de edemas e hipotensión ortostática. Análíticamente destaca aparte de la hiponatremia una hipoosmolaridad plasmática (246.5mosm/kg) con osmolaridad urinaria aumentada. CASO 2: "UN CASO DE DIABETES INSÍPIDA SECUNDARIO A MENINGOENCEFALITIS AGUDA" Presentamos el caso de un paciente de 18 años de edad que debuta con cuadro febril acompañado de vómitos, estreñimiento, sensación de mareo y cefalea con fotofobia. Sin antecedentes personales de interés. A la exploración física presenta importante rigidez de nuca con Kerning y Brudzinsky negativos. Resto de la exploración anodina. Se le realizan analíticas que se encuentran dentro de la normalidad; serologías negativas; RMN y TAC craneales sin hallazgos significativos. Refiere durante el episodio de Meningoencefalitis Aguda un cuadro de intensa poliuria con diuresis de hasta 7000cc.

RESULTADOS

CASO 1: "UN CASO DE SIADH SECUNDARIO A MENINGOENCEFALITIS AGUDA" Tras restricción hídrica y administración de suero salino se normalizan las cifras de natremia, produciéndose la recuperación del paciente; todo ello acompañado de la correcta resolución de la Meningoencefalitis Aguda.

CASO 2: "UN CASO DE DIABETES INSÍPIDA SECUNDARIO A MENINGOENCEFALITIS AGUDA" Tras tratamiento con Aciclovir IV se produce una mejoría lentamente progresiva del paciente con desaparición de la fiebre y de la rigidez de nuca. Tras la resolución progresiva de dicho episodio se produce la normalización paulatina de las cifras de diuresis.

DISCUSIÓN

¿Es frecuente la aparición de Trastornos de la ADH, ya sean por exceso o por defecto, secundarios a patología inflamatoria del Sistema Nervioso Central?

CONCLUSIONES

Ante la presentación de trastornos de la ADH deben tenerse en cuenta todas sus posibles etiologías en relación con la patología del paciente; ya que un correcto tratamiento de las mismas daría lugar a la resolución de dichos trastornos electrolíticos.

V-17

HEMORRAGIA PULMONAR Y HEMOTÓRAX TRAS INGESTA MASIVA DE CLOPIDOGREL CON FINES AUTOLÍTICOS

M. Salas Alcántara¹, S. Omato Mangado¹, P. Aguero Asensio¹, B. Galve¹, L. Borderías Clau²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología. Hospital General San Jorge. Huesca

OBJETIVOS

Describimos los hallazgos de una paciente que tras un intento de suicidio con dosis de 1875 mgr de clopidogrel desarrolló una hemorragia pulmonar y un hemotórax.

MATERIAL Y MÉTODOS

A propósito de un caso.

RESULTADOS

Mujer 49 años fumadora de 40 paquetes/año, un año antes había sufrido un ACV y seguía tratamiento con clopidogrel 75 mg/día. Traslada a hospital 36 horas tras ingerir 25 cápsulas de clopidogrel (1875 mg). Exploración: hipertensa, taquicárdica y taquipneica. Hemograma: 19.300 leucocitos (88%Ne), Hb10,4, Hcto31%, VCM72.2, HCM24.2, RDW 17.4%, plaquetas normales.

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

Bioquímica: AST 380, ALT 320, LDH 333, CPK 13842, mioglobina 2128, CK-MB: 167, resto normal. Drogas en orina: negativo. Sedimento de orina: 150 hemat/c y 30-100 leucoc/c. Gasometría arterial (FIO₂ 21%): pH 7.46, pCO₂ 33, pO₂ 65, CO₃H- 24, SO₂ 94%. Rx tórax y ECG: normales. Estudios bacteriológicos de esputo: no se aislaron gérmenes. Ag en orina Legionella y neumococo: negativos. TC tórax (2º día): infiltrados parcheados bilaterales, derrame pleural dcho. Toracocentesis (4º día): 200 cc líquido hemático, características de exudado, HTO 16%, ADA 16 U/L y cultivos bacteriológicos negativos. Evolución: presentó tos no productiva y hematomas en extremidades. Estudio función respiratoria: FVC 2820 (78%), FEV₁ 1960 (70%), FEV₁/FVC 69, TLC 4780 (91%), RV 1710 (94%), DLCO 17.7 (81%), KCO 70 (79%). Test broncodilatador: positivo. Prueba de la marcha (6 min): no desaturación tras recorrer 460 m. Citología de esputo inducido: presencia de abundantes macrófagos y el 41% de los mismos contenían pigmento hemosiderínico. No se evidenció neutrofilia, alimentos o cuerpo extraño que sugiriera una neumonía por aspiración. A los 11 días del suceso fue dada de alta tras una normalización progresiva de los parámetros analíticos sin precisar transfusiones. Estudio funcional pulmonar a los 2 meses: normalización de los parámetros.

DISCUSIÓN

El clopidogrel tiene efecto sobre la inhibición de la agregación plaquetaria. En voluntarios sanos no se han descrito efectos adversos tras una toma única de 600 mg. En ensayos clínicos la presencia de hemorragia pulmonar y/o hemotórax durante el tratamiento ha sido excepcional a las dosis utilizadas. Tras la comercialización del fármaco, la aparición de estos efectos adversos a las dosis habituales es infrecuente. Haro y cols refirieron la aparición de un hemotórax espontáneo bilateral dos meses tras una angioplastia e implantación de un stent coronario que relacionaron con la toma de clopidogrel. En el caso, dado los antecedentes de toma de clopidogrel, la ausencia de fiebre y hallazgos bacteriológicos, la caída del HTO, las imágenes radiológicas, los hallazgos del líquido pleural, de la citología de esputo que confirmaron la presencia de siderófagos y la evolución clínica permitieron realizar el diagnóstico de hemotórax y hemorragia pulmonar. La información acerca de sobredosis del fármaco es limitada. En estudios en ratas y ratones la dosis única letal fue de 2000 y 1500 mg/kg respectivamente y en primates de 3000 mg/kg. En humanos hay dos referencias de tomas únicas de 1050 mg en una paciente de 34 años durante el estudio CAPRIE2 y un intento de suicidio con 1650 mg en un varón de 49 años que no sufrieron efectos secundarios. El tratamiento consiste en suspender el fármaco y dado el modo de actuación del clopidogrel no está claro el papel de la transfusión de plaquetas, aunque podría acortar el período de tiempo hasta la recuperación del funcionalismo plaquetario. En este caso, la estabilidad clínica y el largo tiempo transcurrido desde la ingesta hasta que fue atendida en el hospital sugirieron un manejo conservador.

CONCLUSIONES

A pesar de haberse mostrado un fármaco seguro en los ensayos clínicos, debería valorarse su uso en pacientes psiquiátricos con antecedentes o riesgo de autolisis, aunque en este caso a pesar de haber ingerido la dosis 25 veces a las recomendadas, el hemotórax y la hemorragia pulmonar se resolvieron sin secuelas.



V-19

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DURANTE 1993-2000 EN EL HOSPITAL REINA SOFIA DE TUDELA

S. Serrano¹, L. Calahorra², M. Navarro², C. Milagro³, T. Rubio⁴, M. Gil⁵, A. Sampérez⁴, J. Gutiérrez⁴

¹Servicio de Urgencias, ²Centro de Salud Gayarre, ³Archivos, ⁴Servicio de Medicina Interna,

⁵Dirección. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra)

OBJETIVOS

Con el presente estudio se pretende hacer un seguimiento de las causas de mortalidad intrahospitalaria en un hospital comarcal a lo largo de varios años para conocer las causas más frecuentes y ver los cambios que se producen con las modificaciones terapéuticas que se van desarrollando en el tiempo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión de los pacientes fallecidos en Hospital Reina Sofía de Tudela desde el año 1993 hasta el 2000. Para el diagnóstico de muerte hospitalaria consideramos tres conceptos: Existencia de certificado de defunción, última alta con destino éxitos y confirmación de mortalidad por la historia clínica informatizada. Para su cuantificación, hemos utilizado la CIE-9 realizando una base de datos recogiendo edad, sexo, y causas de mortalidad.

RESULTADOS

Hemos valorado según la edad, el sexo y las causas recogidas de mortalidad, la evolución y los posibles cambios que se van produciendo a lo largo de los años debido a las modificaciones terapéuticas que se van implantando. Como causa más frecuente de mortalidad entre todos los pacientes fallecidos se objetivan los procesos crónicos respiratorios y en varones equivalente a un 7%. Le siguen en frecuencia los Ictus, con una frecuencia similar tanto en hombres como en mujeres siendo en ambos de un 4.5%. A continuación nos encontramos los tumores del aparato respiratorio en el sexo masculino con una frecuencia de 4,1%. Con una frecuencia muy similar les siguen la cardiopatía isquémica en varones, y los tumores respiratorios y digestivos también en varones con una frecuencia de aprox. el 3.5%

CONCLUSIONES

Estos estudios permiten prever si las nuevas tecnologías tienen algún efecto sobre la mortalidad y fundamentalmente en parámetros como la edad o el sexo. Debería realizarse este tipo de estudios de forma periódica para valorar si los datos aparecen o por el contrario, pueden modificarse con el tiempo.

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

V-20

NECROSIS DE CUERO CABELLUDO EN PACIENTE CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

J. Cebollada¹, M. Egido¹, M. Salas¹, P. Aguero¹, B. Galve¹, Y. Gilberte², M. Abasca³, M. Berdún¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Dermatología, ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General San Jorge. Huesca

OBJETIVOS

La arteritis de células gigantes es una vasculitis crónica que afecta a arterias de mediano y gran calibre en pacientes mayores de 50 años. Las manifestaciones clásicas incluyen cefalea, claudicación mandibular, polimialgia reumática y síntomas visuales. Presentamos el caso de una paciente con necrosis del cuero cabelludo como manifestación de una arteritis de células gigantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una paciente de 83 años con antecedentes de DM2, hipercolesterolemia, ACV cápsulo-talámico izdo que ingresa en nuestro Servicio por cefalea temporo-parietal bilateral de 6 semanas de evolución, muy intensa y refractaria a toda la analgesia pautada. La paciente refería dolor a la palpación del cuero cabelludo y clínica de anorexia y astenia acompañante. En la exploración destacaba la palpación de las arterias temporales con consistencia aumentada de forma bilateral, sin otros hallazgos de interés. La analítica mostraba Hto: 21%, Hb: 7.1g/dL, patrón férrico de proceso crónico, VSG: 99 mm/1^h, Prot C react: 318. No se apreciaron alteraciones significativas en la bioquímica. Ante la sospecha de una arteritis de la temporal iniciamos tratamiento empírico con prednisona 2 mg /Kg/ día. A las 48 horas del ingreso presentó de forma brusca pérdida de visión en ojo izdo. Valorada por el Servicio de Oftalmología se apreció ausencia de percepción en ojo izdo con edema de papila y hemorragia retiniana en astilla en arcada nasal inferior del mismo ojo, todo ello compatible con neuritis isquémica. Se administraron entonces 3 bolus de 1 gr de prednisona, continuando posteriormente la pauta de 2 mg/Kg/día. La cefalea remitió de forma progresiva al tiempo que se agudizaba la hiperestesia del cuero cabelludo pudiendo comprobar como aparecían lesiones cutáneas necróticas bilaterales siguiendo el trayecto de ambas arterias temporales bilaterales. Valorada por la Sección de Dermatología se instauró tratamiento antibiótico tópico junto con medidas de desbridamiento. La biopsia de la arteria temporal izquierda confirmó la existencia de la arteritis de células gigantes.

DISCUSIÓN

La arteritis de células gigantes o arteritis de la temporal es una vasculitis sistémica que afecta a pacientes con una edad media de 72 años.. El diagnóstico se sospecha en pacientes que aquejan cefalea, pérdida visual, claudicación mandibular, síntomas de polimialgia reumática, fiebre no explicada o anemia, junto con elevación de VSG o de la Proteína C reactiva. El diagnóstico de certeza se establece mediante la biopsia de la arterial temporal. No obstante un porcentaje significativo de los pacientes pueden presentar otros síntomas menos frecuentes como dolor o isquemia en la lengua, isquemia mesentérica, pérdida de audición mononeuritis múltiple. La primera descripción de necrosis del cuero cabelludo asociada a arteritis de células gigantes fue realizada por Cooke et al en 1946. Desde entonces se han descrito unos 40 casos en toda la literatura y son menos aun los que se acompaña de la demostración de la afectación de la arteria temporal mediante biopsia. Los casos descritos generalmente se presentan en pacientes con afectación vasculítica grave y tiempo de evolución prolongado previo al tratamiento. El tratamiento en todas las formas de arteritis de células gigantes consiste en la administración de corticoides sin que haya un acuerdo unánime sobre las dosis recomendadas de inicio o el tiempo recomendado de tratamiento.

**V-21****PANCREATITIS AUTOINMUNE EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE HEPATITIS AUTOINMUNE**

J. Torres Alvizar, M. Ruiz Castellano, M. Arteaga Mazuelas, A. De Prado Leal, V. Jarne Betrán, G. Tiberio López, C. Pérez García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra)

OBJETIVOS

La Pancreatitis Autoinmune (PAI) es una entidad muy infrecuente englobada dentro de las enfermedades inflamatorias crónicas del páncreas. Se estima que su incidencia está entre un 4,6 y un 6% según las series, con una mayor prevalencia en países asiáticos. La existencia de hipergammaglobulinemia e infiltración linfoplasmocitaria de la glándula pancreática y la buena respuesta a los corticoides constituyen indicadores que apoyan su base autoinmune. Dada su escasa incidencia no está bien definida su asociación con otras patologías

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de la historia clínica y las pruebas complementarias y revisión bibliográfica

RESULTADOS

Mujer de 66 años con antecedentes de neoplasia de mama derecha en 1997 tratada con cirugía, radioterapia y quimioterapia. Diagnosticada en 2007 de Hepatitis Autoinmune (HAI) tipo I, tras hallazgo de hipertransaminasemia crónica, títulos positivos de ANA y biopsia hepática compatible y tratada con corticoides y azatioprina con buena respuesta. En mayo de 2008 ingresó durante 2 meses por absceso cérvico-torácico y shock séptico, retirándose el tratamiento con azatioprina. Fue dada de alta con buen estado general y normalización de las enzimas y función hepática con 5 mg de prednisona/día manteniéndose estable en las revisiones posteriores. En febrero de 2009 acude por cuadro de diez días de evolución de ictericia, astenia, náuseas y algún vómito, sin fiebre. En la exploración física se objetiva hepatomegalia no dolorosa de dos traveses de dedo. En la analítica: Hb 11,6 g/dL, leucocitos 3,6 103/μl, plaquetas 112 103/μl, VSG 98 mm/hora, bilirrubina total 6,4 mg/dL, bilirrubina directa 5,28 mg/dL, AST 968 U/L, ALT 490 U/L, GGT 210 U/L, FA 220 U/L, PCR 6,8 mg/L, IgG total 1254 mg/dL, con serológicas para virus hepatotropos y marcadores tumorales negativos. En la ecografía abdominal se aprecia dilatación arrosariada del conducto pancreático. En el TAC abdominal se objetiva dilatación del conducto pancreático de forma arrosariada hasta la cabeza pancreática con atrofia secundaria de cuerpo y cola y presencia de imagen quística en cola de 2,9 cm, hepatoesplenomegalia con signos de hipertensión portal. En la RM abdominal se observa una dilatación del conducto pancreático parcial presentando la zona de cabeza respetada. Se realiza una nueva biopsia hepática que muestra parénquima hepático con alteraciones compatibles con Hepatitis Autoinmune en estadio de cirrosis. Con el diagnóstico de sospecha de exacerbación de Hepatitis Autoinmune tipo I en estadio de cirrosis y probable Pancreatitis Autoinmune asociada, se inició tratamiento con 40 mg de prednisona en pauta descendente y azatioprina 50mg/día. La paciente presenta mejoría clínica y normalización progresiva de las alteraciones analíticas en los análisis realizados en los siguientes 2 meses. Se realiza TAC de control un mes más tarde con mejoría significativa de las alteraciones radiológicas en el área hepatopancreática.

DISCUSIÓN

La PAI es una entidad infrecuente más frecuente en varones. Suele debutar clínicamente con ictericia y clínica digestiva. El diagnóstico diferencial se realiza con las posibles causas de pancreatitis crónica y/o masa pancreática, sobre todo por las implicaciones terapéuticas que conllevaría su infradiagnóstico. Las pruebas de imagen de elección son el TAC y la RM en la biopsia se objetivan cambios fibróticos con infiltración linfoplasmocitaria, aunque por la complicación para su obtención

IX Congreso

Sociedad de Medicina Interna de
Aragón-La Rioja-Navarra y País Vasco

con frecuencia no se realiza. Existe asociación ocasional con otras patologías autoinmunes (diabetes mellitus, colangitis esclerosante, síndrome de Sjögren, nefritis intersticial, artritis reumatoide y fibrosis retroperitoneal). La respuesta a tratamiento esteroideo es excelente. Por el escaso número de casos descritos en la literatura no se puede conocer el pronóstico y la frecuencia de asociación con otras patologías

CONCLUSIONES

Ante un paciente con antecedente de patología autoinmune previa y alteraciones pancreáticas sugestivas de pancreatitis crónica o masa pancreática es necesario descartar la presencia de PAI.



Sociedad
de Medicina Interna

Aragón
La Rioja
Navarra
País Vasco



Secretaría Técnica

S&H Medical Science Congress

C/ Espronceda, 27 1º A y Ático. 28003 Madrid

Tfno.: 91 535 71 83 - Fax: 91 554 41 14

E-mail: congresos@shmedical.es