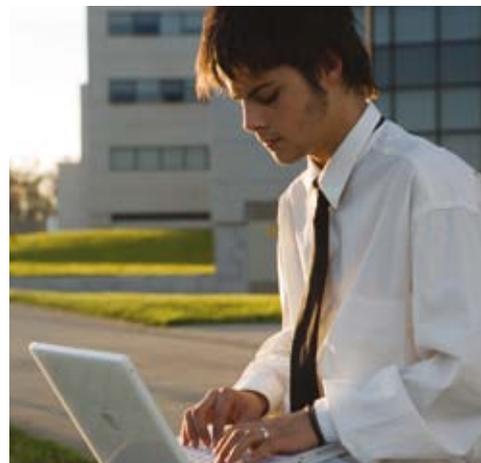


XXIX Congreso de la Sociedad Gallega de Medicina Interna

Vigo
11 y 12 de Mayo de 2012
Centro Social Novacaixagalicia





Miro esta provincia e vexo futuro



Mirar A Coruña é ver unha provincia medrar. Unha provincia que mira ao futuro con investimentos para o desenvolvemento, que aposta polo crecemento sostible e a conservación do medio ambiente. Que traballa cada día para garantir a igualdade de oportunidades fomentando a cultura, a educación, o turismo e a conservación do patrimonio. Un valor de hoxe para facer fronte aos retos de mañá. **Mirar a provincia da Coruña é ver futuro.**



**DEPUTACIÓN
DA CORUÑA**

Director:
Ramón Rabuñal Rey

Directores adjuntos:
José Luis Díaz Díaz
Rafael Monte Secades

Comité editorial
Melchor Álvarez de Mon
Emilio José Casariego Vales
Alfonso Castro Beiras
María de los Angeles Castro Iglesias
José Antonio Díaz Peromingo
Fernando Diz-Lois Martínez
Ovidio Fernández Álvarez
Ricardo Fernández Rodríguez
Carlos González Guitián
Mercedes Gutiérrez-Moyano Zimmermann
Luís Gutiérrez-Moyano Zimmermann
Fernando Antonio de la Iglesia Martínez
Pedro Mardomingo Varela
Manuel Noya García
José Domingo Pedreira Andrade
Roberto Pérez Álvarez
Albino Pérez Carnero
María del Pilar Rozas Lozano
Pascual Sesma Sánchez
Antonio Torre Carballeda

Comité científico
Mercedes Bal Alvarado
Arturo Cabarcos Ortiz de Barrón
Elena Fernández Bouza
Manuel Fernández Muñelo
Javier de la Fuente Aguado
Juan Carlos García García
María José García Pais
Juan Antonio Garrido Sanjuán
Arturo González Quintela
José Masferrer Serra
Enrique Miguez Rey
Julio Montes Santiago
Francisco Luis Lado Lado
Victor Manuel López Mourino
Vicente Lorenzo Zúñiga
Antonio Pose Reino
Isidro Rodríguez López
María Dolores Suárez Sambade

Junta Directiva de la SOGAMI
Julio Montes Santiago (Presidente)
Arturo González Quintela (Vicepresidente)
Viviana Rodil Rodil (Secretaría/Vocal MIR)
José Antonio Díaz Peromingo (Tesorero)
José Luis Díaz Díaz (Vocal Coruña)
José Álvaro Fernández Rial (Vocal Ferrol)
María del Carmen Martínez Rey (Vocal Santiago)
María José García Pais (Vocal Lugo)
Antonio Javier Chamorro Fernández (Vocal Ourense/Web Meiga)
José María de Lis Muñoz (Vocal Pontevedra)
Martín Rubianes González (Vocal Vigo)
José López Castro (Vocal Hospital Comarcal de O Barco de Valdeorras)
Juan José González Soler (Vocal Hospital Comarcal de Verín)
Javier de la Fuente Aguado (Vocal formación)
Ramón Rabuñal Rey (Director Galicia Clínica)
José Carlos Ulloa Abad (Secretaría Técnica)

Edita: SOGAMI
ISSN: 0304-4866
Depósito legal: C 3533-2008

www.galiciaclinica.info
ISSN: 1989-3922
www.meiga.info



Índice

Summary

EDITORIAL

- 52 La Gestión Editorial Médica en la era de internet**
García Puig J, Alonso-Vega G, Ríos Blanco J

ORIGINAL

- 55 Actividad desarrollada por los Servicios de Medicina Interna de los hospitales públicos de Galicia**
Activity developed by the Internal Medicine Services of public hospitals in Galicia
Rivera García S, de la Iglesia Martínez F

CASOS CLÍNICOS

- 64 Hepatitis autoinmune precedida por infección aguda por citomegalovirus en una mujer inmunocompetente**
Autoimmune hepatitis preceded by acute cytomegalovirus infection in an immunocompetent woman
Vares González M, Ramos Merino L, Martínez Quintanilla M, Freire Martínez R

- 67 Masa pulmonar y adenopatías en paciente fumador**
Pulmonary mass and lymphadenopathies in a smoker patient
Longueira R, Sopeña B, García-Tejedor JL, Lamas JL

IMÁGENES EN MEDICINA

- 70 Una causa infrecuente de hipertensión arterial**
A rare cause of arterial hypertension
Longueira R, Sopeña B

XXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE MEDICINA INTERNA

- 74 Programa científico**
75 Comunicaciones Orales
78 Comunicaciones Póster
94 Índice de autores
95 Normas de publicación

La Gestión Editorial Médica en la era de Internet

Juan García Puig^a, Gabriel Gaspar Alonso-Vega^b, Juan José Ríos Blanco^b

^aDirector de Revista Clínica Española. ^bDirectores Asociados de Revista Clínica Española.

Los autores de este manuscrito hemos nacido y nos hemos educado en una época en la que no había ordenadores. Hemos visto nacer la “informática” y hoy nos resulta una herramienta imprescindible... ¿son todo ventajas? ¿Hemos perdido alguna de las cualidades del sistema tradicional del “papel y lápiz”?

Nos hicimos responsables de la gestión editorial de Revista Clínica Española, órgano oficial de la Sociedad Española de Medicina Interna⁽¹⁾, en noviembre de 2008⁽²⁾. Seis meses después, en abril de 2009, la empresa editora de Rev Clin Esp y propietaria de su cabecera (ELSEVIER) implantó un sistema de gestión de manuscritos por vía electrónica (EES, electronic editorial system). ¿Qué reflexiones podemos compartir casi tres años después de este cambio? En tan solo 2-3 semanas tuvimos que modificar nuestra forma de trabajar; el sistema “manual” de gestión de manuscritos (fig. A) fue enterrado y sustituido por un sistema de gestión “electrónica” (fig. B). Las ventajas e inconvenientes que nosotros percibimos quedan expuestos en la tabla 1.

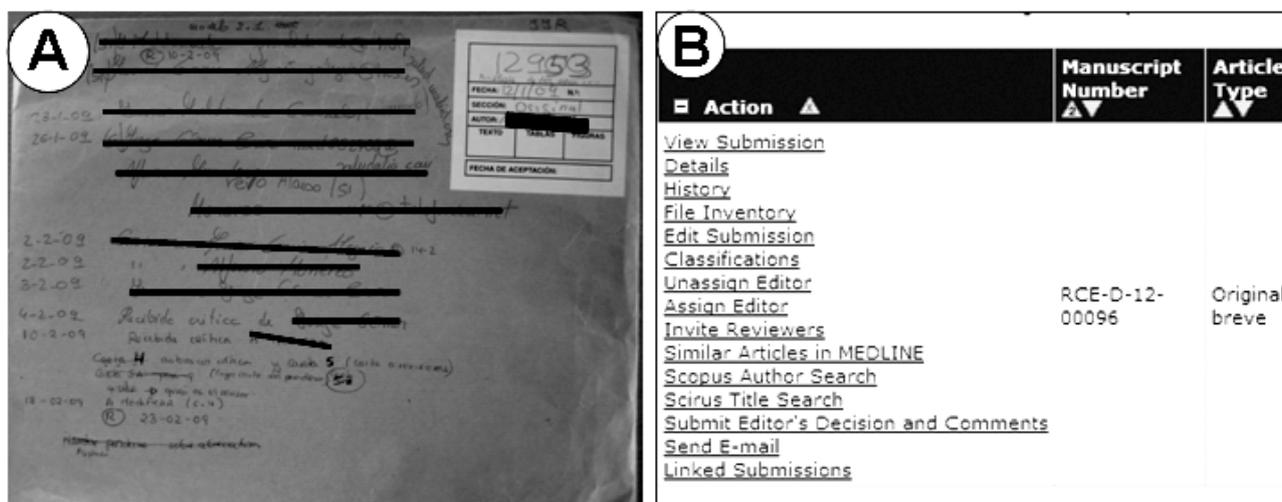
El sistema “manual” se iniciaba con la llegada de un determinado manuscrito a la oficina editorial. A

continuación se abría un sobre tamaño folio. En este sobre se iban introduciendo todos los documentos relacionados con el manuscrito. En el sobre se escribía a mano la referencia del manuscrito, sección, título, juicio del equipo editorial, nombre de los revisores, valoración de los revisores, etc, hasta la decisión editorial final (aceptado / rechazado) (fig. A).

Otros datos como la evaluación de las revisiones o el número de manuscritos enviados a cada revisor, simplemente no se obtenían. Por tanto, la información del sistema “manual” de gestión de manuscritos permitía en un solo “vistazo” obtener bastante información, pero incompleta (fig. A), para los requerimientos del s. XXI. Sólo a costa de un inmenso esfuerzo podríamos obtener ciertos datos, como por ejemplo la demora media en la gestión de manuscritos (tiempo entre la recepción de manuscritos y la decisión editorial final), conocer la relación de las temáticas que recibía Rev Clin Esp, o elaborar un listado de revisores de “excelencia”.

Con el sistema “manual” toda la información se canalizaba a través del correo de superficie. Esto permitía invocar a un “chivo expiatorio” para exculpar nuestras deficiencias; demora en el envío / recepción

Figura 1. Comparación de la gestión editorial “manual” y de una pantalla parcial de la gestión editorial “electrónica”



A. La gestión “manual” se iniciaba con la apertura de un sobre en el que se iban anotando algunas acciones como el envío a revisores. Con un “vistazo” podíamos saber la situación actual de cada manuscrito, pero con una información muy incompleta. B. La gestión “electrónica” se inicia con el envío del manuscrito por parte del autor. Todo un menú permite visualizar todos los aspectos relacionados con la gestión editorial de ese manuscrito. Además, podemos obtener información de los revisores invitados, tiempos individuales y medios para cada sección, etc.

En la gestión editorial electrónica las consultas y deliberaciones entre editores pueden producirse casi en tiempo real ¡Y quedan registradas!

de documentos (i.e.... “es que el correo está fatal”), pero enlentecía hasta la exasperación la confección de un determinado número de Rev Clin Esp. El correo de superficie tenía también, como casi todo, sus ventajas. Cuando una contestación se “echaba al correo” era obligación del destinatario ofrecer una respuesta. Durante unos días podíamos “despreocuparnos” y aprovechar ese tiempo para reflexionar sobre la decisión tomada.

Las decisiones editoriales exigían presencia física; eran adoptadas por un único editor, con los posibles errores de las decisiones tomadas por una sola persona, o bien consensuarse en comisión editorial tras deliberación. Salvo la consulta telefónica (deliberación oral, no registrada), no era factible intercambiar información entre los editores.

Otro gran inconveniente de la gestión editorial “manual” era la imposibilidad de conocer el “estado actual” de los contenidos de cada número, o agrupar contenidos con una temática relacionada (salvo con un esfuerzo titánico y muchas, muchas, muchas horas).

El sistema de gestión “electrónico” se inicia con el envío de un manuscrito por parte del autor. Es decir,

a diferencia del sistema “manual” en el que el proceso comienza cuando “se recibía un manuscrito”, con el sistema electrónico “el proceso editorial lo inicia el propio autor”.

La información que ofrece el sistema de gestión electrónica puede ser abrumadora: además de los contenidos completos del manuscrito (tablas, figuras, etc) podemos saber en todo momento quienes han sido los revisores invitados, sus comentarios, efectuar una evaluación de los mismos³, obtener toda la historia del manuscrito, tiempos medios de respuesta de revisores / autores / editores, etc. Y todo ello queda registrado para siempre. Por tanto, la trazabilidad de todo lo relativo a un determinado manuscrito es completa. Esta propiedad es de una enorme utilidad para la gestión editorial ante posibles reclamaciones de los autores en relación a tiempos y/o contenidos de sus manuscritos; la memoria de los humanos es muy frágil y con más frecuencia de la deseable nos formamos las ideas que queremos (“las teorías siempre despiertan sospechas porque harto a menudo se utilizan para legitimar necesidades personales” [W. Schultz]).

Tabla 1. Ventajas e inconvenientes del sistema manual y electrónico de gestión editorial de manuscritos*

	Ventajas	Inconvenientes
Sistema manual	Información en un “vistazo”	Información muy incompleta Gestión muy lenta (correo de superficie) Decisiones editoriales con presencia física Imposibilidad de conocer “estado actual” de cada número
Sistema electrónico	Información muy completa Trazabilidad Las decisiones editoriales no requieren presencia física Posibilidad de evaluar la gestión editorial Capacidad de almacenamiento: <i>“Cabe el ESPASA** y pesa lo mismo”</i> .	Dependencia (EES, ordenador personal, etc). Sistema poco adaptable a preferencias del usuario

*Nótese que la extensión de los “inconvenientes” del sistema manual y de las “ventajas” del sistema electrónico es mucho más amplia que las ventajas del sistema manual y que los inconvenientes del sistema de gestión editorial electrónica. EES, electronic editorial system de ELSEVIER (programa informático de ELSEVIER para la gestión de manuscritos).

**La editorial ESPASA Calpe edita una enciclopedia que en la era preinformática ocupaba muchos volúmenes, que podían guardarse en un armario de enormes dimensiones. Su peso y volumen eran inmensos. De ahí la frase publicitaria para indicar la capacidad de almacenamiento de los sistemas informáticos: “cabe el ESPASA y pesa lo mismo”.

Otra propiedad de la gestión editorial electrónica es que las consultas y deliberaciones entre editores pueden producirse casi en tiempo real ¡Y quedan registradas! En nuestra opinión esta facilidad no puede sustituir a las reuniones del comité editorial, con presencia física o mediante teleconferencia. En estas reuniones, que nosotros celebramos casi todos los lunes, revisamos el plan estratégico y los objetivos que nos hemos trazado para cada año. También comentados los aspectos relacionados la Sociedad Española de Medicina Interna, a quien se debe Rev Clin Esp.¹. En la segunda parte de la reunión deliberamos sobre los manuscritos examinados cada semana por alguno de los tres editores. Cada manuscrito dispone de una evaluación estructurada que realiza uno de los tres editores. Los manuscritos que suscitan dudas se exponen ante los demás editores y adoptamos una decisión consensuada. Concluimos la reunión distribuyendo los manuscritos recibidos (unos 10-15 cada semana) entre los tres editores, en función de la temática referida en el título.

Tal vez la mayor bondad de la gestión electrónica sea la posibilidad de cuantificar todos y cada uno de los aspectos de la gestión editorial (tabla)⁴. Nosotros, tras haber entregado los contenidos de 30 números de Rev Clin Esp (noviembre 2009 a junio 2012) hemos desarrollado un algoritmo de gestión de manuscritos para que el producto de los autores llegue al lector en las mejores condiciones posibles⁵. Todos los pasos del algoritmo editorial pueden cuantificarse, lo que era casi imposible con el sistema de gestión "manual". Solo mediante un análisis riguroso de los datos podremos saber si estamos yendo por dónde pretendíamos ir, y si, al final del camino, hemos llegado donde pensábamos. Así, el tiempo medio para la toma de decisiones editoriales se ha reducido de 36 días en el año 2010 (primer año en el que hemos sido responsables de los 11 números de Rev Clin Esp) a 26 días en el año 2011⁵. El sistema EES (electronic editorial system de ELSEVIER; programa informático para la gestión de manuscritos) tiene una capacidad casi infinita.

La posibilidad de gestionar manuscritos casi desde cualquier lugar o momento de la semana, confieren al sistema de gestión electrónica de manuscritos

ventajas evidentes. Desde nuestro ordenador personal podemos leer todos los contenidos de Rev Clin Esp desde el año 2000, todos los manuscritos procesados desde abril 2009 (unos 1500; aceptados unos 500), todos los pendientes de decisión editorial (unos 40 manuscritos: 30 en proceso editorial y unos 18 de esta misma semana que ya hemos distribuido), y todos los datos de nuestra gestión editorial cuyas principales variables analizamos cada año^{3, 5} para ofrecer la mayor credibilidad⁶.

El sistema de gestión editorial electrónica tiene también sus inconvenientes. Tal vez el principal sea la dependencia del sistema informático. Se trata de un sistema cerrado, con muy escasa flexibilidad y no adaptable a las necesidades o posibles preferencias de los editores y autores. Si el sistema que controla ELSEVIER no se encuentra operativo (lo que a veces sucede por necesidades de actualización), la gestión editorial electrónica se interrumpe ... por completo.

En suma, la gestión editorial electrónica, al igual que otras herramientas informáticas implantadas en los hospitales⁷, ha llegado para quedarse. Posee muchas ventajas con respecto a la gestión editorial "manual", y sobre todas, nos hace mirar al futuro con unas posibilidades de superación antes imposibles de imaginar.

Agradecimientos

Agradecemos a Dña. M^ª Eugenia Eisman y a Dña. Marisa del Barrio (ELSEVIER) la ayuda recibida para adaptarnos a la gestión electrónica de los manuscritos. Dña. María Bosch (ELSEVIER) gestiona todos los contenidos de Rev Clin Esp. Agradecemos de forma especial la ayuda de Dña. Mercedes Sánchez como "coordinadora editorial" de Rev Clin Esp.

Bibliografía

1. Gil Extremera B. Presentación. Rev Clin Esp 2000; 200; 3.
2. García Puig J, Gaspar Alonso-Vega G, Ríos Blanco JJ. Nueva dirección de Rev Clin Esp. Rev Clin Esp 2009; 209:1-2.
3. García Puig J, Gaspar Alonso-Vega G, Ríos Blanco JJ. Informe de los editores: 2010. Rev Clin Esp 2011; 211: 36-45.
4. García Puig J, Gaspar Alonso-Vega G, Ríos Blanco JJ. Informe de los editores: 2009. Rev Clin Esp 2010; 210: 33-40.
5. García Puig J, Gaspar Alonso-Vega G, Ríos Blanco JJ. Informe de los editores, 2011. Rev Clin Esp 2012; 212: 31-39.
6. Avanzini F, Bertele V, Pistotti V, Mannucci PM, Garattini S. Solicited self-referencing undermines the credibility of researchers and journals. J Thromb Haemost 2012; DOI: 10.1111/j.1538-7836.2011.04601.x
7. Vargas JA. Ser MEDICO ... en un hospital sin papeles. Rev Clin Esp 2010; 210: 307-9.

Actividad desarrollada por los Servicios de Medicina Interna de los hospitales públicos de Galicia

Activity developed by the Internal Medicine Services of public hospitals in Galicia

Susana Rivera García, Fernando de la Iglesia Martínez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). SERGAS. A Coruña

Resumen

OBJETIVO: Mostrar la actividad real que realizan los internistas en los distintos hospitales públicos gallegos. La finalidad es obtener una foto de la organización de los Servicios de Medicina Interna (SMI) de nuestra Comunidad Autónoma.

MATERIAL Y MÉTODOS: La Sociedad Gallega de Medicina Interna (SOGAMI) realizó una encuesta con diferentes aspectos sobre la actividad desarrollada por los SMI de cada hospital público de Galicia durante el año 2009. Fue contestada por los representantes-vocales de la SOGAMI de cada hospital o, en su defecto, por otro miembro del centro encuestado. Para comparar algunas variables se clasificaron los hospitales en dos niveles: Hospitales Comarcales y Hospitales no Comarcales, incluyendo éste último a los Hospitales de Área y a los Hospitales de Referencia. Se realizó un estudio descriptivo de las variables expresando las medidas de centralización y dispersión de las variables cuantitativas y el valor absoluto y porcentaje de las variables cualitativas.

RESULTADOS: Participaron catorce de los dieciséis hospitales públicos de Galicia. El 22% de las camas de los centros hospitalarios gallegos son responsabilidad de los Servicios de Medicina Interna. La media de camas a cargo de un adjunto de Medicina Interna es de $8,5 \pm 2,0$. Hay 253 internistas trabajando en los 14 Hospitales del estudio, de los cuales 28 trabajan en otras áreas del hospital no dependientes de Medicina Interna. La estancia media de hospitalización en el año 2009 de los SMI fue de $9,8 \pm 1,3$ días. La media de guardias de Medicina Interna por adjunto en Galicia es de $3,5 \pm 0,9$ al mes. El 7,6% de los internistas trabajan sólo en Consultas Externas. Sólo en el 42,9% de los hospitales hay residentes en dichas consultas. La media de interconsultas hospitalarias es de $13,3 \pm 11,4$ por hospital a la semana.

CONCLUSIONES: Medicina Interna es responsable de la asistencia sanitaria hospitalaria de una gran parte de la población gallega. Existe una heterogeneidad en los Servicios de Medicina Interna de nuestra Comunidad Autónoma que no es atribuible sólo a los distintos niveles de los hospitales.

PALABRAS CLAVE: Medicina Interna. Encuesta. Actividad asistencial.

Abstract

OBJECTIVE: Showing the actual activity performed by internists in various public hospitals in Galicia. The aim is to get a picture of the organization of Internal Medicine Service (SMI) of our region.

MATERIALS AND METHODS: Galician Society of Internal Medicine (SOGAMI) conducted a survey on different aspects of the activity developed by SMI of each public hospital in Galicia in 2009. It was answered by the representatives-members of each hospital's SOGAMI or, alternatively, by another member of respondent centre. To compare some variables, hospitals were classified into two levels: County Hospitals and Not County Hospitals, including the latter both the Area Hospitals and Reference Hospitals. A descriptive study of variables was performed, expressing the measures of central tendency and dispersion for quantitative variables and the absolute value and percentage of qualitative variables.

RESULTS: Fourteen of the sixteen public hospitals in Galicia participated. 22% of the beds of Galician hospitals are the responsibility of Internal Medicine Services. The average number of beds by a doctor of Internal Medicine is 8.5 ± 2.0 . There are 253 internist doctors working in the 14 hospitals in the study, 28 of them work in other areas of the hospital not dependent of Internal Medicine. The average stay in hospital in 2009, the SMI was 9.8 ± 1.3 days. The average guards of internal medicine by internist in Galicia are 3.5 ± 0.9 a month. 7.6% of internists work only in external consultations. Only in 42.9% of hospitals there are residents in those consultations. The average hospital inter-consultations are 13.3 ± 11.4 per hospital per week.

CONCLUSIONS: Internal Medicine is responsible for the hospital care of a large part of the Galician population. There is heterogeneity in the Internal Medicine Services of our region that is not attributable only to the different levels of hospitals.

KEYWORDS: Internal Medicine. Survey. Care activity

Introducción

El conocimiento de la actividad hospitalaria constituye un elemento de gran trascendencia en el desarrollo de la política sanitaria global. La descripción del trabajo realizado y del perfil de los pacientes atendidos en nuestros servicios debe servir para diseñar el futuro de nuestra especialidad, transmitir su importancia a los gestores y a otros especialistas médicos y tomar referencias en la definición de los estándares de nuestra propia práctica clínica^{1,2}.

No existen muchas publicaciones que recojan la actividad asistencial realizada por los internistas. En el año 2005 se publicó "El estudio socioprofesional de la Medicina Interna en España: Prospectiva 2010"³, elaborado por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) donde se analizaba la situación de la propia especialidad y su posible proyección futura. Para realizar dicho estudio se utilizaron 35 memorias de los SMI, que incluyeron tres gallegas, las del Hospital

Juan Canalejo, el Complejo Hospitalario de Ourense (CHOU) y el Hospital Xeral Calde de Lugo, y 11 cuestionarios, uno de los cuales se realizó en el Hospital Juan Canalejo. Un año más tarde un original describe la actividad de los SMI del Sistema Público Andaluz⁴, y recientemente se publicó la "Encuesta SEMI sobre la oferta asistencial de los internistas en los hospitales del Sistema Público de Salud"¹, donde se ofrece una visión panorámica sobre la organización asistencial (plantilla, hospitalización, consultas externas, interconsultas, investigación y docencia). Hasta el presente, en Galicia no se ha realizado ningún estudio similar.

La idea de realizar este estudio surgió como proyecto de la Sociedad Gallega de Medicina Interna. El objetivo era conocer la actividad asistencial de los internistas gallegos en cada centro hospitalario, su estructura, funcionamiento, carga de trabajo, etc., y así tener una foto real de la situación de nuestra especialidad en nuestra Comunidad Autónoma, y poner de manifiesto coincidencias y diferencias que existan entre los diferentes centros hospitalarios.

Material y métodos

La SOGAMI elaboró una encuesta, que fue presentada y aprobada por los miembros de la Junta Directiva 2009-2010, y que recoge diferentes aspectos de la actividad asistencial que cada Servicio de Medicina Interna llevó a cabo durante el año 2009. Fue cumplimentada por los representantes-vocales en la SOGAMI de cada hospital. En el caso de que no hubiera representante la Junta Directiva se puso en contacto con el SMI del centro encuestado y fue realizada por alguno de sus miembros.

El tipo de cuestionario permitía respuestas abiertas ya que sólo se formulaban las preguntas, sin establecer categorías de respuesta. La suma total de preguntas fue de 42. La estructura y contenido se dividió en ocho apartados que se citan a continuación: 1.- *La organización del servicio*, donde se incluía el número total de camas del centro hospitalario, número de camas a cargo de Medicina Interna, número aproximado de camas asignadas por adjunto, unidades dentro del servicio, internistas en otras áreas del hospital, estancia media pactada, estancia media realizada, número de pacientes/año. 2.- *Personal*, dentro del cual se preguntó por el número total de médicos de plantilla, jefes de servicio, jefes de sección, adjuntos y residentes. 3.- *Organización de las guardias*. A este respecto se averiguó el número de guardias por adjunto al mes, número de adjuntos y de residentes por guardia, número aproximado de ingresos y llamadas totales por guardia, otros especialistas médicos que realizan guardia de Medicina Interna, guardias específicas de especialidades, libranza de guardia, hora de comienzo, quién realiza los ingresos por la mañana y quién sigue a los pacientes pendientes de cama en el SMI.

4.- *Consultas externas*. Incluyó conocer cuántos internistas hacen exclusivamente consulta, número de consultas a la semana por adjunto, pacientes nuevos y revisiones por consulta, tiempo para ver un paciente nuevo y una revisión, tiempo dedicado a la consulta semanalmente, consultas monográficas y número de residentes en consultas. 5.- *Interconsultas intrahospitalarias*, donde se recogen el número de interconsultas a la semana, quién las realiza y si había interconsultores específicos por servicios. 6.- *Universidad*, el apartado donde se preguntaba si existe rotación organizada de alumnos de medicina. Los dos últimos apartados, 7.- *Relación con Atención Primaria* y 8.- *Otras Actividades realizadas*, eran preguntas con texto libre para describir la relación con Atención Primaria y reseñar otras actividades.

Para comparar algunas variables se clasificaron los hospitales en dos niveles: Hospitales Comarcales y Hospitales no Comarcales, incluyendo este último a los Hospitales de Área y a los Hospitales de Referencia. Los Hospitales Comarcales son: Hospital Da Costa, Hospital Virxe da Xunqueira, Hospital Comarcal de Monforte, Hospital Comarcal Da Barbanza, Hospital Comarcal Do Salnés, Hospital de Verín, y Hospital Comarcal de Valdeorras.

Se recogieron todos los datos y se incluyeron en una hoja de cálculo. Se realizó un estudio descriptivo de todas las variables mencionadas expresando las medidas de centralización y dispersión de las variables cuantitativas y el valor absoluto y porcentaje de las variables cualitativas.

Resultados

En total participaron y obtuvimos los datos de catorce de los dieciséis hospitales públicos de Galicia. No contestaron la encuesta el Hospital de Montecelo de Pontevedra y el Hospital Xeral de Vigo.

Los catorce hospitales encuestados suman un total de 6196 camas de las cuales el 22,1% son responsabilidad de Medicina Interna. La Figura 1 muestra la distribución de camas por Hospital. El Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC) es el que dispone de mayor número de camas, con un total de 1434, perteneciendo 362 (25%) a Medicina Interna, mientras que el Hospital Virxe da Xunqueira es el de menor número total, 72 camas, de las que la mitad, 36, pertenecen a Medicina Interna.

Si se agrupan los hospitales por niveles y comparamos los no comarcales con los comarcales, objetivamos que en los primeros el 20,1% de sus camas son de MI, cifra que llega al 36,1% en los comarcales. Hay 253 internistas contratados en los 14 Hospitales encuestados, de los cuales 28 trabajan en otras Áreas no dependientes de Medicina Interna. La media global es de $5,5 \pm 3,1$ internistas por cada 100 camas de hospital; en los hospitales no comarcales es de $3,3 \pm 1,3$ y en los comarcales de $7,6 \pm 2,8$.

Figura 1. Distribución de camas por hospitales. Representando camas a cargo de MI y resto de camas de cada Centro Hospitalario. En la parte superior de cada columna se representa el tanto por ciento de camas a cargo de MI en cada Centro

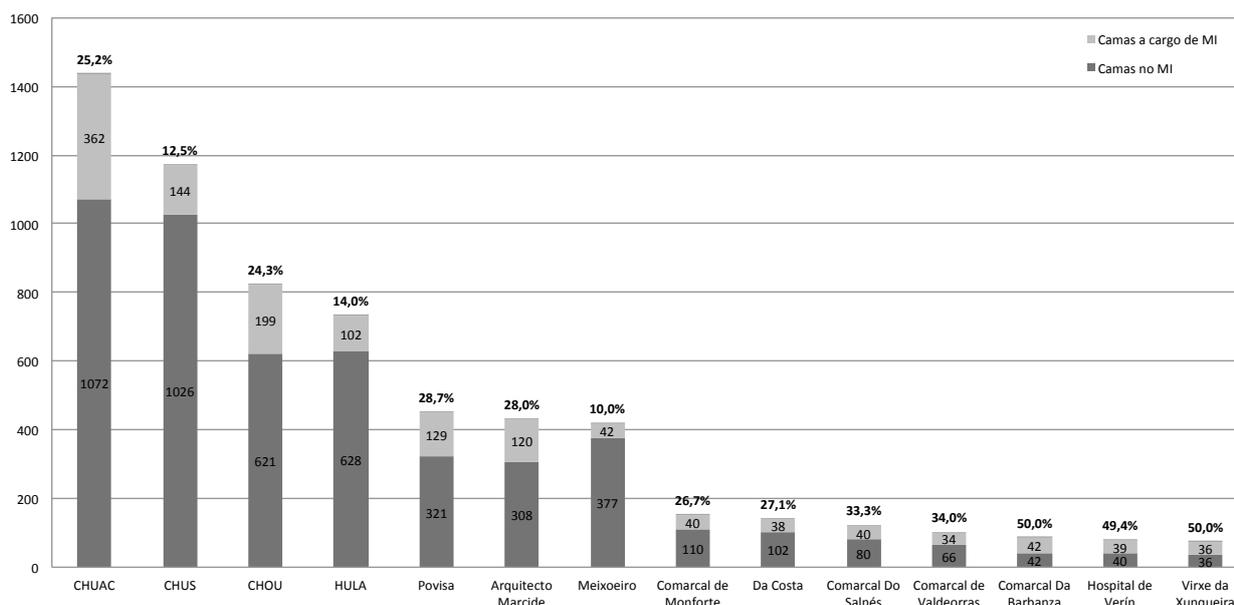


Tabla 1. Número de camas de Medicina Interna por médico de plantilla. Se muestran los datos declarados por cada Centro, y los datos calculados

	CHUAC	CHUS	CHOU	HULA	Povisa	Arquitecto Marcide	Meixoeiro	Comarcal de Monforte	Da Costa	Comarcal Do Salnés	Comarcal de Valdeorras	Comarcal Da Barbanza	Hospital de Verín	Virxe da Xunqueira
Número de camas por médico de plantilla (datos declarados)	8,82	8,36	11,00	6,80	10,00	10,00	7,00	10,00	12,00	10,00	6,00	7,00	6,00	6,00
Núm. calculado de camas de MI por médico de plantilla (salvo adj.sóloCons.)	8,83	6,55	7,11	5,10	8,06	5,00	6,00	8,00	7,60	5,00	3,78	6,00	4,33	5,14

La media de camas por cada médico de plantilla en Galicia según los datos declarados es de $8,5 \pm 2$, oscilando entre las 6 en los hospitales de Verín, Comarcal de Valdeorras y el de Virxe da Xunqueira y el máximo de 12 en el Hospital Da Costa. Si el cálculo se realiza teniendo en cuenta el número de camas declarado por cada Servicio y el número de facultativos, sin contar a los que sólo realizan consulta, la media es de $6,2 \pm 1,6$. La Tabla 1 recoge estos datos por hospital, tanto los declarados como los calculados. Comparando los hospitales por niveles en los comarcales son $5,7 \pm 1,6$ camas calculadas por médico y $6,7 \pm 1,4$ en los demás.

En casi todos los centros hospitalarios el Servicio de Medicina Interna está formado por diferentes Unidades, excepto en los hospitales comarcales Do Salnés, Da Barbanza y de Virxe da Xunqueira, donde sólo existe Medicina Interna General. Las Unidades más prevalentes, además de Medicina Interna General en los 14 centros, son las de Crónicos y

Paliativos e Infecciosas en el 42,9% y de Corta Estancia en el 35,7% de los centros. Sólo el hospital de Povisa tiene Unidad de Cuidados Intermedios perteneciente a Medicina Interna, y sólo en hospital Arquitecto Marcide, Hospitalización a Domicilio (HADO) está a cargo de Medicina Interna. Hay 28 internistas que trabajan en otras áreas del hospital no dependientes de MI, 8 de ellos en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), 7 en el Hospital Lucus Augusti de Lugo (HULA) y 3 en el CHUAC. La distribución es la siguiente: 15 de ellos trabajan en el Servicio de Urgencias, 8 en HADO, 3 en la Unidad de Preingreso, 1 como oncólogo y 1 como endocrino. Cuatro hospitales no tienen internistas en otras áreas, son los de Arquitecto Marcide, Comarcal de Monforte, Da Costa y Comarcal Do Salnés.

La estancia media de hospitalización del Servicio de Medicina Interna en el año 2009 fue de $9,8 \pm 1,3$ días mientras

Figura 2. Estancia media de hospitalización del Servicio de Medicina Interna en el año 2009 por cada Hospital, y estancia media objetivo pactada para ese mismo año en ese mismo Hospital

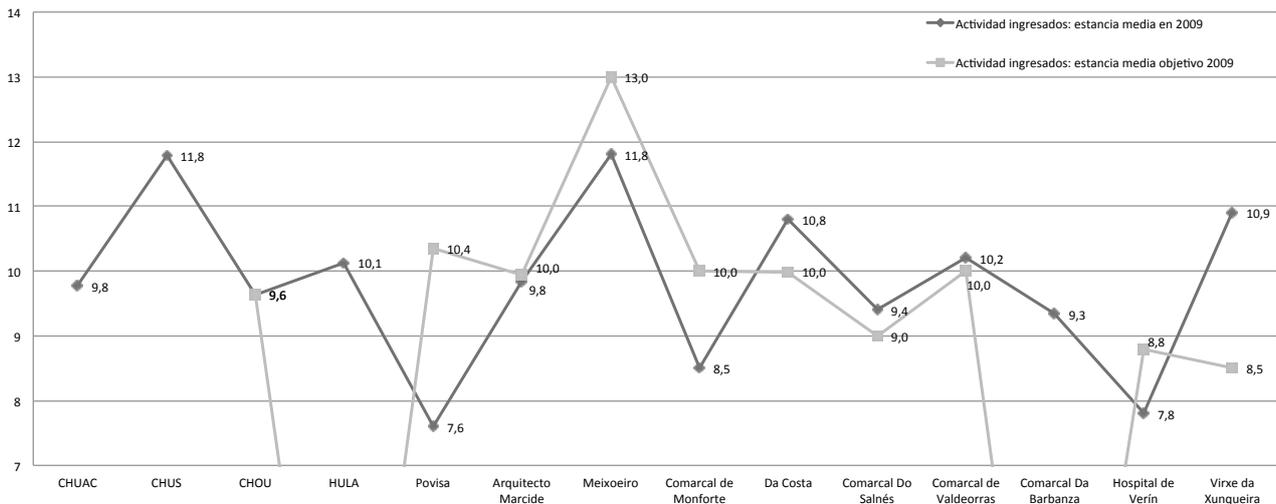
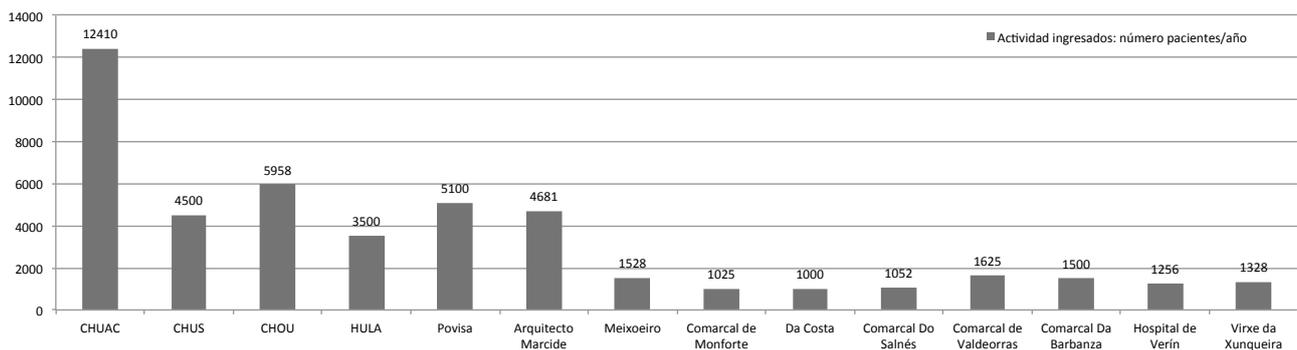


Figura 3. Actividad ingresados. Nº pacientes/año



que la media de la estancia objetivo pactada ese mismo año fue de $9,9 \pm 1,2$ días. En la Figura 2 se representa la media de la estancia de cada hospital y la media de la estancia objetivo pactada, si bien este último dato no se pudo obtener en todos los centros. La estancia en los comarcales es algo menor que en los demás: $9,6 \pm 1,2$ frente a $10,1 \pm 1,4$ días.

Con respecto a la actividad de pacientes ingresados en el año 2009 fueron atendidos 46.463 pacientes en los Servicios de Medicina Interna de los 14 centros, con la distribución mostrada en la Figura 3. El 81,1% ingresaron en hospitales no comarcales.

Con los datos aportados por la encuesta se pudo calcular la media de pacientes ingresados en Medicina Interna al año por cada médico de plantilla en Galicia, que fue de $194,6 \pm 55,1$, y la media en cada hospital (Figura 4). Si compara-

mos los hospitales, dicha media en los comarcales fue de $171,9 \pm 33,7$ frente a $217,2 \pm 65,2$ en los demás.

Respecto al apartado de Personal la Tabla 2 resume el número de residentes, médicos adjuntos, jefes de sección y de servicio en cada uno de los hospitales públicos gallegos. Indicando también la media de cada uno de ellos en Hospitales Comarcales y no Comarcales.

La media de guardias de MI por adjunto en Galicia es de $3,5 \pm 0,9$ al mes con un mínimo de 2 en el CHUAC, y un máximo de 5,5 en el Hospital Virxe da Xunqueira. Sólo en 2 de los hospitales, CHUAC y Meixoeiro, no se libran las guardias. La hora de comienzo de la guardia en día laborable suele ser a las 15 horas a excepción de los hospitales de Povisa, Meixoeiro, Comarcal Do Salnés, Comarcal de Valdeorras y Verín que comienzan entre 8 y 9 horas. La carga de trabajo en la guardia varía de unos centros a otros: la media de camas por personal de guardia, incluido resi-

Tabla 2. Distribución del personal por hospitales, y medias agrupando por tipo de hospital.
En el grupo superior están los Hospitales no Comarcales, y en el grupo inferior los Hospitales Comarcales

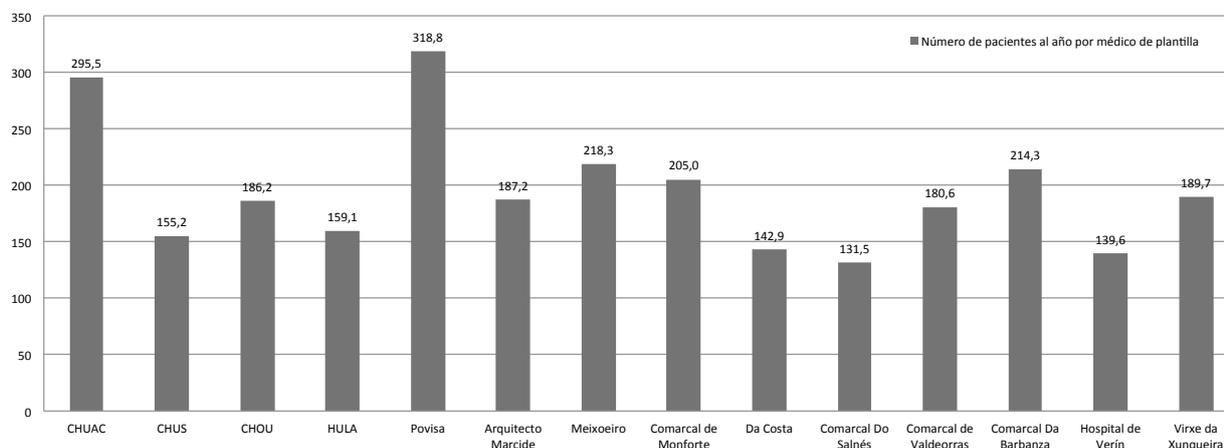
	MEDIA	CHUAC	CHUS	CHOU	HULA	Povisa	Arquitecto Marcide	Meixoeiro
Jefes de servicio	1,1	1	2	1	1	1	1	1
Jefes de sección	4,0	7	6	5	3	2	4	1
Adjuntos	19,6	34	21	26	18	13	20	5
Nº total de residentes	6,1	10	9	6	4	4	5	5

	MEDIA	Comarcal de Monforte	Da Costa	Comarcal Do Salnés	Comarcal de Valdeorras	Comarcal Da Barbanza	Hospital de Verín	Virxe da Xunqueira
Jefes de servicio	0,9	1	1	1	1	0	1	1
Jefes de sección	0,1	0	0	0	1	0	0	0
Adjuntos	6,4	4	6	7	7	7	8	6
Nº total de residentes	0,0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 3. Distribución de pacientes nuevos al año en consultas externas por hospitales

	TOTAL	CHUAC	CHUS	CHOU	HULA	Povisa	Arquitecto Marcide	Meixoeiro	Comarcal de Monforte	Da Costa	Comarcal Do Salnés	Comarcal de Valdeorras	Comarcal Da Barbanza	Hospital de Verín	Virxe da Xunqueira
Pacientes al año	42991	4906	3024		7648	3337	6844	2920	1043	--	1669	5631	730	3050	2190

Figura 4. Media de pacientes ingresados al año por médico de plantilla.



dentes de guardia, es $34,5 \pm 11,3$, siendo el mínimo de 14 camas en el Meixoeiro y el máximo de 55,3 en Povisa, la media de llamadas al busca es de $11,5 \pm 6,9$ por personal de guardia con un mínimo de 2,8 en el CHUS y un máximo de 22,5 en el Hospital Virxe da Xunqueira y la media de ingresos es de $5,4 \pm 1,4$ por personal de guardia siendo el mínimo de 2,8 en el Hospital Arquitecto Marcide y el máximo de 7,5 en el Hospital Comarcal Do Salnés.

La valoración de ingresos por la mañana no es homogénea en los distintos hospitales; en el 35,7% lo realiza el personal de guardia de MI; en el 28,6% se hace cargo el SMI, en el 14,3% el Servicio de Urgencias, también en un 14,3% un busca llevado por internistas asignado para ese cometido y en el 7,1% nadie. En el CHUS a veces lo realiza la UMAP (Unidad Médica de Alta Precoz). La valoración de pacientes ingresados pendientes de cama, la realiza en el 21,4% de los casos la guardia, en el 28,6% el SMI, en el 21,4% el

Figura 5. Distribución de pacientes nuevos y revisiones en consulta externa por hospitales

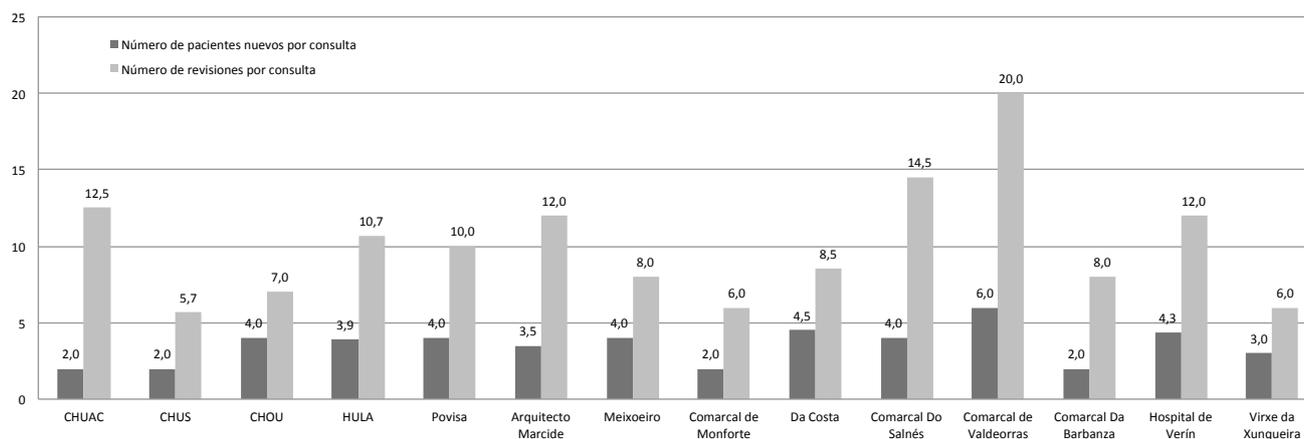


Tabla 4. Distribución de consultas monográficas por hospitales

	CHUAC	CHUS	CHOU	HULA	Povisa	Arquitecto Marcide	Meixoeiro	Comarcal de Monforte
Infeciosas/SIDA	x	x	X		x			
ETEV				x		x	x	
Factores de riesgo cardiovascular			X	x			x	
Pluripatología			X	x				
Hepatología	x	x						
HTA						x		
Lípidos						x		
Insuficiencia cardiaca				x				
Patología Crónica								x
Alta resolución								x

Servicio de Urgencias; en los hospitales de Povisa y Virxe da Xunqueira no existen pacientes pendientes de cama, en el Hospital Comarcal Do Salnés se hace responsable el que lo ingresa y en el CHUS a veces la UMAP según disponibilidad.

En las guardias de Medicina Interna participan otras 11 especialidades médicas, siendo los neumólogos, endocrinos, neurólogos y reumatólogos las especialidades más frecuentes.

Para calcular el trabajo realizado en Consultas Externas no disponemos de datos completos del CHOU ni del Hospital Da Costa. Considerando los demás, el número de pacientes nuevos al año vistos en consultas externas es de 42.991, y su distribución por hospitales se refleja en la Tabla 3. El 7,6% de los internistas sólo trabajan en Consultas Externas. La Figura 5 recoge el número de pacientes nuevos y

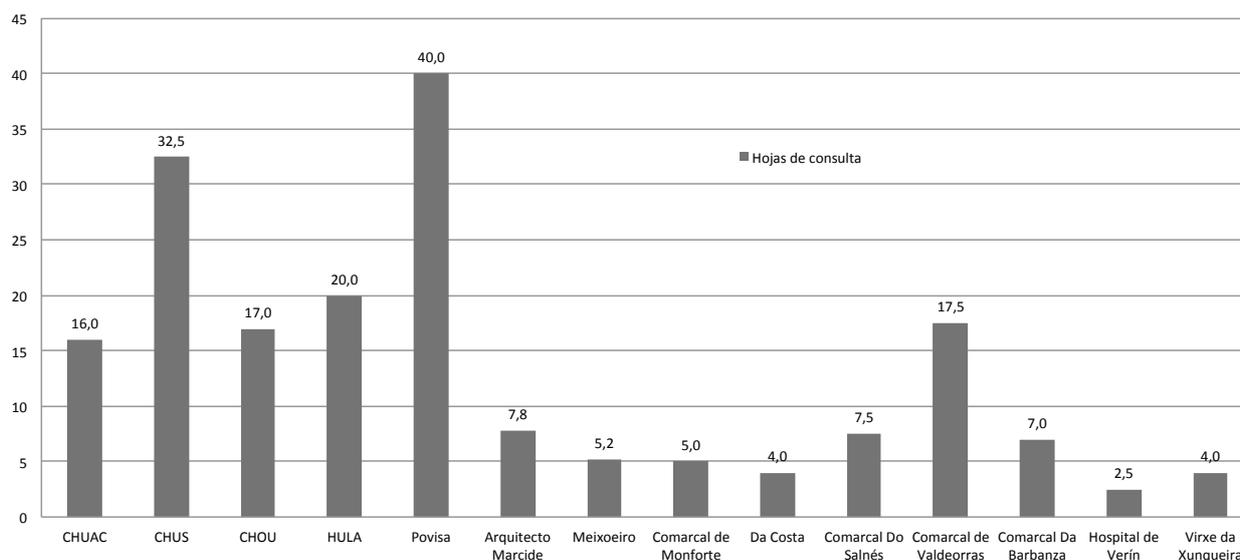
revisiones que atiende cada internista en cada consulta por hospitales.

Los residentes tienen consultas de Medicina Interna solamente en el 42,9% de los hospitales. La mayoría de los hospitales, 10 de los 14, tienen consultas post-hospitalización, mientras que monográficas hay en 8 centros, siendo la más prevalente la de enfermedades infecciosas/VIH. A excepción del Hospital Comarcal de Monforte donde existen consultas de alta resolución y de patología crónica, en el resto de hospitales comarcales no existen consultas monográficas (Tabla 4). El tiempo disponible para atender a un paciente nuevo es de 20 ó 30 minutos, con un mínimo de 15 en el CHUS y máximo de 45 en el Arquitecto Marcide, y para las revisiones oscilan entre los 10 y 15 minutos.

Tabla 5. Relación con Atención Primaria

	CHUAC	CHUS	CHOU	HULA	Povisa	Arquitecto Marcide	Meixoeiro	Comarcal de Monforte	Da Costa	Comarcal Do Salnés	Comarcal de Valdeorras	Comarcal Da Barbanza	Hospital de Verín	Virxe da Xunqueira
Relación con primaria	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI
Asistencia Centro de Salud	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
Teléfono	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO
Formación	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI

Figura 6. Distribución por hospitales de las interconsultas a la semana



Las interconsultas hospitalarias son realizadas por la guardia de Medicina Interna en 3 de los centros, por un staff a tiempo parcial en Povisa y repartidas entre los médicos del servicio en la mayoría de los hospitales. La carga de trabajo que supone es una media de $13,3 \pm 11,4$ interconsultas por Hospital a la semana (Figura 6).

En todos los Hospitales hay rotaciones de alumnos universitarios, pero en 6 de ellos son sólo en verano: Meixoeiro, Comarcal de Valdeorras, Comarcal Da Barbanza, Verín, Virxe da Xunqueira y Da Costa.

La relación con Atención Primaria es heterogénea y centrada en tres apartados: asistencia al Centro de Salud, consulta telefónica o reuniones de formación. La Tabla 5 recoge la distribución de dichos parámetros por hospital.

Otras actividades llevadas a cabo desde los SMI son variadas: el HULA tiene una Unidad de Insuficiencia Cardíaca con contacto telefónico con Atención Primaria; en el Hospital Comarcal de Monforte el registro Holter es labor de los internistas; en el Hospital Da Costa un internista realiza las endoscopias digestivas y en el Hospital Comarcal Da Bar-

banza los internistas de manera ocasional hacen guardia de hemodiálisis.

Discusión

La Medicina Interna en España, por sus características más generalistas, es una de las especialidades con mayor implantación en los hospitales³. Según datos publicados en 2005 en el área INSALUD era de 2,5 internistas/100 camas y 4/100 en los comarcales³. En los hospitales del SERGAS la relación actual es superior, con un ratio de 5,5 internistas / 100 camas y en los comarcales de 7,6 internistas / 100 camas. El número de camas de Medicina Interna respecto al número total de cada hospital es variable dependiendo del tamaño del centro hospitalario, su ubicación y la especialización de dicho centro³, y además tienen un gran margen de variabilidad debido a la política local de gestión de recursos del propio centro y a la organización del mismo como hemos comprobado con los resultados del presente estudio. Según el estudio Socioprofesional de la Medicina Interna en España³, en los hospitales comarcales el número de camas a cargo de Medicina Interna no debe ser inferior

al 33%, en los hospitales medios al 15% y en los de alta especialización al 10%. En Galicia los Servicios de Medicina Interna de los hospitales públicos cumplen esta recomendación, gestionando de media el 20% de las camas de los centros de área y referencia y el 36% de las camas de los hospitales comarcales.

Los internistas gallegos atienden a uno de cada cuatro o cinco pacientes hospitalizados, cifras similares a las publicadas recientemente sobre los hospitales nacionales del sistema público de salud¹ y algo mayores a las publicadas previamente². Cada médico internista es responsable de 195 pacientes ingresados cada año. Estos datos confirman la manifiesta importancia de la especialidad en la atención hospitalaria de nuestra Comunidad Autónoma.

El internista posee un papel clásico como generalista hospitalario por su visión holística de los pacientes, capacidad integradora y mayor eficiencia a la hora de tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas, que lo hacen imprescindible en los hospitales comarcales y fundamental en los hospitales de área y referencia. Pero además cuenta con un plus al ejercer de "superespecialista" en patologías o áreas que carecen de titulación específica o formación reglada como puede ser hipertensión, riesgo vascular, crónicos, cuidados paliativos, infecciosas y hospitalización a domicilio entre otras muchas; este papel se vuelve también imprescindible en los hospitales de referencia y en muchos hospitales de área. La superespecialización, a la que se debe llegar a través de las Áreas de Capacitación Específica, debe ser un valor añadido a nuestro trabajo sin perder la condición intrínseca de internistas, que es la del médico que atiende globalmente al paciente. En el SERGAS las secciones o unidades que se incluyen en los SMI son múltiples y variadas, dependiendo de la complejidad del centro y de la política de salud desarrollada, lo que coincide con lo reflejado en otros estudios³. En nuestra Comunidad Autónoma, once de los catorce hospitales tiene alternativas a la hospitalización convencional, superando la realidad del resto de hospitales nacionales del Sistema Público de Salud¹. La más frecuente es la de Unidad de Cuidados Paliativos que está presente en casi la mitad de los centros. También en el resto de los hospitales de España¹ estas unidades son las más frecuentes. Por otro lado, la hospitalización domiciliaria es una unidad específica en el 34% de los hospitales del Sistema Público de Salud¹ pero sólo el 30% dependen de Servicios de Medicina Interna. Nuestro estudio confirma que en los centros del SERGAS sólo el 7% dependen de MI. Otra alternativa a la hospitalización convencional, las Unidades de Corta Estancia, están implantadas en algo más de la tercera parte de nuestros hospitales.

La media de la estancia global fue de 9,8 días, algo menor que la publicada en otros estudios nacionales, que resultó de 10 días^{2,3} y 11,8 días⁴; la obtenida por los hospitales comarcales fue ligeramente menor, 9,6 días, coincidiendo con lo recogido en otros trabajos^{2,4}; este hecho probablemente ocurra, al menos en parte, porque estos hospitales atiendan a pacientes con patologías con mejor pronóstico, y aquellos más graves y complejos sean remitidos a hospitales de área o de referencia. Si comparamos nuestros datos con los nacionales la estancia de nuestros hospitales comarcales es mayor, superando ligeramente los 8,9 días de su media².

La atención continuada está organizada en todos los hospitales mediante la realización de guardias de presencia física. La media de 3,5 guardias mensuales es similar a la recogida por otros estudios nacionales¹. La carga de trabajo que se soporta en ellas es muy variable dependiendo de las características concretas de cada hospital.

La actividad ambulatoria ha sido más difícil de evaluar al existir algunas respuestas menos estructuradas, en ocasiones amplias y en algunos casos poco concretas. La consulta monográfica más habitual es la consulta de enfermedades infecciosas incluida la infección por VIH, lo que coincide con otros estudios¹. Sólo uno de nuestros hospitales tiene consulta de alta resolución; este tipo de consultas parecen esenciales para disminuir los ingresos inadecuados y para agilizar el diagnóstico de patologías graves y así mejorar la eficiencia de nuestro trabajo. Respecto al tiempo asignado en consultas externas, los tiempos medios asignados para un paciente nuevo, de 30 minutos, y para una revisión de 15 minutos, son los que se consideran adecuados¹.

Entre las funciones asistenciales de especialista en Medicina Interna figura la de dar respuesta a las consultas que se le hacen desde otros servicios fundamentalmente quirúrgicos, médico-quirúrgicos y psiquiátricos⁵. La resolución de estas interconsultas conlleva una sobrecarga asistencial poco estudiada^{6,7}. Es necesario recoger esta información de manera estandarizada puesto que supone una parte importante y progresivamente mayor del trabajo que realizamos los internistas. Conocer con precisión estos datos ayudaría a determinar cuál es la organización más eficiente. En el 71,4% de los Servicios de Medicina Interna gallegos esta tarea se reparte entre los distintos médicos del servicio; ningún servicio tiene facultativo asignado en jornada completa y sólo un centro tiene un staff a tiempo parcial. La diferencia es evidente con otros hospitales nacionales, donde el 25% tienen adjunto a tiempo completo y el 42% a tiempo parcial¹.

Respecto a la relación con Atención Primaria, 4 de los 14 hospitales no tienen ninguna relación con el primer escalón

sanitario; y de los 10 que sí la tienen, un tercio de ellos es sólo una relación formativa con participación conjunta en cursos de formación. La colaboración con Primaria, especialmente en el ámbito asistencial debería estar más extendida porque mejora la eficacia y la eficiencia de la atención de los pacientes. Sin embargo los dos niveles parece que se desconocen e históricamente mantienen un distanciamiento en la comunicación y coordinación profesional y asistencial, que hace que la fragmentación de la asistencia sanitaria se convierta en uno de los mayores problemas del Sistema sanitario.⁵

La principal limitación de este estudio deriva de la propia naturaleza del método de obtención de los datos, una encuesta, cuyos resultados pueden obedecer a interpretaciones diferentes de las cuestiones presentadas, y existir una importante carga de subjetividad y sinceridad en las respuestas¹. A pesar de ello, su valor estriba en ser el primer trabajo que se realiza en Galicia que analiza y da a conocer diferentes aspectos de la organización asistencial de los Servicios de Medicina Interna de los hospitales públicos. Además la participación en esta encuesta ha sido elevada ya que disponemos de los datos de 14 de los 16 hospitales del SERGAS.

Los resultados de este trabajo confirman la gran relevancia de los Servicios de Medicina Interna en la atención sanitaria hospitalaria de la población gallega, con responsabilidad directa en el cuidado de pacientes mayor que el observado en la media de los hospitales nacionales. Este dato debe servir para transmitir la importancia de nuestra especialidad a los gestores sanitarios y a otros especialistas médicos.

Otro aspecto muy significativo de este trabajo ha sido conocer las coincidencias y diferencias que existen en el funcionamiento de los distintos Servicios de Medicina Interna, que no guardan relación sólo con el tamaño del hospital, y

constatar que existe una gran heterogeneidad tanto en la organización como en el funcionamiento de los mismos. La historia de cada hospital y el desarrollo de cada uno de ellos son factores que explican, al menos en parte, estas diferencias. Además, la propia naturaleza del médico internista, con una sólida formación general, que le permite adaptarse a las distintas circunstancias y necesidades locales de atención sanitaria de la población y adaptarse también a los cambios que ocurren a lo largo del tiempo, contribuyen también a la diversidad del internismo gallego.

El conocer estos hechos nos permite saber cómo realizamos nuestro trabajo, compararnos, detectar defectos en nuestra organización o método, encontrar oportunidades de mejora, y modificar y mejorar nuestra práctica clínica diaria para seguir avanzando en el mejor cuidado de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Losa, J.E, Zapatero, A, Barba, R, Marco J, Plaza S, Canora J. Encuesta SEMI sobre la oferta asistencial de los internistas en los hospitales del Sistema Público de Salud. *Rev Clin Esp.* 2011; 211(5): 223-32.
2. Barba Martín R, Marco Martínez J, Emilio Losa J, Canora Lebrato J, Plaza Canteli S, Zapatero Gaviria A. Análisis de 2 años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Rev Clin Esp.* 2009;209(10):459-66.
3. Alfredo del Campo Martín. Sociedad Española de Medicina Interna. Estudio Socioprofesional de la Medicina Interna en España: Prospectiva 2010. Dirección del estudio: Medical Science Service. 2005. p. 21-22.
4. De San Román y de Terán CM, Guijarro Merino R. Servicios hospitalarios de Medicina Interna. Una descripción de la actividad en el Sistema Público de Andalucía en 2002. *Rev Clin Esp.* 2006; 206 (1): 4-11.
5. La Medicina Interna como modelo de práctica clínica. Sociedad Gallega de Medicina Interna. 2009. p. 179 ISBN: 9788461261000
6. García Lázaro M, Lucena Merino M.M, Montero Pérez- Barquero M, Sanchez Guijo P. Estudio de la actividad asistencial de Medicina Interna en relación a las interconsulta *An. Med. Interna (Madrid).* 2003; 20 (10): 510-514.
7. Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Rigueiro Veloso MT, García Pais MJ, Casariego Vales E, Guerrero Lombardía J. Papel del internista como consultor de servicios quirúrgicos. *Rev Clin Esp.* 2004; 204 (7): 345-50.

Hepatitis autoinmune precedida por infección aguda por citomegalovirus en una mujer inmunocompetente

Autoimmune hepatitis preceded by acute cytomegalovirus infection in an immunocompetent woman

María Vares González, Lucía Ramos Merino, Mar Martínez Quintanilla, Ramón Freire Martínez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC). SERGAS. A Coruña

Introducción

El diagnóstico diferencial de las hepatitis es amplio y complejo, y con mucha frecuencia corresponde al médico internista filiar la etiología de la misma. De etiopatogenia no claramente establecida, lo que caracteriza a la hepatitis autoinmune (HAI) es la pérdida de tolerancia inmune frente a los antígenos de los hepatocitos, conduciendo a la destrucción del parénquima hepático por linfocitos T autorreactivos. El papel de ciertos virus como factores favorecedores de la disregulación autoinmune ha sido propuesto previamente, en base a lo demostrado por los estudios de investigación y a la evidencia clínica. A continuación se expone un caso de HAI precedido por una infección aguda por CMV, lo que otorga al caso un interés particular, pues su incidencia es excepcional, existiendo sólo tres casos recogidos en la literatura (dos de ellos en pacientes sanos de 17 años^{1,2}, y otro en un varón inmunodeprimido trasplantado de médula ósea³).

Caso clínico

Mujer de 62 años sin antecedentes personales relevantes que tres años antes había consultado en un médico privado por astenia y síndrome febril siendo diagnosticada de infección aguda por citomegalovirus (CMV). Recibió tratamiento sintomático. En relación con ese episodio aportaba las siguientes pruebas complementarias: AST 705 UI/L (valores normales (VN) 5-40 UI/L), ALT 993 UI/L (VN 5-45 UI/L), GGT 163 UI/L (VN 8-61), FA 316 UI/L (VN 91-258 UI/L), IgM CMV + (10.77), IgG CMV + (6.7), PCR CMV (+), AMA y anti-LKM negativos, SMA 1/20 (título no significativo), ecografía compatible con hepatomegalia. Desde entonces había presentado dos episodios de malestar y coluria que se habían resuelto espontáneamente asociando epistaxis frecuente y sensación de astenia progresiva. Consulta en esta ocasión por epistaxis persistente de 48 horas de evolución. Las constantes vitales eran las siguientes: TA 120/80 mmHg, FC 90 lpm, T^a 36.2°C, eupneica. En la exploración física destacaba discreta palidez cutáneo-mucosa. Analíticamente: Hb 12 g/dL (VN 11.5-14.5 g/dL), VCM 97.9 fL (VN 80-99 fL), plaquetas 155 x 10⁹/L (VN 130-450 x 10⁹/L), leucocitos 6.4 x 10⁹/L (VN 4.5-10.5 x 10⁹/L), TP (coc) 1.4, AST 213 UI/L, ALT 222 UI/L, GGT 81 UI/L, FA 289 UI/L, Br 1.64 mg/dl (VN 0.1-1.3 mg/dL). La radiografía de tórax y el electrocardiograma no mostraron alteraciones. Se realizó

cauterización a nivel del plexo de Kiesselbach que resultó exitosa. Dada la presencia de alteraciones analíticas sugestivas de daño hepatocelular, y habiéndose descartado el consumo de tóxicos, fármacos o productos de herboristería se realizó un estudio protocolario destacando los siguientes hallazgos: IgM CMV + (5.6), IgG CMV+ (10.2), PCR CMV (-), SMA + (1/80), LKM + (1/60), IgG 4260 (VN 751-1560 mg/dL), FR 286 UI/mL (VN < 20 UI/ml), alfafglobulina 3.28 (VN < 1.34 g/dL). El resto de serologías de virus hepatotropos (VHA, VHB, VHC, VEB) fueron negativas. La aldolasa, la CPK y la TSH estaban dentro de la normalidad. El estudio de despistaje de hemocromatosis fue normal. La ecografía abdominal mostró un hígado muy atrófico, de estructura heterogénea y con áreas de fibrosis compatible con cirrosis. La paciente rechazó la realización de biopsia hepática. Pese a ello, según los criterios diagnósticos cuantificados mediante el "Score del Grupo Internacional de Hepatitis Autoinmune" (ver tabla 1⁴) nuestra paciente sumaba un total de 16 puntos lo que corresponde con el diagnóstico definitivo de HAI⁵. Se inició tratamiento con prednisona a dosis de 30 mg/día durante 2 semanas, con disminución posterior a 10 mg/día. Un mes después del inicio del tratamiento, la FA y la Br se habían normalizado y la AST y ALT se encontraban discretamente por encima del límite superior de la normalidad. Clínicamente la paciente refería mejoría sintomática, sin sensación de astenia ni nuevos episodios de epistaxis.

Discusión

La hepatitis autoinmune (HAI) es un proceso de inflamación crónica a nivel hepático caracterizado por la presencia de hipergammaglobulinemia, autoanticuerpos y el hallazgo de necrosis erosiva periportal y centrolobulillar en el estudio histopatológico⁶.

La hipótesis etiopatogénica más aceptada defiende que en personas con una susceptibilidad genética determinada (HLA -DR3/DR4/B8, mutaciones en el gen AIRE...) y/o fallos en los mecanismos de inmunotolerancia (mutaciones en los linfocitos T reguladores-citotóxicos/células B) actuaría un desencadenante ambiental (virus, fármacos, tóxicos...), condicionando la pérdida de tolerancia frente a los autoantígenos hepáticos. En relación con el papel viral, la teoría más plausible es la del mimetismo molecular, según la cual

algunos antígenos víricos que presentan cierta homología con los autoantígenos producirían una reacción humoral cruzada, iniciando la producción de autoanticuerpos que conduce al daño tisular. A su vez, el ambiente proinflamatorio generado por el virus (mediado por la liberación de citoquinas), activaría a las células T autorreactivas, modificando el procesamiento y presentación de autoantígenos, jugando un papel crítico a la hora de perpetuar la generación de autoanticuerpos^{7,8}. Los virus que con mayor frecuencia desencadenan HAI corresponden a la familia de los herpesvirus y son el VHA⁹, seguido del VHB y el VHC. Con menos frecuencia han sido descritos en relación con infección por el VEB, el CMV, el VH-6 y el sarampión. En el caso concreto de nuestra paciente cabe destacar que la IgM positiva para CMV detectada se trata de un falso positivo, que podría estar justificado tanto por la presencia de un factor reumatoide extremadamente elevado, como por la producción humoral descontrolada en el contexto de la hipergammaglobulinemia policlonal que presentan estos enfermos. La posibilidad de determinar la carga viral del CMV mediante la PCR (reacción en cadena de la polimerasa) facilita la interpretación de la IgM del CMV. La HAI predomina en mujeres (7 veces más frecuente) y clínicamente puede manifestarse de forma fulminante o indolente, aunque lo habitual es un curso fluctuante. Como proceso autoinmune que es se encuentra asociada a otras enfermedades con esta misma patogenia. Las HAI se clasifican en función de los marcadores serológicos existentes en HAI tipo 1 (constituye el 80% de los casos y presenta autoanticuerpos ANA y/o SMA y/o SLA –posible factor de mal pronóstico-) y la tipo 2 (anticuerpos Anti LKM1-3 y/o LC1), aunque en muchas ocasiones existe autoinmunidad cruzada. Las indicaciones de tratamiento se encuentran recogidas en la tabla 2¹⁰. Los pilares terapéuticos son los inmunosupresores, fundamentalmente los córticoesteroides y la azatioprina.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de HAI
Score del Grupo Internacional de Hai

Sexo	Mujer	+2
FA/AST (o ALT)	>3 <1.5	-2 +2
γglogulina o IgG por encima de lo normal	>2 1.5-2 1.0-1.5 <1	+3 +2 +1 0
Titulos de ANA, SMA o anti LKM1	>1/80 1/80 1/40 <1/40	+3 +2 +1 0
AMA	+	-4
Marcadores virales	+ -	-3 +3
Drogas	Sí No	4 +1
Alcohol	< 25g/día >60 g/día	+2 -2
HLA	DR3 o DR4	+1
Enfermedad inmune	Tiroiditis, colitis	+2
Otros marcadores	Anti SLA, anti-actina, anti LC1, pANCA	+2
Datos histológicos	Hepatitis de interfase Plasmocitos Rosetas Ninguno de los previos Cambios biliares Otros cambios	+3 +1 +1 -5 -3 -3
Respuesta al tratamiento	Completa Recaída	+2 +3

PUNTUACIÓN PRE- TRATAMIENTO

Dxco. Definitivo: > 15 / Dxco. Probable: 10-15

PUNTUACIÓN POS-TRATAMIENTO

Dxco. Definitivo: > 17 / Dxco. Probable: 12-17

AMA, anticuerpos antimitocondriales; anti LC1, anticuerpos contra citosol hepático tipo 1; anti LKM1, anticuerpos contra microsomas hepáticos/renales tipo 1; anti SLA, anticuerpos contra el antígeno soluble hepático; ANA, anticuerpos antinucleares; FA:AST (o ALT) cociente, cociente entre la fosfatasa alcalina y la aspartato o alanina aminotransferasa; HLA, antígeno leucocitario humano; pANCA, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo, patrón perinuclear; SMA, anticuerpos antimúsculo liso.

Tabla 2. Indicaciones de tratamiento

INDICACIONES ABSOLUTAS (IA)	INDICACIONES RELATIVAS (IC)	CONTRAINDICACIONES
AST ≥ 10 veces LSN	Síntomas (fatiga, artralgias, picor...)	Asintomático con AST y gammaglobulina casi normales
AST ≥ 5 veces LSN y gammaglobulina ≥ 2 veces LSN	AST y/o gammaglobulina menor que los criterios absolutos	Cirrosis inactiva o hepatitis portal
AP: Necrosis multiacinar o en puentes	Hepatitis de interfase	Citopenia severa (leucocitos <2.5x10 ⁹ /L o plaquetas <50x10 ⁹ /L) o ausencia de actividad de la TPMT contraindica el uso de Azatioprina.
Síntomas incapacitantes	Osteopenia, inestabilidad emocional, HTA, DM o citopenia (leucocitos ≤ 2.5 x 10 ⁹ /L o plaquetas ≤ 50x10 ⁹ /L)	Compresión vertebral, psicosis, diabetes o HTA mal controladas, intolerancia conocida a la prednisona o a la azatioprina.

AST: aspartato aminotransferasa. LSN: límite superior de la normalidad. TPMT: tiopurina metiltransferasa

En casos de presentación aguda refractarios a tratamiento corticoideo durante dos semanas podría considerarse el trasplante hepático. En los pacientes mayores de 60 años, edad en la que debutan un 20% de las HAI, la respuesta a los corticoides suele ser buena (aunque deben utilizarse dosis menores, durante menos tiempo y prevenir la osteopenia), pero no existe experiencia suficiente que permita recomendar el uso de la azatioprina¹¹. El seguimiento debe realizarse mediante ecografía y alfa-feto cada 6-12 meses (evidencia C), siendo controvertida la necesidad de realizar biopsia hepática de control a los 2 años del diagnóstico. El objetivo fundamental del tratamiento es la resolución de los síntomas y la normalización de la Br y la FA. Los autoanticuerpos no tienen papel en la monitorización. La presencia de cirrosis es el principal factor de mal pronóstico¹².

Bibliografía

1. Mouelhi L, Debbèche R, Salem M, Bouzaidi S, Mekki H, Houissa F, Said Y et al. Autoimmune hepatitis type 1 triggered by cytomegalovirus infection. One case report. *Tunis Med.* 2010; 88 (9): 674-7.
2. Castellote J, Güell E, Porta F. Autoimmune hepatitis following cytomegalovirus infection. *Med Clin (Barc).* 2001; 117 (2): 76.
3. Kamisato T, Tsubaki K, Adachi Y. Autoimmune hepatitis after cytomegalovirus infection in a bone marrow-transplanted patient. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 1238-1239.
4. Álvarez F, Berg PA, Bianchi FB, Bianchi L, Burroughs AK, Cancado EL et al. International Autoimmune Hepatitis Group Report: review of criteria for diagnosis of autoimmune hepatitis. *J Hepatol* 1999; 31: 929-938.
5. Czaja AJ. Comparability of probable and definite autoimmune hepatitis by international diagnostic scoring criteria. *Gastroenterology.* 2011; 140 (5): 1472-80.
6. Autoimmune Hepatitis. Edward L, Krawitt EL. *N Engl J Med.* 2006; 354 (1): 54-66.
7. Oo YH, Hubscher SG, Adams DH. Autoimmune hepatitis: new paradigms in the pathogenesis, diagnosis, and management. *Hepatol Int.* 2010; 4 (2): 475-93.
8. Vogel A, Manns MP, Strassburg CP. Autoimmunity and viruses. *Clin Liver Dis.* 2002; 6 (3): 739-53.
9. Del Pozo D, Cano A, Peña E, Miquel J, Valer M, Alemán S, Merino J. Autoimmune hepatitis with prolonged IgM antibodies to HAV. Are serological markers reliable in ruling out a diagnosis of autoimmune hepatitis? *Gastroenterol Hepatol.* 2001; 24 (8): 387-9.
10. Manns MP, Czaja AJ, Gorham JD, Krawitt EL, Mieli-Vergani G, Vergani D, Vierling JM; American Association for the Study of Liver Diseases. Diagnosis and management of autoimmune hepatitis. *Hepatology.* 2010; 51(6): 2193-213.
11. Czaja AJ. Clinical features, differential diagnosis and treatment of autoimmune hepatitis in the elderly. *Drugs Aging.* 2008; 25 (3): 219-39.
12. Feld JJ, Dinh H, Arenovich T, Marcus VA, Wanless IR, Heathcote EJ. Autoimmune hepatitis: effect of symptoms and cirrosis on natural history and outcome. *Hepatology.* 2005; 42(1): 53-62.

Masa pulmonar y adenopatías en paciente fumador

Pulmonary mass and lymphadenopathies in a smoker patient

Rebeca Longueira, Bernardo Sopeña, José Luis García-Tejedor, José Luis Lamas

Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI). SERGAS. Vigo

Introducción

La legionelosis es una enfermedad neumónica aguda causada por un bacilo gramnegativo del género *Legionella*, el más habitual de los cuales es *Legionella pneumophila*. Sus manifestaciones clínicas inespecíficas y los hallazgos radiográficos, clásicamente descritos como infiltrados pulmonares pero también variables, dificultan su diagnóstico. Describimos a continuación un caso con presentación clínica y radiológica inusual, simulando una neoplasia pulmonar.

Caso clínico

Varón de 63 años, fumador importante sin otros antecedentes de interés, que consultó por síndrome constitucional de 2 meses de evolución con pérdida de 15 kilogramos de peso. En los últimos días presentó fiebre alta y polidipsia. A su llegada a Urgencias el paciente estaba febril, taquipneico, con saturación basal de O₂ del 82% y crepitantes gruesos en el hemitórax izquierdo. Analíticamente destacaban los siguientes valores: leucocitos 20.610 células/ul (normal: 3.500-10.800) con 94% polimorfonucleares, glucosa 527 mg/dl (normal: 73-100), sodio 153 meq/L (normal: 135-145), GOT 223 UI/L (normal: 4-37), GPT 124 UI/L (normal: 4-38), CPK 3.427 UI/L (normal: 0-170). La radiografía de tórax mostró una masa parahiliar izquierda (figura 1). La tomografía computarizada (TC) torácica de alta resolución con angio-TC realizada 24 horas después, objetivó una masa adenopática en esa misma localización, que englobaba y desplazaba la arteria y bronquio lobar inferior, con adenopatías subcarinales y pretraqueales izquierdas de tamaño valorable, y consolidación lóbulo inferior izquierdo asociada (figura 2). La sospecha inicial principal fue de carcinoma pulmonar con afectación ganglionar y neumonitis postobstructiva asociada, aunque se procedió a un exhaustivo estudio para excluir también otras patologías. Se realizó una broncoscopia diagnóstica en la que no se observaron lesiones endobronquiales, con recogida de muestras para determinación de *Mycobacterium tuberculosis*, cultivo ordinario y Lowenstein, siendo todos estos estudios negativos. El lavado broncoalveolar y la biopsia transbronquial no mostraron alteraciones, y la punción transtraqueal de las adenopatías mostró únicamente cambios reactivos, sin evidencia de granulomas. Desde su ingreso el paciente fue tratado con ceftriaxona a dosis de 2 gr/día y azitromicina 500 mg/día, con lo cual evolucionó de forma excelente, con resolución clínica y radiológica de las alteraciones descritas en los estudios previos. Las serologías para *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamidia pneumoniae* y *Coxiella burnetti* fueron negativas, pero la IgM para *Legionella pneumophila* resultó positiva, con una IgG negativa. El antígeno de *Legionella* en orina también resultó positivo. Tras 5 meses de seguimiento, el paciente continúa asintomático.

Discusión

La *Legionella* es un bacilo gramnegativo que se encuentra en el medio acuático, en una gran variedad de hábitats diferentes. Hasta la fecha, se han identificado más de 49 especies, siendo la *Legionella pneumophila* la más habitual, y la causante de la enfermedad neumónica aguda denominada legionelosis, con predominio en pacientes inmunocomprometidos y fumadores¹. Aunque los hallazgos radiográficos de esta entidad son variados y no específicos, las consolidaciones parcheadas periféricas en más de un lóbulo son la imagen inicial más habitual en la radiografía de tórax^{2,3}. Las adenopatías reactivas hiliares o mediastínicas de tamaño significativo son un hallazgo excepcional en la neumonía por *Legionella*^{1,3}. Aunque en la serie de Kim y colaboradores el TC torácico detectó adenopatías patológicas en un 40% de los casos, en ninguno de estos pacientes las adenopatías eran visibles en la radiografía simple⁴. En otras series de neumonía por *Legionella* estudiadas por TC de tórax no se recoge la presencia adenopatías significativas en ningún caso^{5,7}. En nuestro paciente la radiografía simple inicial mostró una masa parahiliar izquierda sin consolidación asociada, por lo que se sospechó un carcinoma pulmonar.

Figura 1. Masa que se proyecta sobre el hilio izquierdo con sutil aumento de densidad basal izquierdo

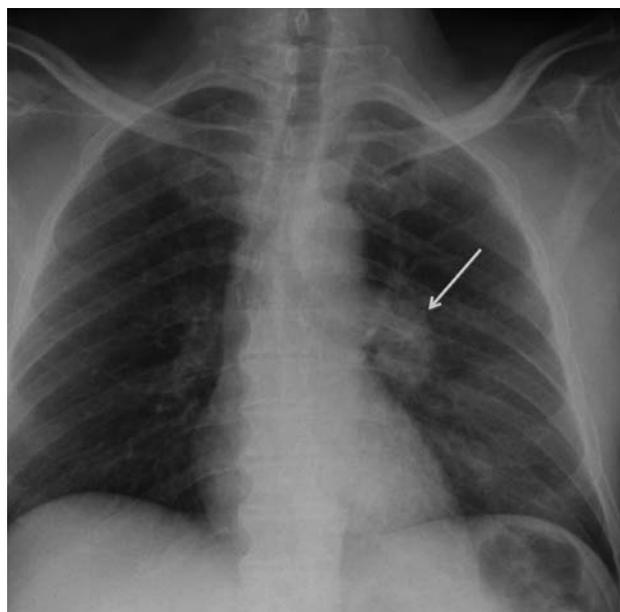
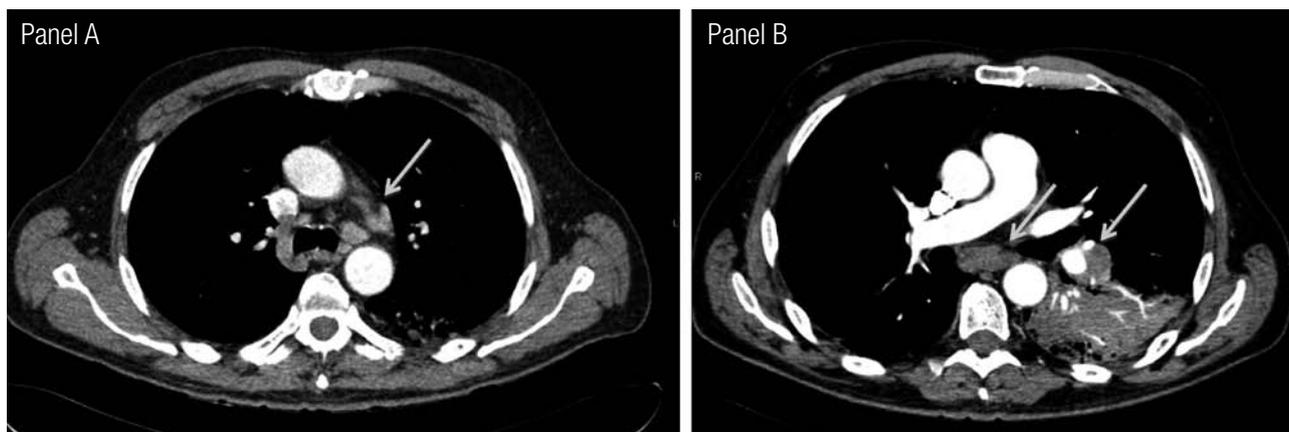


Figura 2. Extensas adenopatías:

Panel A paratraqueales izquierdas. Panel B hiliares y subcarinales izquierdas de tamaño significativo con lesión alveolar en todo el lóbulo inferior



Es conocido que un 10% de las neumonías por *Legionella* pueden tardar hasta 72 horas en mostrar un infiltrado pulmonar identificable en la radiografía de tórax⁽²⁾, sin embargo, en la literatura revisada, no hemos encontrado ningún caso de masas adenopáticas, como forma de presentación de una neumonía por este patógeno. Durante la broncoscopia se realizó una punción transtraqueal de las adenopatías, que sólo mostró hiperplasia reactiva, documentándose resolución de las mismas en el estudio de TC torácico de control. Por todo ello y a pesar de los pocos datos existentes hasta la fecha, debemos tener presente que la neumonía por *Legionella* puede presentarse con grandes conglomerados de adenopatías, incluso simulando una masa pulmonar. Esto, unido a la clínica atípica de la que se puede acompañar, hace que esta entidad deba tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de lesiones pulmonares sugestivas de neoplasia pero sin evidencia de malignidad en el estudio.

Bibliografía

1. Benito JR, Montejo JM, Cancelo L, Zalacain R, Lopez L, Fernandez Gil de Pareja J, et al. [Community-acquired pneumonia due to *Legionella pneumophila* serogroup 1. Study of 97 cases]. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003; 21: 394-400.
2. Fairbank JT, Patel MM, Dietrich PA. Legionnaires' disease. *J Thorac Imaging* 1991; 6: 6-13.
3. Tan MJ, Tan JS, Hamor RH, File TM, Jr., Breiman RF. The radiologic manifestations of Legionnaire's disease. The Ohio Community-Based Pneumonia Incidence Study Group. *Chest* 2000; 117: 398-403.
4. Kim KW, Goo JM, Lee HJ, Lee HY, Park CM, Lee CH, et al. Chest computed tomographic findings and clinical features of legionella pneumonia. *J Comput Assist Tomogr* 2007; 31: 950-5.
5. Hui Y, Higa F, Hibiya K, Furugen M, Sato Y, Shinzato T, et al. Computed tomographic features of 23 sporadic cases with *Legionella pneumophila* pneumonia. *Eur J Radiol* 2010; 74: e73-8.
6. Yagyu H, Nakamura H, Tsuchida F, Sudou A, Kishi K, Oh-ishi S, et al. Chest CT findings and clinical features in mild *Legionella* pneumonia. *Intern Med* 2003; 42: 477-82.
7. Sakai F, Tokuda H, Goto H, Tateda K, Johkoh T, Nakamura H, et al. Computed tomographic features of *Legionella pneumophila* pneumonia in 38 cases. *J Comput Assist Tomogr* 2007; 31: 125-31.

medicamentos **Xenéricos**

ou marca de menor prezo **A RECEITA COA QUE GAÑAS TI
E GAÑAMOS TODOS**

100% **calidade**

100% **seguridade**



100% **eficacia**

**MELLORA A
SANIDADE PÚBLICA**



XUNTA DE GALICIA

Imágenes en medicina

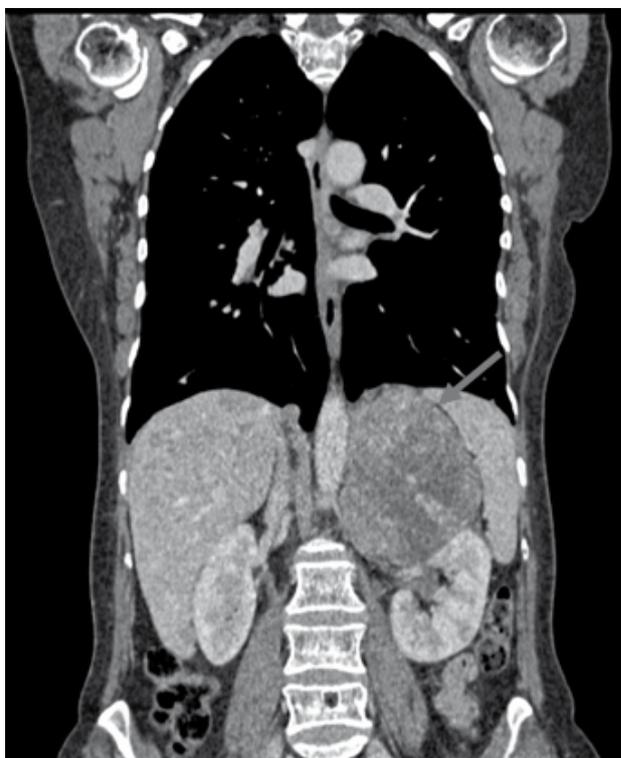
Una causa infrecuente de hipertensión arterial

A rare cause of arterial hypertension

Mujer de 62 años sin antecedentes de interés que acudió repetidas veces a Urgencias en el último mes por crisis de hipertensión arterial, que se acompañaba de edemas en miembros inferiores. En la analítica únicamente destacaba una hipopotasemia de reciente aparición (2.9 meq/l).

Ante estos hallazgos y posterior aparición de dolor en hemiabdomen izquierdo se realizó una tomografía axial computarizada abdominal, que mostró una gran masa heterogénea de 10x10 cm de diámetro a nivel de la glándula suprarrenal izquierda, así como lesiones hepáticas, pulmonares y óseas sugestivas de enfermedad metastásica. Se realizó una punción aspiración con aguja fina de la masa suprarrenal, que confirmó el diagnóstico de carcinoma de corteza suprarrenal. El estudio hormonal reveló niveles aumentados de DHEA-sulfato (5.345 ngr/ml), cortisol basal (47,8 ugr/100 ml), cortisol libre urinario (1.389,05 ugr/día) y aldosterona (366,46 pgr/ml). Se relacionó la clínica (edemas periféricos, las crisis hipertensivas y la hipopotasemia de reciente aparición) con la naturaleza hiperfuncionante del tumor.

A pesar de iniciar tratamiento quimioterápico con mitotane, la paciente evolucionó de forma desfavorable, falleciendo un mes después en relación con hemorragia en las metástasis hepáticas.



Diagnóstico

Carcinoma de corteza suprarrenal

Rebeca Longueira Suárez, Bernardo Sopena
Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral.
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI). SERGAS. Vigo

Como citar este artículo: Longueira Suárez R, Sopena B
Una causa infrecuente de hipertensión arterial. *Gaceta Clínica* 2012; 73 (2): 70

Recibido: 07/08/2011; Aceptado: 25/10/2011

 **PARAPRES® PLUS 16**
CANDESARTÁN 16 mg + HCTZ 12,5 mg

 **PARAPRES® PLUS 32**
CANDESARTÁN 32 mg + HCTZ 12,5 mg

 **PARAPRES® PLUS FORTE**
CANDESARTÁN 32 mg + HCTZ 25 mg

- **Parapres®** demuestra mayor eficacia antihipertensiva que otros ARA II.¹
- **Parapres®** ofrece protección cardiovascular demostrada a lo largo de todo el "continuum".²
- En tratamiento de inicio **Parapres® Plus Forte** controla la presión arterial en **3 de cada 4 pacientes hipertensos**.³
- En pacientes hipertensos no controlados con monoterapia **Parapres® Plus 32** controla al 59,4% y **Parapres® Plus Forte** al 63,4% de sus pacientes.⁴
- **Parapres® Plus 16**, **Parapres® Plus 32** y **Parapres® Plus Forte** son combinaciones **seguras y bien toleradas**.⁵

Cobertura más allá de las 24 horas.
Protección ante el olvido ocasional.⁶

Un único comprimido que facilita el cumplimiento del tratamiento.⁷



FICHA TÉCNICA: 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: PARAPRES® 4 mg comprimidos, PARAPRES® 8 mg comprimidos, PARAPRES® 16 mg comprimidos PARAPRES® 32 mg comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada comprimido contiene 4 mg, 8 mg, 16 mg o 32 mg de candesartán cilexetilo. Lista completa de excipientes, ver sección 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** PARAPRES® 4 mg Comprimidos son comprimidos redondos, ranurados por ambas caras de color blanco. PARAPRES® 8 mg Comprimidos son comprimidos redondos, ranurados por ambas caras de color rosa pálido. PARAPRES® 16 mg Comprimidos son comprimidos de color rosa pálido con una cara convexa marcada con 16 y otra cara plana ranurada. PARAPRES® 32 mg Comprimidos son comprimidos de color rosa pálido con dos caras convexas, una marcada con 32 y la otra con una ranura. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1. Indicaciones terapéuticas.** Hipertensión esencial. Tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca y reducción de la función sistólica ventricular izquierda (fracción de eyección del ventrículo izquierdo $\leq 40\%$) como tratamiento añadido a los inhibidores de la ECA o cuando los inhibidores de la ECA no se toleren (ver apartado Propiedades farmacodinámicas). **4.2. Posología y forma de administración. Posología para hipertensión.** La dosis inicial recomendada y la dosis habitual de mantenimiento es de 8 mg una vez al día. La dosis puede aumentarse a 16 mg una vez al día. Si tras 4 semanas de tratamiento con 16 mg una vez al día, la tensión arterial no está suficientemente controlada, la dosis puede aumentarse de nuevo hasta un máximo de 32 mg una vez al día (ver sección 5.1 Propiedades farmacodinámicas). Si con esta dosis no se consigue controlar la tensión arterial, deben considerarse tratamientos alternativos. El tratamiento deberá ajustarse en función de la respuesta de la tensión arterial. El efecto antihipertensivo máximo se alcanza dentro de las 4 semanas en que se ha iniciado el tratamiento. **Uso en ancianos.** No es necesario un ajuste inicial de la dosis en pacientes ancianos. **Uso en pacientes con reducción del volumen intravascular.** Se puede considerar una dosis inicial de 4 mg en pacientes con riesgo de hipotensión, tales como pacientes con una posible reducción del volumen intravascular (Ver también sección 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Uso en pacientes con función renal alterada.** En pacientes que presentan una alteración de la función renal, incluidos pacientes sometidos a hemodiálisis, la dosis inicial es de 4 mg. La dosis debe ir ajustándose de acuerdo a la respuesta. Se dispone de una experiencia limitada en pacientes con insuficiencia renal de carácter muy grave o terminal (Cl creatinina < 15 ml/min). Ver sección 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo. **Uso en pacientes con función hepática alterada.** En pacientes que presentan una alteración de la función hepática de carácter leve a moderado se recomienda una dosis inicial de 2 mg una vez al día. La dosis deberá ajustarse de acuerdo a la respuesta. No existe experiencia en pacientes con insuficiencia hepática grave. **Tratamiento concomitante.** Se ha demostrado que la adición de un diurético tipo tiazida como la hidroclorotiazida ejerce un efecto antihipertensivo aditivo con Parapres®. **Uso en pacientes de raza negra.** El efecto antihipertensivo de candesartán es menor en pacientes de raza negra que en pacientes de otras razas. Por tanto, en pacientes de raza negra puede ser necesario, con más frecuencia que en pacientes de otras razas, aumentar la dosis de Parapres® y de los tratamientos concomitantes para controlar la presión arterial (ver sección 5.1 Propiedades farmacodinámicas). **Posología para insuficiencia cardíaca.** La dosis inicial habitualmente recomendada de Parapres® es 4 mg una vez al día. La titulación hasta la dosis máxima de 32 mg una vez al día o hasta la dosis máxima tolerada debe realizarse doblando la dosis a intervalos de al menos 2 semanas (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo). Poblaciones especiales de pacientes. No es necesario un ajuste inicial de la dosis en pacientes ancianos o en pacientes con reducción del volumen intravascular, con insuficiencia renal o con insuficiencia hepática leve a moderada. **Tratamiento concomitante.** Parapres® puede administrarse con otros tratamientos para la insuficiencia cardíaca, incluyendo inhibidores de la ECA, beta-bloqueantes, diuréticos y digitales o una combinación de dichos medicamentos (ver también las secciones 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo y 5.1 Propiedades Farmacodinámicas). **Administración.** Parapres® se tomará una vez al día con o sin comida. **Uso en niños y adolescentes.** No se ha establecido la seguridad y eficacia de Parapres® en niños y adolescentes (menores de 18 años). **4.3. Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a candesartán cilexetilo o a cualquiera de los excipientes. Embarazo y lactancia (ver sección 4.6 Embarazo y lactancia). Insuficiencia hepática grave y/o colestasis. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo. Insuficiencia renal.** Al igual que con otros agentes inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona, cabe esperar que se produzcan cambios en la función renal en pacientes sensibles tratados con Parapres®. Cuando Parapres® sea administrado a pacientes hipertensos con insuficiencia renal, se recomienda la realización de controles periódicos de los niveles de potasio sérico y de creatinina. Se dispone de una limitada experiencia en pacientes con insuficiencia renal muy grave o terminal (Cl creatinina < 15 ml/min.). En estos pacientes, Parapres® debe ser cuidadosamente ajustado con una minuciosa monitorización de la presión arterial. La evaluación de los pacientes con insuficiencia cardíaca debe incluir controles periódicos de la función renal, especialmente en ancianos a partir de 75 años de edad y pacientes con función renal alterada. Durante el ajuste de la dosis de Parapres® se recomienda realizar controles periódicos de los niveles séricos de potasio y de creatinina. En los ensayos clínicos en insuficiencia cardíaca no se incluyeron pacientes con niveles de creatinina sérica >265 $\mu\text{mol/l}$ (>3 mg/dl). **Tratamiento concomitante de la insuficiencia cardíaca con inhibidores de la ECA.** Cuando se emplea candesartán en combinación con un inhibidor de la ECA, el riesgo que se produzcan reacciones adversas, especialmente alteración de la función renal e hipotensión, puede aumentar (ver sección 4.8 Reacciones adversas). Los pacientes que estén recibiendo dicho tratamiento deberán ser monitorizados regular y cuidadosamente. **Hemodiálisis.** Durante la diálisis la presión arterial puede ser especialmente sensible al bloqueo de los receptores AT1 como resultado de la reducción del volumen plasmático y la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Por lo tanto, debe ajustarse cuidadosamente la dosis de Parapres® mediante una monitorización minuciosa de la presión arterial en pacientes sometidos a hemodiálisis. **Estenosis de la arteria renal.** Otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, por ejemplo los medicamentos inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA), pueden incrementar la urea sanguínea y la creatinina sérica en pacientes con estenosis de la arteria renal bilateral o unilateral en casos de riñón único. Cabe esperar un efecto similar con antagonistas de los receptores de la angiotensina II. **Trasplantados renales.** No se dispone de experiencia en la administración de Parapres® a pacientes sometidos a trasplante renal reciente. **Hipotensión.** En pacientes con insuficiencia cardíaca puede producirse hipotensión durante el tratamiento con Parapres®. Como se ha descrito para otros agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona, esto también puede producirse en pacientes hipertensos con una reducción del volumen intravascular (por ejemplo, en aquellos pacientes que reciben altas dosis de diuréticos). Debe tenerse precaución al iniciar el tratamiento e intentar corregir la hipovolemia. **Anestesia y cirugía.** En los pacientes tratados con antagonistas de la angiotensina II, puede aparecer hipotensión durante la anestesia y la cirugía debido al bloqueo del sistema renina-angiotensina. Muy raramente, la hipotensión puede ser tan grave como para requerir la administración de fluidos intravenosos y/o vasopresores. **Estenosis aórtica y de la válvula mitral (cardiomiopatía hipertrofica obstructiva).** Al igual que con otros vasodilatadores, debe tenerse especial precaución en pacientes con estenosis aórtica o de la válvula mitral hemodinámicamente importante, o con cardiomiopatía hipertrofica obstructiva. **Hiperaldosteronismo primario.** Generalmente, los pacientes con hiperaldosteronismo primario no responden a medicamentos antihipertensivos que actúan mediante la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Por ello, no se recomienda el uso de Parapres®. **Hiperpotasemia.** En base a la experiencia con el uso de otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, el uso concomitante de Parapres® y diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan causar un aumento de los niveles de potasio (como la heparina) pueden dar lugar a un incremento del potasio sérico en pacientes hipertensos. En pacientes con insuficiencia cardíaca tratados con Parapres® puede producirse hiperpotasemia. Durante el tratamiento con Parapres® en pacientes con insuficiencia cardíaca se recomienda el control periódico de potasio sérico, especialmente cuando se administra de forma concomitante con inhibidores de la ECA y diuréticos ahorradores de potasio como la espironolactona. **General.** En pacientes en los que el tono vascular y la función renal dependen predominantemente de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona (p.ej. pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva grave o enfermedad renal subyacente, incluyendo estenosis de la arteria renal), el tratamiento con otros medicamentos que afectan este sistema se ha asociado a hipotensión aguda, azotemia, oliguria, o raramente, insuficiencia renal aguda. La posibilidad de efectos similares no puede excluirse con antagonistas de receptores de la angiotensina II. Al igual que con otros agentes antihipertensivos, un descenso excesivo de la tensión arterial en pacientes con cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular isquémica puede provocar infarto de miocardio o accidente vascular cerebral. Los pacientes con problemas hereditarios raros como intolerancia a la galactosa, insuficiencia de lactasa Lapp o malabsorción de glucosa-galactosa no deben tomar este medicamento. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se han identificado interacciones farmacológicas de significación clínica. Los compuestos que se han evaluado durante los estudios de farmacocinética clínica incluyen hidroclorotiazida, warfarina, digoxina, anticonceptivos orales (etinilestradiol/levonorgestrel), glibenclámda, nifedipino y enalapril. Candesartán es eliminado solamente en baja proporción por el metabolismo hepático (CYP2C9). Los estudios de interacción disponibles no muestran que exista un efecto sobre el CYP2C9 ni CYP3A4, aunque todavía se desconoce el efecto sobre los restantes isoenzimas del citocromo P450. La administración de otros medicamentos con propiedades antihipertensivas, que puedan ser prescritos como antihipertensivos o para otras indicaciones, puede aumentar el efecto antihipertensivo de candesartán. En base a la experiencia con el uso de otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, el uso concomitante de diuréticos ahorradores de potasio, los suplementos de potasio, los sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan causar un aumento de los niveles de potasio (como la heparina) pueden dar lugar a un incremento del potasio sérico. Se han descrito aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y su toxicidad durante la administración concomitante de litio con inhibidores de la ECA. Un efecto similar puede producirse con antagonistas de receptores de la angiotensina II, recomendándose un cuidadoso control de los niveles séricos de litio durante el uso concomitante. Cuando se administran de forma concomitante fármacos antagonistas de los receptores de la angiotensina II y antiinflamatorios no esteroideos (como inhibidores selectivos de la COX-2, ácido acetilsalicílico (>3 g/día) y AINEs no selectivos) puede disminuir el efecto antihipertensivo. Al igual que ocurre con los inhibidores de la ECA, el uso concomitante de antagonistas de los receptores de la angiotensina II y AINEs, puede provocar un aumento del riesgo de empeoramiento de la función renal, incluyendo una posible insuficiencia renal aguda, y un aumento del potasio sérico, especialmente en pacientes con trastornos previos de la función renal. La combinación debe administrarse con precaución, especialmente en pacientes ancianos. Los pacientes deben estar adecuadamente hidratados y se evaluará la necesidad de controlar la función renal tras el inicio del tratamiento concomitante y posteriormente, de forma periódica. La biodisponibilidad del candesartán no se afecta con la comida. **4.6. Embarazo y lactancia. Uso durante el embarazo.** Se dispone de información muy limitada acerca del uso de Parapres® en mujeres embarazadas. Estos datos son insuficientes para permitir establecer conclusiones sobre el riesgo potencial para el feto cuando se emplea durante el primer trimestre. En seres humanos, la perfusión renal fetal, que depende del desarrollo del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se inicia durante el segundo trimestre. Por lo tanto, el riesgo para el feto se ve incrementado si se administra Parapres® durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Los medicamentos que actúan directamente sobre el sistema renina-angiotensina pueden causar daños fetales y neonatales (hipotensión, insuficiencia renal, oliguria y/o anuria, oligohidramnios, hipoplasia craneal, retraso en el crecimiento intrauterino) y muerte cuando se administran durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Se han descrito también casos de hipoplasia pulmonar, anomalías faciales y contracturas de las extremidades. En estudios en animales realizados con candesartán cilexetilo se han observado lesiones renales durante la última fase de desarrollo fetal y en neonatos. Este efecto se cree debido a la acción farmacológica sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona. De acuerdo a lo expuesto anteriormente, Parapres® no deberá administrarse durante el embarazo. En el caso de que la paciente quede embarazada durante el tratamiento con Parapres®, éste deberá interrumpirse (ver sección 4.3 Contraindicaciones). **Uso en lactancia.** No se conoce si el candesartán pasa a la leche materna en humanos. Sin embargo, el candesartán se excreta en la leche en ratas en periodo de lactación. Debido al potencial de efectos adversos en el lactante, Parapres® no deberá administrarse durante la lactancia materna (ver sección 4.3 Contraindicaciones). **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** El efecto de candesartán sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria no ha sido estudiado, pero en base a sus propiedades farmacodinámicas, es improbable que candesartán afecte esta capacidad. Al conducir vehículos o utilizar maquinaria, deberá tenerse presente que durante el tratamiento puede producirse desvanecimiento o cansancio. **4.8. Reacciones adversas.** Tratamiento de la hipertensión. Los acontecimientos adversos ocurridos durante los ensayos clínicos controlados fueron leves y transitorios y comparables a los ocurridos durante el tratamiento con placebo.

La incidencia global de acontecimientos adversos no mostró relación con la dosis o la edad. Los abandonos durante el tratamiento debidos a acontecimientos adversos fueron similares con candesartán cilexetilo (3,1%) y placebo (3,2%). En un análisis conjunto de los datos de los ensayos clínicos, se observaron las siguientes reacciones adversas con candesartán cilexetilo en base a una incidencia de reacciones adversas con candesartán cilexetilo de al menos 1% mayor que la incidencia observada con placebo: Las frecuencias empleadas en las tablas de esta sección son: muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100 < 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000 < 1/100$), raras ($\geq 1/10.000 < 1/1.000$) y muy raras ($< 1/10.000$):

Clasificación de órganos del sistema	Frecuencia	Reacción adversa
Infecciones e infestaciones	Frecuente	Infección respiratoria
Trastornos del sistema nervioso	Frecuente	Mareo/vértigo, cefalea

Resultados analíticos: En general, no se ha observado que Parapres® produzca alteraciones clínicamente importantes de los parámetros de laboratorio habituales. Al igual que otros inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se han observado pequeños descensos de hemoglobina. Se han observado aumentos de creatinina, urea o potasio y descensos de sodio. Algunos acontecimientos adversos como incrementos en S-ALAT (S-GPT), se han notificado de forma ligeramente más frecuente con Parapres® que con placebo (1,3% frente a 0,5%). Normalmente no es necesaria la monitorización rutinaria de los parámetros de laboratorio en pacientes que están tomando Parapres®. Sin embargo, en pacientes con insuficiencia renal, se recomienda la monitorización periódica de los niveles de potasio sérico y de creatinina. **Tratamiento de la insuficiencia cardíaca.** El perfil de acontecimientos adversos de Parapres® en pacientes con insuficiencia cardíaca es consistente con la farmacología del fármaco y el estado del paciente. En el programa de ensayos clínicos CHARM, en el que se comparó Parapres® en dosis de hasta 32 mg (n=3.803) con placebo (n=3.796), el 21,0% del grupo de candesartán cilexetilo y el 16,1% del grupo placebo interrumpieron el tratamiento debido a acontecimientos adversos. Las reacciones adversas observadas fueron:

Clasificación de órganos del sistema	Frecuencia	Reacción adversa
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Frecuente	Hiperpotasemia
Trastornos vasculares	Frecuente	Hipotensión
Trastornos renales y urinarios	Frecuente	Insuficiencia renal

Resultados analíticos: Aumento de la concentración de creatinina, urea y potasio. Se recomienda el control periódico de los niveles séricos de creatinina sérica y potasio (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Post-comercialización.** Durante su comercialización, se han notificado las siguientes reacciones adversas:

Clasificación de órganos del sistema	Frecuencia	Reacción adversa
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Muy raras	Leucopenia, neutropenia y agranulocitosis
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Muy raras	Hiperpotasemia, hiponatremia
Trastornos del sistema nervioso	Muy raras	Mareo, cefalea
Trastornos gastrointestinales	Muy raras	Náuseas
Trastornos hepato biliares	Muy raras	Aumento de enzimas hepáticas, función hepática anormal o hepatitis
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Muy raras	Angioedema, erupción cutánea, urticaria, prurito
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo y óseos	Muy raras	Dolor de espalda, artralgia, mialgia
Trastornos renales y urinarios	Muy raras	Alteración renal, incluyendo insuficiencia renal en pacientes sensibles (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo)

4.9. Sobredosis. Síntomas. Considerando su actividad farmacológica, la manifestación más probable es la hipotensión sintomática y mareo. En informes de casos individuales de sobredosis (de hasta 672 mg de candesartán cilexetilo), la recuperación del paciente no resultó problemática. **Tratamiento.** Si se produjese una hipotensión sintomática, deberá instaurarse un tratamiento sintomático y monitorizar las constantes vitales. El paciente se colocará en posición supina con las piernas elevadas. Si todo esto no fuera suficiente, deberá aumentarse el volumen plasmático mediante la infusión de, por ejemplo, solución salina isotónica. Si las medidas antes mencionadas no resultan tampoco suficientes, pueden administrarse medicamentos simpaticomiméticos. Candesartán no se elimina por hemodiálisis. **5. DATOS FARMACÉUTICOS. 5.1. Lista de excipientes.** Carmelosa de calcio. Hidroxipropilcelulosa. Óxido de hierro rojo E172. Lactosa monohidrato. Estearato de magnesio. Almidón de maíz. Macrogol. **5.2. Incompatibilidades.** No aplicable. **5.3. Período de validez.** 3 años. **5.4. Precauciones especiales de conservación.** No conservar por encima de los 30°C. **5.5. Naturaleza y contenido del envase.** Parapres® 4 mg comprimidos. Envase calendario. Cada envase contiene 14 comprimidos en blister de polipropileno (PP) termoformado recubierto con una lámina de aluminio. Parapres® 8 mg comprimidos. Envase calendario. Cada envase contiene 28 comprimidos en blister de polipropileno (PP) termoformado recubierto con una lámina de aluminio. Parapres® 16 mg comprimidos. Envase calendario. Cada envase contiene 28 comprimidos en blister de polipropileno (PP) termoformado recubierto con una lámina de aluminio. Parapres® 32 mg comprimidos. Envase calendario. Cada envase contiene 28 comprimidos en blister de polipropileno (PP) termoformado recubierto con una lámina de aluminio. Envase clínico de 500 comprimidos. Parapres® 4 mg comprimidos. Envase calendario. Cada envase contiene 28 comprimidos en blister de polipropileno (PP) termoformado recubierto con una lámina de aluminio. Envase clínico de 300 comprimidos. **5.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** No existen requerimientos especiales. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN LABORATORIOS ALMIRALL, S.A.** General Mitre, 151 08022 - Barcelona **7. NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN PARAPRES® 4 mg Comprimidos:** 62.006. PARAPRES® 8 mg Comprimidos: 62.007. PARAPRES® 16 mg Comprimidos: 62.008. PARAPRES® 32 mg comprimidos: 66.729. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/REVALIDACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARAPRES® 4 mg Comprimidos:** Julio 1998/Abril de 2007. PARAPRES® 8 mg Comprimidos: Julio 1998/Abril de 2007. PARAPRES® 16 mg Comprimidos: Julio 1998/Abril de 2007. PARAPRES® 32 mg Abril de 2005/Abril de 2007. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Septiembre de 2008. **10. FECHA ELABORACIÓN MATERIAL.** Julio 2011. **11. PRESENTACIONES Y PVP.** PARAPRES® 4 mg comprimidos, envase con 14 comprimidos de 4 mg, 10,01€ (I.V.A.). PARAPRES® 8 mg comprimidos, envase con 28 comprimidos de 8 mg, 23,78€ (I.V.A.). PARAPRES® 16 mg comprimidos, envase con 28 comprimidos de 16 mg, 25,93€ (I.V.A.). PARAPRES® 32 mg comprimidos, envase con 28 comprimidos de 32 mg, 34,95€ (I.V.A.). Con receta médica. Financiado por el SNS con aportación reducida.



Licenciado por:
TAKEDA CHEMICAL INDUSTRIES LTD.

XXIX Congreso de la Sociedad Gallega de Medicina Interna

Programa científico



COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:

Dr. Martín Rubianes González

Vicepresidente:

Dr. José Ramón Larrañaga Fernández

Secretaría:

Dra. María del Carmen Freire Dapena

Tesorero:

Dr. Pablo Lamas Domínguez

Vocales:

Dr. Avelino Rodríguez González
Dra. María Teresa Pérez Rodríguez
Dra. Matilde Caritina Vázquez Triñanes
Dra. Lucía González González
Dra. Ana María López Domínguez

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidentes:

Dr. César Martínez Vázquez (CHUVI)
Dr. Bernardo Sopena Pérez-Argüelles (CHUVI)

Vocales:

Dr. Roberto Pérez Álvarez (CHUVI)
Dr. Emilio Carlos Pazos Lago (CHUVI)
Dra. Silvia Pérez Fernández (Hospital do Salnés)
Dr. Arturo González Quintela (CHUS)
Dr. Emilio Casariego Vales (Hospital Lucus Augusti)
Dra. Ana Mariño Callejo (Hospital Ferrol)
Dr. José María de Lis Muñoz (CHOP)
Dr. Pedro Gordo Fraile (Hospital de Burela)
Dr. Antonio Chamorro Fernández (CHOU)
Dr. José Domingo Pedreira Andrade (CHUAC)

Viernes, 11 de Mayo

AUDITORIO

- 16:30 h. **Ponencias orales sobre Patología Infecciosa**
Moderadores: Dr. Juan Carlos Rodríguez (CHOP)
Dr. José Domingo Pedreira Andrade (CHUAC)

SALA DE CONFERENCIAS

- 16:30 h. **Ponencias orales sobre Patología Autoinmune y otras**
Moderadores: Dr. Antonio Chamorro Fernández (CHOU)
Dr. Pedro Gordo Fraile (Hospital de Burela)

18:00 h. Descanso café - Zona jardín

- 18:15 h. **Symposium Satélite Otsuka Pharmaceutical**
"Abordaje de la Hiponatremia asociada al SIADH. Más allá de la restricción de líquidos."
Dr. Antonio Pose Reino (CHUS)

AUDITORIO

- 19:00 h. **Mesa redonda sobre Trombosis y Enfermedades Autoinmunes**
Moderadores: Dr. Bernardo Sopena Pérez-Argüelles
Dr. Roberto Pérez Álvarez
- 19:15 h. "Trombosis en la enfermedad de Behçet"
Dr. Gerard Espinosa (Hospital Clinic de Barcelona)
- 19:35 h. "Trombosis en la enfermedad inflamatoria intestinal"
Dr. Alberto Rivera Gallego (Complejo Hosp. Universitario de Vigo)
- 19:55 h. "Hipertensión pulmonar arterial trombotica"
Dra. M^a Victoria Egurbide (Hospital Cruces Baracaldo)
- 20:15 h. Discusión
- 20:30 h. Inauguración oficial del XXIX Congreso de la Sociedad Gallega de Medicina Interna
- 20:45 h. Asamblea General Ordinaria y Extraordinaria de la Sociedad Gallega de Medicina Interna
- 22:00 h. Cena Oficial

Sábado, 12 de Mayo

AUDITORIO

- 10:30 h. **Mesa redonda sobre Infección de prótesis osteoarticular**
Moderadores:
Dr. César Martínez Vázquez (Hospital CHUVI)
Dr. Pedro Linares Mondejar (CHUAC)
- 10:45 h. "Patogenia y diagnóstico de prótesis osteoarticular infectada"
Dr. Álex Soriano
Servicio de Enfermedades Infecciosas (Hosp. Clinic Barcelona)
- 11:15 h. "Manejo médico de prótesis osteoarticular infectada en sus distintos escenarios."
Dr. Daniel Portela Orjales
Unidad de Enfermedades Infecciosas (CHUVI)
- 11:45 h. "Tratamiento quirúrgico de prótesis osteoarticulares infectadas. Actitud quirúrgica ante la sospecha o confirmación de prótesis osteoarticular infectada."
Dr. Xavier Flores
Unidad Séptica Servicio de Traumatología (Hospital Vall D'Hebrón - Barcelona)
- 12:15 h. Discusión y conclusiones
- 12:45 h. Descanso café - Zona jardín
- 13:00 h. **Conferencia de Clausura**
"Síndrome de reconstitución inmunológica (IRIS). Cuando la mejoría se expresa como empeoramiento"
Dr. Juan Berenguer Berenguer
Unidad de Enfermedades Infecciosas/VIH
(Hospital General Universitario Gregorio Marañón - Madrid)
- 14:00 h. Clausura y entrega de premios
Dr. Martín Rubianes González
Dr. Julio Montes Santiago
Dr. Emilio Casariego Vales

COMUNICACIONES ORALES

SÍNDROME DE ERASMUS EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

Alonso Parada, María; Freire Dapena, Mayka; Álvarez Rodríguez, Elena; Vázquez Triñanes, Caritina; González González, Lucía; Villaverde Álvarez, Iria; Rivera Gallego, Alberto; Sopena Pérez-Argüelles, Bernardo; Martínez Vázquez, César

INTRODUCCIÓN: La esclerosis sistémica (SSc) es una enfermedad sistémica autoinmune del tejido conectivo de etiología desconocida, aunque pueden jugar un papel factores genéticos y medioambientales. Desde la comunicación de la asociación de la exposición al sílice con la SSc por Erasmus en 1957, varios autores han corroborado su coexistencia, aunque con resultados muy dispares dependiendo de la población estudiada.

OBJETIVOS: Describir las características clínicas y analíticas de pacientes con síndrome de Erasmus en nuestro área sanitaria.

Material y métodos: Revisión de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo desde 1994 a 2011 con el diagnóstico de SSc, seleccionando aquellos en los que se menciona exposición laboral al sílice.

RESULTADOS: Durante este tiempo el diagnóstico de SSc se confirmó en 86 pacientes. 10 enfermos (7 de los 13 hombres y 3 de las 73 mujeres) habían estado expuestos al sílice y fueron seleccionados para el estudio. 6 pacientes habían trabajado en canteras de granito, uno excavando túneles, y otros 3 en fábricas de cerámica. La media de edad al diagnóstico de esclerodermia fue de 51 años (rango 26-76). De acuerdo con la clasificación propuesta por LeRoy and Medsger seis eran variantes difusas y 3 limitadas. Otras dos fueron diagnosticadas de enfermedad mixta del tejido conectivo. El síntoma inicial fue fenómeno de Raynaud en el 50% y esclerosis cutánea en el 20%, habiendo aparecido una media de 1 año antes del diagnóstico. Las manifestaciones clínicas al momento del diagnóstico fueron: disnea 90%, RP 80%, reflujo esofágico 70%, úlceras digitales 40%, telangiectasia 30%, artritis 30%, tendinopatía 20%, calcinosis, arritmias complejas y crisis renal 10%. La positividad para autoanticuerpos observada fue la siguiente: 10 ANA (1 patrón anticentrómero), 2 anti-dsDNA, 1 anti-SM, 1 anti-RNP, 6 anti-Sci70, 2 ACLA, 3 RF. En 9 pacientes se detectaron datos de enfermedad pulmonar intersticial en las pruebas de imagen. Se objetivó una disminución en el test de difusión en 7 de los 8 pacientes en los que se realizaron tests de función pulmonar, 5 de los cuales tenían un patrón restrictivo típico con capacidad vital forzada disminuida. Se realizó broscoscopia y biopsia transbronquial en 4 pacientes, con descripción en todas las muestras de fibrosis y depósitos de sílice. Se hizo ecocardiografía transtorácica en 7 pacientes, con una PASP estimada superior a 25 mmHg in 5. Sólo fue realizado cateterismo cardíaco derecho en 2 enfermos, con medidas de confirmatorias de HTP en ambos. 7 pacientes fallecieron durante el seguimiento, una media de 4.2 años desde el diagnóstico. La causa de la muerte fue insuficiencia respiratoria en 3 casos, insuficiencia cardíaca refractaria en 2, cirrosis hepática en uno y desconocido en otro.

CONCLUSIONES: El síndrome de Erasmus es común entre los enfermos varones con SSc de nuestro área sanitaria que requieren ingreso hospitalario, con predominio de la variante difusa. El curso clínico de nuestros pacientes es rápidamente progresivo, con desarrollo frecuente de complicaciones mixtas cardiopulmonares y una corta supervivencia desde el diagnóstico.

TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES HEMATOLÓGICAS CON RITUXIMAB

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

González González, Lucía; Sopena, Bernardo; Álvarez, Leticia; Rivera, Alberto; Freire Dapena, Maika; Vázquez Triñanes, Caritina; Argibay, Ana; Pérez Rodríguez, M^a Teresa; Martínez Vázquez, César

INTRODUCCIÓN: El rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal quimérico humanizado específico para el antígeno CD-20. El antígeno CD-20 es una diana adecuada para la inmunoterapia ya que su unión de anticuerpos antiCD-20 provoca una rápida depleción de los linfocitos B. RTX puede ser una opción terapéutica efectiva en pacientes con enfermedades hematológicas autoinmunes refractarias a otros tratamientos que podría evitar la esplenectomía.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es establecer la eficacia del RTX en pacientes con anemia hemolítica autoinmune (AHA) y púrpura trombocitopenia au-

toinmune (ITP) refractarias a tratamientos convencionales y su tolerancia en una serie de pacientes con un seguimiento largo.

MÉTODOS: Se incluyeron en este trabajo todos los pacientes que habían recibido tratamiento con RTX por citopenias autoinmunes refractarias a tratamientos convencionales en nuestro centro desde enero de 2004 hasta junio de 2011 con una edad superior a 16 años. Se recogieron las características clínicas, los resultados analíticos, los tratamientos previos y su evolución. Recibieron RTX (MABTHERA®, ROCHE) a dosis de 375mg/m² endovenosos excepto un paciente que recibió dosis de 1g.

RESULTADOS: Se analizaron 37 pacientes (54% mujeres) con una edad media de 63 años que habían fracasado a más de dos tratamientos previos, en 8 casos se había practicado la esplenectomía. ITP fue diagnosticada en 25 pacientes recibiendo RTX después de fracasos a tratamientos de primera elección presentando respuesta 16 de ellos (64%) con un tiempo medio sin enfermedad de 23 meses, el 20% de las ITP presentaba una enfermedad autoinmune asociada siendo en estos la respuesta al RTX del 100%. RTX se administró a 11 pacientes con AHA refractaria con una respuesta completa al RT en 7 de ellos (64%) con un tiempo medio libre de enfermedad de 25 meses, 4 pacientes además de AHA tenía otra patología autoinmune, evidenciándose respuesta al RTX en todos y mayor control de otras manifestaciones no hematológicas, dos de estos pacientes habían sido diagnosticados de hepatitis autoinmune con desaparición completa de clínica y parámetros de actividad relacionados con esta patología. Un solo paciente padecía simultáneamente ITP/AHA presentando repuesta completa y permanente desde hace 6 meses. La administración del tratamiento fue bien tolerado. Cuatro pacientes (10%) desarrollaron durante el tiempo de seguimiento (media de 12 meses) neoplasias falleciendo tres de ellos. Otros cuatro pacientes presentaron infecciones no graves.

CONCLUSIONES: RTX es un tratamiento eficaz en pacientes con enfermedades hematológicas autoinmunes que fracasan a tratamientos de primera línea. La respuesta fue excelente en pacientes en el contexto de enfermedades autoinmunes. En el estudio se ha detectado un aumento en el desarrollo de neoplasias post-tratamiento.

CALIDAD DE LA BIOPSIA DE LA ARTERIA TEMPORAL EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL

HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE

Ferreira González, Lucía; Caínzos Romero, Tamara; Trigás Ferrín, María; Vilariño Maneiro, Laura; Fernández Fernández, Francisco J.; Sesma, Pascual

INTRODUCCIÓN: A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento de la arteritis de células gigantes, la biopsia de la arteria temporal continúa siendo el gold standard para el diagnóstico. Se recomienda un tamaño de biopsia no inferior a 2 cm para el diagnóstico óptimo, debido a la reducción que sufre el tejido durante la fijación.

OBJETIVO Y MÉTODOS: Revisar la calidad de las biopsias de la arteria temporal practicadas a una serie de pacientes con diagnóstico de arteritis de células gigantes durante el periodo Enero-2005 a Agosto-2011 en el Área Sanitaria de Ferrol. Los datos se recogieron de forma retrospectiva mediante el programa IANUS, identificando a los pacientes a través del servicio de codificación. Se incluyeron los casos que cumplían al menos 3 de los 5 criterios clasificatorios y se excluyeron aquellos pacientes en los que se había realizado un diagnóstico clínico sin obtención de biopsia. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, versión 15.0.

RESULTADOS: De un total de 32 biopsias realizadas, en el 53,1% de los casos se confirmó histopatológicamente el diagnóstico de sospecha de arteritis de células gigantes. En un caso la muestra remitida a Anatomía Patológica se descartó por corresponder a tejido venoso. El tamaño medio de las muestras fue de 0,7 cm (0,2-2 cm, DE 0,49). Sólo el 9,7% (3 muestras) superaban el límite de 1,5 cm y en este caso el 66,7% (2) de ellas fueron diagnósticas. En el restante 90,3% de muestras, con tamaño inferior a 1,5 cm, sólo el 50% resultó diagnóstica. No obstante, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tamaño de la muestra entre los pacientes con biopsia diagnóstica y los que no, con una media de 0,7 y 0,6 cm respectivamente (p=0,6). En el 84,4% de los casos se indicó tratamiento con glucocorticoides antes de la realización de la biopsia, con una dosis inicial media de 53 mg de prednisona (10-80 mg, DE 14,2). En

el 6,3% de los casos (2) se administraron bolos de metilprednisolona debido al debut con síntomas visuales. La duración del tratamiento con prednisona antes de la realización de la biopsia fue de 9,6 días de media (0-90 días, DE 16,6). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la rentabilidad de la biopsia entre los pacientes que habían recibido tratamiento esteroideo previo y los que no, aunque se apreció una media de duración del tratamiento en días inferior en los pacientes en los que la biopsia resultó diagnóstica (6,3 días frente a 13,1 días). No se encontraron diferencias en los valores de VSG entre los paciente con biopsia diagnóstica y aquellos con biopsia negativa, con una media de VSG en ambos grupos de 86 y 85 mm respectivamente ($p=0,9$).

CONCLUSIÓN: La rentabilidad de las biopsias realizadas en nuestro centro ha sido baja, probablemente debido al reducido tamaño de las muestras y al tratamiento previo con glucocorticoides. En los pacientes con biopsia negativa, si bien no encontramos diferencias estadísticamente significativas, la duración del tratamiento con glucocorticoides había sido mayor. Debemos insistir tanto en la importancia de obtener un tamaño adecuado de muestra, al menos de 1,5 cm, de cara a mejorar la sensibilidad de la biopsia como en la realización precoz de la misma una vez iniciado el tratamiento.

ALTA TASA DE PRODUCTORES DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO AMPLIADO EN BACTERIEMIAS POR BACILOS GRAM NEGATIVOS

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

Pérez Rodríguez, María Teresa; Argibay, Ana; Longueira, Rebeca; Martínez Lamas, Lucía; Sousa, Adrián; Alonso, Ana; Rodríguez Gómez, Ana; Martínez Vidal, Ana; Martínez Vázquez, César

INTRODUCCIÓN-OBJETIVOS: Los bacilos Gram negativos (BGN) constituyen el segundo grupo de microorganismos aislados con mayor frecuencia en los hemocultivos. Los objetivos del estudio fueron conocer las características clínicas, terapéuticas y microbiológicas de los BGN (identificación, antibiograma) aislados en hemocultivos e identificar los factores asociados con la mortalidad.

PACIENTES Y MÉTODO: De forma prospectiva se recogieron las bacteriemias por BGN en pacientes mayores de 15 años entre enero y diciembre de 2011. Se revisaron las características epidemiológicas de los pacientes, el origen de la infección, el tratamiento empírico, así como la adecuación según el microorganismo aislado y la evolución posterior. Las bacteriemias se dividieron en adquiridas en la comunidad (BAC), nosocomiales (BN) o asociadas a cuidado sanitario (BCS).

RESULTADOS: De un total de 228 bacteriemias por BGN se seleccionaron aleatoriamente 100, que se clasificaron en BAC 46%, BN 35% y BCS 19%. El 54% eran varones con una edad media de $64 \pm 17,7$ años BN, $76 \pm 14,7$ años BAC, $68 \pm 11,8$ años, $p = 0,003$. El origen más frecuente de la bacteriemia fue el tracto urinario (43%), seguido del abdominal (14%), catéter (13%), vía biliar (12%) y pulmonar (12%). La forma de presentación clínica fue fiebre (68%), clínica abdominal (22%), clínica urinaria (18%) y shock séptico (11%). El tratamiento empírico más frecuente fueron los betalactámicos (52%, 33% BN, 70% BAC, 50% BCS, $p = 0,08$), seguidos de meropenem (38%, 60% BN, 16% BAC, 44% BCS, $P = 0,001$) y quinolonas (12%, 9% BN, 14% BAC, 13% $p = 0,84$). Se utilizaron fármacos con actividad antipseudomónica en el 58% de los casos (76% BN, 30% BAC, 88% BCS $p = 0,0001$). El tratamiento fue inadecuado en el 15% de los casos (18% BN, 16% BAC, 6% BCS, $p = 0,53$). Los microorganismos aislados fueron *E. coli* (64%, 49% BN, 83% BAC, 47% BCS, $p = 0,002$), *E. cloacae* (9%, 6% BN, 4% BAC, 26% BCS, $p = 0,013$), *K. pneumoniae* (5%), *S. marcescens* (5%), *A. baumannii* (3%), *P. mirabilis* (3%), *B. stercoris* (2%). Sólo se obtuvo 1 aislamiento de los siguientes microorganismos: *A. lwoffii*, *B. cepacia*, *E. aerogenes*, *K. oxitoca*, *M. catarrhalis*, *P. oralis*, *P. stuartii*, *P. aeruginosa*, *P. fluorescens*. El 19% de los microorganismos eran productores de betalactamasas de espectro ampliado (BLEE) (26% BN, 13% BAC, 21% BCS, $p = 0,34$), el 20% eran resistentes a Quinolonas (23% BN, 17% BAC, 21% BCS, $p = 0,82$) y 3 aislamientos eran multiresistentes todos ellos BN. Dos aislamientos eran resistentes a carbapenémicos, en ambos casos el microorganismo aislado fue *A. baumannii*. Los factores de riesgo asociados con BLEE fueron: cirugía abdominal (OR= 15,0, IC 1.47-153.55), vía central (OR = 3,4, IC 1.10-10.24), tratamiento antibiótico previo (OR = 4,33, IC 1.48-12.66) y tratamiento previo con Quinolonas (OR = 5,13, IC 1.15-22.83). Fallecieron 15 pacientes (17% BN, 9% BAC, 26% BCS, $p = 0,18$), los factores asociados fueron: insuficiencia renal (OR 3,5, IC 1.11-11.00) y shock séptico (OR 4,05, IC 1.02-16.13). Sin embargo, no se encontraron diferencias en cuanto al tratamiento inadecuado (17% en los fallecidos y 15% en los no fallecidos, $p = 1$).

CONCLUSIONES: Se ha detectado una elevada tasa de BLEE de bacteriemias por BGN. Los factores de riesgo asociados fueron cirugía abdominal, vía central y exposición previa a antibióticos (especialmente quinolonas).

SEGUNDOS TUMORES PRIMARIOS EN PACIENTES VIH

HOSPITAL XERAL-CÍES, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

Vaqueiro Rodríguez, Inés; Ocampo, Antonio; Miralles, Celia; Rodríguez da Silva, Alfredo; Villaverde, Iria; Alonso Parada, María; Martínez Vázquez, César

INTRODUCCIÓN: Un segundo tumor primario (STP) representa la aparición de una neoplasia de diferente origen en personas con antecedentes de cáncer. Su prevalencia es del 5-16%. La mayor supervivencia de los pacientes VIH conlleva un aumento de las enfermedades neoplásicas, sin embargo la información sobre STP en esta población es mínima.

OBJETIVO: Analizar las características clínico-evolutivas de pacientes VIH con STP en nuestra área sanitaria.

MÉTODOS: Revisión retrospectiva del historial de los 2726 pacientes de la consulta de VIH del Hospital Xeral-Cíes desde 1989 hasta la actualidad. Se seleccionaron los casos con neoplasias malignas confirmadas y se analizaron las características de aquellos que presentaron un STP.

RESULTADOS: Desde 1989 se diagnosticaron 211 tumores en 200 pacientes. Los 11 pacientes con STP eran varones con diagnóstico de infección por VIH entre 1990 y 2002. La conducta de riesgo asociada fue el uso de drogas parenterales en 4 casos, homosexual en 5 y heterosexual en 2. La mediana del nadir de CD4 fue 54 (rango 5-396). Todos recibieron tratamiento antirretroviral (TARV) en algún momento de su evolución: 81,8% inhibidores de la proteasa, 54,5% ITINAN, 18,2% raltegravir, 9,1% enfuvirtida y 0% maraviroc. El recuento medio de linfocitos CD4 al diagnóstico de cáncer fue 381 (59-765) con el primer tumor primario (PTP) y 344 (7-1001) con el STP. Se observó una tendencia al descenso de la cifra de CD4 en el año previo al diagnóstico de ambos tumores. Tres y 8 pacientes recibían TARV al diagnóstico del PTP y STP respectivamente; en ambos casos, 3 pacientes tenían carga viral suprimida. La edad al diagnóstico del PTP fue $42,6 \pm 10,67$ años, con una media de 7,9 años (0-17) de infección por VIH. El 44,4% de los PTP eran sarcomas de Kaposi (SK) y el resto eran neoplasias no definitorias de SIDA: 2 enfermedad de Hodgkin (EH), 2 carcinomas basocelulares, un carcinoma epidermoide de labio y un hepatocarcinoma (HCC). El 90,9% de los pacientes recibió tratamiento específico para el PTP: 4 quimioterapia, 3 cirugía, 1 radioterapia y 3 otros tratamientos (interferón, radiofrecuencia y/o TARV). El STP se diagnosticó entre 1 mes y 12 años tras el PTP (mediana 2 años) con una edad media de $45,4 \pm 9,95$ años. Se diagnosticaron 3 linfomas no Hodgkin, 2 HCC, 2 tumores pulmonares, un SK, un cáncer de próstata, un seminoma y un carcinoma epidermoide de amígdala. No se halló relación entre las estirpes del PTP y del STP. Se trataron 9 casos de SPT: quimioterapia en 8, cirugía en 2 y radioterapia en uno. Fallecieron 8 pacientes (72,7%) con una mediana de supervivencia de 4 meses (1-26). De todos los pacientes VIH con cáncer, el 12,5% de los SK y el 9,5% de los EH presentaron un STP.

CONCLUSIONES: En nuestra área, uno de cada 18 pacientes VIH con cáncer desarrolla un STP. Predominan en varones, con mal control vírico a pesar de TARV y tras un SK o una EH. No hay asociación clara entre la estirpe del PTP y del STP. Su pronóstico es desfavorable a corto plazo a pesar de recibir tratamiento específico.

INFECCIÓN URINARIA DE ORIGEN COMUNITARIO POR E. COLI EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCIUS AUGUSTI

Matesanz Fernández, María; Saavedra Martínez, Pablo; Iñiguez Vázquez, Iria; Rubal Bran, David; Monte Secades, Rafael; Rabuñal Rey, Ramón

INTRODUCCIÓN: La infección del tracto urinario (ITU) constituye la segunda infección de origen extrahospitalario atendida en hospitales, y figura entre las principales causas de ingreso y morbilidad en los servicios de Medicina Interna. Está presente en el 15-20% de las mujeres mayores de 80 años, el 30-40% en ancianas hospitalizadas o ingresadas en instituciones geriátricas y prácticamente el 100% de portadores de sonda vesical permanente. En el varón, aumenta a partir de los 50 años en relación a la patología prostática y/o manipulaciones urológicas.

OBJETIVO: Describir las características de la ITU adquiridas en la comunidad que precisan ingreso, y su relación con la dependencia, comorbilidad e institucionalización.

PACIENTES Y MÉTODO: estudio prospectivo de todos los pacientes adultos ingresados en el HULA entre el 23 de Enero de 2012 y el 24 de Febrero de 2012 con ITU adquirida en la comunidad. Se recogieron edad, sexo, servicio de ingreso, tipo de microbio, antibiograma, portador de sonda vesical, y se calcularon los índices de Barthel y Charlson. Para el análisis se utilizaron técnicas habituales de la estadística descriptiva mediante el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS: Se recogieron 52 pacientes, edad media 80,4 años, el 64,9% mujeres. El microbio aislado con más frecuencia fue *E. Coli* (57,9%); el 8,77% de

las infecciones fueron polimicrobianas. De los pacientes con infección por E. Coli (edad media 83,6 años, 78,8% mujeres), el 53,3% presentaba dependencia al menos moderada (Barthel < 60), el 9% estaba institucionalizado y el 9,1% portaba sonda permanente; el 15,2% habían presentado ITU de repetición y el 27,3% habían recibido antibióticos en los dos meses previos.

Los pacientes con dependencia y/o comorbilidad presentaron con más frecuencia resistencias a los antibióticos testados, aunque estas no fueron significativas.

Los pacientes que habían recibido antibióticos en los dos meses previos (el 100% de los pacientes institucionalizados, el 22% de los no institucionalizados y el 66,7% de los portadores de sonda permanente) presentaron con más frecuencia resistencia a amoxicilina clavulánico (66,7% $p=0.04$, siendo la mayoría de estos sensibles a gentamicina) y ciprofloxacino (53,3% $p=0,05$), no encontrándose resistencias significativas para ceftriaxona.

CONCLUSIÓN: El microbio más frecuente aislado en infecciones urinarias en nuestro medio es el E. Coli. La toma de antibióticos en los dos meses previos se asocia a resistencia para amoxicilina-clavulánico y ciprofloxacino.

En nuestro medio, ante sospecha de ITU y tratamiento antibiótico previo o institucionalización, es recomendable iniciar tratamiento empírico con ceftriaxona o con una asociación de amoxicilina clavulánico más aminoglucósido.

RELACIÓN ENTRE TROMBOSIS VENOSA RESIDUAL Y CIFRAS DE D DíMEROS AL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO TRAS UN EPISODIO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE

Barbagelata López, Cristina; Mella Pérez, Carmen; Fernández Bouza, Elena; Vázquez Vázquez, Begoña; Cainzos Romero, Tamara; Sardina Ferreiro, Raquel; Gómez Buela, Inmaculada; Rivas Costa, Gonzalo; Sesma Sánchez, Pascual

INTRODUCCIÓN: En el seguimiento de pacientes tras una trombosis venosa profunda (TVP), se ha descrito la presencia de trombosis residual (TR) en ecodoppler de control y cifras elevadas de D Dímero (DD) en el seguimiento, con un mayor riesgo de trombosis tras suspensión de la anticoagulación.

OBJETIVOS: Establecer si existe correlación en el seguimiento tras TVP entre la presencia de TR y cifras de DD elevadas. Evaluar si existe algún factor clínico relacionado con la presencia de TR o DD elevados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo, de los pacientes con diagnóstico de primer episodio de TVP entre enero del 2009 y junio del 2011, realizándose a los seis meses ecodoppler de control en la extremidad afectada y DD antes de suspender anticoagulación. Se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Las variables cualitativas se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes y las variables cuantitativas como medias y desviaciones estándares, para el análisis de las variables cuantitativas se utilizó el test de la t de Student y para las cualitativas el test de chi cuadrado utilizando paquete software SPSS 11.0.

RESULTADOS: Los 44 casos analizados presentaban una edad media de 62 años, 59% mujeres. El valor medio de DD al diagnóstico fue de 9135 ngr/ml (rango 440->20.000). La TVP fue provocada en el 61.4% de los casos, 13.7% antecedente de fractura o cirugía traumatológica en el mes previo, 38.6% inmovilización mayor de 3 días, 9.1% toma de anticonceptivos orales, 6.8% neoplasia activa, 2.3% síndrome antifosfolípido. Otros factores de riesgo fueron: varices 36.4%, obesidad 47.7%, movilidad basal limitada 41%. Las características del evento tvp mostraron: oclusión total 79%, varios territorios 66% (iliaco-femoral 18%, fémoro-poplíteo 47.7%) y un solo territorio 34% (femoral 12%, poplíteo 15.9% y cayado de la safena 6.8%). Se detectó TR a los 6 meses en el 43.2%. Cifra media de de DD en el seguimiento 348 ngr/ml (rango 31-850). La presencia de fractura o cirugía traumatológica en el mes previo fue claramente más frecuente en el grupo de pacientes con TR (83.3% frente a 16.7%) aunque no alcanzó la significación estadística, la tendencia fue clara ($p=0.045$). Respecto al análisis de otras variables no encontramos relación entre la presencia de TR con varices, obesidad, TVP provocada, movilidad basal limitada o inmovilización ni cáncer. En cuanto al tipo de evento, no encontramos relación entre TR y TVP de varios segmentos frente a un territorio, ni oclusión total frente a parcial. Tampoco encontramos relación con el valor de DD más elevado al diagnóstico y TR para valores de DD >de 5000 o >10.000, ni relación entre cifras de DD en seguimiento >150 o >250 con la presencia de TR.

CONCLUSIONES: El 43.2% de los pacientes con primer episodio de TVP atendidos en nuestra consulta presentan TR a los 6 meses de tratamiento anticoagulante. No encontramos asociación entre cifras elevadas de DD a los 6 meses y la presencia de TR, sin embargo claramente la presencia de TR es más frecuente en pacientes con fractura o cirugía traumatológica en el mes previo, en contra de lo publicado

en otras series. No se encontró relación entre la presencia de trombosis residual y evento de TVP iliaco-femoral frente a fémoro-poplíteo u oclusión total frente a parcial.

FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR RECUPERABLES

MEDICINA INTERNA. H. XERAL DE VIGO¹. RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. H. XERAL DE VIGO². MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE TROMBOSIS Y VASCULITIS. H. XERAL DE VIGO³

Vázquez-Triñanes, Caritina²; Sousa-Domínguez, Adrián¹; González-González, Lucía²; Martínez-Vidal, Ana Isabel¹; Rodríguez-Gómez, Ana María¹; Casal, Moisés²; Freire Dapena, Mayka³; Rivera Gallego, Alberto²; Sopena Pérez-Argüelles, Bernardo³

INTRODUCCIÓN: Existen 3 tipos de filtros de vena cava (FVC): permanentes, temporales y recuperables. Actualmente se está imponiendo el uso de filtros recuperables que ofrecen la posibilidad de retirarse a corto-medio plazo o de mantenerse de forma permanente. A pesar de los resultados positivos en recientes estudios con este tipo de filtros, hay diversas cuestiones que siguen sin resolver: la adecuación de las indicaciones, el tiempo máximo apropiado de implantación y la posibilidad de retirada eficaz y segura.

OBJETIVOS: Valorar la adecuación de las indicaciones de los FVC y la eficacia y seguridad de los mismos en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron de la base de datos prospectiva del servicio de Radiología Intervencionista del CHUVI los pacientes sometidos a implante de FVC desde el 1/enero al 31/diciembre de 2011. Se consideraron complicaciones del FVC la muerte derivada de su implantación o retirada, la hemorragia, trombosis o infección del punto de acceso cutáneo, la formación de pseudoaneurisma, la migración del filtro, la perforación o trombosis de la vena cava inferior y el síndrome posttrombótico. Se obtuvieron de las historias clínicas los datos demográficos, clínicos, analíticos y evolutivos para su análisis con el programa estadístico SPSS 18.0. Se utilizaron las medidas estadísticas: media±DS, rango y porcentaje.

RESULTADOS: Fueron sometidos a implante de FVC, todos ellos recuperables, 15 pacientes. La edad media fue de 66,8±16,34 años (rango 21-95) y un 53% eran mujeres. Las indicaciones más frecuentes fueron el puente a la anticoagulación en cirugía programada o en otras situaciones de riesgo hemorrágico (53%) y la hemorragia grave (33%). Otras indicaciones fueron 1 recurrencia de TEP a pesar de dosis óptima anticoagulante de HBPM y 1 trombo flotante en vena iliaca durante un brote de enfermedad de Crohn. La recurrencia de TEP durante el tiempo de permanencia del FVC ocurrió en 1 paciente (7%), a los 64 días de la implantación, cuya indicación había sido ETV recurrente a pesar de dosis óptima de anticoagulación. La paciente padecía una neuropatía periférica no filiada, progresiva, y falleció a los 2 días de este nuevo TEP en insuficiencia respiratoria por hipoventilación. De los 13 pacientes con indicación por puente a la anticoagulación o por hemorragia 1 (8%) tuvo una trombosis venosa profunda en miembro inferior mientras estuvo sin anticoagulación. No hubo ninguna complicación derivada del implante de los FVC. El FVC se retiró en 8 pacientes (53%), sin ninguna complicación, de media a los 24,8 días de la implantación (rango 14-46). Todos estaban con dosis óptima de anticoagulación. En 7 pacientes (47%) se decidió, debido a corta esperanza de vida, mantener el FVC de forma permanente. 5 de ellos fallecieron (71%), 4 por progresión de cáncer y 1 por recurrencia de TEP y en hipoventilación por neuropatía periférica. Ninguno de los 7 presentó complicaciones derivadas del FVC durante el periodo de seguimiento que fue de media 104,1±90,13 días (rango 25-288).

CONCLUSIONES: Las indicaciones más frecuentes de FVC en nuestro medio fueron el puente a la anticoagulación y la hemorragia, adecuándose a las recomendaciones actuales. El FVC en estas situaciones es eficaz en la prevención de TEP y es seguro.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON BACTERIEMIA POR S. EPIDERMIDIS RESISTENTE A LINEZOLID

UNIDAD DE PATOLOGÍA INFECCIOSA. MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSP. UNIV. DE VIGO¹; SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSP. UNIV. DE VIGO²

Pérez Rodríguez, María Teresa¹; Lorenzo Castro, Rut¹; Martínez Lamas, Lucía²; Argibay, Ana¹; Sousa, Adrián¹; Nodar, Andrés¹; Álvarez Fernández, Maximiliano²; Martínez Vázquez, César¹

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS: Staphylococcus epidermidis es uno de los principales microorganismo aislados en hemocultivos, pudiendo ocasionar infecciones graves como sepsis por catéter, endocarditis, infección de dispositivos endovasculares... El tratamiento suele realizarse con vancomicina, linezolid o daptomicina, ya que más del 80% de las cepas son resistentes a oxacilina. Durante los últimos años se ha observado la aparición de clones de S. epidermidis resistentes a linezolid (SeRL), en muchos casos asociados al tratamiento previo con este fármaco. Los objetivos del trabajo fueron conocer la prevalencia de SeRL aislados en sangre y establecer los factores asociados con la aparición de la resistencia.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio de casos y controles. Se identificaron los aislamientos de SeRL en hemocultivos entre noviembre de 2009 y noviembre de 2011 y se seleccionó aleatoriamente un número igual de bacteriemias por *S. epidermidis* sensibles a linezolid (SeSL). Se recogieron los antecedentes médicos de los pacientes, tiempo de estancia hospitalaria hasta la bacteriemia, la exposición previa a Linezolid, estancia previa en Unidad de Críticos (UC). Los aislamientos se clasificaron en: contaminantes, asociados a infección de catéter, endocarditis, infección de dispositivo endovascular (válvula cardíaca, marcapasos, prótesis vascular). Se consideraron aislados resistentes los que presentaron una CMI > 8 µg/dl por el método de E-test® (bioMérieux, France).

RESULTADOS: De un total de 652 aislamientos de *S. epidermidis* en hemocultivos se identificaron 53 SeRL (8%), pertenecientes a 37 pacientes. Las características epidemiológicas de los paciente con bacteriemia por SeRL y SeSL fueron similares. La edad media fue de 66 ± 14.2 años y 45 eran varones (61%). Las bacteriemias se clasificaron como bacteriemia recurrente (3% de los SeRL y el 6% de los SeSL, $p = 0.60$), infección de catéter (49% de SeRL y 62% de SeSL, $p = 0.34$), contaminante (46% de SeRL y 29% de SeSL, $p = 0.22$). Hubo 1 paciente con SeRL con endocarditis sobre válvula nativa y no se encontró ningún caso de infección de dispositivo endovascular. Los factores asociados con el aislamiento en hemocultivos de SeRL fueron: ingreso en REA (OR 10.7, IC = 2.80-41.21), tratamiento previo con Linezolid (OR 32.31, IC 6.68-156.34), ser portador de una vía central en el momento de la bacteriemia (OR 5.74, IC 2.09-15.77) o en la semana previa (OR 7.35, IC 2.63-20.60) y un mayor tiempo de ingreso (34 ± 20.8 frente 15 ± 16.3, $p = 0.0001$). Como factor protector se encontró el ingreso en planta médica (OR 0.14, IC 0.04-0.48). La neoplasia hematológica fue menos frecuente en el grupo de SeRL (3% frente a 19%) aunque no se pudo demostrar diferencia ($p = 0.056$). En cuanto a la evolución, se observó una mayor tasa de recurrencia de la bacteriemia en SeRL (32% frente 5%, $p = 0.006$) y menor tasa de curación (32% frente 78%, $p = 0.0001$) y no se demostró diferencia en cuanto a la mortalidad entre ambos grupos (35% frente 16%, $p = 0.11$). Los aislamientos de SeRL fueron con mayor frecuencia resistentes a oxacilina (100% frente 73%, $p = 0.001$). Se identificaron 4 aislamientos con sensibilidad intermedia a glicopépticos (2 SeRL y 2 SeSL) y uno resistente a teicoplanina (SeRL).

CONCLUSIONES: La tasa de aislamientos de SeRL en nuestro centro es elevada (8%), siendo clínicamente relevante en más del 50% de los pacientes. Los factores asociados con el aislamiento de SeRL fueron estancia hospitalaria prolongada, ingreso en REA, tratamiento previo con linezolid y ser portador de vía central en el momento de la bacteriemia o en la semana previa.

MANEJO CONSERVADOR DE LA INFECCIÓN DE PRÓTESIS VASCULAR. ESTUDIO PROSPECTIVO DE 21 CASOS

UNIDAD DE PATOLOGÍA INFECCIOSA. MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

Martínez Vázquez, César; Nodar Germiñas, Andrés; Pérez Rodríguez, María Teresa; Argibay Filgueira, Ana Belén; Portela, D.; Sopena Argüelles, Bernardo; Vázquez Triñanes, Matilde Caritina; González González, Lucía; Villaverde, I.; Alonso, M.; Martínez Vidal, Ana Isabel; Rodríguez Gómez, Ana María; Sousa Domínguez, Adrián; Lorenzo Castro, Rut

INTRODUCCIÓN: En estos últimos años varias publicaciones han evidenciado la posibilidad de curación de un porcentaje elevado de prótesis vasculares infectadas, sin retirada de la misma, siempre y cuando se reúnan unas condiciones y a base de drenaje local y antibioterapia prolongada. Presentamos a continuación la experiencia en nuestro Centro con el manejo conservador de esta grave complicación.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se incluyen de manera prospectiva observacional a todos los pacientes diagnosticados de infección vascular protésica en base a test microbiológicos, pruebas de imagen y clínica compatible, diagnosticados desde 2005 a 2009. Para ser incluidos la prótesis debe seguir permeable, la anastomosis sin fugas y estar hemodinámicamente estables.

Los pacientes son sometidos, cuando hay abscesos periprotésicos de un diámetro superior a 3 cm, a drenaje quirúrgico o drenaje mediante Radiología Intervencionista y a tratamiento antibiótico parenteral de inducción durante 4 semanas, seguido de tratamiento antibiótico de consolidación, adecuados al germen, hasta tener evidencia de curación en base a la normalización de pruebas de imagen, radioisótopos, reactantes de fase y curación clínica. Una vez retirado el antibiótico se hace un seguimiento clínico-analítico de los pacientes durante 2 años para considerarlos curados.

RESULTADOS: Se reclutan 21 pacientes de los cuales no hubo seguimiento en 2, de los 19 restantes 4 fueron considerados como fracaso terapéutico (3 en la fase de inducción antibiótica parenteral y 1 en el seguimiento tras retirada del antibiótico). Los 3 pacientes considerados fracaso terapéutico fueron sometidos a retirada de prótesis evolucionando favorablemente y el cuarto paciente curó aplicando de nuevo el protocolo de tratamiento conservador. En los 15 restantes (78%) el manejo conservador fue exitoso.

CONCLUSIONES: Determinados enfermos con infección protésica vascular pueden ser curados, conservando su prótesis, con manejo conservador.

At volecea quidellaut lamus ma con nobite voloreptae porrum id modipsam et aut pra nihit estiaspit porianudus.

Uga. Rionsequi accupti nonsequiae dunt eitur suntio et molo beaqui doluptam ea vent aboreicia nienihii llecume sime et as comnis reptas re numquae cereptas

COMUNICACIONES PÓSTER

VARÓN JOVEN CON LOES CEREBRALES

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

Porto Pérez, Ana Belkis; García Martín, José Carlos; Martínez Quintanilla, Mar; Montero Teijeiro, Carmen

INTRODUCCIÓN: Presentamos un caso de un paciente varón joven con lesiones ocupantes de espacio (LOES) cerebrales

OBJETIVO: Resaltar que el diagnóstico por imagen en muchas ocasiones resulta limitado y es necesaria la realización de otros exámenes complementarios, tales como la biopsia cerebral

MÉTODO: Varón 43 años, fumador activo importante, diagnosticado en su adolescencia de esquizofrenia hebefrénica con mala respuesta a tratamiento y tratado correctamente de pleuritis tuberculosa en 1991, que acude por pérdida de fuerza de hemicuerpo izquierdo (predominio braquial) y desviación de la comisura bucal a la derecha de 72 horas de evolución sin otra focalidad neurológica, sin fiebre, síndrome general ni otra sintomatología. La exploración física general era normal y en la exploración neurológica destacaba desorientación temporoespacial, habla disártrica, hemiparesia izquierda y parálisis facial central izquierda. El hemograma, la coagulación, la bioquímica general y la radiografía de tórax no mostraban alteraciones. En la tomografía axial computerizada (TAC) craneal se apreciaban múltiples lesiones quístico necróticas con realce en anillo distribuidas en ambos hemisferios cerebrales y dos de las lesiones a nivel de protuberancia y tronco encefálico generando abundante edema vasogénico. Los estudios serológicos fueron negativos.

A las 72 horas de su ingreso el paciente inició cuadro de insuficiencia respiratoria que requirió ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos y soporte ventilatorio invasivo. Se realizó resonancia magnética cerebral (se adjuntan imágenes) que mostró múltiples LOES sugestivas de abscesos cerebrales, sin poder descartar tubercu-

lomas. En el TAC toracoabdominopélvico tan sólo se evidenciaron infiltrados pulmonares basales bilaterales, sin otras alteraciones reseñables. Se realizó punción lumbar que mostró un líquido cefalorraquídeo claro con hiperproteinorraquia como único dato importante. Se practicó ecocardiograma transtorácico y transesofágico que no mostró imágenes sugestivas de vegetaciones ni otras alteraciones. Los hemocultivos, urocultivo y auraminas fueron negativos. Se practica biopsia cerebral estereotáxica de la que se obtuvo material no purulento, aislándose en cultivos *Streptococcus anginosus intermedius*. El paciente fue tratado con penicilina y metronidazol, pero su evolución clínica fue desfavorable y finalmente falleció.

CONCLUSIONES: El diagnóstico diferencial por imagen de LOES es amplio y difícil de realizar por sus características morfológicas por lo que en muchas ocasiones requiere la realización de otros exámenes complementarios.

La especie *Streptococcus anginosus intermedius* son microorganismos anaerobios que tienen como hábitat natural el tracto gastrointestinal y posee una alta capacidad de abscesificación hematogénica, frecuentemente en sistema nervioso central.

ANÁLISIS DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS OTORGADOS PARA LAS SEDACIONES PALIATIVAS REALIZADAS EN UN HOSPITAL REGIONAL CON EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS

HH.UU.V. MACARENA

Peñas Espinar, Cecilia; Boceta Osuna, Jaime; Royo Aguado, José Luis

OBJETIVO: Describir los consentimientos informados obtenidos para las sedaciones realizadas en el Hospital Universitario Virgen Macarena (HUV) en los dos

primeros años tras la puesta en marcha de su Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) en el Hospital de San Lázaro en Marzo de 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio longitudinal descriptivo de las sedaciones realizadas en el Hospital Virgen Macarena desde Marzo/09 hasta Marzo/11. **RESULTADOS:** Se analizaron 543 pacientes atendidos por CP a petición de sus médicos de planta. Se incluyeron 84 que recibieron sedación paliativa según protocolo (15'46% de los atendidos).

La media de días desde la primera visita de CP hasta que se inició la sedación fue 3'62 (desviación típica 4'97, mínimo 1 y máximo 24), siendo la mediana y la moda 1 día.

La duración media de la sedación fue de 59'3 horas (2 ½ días), con desviación típica 73'94, mínimo 1h y máximo 384h). Indicó la sedación el médico de Cuidados Paliativos en 51'3% (n=41), Oncología Médica 21'3% (n=17), Medicina Interna 15% (n=12), especialidades médicas 8'8% (n=7) y quirúrgicas 3'8% (n=3).

El 56'3% de los pacientes (n=36) estaba en fase agónica (Criterios de Menten >3). Se registró el consentimiento informado para la sedación en 95 pacientes, de los cuales en 11 pacientes no fue preciso realizarla. El consentimiento informado se obtuvo antes de que el paciente presentara el síntoma refractario o se encontrara en situación agónica en el 42'1% (40); en el 57'9% (55) se obtuvo en el momento en que el paciente se encontraba en situación de últimos días.

En el 96'9% (93) de los casos el consentimiento se obtuvo de forma verbal y se registró en la historia clínica; únicamente en el 3'1% (3) se realizó un documento expreso para el consentimiento informado.

El 5'1% (n=5) de los pacientes dieron su consentimiento de forma personal. En el 94'9% (n=94) el consentimiento se obtuvo por representación, debido a causas orgánicas que impedían al paciente ejercer su autonomía en 70'5% (n=55), y en un caso fue causa psicológica que desaconsejaba conversar sobre la posibilidad de muerte en el 25'6% (n=20). De estos el 49'4% lo otorgaron los hijos y el 33'3% lo otorgó el cónyuge.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: La mayoría de las sedaciones se realizaron en el primer día de valoración del ESCP-H, lo cual deja poco margen para trabajar la comunicación y atención integral de necesidades. Quizás se los distintos servicios hospitalarios recurren de forma tardía a la valoración del paciente por parte de CP. Probablemente una atención precoz por parte de la Unidad de CP de este tipo de pacientes conllevará un aumento en la calidad en su atención.

La duración media de las sedaciones fue de dos días y medio, similar a otras series publicadas.

El consentimiento informado se registró en todas las sedaciones, en la mayoría otorgados de forma verbal y por representación, principalmente por motivos orgánicos que impedían al paciente otorgarlo.

SÍNDROME DE HIPERPERMEABILIDAD CAPILAR (CLARKSON'S DISEASE): EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

González González, Lucía; Sopena, Bernardo; Vázquez Triñanes, Carlina; Villaverde, Iria; Alonso, María; Martínez, Ana; Rodríguez, Ana; Rivera, Alberto; Martínez Vázquez, César

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El síndrome de hiperpermeabilidad capilar también conocido como enfermedad de Clarkson (SHPC) cursa con episodios agudos de hiperpermeabilidad sistémica existiendo fuga de líquidos y proteínas desde el espacio intravascular al intersticio provocando profunda hipotensión, hemoconcentración, edema generalizado o segmentario e hipoalbuminemia. No existen criterios diagnósticos de esta entidad, sino que se trata de un diagnóstico de exclusión. Suele iniciarse con síntomas prodrómicos como debilidad generalizada, fatiga y mialgias seguido de una fase de hipotensión con paso al tercer espacio de líquidos principalmente al tronco y extremidades posteriormente una vez que se instaura tratamiento con fluidos de forma intensiva los síntomas remiten progresivamente. Se ha estimado que el 79-82% de los pacientes con SHPC presentan gammopatía monoclonal. El pilar principal del tratamiento se basa en prevenir la degradación y el incremento de los niveles de adenosina monofosfato con beta-adrenérgicos (terbutalina) e inhibidores de la fosfodiesterasa (teofilina). Hasta la fecha se ha publicado menos de 200 casos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo en el que recogemos 3 casos que presentaron en nuestro centro en los últimos años. Se analizaron sus características clínicas, demográficas, evolución y tratamientos recibidos.

RESULTADOS: Se identificaron 3 pacientes (2 mujeres y 1 varón) con una edad media al diagnóstico de 48 años (rango 33-56). El retraso diagnóstico medio fue de 7 meses desde el inicio de la clínica. La media de crisis fue de 8.33 por paciente (1 cada mes y medio). Las 2 mujeres presentaban pico monoclonal (En una apareció a los 23 meses del SHPC y la otra 6 años), desarrollando una de ellas

mieloma múltiple. En cuanto a la mortalidad, falleció una de las pacientes a los 4 años del diagnóstico por cuadro séptico en el contexto de isquemia mesentérica en una de sus crisis. En cuanto a las complicaciones, los tres pacientes desarrollaron cuadros compartimentales durante una crisis por extravasación de líquidos al espacio intersticial con afectación nerviosa y recuperación completa posterior presentando una isquemia. A dos pacientes se les habían practicado sangrías antes del diagnóstico. En una paciente se comenzó tratamiento profiláctico con inmunoglobulinas que se suspendió por mala tolerancia y posteriormente se pautó teofilina, desde hace 24 meses asintomática. Otra paciente recibió tratamiento con teofilina y terbutalina, pero a pesar de ello ni la frecuencia ni la intensidad de las crisis mejoraron. Y el tercer paciente recibe teofilina y terbutalina desde hace un mes sin presentar nuevos episodios.

CONCLUSIONES: El síndrome de hiperpermeabilidad capilar es una enfermedad grave que se suele presentar en la edad adulta, escasamente conocida y con importante retraso diagnóstico.

El tratamiento profiláctico puede ser eficaz para prevenir intensidad y frecuencia de crisis.

CISTITIS INCRUSTANTE

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

González González, Lucía; Sopena, Bernardo; Fernández Victoria, Rebeca; Vázquez Triñanes, Carlina; Villaverde, Iria; Alonso, María; Lorenzo, Rut; Sousa, Adrián; Martínez Vázquez, César

INTRODUCCIÓN: La cistitis incrustante (CI) consiste en una inflamación ulcerada de la vejiga con depósito de sales orgánicas formando placas calcáreas sobre la pared vesical. Se trata de una entidad clínica patológica poco frecuente que puede pasar desapercibida. Para que se produzca la precipitación e incrustación de sales es necesario la presencia de una serie de factores como orinas alcalinas, existencia de daño vesical previo, infección urinaria por gérmenes de tipo urealítico y una situación de inmunodepresión.

OBJETIVOS: Presentamos el caso de una mujer de 89 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, diabetes mellitus tipo II a tratamiento con insulina. Hace un año ingresó por hematuria macroscópica siendo diagnosticada mediante RTU de carcinoma papilar de células transicionales, alto grado, que infiltra el tejido conectivo subepitelial. (Estadio patológico pT1) con ausencia de infiltración del tejido muscular (pT1G3), a los 4 meses presentó nuevo episodio de hematuria y se le realizó de nuevo un cistoscopia donde se demostró la presencia de tumor vesical transicional pT1G3. Desde entonces presentó numerosos ingresos por hematuria macroscópica realizándose varias cistoscopias sin demostrarse neoplasia pero si inflamación linfocitaria acompañada de reacción gigante-celular y tejido necrótico con calcificaciones.

MÉTODOS: Se revisaron los análisis urinarios previos de los últimos meses y destacaba pH alcalino superior a 7.5 así como algunos urocultivos positivos para gérmenes urealíticos. Se decidió realizar un UroTC que demostró engrosamiento nodular asociado a calcificaciones de la pared posterior de la vejiga, ectasia de ambos sistemas excretores renales en relación con afectación de los uréteres en la unión uretero-vesical y nefrolitiasis múltiple. Se realizan estudios histológicos para descartar malacoplacia (Tinción de Von Kossa y Perl's, no demuestran los característicos histiocitos con cuerpos de Michaelis-Gutmann). Por lo que ante los hallazgos se diagnosticó a la paciente de cistitis incrustante.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: La CI es una entidad clínica descrita por primera vez a principios de siglo XX. Se debe a una inflamación ulcerativa de la mucosa de la vejiga por depósitos calcícos en su pared, se cree que es debida a la alcalinización de la orina (pH>7) por infecciones del tracto urinario por bacterias hidrolizadoras de urea. La orina alcalina en presencia de gérmenes, se satura con estruvita y fosfato de calcio precipitando en el área vesical donde existiría una lesión, por lo que se producirían incrustaciones, provocando síntomas variados. El diagnóstico definitivo es histológico, pero pueden orientar urocultivo positivo, pH alcalino, hematuria y hallazgos en uroTC como calcificaciones lineales en la pared del tracto urinario. El tratamiento se basa en tres pilares: corregir factores predisponentes, resección de la placa calcárea y tratamiento antibiótico en caso de ser necesario

VALORACIÓN DE LOS PACIENTES MAYORES POLIMEDICADOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE

Ferreira González, Lucía; Trigués Ferrín, María; Vilarinho Maneiro, Laura; Buño Ramilo, Beatriz; Cainzos Romero, Tamara

INTRODUCCIÓN: Se entiende por paciente polimedicado aquel que recibe de forma crónica cinco o más fármacos. La polimedicación se asocia a ausencia de indica-

ción y aumento de reacciones adversas siendo este problema más importante en pacientes mayores.

OBJETIVOS: Analizar la importancia del paciente mayor polimedcado en nuestro servicio y valorar la repercusión del ingreso en el tratamiento. Detectar el número de reacciones adversas como causa directa o indirecta del ingreso y valorar su relación con la edad o el número de tratamientos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron de forma retrospectiva los informes de alta del servicio de Medicina Interna durante los meses de Enero-Febrero del 2012, bajo soporte informático de IANUS. Se seleccionaron aquellos pacientes de 65 o más años a tratamiento crónico durante al menos los 6 meses previos al ingreso con cinco o más fármacos. Se excluyeron los tratamientos tópicos y los productos de herboristería. Se realizó un análisis descriptivo de variables demográficas, número de fármacos al ingreso y al alta, tipo de fármacos, existencia de fármacos de baja utilidad terapéutica y duplicidad de tratamientos. También se recogieron las reacciones adversas. Se practicó un análisis por subgrupos de edad (65-75, 76-85, >85 años) y por número de fármacos al ingreso (entre 5-10 o >10). Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 339 pacientes, que constituyen el 49% de los ingresos. La edad media fue de 79.7 años. Un 27% tenía entre 65-75 años, un 50% entre 76-85 y el 23% >85 años. El 53% eran hombres. Un 80% presentaban hipertensión, 67% cardiopatía, 57% diabetes mellitus, 41% dislipemia y 24% insuficiencia renal o EPOC. Un 77% recibía tratamiento anticoagulante (31%) o antiagregante (46%); 70% tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, 73% benzodiacepinas (46%) o antidepresivos (27%), 67% diuréticos, 54% hipolipemiantes y un 30% analgésicos o AINES. En un 39% de los casos no existía indicación para la utilización de algún tratamiento, un 33% recibían tratamientos de baja utilidad terapéutica y en un 20% existía duplicidad de algún fármaco. Al 62% de los pacientes se le añadió algún tratamiento al alta, al 53% se le suprimió algún tratamiento y en un 45% se modificó la posología o duración del mismo. La media de tratamientos al ingreso era 9.2 ± 3 y la media de tratamientos al alta 9.4 ± 3 , no existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.067$). En el análisis por subgrupos de edad se incrementó el número de fármacos en los pacientes entre 65 y 85 años siendo este incremento significativo en los pacientes entre 65 y 75 años (9.58 ± 3 ; 10.34 ± 3.4 , $p < 0.001$). En los pacientes >85 años la media de tratamientos al alta fue inferior a la del ingreso aunque sin significación estadística (8.35 ± 2.4 ; 8.32 ± 2.6 , $p = 0.930$). En 23 pacientes (6.8%) el ingreso fue motivado por reacción adversa al tratamiento, 6 (1.8%) por alteración hidroelectrolítica, 5 (1.5%) por síndrome confusional o arritmias, 2 (0.6%) por hipoglucemia, 1 (0.3%) por caídas y en 5 (1.5%) por otras causas. No se han encontrado diferencias significativas ni en el análisis por subgrupos de edad ni en relación con el número de fármacos.

CONCLUSIONES: Los pacientes polimedcados constituyen un grupo muy prevalente dentro de los pacientes ingresados en nuestro servicio. No encontramos modificaciones significativas en el número de fármacos durante el ingreso, pese a existir un porcentaje alto de fármacos sin indicación específica, fármacos de baja utilidad y reacciones adversas.

ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE

Ferreira González, Lucía; Cazóns Romero, Tamara; Trígás Ferrín, María; Vilariño Maneiro, Laura; Fernández Fernández, Francisco J.; Sesma, Pascual

INTRODUCCIÓN: La arteritis de células gigantes es la vasculitis sistémica más frecuente en la edad adulta, con una incidencia en nuestro medio de 10/100.000 individuos mayores de 50 años. Aunque la cefalea constituye el síntoma guía para el diagnóstico, puede presentar complicaciones graves como la pérdida irreversible de visión por lo que es importante reconocer las características de los pacientes con objeto de instaurar un tratamiento precoz y evitar secuelas a largo plazo.

OBJETIVO Y MÉTODOS: Describir las características epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de arteritis de la temporal en nuestro centro, para lo que se llevó a cabo un estudio retrospectivo. Se identificó a los pacientes a través del servicio de codificación, incluyendo aquellos con diagnóstico de arteritis de la temporal en el periodo comprendido entre Enero-2005 y Agosto-2011, que cumplieran al menos 3 de los 5 criterios clasificatorios. Los datos se obtuvieron a través del sistema IANUS (informes de alta, curso clínico, datos de laboratorio y farmacia). Se excluyeron aquellos pacientes en los que se había realizado un diagnóstico clínico sin obtención de biopsia. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS, versión 15.0.

RESULTADOS: De un total de 32 pacientes, 40,6% correspondían a varones y 59,4% a mujeres, con una edad media de 74,7 años (rango 57-87, DE 7,6).

Respecto a factores de riesgo cardiovascular, el 59% eran hipertensos, el 40% tenían dislipemia, el 28% eran diabéticos y el 25% tenían historia de tabaquismo. La duración de los síntomas antes del diagnóstico fue de 2,4 meses de media (1 semana-12 meses, DE 2,6). La frecuencia de los síntomas al diagnóstico fue: cefalea en el 84%, claudicación mandibular en el 56%, síndrome general en el 43%, fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ en el 15%, síntomas visuales en el 21,8% (7): amaurosis fugax en el 15%, amaurosis permanente en el 6%, siendo el déficit visual unilateral en 77% y bilateral en 22%. De los pacientes con déficit visual permanente el 40% no obtuvo mejoría y el 60% tuvo una recuperación leve. Ningún paciente presentó diplopia. El 47% de los pacientes presentaba síntomas de polimialgia reumática. En un 43% de los casos se describían alteraciones de la arteria temporal en el examen físico. En cuanto a los parámetros inflamatorios, la media de VSG fue 86,2 mm en la 1ª hora (8-130 mm, DE 32,9) y la PCR (solo disponible en 19 pacientes) fue de 55,1 de media (0,4-207, DE 56,5). En los pacientes con amaurosis fugax el valor medio de la VSG fue significativamente mayor (116 frente a 80, $p = 0,025$). No se encontró esta diferencia en los pacientes con amaurosis establecida. El 56,3% de los pacientes presentaba anemia normocítica, el 40,6% leucocitosis ($>11.000/\mu\text{L}$) y el 15,6% trombocitosis ($>550.000/\mu\text{L}$). El 12,4% presentaba alteración del perfil hepático con cifras de fosfatasa alcalina >460 U/L. El valor medio de la albúmina fue de 3,6 (rango 3-4,3 g/dL). La biopsia resultó diagnóstica en el 53,1% de los casos y en aquellos que fue negativa no se realizó biopsia contralateral.

CONCLUSIÓN: Las características epidemiológicas de los pacientes con arteritis de células gigantes en nuestra área sanitaria son similares a las descritas previamente en la literatura. Destaca una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, a pesar de la cual la frecuencia de complicaciones isquémicas severas es análoga a la de otras series.

USO DEL PROTOCOLO FAST EN EL MANEJO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ADJUNTOS DE URGENCIAS. HOSPITAL DEL VINALOPÓ "DR. MAS MAGRO"

Armas Castro, Julio; Giménez Fernández, Blas; Angell Valdés, Sussette; Fernández Calvo, Laura; García del Río Beneyto, Rocío; Gascó Sogorb, María Jesús

INTRODUCCIÓN: El empleo de la ecografía en la valoración inicial y secundaria del paciente politraumatizado se remonta al año 1971 en Alemania. Los avances recientes incluyen su uso dentro del concepto global "point of care" dotando al médico de urgencias de una herramienta auxiliar para el diagnóstico precoz de futuras complicaciones.

OBJETIVO: Evaluar la eficacia de la realización de Ecografía Abdominal según protocolo EFAST a los pacientes con traumatismo tóraco-abdominal cerrado en el Servicio de Urgencias.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio retrospectivo durante el último año (período Agosto 2010-Marzo 2012) de los pacientes que han sido atendidos en el SUH (Servicio de Urgencias Hospitalaria) del Hospital Vinalopó Salud por politraumatismo. A los 136 pacientes del estudio se les realizó Ecografía según protocolo EFAST en los primeros 30 minutos después de su admisión. Se repitió la ecografía en el 17.5% de ellos por persistencia del dolor o empeoramiento clínico, correlacionándose los hallazgos con estudio TC Tóraco-Abdominal en el 70% de los pacientes valorados. La recogida de datos se realizó según el Protocolo EFAST y en hoja de datos confeccionada.

RESULTADOS: De los 136 pacientes valorados inicialmente por traumatismo tóraco-abdominal cerrado el 82.5% no requirió nuevo estudio de imagen, no objetivándose lesiones de interés en la exploración inicial realizada. El 17.5% de los pacientes requirió nueva exploración en el curso evolutivo y en el 60% de los casos se requirió estudio de imagen informado por especialistas en radiodiagnóstico. La correlación clínica entre los hallazgos de la ecografía realizada en la valoración inicial con los estudios a posteriori se situó en el 90.4% ($P = 0.001$). Las causas principales de no detección de lesiones en la valoración inicial fueron: baja curva de aprendizaje con mala selección de ventanas acústicas, no colaboración del paciente y dificultades para cumplimentar los pasos del protocolo EFAST.

CONCLUSIONES: Los protocolos recientes en el manejo del paciente politraumatizado han extendido la valoración inicial no solo a la detección precoz del hemopectoneo, sino a la valoración de la estabilidad del tórax o la presencia de fracturas y hematomas. Igualmente, la realización de la ecografía de emergencia en el sitio de atención por el médico de urgencias supone además del ahorro de recursos sanitarios, una valoración más completa e integral del paciente, la detección de lesiones graves y la toma de decisiones adecuadas que aumentan la supervivencia hasta en un 40% de los pacientes politraumatizados.

ANEURISMAS MICÓTICOS EN EL CHUVI MEIXOEIRO

CHUVI MEIXOEIRO

López Otero, José Luis; Álvarez Pérez, J.; Dopico, A.; Pérez Álvarez, R.

INTRODUCCIÓN: El aneurisma es una dilatación arterial anormal que puede ser infectada secundariamente o bien ser resultado de un embolismo séptico de otra región, formando un aneurisma micótico.

Entre los factores de riesgo para padecer un aneurisma micótico se encuentran el daño arterial previo, infecciones sistémicas, aterosclerosis, o padecer de un aneurisma previamente.

La etiología más frecuente es por *Staphylococcus* aunque también hay casos de *Streptococcus*, *Salmmonella* etc.

Las manifestaciones clínicas son la fiebre, y en ocasiones se puede palpar el aneurisma como una masa dolorosa y pulsátil. El diagnóstico se hace por pruebas de imagen, principalmente el angioTAC. El tratamiento es la antibioterapia, según el agente etiológico, o la corrección quirúrgica del defecto.

A continuación presentamos 2 casos que se han diagnosticado y tratado en nuestro hospital en los últimos 2 años:

El primero se trata de un varón de 62 años con antecedentes de fibrosis retroperitoneal tratada hace varios años; pancreatocotomía por pancreatitis inflamatoria por sílice; cuadro de poliserositis con ANCA positivos hace años; prostatismo.

Fue hospitalizado para estudio de fiebre y dolor abdominal de 3 semanas de evolución, acompañados de vómitos y diarrea. A la exploración física presentaba palidez junto con aspecto caquético, además un soplo sistólico con hepatomegalia.

En los exámenes de laboratorio al ingreso presentaba únicamente VSG elevada. Se solicitó un TAC toraco-abdomino-pélvico que objetivó adenopatías en para-aórticas en L3-L4. Se realizó una Gammagrafía ósea que captaba a nivel de L4-L5. También se realizó una RNM lumbar donde se vieron cambios degenerativos en L3-L4. En sangre fue aislada la presencia de *Salmmonella enteritidis*, siendo diagnosticado así de fiebre entérica por dicho organismo. Fue dado de alta en tratamiento con Clotrimoxazol. Pocas semanas más tarde volvió a ingresar por un cuadro similar, y con un angioTAC se fue diagnosticado un aneurisma micótico en la aorta abdominal a los niveles ya mencionados.

El segundo caso se trata de una mujer de 37 años con antecedentes de obesidad, hipertensión arterial, dislipemia, disección de aorta a nivel de cayado con cirugía de sustitución por prótesis en 2007, ya habiendo presentando infección periprotésica con embolismos sépticos a nivel esplénico al año siguiente de esta. En TAC de control en 2011 persiste disección distal a la prótesis que va hasta la arteria iliaca común, sin apreciar colecciones ni signos de infección.

Acude a Urgencias por cuadro de 24 horas con fiebre alta, vómitos y diarrea. A la exploración física sólo destaca un soplo sistólico aórtico II/VI. En los exámenes de laboratorio presenta 32.000 leucocitos con desviación izquierda, lactato de 4,1 y datos de insuficiencia respiratoria.

Se le extrajeron hemocultivos en ese momento en donde se aisló *Streptococcus constellatus*. Se hizo un angioTAC aórtico que mostró abscesos a nivel hepático. Se realizó también Gammagrafía con leucocitos marcados que objetivó patología infecto/inflamatoria en el tarso del pie izquierdo y abscesos hepáticos.

Fue tratada con Amoxicilina + Clavulanato, Impenem y Daptomicina. Presentó un ingreso posterior por un cuadro similar por lo que fue hecho recambio de la prótesis aortica.

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TIROTOXICOSIS

HOSPITAL XERAL DE VIGO

Sousa Domínguez, Adrián; Pérez Rodríguez, María Teresa; Lorenzo Castro, Rut; Alonso Herrero, Ana; Martínez Vidal, Ana; Rodríguez Gómez, Ana; Argibay Filgueira, Ana; Rivera Gallego, Alberto; Martínez Vázquez, Cesar

INTRODUCCIÓN-OBJETIVOS: El hipertiroidismo se asocia con disfunción hepática, ya sea por acción directa, hepatotoxicidad por fármacos antitiroideos, insuficiencia cardíaca congestiva o bien por la asociación con otras enfermedades autoinmunes, como la hepatitis autoinmune (HA), la enfermedad celíaca o la cirrosis biliar primaria. Aunque habitualmente la alteración hepática es leve, existen algunos casos de insuficiencia hepática aguda grave. Presentamos el caso de una paciente con tirotoxicosis en la que la primera manifestación fue una insuficiencia hepática grave.

PACIENTES Y MÉTODO: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. **RESULTADOS:** Mujer de 57 años que acudió a Urgencias con cuadro de 10 días de evolución de malestar general, náuseas, astenia, febrícula y dolor en hipocondrio derecho. Negaba clínica sugestiva de hipertiroidismo. En la exploración física destacaba afectación del estado general, ictericia y hepatomegalia dolorosa, sin asterixis. La analítica mostraba elevación de transaminasas y bilirrubina con datos de insuficiencia hepática grave (hipoalbuminemia, coagulopatía; Factor V Leiden

42,3%) que progresaron en 24 horas. Los estudios serológicos e inmunológicos fueron negativos. El estudio de función tiroidea mostró T4L >7,77 pg/ml, TSH <0,1 microU/ml, T3L 19,35 pg/ml y TG 142 ng/ml. Ante el deterioro de la función hepática la paciente fue trasladada al Centro de Referencia de Trasplante Hepático donde evolucionó espontáneamente de forma favorable en pocos días. Quince días después del alta ingresó nuevamente con clínica sugestiva de hipertiroidismo grave (náuseas, pirois, taquicardia, inquietud y pérdida acusada de masa muscular). En ese momento la paciente refirió que 11 años antes había sido diagnosticada de enfermedad de Graves-Basedow recibiendo antitiroideos durante 18 meses con buena respuesta. No había realizado controles hormonales en los últimos 4 años. Se inició tratamiento de soporte con reposo, corticoides, betabloqueantes y antitiroideos con respuesta clínica y hormonal excelente. La biopsia hepática se demoró hasta alcanzar un estado normocatabólico, obteniéndose el resultado histopatológico compatible con hepatitis crónica con actividad de interfase leve. Con todos estos datos la paciente fue diagnosticada de insuficiencia hepática aguda grave secundaria a hipertiroidismo severo.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES: El término tirotoxicosis se utiliza para definir el síndrome clínico de hipermetabolismo secundario a un aumento en las concentraciones séricas de una o ambas hormonas tiroideas (T4L y T3L). Presenta múltiples causas y un amplio espectro de manifestaciones clínicas, que van desde una leve taquicardia hasta un fallo multiorgánico. La insuficiencia hepática grave es una forma muy infrecuente de presentación. En la actualidad no se conocen los mecanismos que llevan a esta disfunción aunque algunos autores consideran que podría deberse a efectos directos/sistémicos de la hormona tiroidea, bien por mecanismos autoinmunes (asociación de enfermedad de Graves-Basedow y HA) o por alteraciones metabólicas secundarias. Debido a las grandes implicaciones pronósticas y terapéuticas de un diagnóstico correcto de tirotoxicosis, ésta debería descartarse en todos los pacientes con insuficiencia hepática aguda de etiología no tóxica, vírica o autoinmune.

ESPLENOMEGALIA MASIVA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TRICOLEUCEMIA

HOSPITAL XERAL-CÍES DE VIGO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

Alonso Herrero, Ana; Sousa, Adrián; Lorenzo, Rut; Rodríguez Gómez, Ana; Martínez Vidal, Ana; Vázquez Triñanes, Caritina; González, Lucía; Villaverde, Iria; Argibay, Ana B.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La tricoleucemia (TL) es un proceso linfoproliferativo crónico de células B poco frecuente que actualmente es considerado uno de los tipos de linfoma no Hodgkin de curso indolente. Es además una de las causas de esplenomegalia masiva, forma en la que se presenta hasta en un 25% de las ocasiones. El objetivo es comunicar un caso de TL en un paciente que debutó con pancitopenia y esplenomegalia masiva, en el que se tuvo que llegar a la esplenectomía para llegar al diagnóstico.

MÉTODOS: Descripción del caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: varón de 67 años sin antecedentes de interés, ingresado por cuadro de astenia de 2 meses de evolución, sin anorexia ni pérdida de peso. No presentaba fiebre ni ninguna otra sintomatología de interés. En la exploración física llamaba la atención palidez cutánea con un ligero tinte icterico en conjuntivas, no se evidenciaban adenopatías periféricas y dado que el paciente presentaba abundante panículo adiposo era muy difícil la palpación abdominal con probable esplenomegalia. En la analítica de ingreso presentaba 1130 leucocitos (510 neutrófilos), Hemoglobina de 4.2 y 82000 plaquetas, así como elevación de bilirrubina total (3.37), a expensas de bilirrubina indirecta, LDH 488 y reactantes de fase moderadamente elevados con resto de parámetros analíticos normales. Los estudios serológicos, Mantoux, cultivos de sangre, orina y esputo resultaron negativos. Se realizó TC tóraco-abdominal visualizando una esplenomegalia gigante homogénea, con un hígado normal y sin evidencia de adenopatías. Se realizaron dos aspirados de médula ósea (MO) con biopsia donde se evidenció una celularidad global disminuida con hiperplasia de la serie eritroblástica con rasgos diseritropoyéticos y citometrías negativas para diagnóstico hematológico. Dada la alta sospecha de proceso hematológico se decidió recurrir a la esplenectomía, cuyo estudio histológico demostró proliferación neoplásica linfocítica B con afectación prioritaria de la pulpa roja, de rasgos morfológicos e inmunohistoquímicos compatibles con leucemia de células peludas. Tras la esplenectomía el paciente recuperó cifras celulares normales en sangre periférica y pasó a cargo del servicio de Hematología para continuación de tratamiento.

CONCLUSIÓN: Entre el 60 y el 80% de los pacientes con TL presentan pancitopenia. El diagnóstico de presunción de esta entidad suele llevarse a cabo mediante visualización de células mononucleares con proyecciones citoplasmáticas (células peludas) en el frotis de sangre periférica (hasta en el 90% de los casos) o en la biopsia de MO. Es esencial para el diagnóstico definitivo el análisis inmunohistoquímico de la MO, con hiperplasia celular en la mayoría de los casos e infiltración difusa, focal o intersticial por células peludas TRAP, CD11c, CD 103, CD 123, Ciclina D1 y

Anexina A1 positivas. No es habitual tener que recurrir a la esplenectomía para el diagnóstico, si bien es una de las armas de segunda línea dentro del arsenal terapéutico con el que contamos frente a esta enfermedad, con un papel primordial en la recuperación de los recuentos de células en sangre periférica (hasta en un 70% de los pacientes que no han respondido a otros tratamientos). Las enfermedades hematológicas son la principal causa de esplenomegalia masiva, y la TL como tal, puede manifestarse de esta manera.

CARACTERIZACIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME GENERAL DE ORIGEN NEOPLÁSICO ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO

Valcárcel García, María Ángeles; Rodríguez Cordero, Marta; Díaz Peromingo, José Antonio; González Quintela, Arturo

INTRODUCCIÓN: El síndrome general (SG) consiste en astenia, anorexia y adelgazamiento involuntario pudiendo asociarse a otras manifestaciones como anemia. Con frecuencia nos puede orientar a una neoplasia maligna subyacente, aunque también deberse a otras enfermedades orgánicas o psiquiátricas. Un notable número de pacientes con SG son vistos en consulta o ingresados para estudio en Medicina Interna.

OBJETIVO: Definir las características clínicas que presentan los pacientes con SG de origen maligno y la rentabilidad de su manejo ambulatorio.

MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, de una cohorte de 666 pacientes remitidos a la consulta de Alta Resolución del Servicio de Medicina Interna. Se incluyeron todos aquellos pacientes vistos por primera vez durante nueve meses. Criterio de inclusión: mayores de 18 años con SG. Se seleccionaron aquellos SG con diagnóstico de malignidad. Variables principales: presencia de neoplasia maligna, tipo histológico, localización del primario y si se trata de un proceso localizado o diseminado (incluyendo diseminación ganglionar o metastásico). Variables secundarias: datos demográficos, hábitos tóxicos, tiempo de evolución (meses), adelgazamiento (Kg), signos exploratorios orientativos, parámetros analíticos, pruebas radiológicas y endoscópicas, necesidad de ingreso y su causa. Estadística: análisis descriptivo calculándose medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación típica). Se usó el paquete estadístico SPSS vs. 17 para Windows.

RESULTADOS: De los 666 pacientes incluidos, 145 (21,77%) presentaban un SG. En 45 (31,03%) de ellos se llegó a un diagnóstico de malignidad. Eran varones 29 y mujeres 16. Edad media 74 años, mediana 79. El tumor se encontraba localizado en el momento del diagnóstico en 13 pacientes y era metastásico en 32. Las localizaciones primarias más frecuentes fueron: colon (14), pulmón (6) y riñón (5). Fumaban 14 pacientes y tenían hábito etílico 17. Media de pérdida de peso: $6,75 \pm 4,13$ kilos en $3,93 \pm 3,06$ meses. La exploración física fue positiva en 16 pacientes. Analíticamente el 53,3% presentaban anemia, 31,1% insuficiencia renal, 26,7% colestasis, 17,8% sangre oculta en heces positiva y 80% algún marcador tumoral elevado siendo los más frecuentemente elevados CEA-II y Ca 19.9. La VSG (46,33), LDH (547,53) y PCR (32,19) medias se encontraban elevadas. Las exploraciones complementarias útiles para el diagnóstico fueron: Rx. Tórax 22,2%, ecografía abdominal 35,6%, TC tórax-abdominal 91,1%, EDA 22,2% y colonoscopia 31,1%. No se necesitó ingreso para completar el estudio en 28 (62,22%) pacientes. **CONCLUSIONES:** Del total de los pacientes evaluados en la consulta, el 20% presentaba SG y de éstos, casi uno de cada tres fue diagnosticado de neoplasia maligna. En la mayor parte de los casos el tumor era metastásico en el momento del diagnóstico y la localización primaria más frecuente fue el colon. La anomalía analítica más habitual fue la anemia y la sangre oculta en heces en los pacientes a los que se les solicitó, siendo el CEA el marcador tumoral más frecuentemente alterado. La prueba de imagen más rentable fue el TC tórax-abdominal, seguida de ecografía abdominal y colonoscopia. Un 60% de los pacientes se diagnosticaron sin precisar ingreso.

TUBERCULOSIS EN EL MEIXOIRO: REVISIÓN DE 70 CASOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

CHUVI-HOSPITAL MEIXOIRO

Rodil Rodil, Viviana; Machado Prieto, Begoña; Miguelez Rodríguez, Daniela; López Otero, Jose Luis; Álvarez Pérez, Joaquín; Montes Santiago, Julio; Pérez Álvarez, Roberto

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis es una enfermedad con una alta prevalencia de forma global y, especialmente en los países del tercer mundo. En Europa, España continúa siendo una de los países con mayor número de casos y, en concreto, Galicia es una de las comunidades con mayor afectación. Dada las características especiales de esta infección y su resurgimiento a nivel mundial, junto con la aparición de resistencias, pretendemos definir la situación actual de dicha enfermedad en nuestra área.

OBJETIVOS: El objetivo de nuestro estudio es revisar las características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y evolución de los pacientes diagnosticados de tuberculosis en nuestro servicio entre los años 2001 y 2011.

MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de tuberculosis en cualquiera de sus manifestaciones (pulmonar, pleural, extrapulmonar o diseminada) entre el 1 de Enero de 2001 y el 31 de Diciembre de 2011, en el servicio de Medicina Interna del Hospital Meixoeiro, a través de las historias clínicas y del registro en IANUs.

RESULTADOS: Estudiamos 70 pacientes diagnosticados de tuberculosis en el momento del alta. Un 66% de los pacientes eran varones y 34% mujeres. La media de edad fue 40.1 años., siendo la mayoría de nuestros pacientes de nacionalidad española (90%). Un 10% de los pacientes pertenecían a una población de riesgo y otro 10% tenía historia previa de tuberculosis, habiendo recibido tratamiento para la misma el 71.4% de ellos. La mayoría de las tuberculosis (67%) fueron pulmonares. Un 17% fueron exclusivamente pleurales y un 8.6% diseminadas. El factor de riesgo más prevalente fue el alcoholismo (27.1%). El síntoma que más frecuentemente motivó la asistencia al hospital fue el síndrome constitucional (38.5%) seguido de tos (21.4%) y el dolor torácico (14%). La tos es el síntoma más común en toda la serie (65.7%) seguido por el síndrome constitucional (62.8%). Se realizó radiografía de tórax a todos los pacientes, siendo esta patológica en un 87.1% de los casos. Se realizó Mantoux a un 68.5% de los pacientes siendo positivo en un 79.16% de los casos. Los cultivos de esputo y baciloscopia (realizados en un 85.7%) fueron positivos en un 62.85% de los casos.

El 75.71% de los pacientes tratados recibieron tres fármacos, empleándose en el 24.2% restante cuatro o más fármacos (y sólo en 4 de los casos se emplearon fármacos de segunda línea). La curación sin secuelas se produjo 65.71% de los pacientes, mientras que el 17.1% de los casos presentaron lesiones residuales. El resto de los pacientes fallecieron durante el tratamiento o en los meses posteriores al alta, siendo atribuida la muerte a la infección tuberculosa en sólo dos de los casos (2.8% del total de los pacientes).

CONCLUSIONES: La tuberculosis sigue siendo una enfermedad prevalente en nuestra área, con una presentación típica y con buena respuesta a la terapia convencional, sin precisarse salvo en casos excepcionales el uso de fármacos de segunda línea.

SÍNDROME DE LÖFGREN

HOSPITAL XERAL-CIES DE VIGO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUVI).

Lorenzo Castro, Rut; Sousa Domínguez, Adrián; Rodríguez Gómez, Ana María; Martínez Vidal, Ana Isabel; Vázquez Triñanes, Caritina; González González, Lucía; Villaverde Álvarez, Iria; Sopena Pérez-Angüelles, Bernardo; Argibay, Ana B.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El síndrome de Löfgren (SL) es la variante de Sarcoidosis más frecuente con un porcentaje que oscila entre 9-34%. Se caracteriza por ser benigna, autolimitada y de evolución aguda, descrita por primera vez en 1953 (eritema nodoso, adenopatías hiliares bilaterales con o sin artralgias/artritis). El objetivo es comunicar un caso de un SL en paciente varón joven, que debutó con síndrome febril y artritis de tobillo izquierdo.

MÉTODOS: Descripción del caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Paciente varón de 35 años trabajador de industria metalúrgica que acudió por enrojecimiento e hinchazón de tobillo izquierdo. Como antecedentes destacaban asma intrínseca, rinitis alérgica e hipersensibilidad al polen, beta talasemia minor, osteocondritis grado III en astrágalo derecho y no recibía tratamiento habitual. Al ingreso el enfermo refería tumefacción e impotencia funcional de varios días de evolución acompañado de febrícula sin otra clínica, la exploración era anodina salvo lo referido a tobillo izquierdo y en la analítica había leucocitosis con desviación izquierda con reactantes de fase elevados. Se ingresó como monoartritis con tratamiento antibiótico empírico previa realización de artrocentesis obteniéndose líquido escaso para estudio. En planta de forma progresiva desarrolló poliartralgias asimétricas (tobillos, rodillas, muñecas...) y lesiones cutáneas compatibles con eritema nodoso en región pretibial. En radiografía de tórax se observaron adenopatías hiliares bilaterales que se confirmaron en el TC torácico. Se realizó punch cutáneo evidenciando infiltrado granulomatoso linfo-histiocitario con aislados neutrófilos, eosinófilos y células multinucleadas y edema extendido a lobulillos adiposos y paredes vasculares. Los cultivos, estudios serológicos y pruebas autoinmunes (incluido la ECA) fueron negativos. Se inició tratamiento con ibuprofeno con buena evolución: resolución de la clínica y desaparición de las adenopatías en la TC de control a los 6 meses.

CONCLUSIÓN: Aunque el SL es una forma de sarcoidosis más frecuente en mujeres jóvenes (sobre todo en el norte de Europa), presentamos un caso de un varón que cumplía todos los criterios para el diagnóstico clínico de SL (la presencia de adenopatías más otro hallazgo tiene un VPP del 99.95%). Las pruebas complementarias apoyan el diagnóstico (reactantes de fase elevados, enzima convertidora

de angiotensina...) y el TC permite el estadiaje (estadios radiológicos: I: adenopatías hiliares bilaterales; II: I+infiltrados pulmonares; III: infiltrados pulmonares; IV: fibrosis pulmonar, bullas y bronquiectasias). A diferencia de otras variedades de sarcoidosis el SL no requiere confirmación histológica; aunque nuestro caso mostró granulomas no caseificantes en la biopsia cutánea, mayoritariamente este estudio es negativo. Se decidió no realización de broncoscopia y tratamiento sintomático, no estando indicados los corticoides en el SL ante la levedad del cuadro y la no presencia de infiltrados pulmonares (estadio I radiológico).

INFECCIÓN DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR CLADIOPHIALOPHORA BANTIANA

HOSPITAL XERAL-CÍES DE VIGO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUVI).

Lorenzo Castro, Rut; Rodríguez Gómez, Ana María; Sousa Domínguez, Adrián; Martínez Vidal, Ana Isabel; Álvarez, M.; Martínez, Lucía; Pérez Rodríguez, María Teresa; Argibay, Ana B.; Martínez Vázquez, César

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La *Cladiophialophora bantiana* (CB) es un hongo causante de varios síndromes clínicos, desde nódulos subcutáneos a enfermedad diseminada. Su patogenia es desconocida, se cree que penetra en nuestro organismo a través del aire diseminándose posteriormente vía hematogena y presenta alta afinidad por sistema nervioso central. El objetivo es comunicar un caso poco frecuente de absceso cerebral fúngico por CB.

MÉTODOS: Descripción del caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Varón de 70 años trabajador del campo, fumador de 2-3 cigarrillos/día y diagnosticado de alveolitis alérgica extrínseca 6 meses antes, a tratamiento corticoideo. Ingresó por cuadro de disartría y desviación de la comisura bucal de 24 horas de evolución, destacando en la exploración disfasia motora con paresia facial central derecha y febrícula. Análiticamente presentaba neutrofilia, plaquetopenia y reactantes de fase aguda levemente elevados. Se realizó TC cerebral con la sospecha de proceso isquémico agudo cerebral donde se observó masa hipodensa en región frontal izquierda con realce anular tras la administración de contraste. La RNM mostró varias lesiones frontales izquierdas de 1 cm de diámetro con restricción de la difusión y edema perilesional compatible con absceso. Se inició tratamiento con dosis altas de corticoides y antibioterapia empírica (cefotaxima, metronidazol, ampicilina y linezolid). A pesar de estas medidas, el paciente sufrió rápido deterioro clínico (afasia y plejía de hemisferio derecho) y empeoramiento en pruebas de imagen, por lo que se decidió tratamiento concomitante neuroquirúrgico. Se realizó extirpación completa del absceso (incluida la cápsula), siendo el diagnóstico microbiológico e histológico compatible con infección fúngica (presencia de hifas). En el postoperatorio se inició tratamiento antifúngico empírico hasta confirmar el aislamiento microbiológico de CB sensible a voriconazol y anfotericina B. El enfermo presentó múltiples complicaciones con necesidad de cuidados intensivos, con recidiva del absceso cerebral a pesar de tratamiento antifúngico correcto y 3 intervenciones quirúrgicas más. Tras 6 meses de ingreso y debido a la pésima situación clínica del paciente la familia solicitó tratamiento conservador, siendo posteriormente éxitus.

CONCLUSIONES: Las feohifomicosis son infecciones causadas por hongos que contienen melanina en su pared celular, residiendo en este punto su virulencia y su afinidad por el tejido glial. La CB es la especie más frecuentemente aislada (48%) y provoca absceso cerebral hasta en el 87% de los casos. La infección se relaciona con inmunosupresión (37%), siendo el uso de esteroides el factor de riesgo en el 4% de los casos, pero hasta en un 58% de los pacientes no hay inmunodepresión asociada. Su tratamiento se basa en la combinación de cirugía y antifúngicos (Anfotericina B, Flucitosina más anfotericina B y Voriconazol) a largo plazo, siendo más efectiva la extirpación completa que la aspiración del absceso. La evolución de los pacientes es bastante dramática con un mortalidad global del 73%. Existen pocos casos publicados en la literatura de infección cerebral por CB, siendo nuestro caso el segundo identificado y publicado en España.

FIEBRE Y CUADRO CONSTITUCIONAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ARTERITIS DE LA TEMPORAL

HOSPITAL XERAL-CÍES DE VIGO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUVI).

Lorenzo Castro, Rut; Sousa Domínguez, Adrián; Alonso Herrero, Ana; Villaverde Álvarez, Iria; González González, Lucía; Vázquez Triñanes, Caritina; Rivera Gallego, Alberto; Sopena Pérez-Argüelles, Bernardo; Argibay, Ana B.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La arteritis de la temporal (ACG) es una vasculitis crónica de vasos de mediano y gran calibre; sobre todo en aorta torácica, arterias cervicales y ramas de la arteria carótida externa. Es de instauración gradual y muy variada, presentado síntomas a nivel sistémico: fiebre (50%), astenia, cefalea, síntomas oculares, claudicación mandibular... El objetivo es comunicar dos casos diagnosticados ACG que se iniciaron de modo insidioso con cuadro constitucional de varios meses de evolución acompañados de aumento de temperatura vespertina bien tolerada.

MÉTODOS: Descripción del caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Caso 1: mujer de 75 años diabética, dislipémica e hipertensa a tratamiento médico que ingresó por astenia, pérdida de peso y síntomas digestivos de 3-4 meses de evolución acompañados de fiebre vespertina (38°C). En la anamnesis dirigida refirió además hipersensibilidad de cuero cabelludo y claudicación mandibular. A la exploración física destacaba una disminución de los pulsos temporales y analíticamente unos reactantes de fase muy elevados (VSG y PCR mayores de 100) y anemia. Se descartó patología infecciosa y neoplásica con cultivos, serologías, gastroscopia y TC de rastreo normales o negativos. Caso 2: varón de 59 años que presenta malestar general de 3-4 semanas de evolución con temperatura de 37.5°C vespertina bien tolerada y pérdida de peso. En la exploración destacaba la prominencia de arterias temporales bilateralmente con pulso presente. En la analítica destacaban reactantes de fase elevados, anemia leve y una colestasis disociada muy marcada que hizo sospechar de inicio un cuadro neoplásico. Los estudios microbiológicos fueron negativos y las pruebas de imagen (TC y RM) y marcadores descartaron procesos tumorales.

En ambos casos se realizó biopsia arteria temporal que confirmó el diagnóstico de ACG, instaurándose tratamiento corticoideo con una mejoría analítica y clínica casi inmediata en los dos pacientes.

CONCLUSIÓN: La ACG aumenta su incidencia con la edad (media de 72 años) y es extraordinaria antes de los 50 años. Los criterios diagnósticos son: edad mayor o igual a 50 años, cefalea localizada o de reciente inicio, pulso arteria temporal débil o inexistente, VSG mayor a 50 mm/h y biopsia arteria temporal compatible con arteritis necrotizante de predominio mononuclear y granulomas con células gigantes multinucleadas (afectación parcheada); siendo necesario tres de estos cinco para el diagnóstico. Aunque la anemia y la elevación de la VSG son parámetros frecuentes en esta entidad, la aparición de afectación hepática (caso 2) se da sólo en torno a un 25-35% de los enfermos. La ACG es una entidad de presentación insidiosa y curso abigarrado que obliga a realizar un diagnóstico diferencial muy amplio, pudiendo pasar desapercibida o confundirse con procesos de origen tumoral o infeccioso.

MENINGITIS POSTQUIRÚRGICA POR HAFNIA ALVEI

HOSPITAL XERAL-CÍES DE VIGO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUVI).

Lorenzo Castro, Rut; Sousa Domínguez, Adrián; Rodríguez Gómez, Ana María; Martínez Vidal, Ana Isabel; Nodar Germiñas, Andrés; Martínez, Lucía; Pérez Rodríguez, María Teresa; Argibay, Ana B.; Martínez Vázquez, César

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: *Hafnia alvei* (HA) es una bacteria gram negativa flagelada aerobia facultativa conocida desde 1954 perteneciente a la familia Enterobacteriaceae y considerada como única especie dentro del género *Hafnia*. Epidemiológicamente se distribuye de forma ubicua tanto en ambiente como en seres vivos (animales y humanos). Existen escasas publicaciones de enfermedad extraentérica por este patógeno: artritis, sepsis secundaria a colecistitis, abscesos, infecciones respiratorias. El objetivo es comunicar un caso excepcional de meningitis por HA en una paciente inmunodeprimida.

MÉTODOS: Descripción del caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Mujer de 50 años con cuadro de fiebre, deterioro del estado general y cefalea. Como antecedentes destacaba: artritis reumatoide (AR) seropositiva erosiva severa diagnosticada en 1999 a tratamiento con corticosteroides y fármacos biológicos y síndrome seco asociado; mastectomía bilateral en 2008 por hiperplasia ductal atípica con bacteriemia e infección de prótesis mamaria por *S. aureus* secundaria y meningioma meningotelial grado I parcialmente resecado mediante craniectomía suboccipital hacia 1 mes. Acudió a urgencias 11 días después del alta hospitalaria de Neurocirugía por fiebre, cefalea y mareos intensos. En la exploración destacaba rigidez y dolor cervical y en la analítica neutrofilia sin leucocitosis. Se realizó punción lumbar (PL) donde se observaba un aumento de celularidad (261 leucocitos) con predominio mononuclear (90%), y aumento de proteínas. La RNM mostró realce meníngeo y colección subcutánea occipital post-quirúrgica. Se inició tratamiento con linezolid y meropenem sin mejoría clínica y con empeoramiento del líquido cefalo-raquídeo (LCR) siendo todos los cultivos negativos (incluidos virus, tuberculosis y antígeno criptocócico). Por este motivo se retiró antibioterapia y se realizó despistaje de otras etiologías de meningitis crónica (química, sarcoidosa, tumoral, secundaria a AR de base...) siendo todo negativo. Tras más de 3 semanas de ingreso se realizó nueva PL y punción de seroma occipital obteniéndose en ambos LCR de similares características compatible con meningitis polimorfonuclear con crecimiento de HA. Estos hallazgos hicieron sospechar la existencia de una fístula de LCR tras la cirugía, que se confirmó en la intervención quirúrgica. Se realizó cierre de la fístula con crecimiento de HA también en las muestras intraoperatorias de la duramadre. La evolución posterior fue buena, completando tratamiento con antibioterapia según antibiograma durante 3 semanas, con resolución del cuadro. **CONCLUSIONES:** La HA es un germen aislado frecuentemente en el tubo digestivo formando parte de la flora habitual, causante en su gran mayoría de cuadros dia-

rréicos sobre todo en edades pediátricas. Su relevancia clínica aún está por definir, pero es conocida su capacidad patógena en determinadas circunstancias (inmuno-supresión o patología crónica debilitante) como era nuestro caso. Sólo existen dos casos de meningitis por HA publicados: un recién nacido iraní y un varón de 20 años secundaria a enteritis necrotizante. La HA no debe ser considerada siempre un hallazgo irrelevante desde punto de vista clínico ya que puede ser causa de cuadros infecciosos graves, como el aquí expuesto.

INFECCIÓN AGUDA POR PARVOVIRUS B19 EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES

HOSPITAL XERAL-CÍES DE VIGO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUVI). *Lorenzo Castro, Rut; Sousa Domínguez, Adrián; Vázquez Triñanes, Carlina; Nodar Germiñas, Andrés; Alonso, María; Villaverde Álvarez, Iria; Pérez Rodríguez, María Teresa; Argibay, Ana B.; Martínez Vázquez, César*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El parvovirus B19 (PV) presenta avidez por precursores hematopoyéticos, fundamentalmente megacarioblastos y eritroblastos. El ser humano es el único huésped y el 90% de los adultos presentan IgG positiva específica. Las manifestaciones clínicas dependen de estado inmunológico, edad y mecanismo de transmisión. El objetivo es comunicar dos casos de infección aguda en individuos inmunocompetentes cuya presentación fue leucopenia y trombopenia.

MÉTODOS: Descripción de los casos clínicos y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Caso 1: mujer de 56 años que acudió por malestar general y febrícula, presentando cuadro catarral autolimitado dos semanas antes. La exploración física era anodina salvo adenopatía supraclavicular izquierda. En la analítica presentaba leucopenia y trombocitopenia, con elevación de aminotransferas y LDH. Los estudios serológicos mostraron IgM e IgG positivos para PV, con recuperación de los parámetros hematológicos con tratamiento sintomático. Caso 2: Mujer de 36 años, profesora de guardería, que acudió a urgencias por fiebre y dolor lumbar agudo. Presentaba cuadro de dolor brusco lumbar irradiado a flanco derecho acompañado de sensación distérmica y escalofríos. En exploración destacaba Tª 38,5°C, soplo sistólico I/V de insuficiencia mitral, dolor en región lumbar a la palpación y esplenomegalia. Analíticamente presentaba leucopenia, trombopenia y anemia microcítica hipocrómica con reticulocitopenia marcada. Se solicitaron pruebas de imagen que descartaron espondilodiscitis y sólo mostraron un bazo ligeramente agrandado; así como ecocardiografía que descartó endocarditis. Los cultivos fueron negativos. Dentro de las serologías solicitadas fue únicamente positiva la IgM para PV con IgG negativa (patrón característico de infección precoz). La enferma fue dada de alta con tratamiento sintomático con seguimiento ambulatorio y aparición en las 3 semanas siguientes de rash cutáneo y artralgiás. Los controles analíticos mostraron recuperación de la pancitopenia y positividad de la IgG para PV con persistencia de IgM positiva.

CONCLUSIÓN: El PV presenta un espectro muy amplio de presentaciones clínicas: eritema infeccioso en niños; hydrops fetalis y/o aborto en gestantes; crisis aplásica transitoria en pacientes con trastornos hematológicos de base; infección crónica en inmunodeprimidos. En pacientes inmunocompetentes lo más frecuente es un cuadro catarral normalmente autolimitado. Pero dada la replicación del virus en los precursores eritroides de la sangre y médula ósea, inhibiendo la eritropoyesis, el PV debería incluirse en el diagnóstico diferencial de procesos que cursen con pancitopenia (sobre todo anemia con reticulopenia marcada) aunque los pacientes no sean inmunodeprimidos o no tengan trastornos hematológicos de base.

UTILIDAD DEL FDG-PET/TC EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES VASCULARES

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

Pérez Rodríguez, María Teresa; Álvarez Pequeño, Leticia; Argibay, Ana; Nodar, Andrés; Guitián, Ramón; Portela, Daniel; Vázquez Triñanes, Matilde Carlina; González González, Lucía; Sopeña, Bernardo; Martínez Vázquez, César

INTRODUCCIÓN-OBJETIVOS: La infección de prótesis vascular es una complicación grave y no exenta de dificultades tanto en su diagnóstico, como en su manejo. En los últimos años se ha comenzado a utilizar la tomografía de emisión de positrones con fluorodeoxiglucosa (FDG-PET)-TC en el diagnóstico y en el seguimiento del tratamiento de la infección de prótesis vasculares. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en el uso de PET/TC en el manejo de las infecciones vasculares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presentan las características de 7 pacientes en los que se realizó PET/TC por sospecha de infección vascular, bien aneurismas micóticos o prótesis vasculares.

RESULTADOS: De los 7 pacientes 4 eran varones, con una edad media de 60 años (rango 38-77 años). Cinco eran portadores de prótesis vascular (4 by-pass periféricos y 1 prótesis de aorta ascendente y descendente), con un tiempo medio desde la implantación de 311 días (rango 75-725 días). De los pacientes sin prótesis

vascular uno presentaba abscesos periarticulares, con dilatación de aorta infrarrenal por lo que se sospechó un aneurisma micótico. El otro, era una paciente con un aneurisma de aorta contenido y sospecha de enfermedad granulomatosa. Los síntomas que presentaron los pacientes fueron fiebre (5), embolismos periféricos (1), dolor abdominal (1), colección purulenta inguinal (2). Los hemocultivos fueron positivos en 2 pacientes (S. anginosus, SAMR) y los cultivos de las colecciones fueron positivos en 3/4 pacientes. La infección vascular fue confirmada en 6 pacientes (por la clínica y/o cultivos positivos obtenidos mediante cirugía o PAAF). Se realizó angioTC en 5 pacientes y fue compatible con infección en todos ellos, pero en uno se descartó infección. AngioRM se realizó en 5 pacientes, fue positiva en 1 paciente con infección y negativa en 3 (1 paciente sin infección y 2 con infección). En 4 pacientes se realizó gammagrafía con leucocitos marcados con ¹¹¹In, se obtuvo un resultado positivo en 3 pacientes con infección y 1 resultado negativo en un paciente con infección. El PET/TC fue positivo en todos los casos con infección confirmada y negativo en el paciente sin infección. En el seguimiento se realizaron 3 PET/TC mostrando mejoría en todos ellos, hallazgo que se correlacionó con los hallazgos clínicos y analíticos.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES: El PET/TC es una técnica radiológica de reciente implantación que combina la sensibilidad del PET para detectar hipermetabolismo, con la calidad de imagen anatómica del TC. Se ha mostrado de gran utilidad en patología oncológica, cardiológica y neurológica. En los últimos años se han comunicado experiencias favorables en el uso de esta técnica para el diagnóstico de las infecciones de prótesis vasculares. Sin embargo, su uso no se ha extendido y no figura en los protocolos de diagnóstico de estas infecciones. En nuestro estudio hemos encontrado una excelente correlación entre los hallazgos del PET/TC y los hallazgos clínicos, quirúrgicos y analíticos. Por todo ello, pensamos que el PET/TC puede ser de gran utilidad tanto en pacientes con sospecha de aneurismas micóticos, como para descartar o confirmar infección de prótesis vasculares. Además, es una técnica más sensible que los radioisótopos y más útil para la localización de las colecciones que el Angio-TC o la Angio-RM.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE METÁSTASIS CUTÁNEAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA

Fernández, Alberto; Ríos, Mónica; Viejo, Miguel Ángel; Diéguez, Julia; Alves, Eide Diana; Anibarro, Luis; García, Juan Carlos; Nuñez, Manuel Jesús

INTRODUCCIÓN: Los trabajos que analizan las metástasis cutáneas no son muy frecuentes, por ello queremos conocer las diferentes características de esta patología a través de los datos existentes en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de las historias clínicas electrónicas de los pacientes codificados con el diagnóstico de metástasis cutánea, en el período 2006-2011, en el Complejo Hospitalario de Pontevedra.

RESULTADOS: Se documentaron 35 casos (18 mujeres), con una incidencia media de 6 casos al año. La media de edad fue de 64 años (rango 32-88 años).

Se documentó el diagnóstico anatomopatológico en el 85%; para los restantes, el diagnóstico fue clínico en el seno de una enfermedad metastásica diseminada.

El tumor que más frecuentemente origina metástasis en la piel, es el de mama (37%), seguido del melanoma (22%), tumores del área ORL (14%), de pulmón (9%), y gastrointestinales (9%).

El diagnóstico de las metástasis cutáneas es posterior al del tumor primitivo en 3 de cada 4 casos. Sólo hubo un caso de diagnóstico de metástasis cutánea previa al diagnóstico del primario.

La localización corporal de las metástasis es más frecuente en tórax (17 casos) y en la cabeza-cuello (12 casos); en el 28% aparecen en el área de la cicatriz quirúrgica (mama y ORL).

El aspecto macroscópico más frecuente es el nodular (94%).

En el momento del diagnóstico de las metástasis cutáneas, la afectación metastásica a otros niveles se detecta en casi la mitad de los pacientes en los que se establece el diagnóstico sincrónico entre metástasis cutáneas y neoplasia primaria; en aquellos con diagnóstico posterior de metástasis cutáneas respecto al primario, el porcentaje de afectación metastásica a otros niveles se eleva al 77%.

CONCLUSIONES: Las metástasis cutáneas son una patología infrecuente originada preferentemente en tumores de mama y melanoma.

Se suelen presentar sobre todo en el seno de una enfermedad neoplásica progresiva.

La forma más frecuente es la metástasis única de forma nodular, localizada en el tórax, cabeza o cuello.

En un porcentaje importante de casos las metástasis cutáneas aparecen en la herida quirúrgica.

SUPERVIVENCIA DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO DE METÁSTASIS CUTÁNEA DE TUMOR SÓLIDO: ANÁLISIS DE 35 CASOS

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA

Ríos, Mónica; Diéguez, Julia; Alvez, Eide Diana; Viejo, Miguel Ángel; Fernández, Alberto; Anibarro, Luis; García, Juan Carlos; Núñez, Manuel Jesús

INTRODUCCIÓN: El objetivo de este trabajo es analizar la evolución de aquellos pacientes diagnosticados de metástasis cutáneas de tumores sólidos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de las historias clínicas electrónicas de los pacientes codificados con el diagnóstico de metástasis cutánea, en el período 2006-2011, en el Complejo Hospitalario de Pontevedra.

RESULTADOS: El estudio se realiza sobre un total de 35 casos (18 mujeres). La media de edad fue de 64 años (rango 32-88 años). Al finalizar el estudio han fallecido 26 pacientes (74%).

El tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico del tumor hasta la aparición de las metástasis cutáneas fue de 46 meses (rango 3-244 meses); siendo dicho período para el cáncer de mama de 90 meses, para el melanoma 21 meses, y de 15 meses en neoplasias del área ORL.

La media de supervivencia global después del diagnóstico de las metástasis cutáneas hasta el fallecimiento fue de 16 meses (rango 1-108); en el cáncer de mama fue de 24 meses, para el melanoma 16 meses, y 14 meses en los tumores del área ORL.

En los 3 meses después del diagnóstico de metástasis cutánea, fallecieron el 26%; a los 6 meses, fallecieron el 46%; a los 12 meses, fallecieron el 65%; a los 24 meses, habían fallecido el 76%.

La supervivencia más larga desde el diagnóstico de metástasis cutáneas fue para un caso de primario de mama con 108 meses; el más corto fue para un caso de diagnóstico sincrónico de melanoma con un mes de supervivencia.

CONCLUSIONES: La detección de metástasis cutáneas se realiza en torno al 4º año después del diagnóstico del tumor primario. En tumores del área ORL dicho período es el más corto con algo más de un año.

La supervivencia media desde el diagnóstico de las metástasis cutáneas en un tumor sólido es de 16 meses. Los tumores que tienen este período más corto son los del área ORL con 12 meses.

A los 6 meses de diagnóstico de metástasis cutánea fallecen la mitad de los pacientes.

Existe gran variabilidad en la supervivencia de pacientes diagnosticados de metástasis cutáneas.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN GALICIA: COMPARATIVA CON EL RESTO DE ESPAÑA DEL 2006 AL 2010

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE

Pérez Iglesias, Almudena; Seco Hernández, Elena; Rodríguez Álvarez, Ana Paula; Pérez Carral, Verónica; Fernández Regal, Inés; González Vázquez, Elvira; De Toro Santos, Manuel; Chamorro Fernández, Antonio Javier

INTRODUCCIÓN: El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica, recidivante, inflamatoria en la que hay daño celular y tisular por autoanticuerpos y que cursa con un amplio espectro de manifestaciones clínicas.

OBJETIVOS: Presentamos una comparativa entre Galicia y el resto de España, de las principales variables epidemiológicas de los pacientes ingresados con LES como diagnóstico principal (DP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo del 2006 al 2010 en el que se obtuvieron los datos de Galicia a través del SERGAS, y los del resto de España a través del CMDB de la página del Ministerio de Sanidad <http://www.msps.es>. En ambas búsquedas se usó el código CIE-9 710.0 para LES y con el 710 "Enfermedades difusas del tejido conectivo" (excluidas vasculitis). Se describieron variables como el sexo, edad, hospital y servicio de alta, y tipo de alta.

RESULTADOS: Se obtuvieron 779 pacientes con un DP de LES en Galicia y 8.086 en España. En lo referente al sexo, el 77,5% de los casos gallegos se dieron en mujeres, mientras que en el total del país fue del 84%. La edad media en Galicia fue de 37.89 (SD +/-15.47). Referente a los éxitos (con LES como DP), hubo 7 en Galicia (0.9%) y 96 en España (1%). El mayor número de ingresos se registró en A Coruña con 228 (29,3%), seguido de Lugo 178 (22,8%) y Vigo 125 (16%). En Galicia, el mayor porcentaje de ingresos pertenece a: Reumatología (41,5%), Nefrología (38%) y Medicina Interna (11,3%). Del total de Reumatología, el mayor número y porcentaje pertenece a Lugo 142 (44%), de Nefrología a A Coruña 172 (58,1%) y de Medicina Interna a Vigo 42 (47,7%). En el conjunto de España, Medicina Interna es la primera en número de ingresos (30,4%), Nefrología (26,9%) y Reumatología (26,2%) la siguen. Por otra parte, los ingresos debidos a enfermeda-

des Autoinmunes Sistémicas en todo el país fueron de 14.963. De ellos, un tercio aproximadamente 4.880, pertenece a Medicina Interna; la procedencia de estos ingresos es mayoritariamente desde Urgencias (57,6%), al contrario de lo que sucede en Nefrología 2.264 (32,6%) y Reumatología 4.610 (34%) donde predomina el ingreso programado.

DISCUSIÓN: Los datos analizados son muy similares a los del conjunto de España salvo en lo referente al porcentaje de ingresos en Medicina Interna con LES como DP; si lo comparamos con otros servicios que también manejan este tipo de patología (hasta un 75% menos de ingresos que estos servicios). El LES es una enfermedad multisistémica que se podría beneficiar de un abordaje global por un lado y multidisciplinar por otro. La relación y colaboración con otros servicios debe ser por tanto muy estrecha. Como sesgos de selección, no se incluyeron ni los diagnósticos secundarios de LES ni los casos seguidos por consultas.

CONCLUSIÓN: Existen diferencias de ingresos por LES como diagnóstico principal entre los propios servicios de Medicina Interna gallegos y también comparados con el resto de España.

MOTORISTA EXENTO DE CASCO: A PROPÓSITO DE UN CASO

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE

Seco Hernández, Elena; Pérez Pomo, Serafin; Chamorro, Antonio; Pérez Iglesias, Almudena; Rodríguez Álvarez, Ana Paula; Pérez Carral, Verónica; Fernández Regal, Inés; de Toro Santos, José Manuel

INTRODUCCIÓN: La esquizocefalia es un raro trastorno de la migración neuronal en el que hay una o más fisuras llenas de líquido en el hemisferio cerebral que se comunican con el ventrículo lateral. Puede ser uni o bilateral y se asocia a hidrocefalia, epilepsia, espasticidad y retraso psicomotor. Presentamos el caso de un paciente visto en consulta con esquizocefalia.

CASO CLÍNICO: Varón de 46 años, pensionista desde los 32, sin otros antecedentes de interés, que refería dolor lumbar de 6 meses de evolución, de características mecánicas que se agravaba con los movimientos. No refería traumatismo previo, pérdida de fuerza o de sensibilidad, espasticidad ni retención urinaria. En el interrogatorio dirigido la madre refería que el tamaño de la cabeza había sido siempre grande y que su hijo tenía un permiso especial para circular en moto sin casco. A la exploración destacaba una macrocefalia e impresionaba de CI límite. Presentaba dolor a la palpación de D9 y lumbosacra con Lassegue negativo. Resto de exploración normal, incluida la neurológica. Se realizó una Rx columna con escoliosis importante dorsal alta y rectificación de columna lumbar. Se solicitó TAC craneal y RMN que mostraba marcada hidrocefalia a expensas del tercer ventrículo y de ambos ventrículos laterales, asimétrica, de predominio derecho. Ausencia de la porción posterior y esplenio del cuerpo calloso y la porción anterior y rodilla del mismo son atróficas e improntadas por un tercer ventrículo prominente. Hallazgos en relación con esquizocefalia.

DISCUSIÓN: La esquizocefalia predomina en el sexo masculino. La forma más frecuente es la esporádica, también Teratogénica (DM materna, TORCH...) o genética (mutación en el gen EXM2). El diagnóstico prenatal se realiza mediante Ecografía fetal en el segundo trimestre de gestación. El "gold-standard" es la RMN cerebral. Se debe hacer diagnóstico diferencial con la poroencefalia y la holoprosencefalia.

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LAS VASCULITIS DE SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO DIAGNOSTICADAS POR BIOPSIA EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO

HOSPITAL XERAL CIES VIGO (CHUVI)

Alonso Parada, María; Freire Dapena, Mayka; Álvarez Rodríguez, Elena; González Piñeiro, Ana; Villaverde Álvarez, Iria; Lorenzo Castro, Rut; Rivera Gallego, Alberto; Sopena Pérez-Arguelles, Bernardo; Martínez Vázquez, Cesar

INTRODUCCIÓN: El término vasculitis se refiere a la destrucción ó lesión de los vasos secundaria a un proceso inflamatorio de la pared vascular. Las neuropatías vasculíticas se han clasificado clásicamente en no sistémicas (vasculitis aislada del sistema nervioso periférico (VASNP), para algunos autores dentro del espectro de la poliangeítis microscópica -PAM- aunque sin afectación sistémica) y sistémicas, que se pueden subdividir a su vez en primarias (PAN, Wegener, Churg Strauss, PAM) y secundarias a otros procesos (infecciones, enfermedades del colágeno, tóxicos...). **OBJETIVOS:** Analizar las características clínico-patológicas y las entidades más frecuentemente asociadas a las vasculitis de nervio periférico en nuestro Centro Hospitalario.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes con biopsia de nervio periférico diagnóstica de vasculitis, seleccionadas a través del sistema de codificación del Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario de

Vigo (SNOMED), detectándose 13 casos desde el 1 de Enero de 1995 al 1 de Enero de 2012.

RESULTADOS: De los 13 pacientes revisados, 7 eran varones y 6 mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 55 años (rango 33-76). 5 pacientes fueron diagnosticados de VASNP (38.5%), 3 de PAM (23 %), 2 de PAN (15.4%), 1 de Churg-Strauss, 1 de Sjogren con crioglobulinemia asociada y otro el diagnóstico definitivo fue dudoso. La alteración de la sensibilidad (parestesias principalmente) fue el motivo más frecuente de consulta, presente en un 61.5% de los pacientes, generalmente con carácter asimétrico. Un 15.4% referían clínica mixta sensitivo-motora, el 7.7% contaban sólo disminución de la fuerza (pie caído) y el 7.7% mialgias. Los hallazgos de laboratorio fueron anodinos, destacando una elevación de reactantes de fase, con VSG media de 45.5 mm/h (rango 10-110) y PCR de 22 mg/L (rango 5-54) y dos casos con deterioro de la función renal (1 PAM, 1 Sjogren/criglobulinemia). Los hallazgos neurofisiológicos (sólo disponibles en 8 enfermos) mostraron datos de polineuropatía (PNP) sensitivomotora axonal en 4 (50%), mononeuritis múltiple (MNM) en 3 (37.5%) y poliradioculopatía desmielinizante en uno. La biopsia mostró datos de vasculitis linfocítica en 8 casos (61.5%) con asociación estadísticamente significativa ($p < 0.004$) con VASNP, necrosis fibrinoide en 4 (30.8%) e infiltración eosinofílica perivascular en el paciente con Churg-Strauss. El tratamiento se realizó en un 53.8% sólo con esteroides y en el 46.2% restante con corticoides y otro inmunosupresor asociado (3 CFM, 2 MTX, 1 IG y 1 AZA).

CONCLUSIONES: 1. La vasculitis de nervio periférico es un diagnóstico poco frecuente en nuestro medio. 2. El grupo de neuropatías vasculíticas predominante es el de vasculitis aisladas del SNP, seguidas por la poliangeítis microscópica y finalmente la panarteritis nodosa. 3. La manifestación clínica más frecuente es la alteración asimétrica de la sensibilidad, y se traduce a nivel electrofisiológico en una PNP mixta axonal o una MNM. 4. El hallazgo histológico de vasculitis linfocítica se correlacionó con VASNP.

PAPEL PATÓGENO DE LA HAFNIA ALVEI

HOSPITAL XERAL-CÍES DE VIGO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUVI).

Lorenzo Castro, Rut; Sousa Domínguez, Adrián; Rodríguez Gómez, Ana María; Martínez Vidal, Ana Isabel; González González, Lucía; Martínez, Lucía; Pérez Rodríguez, María Teresa; Argibay, Ana B.; Martínez Vázquez, César

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: *Hafnia alvei* (HA) es una bacteria gram negativa flagelada aerobia facultativa conocida desde 1954 perteneciente a la familia Enterobacteriaceae y considerada como única especie dentro del género *Hafnia*. Epidemiológicamente se distribuye de forma ubicua tanto en ambiente como en seres vivos (animales y humanos). Su relevancia clínica aún está por definir, se sabe que es una enterobacteria aislada frecuentemente en muestras humanas pero sin un papel patógeno claro, mayoritariamente se relaciona con cuadros diarreicos. Nuestro objetivo es presentar los aislamientos positivos para este microorganismo en nuestro hospital y ver la importancia clínica de los mismos, así como los factores de riesgo asociados a la aparición de enfermedad.

MÉTODOS: Se recogieron de forma retrospectiva los aislamientos de HA en muestras biológicas entre enero 2004 hasta marzo de 2012. Se analizaron antecedentes epidemiológicos, datos clínicos, factores de riesgo, lugar del aislamiento microbiológico y tratamiento.

RESULTADOS: Se encontraron 36 aislamientos (en 32 pacientes) de HA, pertenecientes a 16 mujeres (50%) y a 16 varones (50%) siendo la edad media de $51,75 \pm 30,24$ años. En 16 casos el aislamiento fue en heces (44,44%), 5 en esputo (13,89%), 4 en orina (11,11%), 3 en exudado de herida postquirúrgica (8,33%), 2 en abscesos (5,55%), 3 en LCR (8,33%) y 1 en sangre (2,78%). En el 58,33% de los casos se encontró HA como aislamiento único y en el resto (41,66%) se aisló conjuntamente con otras bacterias. Un 31,25% de los pacientes habían sido sometidos a cirugía (2 amputaciones; 6 cirugías abdominales; 3 neurocirugías). El 18,75% de los casos eran enfermos con neoplasia de base y una paciente era una artritis reumatoidea con tratamiento biológico.

Cabe destacar que la HA únicamente se consideró como agente responsable de la clínica que presentaban los pacientes en 3 casos (8,33%). Un caso de meningitis postquirúrgica nosocomial (aislamiento en líquido cefalorraquídeo) en una paciente inmunosuprimida con artritis reumatoidea de base; un caso de colangitis (aislamiento en hemocultivos) y un caso de apendicitis donde la HA se aisló en las muestras quirúrgicas. Los tres presentaban ingreso hospitalario por cirugía. Estos pacientes recibieron tratamiento antibiótico sistémico ajustado según antibiograma con dos fármacos.

CONCLUSIÓN: Según lo observado en nuestra serie el tipo de muestra más frecuente donde se aísla la HA es en heces (44,44%), siendo cuadros banales sin relevancia clínica. Los casos donde sí fue causa de enfermedad presentaban como antecedente común haber sido sometidos a cirugía reciente. A pesar de lo descrito hasta ahora donde se afirma que frecuentemente aparece conjuntamente con otros microorganismos en nuestra serie el 58,33% se aisló como único agente. Destacar

que aunque la HA en la mayoría de los casos puede ser un patógeno contaminante o sin relevancia clínica, puede producir casos graves con repercusión clínica que precisen antibioterapia sistémica, sobre todo en pacientes inmunosuprimidos y sometidos a cirugía.

MENINGITIS POR VIRUS VARICELA-ZÓSTER: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE LABORATORIO DISTINTIVAS

SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. H. XERAL-CÍES DE VIGO. CHUVI¹; UNIDAD DE PATOLOGÍA INFECCIOSA. MEDICINA INTERNA. H. XERAL-CÍES DE VIGO. CHUVI²; SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. H. XERAL-CÍES DE VIGO. CHUVI³

Alonso Herrero, Ana¹; Sousa, Adrián¹; Argibay, Ana B.¹; Pérez Rodríguez, María Teresa¹; Nodar Germeñás, Andrés¹; Maure Noia, Brenda¹; Lorenzo, Rut¹; López Miragaya, Isabel²; Martínez Vázquez, César³

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La meningitis por virus varicela zóster (VVZ) es una entidad poco frecuente que afecta principalmente a pacientes inmunocompetentes y que puede diferir del resto de meningitis asépticas en algunos parámetros del líquido cefalorraquídeo (LCR) que serían esperados por su origen viral. Estas características especiales pueden incluso llevar a que sean erróneamente clasificadas como de etiología bacteriana, provocando un manejo inicial inadecuado. El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas y analíticas del LCR de pacientes con meningitis por VVZ.

MÉTODO: Revisión retrospectiva de todos los casos diagnosticados de meningitis o meningoencefalitis por VVZ en nuestro centro, entre Enero y Diciembre de 2011. Se seleccionaron los casos con diagnóstico microbiológico mediante amplificación de ADN por PCR en LCR de VVZ que realizó el Servicio de Microbiología del CHUVI.

RESULTADOS: Se incluyeron 8 pacientes con meningitis de los cuales 2 presentaban clínica añadida de encefalitis. La mitad de los pacientes eran mujeres, con una media de edad de $42,2 \pm 25,4$ años. El 75% no presentaban ningún factor de riesgo, un paciente era diabético y otro presentaba enolismo moderado. El tiempo medio de evolución de la clínica en domicilio hasta acudir a un servicio de Urgencias fue de $4 \pm 2,2$ días. La forma clínica de presentación fue cefalea (87,5%), fiebre (50%) y rigidez de nuca (12,5%). Ninguno presentó convulsiones. El tiempo medio hasta realización de punción lumbar fue de $4 \pm 2,4$ días. El 50% de los enfermos presentaron lesiones cutáneas (zóster) simultáneamente a la clínica meníngea, y tres otras manifestaciones neurológicas (37,5%), que consistieron en una parálisis facial periférica, una disartria y un deterioro del nivel de consciencia. Los parámetros del LCR fueron leucocitos mediana 307 (rango 33-747), con predominio linfocitario en todos los pacientes, hemáties mediana 9 (rango 1-309), glucosa $58 \pm 16,6$ mg/dl, proteínas $103 \pm 39,9$ mg/dl, ADA $12,9 \pm 4,35$ IU/l, ácido láctico $2,1 \pm 0,06$ y cociente de glucosa LCR/sérica $< 0,5$ en dos pacientes (25%). Se realizó TC craneal en el 87,5% de los pacientes, y RM en el 37,5% siendo en todos ellos normal. Todos se trataron con aciclovir intravenoso con una duración media de $12 \pm 3,2$ días. El 62,5% de los pacientes recibió también tratamiento antibiótico simultáneo al aciclovir, y en 2 se asociaron corticoides. La evolución fue buena en el 87,5% de los casos, con una curación completa sin secuelas, y sólo en uno persistió afectación vestibular severa residual.

CONCLUSIONES: En la práctica clínica, ante un caso de meningitis, las características del LCR nos orientan a elegir un tratamiento empírico adecuado. Las proteínas elevadas, el consumo de glucosa y la elevación del ADA en LCR hacen que la etiología bacteriana e incluso tuberculosa no puedan ser excluidas, y lleven al uso indiscriminado de antibióticos en su manejo inicial. Es importante recordar estas características distintivas de la meningitis por VVZ con respecto al resto de etiologías virales, así como tener en cuenta que hasta en el 50% de los casos no se presentan lesiones cutáneas acompañantes, por lo que la ausencia de este dato nunca nos debe llevar a obviar esta entidad.

MORTALIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE FERROL

COMPLEJO HOSPITALARIO ARQUITECTO MARCIDE- PROF. NOVOA SANTOS

Vázquez Vázquez, Begoña; Fernandez Bouza, Elena; Barbagelata Lopez, Cristina; Mella Perez, Carmen

INTRODUCCIÓN: La mortalidad hospitalaria es uno de los indicadores de calidad asistencial más utilizado pero está influenciada por otros factores como la patología atendida, la estructura poblacional, el régimen económico del centro y la accesibilidad al mismo.

Objetivos: 1.- Determinar tasa de mortalidad en una planta de Medicina Interna de nuestra área sanitaria y su evolución en el tiempo. 2.- Describir las características

de los pacientes que fallecen en ella . 3.- Determinar variables relevantes en la asistencia a estos pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo ,transversal de los fallecidos en 2009 y 2010 y comparativo entre ambos periodos. Se realizó revisión de cada caso , utilizando como fuente de datos la historia clínica, informes de alta, comentarios de enfermería y administrativos. Se recogieron datos demográficos, causa de muerte, problemas hospitalarios, datos de documentación y datos de calidad de muerte. Para el análisis estadístico se utilizaron las medidas de centralización y dispersión standard y la prueba de chi cuadrado para comparar proporciones

Resultados: en los 2 años revisados fallecieron (5,3%) de los pacientes , 6,06% en 2009 y 4,6% en 2010. La edad media global fue de $78,7 \pm 10,5$ años, 78,1 en 2009 y 79,4 en 2010 , 80,1 para las mujeres y 77,2 para los hombre. El 49% en 2009 y 55,6% en 2010 se encontraba entre los 80-89 años . El 55,1% de los fallecidos eran varones y el 44,9% mujeres. Las causas más frecuentes de muerte fueron: la infección respiratoria 39% similar en ambos periodos, las neoplasias 15%, ACV 12%, Insuficiencia cardíaca 7%. El índice de Charlson fue de 5,2 para el año 2009 y 7,1 para el 2010. La tasa de eventos hospitalarios fue de 0,8% siendo la infección nosocomial el problema más importante. El 33,8% fallecieron en menos de 48 horas de ingreso, ingresando en situación agónica el 25% de los pacientes.La estancia media fue de 9,3 días. Se realizó tratamiento paliativo eficaz en 71, 1% de los pacientes en 2009 y 74,8% en el año 2010. Hubo solo una autopsia clínica durante este periodo.

Conclusiones: La edad media, estancia media y distribución por sexos de los fallecidos en nuestra planta es similar en ambos periodos analizados y semejante a otros servicios de Medicina Interna nacionales. Nuestra mortalidad global es inferior a la media nacional y sin embargo la mortalidad precoz es alta, en relación con las condiciones extrahospitalarias y las características del centro. La causa más frecuente de muerte continua siendo la infección respiratoria. La tasa de eventos hospitalarios es apropiada siendo la causa mas frecuente la infección nosocomial , en concordancia con la literatura. La mayoría de las muertes era previsible, en pacientes ancianos con alta comorbilidad, por lo que no se han realizado necropsias. Un elevado porcentaje de pacientes recibieron tratamiento paliativo para control de síntomas. Objetivamos una mejoría en el registro de las condiciones humanas de la muerte y creemos que se ha de mejorar para conocer su realidad actual. Destacamos la necesidad de seguir revisando historias clínicas, como método de fuente de datos para la detección de posibles deficiencias en la calidad asistencial de nuestro servicio y poder disminuir o evitar eventos que desencadenan o aumentan la mortalidad hospitalaria de los pacientes.

ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 5 AÑOS

CONSULTA DE ENFERMEADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. CHOU¹; SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE²

Fernández Regal, Inés²; Marmotes González, Javier²; Núñez Calvo, Luisa²; Mouronte Sánchez, Camino²; Rey González, Lara²; Seco Hernández, Elena²; Rodríguez Álvarez, Paula²; Pérez Carral, V²; González Vázquez, Elvira¹; Chamorro Fernández, Antonio Javier¹

INTRODUCCIÓN: La arteritis de células gigantes (ACG) es una vasculitis de gran vaso con predilección por las ramas extracraneales de la arteria carótida, con mayor presentación en población mayor de 50 años. El diagnóstico se basa en los criterios ACR aunque la confirmación es histológica. Actualmente las pruebas de imagen como el ecodoppler, angioRNM y PET apoyan el diagnóstico y la extensión de la enfermedad. El tratamiento se basa en los corticoides sistémicos, pero también se recomienda AAS a dosis bajas si no existe contraindicación.

OBJETIVOS: Estudiar localmente las variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, radiológicas y terapéuticas de los pacientes ingresados en el CHUO, con el diagnóstico al alta de ACG.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo de los episodios de ACG dentro del área que corresponde al CHUO (900 camas), Los datos se obtuvieron a través de la recogida de historias entre los años 2006 y 2010. Se seleccionaron todos los casos en el que la ACG estuviese como diagnóstico principal y entre el 2º y 3º lugar de los secundarios.

RESULTADOS: Se recogieron 76 casos a lo largo de estos 5 años con edad media de 77 años siendo 53.9% mujeres. El 42% pertenecen al Servicio de Medicina Interna, 27.6% Reumatología. El 59.2% padecían HTA, 10.5% DM. El síntoma más frecuente al diagnóstico fue la cefalea reciente (65.8%), a más distancia se encuentra la claudicación mandibular (26.3%) y síntomas sistémicos: pérdida de peso (21.1%), anorexia (18.4%) y fiebre (9.2%). Un 11.8% presentaron neuritis isquémica anterior y un 2.6% oclusión de la arteria central de la retina. La polimialgia reumática se asoció a la ACG en el 40.8% de los pacientes. La palpación de la arteria temporal fue anormal 59.2%: ausencia de pulso (15.7%), engrosamiento (10.5%). La Hb media fue 11.5gr/dl . Se realizó biopsia a 40 pacientes (52.6%), siendo positiva en 19 (25%). Sólo a un paciente se le realizó ecodoppler de arteria

temporal. Un 9.1% de nuestros pacientes presentan VSG<50. El 90.8% recibieron tratamiento con corticoides: prednisona 81.6%, metilprednisolona 2 pacientes, siendo la mayoría vía oral (80.3%). Presentaron recaída 15.8% y recidiva 10.5%. El 7.9% precisaron metotrexate. El 64.5% recibieron calcio+vitD y un 31.6% bifosfonatos. Sólo 9 pacientes recibieron AAS. En el seguimiento sólo a un paciente se le realizó Rx tórax. Las complicaciones más frecuentes fueron las infecciones (14.5%), seguidas de DM corticoidea. Sólo un paciente presentó fractura osteoporótica. El 17.1% fueron éxitus, representando las infecciones el 9.1%.

CONCLUSIONES: Se detectó un escaso seguimiento clínico, analítico y mediante pruebas de imagen, con sólo un 11,8% de profilaxis antiagregante, a pesar de las recomendaciones de las principales guías internacionales. La causa más frecuente de éxitus fueron las infecciones.

HIPOGAMMAGLOBULINEMIA ADQUIRIDA DEL ADULTO

UNIDAD DE TROMBOSIS Y VASCULITIS. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. CHUVI¹

González-González, Lucia¹; Villaverde, Iria¹; Martínez, Ana¹; Cubillo, Severina¹; Rodríguez, Ana¹; Vázquez-Triñanes, Caritina¹; Rivera, Alberto¹; Freire, Mayka¹; Sopena, Bernardo¹

INTRODUCCIÓN: La hipogammaglobulinemia (HGM) a pesar de ser un dato analítico relevante, que en muchas ocasiones es la clave diagnóstica de enfermedades graves y en otras puede explicar infecciones recurrentes, suele pasar desapercibida para el clínico. Por otro lado, la inmunodeficiencia común variable (ICV) cuya prevalencia estimada es de 1/20000 habitantes sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada y con un importante retraso diagnóstico.

OBJETIVOS: Conocer las causas y llamar la atención sobre la relevancia de la HGM adquirida en nuestro medio. Establecer la prevalencia de ICV entre los pacientes atendidos en el hospital.

MÉTODOS: A través del archivo informatizado del laboratorio de análisis clínicos se identificaron todos los pacientes mayores de 16 años de edad con niveles de inmunoglobulina G < 500 mg/dl en dos determinaciones separadas en el tiempo desde enero del año 2010 hasta marzo de 2012. Posteriormente se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con el fin de identificar la causa de la HGM y establecer si se cumplían criterios de ICV.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se identificaron 70 pacientes con HGM adquirida (34% varones y 66% mujeres). La media edad fue de 67 años (rango 21-93). Pudo identificarse la casusa de la (HGM) en 60 pacientes de los cuales la causa más frecuente fueron las enfermedades hematológicas en 25 pacientes (42%): 12 Mieloma múltiple, 8 LNH de células B, 4 Leucemia linfocítica crónica y 1 amiloidosis AL). En segundo lugar los fármacos en 22 pacientes (37%): 9 casos por Rituximab y 5 por otros biológicos, 3 casos por ciclofosfamida y 6 por otros inmunosupresores. En tercer lugar el síndrome nefrótico en 5 pacientes (8%). También se encontraron casos aislados de timoma (n=1) y neoplasias sólidas con enfermedad metastásica en 2 pacientes. Cinco pacientes (8%) cumplían criterios de ICV de los cuales 2 (40%) no habían sido diagnosticados y por tanto estaban sin tratamiento adecuado. Los niveles de las 3 inmunoglobulinas fueron significativamente más bajos en el grupo del rituximab y la ICV que en el resto de las entidades. En los pacientes con síndrome nefrótico y en los enfermos cuya HGM era secundaria a fármacos, se documentó recuperación de los niveles de inmunoglobulinas una vez superado el proceso agudo. En 10 enfermos (14%) no se investigó la causa de la HGM.

CONCLUSIONES: Las enfermedades hematológicas fueron la causa más frecuente de hipogammaglobulinemia adquirida en adultos. Los nuevos fármacos biológicos en concreto el rituximab fue causa frecuente de hipogammaglobulinemia. La ICV supuso el 8% de las causas y en un porcentaje importante no había sido diagnosticada por sus médicos.

INFECCIÓN VASCULAR POR STREPTOCOCCUS ANGINOSUS

MEDICINA INTERNA A. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA¹

Pernas Souto, Berta¹; Martínez, Mari¹; Porto, Ana Belkis¹; García, Carlos¹; Montero, Carmen¹; Freire, Ramón¹

INTRODUCCIÓN: La infección de la prótesis vascular es una infección poco frecuente que afecta a menos del 1% de las prótesis aórticas e ilíacas con una elevada morbimortalidad. La contaminación durante el proceso quirúrgico es el método patogénico más frecuente, siendo la diseminación hematogena rara. Los microorganismos más frecuentemente implicados son los Staphylococcus y Enterobacterias. **MATERIAL:** Presentamos el caso de un varón de 69 años, hipertenso con antecedentes de ictus isquémico y cardiopatía isquémica, con cirugía de revascularización coronaria (2005), disfunción sistólica severa y portador de DAI por prevención primaria (marzo 2010). Intervenido de un aneurisma de aorta sintomático realizándose resección aneurismática e implante de una prótesis de dacron infrarrenal a la bifurcación aórtica (2007). Acude a Urgencias por fiebre, sin otra sintomatología infecciosa acompañante. La exploración física no mostró hallazgos relevantes.

En los datos de laboratorio destacaba únicamente la elevación de la velocidad de sedimentación glomerular; el estudio de autoinmunidad y las serologías fueron negativas. La radiografía de tórax no mostró alteraciones salvo por la presencia de cardiomegalia. Los hemocultivos fueron positivos para *Streptococcus anginosus*.

RESULTADOS: Ante la presencia de bacteriemia por *Streptococcus anginosus* se inicia antibioterapia con penicilina. Dado que el paciente es portador de DAI y de una prótesis vascular aórtica, se realiza ecocardiograma transesofágico con imagen compatible con vegetación del cable del DAI y TC tóraco-abdominal con una imagen en pared de la aorta y adherida a la pared duodenal compatible con absceso; además mostraba un aneurisma sacular del cayado de 6 cm. Nos encontramos pues ante un paciente con infección de la prótesis vascular, endocarditis sobre dispositivo intracardiaco y probable aneurisma micótico de aorta. Comentado el caso en sesión médico-quirúrgica, se decide tratamiento conservador con antibioterapia prolongada.

CONCLUSIONES: En todo paciente con fiebre y portador de dispositivos intracardiacos o injertos vasculares, se debe incluir la infección de dichos dispositivos en el diagnóstico diferencial. El *Streptococcus anginosus* es un estreptococo anaerobio del grupo viridans que produce bacteriemia frecuentemente asociada a abscesos; se han descrito casos asociados a infección de prótesis vasculares, sin embargo, es raro como agente causal de endocarditis. El diagnóstico de infección de la prótesis vascular se realiza demostrando la presencia de infección en la superficie endotelial o rodeando el injerto, o bien por la disfunción o la debilidad mecánica del mismo con formación de pseudoaneurismas o fístulas. En general es imprescindible la extracción del material infectado, si bien el tratamiento conservador es una alternativa en pacientes de elevado riesgo quirúrgico o cuando la cirugía no es posible por problemas técnicos. La endocarditis sobre dispositivo intracardiaco se puede producir por bacteriemia desde otro foco, generalmente después de un año del implante y el diagnóstico se basa en los criterios de Duke modificados.

INFLUENCIA DE UN EPISODIO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL ÍNDICE DE POLIFARMACIA

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI¹

Rubal Bran, David¹; Ventura Valcarcel, Pablo¹; Iñiguez Vazquez, Iria¹; Piñeiro Fernandez, Juan Carlos¹; Monte Secades, Rafael¹; Rabuñal Rey, Ramon¹

INTRODUCCIÓN: La polifarmacia es un fenómeno que se observa habitualmente en la práctica clínica. El consumo de muchos fármacos de forma simultánea asocia un riesgo incrementado de reacciones adversas, por lo cual es importante evitarla en lo posible, adecuándola a las necesidades del paciente.

Objetivo: estudiar la polifarmacia en los pacientes ingresados en el área médica, valorando si un ingreso hospitalario puntual es capaz de modificarla.

MÉTODO: Estudio retrospectivo de todos los pacientes dados de alta en los servicios de medicina interna y geriatría de nuestro hospital en el mes de junio de 2011. Se recogieron edad, sexo, comorbilidad medida por índice de Charlson (ICh), número de fármacos al ingreso, al alta, a los 6 meses del alta y el servicio que realiza el seguimiento. Se definió polifarmacia como consumo de 4 o más principios activos. Se definió polifarmacia adecuada como el consumo de principios activos en concordancia con las comorbilidades/enfermedades del paciente y de acuerdo con un adecuado uso clínico. Se definió paciente pluripatológico el que reunía dos o más categorías definitivas de pluripatología (Junta de Andalucía, 2002). Se excluyeron los pacientes fallecidos en el período de estudio, y a los trasladados a otros servicios del hospital.

RESULTADOS: Se revisaron 224 pacientes, 98 varones (43,8%), de los cuales 159 (71%) habían ingresado en medicina interna y 65 (29%) en geriatría. El ICh medio fue de $3,6 \pm 1,9$. Reunían criterios de paciente pluripatológico 125 pacientes (55,8%). Presentaban polifarmacia al ingreso 173 pacientes (77,2%). Al alta presentaban polifarmacia 194 (86,6%) y los 6 meses 198 (88,4%). Dentro de los pacientes que presentaban polifarmacia a los 6 meses del alta, ésta se consideró adecuada en 165 (73,7%).

No se encontraron diferencias según servicio de ingreso, sexo o ámbito de seguimiento (consultas hospitalarias o por MAP). Los pacientes que presentaban pluripatología presentaban mayor edad (82,3 vs 78,6, $p < 0,01$), mayor ICh (4,4 vs 2,5 $p < 0,001$) y mayor consumo de fármacos (9 vs 7 $p < 0,01$). Los pacientes con polifarmacia adecuada presentaron menor consumo de fármacos a los 6 meses del alta (8,4 vs 11,5 $p < 0,01$) y asimismo menos número de consultas en urgencias (1,3 vs 2,3 $p < 0,03$) e ingresos (0,5 vs 0,9 $p < 0,05$) en el período de seguimiento.

CONCLUSIÓN: En nuestros pacientes hay un elevado índice de polifarmacia que está en relación con la pluripatología que presentan y que no se modifica por un ingreso hospitalario. Hay un pequeño margen de mejoría en los pacientes con polifarmacia inadecuada que si se podrían beneficiar teóricamente de un seguimiento más intensivo.

ANÁLISIS DE LA CONCORDANCIA ENTRE LA VSG Y LA PCR EN PACIENTES HOSPITALARIOS

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI¹

Piñeiro Fernandez, Juan Carlos¹; Iñiguez Vazquez, Iria¹; Ventura Valcarcel, Pablo¹; Matesanz Fernandez, Maria¹; Rabuñal Rey, Ramon¹; Monte Secades, Rafael¹

INTRODUCCIÓN: Es práctica clínica habitual la determinación simultánea de la VSG y la PCR en el mismo paciente para valorar la existencia de inflamación sistémica o la evolución de la misma. Sin embargo, la justificación de este enfoque no está clara. El objetivo de este estudio fue analizar la correlación entre los valores de ambas variables en una cohorte de pacientes hospitalarios.

MÉTODO: Se analizaron todos los enfermos a los que se les realizó simultáneamente una determinación de VSG y PCR en el laboratorio del HULA (Lugo) durante el mes de febrero de 2012. Se establecieron valores de normalidad para la VSG en relación a edad (<50, 50-59, 60-64, 65-69) y sexo (hombres 13, 18, 22, 25, 30 mm/h para cada grupo de edad; mujeres 19, 23, 25, 30 y 30 mm/h), teniendo en cuenta aquellas condiciones que pueden alterar su determinación (insuficiencia renal, anemia, gammapatía monoclonal) y para PCR (<10 mg/l). Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, valores analíticos de VSG y PCR, y diagnóstico clínico. Se determinó el coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables analíticas, general y por subgrupos de patología (débil <0.3, moderado 0.3-0.7, fuerte >0.7).

RESULTADOS: Se estudiaron 473 pacientes, con una edad media de 68.8 años (DS 16.8), 52% hombres. La VSG fue normal en 274 enfermos (57.9%) y anormal en 199 (42.1%), La PCR fue normal en 226 (87.8%) y anormal en 247 (52.2%). El 40.2% presentaba alguna de las siguientes condiciones: Hcto <30, FG (MDRD4) <60 o gammapatía monoclonal. Los diagnósticos y los coeficientes de correlación entre VSG y PCR fueron: neoplasia 31 casos (6.6%), r 0.16; infección 121 (25.6%), r 0.16; autoinmune 62 (13.1%), r 0.29; enfermedad hematológica 55 (11.6%), r 0.21; otras 204 (43.1%), r 0.34. El coeficiente de correlación global fue 0.29, 0.22 en el subgrupo sin condiciones que podrían alterar la determinación de VSG y 0.29 en el grupo con alguna de esas condiciones.

CONCLUSIÓN: la correlación entre los valores de VSG y PCR es débil, de forma global y también considerando subgrupos de enfermedades inflamatorias. Dado que se emplean para la valoración de situaciones clínicas similares, deberíamos reconsiderar la práctica habitual de su determinación conjunta.

PROBLEMAS DE LA HIPERTENSIÓN NO TRATADA

MEDICINA INTERNA. CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA¹

Regueiro Domínguez, Alejandro¹; Ballesteros Ballesteros, Rosa María¹; Doutel Haghighi, Eduardo¹; Abreu, Diana¹; Lito, Pedro¹; Vicente, Leopoldina¹

INTRODUCCIÓN: Hace mucho tiempo que se sabe que la elevación de la presión arterial constituye un factor de riesgo para las lesiones vasculares centrales y las consecuentes lesiones isquémicas de diversos órganos.

OBJETIVOS: Presentamos el caso de un paciente masculino de 67 años de edad, sin antecedentes ni medicación crónica, que inicio con crisis de HTA con quejas de mareos, náuseas y vómitos de una semana de evolución, siendo diagnosticado en ese momento como crisis Hipertensión e IRA.

MÉTODOS: Las imágenes de la TAC-CE levantaron la sospecha, dada la clínica del paciente, de poder tratar-se de un caso de PRES (Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible). Dada la gravedad de la situación, con edema cerebral e IRA con oligoanuria, se ingreso en la UCI, donde quedo mas estabilizado, con TA mas próximas de la normalidad, iniciando diuresis aceptable.

RESULTADOS: Fue transferido para el servicio de Medicina Interna donde la evolución fue favorable, con mejora de la función renal y aumento de la diuresis, ligera reducción de los edemas en las imágenes realizadas en TAC-CE de control.

CONCLUSIONES: Se trata de un caso extremo, donde podemos observar los disturbios y la gravedad que una HTA prolongada y sin tratamiento puede llegar a causar. Se vuelve notoria, la importancia de las recomendaciones que debemos dar a nuestros pacientes sobre el cumplimiento de la terapéutica, reforzando la idea de que se trata de una patología para toda la vida que no permite el abandono de la medicación, aunque la TA esté normalizada.

INFECCIÓN POR CMV E INFARTOS ESPLÉNICOS

UNIDAD DE PATOLOGÍA INFECCIOSA. MEDICINA INTERNA. CHUVI¹

Martínez Vidal, Ana Isabel¹; Pérez Rodríguez, Teresa¹; Rodríguez Gómez, Ana María¹; Argibay, Ana¹; Vázquez Triñanes, Caritina¹; González González, Lucía¹; Sousa Domínguez, A.¹; Lorenzo Castro, R.¹; Alonso, M.¹; Villaverde, I.¹; Freire, M.¹; Nodar Germeñas, Andrés¹; Sopena, Bernardo¹; Rivera, A.¹; Martínez Vázquez, César¹

INTRODUCCIÓN-OBJETIVOS: La infección aguda por CMV y su asociación con trombosis a distintos niveles es una entidad poco conocida pero cada vez más frecuente. Se asocia tanto a pacientes inmunodeprimidos como inmunocompetentes incrementándose la incidencia en los últimos años probablemente por el mayor conocimiento de esta asociación. El objetivo de este caso es dar a conocer la relación entre la presencia de fenómenos trombóticos y la infección por CMV.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Varón de 62 años que acudió a urgencias por cuadro de 7 días de evolución de fiebre, dolores articulares y cefalea. Refería además dolor retroesternal quemante, muy intenso, que aumentaba con la ingesta en los 2 últimos días. A la exploración presentaba fiebre de 38°C y pequeñas adenopatías axilares, no evidenciándose lesiones cutáneas ni orofaríngeas. La auscultación cardio-pulmonar era normal y el abdomen anodino, sin objetivarse otros hallazgos de interés. En analítica se observaba una cifra de leucocitos normal (7.400 / μ L) con predominio linfocitario (58%), trombopenia (112.000/ μ L), transaminasas elevadas (GOT 159 UI/L, GPT 205 UI/L) y elevación de enzimas de colestasis (GGT/FA 447/401), así como de los reactantes de fase aguda (PCR 32 mg/L) y una LDH de 900 UI/L. El TC abdominal mostró esplenomegalia con dos áreas de infarto, sugestiva de embolismos sépticos. Sin embargo, los hemocultivos fueron negativos. Una gastroscopia demostró la presencia de úlceras de gran tamaño, superficiales y bien delimitadas compatibles con infección por CMV en esófago distal. En los estudios serológicos realizados se detectó IgM-CMV positiva, con carga viral de 1900 copias/ml. Ante la importante afectación clínica se inició tratamiento con ganciclovir endovenoso y posteriormente valganciclovir oral, con una excelente respuesta clínica.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES: Cada vez existen más datos sobre la asociación del CMV con las trombosis. Se cree que la infección aguda da lugar a un estado protrombótico, bien por activación del factor X y VIII, bien por la producción transitoria de anticuerpos antifosfolípidos. La incidencia de esta asociación varía según las series y se sitúa en torno al 2%-10%. Se han descrito casos de trombosis venosas (trombosis venosas profundas, tromboembolismos pulmonares, trombosis esplánicas), arteriales (infartos de miocardio, isquemias digitales o renales) e infartos esplénicos, tanto en paciente inmunocomprometidos como en inmunocompetentes. Los infartos esplénicos, como los detectados en el presente caso, se relacionan con una insuficiencia arterial por crecimiento rápido del bazo, por lo que no está claro el beneficio de la anticoagulación. El conocimiento de la asociación de fenómenos trombóticos e infección por CMV ayudó a la interpretación de las imágenes radiológicas que inicialmente, con el cuadro febril, orientaban a una infección bacteriana (endocarditis). Por todo esto pensamos que es importante tener en cuenta la asociación que existe entre la infección por CMV y las trombosis, así como la utilidad del tratamiento antiviral en aquellos pacientes inmunocompetentes muy sintomáticos.

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSP. ARQUITECTO MARCIDE NOVOA SANTOS. FERROL
Gómez Gígyrey, Adriana; Jorge Sanchez, Ramon; Casal Iglesias, Luis; Dopico Lopez, Alfonso; Sesma Sanchez, Pascual

OBJETIVO: Determinar el grado de satisfacción de los pacientes ingresados en la planta de M. Interna de pacientes crónicos del H. Naval en Ferrol.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en nuestro servicio del 1 octubre del 2011 al 31 enero del 2012. Se excluyeron del estudio los ingresos de < 48 horas de estancia, los traslados y exitus.

El día del alta se entregaba un cuestionario para ser rellenado, de forma voluntaria y anónima, por el paciente y/o sus acompañantes. Este cuestionario constaba de 2 partes con distintos ítems que analizaban distintas áreas (confort, aspectos técnicos, información recibida...). Existía además un espacio de respuesta libre destinado a sugerencias.

Esta encuesta se depositaba en un buzón habilitado en uno de los pasillos de la planta y el último día de cada mes se recogían los cuestionarios para ser registrados.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, 211 pacientes cumplieron los criterios de inclusión (111 mujeres y 100 varones) con una edad media de 80.74 años y una estancia media de 8.95 días. Se recogieron un total de 108 encuestas (51,18% de participación), la mayoría de las cuales cumplimentada por familiares (62,96%), de predominio mujeres (52,77%) y con una edad media de 61,5 años. La mayor parte de los usuarios está muy satisfecho (62,96%) o satisfecho (33,33%) con los cuidados recibidos durante su estancia. El 88,88% recomendaría sin dudarlo este hospital a otras personas. La duración del ingreso ha sido suficiente en el 85,18% de los casos.

El 86,11% de los encuestados conocía el nombre del médico responsable y sólo el 35,18% el del personal de enfermería que le atendía habitualmente, pero considerarían la disposición, interés y amabilidad del personal como mejor y mucho mejor de lo esperado en un 68,51%, 64,81% y 74,01% de los casos

La información recibida por los médicos ha sido mucho mejor de lo esperado en 73,14% de los casos y un 87,96% creen haber recibido suficiente información sobre su motivo de ingreso

CONCLUSIONES: En general, el grado de satisfacción de los pacientes es muy alto; siendo, además, la mayoría los que recomendarían este hospital a otros para ingresar.

EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA MÉDICA

MEDICINA INTERNA-UCEM. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA
Pernas Souto, Berta; Castelo, Laura; Serrano, Joaquin; Ramos, Vicente; Nicolas, Ricardo; Pellicer, Carlos; Penado, Susana; De La Iglesia, Fernando

OBJETIVOS: analizar la frecuencia, características clínicas y pronóstico de los pacientes con pluripatología que ingresan en una unidad de corta estancia médica (UCEM).

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional prospectivo. Fueron incluidos todos los pacientes pluripatológicos (PP), ingresados en una UCEM de un hospital terciario de Galicia entre julio-septiembre de 2011. Se definió PP como aquel que cumplía ≥ 2 categorías de las ocho propuestas por un comité de expertos. Se analizaron: variables clínico-epidemiológicas, polifarmacia, y reingresos y mortalidad al mes de seguimiento.

RESULTADOS: durante los 3 meses de estudio, fueron ingresados un total de 299 pacientes de los cuales 99 (33,2%) cumplían la definición de PP. De éstos el 68% fueron varones. La edad media fue de 77 ± 8.5 años, siendo el 68% ≥ 75 años. El índice de Charlson medio fue de 2.88 ± 1.9 . Las categorías definitorias de pluripatología más frecuentes fueron: cardiopatía (81%), nefropatía (59%) y enfermedad neurológica (34%). El 3.4% de los pacientes cumplían ≥ 4 categorías. Estaban polimedicaos (≥ 5 fármacos) el 89% (26%, ≥ 10 medicamentos). El índice de Barthel fue ≤ 60 en el 32% y el índice de Pfeiffer ≥ 3 en el 33%. El número medio de ingresos en el año previo fue de $2,3 \pm 1.8$ (≥ 4 en el 14% de casos). El 91% ingresaron procedentes del servicio de Urgencias. Las causas de ingreso más frecuentes fueron: insuficiencia cardiaca (26%), cardiopatía isquémica (21%), e infección respiratoria (12%). El 43% ingresó por descompensación de una categoría, y el 26% por descompensación de ≥ 2 categorías. La estancia media fue de 7.95 ± 6.3 días. Al alta, el número medio de diagnósticos fue $7,38 \pm 2$, y de fármacos $9,84 \pm 3,2$. Se redujo el número de medicaciones crónicas respecto al ingreso en el 18% de pacientes. Un 12% reingresaron en los 30 días posteriores al alta y en el 44% de los casos, el motivo fue descompensación de la misma categoría que motivó el ingreso índice. Seis pacientes fallecieron durante el primer mes de seguimiento (3 durante el ingreso índice).

CONCLUSIONES: Uno de cada tres pacientes ingresados en la UCEM es pluripatológico. La polifarmacia es muy frecuente. El número de medicaciones crónicas al alta se redujo en casi un 20% de pacientes. La descompensación de alguna de las categorías definitorias de pluripatología es la causa principal de ingreso. Los reingresos a 30 días son frecuentes y se deben a descompensación de la categoría que motivó el ingreso índice.

INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE SÍNDROME POSTFLEBÍTICO TRAS TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE

Mella Pérez, Carmen; Barbagelata López, Cristina; Fernandez Bouza, Elena; Vázquez Vázquez, Begoña; Lijó Carballeda, Cristina; Vilariño Maneiro, Laura; Cainzos Romero, Tamara; Rivas Costa, Gonzalo; Sesma Sánchez, Pascual

INTRODUCCIÓN: El síndrome postflebitico (SPT) manifiesta el desarrollo de síntomas o signos de insuficiencia venosa crónicos tras trombosis venosa profunda. En el seguimiento de estos pacientes el desarrollo del mismo es un importante factor negativo en la percepción de la calidad de vida.

OBJETIVOS: Evaluar si existe algún factor clínico relacionado con el desarrollo de SPT.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, de los pacientes con diagnóstico de primer episodio de TVP entre enero del 2009 y junio del 2011. Las variables cualitativas se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes y las variables cuantitativas como medias y desviaciones estándares, para el análisis de las variables cuantitativas se utilizó el test de la t de Student y para las cualitativas el test de chi cuadrado utilizando paquete software SPSS 11.0.

RESULTADOS: Los 44 casos analizados presentaban una edad media de 62 años, 59% mujeres. Presentaban antecedentes de: varices 36%, insuficiencia venosa crónica (IVC) 25%, obesidad 47%, movilidad basal limitada 41%. Las características del evento tvp mostraron: oclusión total 79%, varios territorios 66% (ilio-co-femoral 18%, fémoro-popliteo 47%) y un solo territorio 34% (femoral 12%, popliteo 15,9% y cayado de la safena 6'8%). Presentaron SPT en el seguimiento el 59%. No encontramos relación entre la presencia de varices ni IVC con el desarrollo de SPT. Respecto a la obesidad en nuestra serie no encontramos relación con SPT, aplicando test chi cuadrado $p=0.28$. La inmovilización previa al evento casi alcanza la significación estadística, con un valor de $p=0.055$.

CONCLUSIONES: El 59% de los pacientes con primer episodio de TVP atendidos en nuestra consulta presentan SPT. En nuestra serie no encontramos significación estadística entre la asociación obesidad y SPT a diferencia de otras series, destacando la casi significación de la inmovilización previa al evento.

SARCOMAS DE PARTES BLANDAS EN EL AREA SANITARIA DE FERROL- FACTORES ASOCIADOS A LA RECIDIVA Y MORTALIDAD

MEDICINA INTERNA. HOSP. ARQUITECTO MARCIDE PROF. NOVOA SANTOS¹
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. HOSP. ARQUITECTO MARCIDE PROF. NOVOA SANTOS²
Vázquez Vázquez, Begoña¹; Duarte Bermudez, Blanca Paulina²; Barbagelata Lopez, Cristina¹; Mella Perez, Carmen¹; Fernandez Bouza, Elena¹; Cainzos Romero, Tamara¹; Sanchez Trigo, Sabela¹

INTRODUCCIÓN: Los sarcomas de partes blandas (SPB) constituyen un grupo heterogéneo y raro de tumores sólidos de origen mesenquimal. Representan menos del 1% de todas las neoplasias malignas en adultos y su tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario con frecuencia especializado y complejo. La cirugía es el tratamiento de elección en la mayor parte de los SPB. EL índice de recidivas locales y tasa de supervivencia libre de enfermedad se han relacionado con las resecciones incompletas o márgenes menores de 1cm. Además del estadio tumoral, la edad, el grado y el subtipo histológico, el tamaño y la localización del tumor han sido descritos en la literatura como factores relacionados con el pronóstico en estos pacientes.

OBJETIVOS: Describir los casos de pacientes adultos diagnosticados de SPB en el área sanitaria de Ferrol (ASF) durante los años 2000-2011 y analizar las variables asociadas a la recidiva y al fallecimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal. Se revisaron los pacientes con diagnóstico de SPB codificado en el CMBD del ASF desde Enero de 2000 hasta Diciembre de 2011. Se revisó la historia clínica para recoger datos; demográficos (edad, sexo), tumorales (tamaño, localización, tipo histológico, grado de diferenciación), de la intervención (tipo de tratamiento, presencia de márgenes afectos en caso de cirugía) y de la evolución (recidiva, fallecimiento). Se excluyeron para el análisis posterior los sarcomas viscerales. Se realizó un análisis bivariado de las distintas variables para valorar la asociación con la recidiva y con el fallecimiento. Se calcularon odds ratios (OR) crudas para cada asociación con su intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS: Los 48 pacientes recogidos durante el período de estudio tuvieron una edad media de 62,5 (16,7) y eran hombres el 57,1%. Los SPB fueron; el 42,9% en miembros inferiores, el 36,7% fibrohistiocitomas malignos, el 36,7% se diagnosticaron en estadio I, el 69,4% tuvo más de 6 centímetros en su diámetro máximo, siendo el 38,8% de elevado grado de malignidad. La intervención sobre estos pacientes fueron; cirugía en el 49,0%, cirugía con RT en el 26,5% y cirugía con RT-quimioterapia en el 6,1%. La recidiva se objetivó en 34,7% de las cirugías. La recidiva apareció en el 61,9% de los 21 intervenidos con márgenes quirúrgicos invadidos, frente al 16,7% de los 12 que tenían los márgenes libres (OR = 8,1; 1,4 – 47,0). La muerte sobrevino al 40,8% de los pacientes. Cada año de vida por encima de los 25 años se asocia a una mayor mortalidad tras el diagnóstico de un SPB (OR = 1,0; 1,0-1,1). El 63,2% de los 19 pacientes con SPB de elevado grado de malignidad fallecieron, frente a los 18,8% de los 16 bien diferenciados. (OR = 7,4; 1,6 – 35,5). El 87,5% de los 8 pacientes en estadio IV fallecieron frente a 27,8% de los 18 en estadio I (OR = 18,2; 1,8 – 188,1).

CONCLUSIONES: La prevalencia de SPB en el área sanitaria de Ferrol en el año 2011 fue de 1,5 por cada 100.000 habitantes. La recidiva se asoció a la invasión de los bordes quirúrgicos. La muerte se asoció a los pacientes de mayor edad con tumores menos diferenciados y de mayor estadio al diagnóstico.

SÍNDROME DE LA COSTILLA DOLOROSA

MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE TROMBOSIS Y VASCULITIS. H. XERAL DE VIGO¹. MEDICINA INTERNA. H. XERAL DE VIGO²

Vázquez-Triñanes, Carlitina¹; González-González, Lucía¹; Villaverde-Álvarez, Iria¹; Lorenzo-Castro, Ruf²; Alonso-Parada, María²; Argibay Filgueira, Ana Belén²; Freire Dapena, Mayka¹; Rivera Gallego, Alberto¹; Sopena Pérez-Argüelles, Bernardo¹

INTRODUCCIÓN: El síndrome de la costilla dolorosa (SCD) consiste en un dolor localizado en la parte superior del abdomen (habitualmente hipocondrios), la presencia de un área dolorosa en el margen costal inferior y la reproducción del dolor con la presión de esa región. Algunos autores lo consideran parte de los síndromes dolorosos miofasciales. Su diagnóstico es clínico. Pero lo cierto es que a pesar de que este síndrome se conoce desde antiguo, y se estima que supone un 3% de las consultas a un especialista de Patología Digestiva, sigue pasando inadvertido, redundando en la realización de múltiples, costosas e innecesarias pruebas complementarias.

OBJETIVO: Destacar la importancia de la minuciosa anamnesis y exploración física en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal para identificar el SCD.

MATERIAL Y MÉTODO: Describimos 2 casos clínicos representativos del SCD.

RESULTADOS: CASO1: En enero/2012 fue remitida por su médico de Atención Primaria a nuestra consulta una mujer de 47 años, ama de casa, con hipotiroidismo primario autoinmune a tratamiento sustitutivo. Presentaba desde hacía 6 años un dolor en hipocondrio izquierdo, intermitente y diario, no irradiado, sobre todo al inclinarse o apoyarse hacia ese lado; no modificado con las comidas; no había perdido peso. Aportaba numerosos estudios analíticos y de imagen incluyendo hemograma, perfil renal y hepático, marcadores de inflamación, RX torácica, varias ecografías y TC abdominales sin alteraciones. Afebril, con saturación de O₂ 98%, buen estado general y normalidad en la auscultación cardiopulmonar. El abdomen era blando, no doloroso, sin masas ni hepato-esplenomegalia. A la presión del borde costal inferior izquierdo se desencadenaba el dolor que refería. CASO2: En marzo/2012 fue remitida por Cirugía General a nuestra consulta una mujer de 42 años, ama de casa, fumadora, apendicectomizada, con histerectomía por CIN avanzado hacía 24 años e intervenida mediante laparotomía en varias ocasiones por endometriosis. Tenía ocasionalmente episodios de suboclusión intestinal por bridas. Desde hacía 4 años presentaba dolor en hipocondrio derecho a diario, no irradiado; claramente empeoraba con los movimientos y los traumatismos, aun mínimos, en esa zona. No se relacionaba con la ingesta. No había perdido peso. El año anterior se había realizado colecistectomía por coledolitiasis pero esto no había alterado el curso del dolor. Constaban en su historia múltiples estudios analíticos al igual que en la paciente anterior, sin alteraciones. RX torácica normal. Se habían realizado, a petición de diversos especialistas en base al dolor referido, 4 TC abdominales, 1 tránsito esofago-gástrico, 1 tránsito intestinal, 1 colonoTC, todos sin alteraciones. No se había concluido ningún diagnóstico. Afebril, con saturación de O₂ 98%, 14 respiraciones por minuto, excelente estado general y normalidad en la auscultación cardiopulmonar. El abdomen era blando, sin puntos dolorosos, sin masas ni hepato-esplenomegalia. A la presión del borde costal inferior derecho se desencadenaba el dolor que refería. Ambas fueron diagnosticadas de SCD.

CONCLUSIONES: El síndrome de la costilla dolorosa es una patología infradiagnosticada probablemente por desconocimiento del mismo por parte de médicos de Atención Primaria y especialistas. Su diagnóstico precoz, basado únicamente en la correcta anamnesis y exploración física, podría ahorrar en gasto sanitario, molestias al paciente e incluso intervenciones innecesarias.

CRONOBIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

HOSPITAL XERAL-CIES.COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO¹. MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE TROMBOSIS Y VASCULITIS. H. XERAL-CIES. CHUVI². MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. H. XERAL-CIES. CHUVI³

Rodríguez Gómez, Ana María²; Martínez Vidal, Ana Isabel²; Argibay Filgueira, Ana Belén²; Vázquez Triñanes, Matilde Carlitina²; González González, Lucía²; Freire Dapena, María del Carmen²; Rivera Gallego, Alberto José²; Sopena Argüelles, Bernardo²; Martínez Vázquez, César¹

INTRODUCCIÓN: La cronobiología es una ciencia que estudia los ritmos biológicos. Existe una evidencia demostrada que los eventos cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares tienden a ocurrir con mayor frecuencia en los meses fríos. Asimismo, existen cambios rítmicos en múltiples funciones corporales. Sin embargo la existencia de un ritmo biológico ultradiano es controvertido en la enfermedad tromboembólica.

OBJETIVOS: Se realiza el presente estudio para investigar si existen variaciones estacionales o mensuales en la enfermedad tromboembólica (ETV) en nuestra área.

MATERIAL Y METODOS: Se trata de un estudio retrospectivo. Los datos derivan de la base de datos de la Unidad de Trombosis y Vasculitis (TYV) del Complejo Hospitalario Xeral-Cies de Vigo (Hospital Xeral de Vigo). Se incluyen los pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda (TVP) y/o embolismo pulmonar (EP) sin factores predisponentes desde el año 2004 al 2009. La TVP fue diagnosticada mediante ecografía doppler y el EP mediante gammagrafía de V/P o CT espiral. Los datos se exponen como media +/- DE cuando es aplicable. Las diferencias entre grupos fueron realizadas mediante el test U de Mann-Whitney.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 379 pacientes, con una edad media de 60 +/- 21 años. 145 eran varones, con una edad media de 59 +/- 18 años y 234

eran mujeres, con una edad media de 61 +/- 22 años. La distribución mensual de eventos se expone en la figura 1 y la estacional en la figura 2. No existieron diferencias en la distribución mensual, aunque el mayor número de casos ocurrió en Enero y la menor incidencia en Mayo. Tampoco existieron variaciones estacionales. En las estaciones consideradas frías (otoño e invierno) se diagnosticaron un mayor número de casos (202) que en las de temperatura más elevada (180).

CONCLUSIONES: En los últimos años se ha visto una relación entre los cambios estacionales y la incidencia de ETEV con un pico de incidencia en invierno, fundamentalmente en enero. El aumento en la presión arterial y el descenso de la temperatura ambiente en este período podrían ser factores favorecedores de tromboembolismo. Otras variaciones como la función endotelial, los niveles de fibrinógeno y otros marcadores de coagulación podrían también verse implicados. En nuestro estudio no encontramos diferencias estadísticamente significativas en los distintos períodos estacionales.

ENFERMEDAD DE WHIPPLE EN OURENSE. PRESENTACIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA 1998-2012

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE
Perez Carral, Verónica; Perez Carral, Oscar; Perez Iglesias, Almudena; Seco Hernandez, Elena; Rodríguez Alvarez, Paula; Fernandez Regal, Inés; De Toro Santos, Jose Manuel; Chamorro Fernandez, Antonio Javier

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad de Whipple (EW) es una infección crónica de localización multiorgánica, causada por la bacteria *Tropheryma whipplei*. Desde 1907-2000 se han descrito aproximadamente 1000 casos.

OBJETIVOS: Conocer las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de la Enfermedad de Whipple en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en el periodo 1998-2011 en un hospital de 900 camas. Se seleccionaron pacientes con el diagnóstico de EW clásica; admitiéndose a aquellos que cumplieron criterios en biopsia de intestino delgado de PCR, e Histología positiva. Fueron excluidos casos sin suficiente información clínica y se analizaron datos clínicos y epidemiológicos.

RESULTADOS: Se seleccionaron 6 casos de EW. El 50% fueron hombres. El rango de edad al diagnóstico fue 65-79 años. No hubo casos familiares. Todos los individuos eran de raza blanca y nacionalidad española. 3 casos por su profesión estaban expuestos a tierra y/o animales. El tiempo medio de retraso entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 2 meses- 12 años. Los diagnosticados entre 2005-2007 la demora media fue de 2 meses, en la década de los 90 la demora fue de 8-12 años. Los 6 casos (100%) presentaron astenia y pérdida de peso (83% < 10kg). 3 pacientes (50%) tuvieron febrícula en períodos previos al diagnóstico. 4 (66%) tenían adenopatías. Los 6 casos (100%) presentaron síntomas gastrointestinales 4 pacientes refirieron artralgias 4 casos (66%) presentaron afectación neurológica. En cuanto a los datos de laboratorio en el momento del diagnóstico, se vio anemia en 5 casos (83%), ferropénica en todos ellos. VSG y PCR elevadas en 100% y 33% respectivamente. En los 6 (100%) se mantuvieron elevados los reactantes de fase aguda en el tiempo a pesar del tratamiento. En lo que se refiere al diagnóstico, resultando PCR + en 3 (50%) y PAS + en 5 (83%) de los pacientes. En cuanto al tratamiento, el más utilizado fue el cotrimoxazol. Tres pacientes son seguidos de forma indefinida. Actualmente todos los casos siguen vivos salvo un paciente el cual falleció por causas ajenas a esta enfermedad.

CONCLUSIONES: La EW es altamente infrecuente y difícil de diagnosticar por lo que en nuestra serie, existe un retraso en el diagnóstico final, superior a los 2 meses. Clínicamente los síntomas más frecuentes fueron la astenia, la pérdida de peso y la diarrea (en todos los pacientes) seguida de la afectación neurológica (en 4 casos). 5 casos presentaban anemia ferropénica y todos ellos elevación de la VSG. El diagnóstico se realizó por PCR y/o PAS en todos los casos y todos ellos recibieron cotrimoxazol. La supervivencia a la enfermedad fue del 100%. Todos estos hallazgos son similares a otras series.

SINDROME DE POEMS

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. ÁREA SANITARIA DE FERROL. HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE.

Fernández Bouza, Elena; Barbagelata López, Cristina; Mella Pérez, Carmen; Vázquez Vázquez, Begoña; Cainzos Romero, Tamara; Vilariño Maneiro, Laura; Sardina Ferreiro, Raquel; Gómez Bueta, Inmaculada; Lijó Carballeda, C.; Sesma Sánchez, Pascual

INTRODUCCIÓN: El síndrome de POEMS es una enfermedad infrecuente, de expresión variable y manejo poco definido.

OBJETIVO: Se presenta un caso ilustrativo.

MÉTODO: descripción de la historia clínica. Varón de 65 años con antecedentes de tabaquismo, enfermedad pleuropulmonar por asbesto, dislipemia, gota úrica y arteriopatía periférica con prótesis fémoro-poplitea izquierda. Desde hace meses sufre parestesias y pérdida de fuerza secundaria a polineuropatía (PNP) sensitivo-

motora de predominio desmielinizante en las cuatro extremidades. Posteriormente desarrolla afectación del estado general con edemas y disnea. A la exploración muestra hipoventilación basal pulmonar izquierda, abdomen distendido con semiología de ascitis, adenopatías axilares y edemas pretibiales con fovea. En exploraciones complementarias presenta hemoglobina 11 g, déficit de fólculo y vitamina B12, elevación de beta 2 microglobulina, autoinmunidad y serologías negativas incluyendo herpes virus 8, pico monoclonal IgA lambda, TAC con adenopatías axilares, mediastínicas, retroperitoneales, esplenomegalia, ascitis y derrame pleural bilateral. La serie ósea, la biopsia de médula ósea y la proteinuria de Bence Jones fueron normales. La biopsia ganglionar mostró enfermedad de Castleman subtipo células plasmáticas. Se excluyó endocrinopatía. Se trató con prednisona (1 mg/kg/día) con excelente respuesta, desapareciendo el derrame pleural, la ascitis y las adenopatías, con mejoría parcial de la PNP. Tras descenso de esteroides, sufrió un rebrote de la enfermedad a los 2 meses del diagnóstico; se reintrodujo la dosis inicial y se descendió lentamente, estando libre de enfermedad 20 meses tras el diagnóstico.

DISCUSIÓN: esta enfermedad caracterizada por PNP, organomegalia, endocrinopatía, componente monoclonal y lesiones cutáneas se describió en 1938, acuñando Bardwick su acrónimo en 1980. Es un síndrome paraneoplásico asociado a una neoplasia de células plasmáticas. Criterios diagnósticos principales: PNP y componente monoclonal (obligatorios), elevación sérica del nivel de factor de crecimiento endotelial vascular (FCEV), lesiones óseas escleróticas, enfermedad de Castleman; criterios secundarios: organomegalia (hepatoesplenomegalia o adenopatías), edema (incluye derrame pleural y ascitis), endocrinopatía (excluyendo diabetes o patología tiroidea), lesiones cutáneas, papiledema, trombocitosis o policitemia. Se requieren tres principales y uno secundario para diagnóstico definitivo y dos principales y uno secundario para diagnóstico probable. Su prevalencia es menor de 0.3/100000 en occidente. Se desconoce su patogenia pero la sobreproducción de FCEV y otros factores inflamatorios son determinantes en el desarrollo de edema y PNP. Tiene curso crónico, con supervivencia media de 13 años. El aumento de volumen extravascular y la enfermedad de Castleman confieren peor pronóstico. No existen estudios controlados ni tratamiento bien establecido. Se recomienda tratamiento con radioterapia si hay lesión ósea única y tratamiento con melfalan y prednisona en lesiones múltiples o proliferación clonal de células plasmáticas en biopsia de médula ósea; en pacientes jóvenes se asocia trasplante autólogo de células madre de sangre periférica. Un 15% de los pacientes responden a esteroides. Está en estudio el uso de talidomida, lenalidomida y bortezomib.

CONCLUSIONES: Esta enfermedad debe sospecharse si existe PNP asociada a componente monoclonal. El tratamiento está mal estandarizado en pacientes sin plasmocitoma o infiltración de médula ósea.

LISTERIA MONOCYTOGENES: EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE TROMBOSIS Y VASCULITIS. H. XERAL-CIES. CHUVI¹. SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. H. XERAL-CIES. CHUVI. MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. H. XERAL-CIES. CHUVI³

Rodríguez Gómez, Ana María¹; Martínez Vidal, Ana Isabel¹; Argibay Filgueira, Ana Belén²; Pérez Rodríguez, María Teresa²; Martínez Lamas, Lucía²; Vázquez Triñanes, Matilde Carlina²; González González, Lucía³; Sopena Argüelles, Bernardo³; Martínez Vázquez, César³

INTRODUCCIÓN: La listeriosis es una infección poco frecuente que suele tener su origen en el consumo de productos contaminados. Las manifestaciones clínicas varían en función del huésped.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue valorar las características de los pacientes afectados por *Listeria monocytogenes* (LM) en nuestro hospital y si existe mayor incidencia en los últimos años.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo mediante revisión de historia clínica de los pacientes con hemocultivos, LCR o cualquier cultivo positivo a *Listeria* registrados en la base de datos de la Unidad de Microbiología del Hospital Xeral-Cies de Vigo desde 2004 hasta 2012

RESULTADOS: Se identificaron 7 pacientes, 4 mujeres con un media de edad de 43 años y 3 hombres el 42.8% con una media de edad de 64 años. Como factores predisponentes se encontraron: 1 embarazada, 1 recién nacido, 2 neoplasias, 1 trasplantado renal, 4 recibían tratamiento con corticoides. No se encontró ningún caso de VIH. Dos debutaron como meningitis, de ellos uno tenía patología tumoral subyacente y el otro era inmunocompetente. Se presentaron como bacteriemia primaria 3 (43%), 1 fue una sepsis neonatal precoz y 1 una trombosis sobreinfectada de fístula arterio-venosa humero-cefálica. Dos fallecieron a causa de la infección, aunque ambos presentaban una patología tumoral de base. El 57% se diagnosticó en los 3 últimos años. El 100% en los últimos 4 años

CONCLUSIONES: La LM coloniza más habitualmente carnes avícolas, quesos blandos, pescados crudos, ensaladas y precocinados. La clínica de la infección varía desde formas asintomáticas o gastroenteritis febril en pacientes inmunocompe-

tentes, hasta formas invasivas como bacteriemia, infección del SNC, neumonía, empiema... en inmunodeprimidos. De forma clásica se decía que tenía predilección por enfermos VIH y embarazadas. En éstas puede dar lugar a un cuadro gripal o un parto prematuro con afectación fetal grave. Sin embargo, en publicaciones recientes se debate un posible viraje en los patrones poblacionales, con mayor número de casos en ancianos y pacientes con neoplasias. La incidencia de listeriosis se ha reducido en EEUU en los últimos años, en contrapunto, ha experimentado un aumento en países europeos. Las causas son controvertidas, pudiendo estar en relación con cambios dietéticos, aumento de consumo de refrigerados, mayor declaración, etc. En nuestra experiencia el número de pacientes infectados en 10 años fue bajo. Sin embargo, todos fueron diagnosticados en los últimos 4 años, lo que apoya un posible aumento en la incidencia de casos. En conclusión, la listeriosis es una infección poco frecuente que está experimentando un cambio en los subgrupos poblacionales a los que afecta y que por lo tanto ha de ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de la patología infecciosa de los mismos.

MENINGITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES: ¿INFECCIÓN O ALARMA?

MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. H. XERAL-CIES. CHUVI¹.

MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE TROMBOSIS Y VASCULITIS. H. XERAL-CIES. CHUVI²

Rodríguez Gómez, Ana María¹; Martínez Vidal, Ana Isabel¹; Argibay Filgueira, Ana Belén²; Vilaverde, Iria¹; Alonso Parada, María¹; Pérez Rodríguez, María Teresa¹; Rivera Gallego, Alberto José²; Sopena Argüelles, Bernardo²; Martínez Vázquez, César¹

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La *Listeria monocytogenes* (LM) es un bacilo Gram + anaerobio facultativo. Dentro de su especie es la única capaz de infectar al ser humano. Se ha visto cierta predilección para desarrollar formas invasivas en pacientes con patología hepática o tumoral, trasplantados, embarazadas y neonatos. El objetivo es presentar un caso de meningitis por LM en un paciente inmunocompetente (IC).

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Varón de 59 años, profesor universitario, con antecedentes de panhipopituitarismo a tratamiento sustitutivo y colecistectomía, que acudió por cefalea intensa de 3 días, malestar general, escalofríos y fiebre. En la exploración física presentaba afectación del estado general, rigidez de nuca, ausencia de lesiones cutáneas y de adenopatías. Negaba viajes recientes al extranjero. No convivientes enfermos. En la analítica destacaba: GOT 44 UI/L, GPT 124 UI/L, Leucocitos 22740/ μ L (Neutrófilos 20.890mil/mmc), Fibrinógeno 614. El TC craneal, la radiografía de tórax y la de senos fueron normales y los hemocultivos negativos. Se realizó punción lumbar obteniéndose un LCR amarillento, 434 leucocitos, mononucleares 94%, PMN 6%, hemáties 108, glucosa 46, proteínas 177, ADA 14,2 y ácido láctico 5.2. Ante la sospecha de meningitis se inició Ceftriaxona, Vancomicina, Ampicilina y Aciclovir con buena respuesta. Días más tarde los cultivos de LCR resultaron positivos a LM, por lo que se mantuvo tratamiento con Ampicilina intravenosa durante 16 días asociada a Gentamicina la primera semana, completándose tratamiento durante 4 semanas con TMP-SMX. Se investigaron posibles entradas, negando clínica gastrointestinal previa ni ingesta de pescados crudos, quesos blandos, ni comida precocinada. Se descartó nefropatía, diabetes o hepatopatía. Las serologías de virus fueron negativas, así como los estudios de autoinmunidad y los marcadores tumorales. El TC tóraco-abdomino-pélvico fue normal. Finalmente, como único hallazgo, en RM craneal se demostró rotura de la silla turca con salida de tejido tumoral invadiendo clivus por probable necrosis de macroprolactinoma previo, que originó silla turca parcialmente vacía, y una fístula seno-cisterna supraselar y el citado panhipopituitarismo. Se recomendó seguimiento y corrección de la fístula.

CONCLUSIONES: La meningocelalitis es la infección del SNC por LM más frecuente, con una incidencia mayor en las edades extremas de la vida (neonatos 23% y ancianos 22%). La clínica suele ser subaguda y sin tratamiento presenta una mortalidad del 100%. Los pacientes con infección invasiva (bacteriemia, meningocelalitis) suelen ser inmunodeprimidos, trasplantados, pacientes con neoplasias, alcoholismo, cirrosis hepática o embarazadas. En IC es rara, por lo que se recomienda realizar un seguimiento de 1.5-2 años, ya que se ha visto un mayor riesgo de neoplasias. En conclusión, la meningitis por LM es una enfermedad grave que se desarrolla en el seno de factores predisponentes. En pacientes inmunocompetentes puede ser el primer dato de alarma de una patología subyacente.

MENINGITIS LINFOCITARIA RECURRENTE POR AMOXICILINA-CLAVULÁNICO

MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. H. XERAL-CIES. CHUVI¹;

MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE TROMBOSIS Y VASCULITIS. H. XERAL-CIES. CHUVI²

Rodríguez Gómez, Ana María¹; Martínez Vidal, Ana Isabel¹; Argibay Filgueira, Ana Belén²; Pérez Rodríguez, María Teresa¹; Lorenzo Castro, Ruth¹; Sousa Domínguez, Adrián¹; Nodar Germeñas, Andrés¹; Sopena Argüelles, Bernardo²; Martínez Vázquez, César¹

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La meningitis aséptica (MA) es una inflamación de las leptomeninges de curso generalmente benigno. Las causas son múltiples, incluyendo virus, hongos, fármacos o patología tumoral. El objetivo es presentar un caso de meningitis aséptica causada por amoxicilina-clavulámico.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de un caso clínico y revisión de literatura.

RESULTADOS: Varón de 47 años hipertenso, tras el inicio de amoxicilina-clavulámico (875/125 mg cada 8 horas) por flemón dentario, comenzó con fiebre y cefalea holocraneal bilateral opresiva, más intensa a nivel parietal y occipital, que aumentaba con los movimientos y la palpación del cuero cabelludo. No refería náuseas ni vómitos. En la exploración física destacaba rigidez de nuca sin focalidad neurológica y T^a 38.1. Se realizó punción lumbar obteniéndose un LCR claro, con 27 leucocitos, 99% mononucleares, 12 hemáties, proteínas 68 mg/dl, glucosa 56 mg/dl, ADA 5.8 U/l, ácido láctico 2.1 mmol/l. El cultivo, así como el Ag *Criptomococcus*, los estudios de *Mycobacterias* y las PCR de virus fueron negativas. En la analítica destacaba una VSG 5 mm/h y PCR 0.35 mg/l. Los estudios de autoinmunidad, serologías (VIH, VHB, VHC, lues, CMV, EBV, *Toxoplasma*) y los hemocultivos fueron negativos. Desde el ingreso se suspendió el antibiótico, presentando el paciente una mejoría progresiva de la fiebre y de la cefalea. Al revisar su historia clínica se encontró que 3 años antes había presentado una meningitis linfocitaria aséptica sin origen filiado tras un tratamiento con amoxicilina-clavulámico pautado por infección de piel y partes blandas. Con estos datos se realizó el diagnóstico de MA por amoxicilina-clavulámico.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES: La MA incluye a aquellos pacientes con clínica y datos de laboratorio compatibles con inflamación de leptomeninges pero con cultivos bacterianos convencionales negativos. La presentación es similar a la de las meningitis bacterianas (fiebre, cefalea, rigidez de nuca) dificultando enormemente el diagnóstico diferencial con una meningitis decapitada. El curso suele ser benigno y sin secuelas. Las causas son múltiples, siendo de origen viral el más frecuente (fundamentalmente enterovirus). Otros posibles agentes etiológicos son las micobacterias, hongos, espiroquetas, lupus, tumores intracraneales, sarcoidosis y los fármacos. Los fármacos que se han visto más relacionados son AINES (especialmente ibuprofeno), antibióticos (cotrimoxazol, ciprofloxacino), inmunoglobulinas y OKT3. El diagnóstico de una MA farmacológica se fundamenta en la cronología con la toma del fármaco (desde horas hasta 3 días después), así como la mejoría tras la supresión, planteando menos dudas cuando hay recurrencia, como es el caso de nuestro paciente. El LCR suele ser inflamatorio con una pleocitosis, con hiperproteínoorraquia y glucorraquia normal. La PCR no está aumentada, a diferencia de las infecciosas. En conclusión, la MA farmacológica ha de ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con meningitis aséptica recurrente. Por otro lado la revisión cuidadosa de la historia clínica aporta en muchos casos la clave del diagnóstico.

MIOCARDITIS POR EBSTEIN BARR VIRUS

MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. H. XERAL-CIES. CHUVI¹;

MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE TROMBOSIS Y VASCULITIS. H. XERAL-CIES. CHUVI²

Rodríguez Gómez, Ana María¹; Martínez Vidal, Ana Isabel¹; Argibay Filgueira, Ana Belén²; Pérez Rodríguez, María Teresa¹; Vázquez Triñanes, Matilde Caritina¹; González González, Lucía¹; Nodar Germeñas, Andrés¹; Rivera Gallego, Alberto José²; Martínez Vázquez, César¹

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La miocarditis es un proceso inflamatorio que afecta al miocardio. Cualquier agente infeccioso puede desencadenarla, especialmente los virus. El objetivo es comunicar un caso de miocarditis por EBV que debutó como shock cardiogénico.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de un caso clínico y revisión de literatura.

RESULTADOS: Mujer de 63 años hipertensa bien controlada con fármacos e insuficiencia venosa crónica. Acudió a Urgencias por disnea progresiva de 24 horas de evolución y ortopnea, sin dolor torácico acompañante. Dos semanas antes había presentado un cuadro catarral, con febrícula y mialgias. A la exploración física mostraba mal estado general con disminución del nivel de consciencia, mala mecánica respiratoria, cianosis central y periférica y crepitantes bilaterales dispersos. Ausencia de IVY y de reflujo hepato-yugular. Necesitó intubación e inicio de perfusión de aminas por hipotensión y anuria. Las troponinas fueron de 0.05 ng/ml y 0.45 ng/ml. El ECG mostraba un bloqueo de rama izquierda de nueva aparición y la Rx de tórax exudados alveolares bilaterales. Con estos datos se pensó en un evento coronario agudo como causa más probable. Se realizó ecocardiograma y coronariografía que mostraron dilatación de VI con acinesia del ápex, anteroapical y anterolateral e hipocinesia inferoapical con una FEVI de 39%, ausencia de valvulopatías y coronarias normales. Los estudios serológicos mostraron IgM e IgG VCA positivos. Con este resultado se inició tratamiento con aciclovir (10mg/kg/8 horas durante 15 días y corticoides) con progresiva mejoría clínica. La RM cardíaca fue compatible con miocardiopatía dilatada no isquémica, con FEVI 30%. Finalmente se realizó el diagnóstico de miocardiopatía dilatada en probable relación con infección aguda por EBV.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES: La miocarditis es una patología de incidencia desconocida. Predomina en varones, con una clínica más severa en la infancia. La presentación puede variar desde formas subclínicas hasta muerte súbita, siendo los síntomas más frecuentes insuficiencia cardíaca, dolor torácico y arritmias. Los agentes causales son fundamentalmente virales, pudiendo darse por cualquier otro tipo de agente infeccioso, así como sarcoidosis, enfermedades autoinmunes o hipersensibilidad a fármacos (antiepilépticos, antibióticos, vacunas). Son de ayuda al diagnóstico las troponinas y las serologías de virus. El ecocardiograma permite descartar otras causas de insuficiencia cardíaca, aunque las alteraciones de la contractilidad global y segmentaria puedan ser similares a las producidas por la cardiopatía isquémica. La RM es la técnica de imagen de elección, ya que es muy sensible para detectar aumento de señal, precoz o tardío, del miocardio afectado tras la administración de contraste. Esta información es de gran utilidad para dirigir la biopsia endomiocárdica que constituye el gold estándar. El tratamiento se fundamenta en medidas de soporte y tratamiento de la causa subyacente. Existen determinados factores asociados con mayor mortalidad y necesidad de trasplante cardíaco como la presencia bloqueo de rama izquierda y las ondas Q. En conclusión, la miocarditis es una de las causas de patología cardíaca (insuficiencia cardíaca, arritmias), que debe sospecharse en pacientes jóvenes, fundamentalmente varones, con alteraciones cardíacas de reciente inicio sin causa justificada y con antecedentes de infección respiratoria, gastrointestinal, introducción de fármacos o vacunaciones.

MIASIS CUTÁNEA POR MOSCA COMUN SOBRE ÚLCERA TUMORAL

UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS. COMPLEXO ARQUITECTO MARCIDE-NOVOA SANTOS. FERROL¹. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEXO ARQUITECTO MARCIDE-NOVOA SANTOS. FERROL². HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HADO). COMPLEXO ARQUITECTO MARCIDE-NOVOA SANTOS. FERROL³

Gómez Gigirey, Adriana²; Rivera Fraga, Carmen¹; Fernández Rial, Alvaro¹; Mosquera Pena, Marcelino³; Sesma Sanchez, Pascual¹

INTRODUCCIÓN: La miasis es la infestación de los tejidos del cuerpo humano o animal por larvas de insectos del género de los dípteros (moscas de 2 alas). Tiene una distribución mundial, pero con una mayor prevalencia en áreas tropicales y subtropicales. Las miasis cutáneas se clasifican desde el punto de vista clínico en forunculares, migratorias y de las heridas o traumática.

En nuestro medio, es un trastorno infrecuente y ocurren en su mayor parte en los meses estivales. Algunos casos son importados (viajes al extranjero); aunque la forma más frecuente es la traumática o de las heridas, generalmente asociada a diversos factores de riesgo (deterioro cognitivo, alcoholismo, higiene deficiente, diabetes, lesiones ulcerativas...).

CASO CLÍNICO: Mujer de 58 años con antecedente de alergia a penicilina, estreptomycin, metamizol y contrastes yodados, diagnosticada en el año 2009 de Ca. epidermoide de parótida izda localmente avanzado tratado con QT y RT. TVP en EI en marzo 2011 en tratamiento con HBPM. En abril 2011, nueva progresión a pesar de nueva línea de QT, derivándose a la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) para seguimiento posterior.

Ingreso en agosto 2011 por sangrado de úlcera tumoral y mal control del dolor con deterioro general en los últimos meses por progresión local de su tumoral (PS 3-4), realizándose reajuste del tratamiento con buen control. Tras el alta, las curas eran realizadas la mayoría de las veces por su hija en el domicilio, debido a la escasez de personal de enfermería en su Centro de Salud en el periodo estival. A los 10 días del alta, su hija se pone en contacto telefónico con la unidad al objetivar "gusanos" en la herida. Nos remite una muestra al servicio, observando la presencia de larvas y remitiéndose dicha muestra en fresco al Servicio de Microbiología para su análisis con identificación posterior de larvas de la especie *Musca domestica*. Se indicaron curas diarias con limpieza y extracción manual con pinzas de las larvas, además de empleo de vaselina estéril para ocluir los orificios, poniéndolos en

contacto con HADO garantizar el tratamiento y seguimiento. A partir de las 48-72 horas, ya no se visualizaba ninguna larva en la úlcera, resolviéndose la infestación. La paciente falleció un mes más tarde.

CONCLUSIÓN: La incidencia real probablemente esté subestimada por cierto grado de infranotificación en la literatura debido al pronóstico favorable de la mayoría de los casos. Las medidas de prevención son importantes, sobre todo las miasis asociadas a heridas, debiendo mantener una adecuada higiene, desbridamiento de las áreas necróticas y evitar la exposición del material de curas y de las heridas abiertas para impedir el depósito de los huevos en las mismas; siendo ésta última la vía patogénica empleada en nuestro caso.

CASO DOMÉSTICO DE FEBRE BOTONOSA

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL MEIXOIRO (CHUVI)

Machado Prieto, Begoña; Caride López, Gloria; Rodil Rodil, Viviana; Miguélez Rodríguez, Daniela; López Otero, Jose Luis; Álvarez Pérez, Joaquín; Montes Santiago, Julio; Pérez Álvarez, Roberto

A febre botonosa é unha enfermidade infecciosa producida por *Rickettsia* *Coronii* e trasmitida a través da picadura da carracha, *Rhipicephalus* *Sanguineus*, sendo ésta o seu vector e reservorio. Esta zoonosis é endémica nos países da cunca Mediterránea.

As manifestacións clínicas de tódalas rickettsiosis son similares na súa etapa inicial, presentando síntomas inespecíficos (febre, cefalea e mialxias), acompañados de datos característicos de laboratorio (trombocitopenia, cifras normais ou baixas de leucocitose, hipertransaminasemia e hiponatremia).

No caso da *Rickettsia* *Coronii* o cadro clínico inicial séguese dun exantema maculopapuloso xeralmente non prurixinoso típico de palmas e plantas. A lesión no punto de inoculación característica é a denominada Mancha Negra. A febre botonosa é unha enfermidade benigna de baixa mortalidade (1-2%), aínda que cun grande espectro clínico que varía dende os casos asintomáticos ata unha forma excepcional cunha afectación visceral importante e unha mortalidade levemente maior (6%). A confirmación serolóxica non é doada, precisándose un par de mostras, unha en fase aguda e outra no período da convalecencia.

O caso que presentamos é o dun varón de 79 anos con febre en torno a 38°C de 4-7 días de evolución, con mialxias e debilidade en membros inferiores e marcha inestable cunha caída fortuíta que motivou unha primeira asistencia cun TAC craneal normal. Nos últimos 3 días o cadro acompañábase dun exantema eritemo-papuloso en tronco e extremidades, coincidindo co inicio de Amoxi-clavulánico pautado empiricamente por tales Febres. A persistencia da febre alta motivou o ingreso. O seu estado de alerta estaba plenamente conservado, sen focalidade neurolóxica e as súas lesións cutáneas en estado residual. Rexistouse unha hiponatremia leve (129 mg/dl) sen repercusión clínica e unha mínima trombopenia. Coincidentes no tempo, ós 2 días de ingreso o paciente iniciou un cadro confusional consistente en torpeza mental, bradipsiquia e desorientación parcial, cunha hiponatremia severa (Na 119 mg/dl), e ingresou a súa dona cun síndrome febril inespecífico acompañado dunha lesión cutánea compatible con Mancha Negra. Refería probable picadura de artrópodos detectados no seu can doméstico. Iniciouse entón tratamento con doxiclina e realizáronse seroloxías de distintas rickettsiosis en ámbolos dous casos. A evolución foi plenamente satisfactoria. As seroloxías para *Rickettsia* *Coronii* foron positivas na primeira determinación, mentres que as do noso paciente non o foron ata unha segunda determinación 40 días despois do inicio da clínica.

Como conclusión, a febre botonosa en Galicia é unha enfermidade endémica pero infrecuente. Según datos do Ministerio de Sanidade, mantense unha declaración estable de casos dende 1996 en todo o territorio español. No caso de Galicia, declaráronse un total de 90 dende entón ata 2008, e ningún dende 2009, sendo Ourense e Pontevedra as provincias máis afectadas. Un tratamento precoz da febre botonosa reduce o período sintomático e a aparición de complicacións.

Índice de autores

A

Abreu, Diana	88
Alonso, Ana	76
Alonso Herrero, Ana	81, 83, 86
Alonso, M	78, 89
Alonso Parada, María	75, 76, 79, 84, 85, 90, 92
Álvarez Fernández, Maximiliano	77
Álvarez, M	83
Álvarez Pequeño, Leticia	75, 84
Álvarez Pérez, Joaquín	81, 82, 93
Álvarez Rodríguez, Elena	75, 85
Alves, Eide Diana	84, 85
Angell Valdés, Sussette	80
Anibarro, Luis	84, 85
Argibay Filgueira, Ana Belén	75, 76, 77, 78, 81, 82, 83, 84, 86, 89, 90, 91, 92
Armas Castro, Julio	80

B

Ballesteros Ballesteros, Rosa María	88
Barbagelata López, Cristina	77, 86, 89, 90, 91
Boceta Osuna, Jaime	78
Buño Ramilo, Beatriz	79

C

Cainzos Romero, Tamara	75, 77, 79, 80, 89, 90, 91
Caride López, Gloria	93
Casal Iglesias, Luis	89
Casal, Moisés	77
Castelo, Laura	89
Chamorro Fernández, Antonio J.	85, 87, 91
Cubillo, Severina	87

D

De La Iglesia, Fernando	89
De Toro Santos, José Manuel	85, 91
Díaz Peromingo, José Antonio	82
Diéguez, Julia	84, 85
Dopico Lopez, Alfonso	81, 89
Doutel Haghighi, Eduardo	88
Duarte Bermudez, Blanca Paulina	90

F

Fernández, Alberto	84, 85
Fernández Bouza, Elena	77, 86, 89, 90, 91
Fernández Calvo, Laura	80
Fernández Fernández, Francisco J	75, 80
Fernández Regal, Inés	85, 87, 91
Fernández Rial, Alvaro	93
Fernández Victoria, Rebeca	79
Ferreira González, Lucía	75, 79, 80
Freire Dapena, María del Carmen	90
Freire Dapena, Mayka	75, 77, 85, 87, 90
Freire, M	89
Freire, Ramón	87

G

García, Carlos	87
García del Río Beneyto, Rocio	80
García, Juan Carlos	84, 85
García Martín, José Carlos	78
Gascó Sogorb, María Jesús	80
Giménez Fernández, Blas	80

Gómez Buela, Inmaculada	77, 91
Gómez Gigirey, Adriana	89, 93
González González, Lucía	75, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 93

González Piñeiro, Ana	85
González Quintela, Arturo	82
González Vázquez, Elvira	85, 87
Gutián, Ramón	84

I

Íñiguez Vázquez, Iria	76, 88
-----------------------	--------

J

Jorge Sánchez, Ramón	89
----------------------	----

L

Lijó Carballeda, Cristina	89, 91
Lito, Pedro	88
Longueira, Rebeca	76
López Miragaya, Isabel	86
López Otero, José Luis	81, 82, 93
Lorenzo Castro, Rut	77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 89, 90, 92

M

Machado Prieto, Begoña	82, 93
Marnotes González, Javier	87
Martínez, Ana	79, 87
Martínez Lamas, Lucía	76, 77, 91
Martínez, Lucía	83, 86
Martínez, Mar	87
Martínez Quintanilla, Mar	78
Martínez Vázquez, César	75, 76, 77, 78, 79, 81, 83, 84, 85, 86, 89, 90, 91, 92

Martínez Vidal, Ana Isabel	76, 77, 78, 81, 82, 83, 86, 89, 90, 91, 92
----------------------------	--

Matesanz Fernández, María	76, 88
Maure Noia, Brenda	86
Mella Pérez, Carmen	77, 86, 89, 90, 91
Miguélez Rodríguez, Daniela	82, 93
Miralles, Celia	76
Montero Teijeiro, Carmen	78, 87
Monte Secades, Rafael	76, 88
Montes Santiago, Julio	82, 93
Mosquera Pena, Marcelino	93
Mouronte Sánchez, Camino	87

N

Nicolas, Ricardo	89
Nodar Germañas, Andrés	77, 78, 83, 84, 86, 89, 92
Núñez Calvo, Luisa	87
Núñez, Manuel Jesús	84, 85

O

Ocampo, Antonio	76
-----------------	----

P

Pellicer, Carlos	89
Penado, Susana	89
Peñas Espinar, Cecilia	78

Pérez Álvarez, Roberto	81, 82, 93
Pérez Carral, Oscar	91
Pérez Carral, Verónica	85, 87, 91
Pérez Iglesias, Almudena	85, 91
Pérez Pombo, Serafín	85
Pérez Rodríguez, María Teresa	75, 76, 77, 78, 81, 83, 84, 86, 89, 91, 92

Pernas Souto, Berta	87, 89
Piñeiro Fernandez, Juan Carlos	88
Portela, Daniel	78, 84
Porto Pérez, Ana Belkis	78, 87

R

Rabuñal Rey, Ramón	76, 88
Ramos, Vicente	89
Regueiro Dominguez, Alejandro	88
Rey González, Lara	87
Ríos, Mónica	84, 85
Rivas Costa, Gonzalo	77, 89
Rivera, Alberto	75, 79, 87, 89
Rivera Fraga, Carmen	93
Rivera Gallego, Alberto J.	75, 77, 81, 83, 85, 90, 92

Rodil Rodil, Viviana	82, 93
Rodríguez Álvarez, Ana Paula	85, 87, 91
Rodríguez, Ana	79, 87
Rodríguez Cordero, Marte	82
Rodríguez da Silva, Alfredo	76
Rodríguez Gómez, Ana	76, 81
Rodríguez Gómez, Ana María	76, 78, 81, 82, 83, 86, 89, 90, 91, 92
Rodríguez-Gómez, Ana María	77
Royo Aguado, José Luis	78
Rubal Bran, David	76, 88

S

Saavedra Martínez, Pablo	76
Sanchez Trigo, Sabela	90
Sardina Ferreiro, Raquel	77, 91
Seco Hernández, Elena	85, 87, 91
Serrano, Joaquín	89
Sesma Sánchez, Pascual	75, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 87, 89, 85, 89, 90, 91, 92, 93
Sousa Domínguez, Adrián	76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 86, 89, 92

T

Trigás Ferrín, María	75, 79, 80
----------------------	------------

V

Valcárcel García, María Ángeles	82
Vaqueiro Rodríguez, Inés	76
Vázquez Triñanes, Caritina	75, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 87, 89, 90, 91, 92
Vázquez Vázquez, Begoña	77, 86, 89, 90, 91
Ventura Valcarcel, Pablo	88
Vicente, Leopoldina	88
Viejo, Miguel Ángel	84, 85
Vilariño Maneiro, Laura	75, 79, 80, 89, 91
Villaverde Álvarez, Iria	75, 76, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 90, 92
Villaverde, I	78, 89

Normas de publicación

Galicia Clínica es la revista oficial de la Sociedad Gallega de Medicina Interna (SOGAMI). Se publican 4 números al año, simultáneamente en papel y en www.galiciaclinica.info, incluyéndose en el segundo de ellos las comunicaciones enviadas a la correspondiente Reunión Ordinaria de la SOGAMI.

GALICIA CLÍNICA evaluará para su publicación trabajos médicos relacionados preferentemente con la Medicina Interna y sus subespecialidades, y/o con problemas médicos prevalentes en la Comunidad Autónoma de Galicia.

Se admitirán para evaluación trabajos en castellano, gallego, inglés y portugués.

Para el envío de originales se ha habilitado un formulario en la página web www.galiciaclinica.info. El sistema confirmará la entrega y permitirá consultar el estado del manuscrito. No se aceptarán originales enviados por otros métodos.

El comité editorial, eventualmente con la ayuda de revisores externos, evaluará los trabajos enviados decidiendo si procede su publicación, si es necesario realizar correcciones o si se desestima la publicación. Una vez aceptado, se enviarán al autor las pruebas de imprenta para la corrección de posibles erratas.

Los trabajos reunirán los requisitos de uniformidad habituales en revistas biomédicas. Dichos requisitos se pueden consultar en "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, Updated April 2010", disponible en <http://www.icmje.org>. Se recomienda encarecidamente leer en especial la sección "Preparing a Manuscript for Submission to a Biomedical Journal" (http://www.icmje.org/manuscript_1prepare.html) y seguir fielmente sus indicaciones a la hora de redactar el trabajo a enviar.

Se recomienda el empleo de los programas más habituales de edición de texto (Ej., Word) tanto para el texto como para las tablas.

Dado que la mayoría de las páginas se imprimen en blanco y negro, se aconseja evitar en tablas y figuras en la medida de lo posible el uso de colores o tramas que no tengan el adecuado contraste para su identificación.

Las figuras o imágenes se enviarán en archivo aparte, como archivo de imagen (jpeg o similar) o como PDF con una resolución de 300 ppp. a tamaño de impresión definitivo.

La revista presenta las siguientes secciones:

Editoriales

Habitualmente encargados por la dirección de la revista. Su extensión máxima será de 8 páginas de 30 líneas y se admitirá una figura o una tabla y quince citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de dos.

Originales

Trabajos de investigación sobre cualquier aspecto médico. La estructura general de los trabajos será la tradicional: Título: en el idioma original y en inglés, Resumen y Abstract en inglés, Palabras clave y Key words (que deben corresponder a los médicos sujetos headings -MESH- del Index Medicus), Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión, Bibliografía

La extensión máxima recomendada del texto es de 20 páginas de 30 líneas, a las que se podrán añadir 5 figuras y 5 tablas, y un máximo de 30 citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de ocho.

Originales breves

Trabajos de investigación que por sus características no precisen un mayor espacio. Estructura similar a la de los originales. Su extensión máxima será de 10 páginas de 30 líneas, 3 figuras, 3 tablas y 20 citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de seis.

Revisiones

Habitualmente encargadas por la dirección de la revista. La extensión máxima recomendada del texto es de 30 páginas de 30 líneas, a las que se podrán añadir 6 figuras y 6 tablas, y un máximo de 50 citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de tres.

Preguntas clínicas

En esta sección se tratará de responder de forma concreta y sucinta a preguntas clínicas concretas que, bien han motivado una controversia, o cuestionan actitudes arraigadas en la práctica diaria. La extensión máxima será de 6 páginas de 30 líneas, dos figuras y dos tablas y 15 citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de dos.

Notas clínicas

Descripción de casos clínicos de excepcional interés. Constarán de una breve introducción, caso clínico, y discusión correspondiente. Su extensión máxima será de 6 páginas, 2 figuras y dos tablas y 15 citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de cuatro.

Cartas al director

Comentarios, opiniones u observaciones sobre los diversos trabajos publicados con anterioridad en la revista. La extensión máxima será de 4 páginas de 30 líneas y se admitirá una figura o una tabla y diez citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de dos.

Imágenes médicas

Imágenes curiosas, insólitas o demostrativas. Se acompañarán con un texto breve, como máximo 1 página de 30 líneas, en el que se explique el caso clínico, con una breve discusión acerca de la importancia de la imagen.

El número máximo de firmantes será de dos.

Resúmenes de Tesis doctorales

Elaborados por el autor, describirán el trabajo realizado; su extensión máxima será de 2 páginas de 30 líneas. Debe incluirse un apéndice con los datos correspondientes a Universidad, departamento, director de la tesis y fecha de presentación.

Otros

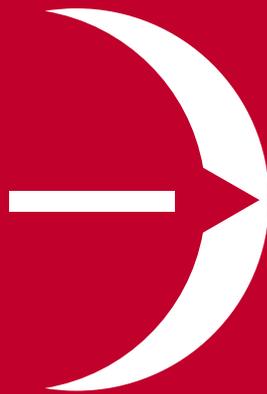
La dirección de la revista considerará para su publicación cualquier artículo relacionado con la medicina en cualquier aspecto, aunque no se incluya exactamente dentro de los supuestos anteriores. En este caso se recomienda antes de su envío contactar con la dirección para acordar las características del mismo.

En el caso de que los trabajos enviados incluyan imágenes, figuras, tablas o textos sometidos a copyright, será responsabilidad de los autores la obtención de los permisos necesarios para su publicación.

Todas las opiniones o afirmaciones expresadas en los artículos corresponden a los autores de los mismos. Tanto el comité editorial como la SOGAMI declinan cualquier responsabilidad a este respecto.

Los trabajos publicados serán propiedad de GALICIA CLÍNICA, cediendo los autores todos los derechos a la misma.

**Fundación
Barrié de la Maza**



PROGRAMA DIANA FUNDACIÓN BARRIÉ - USC

Apoyo a la investigación científica
como pilar del desarrollo económico
y social de Galicia

Programa de investigación en farmacogenética, puesto en marcha por la Fundación Barrié de la Maza, la Universidade de Santiago USC y la Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica. Un proyecto liderado y desarrollado desde Galicia.

Financiado íntegramente por la Fundación Barrié con 1.300.000 €

Un equipo interdisciplinar dirigido por el Doctor Angel Carracedo de más de 100 investigadores, así como ochenta médicos implicados en la recogida de datos clínicos en los hospitales públicos gallegos.

El programa desarrolla proyectos de investigación de medicina personalizada en cuatro áreas de investigación:

- Cáncer
- Enfermedades neurológicas
- Enfermedades psiquiátricas
- Enfermedades cardiovasculares



Fundación Barrié

AL SERVICIO DE GALICIA PARA EL MUNDO