

COMUNICACIONES

PÓSTER

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN JÓVENES DE LA PROVINCIA DE OURENSE. REVISIÓN DE CASOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

Lorenzo-Vizcaya, A., Fernández-González, R., González-Noya, A., Latorre-Díez, A., Barreiro-Rivas, A., García-Estévez, D., Fernández-Muino, M.
Complejo Hospitalario de Ourense

INTRODUCCIÓN: En la actualidad, el ictus es la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad, suponiendo, un gran impacto socio-económico. El ictus en jóvenes, es aquel que se presenta en edades comprendidas entre 15 y 45 años. Tiene una serie de particularidades que lo diferencian del ictus en pacientes de edad más avanzada, destacando las diferencias en la etiopatogenia. Por sus particularidades, el ictus en pacientes jóvenes requiere un abordaje más específico e individualizado.

OBJETIVOS: Conocer la forma de presentación de los accidentes cerebrovasculares (ACV) y las características de los pacientes recogidos y comparar las variables estudiadas en aquellos pacientes menores de 45 años con los mayores de 45 años.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo donde se ha analizado la incidencia de casos de ACV en la provincia de Ourense, en pacientes menores de 55 años durante los últimos 5 años.

RESULTADOS: Se registraron 153 casos (57% varones), con una edad media de 43 años. Principales FRCV: HTA 33%, dislipemia 25%, tabaquismo 46%, consumo de alcohol 26%. En cuanto a su etiología, el 34% fue indeterminado y el 19% lacunar. Localización principal: PACI (46%). El 77% afectaron al territorio catorideo (66% fueron de ACM). Fallecieron 18 pacientes, 13 por causas secundarias al ACV.

Al alta, recibieron antiagregante 86 pacientes de los que presentaron ACV isquémico. Recurrencia en 6 casos.

CONCLUSIONES: La patología cerebrovascular presenta una elevada morbimortalidad; siendo una de las principales causas de dependencia en nuestro medio. En nuestra serie de casos, únicamente la relación entre el ACV y el antecedente de HTA alcanzó la significación estadística. De ahí la importancia del adecuado control y manejo de las cifras tensionales, al ser la HTA el principal factor de riesgo modificable.

Destacar que tras la revisión, las principales causas de ACV en < 45 años, no difieren de las que presentan los pacientes de mayor edad.

COLANGITIS BILIAR PRIMARIA, FENÓMENO DE RAYNAUD Y ESCLEROSIS SISTÉMICA, UNA AMISTAD PELIGROSA.

Martínez-Fernández S.; Freire M.; Marques A. T.; González-Quintela A.; Sopena B.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS)

INTRODUCCIÓN: La presentación conjunta de la colangitis biliar primaria (CBP) y la esclerosis sistémica (ES) se conoce como síndrome de Reynolds (SR). Existen muchas dudas sobre las diferencias entre los enfermos con CBP aislada y con SR.

OBJETIVOS: Comparar las características demográficas, clínicas, bioquímicas, inmunológicas, capilaroscópicas y pronósticas entre los pacientes con SR y los pacientes con CBP sin ES con y sin FR. Buscar un posible comportamiento evolutivo.

Material y Métodos: Se ha utilizado el registro de CBP del Servicio de Medicina Interna del CHUS. Los 17 pacientes con SR (casos) se denominaron CBP-RS. Otros 34 pacientes con CBP (controles), se dividieron en: 11 con CBP y FR (CBP-FR) y 23 con CBP aislada sin FR (CBP-A).

RESULTADOS: 47 (90.2%) eran mujeres, con edad al diagnóstico de 56 años (44-63), encontrando diferencias entre CBP-A y CBP-SR (p=0.002), CBP-A y CBP-FR (p=0.038) y CBP-SR y CBP-A+CBP-FR (p=0.038). Encontramos diferencias en la superposición con el síndrome de Sjögren (SSj) y con síndrome seco global (SS) entre los grupos CBP-A y CBP-SR (p=0.029 y p=0.001). Los ACA aparecieron en todos los pacientes CBP-SR y en ninguno CBP-A y CBP-FR. Los AMA en 38 casos (77.6%) con diferencias entre CBP-A y CBP-SR (p=0.021). La negatividad de los AMA se asoció a una mayor presencia de SSj (p=0.019) y de SS (p=0.042). Se observó una tendencia entre los tres grupos en la edad (p=0.003), superposición con SSj y SS (p=0.012 y p<0.001), positividad de AMA (p=0.014) y presencia capilaroscópica de dilataciones, hemorragias y distinto patrón (p=0.030, p<0.001 y p<0.001).

CONCLUSIONES: La CBP tiene características diferentes si se asocia a la ES, siendo recomendable un abordaje sistémico de los pacientes con CBP que incluya ACA y una capilaroscopia. Hemos detectado un patrón evolutivo entre los tres grupos (CBP-A, CBP-FR y CBP-SR), que sugiere que puedan ser manifestaciones fenotípicas progresivas de un mismo proceso patogénico.

SITUACIÓN ACTUAL NO MANEXO DOS DOENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA A NIVEL GALEGO

Suárez-Gil, R.; López-Reboiro, M.L.; Valcarce-González, Z.; Sardiña-González, C.; Suárez-Fuentetaja, K.; Cerqueiro-González, J.M.
Hospital Comarcal de Monforte de Lemos, Hospital Universitario Lucus Augusti

INTRODUCCIÓN: A insuficiencia cardíaca (IC) é a primeira causa de ingreso en Medicina Interna (MI) nos doentes maiores de 65 anos, ademais nos últimos 11 anos o número de ingresos por IC aumentou nun 60%. O seguimento específico destes doentes demostrou a súa utilidade na redución de ingresos e reingresos. Fai un ano botou a andar o Grupo de Traballo de IC da SOGAMI (GT-IC-SOGAMI) con este estudo queremos ver cal é situación na que nos atopamos neste momento a nivel galego.

MATERIAL E MÉTODOS: Realizamos unha enquisa con 9 apartados nos que avaliamos os recursos dispoñibles, as prácticas habituais e a existencia de vías clínicas; nos diferentes hospitais galegos. Esta enquisa foi difundida a través dos correos electrónicos dos membros do GT-IC-SOGAMI.

RESULTADOS: E DISCUSIÓN: Á enquisa responderon 9 centros das distintas áreas sanitarias da comunidade: os complexos hospitalarios de Santiago, Vigo, Ourense, Ferrol e Lugo; POVISA e os hospitais comarcais de O Salnés, Monforte e O Barco. En tódolos centros a maior parte dos ingresos de IC proceden do Servizo de Urxencias (Urx), 6 hospitais dispoñen dalgunha vía de ingreso alternativa á Urx. Só 3 dos 9 hospitais dispoñen dunha vía hospitalaria específica para o ingreso destes doentes. En 4 hospitais existe un consenso entre Cardiología e MI. En 5 hospitais hai dedicación monográfica á IC e en 4 deles existe a consulta específica; só 2 centros dispoñen de persoal de enfermería adicado a este problema clínico. Por último 5 de los 9 centros dispoñen de Hospital de Día (HDD) para o manexo da IC e só 1 centro dispón dunha vía clínica con primaria.

CONCLUSIONES: A principal fonte de ingresos segue a ser Urx, a pesar de que na maioría dos centros dispoñen doutras vías de ingreso alternativa, consulta monográfica e HDD. Chama a atención a ausencia de persoal de enfermería con adicación a IC e de vías con primaria, na maioría dos centros.

Como principal limitación expor a ausencia de datos de moitos outros centros galegos.

SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA

Dalama López T.; Cañzos Romero T.; Martul Pego E.; Montero González MD; Vázquez Friol MC; Rivera Mosquera MD; Fernández Bouza E.; Sesma Sánchez P.
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (A Coruña)

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) es una enfermedad autoinmune, que se manifiesta como panuveítis granulomatosa bilateral, poco frecuente en nuestro medio. Presentamos un caso diagnosticado en nuestro hospital. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 44 años, de etnia gitana, con antecedente de vitiligo en su familia, consulta por visión borrosa bilateral, fotofobia y dolor ocular con cefalea de 1 mes de evolución, además alopecia. Valorada por Oftalmología con diagnóstico de panuveítis bilateral con desprendimientos de retina serosos sugestivo de VKH, ingresa en MI. Se realiza TC craneal que es normal, serologías de virus hepatotropos, VIH, CMV, VEB, Parvovirus, toxoplasma, rubeola, VZV y cuantificaron que resultan negativos. La autoinmunidad resultó negativa. El sedimento fue normal. Se hizo PL que mostró pleocitosis de LCR, con cultivo negativo. Se trató con pulsos de metilprednisolona, seguido de IS (micofenolato de mofetil) y corticoides orales en pauta descendente con excelente evolución.

DISCUSIÓN: VKH es una enfermedad autoinmune que se manifiesta con afectación ocular (panuveítis granulomatosa bilateral con DR seroso, imagen 1), y alteraciones del SNC (cefalea, meningitis), auditivas (hipoacusia, tinnitus) y/o dermatológicas (vitiligo, poliosis, alopecia). Representa en España el 2% del total de las uveítis, siendo más prevalente en países asiáticos y en sexo femenino. La enfermedad cursa en fases, en la uveítica se desarrolla la afectación ocular típica, condición sine qua non para el diagnóstico, que es clínico, precisando valoración oftalmológica para ello. El tratamiento inicial son pulsos de MPRD seguidos de IS clásicos y corticoide oral en descenso. VKH tiene un buen pronóstico relativo si se diagnostica y trata precozmente.

CONCLUSIONES: El síndrome de VKH es una entidad poco frecuente en nuestro medio pero que debemos conocer por su gravedad en cuanto a la afectación ocular, resulta de vital importancia el diagnóstico precoz y el adecuado tratamiento.

ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS SOLICITADAS A MEDICINA INTERNA

López Mourinho V. M.; Bello Castro N.; López Rodríguez C.; Gonzalez Sobrado M. C.; Mosteiro González A.; Sardiña Gonzalez C.; López Reboiro M. L.; Suárez Fuentetaja R.
HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE

INTRODUCCIÓN: Estudio descriptivo de los Partes de Interconsultas (PIC) recibidas en el Servicio de Medicina Interna de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: - Se analizan las 100 primeras interconsultas solicitadas a Medicina Interna a partir del 1 de enero de 2018. Recogiendo los siguientes ítems: Servicio de Procedencia, días de seguimiento, edad, motivo de consulta y resultados de la Interconsulta.

RESULTADOS: (ver gráfica)

DISCUSIÓN:

- La mayoría de los PIC son realizados por Servicios Quirúrgicos (Traumatología 49 %, Cirugía 10 %, Urología 8 %), frente a los Médicos
- Un 30 % de las interconsultas se resolvieron con una valoración un único día.
- El seguimiento fue menor o igual a 5 días en mayoría de los casos (1 día 30 %, 2-5 días 35 %)
- Solo el 4 % de los pacientes fue visitado durante más de 15 días
- Únicamente 17 % paciente eran menores de 65 años, siendo el 48 % mayores de 80
- los motivos de consultas más repetidos fueron patología cardiopulmonar (la mitad de los casos) seguidos de ajuste de medicación de ingresados polimedados 20 %
- el Servicio de Medicina Interna participó en el alta en un total de 65 % de los pacientes, aceptando el traslado interno en el 20 % de los pacientes y en el 45 % realizando un informe en equipo con la Especialidad de procedencia
- únicamente en el 13 % de las Interconsultas no se realizó seguimiento hasta el alta

CONCLUSIONES:

- 3 de cada 4 pacientes proceden de Servicios Quirúrgicos
- La mitad de los PIC son de la Planta de Traumatología
- La mayoría de los pacientes tienen más de 65 años, y casi la mitad mayores de 80.
- el 30 por ciento de las hojas solo requieren un día de valoración
- 2 de cada 3 pacientes requieren 5 o menos días de seguimiento
- Los problemas Cardio/Pulmonares justifican la mitad los PIC
- el Servicio de Medicina Interna hace seguimiento hasta el alta del 65 % de los pacientes (20 % de los mismos se trasladan a dicha Unidad y el 45 % se hace seguimiento y alta compartida).

FIEBRE POR UN VIEJO CONOCIDO

Maroto Piñeiro F.; Lamas Ferreiro J. L.; Álvarez Otero J.; Abalde Ortega I.; Sanjurjo Rivo A. B.; De la Fuente Aguado J.

POVISA

INTRODUCCIÓN: La fiebre sin foco en el paciente joven es una causa habitual de asistencia a urgencias que supone a menudo dudas diagnósticas y de manejo. En muchas ocasiones la clave puede darla una correcta anamnesis e historia clínica. A continuación presentamos un caso de bacteriemia primaria por *Neisseria meningitidis* en una paciente joven que acudió por fiebre sin datos de alarma.

OBJETIVOS: Revisión de la literatura reciente acerca de la presentación atípica de la enfermedad meningocócica a partir de un caso clínico

CASO CLÍNICO: Se trata de una paciente de 36 años sin antecedentes médicos de interés que acudió al servicio de urgencias por cuadro de tos con expectoración blanquecina, ocasionalmente verdosa, de una semana de evolución con fiebre de 38°C en las últimas 24h sin otra sintomatología asociada. En urgencias la paciente presentaba exploración física sin alteraciones significativas y tanto la analítica básica como la radiografía de tórax resultaron normales, por lo que se dio de alta con diagnóstico de probable infección respiratoria vírica. Al día siguiente, tras aviso del laboratorio de microbiología por hemocultivos positivos, se contactó telefónicamente con la enferma para ingreso e inicio de antibioterapia empírica. En esta nueva valoración su estado general había empeorado notablemente con postración importante y mialgias generalizadas incapacitantes que se acompañaban de leucocitosis y alteración de la coagulación. Finalmente se confirmó la presencia de *Neisseria meningitidis* en los hemocultivos. Se completó tratamiento con ceftriaxona endovenosa durante 7 días con mejoría progresiva del cuadro.

CONCLUSIÓN: La bacteriemia primaria por *Neisseria meningitidis* es una entidad a tener en cuenta en casos de síndrome febril asociado a mialgias intensas. La poca especificidad de dicha sintomatología nos debe obligar a tener un alto índice de sospecha y a realizar un seguimiento clínico estrecho de este tipo de pacientes.

ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB. A PROPÓSITO DE UN CASO

Morón Losada S, González González L, Valle Feijóo L, Pato Pato A, Lorenzo González J. R, De la Fuente Aguado J.

Povisa (Vigo)

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob forma parte de las encefalopatías espongiformes o enfermedades por priones. Los priones son glucoproteínas presentes en muchas células con capacidad de convertirse en patogénicas (PrP^{Sc} Scrapie) por alteración de su estructura secundaria

OBJETIVOS: Descripción de un caso clínico de un paciente con enfermedad de Creutzfeldt-Jakob tipo esporádico

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de historia clínica y búsqueda bibliográfica

RESULTADOS: Varón de 74 años previamente independiente para las ABVD que tras ingreso por infección respiratoria presenta deterioro progresivo con inestabilidad de la marcha, desorientación y dificultad para nombrar. En la exploración destaca apraxia ideomotriz; disnomia y anomia; dismetría, aumento de la base de sustentación y Romberg inestable. Presentaba positividad para proteína 14-3-3 en LCR. El EEG era compatible con atrofia córtico-subcortical y en la RM se apreciaba hiperintensidad de ganglios basales. Tras el diagnóstico el paciente fallece a los dos meses.

DISCUSIÓN: La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob puede clasificarse en esporádica (más frecuente), familiar (mutaciones de herencia AD), iatrogénica (trasplante de córnea contaminada/material de neurocirugía) o en formas variantes (enfermedad de las vacas locas). Tiene una incidencia de 1-1, 5 x 1, 000, 000 hab/año. La clínica consiste en una demencia rápidamente progresiva, mioclonías, alteraciones cerebelosas o de la visión hasta llegar a la fase final de mutismo acinético. Para realizar el diagnóstico nos basamos en el EEG (complejos de ondas bifásicas y trifásicas lentas, ritmo de fondo lento y desorganizado), RM (hiperintensidad en núcleos de la base y/o corteza) y análisis del LCR, positividad para la proteína 14-3-3. No obstante, el diagnóstico definitivo debería realizarse en la autopsia con identificación histológica de la proteína Scrapie. Actualmente no se dispone de tratamiento y el pronóstico es malo.

PERITONITIS PRIMARIA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES

Maroto Piñeiro F.; Lamas Ferreiro J. L.; Álvarez Otero J.; Sanjurjo Rivo A. B.; De la Fuente Aguado J.

POVISA

INTRODUCCIÓN: *Streptococcus pyogenes* es un estreptococo beta hemolítico que se relaciona frecuentemente con infecciones a nivel faríngeo y de piel y partes blandas. En ocasiones excepcionales puede ser causa de peritonitis primaria. A continuación presentamos el caso de una mujer joven diagnosticada de peritonitis primaria por *S. Pyogenes*.

CASO CLÍNICO: Se trata de una paciente de 28 años sin antecedentes médicos de interés que acudió a urgencias por cuadro de cuatro días de evolución de malestar general, fiebre de hasta 38 grados, molestias abdominales difusas, náuseas y algún vómito alimentario aislado, así como episodios de diarrea líquida sin productos patológicos en las horas previas. En la valoración inicial las constantes eran normales a excepción de fiebre de 38°C y en la exploración física destacaba abdomen ligeramente doloroso de forma difusa a la palpación sin signos de peritonismo. Se ingresó a la paciente en Medicina Interna con sospecha de infección intraabdominal iniciándose antibioterapia empírica con ceftriaxona y metronidazol tras haber retirado hemocultivos, en los cuales creció *Streptococcus pyogenes*, por lo que se modificó el tratamiento por penicilina y clindamicina. Dada la persistencia de clínica abdominal se solicitó un TC de tórax y abdomen que mostraba hallazgos sugestivos de peritonitis, por lo que se realizó el diagnóstico de peritonitis primaria por *S. Pyogenes*. Se solicitó valoración por Cirugía General realizándose inicialmente manejo conservador y posteriormente dada persistencia de fiebre laparotomía exploradora con abundantes restos de fibrina y pus. Tras la intervención quirúrgica presentó resolución de la fiebre, siendo finalmente dada de alta.

CONCLUSIONES: La peritonitis primaria por *S. pyogenes* es un cuadro poco frecuente que debe ser tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial de la infección intraabdominal, siendo imprescindible en la mayoría de los casos tratamiento quirúrgico para limpieza de cavidad abdominal.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD POR MYCOBACTERIUM BOVIS EN HUMANOS EN LA PROVINCIA DE OURENSE

Pérez Expósito L., Peña Benítez D., Barreiro Rivas A., Rodrigo Lara L., Izuzquiza Avanzini I., Fernández Rodríguez R., Bravo Blanco A.

Complejo Hospitalario Universitario Ourense

INTRODUCCIÓN: El *M. bovis* como causa de TBC en humanos está subestimado. En países industrializados, el control del ganado y la pasteurización láctea ha reducido su incidencia (inferior al 1% de las TBC).

OBJETIVOS: Conocer las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de la infección por *M. bovis* en Ourense en los últimos 10 años.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de los casos de TBC por *M. bovis* de Ourense en 10 años, comparando epidemiología, factores de riesgo y evolución.

RESULTADOS: Identificamos 8 casos con aislamiento de *M. bovis*: 3 cultivos de esputo, 1 BAL, 1 orina, 1 médula ósea, 1 adenopatía y 1 biopsia lingual. La edad media era 67, 9 años. Se obtuvo información clínica completa de 6 pacientes (2 exitus). No eran inmunodeprimidos ni fumadores y no se filió la fuente de contagio. Existió afectación extrapulmonar en 4 casos: 1 renal, 1 ganglionar cervical, 1 lingual, 1 miliar. La clínica fue: fiebre (1), tos (1), cuadro constitucional (1), ITUs de repetición (1), adenopatía (1), disfonía (1). En todos se incluyó pirazinamida en el tratamiento y la media de duración fue de 9, 2 meses; 2 lo interrumpieron por toxicidad hepática y cutánea, y 1 elevó transaminasas sin complicaciones.

DISCUSIÓN: De los 8 casos, 2 son hombres y 6 mujeres con edades entre 49 y 83. Destaca la afectación extrapulmonar (4), siendo 2 formas pulmonares diagnosticadas por cultivo de esputo. No se encontraron factores de riesgo. La clínica fue: tos (1), fiebre (1), cuadro constitucional (1), adenopatía (1), disfonía (1) e ITUs de repetición (1). La mayoría fueron aislamientos con otra sospecha clínica. El tratamiento se realizó con 4 fármacos en todos los pacientes, modificándose tras recibir antibiograma (resistencia intrínseca a pirazinamida del *M. bovis*).

CONCLUSIONES: Son infecciones poco frecuentes en nuestro medio pero no erradicadas. Su localización más frecuente es la extrapulmonar. La clínica variada e inespecífica y su crecimiento lento demora el diagnóstico. Con adecuado tratamiento tiene buen pronóstico.

CONOCIMIENTO GENERAL Y MANEJO DE OPIOIDES EN EL PACIENTE NO ONCOLÓGICO NI CRÍTICO.

Peña Benítez, Daniel; Pérez Expósito, Lucía; Peña Zemsch, Milagros María; Aramburu Vilarriño, Francisco José; Nuñez Viejo, Miguel Ángel.

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

INTRODUCCIÓN: Muchos los pacientes usan opioides de forma crónica por sus propiedades analgésicas. Su uso indebido condiciona iatrogenias por sobredosis y falta de seguimiento o bien infradosificación por miedo a los efectos adversos, con la persistencia del dolor. Dichos

resultados, ya sean por exceso o por defecto, vienen condicionados por el grado de conocimiento de los profesionales sanitarios e implican en ocasiones numerosas consultas, prescripciones con dudosa indicación, ingresos hospitalarios y complicaciones de patologías crónicas que podrían ser evitados.

OBJETIVOS: Conocer el grado de conocimiento sobre fármacos opioides para el dolor no oncológico en los servicios de Urgencias y Medicina Interna del C. H. U. O.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo. Datos obtenidos mediante encuestas anónimas realizadas a enfermería y médicos de los servicios de Urgencias y Medicina Interna. Se clasificó a los profesionales por servicio y puesto, se incluyeron cuestiones teóricas y prácticas sobre los opioides y el dolor. Las respuestas se transcribieron a una tabla electrónica y se analizaron mediante el programa estadístico SPSS, realizando un análisis de las variables y expresándolas en porcentajes.

RESULTADOS: 71 encuestas obtenidas, de las cuales:

- 85% conoce la escalera analgésica
- 60% conoce entre 8 y 10 fármacos
- 70% conoce entre 3 y 5 efectos adversos
- Dosis máx. usada en 24h: 7g morfina
- 51% conoce la existencia de techo terapéutico.
- 59% no conoce la titulación de dosis
- 55% ajusta la morfina a función renal
- 65% usa rescates cada 30 minutos
- 61% se considera bastante seguro a la hora de usar opioides
- 31% opina que se hace un uso malo o escaso de estos

CONCLUSIONES:

- Existe falta de aspectos teóricos y prácticos sobre los opioides que deberían ser mejorados.
- La mayoría se siente seguro en su manejo y opinan que hay un uso aceptable de los mismos.
- Se necesita un estudio por subgrupos, una muestra mayor y la inclusión de personal de Atención Primaria.

ANEURISMA MICÓTICO

Vidal González, I.

POVISA

INTRODUCCIÓN: el aneurisma micótico es una dilatación focal de una pared arterial infectada. Suponen un 0.7-1% de de los aneurismas tratados quirúrgicamente. Su localización más frecuente se encuentra en aorta y femorales. Los patógenos más frecuentemente implicados son *Staphylococcus* y *Streptococcus*. Sus manifestaciones son diversas y la mortalidad es elevada.

OBJETIVOS: descripción del caso clínico de un paciente aneurisma micótico.

MATERIAL Y MÉTODO: revisión retrospectiva de la Hª clínica y búsqueda bibliográfica.

RESULTADOS: varón de 62 años fumador consulta en atención primaria en 2 ocasiones por cuadro de dolor lumbar asociado a fiebre con leucocitosis. Es derivado a urgencias donde se aprecia leve anemia y es dado de alta con analgesia. Vuelve 6 días más tarde en shock séptico. En TAC abdominal se evidencia un aneurisma micótico infrarenal roto. Se inicia PIP-TZ y se realiza tratamiento endovascular tras el que se estabiliza. Presentó inicialmente una tórpida evolución que requirió cambios de antibioterapia por efectos adversos. El hemocultivo retirado en urgencias resultó positivo para *S. aureus*. Finalmente, alta con antibioterapia vía oral.

DISCUSIÓN: el aneurisma micótico tiene una presentación aguda y un desenlace con frecuencia dramático. En los últimos años debido a la utilización de la antibioterapia dirigida y el aumento de técnicas endovasculares se ha desplazado a la endocarditis como el factor de riesgo principal para su desarrollo. Entre otros factores de riesgo encontramos la bacteriemia, UDVP e inmunosupresión. La clínica resulta muy inespecífica y dependerá de la localización. El TAC o la ecografía son claves para el diagnóstico. La cirugía y el tto endovascular son de elección junto con la antibioterapia endovenosa 4-8 semanas activa frente a gram+ y gram-. Existe controversia alrededor de cuánto mantener posteriormente la antibioterapia.

CONCLUSIONES: el diagnóstico temprano y tratamiento agresivo son claves para mejorar el pronóstico.

MIXOMA AURICULAR

Vidal González, I.

POVISA

INTRODUCCIÓN: los tumores cardíacos son raros con una prevalencia entre 0.001% y 0.03%. De ellos un 75% son benignos y más del 50% corresponde al mixoma cardíaco. Son más frecuentes entre la 3ª y la 6ª décadas de la vida y predominan en mujeres. Pueden ser asintomáticos u ocasionar una sintomatología diversa que depende de su localización y movilidad cualidad por la que ha sido denominado el «gran simulador».

OBJETIVOS: descripción del caso clínico de una paciente con mixoma auricular.

MATERIAL Y MÉTODO: revisión retrospectiva de la historia clínica y búsqueda bibliográfica.

RESULTADOS: mujer de 38 años sin antecedentes de interés que consulta a su médico de atención primaria por disnea progresiva hasta hacerse de moderados esfuerzos. Al realizar estudio de disnea se evidencia en radiografía de tórax crecimiento auricular derecho. En cardiología se comprueba por ecocardiograma la existencia de una masa pediculada en aurícula izquierda sugestiva de mixoma. Se realiza exéresis de la misma presentando la paciente excelente evolución encontrándose asintomática.

DISCUSIÓN: el mixoma auricular representa el tumor cardíaco benigno más frecuente. Su localización más frecuente es en la aurícula izquierda. Más del 90% son solitarios y hasta un 10% tienen presentación familiar, a destacar entre estos último el complejo de Carney. Presentan una amplia variedad de síntomas desde constitucionales a fenómenos embólicos, insuficiencia cardíaca, arritmias o muerte súbita. La imagen por ecografía transtorácica o transesofágica es

clave en el diagnóstico. A la exploración se ha descrito la presencia hasta en un 50% de los casos de un soplos sistólico que varía con la posición. El tratamiento de elección es la cirugía que resultará curativa.

CONCLUSIONES: como «gran simulador» hay que tenerlo presente, buscarlo con el ecocardiograma y tener en cuenta que una decisión terapéutica temprana es curativa y evita aparición de secuelas invalidantes.

LINFOMA B CUTÁNEO TIPO PIERNA

R. Fernández González, A. M. Lorenzo Vizcaya, A. González Noya, L. Pérez Expósito, D. Peña Benítez, I. Izuzquia Avanzini, L. Rodrigo Lara, J. L. Jiménez Martínez

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

INTRODUCCIÓN: El linfoma cutáneo primario de células B es una entidad con muy baja prevalencia dado que únicamente el 2% de los linfomas primarios son cutáneos; y dentro de éstos, sólo el 25% son de células B.

CASO CLÍNICO: Mujer de 86 años, diagnóstico reciente de plasmocitoma vertebral. Tras tratamiento radioterápico se encontraba libre de enfermedad. Consulta por lesión dolorosa en nalga izquierda de tres meses de evolución progresando hasta formación de úlcera. Ante sospecha de úlcera por presión sobreinfectada se realizó tratamiento con antibioterapia. Ingreso ante evolución tórpida. En exploración adenopatías en región inguinal izquierda de 2-3 cm de consistencia firme. Anemia (Hb 9.9 g/dL) sin alteraciones en las otras líneas, LDH normal, proteinograma normal y débil banda monoclonal IgG Lambda. TC conglomerado ganglionar en territorio inguino-femoral superficial y profundo izquierdo y una masa glútea de aspecto infiltrante. Se realiza biopsias múltiples con diagnóstico de linfoma B de alto grado

DISUSIÓN: El linfoma cutáneo primario (LCP) es aquel linfoma de célula B o T que afecta a la piel sin evidencia de enfermedad extracutánea en el momento del diagnóstico, suponiendo el 2% de los linfomas. Los LCP tienen un comportamiento y pronóstico diferente al de los linfomas sistémicos, por lo que es importante diferenciar una manifestación cutánea extraganglionar de un linfoma sistémico de un LCP. Los LBCP son mucho menos comunes que los de célula T representando entre el 20-25% de los primarios.

CONCLUSIONES: Atendiendo a las características de este caso, lo encuadramos dentro del tipo LBCPCDG-TP. Tiene un comportamiento más agresivo y un peor pronóstico, con una supervivencia del 55% a los 5 años y una progresión extracutánea en un 30% de los casos. El tratamiento de primera línea es quimioterapia (R-CHOP), pero en el caso de lesiones únicas o múltiples limitadas a una sola región, podría considerarse de elección la radioterapia.

ANÁLISIS DE PACIENTES CON HEPATITIS C QUE HAN FRACASADO A UN REGIMEN CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

García-Alen D; Bravo-Blazquez I; Vazquez-Friol MC; Ferreira- González L*; Trigués-Ferrín M; Pastor Rubí de Celis E.

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. *Servicio Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN: La aparición de los antivirales acción directa (AAD) han supuesto con cambio radical en el tratamiento de los pacientes con infección crónica por VHC con tasas de respuesta viral sostenida (RVS) próximas al 100%. Analizamos nuestros pacientes que han fracasado a un régimen de AAD.

RESULTADOS: Desde el año 2015 hemos tratado con AAD a 366 pacientes con tasas de RVS del 94.5%, ausencia de RVS del 3% (11 pacientes) y pérdida seguimiento del 2.5% (9 pacientes). Los 11 pacientes con fracaso a AAD fueron todos varones con edad media de 54 años (22-67). 48% con fibrosis F3F4. El 45% genotipo 1a, 27% genotipo 3 y 20% genotipo 4. Solo 1 paciente genotipo 1b. Tratamiento recibido: Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (3), sofosbuvir/ledipasvir (4), glecaprevir/pibrentasvir (2), sofosbuvir/daclatasvir (2). 80% de los casos fueron recaídas (RNA negativo al finalizar tratamiento y positivo a la semana 12). Posibles causas de ausencia de respuesta: mala adherencia 18% (2 pacientes), régimen de tratamiento inadecuado por error genotipado 9% (1 paciente), sin causa reconocible 73% (8 pacientes). Se solicitó test de resistencias en 81% (9 pacientes), 3 sin resistencias, y 1 paciente con test subóptimo por bajo RNA. En 44% (4 pacientes) el retratamiento se realizó guiado por el resultado del test de resistencias. Esquemas de retratamiento: Sofosbuvir/ledipasvir +Ribavirina 24 semanas (2 pacientes), Sofosbuvir simeprevir +Ribavirina 24 semanas (2 pacientes), Sofosbuvir/velpatasvir (3 pacientes, uno con RV 24 semanas) y Sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir (2 pacientes). Se ha conseguido RVS en 6 pacientes (54.5%), 1 paciente RNA negativo al finalizar tratamiento (pendiente RNA semana 12), 3 pacientes en tratamiento y 1 paciente con fracaso al segundo retratamiento por mala adherencia.

DISCUSIÓN: En nuestra experiencia el tratamiento con AAD consigue una tasa de curación muy elevada con pocos fracasos terapéuticos y opciones de retratamiento eficaces. El test de resistencia nos ha ayudado a tomar decisiones terapéuticas. La mala adherencia al tratamiento ha sido el único factor identificable de mala respuesta.

ACTUALIDAD SOBRE LA MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MAB)

Abalde Ortega I.; Sánchez Conde P.; Maroto Piñeiro F.; Lamas Ferreiro J. L.; Rodríguez Villar M.; Fernández Castro I.; García Poutón N.; De La Fuente Aguado J.

Hospital Povisa.

OBJETIVOS: Describir las características epidemiológicas, microbiológicas, clínicas, terapéuticas y pronósticas de los pacientes con MAB.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo y retrospectivo de los ingresos por MAB 01/01/08-31/12/17.

RESULTADOS: Se incluyeron 53 casos, 62% varones, edad media de 52 años. Las manifestaciones más frecuentes fueron: fiebre 42 (82, 4%), cefalea 31 (60, 8%), signos meníngeos 24 (48%), disminución del nivel de conciencia 24 (47, 1%), náuseas/vómitos 21 (41, 2%), alteración del comportamiento 15 (29, 4%) y focalidad neurológica 14 (27, 5%). El LCR presentó pleocitosis de predominio neutrofílico en el 80%, hipoglucorraquia, proteinorraquia y aumento de lactato. El gram del LCR fue positivo en 16 (30, 2%) y el cultivo en 25 (47, 2%). Los microorganismos más identificados fueron *S. pneumoniae*, *L. monocytogenes* y *N. meningitidis*. Todos los *S. pneumoniae* fueron sensibles a penicilina y cefalosporinas. Se realizaron 41 hemocultivos, 13 (31, 7%) positivos. Los casos que recibieron antibioterapia previa 16 (31, 4%) tuvieron hemocultivos negativos. Dieciocho (34, 6%) ingresaron en UCI y 12 (22, 6%) fallecieron. Tras el análisis univariante se asociaron con mayor mortalidad ($p < 0, 05$) la DM, focalidad neurológica, hemocultivos positivos, UCI, IOT, coma, > 60 años, Charlson > 2 , proteínas-PCR > 350 y lactato > 10 . Tras el análisis multivariante, se asociaron la focalidad neurológica con OR 36, 4 (3, 6-364, 3) $p = 0, 002$ y proteínas-PCR > 350 mg/dL con OR: 29, 5 (1, 6-529, 6) $p = 0, 022$.

DISCUSIÓN: Las manifestaciones y las características de LCR son similares a estudios previos. En nuestra cohorte 13 (31%) hemocultivos fueron positivos, en otras un 50-60%. A pesar de la aparición de resistencias en los últimos años, todos los *S. pneumoniae* fueron sensibles a cefalosporinas y penicilinas.

CONCLUSIONES: Debido a la ausencia de resistencias a cefalosporinas y penicilina hasta la fecha fin del estudio no sería preciso asociar empíricamente vancomicina. La focalidad neurológica y elevación de proteínas en LCR son factores de mal pronóstico

ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO, FIEBRE Y MUECAS FACIALES

Abalde Ortega I.; Pato Pato A.; Cimas Hernando I.; Rodríguez Constenla I.; Lorenzo González J. R.; de la Fuente Aguado J.
Hospital Povisa

INTRODUCCIÓN: La encefalitis autoinmune antiNMDA es la 2ª causa en frecuencia de encefalitis autoinmune, en jóvenes más frecuente que la viral.

OBJETIVOS: Descripción de un caso clínico de Encefalitis autoinmune antiNMDA.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de la historia clínica y búsqueda bibliográfica.

RESULTADOS: Mujer de 17 años con fiebre (39, 5°C), náuseas, cefalea y desorientación. En la exploración está verbalmente, incapaz de seguir una conversación y sin signos meníngeos. Posteriormente presenta agitación psicomotriz y empeoramiento del nivel de conciencia, hasta estar obnubilada, con movimientos discinéticos continuos en la cara y limitación de la movilidad ocular. El análisis, RM craneal y EEG fueron normales. El LCR mostró 490 células de predominio linfocitario (97%), proteínas 82, 8mg/dL y glucosa 50mg/dL. Los cultivos fueron negativos y los anticuerpos anti-NMDA positivos. En el TAC abdominal se detectó un teratoma ovárico que se intervino. Recibió también tratamiento con corticoides, inmunoglobulinas y plasmáferesis, a pesar del que continuó empeorando. Posteriormente se añadió rituximab con mejoría progresiva de nivel de conciencia y evolución favorable tras rehabilitación. El 80% de los casos de encefalitis antiNMDA son mujeres jóvenes con edad media de 21 años, frecuentemente secundario a un tumor subyacente. Cursa con fiebre y cefalea, asociando días después clínica neuropsiquiátrica (son características las discinesias faciales). En el LCR presenta pleocitosis linfocitaria con glucosa y proteínas normales. El gold standard es la detección de anticuerpos antiNMDA. Suelen responder a la exéresis del tumor e inmunoterapia. La primera línea son corticoides, inmunoglobulinas y/o plasmáferesis. Tras 2-3 semanas sin respuesta se inicia rituximab o ciclofosfamida. La recuperación en el 80% es completa pero lenta.

CONCLUSIÓN: Ante una mujer joven con sospecha de encefalitis es importante incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial y solicitar los anticuerpos

FIEBRE Y LESIONES CUTÁNEAS EN RELACION CON SINDROME DE SWEET

Martul Pego E; Dalama López T; Montero González MD; Vázquez Friol MC; Rivera Mosquera MD; Fernández Bouza E; Sesma Sánchez P.
Complejo hospitalario universitario de Ferrol

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sweet es un trastorno inflamatorio infrecuente caracterizado por la aparición abrupta de lesiones cutáneas.

CASO CLÍNICO: Varón 63 años diabético con colitis ulcerosa y resección de tumor testicular lipomatoso recientemente. Presenta fiebre, artromialgias, astenia, hiperemia conjuntival purulenta y lesiones cutáneas vesículo-pustulosas en cuero cabelludo, cuello y frente. Analíticamente elevación de PCR, VSG, leucocitosis con neutrofilia siendo el resto de analítica incluyendo proteinograma, complemento, marcadores tumorales, Ig, Ac y ECA normales. Cultivo de orina, hemogramas, frotis NF, Mantoux y LCR negativos. Se realizó TAC TAP normal. Positividad serológica para Chlamydia tratándose con Azitromicina. Se biopsió las lesiones cutáneas con resultado definitivo de dermatosis neutrofílica siendo compatible con síndrome de Sweet. Se trató con corticoterapia presentando recuperación clínica completa en escasos días.

DISCUSIÓN: Se conocen 3 tipos de Sweet: clásico (infecciones, EICI, embarazo), asociado a malignidad (neoplasias hematológicas) o a fármacos (G-CSF). Se manifiesta en forma de pápulas, placas, pustulas o nódulos sensibles, edematosos de varios mm a varios cm de diámetro, eritematovioláceos asimétricos. Los brazos son el sitio más común pero también en tronco, piernas, cabeza y cuello. Puede verse afectado cualquier órgano. Para el diagnóstico definitivo deben cumplirse ambos criterios principales (inicio brusco de placas/nódulos eritematosos dolorosos y evidencia histopatológica de infiltrado neutrofílico sin evidencia de vasculitis leucocitoclástica) y 2/4 de los criterios menores (fiebre, neoplasias, infección/EICI/

embarazo, respuesta a corticoides o alteraciones analíticas cumpliendo 3/4 de: VSG > 20 , PCR elevada, > 8000 leucocitos, $> 70\%$ de neutrófilos). Los corticoides sistémicos son la terapia de primera línea

CONCLUSIÓN: El paciente presentó un Sweet asociado a infección por Chlamydia, colitis ulcerosa y lesión testicular maligna con excelente respuesta a corticoterapia.

FIEBRE EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ATROPELLO EN VÍA PÚBLICA

Abalde Ortega I.; Sanjurjo Rivo A. B.; Lamas Ferreiro J. L.; Rodríguez Villar M.; Maroto Piñeiro F.; Vidal Gonzalez I.; Morón Losada S. M.; De la Fuente Aguado J.
Hospital Povisa

INTRODUCCIÓN: La bacteriemia persistente por SAMS consiste en la presencia de hemocultivos positivos tras antibioterapia adecuada durante $\geq 2-4$ días.

OBJETIVOS: Revisión de un caso clínico de bacteriemia persistente por SAMS.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de la historia clínica y búsqueda bibliográfica.

RESULTADOS: Mujer de 50 años diabética, tras un atropello presenta dos fracturas vertebrales. A las 48 horas, tras un pico febril (39, 2 °C) se diagnosticó de Bacteriemia por SAMS y se inició cloxacilina iv. Por la persistencia de hemocultivos positivos, se modificó a cefazolina iv. Tras 1 mes se negativizaron los hemocultivos. Como complicación presentó Espondilodiscitis L5-S1. Se mantuvo la cefazolina 7 semanas y por la elevación persistente de PCR recibió levofloxacino y rifampicina vo. A los tres meses, por empeoramiento clínico-radiológico, se realizó cirugía. La evolución fue favorable y se normalizó la PCR. La bacteriemia por SAMS tiene una mortalidad del 25% y el tratamiento de elección es Cloxacilina, en alérgicos Cefazolina o Vancomicina (anaflaxia). Además la asociación de levofloxacino con rifampicina orales es igual de eficaz. La duración del tratamiento es de 2 semanas. En bacteriemia persistente la duración es mayor (4-6 semanas), tienen estancias hospitalarias más largas, tasas de recidiva mayores y mayor mortalidad. Factores de riesgo para su desarrollo descritos son la DM, IRC, cirrosis, SAMR, etiología polimicrobiana, Salmonella, catéter intravascular, focos de infección múltiples, endocarditis o vancomicina. También se asocia a un retraso > 3 días en eliminar el foco infeccioso. El caso expuesto tuvo una bacteriemia nosocomial persistente por SAMS, la diabetes y la las vías venosas aumentaron el riesgo. No es posible saber si la espondilodiscitis fue el origen o un foco de infección metastásico

CONCLUSIONES: Ante una bacteriemia por SAMS y factores de riesgo para persistencia se debe controlar la fuente de infección y los focos metastásicos precozmente.

AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRETINA

Vázquez Friol MC (1); Bravo Blázquez I (1); García Alen D (1); Ferreira González L (2); Pastor Rubin de Celis E (1); Trigás Ferrín M (1)

(1) Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (A Coruña). (2) Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN: La amiloidosis cardíaca es una entidad infrecuente siendo la amiloidosis AL la de mayor prevalencia pero con aumento en los últimos años de la amiloidosis cardíaca por TTR (Transtiretina). Presentamos un caso de amiloidosis cardíaca por TTR.

CASO CLÍNICO: Varón de 74 años con HTA, DM tipo 2 y ERC estadio 3a. Estudiado por sospecha de hepatopatía con ascitis grado 3 y edemas. Ecografía abdominal sin datos de hepatopatía ni de hipertensión portal. Paracentesis compatible con trasudado, proteínas 3, 6, gradiente albúmina sérica/albumina líquido $> 1, 1$ sugestivo de etiología cardíaca. ECG: ritmo sinusal, bajos voltajes y patrón de pseudoinfarto. Proteinograma y cadenas ligeras normales con PBJ negativa. ETT: HVI concéntrica moderada, FEVI normal, doppler tisular con strain apical y derrame pericárdico ligero compatible con sospecha de amiloidosis. Se completó estudio con gammagrafía con ^{99m}Tc -DPD con captación grado 3 que, en ausencia de componente monoclonal, confirma el diagnóstico de amiloidosis cardíaca por TTR. Pendiente de estudio genético. Evolución favorable con diuréticos.

DISCUSIÓN: La amiloidosis cardíaca es una enfermedad infiltrativa por depósito extracelular de proteínas, mayoritariamente se trata de una amiloidosis AL o por depósito TTR, ésta se produce o por mutaciones genéticas o en su forma natural, siendo la más prevalente, y presentándose a partir de los 70 años. La insuficiencia cardíaca es la forma de presentación más frecuente. El ETT y RMN cardíaca pueden orientar al diagnóstico pero son inespecíficos. La existencia de captación grado 2-3 en la gammagrafía con ^{99m}Tc -DPD es diagnóstica, en ausencia de componente monoclonal, si no habría que realizar biopsia endomiocárdica. Actualmente no hay terapia específica aprobada para su tratamiento

CONCLUSIÓN: Aunque la amiloidosis cardíaca por TTR es una entidad poco frecuente, conocerla nos permitirá diagnosticar más pacientes. La gammagrafía con ^{99m}Tc -DPD en ausencia de componente monoclonal puede ser diagnóstica.

DOLOR ABDOMINAL E HIPERAMILASEMIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA

Vázquez Friol MC; Dalama López T; Martul Pego E; Montero González MD; Rivera Mosquera MD; Bravo Blázquez I; Fernández Bouza E; Fernández Fernández FJ.
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (A Coruña)

INTRODUCCIÓN: Presentamos un caso clínico de gastroenteritis eosinofílica.

CASO CLÍNICO: Mujer de 45 años, sin antecedentes de interés, ingresa por dolor en epigastro irradiado a espalda de 6 días de evolución. Análisis: amilasa 199 U/L y PCR normal. Ecografía abdominal con ligera dilatación del colédoco. Ante la sospecha de pancreatitis aguda se

solicitó una colangio-RM que no mostró alteraciones. En las analíticas destacaba eosinofilia de hasta 19%, no presente en estudios previos, por lo que se solicitó examen de parásitos, que fue negativo. Ante la sospecha de un proceso gastrointestinal eosinofílico, se solicitó estudio de autoinmunidad y TAC abdominal que fueron normales, la IgE total que resultó elevada y una endoscopia digestiva alta que mostró una pangastritis, con toma de biopsias. El estudio céfalo fue negativo. Dada la sintomatología y los hallazgos analíticos y endoscópicos se inició Prednisona 40 mg/día con buena evolución. El estudio histopatológico confirmó la sospecha clínica de gastroenteritis eosinofílica.

DISCUSIÓN: La gastroenteritis eosinofílica consiste en la infiltración por eosinófilos del tracto gastrointestinal, principalmente estómago y duodeno. Las manifestaciones clínicas dependen de la extensión, localización y profundidad del infiltrado, siendo la forma de presentación más frecuente el dolor abdominal. La histología será el diagnóstico definitivo. No existe un punto de corte exacto que fije la densidad de eosinófilos necesarios para el diagnóstico. Las dietas de eliminación de alimentos han demostrado mejoría de los síntomas, en cuanto a los fármacos se recomienda iniciar Prednisona entre 20-40 mg/día durante 2 semanas con pauta descendente

CONCLUSIÓN: La gastroenteritis eosinofílica es un trastorno que ha ganado importancia en los últimos años. No existe un punto de corte definitivo en cuanto al número de eosinófilos necesarios para su diagnóstico. Los esteroides son los más utilizados en el tratamiento, sobre todo tras el fracaso dietético.

TROMBOSIS TUMORAL

Martul Pego E; Fernández Bouza E; Dalama López T; Montero González MD; Vázquez Friol MC; Rivera Mosquera MD; Sesma Sánchez P.

Complejo hospitalario universitario de Ferrol

INTRODUCCIÓN: El riesgo de trombosis tumoral parece ser mayor en hepatocarcinoma y carcinoma de células renales.

CASO CLÍNICO: Mujer 42 años sin antecedentes de interés que presenta masa palpable en hemiabdomen izdo, plenitud precoz postprandial y tirantez abdominal. Realiza TAP TAP que mostró gran masa heterogénea en hemiabdomen superior sólida con componentes hemorrágicos y necróticos así como trombosis esplenoportal. Se realizó resección del tumor y pancreatocistomía corporocaudal+esplenectomía con resultado de carcinoma pseudopapilar de páncreas. Se trató con HBPM. En TAC de control aumento de la trombosis esplenoportal aumentándose un 25% la dosis de HBPM. Posteriormente en TAC de control aumento nuevamente de trombosis esplenoportal y aparición de lesiones hepáticas. Se biopsia la rama dcha de la porta y una lesión hepática con AP de metástasis hepáticas y trombo tumoral de pseudopapilar de páncreas. Se realiza trasplante hepático con extracción de trombosis tumoral suspendiéndose anticoagulación. Tres meses más tarde la paciente es éxitus de forma súbita por probable TEP.

DISCUSIÓN: La etiopatogenia de la trombosis tumoral es poco conocida, se cree que de forma similar a las metástasis sólidas, el tumor accede a los vasos e induce patología local. Alternativamente, se pueden liberar fragmentos tumorales a la neovascularización del tumor que quedan atrapados y disparan la cascada de la coagulación para obstruir los vasos. El proceso puede progresar hasta la obstrucción completa e irreversible de los vasos; a diferencia de la trombosis venosa, que generalmente es reversible. La trombosis tumoral presenta realce de la masa tras la administración de contraste a diferencia de la trombosis venosa. Para su diagnóstico definitivo es necesaria la biopsia del trombo. El tratamiento es la resección quirúrgica

CONCLUSIÓN: Ante un paciente con patología neoplásica y trombosis que progresa a pesar de anticoagulación correcta hay que tener en cuenta la posibilidad de trombosis tumoral.

¿SON LOS ANTI-DFS70 UN FACTOR PROTECTOR DE ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA?

El método más utilizado para la detección de anticuerpos anti-nucleares (ANA) es la prueba de inmunofluorescencia indirecta (IFI) en células Hep-2. Los anticuerpos anti-DFS70 (de sus siglas en inglés Dense Fine Speckle), son un tipo de ANA con un patrón moteado fino denso nuclear. Nuestro objetivo fue analizar la relevancia clínica de los anti-DFS70 positivos de forma aislada. Incluimos todos los pacientes con ANA positivos y ENA negativos de nuestro hospital entre 01/2017 y 12/2018. En ellos analizamos la presencia de anticuerpos anti-DFS70.

De las 145 muestras analizadas, 68 fueron positivas para anti-DFS70 mono-específico: el 82, 4% eran mujeres y la edad media era de 55, 4 ± 14, 4 años. El título de ANA fue mayor que 1/320 en todos los casos y el 26, 5% de los pacientes tenían dos determinaciones DFS70 positivas separadas en 15, 4 ± 9, 2 meses. Los ANA fueron solicitados por artralgias en el 33, 8% de los casos. El seguimiento clínico se realizó en el 66, 1% de los pacientes durante una media de 2, 9 años. Sólo 3 pacientes (4, 1%) tenían una EAS definida: 2 LES y 1 síndrome antifosfolípido, diagnosticados años antes. Hubo 5 pacientes con artritis reumatoide (7, 3%) y uno con sarcoidosis. 19 pacientes (27, 9%) tenían una enfermedad autoinmune órgano-específica: 14 hipotiroidismo autoinmune, 2 hepatitis autoinmune, 2 colangitis biliar primaria y 1 trombocitopenia inmune. Otras asociaciones clínicas encontradas fueron obesidad (13, 2%), depresión (8, 8%), trastornos del sueño (8, 8%), fibromialgia 5, 8%. 39 pacientes (57, 3%) no tenían ninguna enfermedad autoinmune.

En nuestra experiencia, los pacientes con ANA anti-DFS70 positivo aislado, rara vez presentan una EAS definida, aunque el 42, 7% de los sujetos mostraron algún rasgo o característica autoinmune.

La presencia de un anti-DFS70 positivo puede considerarse potencialmente un marcador de autoinmunidad benigna. Su presencia de forma aislada en correlación con la clínica, podría usarse para descartar una EAS.

ENFERMEDAD DE FORESTIER-ROTÉS-QUEROL: UN PROCESO DESDE LA ATENAS DE PERICLES HASTA EL MUNDO DE ALMODÓVAR

Montes-Santiago J.

Complejo Hospitalario Universitario. Vigo

INTRODUCCIÓN: En 1950 Jaime Rotés Querol, de estancia junto a Jacques Forestier, revisa 200 pacientes con Espondilitis anquilosante (EA) y descubre 9 casos "rarísimos, porque todos son viejos -media: 65 años-, no tienen dolor, ni sacroileítis y tienen unas formaciones muy particulares". Así se reconoce la "hiperostosis vertebral anquilosante senil" -enfermedad de Forestier-Rotés-Querol-, que perderá "senil" por describirse también con 40-50 años. También conocida por hiperostosis esquelética idiopática difusa (DISH) es un proceso no inflamatorio que ocasiona osificación de entesis y ligamentos vertebrales anterolaterales. Puede afectar al 10% de la población (varones >60 años). Se relaciona con factores mecánicos, fluorosis, uso de isotretinoína, hábitos nutricionales y con síndrome metabólico y diabetes mellitus (DM).

OBJETIVOS: Presentamos 2 casos separados >2500 años, uno que data del siglo V aC, y otro actual.

RESULTADOS: Caso 1. Excavaciones de 1891 en el antiguo cementerio ateniense de Kerameikos, desvelaron un sarcófago de mármol (T35) en el esqueleto de un hombre maduro, junto con 2 lekythoi (vasos funerarios) del taller del pintor Tymbos. Su inspección en las vitrinas del Museo Arqueológico Nacional muestra en columna y costillas inequívocos signos de osificación "en manto céreo" del ligamento vertebral anterior. Fue datado en 460-450 aC, contemporáneo de Pericles (495-429 aC). Caso 2. Varón de 70 años, excalderero, con parestesias en MMII y dolores cervicales y lumbares que empeoran con clima. DM con HbA1c actual: 6, 2%. Dolor en motilidad cervical y lumbar, con reflejos y sensibilidad conservados. EMG: polineuropatía sensitivo-motora axonal y distal, sin afectación radicular, atribuida a DM. En Rx/TAC: osteofitos dorsolumbares anterolaterales compatibles con DISH y espacios intersomáticos conservados. Tratado con AINES, pregabalina y fisioterapia. En la película Dolor y Gloria (nº 21), la más personal de Pedro Almodóvar, el personaje de Antonio Banderas -director de cine inmerso en una esterilidad creativa agobiante- sufre quejas como disfagia y algún aparatoso episodio de broncoaspiración. Cercano el desenlace sus médicos le muestran las características hiperostosis dorsales y le proponen una intervención.

CONCLUSIONES: Aunque reconocida como entidad separada en 1950, los 2 casos aportados ilustran su continuidad histórica y que ha merecido atención por uno de nuestros más universales cineastas.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA COLANGITIS BILIAR PRIMARIA CON ÁCIDO OBETICÓLICO.

García Alén Daniel (1), Bravo Blázquez Iría (1), Vázquez Friol María del Carmen (1), Trigás Ferrín María (1), Pastor Rubín de Celis Eduardo (1), Ferreira González Lucía (2). (1) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Ferrol. (2) Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de A Coruña
Servicio de Medicina Interna de Ferrol

INTRODUCCIÓN: El ácido obeticólico (OCA) es un agonista selectivo del receptor X farnesoide, cuya activación reduce las concentraciones intrahepatocitarias de los ácidos biliares. Desde el año 2018, está aprobado en nuestro país en combinación con el ácido ursodesoxicólico (AUDC), para el tratamiento de la colangitis biliar primaria (CBP) en pacientes que no responden adecuadamente al AUDC o en monoterapia cuando no toleran el AUDC. Material y Métodos: Revisamos los pacientes seguidos en la consulta, tratados con OCA entre abril de 2018-19

RESULTADOS: Incluimos un total de 4 pacientes, tres de ellos mujeres (75%), con una media de edad de 55, 7 años. Dos de los pacientes tienen diagnóstico de colangiopatía autoinmune primaria (50%) y otros dos síndrome overlap. Al iniciar el tratamiento, el 50% presentaban un grado de fibrosis avanzada (F3-F4). Todos los pacientes estaban con AUDC ajustado a peso, y un 50% recibía además prednisona/azatioprina. La indicación del tratamiento con OCA fue respuesta subóptima a AUDC. Se inició tratamiento a dosis de 5 mg al día. En dos pacientes se incrementó la dosis a 10 mg tras 6 meses, uno mantiene dosis de 5 mg por llevar menos de 6 meses y otro mantiene la misma dosis por mala tolerancia (prurito). La duración media del tratamiento es de 265, 5 días. El valor medio de la fosfatasa alcalina (FA) basal era de 691, a los 6 meses 315 y a los 12 meses de 189, suponiendo una reducción mayor del 50%. El valor medio de la GGT basal era de 200, a los 6 meses 117 y a los 12 meses 110, implicando una reducción casi del 50%. No se han producido modificaciones en los valores de bilirrubina, GOT ni GPT. La tolerancia al tratamiento ha sido buena, habiendo un paciente que ha presentado prurito moderado

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia, el tratamiento con OCA ha conseguido una respuesta bioquímica adecuada al reducir los niveles de FA y GGT alrededor de un 50%, lo que implica un mejor pronóstico de la enfermedad.

PROCALCITONINA Y DOLOR ABDOMINAL

Vázquez Temprano, N; Cancela Nieto, MG; Velo García, A; Encabo González, A; Ríos Prego, M; Sánchez Sobrino, P

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

INTRODUCCIÓN: La procalcitonina es un biomarcador sensible para la detección de sepsis, siendo este su principal uso en la práctica clínica. Se origina a partir de la preprocalcitonina, preprohormona sintetizada en las células C neuroendocrinas de la glándula tiroidea.

CASO CLÍNICO: Mujer de 47 años que consulta por síndrome general y dolor en hipocóndrio derecho de 3 meses de evolución, sin otra clínica. En analítica ambulatoria presenta leve alteración del perfil hepático, detectándose quiste hepático en ecografía abdominal. Ante empeoramiento clínico, acude a Urgencias. En nueva analítica destaca procalcitonina de 106

ng/mL (normal <0.5 ng/mL), PCR de 0,3 mg/L, sin leucocitosis ni neutrofilia. Presenta hipotensión mantenida a pesar de fluidoterapia. Ante la sospecha de quiste hepático complicado se decide ingreso con antibiótico de amplio espectro y se realiza TAC abdominal, que descarta complicación a dicho nivel. Se completa estudio con CEA (166 ng/mL) y calcitonina (3990 pg/mL), con calcio normal. La ecografía cervical muestra la presencia de dos nódulos tiroideos con componente quístico, adenomas paratiroideos bilaterales y una adenopatía patológica en cadena lateral derecha. Ante la sospecha de cáncer medular de tiroideos (CMT) se efectúa punción-aspiración con aguja fina, con resultados compatibles con CMT.

DISCUSIÓN: El CMT se origina en las células tiroideas parafoliculares (células C). La calcitonina sérica es la herramienta más precisa para su diagnóstico, pero posee falsos negativos. En el CMT existe una hiperestimulación de las células C del tiroideo, aumentando la cascada de producción de calcitonina desde su precursor, la procalcitonina. Por dicho motivo, se ha estudiado como biomarcador en el CMT, demostrando su potencial utilidad y reducción de costes.

CONCLUSIONES: La procalcitonina es un marcador útil en el diagnóstico de infecciones. Sin embargo, debemos tener en cuenta otras variables clínico-analíticas dada la posibilidad de falsos positivos.

COLECISTITIS AGUDA POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILIN-RESISTENTE (SAMR)

García, Trincado B.; Pedrosa, Fraga C.; Rodríguez, Ameijeiras E.; Liroa, Romero, M. F.; Rabuñal, Rey R.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI

INTRODUCCIÓN: Las colecistitis aguda habitualmente están causadas por enterobacterias, enterococos y anaerobios. *S. aureus*, sobre todo las cepas meticilin-resistentes, están implicados excepcionalmente. En una búsqueda exhaustiva de revisión bibliográfica únicamente hemos encontrado case reports o series cortas de casos, la mayor con 3, al igual que los nuestros.

CASOS: Caso 1. Mujer, 54 años, colecistitis aguda perforada intervenida de urgencia. Antibioterapia empírica con amoxicilina clavulánico con mala evolución. En líquido biliar se aísla SAMR, se modifica antibioterapia a daptomicina con secuenciación a linezolid, completando 14 días. Estudio de portador positivo. No antecedente de ingresos ni de toma de antibióticos en los 6 meses previos. Destacar que una hija trabaja en un asilo y otra en hospital

Caso 2. Varón 95 años, pluripatológico inmunocompetente. Colecistitis aguda tratada mediante colecistostomía. Antibioterapia empírica con amoxicilina clavulánico. Se aísla SAMR en líquido biliar, modificándose antibioterapia a vancomicina y posterior secuenciación a clindamicina cumpliendo 14 días de tratamiento. Estudio de portador positivo. No antecedente de ingreso ni toma de antibióticos en los 6 meses previos.

Caso 3. Mujer 75 años, institucionalizada. Colecistitis aguda, realizándose colecistostomía. Ingreso el mes previo, sin necesidad de tratamiento antibiótico. Antibioterapia empírica con amoxicilina clavulánico. En líquido biliar SAMR, modificándose antibioterapia a vancomicina completando 14 días. Estudio de portador positivo.

COMENTARIO: Ninguno de nuestros casos presentó bacteriemia, y la evolución fue adecuada. Aunque infrecuente, la presencia de SARM en colecistitis no es excepcional y debe ser tenida en cuenta en pacientes con evolución desfavorable, y asimismo si hay factores de riesgo. Con tratamiento adecuado el pronóstico es bueno.

ENFERMEDAD DE WHIPPLE SIMULANDO UNA ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA

Portela C.; Argibay A.; Taboada C.; Novo I.; Cabaleiro A.; Lima O.; Maure B.; Rivera A.

Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y Trombosis, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Whipple (EW) es una enfermedad infecciosa crónica multisistémica, causada por *Tropheryma whipplei* (TW). La afectación articular constituye en muchas ocasiones el primer síntoma de la EW, por lo que puede confundirse con una enfermedad autoinmune sistémica (EAS). El objetivo es comunicar un caso de probable síndrome de Sjögren (SS) que finalmente fue diagnosticado de EW.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de la historia clínica y búsqueda bibliográfica.

RESULTADOS: Varón de 65 años a seguimiento por cuadro de 8 años de poliartitis asimétrica, síndrome seco y Raynaud. La autoinmunidad fue negativa salvo ANA a título 1/1280 y linfopenia. La radiografía simple no evidenció erosiones, la gammagrafía mostró afectación funcional de parótidas, el Shimer fue patológico y la biopsia de glándula salivar menor fue negativa. Ante probable EAS, sin cumplir criterios de SS, se inició hidroxiquina con cierta mejoría. Consultó por cuadro subagudo de pérdida de peso, sudoración y prurito, con fiebre diaria en los últimos días. No existía clínica infecciosa y la clínica articular estaba estable. Presentaba una anemia de trastorno crónico con reactantes de fase elevados y cultivos negativos. Se realizó un TC que mostró adenopatías mesentéricas y retroperitoneales significativas. La biopsia por vía laparoscópica mostró macrófagos con inclusiones intracelulares PAS positivos y la existencia de TW por reacción en cadena de la polimerasa (PCR). El paciente negaba clínica intestinal. Se trató con ceftriaxona 2 semanas y posteriormente trimetoprim-sulfametoxazol con resolución de todo el cuadro.

DISCUSIÓN: La EW clásica se divide en 3 fases: temprana con predominio de artritis seronegativa y fiebre; media con predominio de diarrea, pérdida de peso, dolor abdominal y linfoadenopatías; y tardía en la que predominan los síntomas neurológicos. Nuestro caso es llamativo por el retraso diagnóstico debido a la ausencia de clínica digestiva y por el predominio durante años de poliartitis y síndrome seco. Por este motivo se confundió con una EAS. La PCR en heces resultó negativa.

CONCLUSIONES: La EW es una enfermedad infecciosa atípica multisistémica, lo cual dificulta y retrasa su diagnóstico. Debemos incluirla dentro del diagnóstico diferencial de las EAS, sobre todo si presentan poliartitis seronegativa con evolución tórpida con terapia específica.

TUBERCULOSIS INTESTINAL VS ENFERMEDAD DE CRON

Rodríguez Villar, M.; Sanjurjo Rivo, A.; Lamas Ferreiro, J. L.; García Pouton, N.; De la Calle Fernández, I.; Maroto Piñeiro, F.; Abalde Ortega, I.; De la Fuente Aguado, F. J. Hospital Povisa, Vigo (Pontevedra).

POVISA

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TB) intestinal y la enfermedad de Crohn (EC) pueden cursar con síntomas, hallazgos endoscópicos e histológicos similares. La distinción entre ambas es importante ya que el uso de fármacos inmunosupresores ante un diagnóstico erróneo de EC puede asociarse a un deterioro clínico en pacientes con tuberculosis. Se utiliza una combinación de hallazgos clínicos, radiográficos, endoscópicos y anatomopatológicos para distinguirlos. También nos puede ayudar la presencia de ascitis, afectación de la válvula ileocecal y las características de los granulomas

OBJETIVOS: Descripción de un caso de TB intestinal en paciente diagnosticada de EC

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de un caso de TB intestinal

RESULTADOS: Mujer de 24 años con dolor abdominal y ritmo intestinal alterado con predominio de diarrea es diagnosticada de EC recibiendo tratamiento con Budesonida y Mesalazina (Pruebas realizadas: ecografía abdominal con adenopatías reactivas y engrosamiento de ileon terminal con líquido libre rodeando el asa; colonoscopia con ileitis y biopsia de ileon terminal con áreas de erosión, ileitis crónica y actividad aguda). Posteriormente ingresa por persistencia de la clínica con astenia, sudoración nocturna y fiebre. En la exploración dolor en la fosa iliaca derecha y PCR de 9 en la analítica. El TAC toracoabdominopélvico mostró engrosamiento del ileon terminal y adenopatías abdominales con centro necrótico. La PCR de ileon terminal para tuberculosis fue positiva. Se diagnosticó de TB intestinal excluyéndose patología a otro nivel. Recibió tratamiento con isoniazida, rifampizina, pirazinamida y etambutol durante 6 meses con resolución clínica

CONCLUSIONES: Ante un paciente con un cuadro clínico compatible con ambas entidades en un área endémica para TB y con una anatomía patológica con granulomas, a pesar de que no haya evidencia de bacilos ácido alcohol resistentes en dicha muestra, debemos realizar una búsqueda activa incluyendo la TB intestinal en el diagnóstico diferencial

MIOCARDIOPATÍA NO ISQUÉMICA TRAS TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

Portela C.; Argibay A.; Suárez M.; Lima O.; Diéguez P.; Rodríguez L.; Lorenzo R.; Rivera A.

Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y Trombosis, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

INTRODUCCIÓN: El rituximab (RTX) es un anticuerpo anti-CD20 de los linfocitos B, aprobado para el tratamiento de diferentes neoplasias y enfermedades autoinmunes. Sus efectos secundarios a nivel cardíaco son raros, en forma de angina, síndrome coronario agudo o arritmias. El objetivo es comunicar un caso de disfunción sistólica grave tras RTX en un paciente con vasculitis ANCA positiva (VAP).

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de historia clínica y búsqueda bibliográfica.

RESULTADOS: Varón de 52 años diabético y dislipémico, diagnosticado de VAP (debut con hemorragia alveolar, insuficiencia renal aguda, hematuria y proteinuria en rango no nefrótico). Se trató con bolos de metilprednisolona y una dosis de 1 gr. de RTX, seguido de prednisona oral. A las 48 horas de la infusión de RTX presentó episodios de dolor torácico opresivo que respondían parcialmente a nitroglicerina sublingual. El ECG mostró leve descenso del ST en cara infero-lateral sin elevación de enzimas cardíacas. El ecocardiograma transtorácico (ETT) objetivó un ventrículo izquierdo con leve hipertrofia septal de patrón concéntrico, hipocontractilidad global moderada, sin un patrón isquémico franco y una función ventricular del 35% (ETT previo normal). Se realizó coronariografía que descartó lesiones. Fue necesario ajuste de terapia cardiológica. La disfunción ventricular se recuperó siendo el ETT normal a los cuatro meses del cese de RTX.

DISCUSIÓN: El mecanismo mediante el cual el RTX produce toxicidad cardíaca es poco conocido. Los efectos adversos cardíacos incluyen infarto de miocardio, fibrilación ventricular u otras arritmias o shock cardiogénico. La mayoría se dan a las primeras horas de la primera infusión, pero en el caso de nuestro paciente se iniciaron 2 días después. El riesgo es mayor en pacientes con aterosclerosis preexistente, nuestro caso presentaba varios factores de riesgo cardiovascular. Nuestro paciente recuperó la función ventricular, pero la afectación cardíaca secundaria a RTX no siempre es reversible.

CONCLUSIONES: Debido a su potencial cardiotoxicidad, es preciso realizar una monitorización cardíaca durante y tras la infusión de RTX, sobre todo en pacientes con antecedentes personales o familiares de cardiopatía o riesgo cardiovascular elevado.

TAPONAMIENTO CARDIACO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LES

Portela C.; Argibay A.; Taboada C.; Novo I.; Diéguez P.; Rodríguez L.; Estévez M.; Rivera A.

Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y Trombosis, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

INTRODUCCIÓN: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria multisistémica. La afectación del pericardio es la manifestación cardíaca más frecuente, sin embargo, es infrecuente la aparición de taponamiento cardíaco (TC). Describimos un caso de LES que se presentó con TC y severo compromiso hemodinámico.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de la historia clínica y búsqueda bibliográfica.

RESULTADOS: Mujer de 25 años con antecedentes de púrpura trombocitopénica idiopática en la infancia. Acudió a Urgencias por dolor torácico pleurítico, disnea paroxística nocturna y fiebre.

Presentaba taquicardia, taquipnea, hipotensión, palidez cutánea, ingurgitación venosa yugular e hipofonosis bibasal. La analítica mostró una anemia de trastorno crónico y aumento de reactantes de fase y BNP. El ECG tenía ondas T negativas de V2 a V6 y la radiografía un aumento de la silueta cardio-pericárdica. La paciente fue ingresada en UCI donde se evidenció un derrame pericárdico severo con desplazamiento de la aurícula derecha en diástole y variación del flujo transmitral y transaórtico con el ciclo respiratorio. Se realizó pericardiocentesis con estabilidad clínica. En la planta la enferma refería cuadro subagudo de disnea de esfuerzos, dolor pleurítico ocasional, tos, artralgias, fotosenibilidad, eritema malar, pérdida de peso y astenia. La autoinmunidad fue positiva (ANA, anti-Sm, anti-Ro, anti-RNP, antinucleosoma y anti-DNA) con descenso del complemento. Fue diagnosticada de LES según criterios de ACR y SLICC. Se iniciaron pulsos de metilprednisolona seguidos de prednisona oral junto con hidroxilcloroquina y metotrexato subcutáneo. La paciente presentó mejoría progresiva y normalización de parámetros de actividad del LES.

DISCUSIÓN: La pericarditis es la manifestación cardíaca más frecuente del LES (30% presentan síntomas y 45% tienen alteraciones ecocardiográficas). El LES es una causa muy infrecuente de TC (2%). Que el TC se presente en el debut de la enfermedad es excepcional (< 1% en las series descritas). Por este motivo la importancia de comunicar nuestro caso.

CONCLUSIONES: El TC en el LES es una afección rara pero potencialmente mortal, que debemos tener en cuenta para iniciar tratamiento corticoide precozmente. De forma excepcional puede ser la manifestación inicial de la enfermedad lúpica.

¿VASCULITE ASOCIADA A ANCA OU NEOPLASIA?

Novo I.; Argibay A.; Portela C.; Otero A.; Vilas B.; Lima O.; Saavedra J.; Rivera A.

Unidade de Enfermidades Autoinmunes Sistémicas e Trombose, Complexo Hospitalario Universitario de Vigo

INTRODUCCIÓN: As vasculites asociadas a anticorpos anticitoplasma de neutrófilos circulantes (ANCA) son enfermedades crónicas e recurrentes caracterizadas por inflamación necrotizante de pequeño vaso. Existen diversas formas clínicas, dependiendo da afectación clínica e do patrón dos anticorpos. O obxectivo foi comunicar un caso de vasculite asociada a ANCA (VAA) que se presentou como síndrome constitucional nunha paciente octoxenaria.

Material e método: Revisión de historia clínica e búsqueda bibliográfica.

RESULTADOS: Muller de 85 anos que consultou por cuadro de 8 meses de HTA de nova aparición, astenia, pérdida de apetito e pérdida duns 10 kg. Na analítica destacaba unha insuficiencia renal grave non coñecida con proteinuria e un pico monoclonal IgM kappa. Ante sospeita de neoplasia realizouse unha TC que foi normal salvo 4 nódulos pulmonares basais. Realizouse unha biopsia de médula ósea que resultou negativa e biopsia dos nódulos pulmonares por broncoscopia pero non foron accesibles. Os ANCA antimieloperoxidasa foron positivos con complemento normal. Para confirmar a existencia de vasculite fíxose unha biopsia renal, que mostrou glomerulonefrite necrotizante pauci-inmune. A inmunofluorescencia directa revelou depósitos irregulares nas asas capilares e mesanxio con anti-C3, IgG e IgM. A paciente foi diagnosticada de VAA. Tratouse con tres bolos de metilprednisolona e una dosis de 500 mg de Rituximab, seguido de prednisona oral con pauta rápida de descenso con recuperación parcial da función renal.

DISCUSIÓN: As VAA poden simular ou confundirse con patoloxía tumoral. Son enfermidades graves con pobre supervivencia a longo prazo particularmente en persoas maiores con compromiso renal, coma era o noso caso. O patrón histolóxico de afectación renal marcará o pronóstico e a resposta ó tratamento, según predomine unha afectación focal, presencia de semilúas ou a esclerose. A función renal preexistente e a HTA son variables independentes para o desarrollo de enfermidade renal crónica avanzada.

CONCLUSIONES: As VAA deben incluírse no diagnóstico diferencial dos síndromes constitucionais asociados a fallo renal en doentes de idade avanzada. Un diagnóstico e terapia precoz é de suma importancia para mellorar a supervivencia renal e do paciente.

COMPARACIÓN DE LA COMORBILIDAD DE DOS COHORTES DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: EPICOUR 1 Y EPICOUR 2.

Fraga González, María Candelaria (1); Mouriño López Iago (2); López Castro Jose (1).

1. Servicio de Medicina Interna del Hospital Comarcal Monforte de Lemos.
2. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL COMARCAL DE VALDEORRAS

INTRODUCCIÓN: La Insuficiencia Cardíaca (IC) es una patología común en la sociedad actual, aunque con un diagnóstico clínico en su fase precoz difícil de establecer, por ello es fundamental determinar las características clínicas de esta patología, por ello hemos evaluado la comorbilidad comparativa de dos cohortes distintas.

OBJETIVOS: Conocer la comorbilidad de dos muestras de pacientes con Insuficiencia Cardíaca.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha realizado un estudio prospectivo comparativo secuencial de dos muestras de pacientes que padecían IC, una de 384 reclutada entre los años 1999 al 2002 y otra de 665 entre los años 2003 al 2006. Se estudiaron los servicios de ingreso de los pacientes, sus antecedentes personales y los datos clínicos que presentaban.

RESULTADOS: entre el 52% y el 56, 70% de los pacientes ingresan en el servicio de Cardiología. Siendo la HTA en antecedente más frecuente en ambas muestras de pacientes, un 52, 80% y un 59, 90% presentan dicha comorbilidad; habiendo diferencias entre ambos estudios en cuanto al hábito tabáquico y las valvulopatías. En el EPIOUR 2 este antecedente sólo estaba presente en el 7, 50% frente al 21, 10% del EPICOUR 1. Por otro lado las valculopatías en el EPICOUR 1 estaban presentes en el 41, 90% de la población, frente tan sólo al 17% en el EPICOUR 2. Como dato clínico relevante, un 68, 00% de los pacientes en el EPICOUR 2 presentaban disnea.

CONCLUSIONES:

Ambos estudios presentan una comorbilidad muy semejante.

El servicio predominante de ingreso fue Cardiología seguido de Medicina Interna.

La HTA es el antecedente es el antecedente más frecuente.

El antecedente del hábito tabáquico ha disminuido de forma significativa en el EPICOUR 2.

El dato clínico más común fue la disnea.

La clase funcional de la NYHA al ingreso fue mucho mayor en el EPICOUR 2.

SINDROME CONFUSIONAL AGUDO. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO. A PROPOSITO DE UN CASO.

Meijide H (1), Trinidad P (2), Otero P (2), Gredilla I (1), Porteiro (1), Gonzalez-Vilariño V (3), Rivas L (4), Asensio P (1).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL QUIRÓNSALUD A CORUÑA

INTRODUCCIÓN: El delirio es un síndrome clínico que afecta típicamente a pacientes hospitalizados de edad avanzada. Es frecuentemente infradiagnosticado y por tanto infratratado, por lo que se ha asociado a elevada morbi-mortalidad y consumo de recursos.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentamos el caso clínico de una paciente con síndrome confusional agudo tras sufrir accidente de tráfico. Se analizan factores predisponentes y precipitantes. Se demuestra la importancia del problema.

RESULTADOS: Mujer de 54 años, con antecedentes de diabetes, hipotiroidismo y trastorno psicótico crónico no especificado, polimedicada. Sufre atropello con TCE grave y fractura no desplazada occipital derecha, focos hemáticos en el interior del III y IV ventrículo y fractura cabeza humeral izquierda. Requiere ingreso en UCI con intubación orotraqueal. A las 96 horas se traslada a planta. Desarrolla síndrome confusional agudo mixto, en relación con TCE previo, hospitalización, inmovilización, estreñimiento pertinaz, RAO tras retirada de sondaje, polifarmacia y tratamiento analgésico con opiáceos como factores precipitantes, sobre un estado mental basal vulnerable. A pesar de medidas, mala evolución con persistencia de fluctuación del nivel de conciencia. Desarrolla hiponatremia severa 2º SIADH (TCE previo). Se repite TAC craneal que objetiva evolución favorable de focos hemáticos intracraneales. Con medidas vs hiponatremia persistió mala evolución clínica y analítica. Se repite TAC craneal que muestra hidrocefalia obstructiva precisando la colocación de un catéter de derivación ventrículo peritoneal (medida que contribuyó al control de la natremia y del delirium).

CONCLUSIONES: 1-El delirio está infradiagnosticado y por tanto, necesita un alto índice de sospecha. 2-Suele responder a una interacción de factores precipitantes sobre un estado mental vulnerable predisponente. 3-Son necesarios equipos multidisciplinares para mejorar su manejo.

GLOMERULONEFRITIS POSTINFECCIOSA IGA: UNA ENTIDAD POCO CONOCIDA.

Sardina-Ferreiro R1, Gómez-Buela MI1, Vilariño-Maneiro L1, Díaz-Cambre E2, Arrojo-Vázquez F2. Servicio Medicina Interna1 Servicio Nefrología2

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

INTRODUCCIÓN: La glomerulonefritis (GMN) postinfecciosa es una enfermedad clásicamente secundaria a una infección estreptocócica. En los últimos 10 años se ha descrito una nueva entidad que cursa con infección por otros microorganismos y que es más frecuente en pacientes diabéticos y ancianos.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de un caso clínico.

RESULTADOS: Paciente de 69 años, fumadora, diabética y con artritis reumatoide en tratamiento con etanercept desde hace más de 10 años. Ingresó por insuficiencia cardíaca (ICC), crisis hipertensiva y fracaso renal agudo en relación con un síndrome nefrítico. En la exploración física presentaba congestión pulmonar y sistémica. El electrocardiograma no mostró alteraciones y en la radiografía de tórax existía redistribución vascular compatible con ICC. La analítica presentaba 13.140 leucocitos (83% neutrófilos), Hemoglobina 8 mg, hematocrito 24%, creatinina 1,98mg/dL y urea 83mg/dL. El sedimento de orina mostraba 5-10 leucocitos/campo, bacterias incontables y en el urinalisis existían proteínas +++, hematíes ++ con dismorfia. A las 24 horas del ingreso, la paciente presentó un pico febril por lo que se inició antibioterapia con ceftriaxona. En el urocultivo se documentó posteriormente la existencia de *Escherichia coli* pansensible. Se completó estudio con proteinoграмма sérico, en el que se visualizó una discreta disminución de la IgA sérica, y en el de orina que mostró proteinuria (3500 mg/d), con proteína de Bence Jones en orina negativa. Las serologías para VIH, VEB, CMV, VHC, VHB fueron también negativas. El estudio autoinmune también fue negativo, con descenso de las fracciones C3, C4 del complemento. Se realizó una biopsia que mostró intensa proliferación mesangial y endocapilar, con depósitos de C3 e IgA en la inmunofluorescencia, y con componente inflamatorio agudo sugestivos de GMN postinfecciosa con predominio de IgA.

DISCUSIÓN: La nefropatía IgA es la glomerulonefritis más frecuente. En los últimos años se ha identificado un tipo de GMN postinfecciosa con predominio de IgA. Ésta es más frecuente en pacientes de edad avanzada y diabéticos. La mayoría aparece tras una infección por un *Staphylococcus aureus*, aunque se ha visto que otros microorganismos (incluyendo BGN) pueden también inducir la glomerulopatía. La forma de presentación más frecuente es un síndrome nefrítico, con hipocomplementemia con o sin síndrome nefrítico asociado. La etiopatogenia no es bien conocida, aunque la formación de superantígenos y la activación del complemento, así como factores del huésped, dan lugar a daño endotelial y proliferación endocapilar. Para el diagnóstico es fundamental la correlación clínica con la biopsia renal. Es característica la existencia de una hiperplasia subendotelial y endocapilar con predominio de neutrófilos, dando lugar a veces a un patrón de cielo estrellado visible con inmunofluorescencia, así como la existencia de jorobas subepiteliales. Para el tratamiento es fundamental la erradicación de la infección. En adultos de edad avanzada hasta el 30% de los casos progresan a enfermedad renal crónica terminal.

CONCLUSIONES: La GMN postinfecciosa por IgA es una entidad a tener en cuenta sobre todo en pacientes diabéticos y ancianos.

POLIPOSIS ADENOMATOSA CÓLICA EN EL AREA SANITARIA DE FERROL

Fernandez Bouza E. , Dalama López T. , Martul Pego E. , Montero López MD. , Vázquez Friol MC. , Rivera Mosquera MD, Sesma Sánchez P
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

INTRODUCCIÓN: La poliposis adenomatosa cólica (ACP) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante con alto riesgo de desarrollo de cáncer colorrectal (CCR) a edad temprana, y con mayor incidencia de tumores extracolónicos como duodenales o tiroideos. Una adecuada estrategia de cribado en el enfermo y sus familiares y la colectomía profiláctica son las medidas preventivas más eficaces

OBJETIVO: Evaluar la situación epidemiológica de la ACP en el área sanitaria de Ferrol (ASF). Método: revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes codificados con diagnóstico de poliposis cólica familiar (PCF) entre 2008 y Abril/2019

RESULTADOS: constan 27 pacientes con diagnóstico de PCF, de los cuales 12 cumplen criterios de ACP. Fueron 7 hombres y 5 mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 55.5 a (20-80; DS 20), con variante clásica en 5 (41.7%) y atenuada 7 (58.3%). Tenían antecedente familiar de poliposis 3 (25%), de CCR 5 (41.7%) y otros cánceres 6 (50%). Se había hecho polipsectomía endoscópica previa a 6 (50%). Desarrollaron CCR 4 (33.3%) con una edad media de 71a (67-75; DS 3). Se trataron con cirugía 11 (91.6%), siendo colectomía total profiláctica con ileostomía 1 (8.3%), colectomía subtotal con anastomosis ileorrectal 7 (58%) y cirugía del CCR 3 (25%). Se indicó estudio genético en 4 (33.3%), estudio familiar en 3 (25%), endoscopia digestiva alta en 5 (41.7%) y ecografía tiroidea en 3 (25%). Sufrieron otros cánceres 2 (16.7%). Fallecieron 6 (50%) con edad media de 67.8 (39-84; DS15). La muerte se relacionó con la ACP en 2 (16.7%)

CONCLUSIONES: en el ASF los pacientes con diagnóstico de ACP se han tratado en su mayoría con cirugía profiláctica según se recomienda en la literatura. Sin embargo, el estudio para detección de otros tumores y el cribado de ACP en familiares ha sido claramente inferior a lo recomendado en las guías clínicas.

CEFALEA SÚBITA INTENSA COMO PRESENTACIÓN DE SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE

Fernández Fernández FJ, Santos Armentia E, Maroto Piñeiro F, Fernández Castro I, García Poutón N, De la Fuente Aguado J.

POVISA

INTRODUCCIÓN: El síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR) ha sido reconocido hace 30 años como un síndrome clínico y radiológico único caracterizado por cefalea aguda y vasoconstricción arterial cerebral reversible de patogenia desconocida. Presentamos a continuación un nuevo caso clínico para su mejor conocimiento.

CASO CLÍNICO: Una mujer de 46 años acude al servicio de Urgencias por cefalea occipital de inicio brusco, punzante, de gran intensidad, asociado a náuseas y fotofobia. En la exploración física las constantes son normales y en la exploración neurológica no se evidencian alteraciones ni signos meníngeos. Como antecedentes personales tenía un síndrome de Gilles de la Tourette y depresión, por lo que recibía tratamiento con pimozida, sertralina y lorazepam. Refería consumo de heroína fumada de forma habitual.

Se realiza TC cerebral, que no demuestra anomalías y se decide observación.

Al día siguiente presenta nueva crisis de dolor de similares características. En análisis de sangre presenta leucocitosis (16890/mm3). Se realiza punción lumbar, con ligero aumento de proteínas (47.8 mg/dL), con el resto de valores normales.

Se decide completar estudios de imagen. Mediante angio-TC de arterias cerebrales se demuestra una pequeña vasoconstricción segmentaria de la arteria cerebral anterior izquierda. En la arteriografía cerebral se observa vasoespasmo multisegmentario en territorios de arteria cerebral media, anterior y posterior.

Se completó estudio con autoinmunidad y serologías, con valores normales o negativos.

Se realizó tratamiento sintomático. La evolución fue favorable, sin nuevas recurrencias. En TC realizado posteriormente se confirmó la resolución de las alteraciones previamente descritas.

DISCUSIÓN: El SVCR se caracteriza por una cefalea de inicio súbito y explosivo, con recurrencias habituales en las primeras semanas, asociado o no a déficits focales o convulsiones. Afecta habitualmente a adultos, más frecuentemente mujeres, entre 20 y 50 años. Puede tener un factor desencadenante como esfuerzos o maniobras de Valsalva.

Debe realizarse siempre una historia farmacológica detallada, evaluar el consumo de drogas y descartar vasculitis, aneurismas cerebrales y tumores secretores de catecolaminas en caso de hipertensión arterial. Los estudios de imagen demuestran vasoconstricción cerebral de forma directa mediante angiografía o indirecta (TC o RM); ésta se resuelve en 12 semanas. En el diagnóstico diferencial se incluyen hemorragia subaracnoidea, disección arterial intracranial, trombotosis venosa cerebral, apoplejía hipofisaria, migraña o vasculitis aislada del sistema nervioso central. Ningún tratamiento ha demostrado modificar la evolución de la enfermedad. Su curso suele ser monofásico y autolimitado, si bien en <10% de los pacientes se pueden presentar secuelas en forma de déficits neurológicos.

CONCLUSIONES: Debemos pensar en la posibilidad de un SVCR ante un paciente con cefalea súbita intensa en ausencia de hemorragia subaracnoidea aneurismática.

PERFIL DE PACIENTES DE UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO DE MEDICINA INTERNA

Gómez-Buela MI, Sardina-Ferreiro R, Vázquez-Vigo R, Jorge-Sánchez R, Gómez-Gigirey A, Porto-Pérez AB.

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Servicio de Medicina Interna. Unidad de Crónicos

INTRODUCCIÓN: El Hospital de Día Médico de Medicina Interna (HDM) del Área Sanitaria de Ferrol se creó en enero de 2016; uno de sus objetivos aparte de la administración de tratamientos parenterales no oncológicos de uso hospitalario, es canalizar a aquellos pacientes que acuden a Urgencias sin un criterio de ingreso establecido, pero con necesidad de seguimiento y estudio precoz.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo que analiza las características de los pacientes derivados desde el Servicio de Urgencias a consulta de HDM del Área Sanitaria de Ferrol entre enero de 2016 y diciembre de 2018. Análisis realizado con SPSS Statistics 24.

RESULTADOS: Se analizaron 263 pacientes procedentes del Servicio de Urgencias, de los cuales 134 (51%) fueron hombres y 129 (49%) mujeres, con edades comprendidas entre los 17 y los 100 años (media 75 años). La mayoría presentaba un índice de Charlson mayor de 5 puntos (supervivencia estimada a los 10 años del 21%). El período medio de espera entre la atención en Urgencias y la primera consulta en el HDM fue de 6,1 días, ajustado al criterio de tiempo sugerido por el médico remitente. El principal motivo de derivación fue la insuficiencia cardíaca (25,5%), seguida de infecciones respiratorias (24%), anemia (14,8%), infecciones del tracto urinario (3,8%), síncope (2,7%), dolor torácico (2,7%), derrame pleural (2,3%), síndrome febril (2,3%), insuficiencia renal (2,3%), hepatitis (1,9%), ascitis o cirrosis (1,9%), trastornos hidroelectrolíticos (1,9%), infección de piel o partes blandas (1,5%), enteritis (1,5%), fibrilación auricular rápida (1,5%), sospecha de neoplasia (1,5%), síndrome general (1,5%), enfermedad sistémica (1,5%) y otros (4,9%).

Precisaron tratamiento en HDM 101 pacientes (38,4%) y se realizaron pruebas complementarias en consulta a 195 pacientes (74,1%). Además de los estudios realizados en HDM fue necesario ampliar pruebas en 95 pacientes (36,1%) para llegar al diagnóstico o para objetivar la resolución del proceso por el que habían sido remitidos a consulta.

Los diagnósticos finales coincidieron con los iniciales en más del 99% de los casos.

Se diagnosticaron 22 neoplasias, 3 de ellas hematológicas y 18 de órgano sólido. De los 39 pacientes remitidos al HDM por anemia, 12 de ellos (30,8%) fueron diagnosticados de neoplasia tras las pruebas complementarias realizadas; el resto de anemias se relacionaron con sangrados digestivos, déficits nutricionales o trastorno crónico.

De los 263 pacientes valorados, 54 (20,5%) fallecieron, 24 de los cuales (9,1%) lo hicieron durante el seguimiento en HDM o menos de 3 meses tras el alta de consulta. Esta mortalidad se relaciona con que más del 85% de los pacientes fallecidos presentaban un Índice de Charlson > 5 en la primera visita y más del 90% tenían más de 75 años. Como patología de base presentaban insuficiencia cardíaca (42,6%), infección respiratoria (16,8%), neoplasias (14,8%), anemia (9,3%), infecciones urinarias (5,5%), derrame pleural (5,5%) y otros (5,5%).

CONCLUSIONES: El HDM es una herramienta útil en el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías como alternativa a la hospitalización convencional. La mayoría de los pacientes remitidos a HDM desde Urgencias presentaban una elevada comorbilidad.

HOSPITAL DE DÍA MÉDICO COMO INSTRUMENTO COMPLEMENTARIO A URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

Sardina-Ferreiro R, Gómez-Buela MI, Vázquez-Vigo R, Gómez-Gigirey A, Jorge-Sánchez R, Porto-Pérez AB

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Servicio de Medicina Interna. Unidad de Crónicos

INTRODUCCIÓN: El Hospital de Día Médico de Medicina Interna (HDM), es una alternativa con la que cuenta el Área Sanitaria de Ferrol desde enero de 2016. Entre otras funciones, sirve de apoyo al servicio de Urgencias y a la hospitalización puesto que permite el diagnóstico y tratamiento de pacientes ambulatorios.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo que analiza los circuitos de atención de los pacientes derivados desde Urgencias a consulta de HDM del Área Sanitaria de Ferrol entre enero de 2016 y diciembre de 2018. Análisis realizado con SPSS Statistics 24.

RESULTADOS: Se analizaron 263 pacientes procedentes del Servicio de Urgencias, de los cuales 150 (57%) fueron remitidos por la guardia de Medicina Interna (GMIR) y 113 (43%) por los facultativos de Urgencias (URG). En 2016 se atendieron 66 pacientes, 18 (27,3%) derivados de URG y 48 (72,7%) de GMIR; en 2017 de los 89 pacientes 36 (40,4%) procedían de URG y 53 (59,6%) de GMIR; en 2018 se invirtió esta tendencia, de forma que de los 108 pacientes derivados a HDM, 59 (54,6%) se habían remitido por parte de URG y 49 (45,4%) por GMIR.

Se ha observado cierta estacionalidad, siendo globalmente en los meses de diciembre, enero y abril cuando más pacientes se remitieron desde Urgencias a consulta de HDM; la mayor parte de ellos fueron valorados por agudizaciones en relación con infecciones respiratorias e insuficiencia cardíaca.

El número de visitas al HDM varió entre 1 y 45, siendo la media 4,7 (3,6 presenciales y 1,1 telefónicas). 51 pacientes (19,4%) precisaron una única visita (ya fuera por la resolución del cuadro o por la derivación a otras consultas).

El tiempo medio de seguimiento de los pacientes fue de 81 días (máximo 619 días); los pacientes con mayor tiempo de seguimiento fueron aquellos con necesidad continuada de soporte transfusional o hierro intravenoso y aquellos con descompensaciones frecuentes de procesos crónicos, así como los que precisaron técnicas terapéuticas invasivas de repetición (paracentesis, toracocentesis).

De los 263 pacientes, 102 (38,8%) fueron dados de alta a su médico de Atención Primaria (MAP), 35 (13,3%) a consulta de Crónicos, 14 (5,3%) a otras consultas de Medicina Interna, 5 (1,9%) a consulta de Paliativos y 2 (0,8%) a Hospitalización a domicilio. 27 (10,3%) se remitieron a otras consultas y se perdió el seguimiento de 10 (3,8%). 20 pacientes (7,6%) ingresaron directamente en planta desde HDM. Finalizado 2018 se mantenían en seguimiento en consulta 48 de los 263 pacientes (18,3%).

Durante el seguimiento, 240 pacientes (91,3%) no necesitaron acudir a su MAP en relación con la patología por la que habían sido remitidos a consulta de HDM. 209 pacientes (79,5%) no precisaron acudir a Urgencias y 38 (14,4%) acudieron 1 vez. De los 263 pacientes 225 (85,6%) no necesitaron ingreso y 31 (11,8%) ingresaron en 1 ocasión.

CONCLUSIONES: El manejo de pacientes en el HDM puede ser una alternativa a la hospitalización convencional y servir como herramienta de cara a disminuir el número de asistencias a Urgencias y los ingresos.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CON INSUFICIENCIA CARDÍACA INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y SEGUIDOS EN LA CONSULTA DE ICC (UMIPIC) DE LUGO. DIFERENCIAS SEGÚN FRACCIÓN DE EYECCIÓN.

Pérez López A., Rodríguez Álvarez A., Gil Suárez R., Liroa Romero M. F., Rodríguez Ameijeiras E., Cerqueiro González JM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI (LUGO)

INTRODUCCIÓN: Característicamente existe un patrón diferenciador entre los pacientes con ICC que tienen FEVIp (fracción de eyección preservada), con respecto a los que tienen FEVlr (fracción de eyección reducida). Probablemente en la población anciana que ingresa en los servicios de medicina interna esas diferencias se reduzcan por el sesgo de la edad y el servicio en el que ingresan. Dado que se trata de una población muy vulnerable, interesa conocer sus características y las diferencias según la FEVI.

OBJETIVOS: Analizar las características diferenciadoras según la FEVI entre los pacientes con IC que ingresaron en el servicio de medicina interna de Lugo y posteriormente fueron seguidos en la consulta de ICC (UMIPIC).

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron todos los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna de Lugo, seguidos en la consulta de ICC (UMIPIC) y validados en el registro RICA, que hayan cumplido un mínimo de 1 año de seguimiento o fallecido durante el mismo. Se recogen variables sociodemográficas, antecedentes y comorbilidades. Se realiza estudio descriptivo, utilizando la mediana y el rango intercuartílico en las variables cuantitativas y el porcentaje en las categóricas. Y posteriormente se analizan las diferencias según la FEVI, utilizando el test de Chi Cuadrado para variables cualitativas y el test de Student o Wilcoxon para las variables cuantitativas que siguen o no una dispersión normal. Se utilizó el programa SPSS para realizar la el estudio estadístico.

RESULTADOS: Se analiza una muestra 112 pacientes entre los que se comparan las variables en función de FEVI preservada (65 pacientes) o FEVI reducida (47 pacientes). Se evidenciaron diferencias significativas en las variables de sexo, con mayor porcentaje de hombres en FEVlr (66% frente 44, 6% en FEVIp), dislipemia (más frecuente en FEVlr 58, 5%, frente 38, 3%) y en cuanto al índice de Charlson (mediana 3 en FEVlr frente a mediana 2 en FEVlr y obteniendo un índice >3 en preservada (36, 9% frente a 19, 1%). No se obtuvieron diferencias significativas en el resto de variables estudiadas.

CONCLUSIONES: Los pacientes con IC y FEVIp ingresados en el servicio de Medicina Interna y seguidos en la consulta de ICC (UMIPIC) de Lugo, son muy similares a los pacientes con IC y FEVlr, a excepción de que, en los primeros, predominan más las mujeres y tienen más comorbilidad (índice Charlson).

ESTUDIO DE MORTALIDAD, VISITAS A URGENCIAS Y REINGRESOS HOSPITALARIOS EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y SEGUIDOS LA CONSULTA DE ICC (UMIPIC) DE LUGO. DIFERENCIAS SEGÚN FRACCIÓN DE EYECCIÓN.

Rodríguez, Álvarez A.; Pérez, López A.; Gómez, Méndez R.; Pedrosa, Fraga C.; García, Trincado B.; Cerqueiro, González JM

Hospital Universitario Lucus Augusti.

INTRODUCCIÓN: Los pacientes que ingresan en los servicios de medicina interna en nuestro medio son ancianos con numerosas comorbilidades que reingresan en múltiples ocasiones a lo largo de su evolución. Tenemos dudas del impacto pronóstico de la FEVI (fracción de eyección) en este perfil de pacientes.

OBJETIVOS: Analizar el impacto que tiene la FEVI en la mortalidad, visitas a urgencias y reingresos de los pacientes con insuficiencia cardíaca que ingresan en el servicio de medicina interna de Lugo y posteriormente son seguidos en la consulta de ICC (UMIPIC).

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyen todos los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna, seguidos en la consulta de ICC (UMIPIC) y validados en el registro RICA, que hayan cumplido un mínimo de 1 año de seguimiento o fallecido durante el mismo. Se recogieron el número de fallecidos, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, tanto por insuficiencia cardíaca como por otras causas. Se realizó un estudio comparativo utilizando el T de Student o el test de Wilcoxon para las variables cuantitativas (según sigan una dispersión normal o no), y el test de Chi cuadrado para las variables cualitativas. Se utilizó el programa SPSS para el análisis de los datos.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 112 pacientes, 47 con FEVlr y 65 con FEVIp. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en mortalidad (7 en FEVlr frente a 10 en FEVIp), ingresos por IC (9 en FEVlr frente a 18 en FEVIp), visitas a urgencias por IC (5 en FEVlr frente a 14 en FEVIp), visitas a urgencias por motivos diferentes a IC (21 en FEVlr frente a 22 en FEVIp) o visitas a urgencias por cualquier causa (26 en FEVlr frente a 36 en FEVIp). Si se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de ingresos por motivos diferentes a IC (5 en FEVlr frente a 20 en FEVIp) y el número de ingresos por cualquier causa (14 en FEVlr frente a 38 en FEVIp), en ambos casos mayor en el grupo de pacientes con FEVIp.

CONCLUSIONES: Los pacientes con IC y FEVIp reingresan en más ocasiones que los pacientes con IC y FEVlr, y cuando reingresan lo hacen tanto por IC como por otras causas. Mientras que

los pacientes con FEVlr ingresan en menos ocasiones a costa fundamentalmente de menos ingresos por otras causas. La mortalidad fue similar en ambos grupos.

CHAGAS EN LUGARES NO ENDÉMICOS: 3 CASOS IMPORTADOS

Cid Gómez, D.; Baluja Pino, R. *; Abalde Rodríguez, Y.; Rodríguez Villar, M.; Morón Losada, S.; Vidal González, I.; De la Fuente Aguado, J. Servicio de Medicina Interna, * Servicio de Análisis Clínicos

Hospital Povisa, Vigo (Pontevedra)

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis americana) es producida por el parásito *Trypanosoma cruzi*, transmitido por un chinche de la subfamilia de Triatominae, en lugares endémicos (principalmente Latino-América). En la fase aguda puede producir inflamación en el lugar de inoculación (Chagoma, signo de Romana), miocarditis o encefalitis (por transmisión congénita). En la fase crónica puede dar lugar a miocardiopatía, incluido el sistema de conducción, afectación gastrointestinal (megaesófago, megacolon...). El diagnóstico serológico tiene una sensibilidad insuficiente, precisando a veces dos métodos distintos. El tratamiento, no siempre eficaz y con frecuentes efectos secundarios tiene indicaciones concretas.

OBJETIVOS: describir las características de los pacientes con enfermedad de Chagas importada evaluados en la consulta de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODO: desde 2013-14 los pacientes con serología positiva para *T. cruzi* son evaluados en una consulta de Medicina Interna, recogiendo datos de sus historias. Además se despistaron los posibles casos con serología positiva en el laboratorio desde 2014.

Tres pacientes están en seguimiento, no ha habido casos con serología positiva no evaluados en la consulta.

RESULTADOS: tabla.

DISCUSIÓN: los casos descritos corresponden a personas procedentes de países endémicos, y son representativos de los principales escenarios a los que nos podemos enfrentar en la infestación en adultos.

El caso 1, tratado en fase aguda, evitó la afectación tardía (cura parasitológica descrita hasta en el 85%). En el caso 2 (fase crónica determinada), un tratamiento con Benznidazol mejoró la afectación miocárdica en la Resonancia pero no así la afectación del sistema de conducción, precisando marcapasos. En el caso 3 (fase crónica indeterminada e inmunosupresión) se ha optado por determinaciones seriadas de parasitemias por PCR, y actitud conservadora, dada la ausencia de clínica y los potenciales efectos adversos de la medicación.

La fase crónica (serología positiva) obliga a determinar la afectación órganoespecífica, valorar indicaciones de tratamiento y seguir a largo plazo.

CONCLUSIONES: los crecientes flujos migratorios hacen necesario familiarizarse con esta patología infecciosa, tanto para detectar casos importados como para su seguimiento.

¿ES TODA LA INSUFICIENCIA RENAL PRIMARIA ADDISON?

Barcia, Sixto Laura.; Vázquez, Temprano Nuria; Sánchez, Sobrino Paula; Encabo, González María Alicia; Chouza, Piñeiro Ana; Casal, Lorenzo Jorge

Complejo Hospitalario de Pontevedra

INTRODUCCIÓN: Las mutaciones DAX1 suponen el 58% de los casos de insuficiencia adrenal primaria de "etiología desconocida" tras descartar causas autoinmunes, metabólicas o defectos en la esteroidogénesis.

Se caracteriza por una mutación inactivadora de NROB1 (DAX-1) Zp21.3, ligada al cromosoma X, factor de transcripción implicado en el desarrollo sexual, manifestándose además en glándulas adrenales, hipófisis e hipotálamo ventromedial.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se trata de un varón de 15 años diagnosticado a los 9 de enfermedad de Addison tras múltiples asistencias hospitalarias por hiponatremia, deshidratación y gastroenteritis agudas.

Entre sus antecedentes personales destacaban múltiples ingresos por crisis Addisonianas, epilepsia con crisis parciales y gelásticas, TDAH, orquidopexia del teste derecho a los ocho años y apendicetomía

El paciente seguía tratamiento domiciliario con hidrocortisona 20 mg (1/2-0-1/2), fludrocortisona 0,1 mg (1-0-0), Levetiracetam 500 mg (1-0-1) y metilfenidato.

A la exploración física destacaba una talla 1,59 m y peso 52,5 kg. El enfermo no presentaba datos de hiperpigmentación, salvo en cicatriz de apendicetomía así como ausencia de desarrollo puberal y de vello axilar y pubiano.

Sorprende además, el diagnóstico de Enfermedad de Addison en un niño sin otros antecedentes personales ni familiares de enfermedades autoinmunes.

EVOLUCIÓN Y RESULTADOS: Los niveles de ACTH fueron >1200 pg/mL con un cortisol indetectable, aldosterona 36,10 pg/mL y renina 0,74 ng/mL/h. Los anticuerpos anticápsula suprarrenal y anti21hidroxilasa resultaron negativos.

Dada la negatividad de la autoinmunidad y la existencia de un retraso en el desarrollo asociado, se solicitan ácidos grasos de cadena larga, siendo estos últimos normales y descartando la posibilidad de adrenoleucodistrofia. Así mismo, se descarta una hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 3 deshidrogenasa, siendo la 17 α Hpregnelonona normal

El estudio de la función hipofisaria muestra una FSH de 1,1 mU/mL, una LH 0,2 mU/mL y una testosterona indetectable. El resto de los ejes hipofisarios están conservados, exceptuando el adrenal. Se realiza una RMN hipofisaria que es estrictamente normal.

Ante la coexistencia de una insuficiencia adrenal primaria y un hipogonadismo hipogonadotropo, la sospecha clínica es de hipoplasia adrenal congénita ligada a X y se solicita estudio genético que resulta positivo, detectándose en el exón 1 del gen DAX1 la variante patogénica p. Leu386Pro. Se realizó RMN abdominal, presentando ausencia de glándulas suprarrenales.

CONCLUSIONES:

- No toda la insuficiencia adrenal primaria es Enfermedad de Addison.
- En varones con inicio en la infancia es importante descartar adrenoleucodistrofia y formas raras de Hiperplasia Suprarrenal Congénita.
- En las insuficiencias adrenales primarias con crisis pierde-sal en varones, especialmente en lactantes, sin historia familiar ni causa evidente es mandatorio descartar Hipoplasia Adrenal Congénita por mutación de DAX-1.

(MINI)SERIE PARA NO PERDERSE: ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO

Cid Gómez, D.; Páramo de Vega, M.; García Poutón, N.; Fernández Castro, I.; De la Puente Fernández, MC*.; Maroto Piñeiro F.; De la Fuente Aguado, J.

Servicio de Medicina Interna, *Servicio de Codificación. Hospital Povisa (Vigo, Pontevedra)

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad de Still del Adulto (ESA), descrita en 1971, es una patología inflamatoria, de causa y patogenia desconocidas, muy infrecuente (<1 caso/100000 habitantes), con posible predisposición genética. Se manifiesta con fiebre, rash evanescente y poliartralgias, a veces dolor de garganta, adenomegalias, esplenomegalia, más raramente pleuropneumonitis, dolor abdominal y pérdida ponderal. La analítica muestra elevación de reactantes de fase, típicamente de ferritina, con ANA y FR negativos. Su diagnóstico es de exclusión, apoyándose en los criterios de Yamaguchi. De curso variable, puede provocar erosión articular o complicarse con un síndrome de activación macrofágica.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de casos registrados bajo el epígrafe de "Artritis reumatoide juvenil, poliartritis crónica o no especificada" entre 1991 a 2019 (52 en total). Exclusión de registros incompletos o sin criterios diagnósticos de ESA.

RESULTADOS: 5 pacientes (3 mujeres, edad media 54 años (30-76)) cumplían criterios de ESA. La fiebre fue un dato constante; 4 presentaron rash, 4 artralgias y todos leucocitosis >10000/mm³ con neutrofilia >80% (criterios mayores); 3 dolor faríngeo, 1 adenomegalias y esplenomegalia. En 4 se observó hipertransaminasemia; los ANA y FR fueron negativos (criterios menores; necesarios 5 totales, al menos 2 mayores). El valor medio de ferritina fue de 8415 ng/ml (493-18234). La paciente con adenomegalia y esplenomegalia presentó además serositis y pancitopenia, con biopsia de médula ósea inespecífica.

Todos precisaron AINES y corticoides, y 3 además metotrexato. El seguimiento máximo fue de 6 años (1-6), 3 monofásicos, 1 intermitente y otro sin clasificación por estar en curso.

DISCUSIÓN: A pesar de un posible sesgo de selección, la prevalencia de la ESA sigue siendo baja. El perfil clínico ha sido variable, con dos casos más severos que obligaron a ampliar el diagnóstico diferencial para descartar enfermedad hematológica o neoplasia; a pesar de ello no se precisó el uso de agentes biológicos.

CONCLUSIÓN: La clínica multisistémica de la ESA requiere de un buen "guión" (sistematización) para su diagnóstico. Esta miniserie pretende llamar la atención sobre su existencia, para que sea tenida en cuenta como "final alternativo" (diagnóstico de exclusión) de los casos compatibles.

FALLO HEPÁTICO AGUDO POR VIRUS HERPES SIMPLE TIPO 1

Martul Pego E, Montero González MD, Dalama López T, Vázquez Friol MC, Rivera Mosquera MD, Fernández Bouza E, Sesma Sánchez P.

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

INTRODUCCIÓN: Se presenta el caso de un paciente con fallo hepático agudo secundario a herpes simple tipo 1.

CASO CLÍNICO: Hombre de 25 años, asmático que ingresa en nuestro centro por agudización asmática precisando ventilación mecánica invasiva. Tras seis días estable es extubado. El undécimo día presenta fiebre, somnolencia e inestabilidad hemodinámica asociando elevación de transaminasas, trombopenia, coagulopatía y fracaso renal agudo, por lo que es trasladado a un centro de referencia, donde presenta empeoramiento clínico progresivo, falleciendo horas después. En la necropsia se describe un nódulo necrótico-ischémico en la superficie hepática y cuerpos de inclusión en la biopsia hepática y esplenica con inmunohistoquímica positiva para virus herpes simple tipo 1. Se descartaron otras etiologías.

DISCUSIÓN: El fallo hepático agudo es una enfermedad poco frecuente de etiología diversa caracterizada por la aparición de insuficiencia hepatocelular grave en individuos sin enfermedad hepática previa. La infección por virus herpes simple es una causa infrecuente de hepatitis aguda fulminante, llegando a describirse hasta en el 2% de los casos. La clínica es inespecífica, con encefalopatía hepática y coagulopatía, y hasta en la mitad de los casos pueden presentarse lesiones cutáneas. Es fundamental la estabilización y derivación precoz del paciente a un centro con programa de trasplante hepático donde se valorará la potencial necesidad de soporte hepático artificial o trasplante hepático urgente que en algunos casos es la única alternativa terapéutica.

CONCLUSIÓN: El fallo hepático agudo es una entidad grave que debe tenerse en cuenta en pacientes con encefalopatía, coagulopatía y presenten alteraciones analíticas compatibles.

PIOMIOSITIS PARAVERTEBRAL LUMBAR SECUNDARIA A BACTERIEMIA POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILIN SENSIBLE EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Rodríguez Villar, M.; Sanchez Conde, Vidal Gonzalez, I.; Moron, M.; Abalde Ortega, I.; Maroto Piñeiro, F.; Fernández Castro, I.; P.; De la Fuente Aguado, J.

POVISA.

INTRODUCCIÓN: La piomiositis es una infección primaria del músculo estriado que suele presentarse como un absceso local. Estafilococo aureus es el agente etiológico aislado en el 75-90% de los casos. Factores predisponentes: inmunodeficiencia, traumatismos, drogas intravenosas,

infección concurrente, malnutrición y actividad deportiva intensa. Existe una incidencia creciente en las regiones templadas. Existen 3 fases clínicas: no supurativa, supurativa y toxicidad sistémica. Suele haber leucocitosis, aumento de la PCR y VSG sin alteraciones de la CPK. Los hemocultivos son positivos en un 10-35%.

OBJETIVOS: Descripción de un caso de piomiositis por Estafilococo aureus con toxicidad sistémica en un varón joven inmunocompetente

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de un caso de piomiositis

RESULTADOS: Varón de 18 años deportista. Consulta por cuadro de 7 días de evolución de dolor lumbar y cara interna de muslos con gran impotencia funcional. Los días previos lesión ampollosa en dedo de pie. No fiebre ni traumatismo. A la exploración T³⁸ 4 con dolor a la palpación de las apófisis vertebrales lumbares y de la musculatura paravertebral lumbar. En la analítica destacaba 16000 leucocitos con 82% de segmentados, PCR 18, VSG 59. La RM lumbar mostraba un absceso intramuscular paravertebral derecho con extensión al foramen de L3-L4 y un realce epidural anterior. Se aisló un Estafilococo aureus meticilin sensible en los hemocultivos y cultivo del absceso. Recibió tratamiento con teicoplanina y cefazolina intravenoso durante 4 semanas y se realizó drenaje percutáneo del absceso con resolución posterior del cuadro

CONCLUSIONES: La piomiositis templada es más frecuente en inmunodeprimidos pero puede aparecer en personas inmunocompetentes. La actividad física intensa puede ser un factor precipitante. El tratamiento incluye drenaje de la colección y terapia antimicrobiana intravenosa que debe comenzarse sin demora en casos de toxicidad sistémica.

HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBOLICA CRÓNICA, LA GRAN DESCONOCIDA

Rodríguez Villar, M.; Cobas Paz, A.; Corbacho Abelaira, D.; Vidal Gonzalez, I.; Moron, S.; Maroto Piñeiro, F.; Abalde Ortega, I.; De la Fuente Aguado, F. J. Hospital Povisa, Vigo (Pontevedra).

POVISA

INTRODUCCIÓN: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) se produce por una oclusión de los vasos pulmonares por coágulos de sangre organizados y es una variante frecuente de hipertensión pulmonar. Es una complicación a largo plazo de la embolia pulmonar sintomática, con una incidencia acumulada del 1-5% en los 2 años siguientes al episodio. Además, alrededor del 40% de los casos de HPTEC tiene su origen en un tromboembolismo venoso asintomático. En los últimos años se han implementado nuevas alternativas terapéuticas a la endarterectomía, como la angioplastia con balón de las arterias pulmonares o la comercialización de nuevos fármacos vasodilatadores pulmonares.

OBJETIVOS: Descripción de dos casos de hipertensión arterial pulmonar secundaria a tromboembolismo crónico.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de dos casos de HPTEC

RESULTADOS: El primer caso trata de un varón de 50 años que presentó un cuadro de tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral con infarto pulmonar y disfunción secundaria del ventrículo derecho que precisó de fibrinólisis con rTPA con posterior mejoría sintomática. En las pruebas de imagen de control (TAC y Ecocardiograma) persisten datos indirectos de hipertensión pulmonar (HTP) por lo que se realizan pruebas de función pulmonar en las que se observa una reducción moderada de la difusión corregida por unidad de volumen y un test de la marcha de seis minutos alterado, con desaturación hasta 87% habiendo recorrido 320 metros. En la gammagrafía ventilación-perfusión se observan datos sugestivos de TEP. Posteriormente se realiza un cateterismo cardiaco derecho en el que se confirma la existencia de una HTP severa precapilar decidiéndose terapia quirúrgica con tromboendarterectomía. Tras la intervención el paciente presenta gran mejoría clínica con normalización del test de la marcha siendo capaz de recorrer durante la misma 600 metros sin desaturación.

El segundo caso se trata de una mujer de 79 a estudio por Cardiología por disnea de esfuerzo y alteraciones en la ecocopia sugestivas de sobrecarga de ventrículo derecho. En el ecocardiograma y TAC torácico presenta cavidades derechas severamente dilatadas con disfunción diastólica ligera del VD y signos de HTP secundaria a TEP crónico (dilatación de la arteria pulmonar principal y de las arterias pulmonares lobares y segmentarias). Se realizó una gasometría arterial en la que se evidenció una insuficiencia respiratoria global y un test de la marcha de 6 minutos con mala tolerancia por disnea y desaturación de hasta el 84% siendo capaz de recorrer una distancia de 335 metros. La espirometría mostró una restricción grave (FVC 47%). En la gammagrafía pulmonar se observaron múltiples defectos de perfusión subsegmentarios y segmentarios compatibles con TEP. Finalmente se realizó un cateterismo derecho confirmando una hipertensión pulmonar severa (PAP 56 mmHg y PAP sistólica 85mmHg) de etiología precapilar. Se propuso tratamiento médico con Riociguat con mejoría clínica significativa.

DISCUSIÓN: La HPTEC es el tipo de hipertensión pulmonar más desconocido e infradiagnosticado, con un impacto significativo en la salud de los pacientes y que, sin embargo, es potencialmente curable. Es necesario por tanto mantener una sospecha activa ante estos pacientes cuyo síntoma guía es la disnea.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE

Rodrigo Lara, L.; González Blanco, L.; Izuzquiza Avanzini, I.; Pérez Expósito, L.; Peña Benítez, D.; Fernández González, R.; Lorenzo, Vizcaya, A.; Bustillo Casado, M. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

INTRODUCCIÓN: La endocarditis infecciosa (EI) se define como la infección de distintas zonas cardíacas, principalmente, de las válvulas. Su incidencia varía entre 1, 5 y 6, 2 por cada 100.000 habitantes cada año. El microorganismo que más se asocia a esta patología es el Staphylococcus aureus, afectando, más comúnmente, a la válvula mitral. Es frecuente que afecte a dispositivos cardíacos, como prótesis valvulares o marcapasos. El diagnóstico se basa en los criterios de Duke, incluyendo hallazgos clínicos, microbiológicos y ecográficos. Respecto al tratamiento, se

debe comenzar una antibioterapia empírica de amplio espectro para, una vez disponemos del antibiograma, dirigirla. Además, en ocasiones, se requiere cirugía cardíaca. El pronóstico no es bueno debido a las secuelas y a la alta mortalidad.

OBJETIVOS: Analizar las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y terapéuticas de la endocarditis en pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO) en los últimos 2 años.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de casos de endocarditis en el CHUO durante el período comprendido entre mayo de 2017 y abril de 2019.

RESULTADOS: Durante el período estudiado, se confirmó el diagnóstico de endocarditis en 48 pacientes, con una media de edad de 75 años. Los factores de riesgo más habituales fueron la insuficiencia cardíaca (27%) y la diabetes (25%). La válvula más afectada fue la aórtica, presentándose en el 42% de los pacientes, seguida de la mitral (39%), siendo predominante en las válvulas nativas (31 casos, 65%). El diagnóstico se realizó mediante los criterios de Duke, siendo el definida el 85% de los casos, probable el 8% y posible el 8% restante. Los hemocultivos fueron positivos en el 93% de los casos y la media de tiempo de negativización fue de 13 días. El microorganismo más frecuentemente aislado fue *S. epidermidis* (25%), seguido de *S. aureus* (21%), resultando meticilín-resistente en el 30%. El ecocardiograma inicial muestra evidencia de enfermedad en un 75%. En relación al tratamiento, el antibiótico más usado empíricamente fue la cloxacilina (25%), generalmente, asociada a otros (daptomicina o gentamicina), mientras que la antibioterapia dirigida más empleada fue la ceftriaxona. Se observó curación en el 78% y éxitos en el 27% de los casos, relacionados en el 30%.

CONCLUSIONES: Los hallazgos de nuestro estudio concuerdan parcialmente con los observados en la literatura, observándose una incidencia en nuestra población estudiada inferior de la esperada (0,045 por cada 100.000 habitantes). La válvula más afectada fue la aórtica en vez de la mitral, aunque esta última se encuentra cerca estadísticamente. Asimismo, se observa una alta rentabilidad de los hemocultivos recogidos (93% positivos), hallándose como agente patológico más frecuente *S. epidermidis* (25%) frente al *S. aureus* (21%), siendo éste el segundo microorganismo en incidencia. Los criterios de Duke son considerados como el método diagnóstico de la EI con una alta especificidad, generando seguridad en los **RESULTADOS:** obtenidos como el definida, pero existen casos que no se incluyen en este grupo, por lo que no permiten dar el diagnóstico de seguridad pero tampoco lo excluyen.

INFECCIÓN INVASIVA POR LOMENTOSPORA PROLÍFICANS

Portela, C.; Argibay, A.; Suárez, M.; Lima, O.; Diéguez, P.; Rodríguez, L.; Lorenzo, R.; Rivera, A.

Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

INTRODUCCIÓN: La *Lomentospora proliifcans* (LP) es un hongo ambiental resistente a los antifúngicos. La presentación clínica depende del estado inmunológico y de la vía de infección.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de historia clínica y búsqueda bibliográfica.

RESULTADOS: Paciente varón de 59 años con antecedentes de HTA, dislipemia y cardiopatía isquémica tratada con stent. Ingresó por cuadro de neumonía en lóbulo inferior izquierdo con mala evolución ambulatoria con moxifloxacino. Se objetivó pancitopenia aguda con neutropenia severa por lo que se inició antibioterapia empírica de amplio espectro. Se realizó una TC de rastreo sin objetivar patología salvo la neumonía citada. Se realizaron dos estudios de médula ósea, que mostraron aplasia medular severa (ausencia de celularidad hematopoyética sin signos de hemofagocitosis). Los estudios serológicos y microbiológicos fueron todos negativos, salvo aislamiento de VHS, *S. maltophilia* y un galactomanano de 2.9, en el lavado broncoalveolar. Se añadió al tratamiento TMP/SMX, voriconazol y aciclovir. Debido a la persistencia de pancitopenia se asoció terapia esteroidea. A las tres semanas de ingreso se visualizaron 2 lesiones cutáneas nodulares violáceas de aspecto inflamatorio (en dorso de pie y quinto dedo de mano). Se realizó punch cutáneo del dedo con visualización de hongos en la histología y crecimiento de LP. Se suspendieron todos los fármacos antiinfecciosos salvo el voriconazol y se fue reduciendo la dosis de corticoide. El paciente recuperó las citopenias. Al mes de tratamiento con voriconazol presentó empeoramiento respiratorio y aparición de lesiones cutáneas diseminadas donde se demostró de nuevo la diseminación del LP. Fue necesaria terapia combinada antifúngica para control de la infección.

DISCUSIÓN: La infección por LP es rara, afectando con mayor frecuencia y gravedad a pacientes inmunocomprometidos. En nuestro caso se trataba de un paciente inmunocompetente que se presentó con una aplasia medular severa aguda, que se recuperó al tratar la infección fúngica.

CONCLUSIONES: La LP es un hongo ubicuo que produce infección grave diseminada, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos. Se debe establecer terapia antifúngica combinada desde el aislamiento debido a su alta tasa de resistencias.