

HOSPITAL

GALICIA CLÍNICA

Incluida en Latindex, IME-Biomedicina del CSIC, Dialnet, Dulcinea y Directory of Open Access Journals

Volumen 78

Número 2

Junio 2017

Revista trimestral de distribución gratuita



XXXIV REUNIÓN DE LA SOGAMI
(SOCIEDAD GALLEGA DE MEDICINA INTERNA)
9 y 10 de junio de 2017
Facultad de medicina de la USC



Cando non é preciso
acudir ao centro de saúde

O teu médico pode atenderte por teléfono

Coa mesma calidade e
tempo de sempre

Sen desprazamentos

Consulta telefónica en
atención primaria

No teléfono do teu centro de saúde
Na web www.sergas.es
Ou no 902 077 333



Dr. Carlos Castiñeira Pombo
Centro de Saúde de Ares



GALICIA CLÍNICA

Revista oficial da Sociedade Galega de Medicina Interna (SOGAMI)
Fundada en 1929 por el Dr. Aurelio Gutiérrez Moyano

DIRECTOR

José López Castro
Servicio de Medicina Interna HCML (Lugo)

DIRECTOR ADJUNTO

Manuel Fernández Muínelo
Servicio de Medicina Interna CHUO (Ourense)

HEREDEROS DEL FUNDADOR DE GALICIA CLÍNICA

Luis Gutiérrez-Moyano Zimmermann
Herederero del fundador de Galicia Clínica

Mercedes Gutiérrez-Moyano Zimmermann
Herederera del fundador de Galicia Clínica

COMITÉ EDITORIAL

Hortensia Álvarez Díaz
Servicio de Medicina Interna CHUF (Ferrol)

María Teresa Alves Pérez
NECOM Universidad de Vigo (Vigo)

Emilio José Casariego Vales
Servicio de Medicina Interna HULA (Lugo)

Antonio Javier Chamorro Fernández
Servicio de Medicina interna CAUSA (Salamanca)

José Antonio Díaz Peromingo
Servicio de Medicina Interna HCUS (Santiago de Compostela)

Javier de la Fuente Aguado
Servicio de Medicina interna POVISA (Vigo)

Carlos González Guitián
Servicio de Biblioteconomía CHUAC (A Coruña)

Miguel Marcos Martín
Servicio de Medicina Interna CAUSA (Salamanca)

Paula Pesqueira Fontán
Servicio de Medicina interna Hospital Barbanza (A Coruña)

Ramón Rabuñal Rey
Unidad de Enfermedades Infecciosas HULA (Lugo)

Hugo Guillermo Ternavasio de la Vega
Servicio de Medicina interna CAUSA (Salamanca)

Juan Torres Macho
Director médico Hospital Infanta Cristina (Madrid)

Jorge Luis Torres Triana
Servicio de Medicina interna CAUSA (Salamanca)

COMITÉ CIENTÍFICO

Marianne Camargo
Dpto. Internal Medicine Mount Sinai Medical Center (NYC)

José Luis Díaz Díaz
Servicio de Medicina interna CHUAC (A Coruña)

Elena Fernández Bouza
Servicio de Medicina interna CHUF (Ferrol)

María José García Pais
Servicio de Medicina interna HULA (Lugo)

Francisco Javier García Sánchez
Servicio de Medicina interna Hospital Quirón-Salud (Toledo)

Juan Antonio Garrido Sanjuán
Servicio de Medicina interna CHUF (Ferrol)

Arturo González Quintela
Servicio de Medicina interna HCUS (Santiago de Compostela)

Fernando A. de la Iglesia Martínez
Servicio de Medicina interna CHUAC (A Coruña)

José Masferrer Serra
Servicio de Medicina interna HCV (Ourense)

Rafael Monte Secades
Servicio de Medicina interna HULA (Lugo)

Julio Montes Santiago
Servicio de Medicina interna. EDXI Vigo (Vigo)

Francisco Luis Lado Lado
Servicio de Medicina interna HCUS (Santiago de Compostela)

José Domingo Pereira Andrade
Servicio de Medicina interna CHUAC (A Coruña)

Antonio Pose Reino
Servicio de Medicina interna HCUS (Santiago de Compostela)

Incluida en Latindex, IME-Biomedicina del CSIC,
Dialnet, Dulcinea, Directory of Open Access Journals,
ROAD (Directory of Open Access scholarly Resources)
y WorldCat.

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

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



Índice

Summary

EDITORIAL

60 La docencia de pregrado ¿el gran cambio?

Seco Fernández MA

HOMENAJE

63 José Carlos Ulloa Abad (Catá)

ORIGINAL BREVE

65 Tuberculosis in a Portuguese Cohort

Guerra Maio A, Coutinho D, Nunes S, Velez J, Freitas F, Oliveira C

CASOS CLÍNICOS

73 Pneumatose Intestinal e Complicações de Endocardite por *Enterococcus faecium*: a propósito de um caso clínico

Pneumotosis Intestinalis and Complications of Infective Endocarditis

Due to Enterococcus faecium: a case report

Mondragão A, Ramos AR, Barbedo M

76 Neuroendocrine Tumor, diagnostic difficulties

Oliveira P, Ferreira P, Rocha G

79 Hepatotoxicidade associada ao uso de esteroides anabolizantes

Hepatotoxicity induced by anabolic steroids

Brinquinho M, Sousa AA, Resende J, Valente J

82 Chylaskos as a presentation of serous papillary adenocarcinoma of the endometrium: a case report

Sequeira MI, Borges T, Camões I

IMÁGENES EN MEDICINA

84 Sinal "S" de Golden

The Golden "S" Sign

Ricardo M, Macedo C

85 Um caso de lesão renal aguda pós-renal

A case of post-renal acute renal failure

Calado N, Villalon C

TESIS DOCTORAL

86 Factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico en población laboral (sector industrial).

Estudio de cohortes a 5 años.

Cardiovascular risk factors and metabolic syndrome working population (industrial sector). Cohort a 5 years.

Názara Otero CA

88 XXXIV Reunión de la Sogami Comunicaciones orales y Comunicaciones póster

La docencia de pregrado ¿el gran cambio?

Manuel Angel Seco Fernández

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario Ourense

Repasando la evolución de la formación médica en este país debemos resaltar varios hitos importantes.

El mejor, sin duda, la formación MIR a partir de 1978 creada por el profesor Segovia de Arana siguiendo la pauta americana con la excepción de un único examen de entrada y no anual, como allí hacen. Este cambio en la formación médica elevó nuestra calidad asistencial y docente de postgrado hasta los mejores puestos en el mundo.

Otro hito importante fue la elaboración de la ley básica de Sanidad del ministro Ernest Lluch que, hoy en día, aún no ha cumplido los cuatro postulados iniciales contemplados en la misma (universalidad, igualdad, eficiencia y libertad de elección) debido a la transformación de un único Ministerio de Sanidad en los 17 reinos de taifas sanitarios actuales con un ente territorial inoperante que fomenta las marcadas desigualdades entre autonomías.

El problema, irresoluble hasta el momento, es y ha sido la formación de pregrado. Si a los estudiantes se les exige el máximo nivel para entrar en una Facultad de Medicina (de las 42 existentes que nos colocan en el top mundial tras batir recientemente a Corea del Sur), no podemos luego aturdir su inteligencia con un sistema pedagógico obsoleto y propio del siglo XIX. No entiendo que cada año en los exámenes MIR se presenten alrededor de 13.000 médicos para unas 6000 plazas convocadas. Con una buena biblioteca y los medios tecnológicos actuales (Smart, Internet...) un estudiante obtendría mejores notas durante la carrera estudiando por su cuenta que invirtiendo el tiempo en clases presenciales de las facultades. La única diferencia sería la falta absoluta de práctica que se podría suplir, como en la Edad Media, poniéndose al lado de otro médico. ¿Dónde?. ¿Primaria?. ¿Hospitales comarcales?...

La enseñanza de la medicina la considero nuestro talón de Aquiles. Desde la Antigüedad ha ido cambiando paulatinamente haciéndose cada vez

una enseñanza más teórica y menos práctica, aunque debo reconocer que cada vez es más técnica, y el arte está quedando postergado.

Las desigualdades en las Autonomías tienen su reflejo en la evolución de la enseñanza de la medicina. En Cataluña los estudiantes comienzan a hacer prácticas en el segundo curso, o al menos así lo tienen proyectado. En el País Vasco se realizan en los primeros cursos. En Castilla-León a partir del tercero y cuarto. ¿Y nosotros?. Nosotros, como buenos gallegos, estamos en la escalera dudando si subir o bajar, (si introducimos la práctica médica al principio o al final del ciclo académico). La última decisión de las autoridades académicas ha sido hacer rotar a todos los estudiantes de sexto curso por sus hospitales de origen, lo que considero el segundo hito en importancia en la enseñanza de la medicina tras la aparición del sistema MIR en el año 1978. Durante este último año los estudiantes aprenderán a realizar trabajo en equipo, adquirirán habilidades, empapándose de empatía y sabrán al final del mismo lo que desean ser cuando elijan especialidad. Todo ello hará que esa frontera que existía entre grado y pregrado vaya desapareciendo.

Después de un largo recorrido profesional, 35 años como internista en un Hospital de la Seguridad Social, tres años dirigiendo un servicio de Urgencias y tres como médico rural (La Coruña, Málaga, Madrid, Guadalajara y Tarragona). Después de haber sido durante un año asistente voluntario en Madrid (FGD) y dos meses en Málaga (en el Hospital Carlos Haya), amén de las experiencias asistenciales compartidas con los médicos de familia acompañando al Dr. De Toro, creo que las opiniones que voy a referir están fundadas en una larga experiencia en el tiempo.

La revolución que se avecina se hará en la fase de pregrado, aunque el grado necesita bastantes retoques. No tengo una opinión clara sobre la troncalidad, aunque podría evitarse mejorando el pregrado con la rotación de los estudiantes

*"Frente a la enseñanza presencial reivindico
la enseñanza guiada y corregida por tutores formados
en pequeños grupos de estudiantes
a partir del segundo curso"*

por los hospitales en los dos últimos cursos de la carrera. Antes de introducir cualquier cambio es importantes consensuar acuerdos entre la CEEM (Confederación Estatal de Estudiantes de Medicina), representantes MIR, Consejo Nacional de Decanos y la Academia de Educación de Medicina (Madrid).

En mi opinión deben valorarse los siguientes puntos:

Frente a la enseñanza presencial reivindico la enseñanza guiada y corregida por tutores formados en pequeños grupos de estudiantes a partir del segundo curso. Enseñanza que permitirá la adquisición de habilidades de una manera progresiva. Creo oportuno valorar la enseñanza que se realiza en la facultad de Medicina de Albacete mediante el estudio de problemas médicos, sin olvidar la experiencia vasca y catalana. Es muy importante que los tutores tengan tiempo suficiente para la docencia, algo que han comprendido perfectamente en el País Vasco y en Castilla-León. Sin olvidar todas la experiencia en los excelentes talleres de habilidades que se vienen realizando en la Facultad de Granada.

Adelantar al 5º curso la rotación anual por los hospitales de origen del alumno. Estos dos últimos años, 5º y 6º, podían suponer de facto una troncalidad. Troncalidad ahora suspendida por las protestas de innumerables colectivos médicos, por el Consejo de Estado y por el Tribunal Superior.

Es imprescindible elaborar un libro guía de estas rotaciones anuales precisando las habilidades que debe adquirir el alumno, la formación en las TIC, matizando la importancia del trabajo de equipo hasta alcanzar la suficiente empatía con el medio sanitario y los pacientes. Creo que el Servicio de Urgencias debe desempeñar una parte muy importante en la adquisición de habilidades. Y por esto, como he venido haciendo a lo largo de los años, reivindico que la asistencia en urgencias sea una verdadera especialidad y no un conglo-

merado de diversas especiales médicas sujeto a innumerables intereses.

Y esto es lo que quiero aportar: una formación básica integral del estudiante de medicina durante estos postreros años de formación llevada a cabo por uno o dos internistas en cada hospital, con sesiones de dos horas una o dos veces por semana y en pequeños grupos, no mayores de quince alumnos, para lograr una intensa interacción.

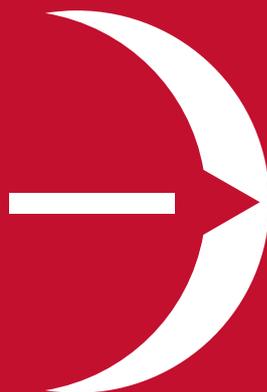
Estos internistas, verdaderos tutores formadores, se encargarían de enseñar cómo realizar una excelente anamnesis, una exploración física completa (locomotora, general y neurológica), a leer e interpretar electrocardiogramas y radiografías simples de tórax, abdomen y huesos, a realizar un diagnóstico diferencial y juicio clínico e inicio de tratamientos. Labor importante es la discusión de casos clínicos entre todos. Considero también, como habilidad del siglo XXI, la formación de estos estudiantes en ecografía clínica (ver revista Galicia Clínica, diciembre 2016).

Es imprescindible el dominio del idioma inglés, por lo que ya al inicio de la carrera debe exigirse al estudiante al menos un nivel intermedio avanzado.

En los últimos 25 años, previos a mi jubilación involuntaria, he venido realizando talleres como los descritos en el apartado 4º, de unas 15 horas de duración con los MIR de primer año recién llegado a nuestro hospital. Esta experiencia la he ido acrecentando y ampliando con clases semanales desde finales de septiembre a mayo, dirigidas a los estudiantes de 6º curso. Enseñanza muy dinámica y participativa en la que los alumno, en grupos no superiores a 15, reciben formación práctica e interactiva. Experiencia que estoy deseando mostrar y someter a valoración.

Agradezco al Director de la Revista Galicia Clínica la oportunidad que me ha brindado para exponer estas opiniones justo en el ocaso de mi vida profesional médica.

**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

José Carlos Ulloa Abad (Catá)

Homenaje transcurredo en el Hospital Clínico de Santiago

Veo a José Carlos Ulloa Abad, como un hombre entrañable sin dobleces, nada visceral, aparentemente sencillo, buen conversador y por lo tanto no fácil de conocer en profundidad. Un hombre familiar no solo en su casa, con sus hijos, su mujer (Aurea), sino además con sus amigos entre los que se encuentran los médicos los que también han sido sus clientes.

Mi primer contacto con José Carlos ocurrió unos meses antes de la inauguración de la entonces Residencia Juan Canalejo a principios del año 1972, en una reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva que había organizado el cirujano Dr Montoto, y que tuvo lugar en la Cámara de Comercio en La Coruña. Yo asistí porque tenía el deseo personal de escuchar y saludar al que fuera mi maestro el Profesor José Perianes, que pronunció una conferencia sobre hepatitis.

José Carlos estaba allí, yo no lo sabía, lo supe después, él fue quien llevó a buen término la organización de la reunión, él era el artesano. Menciono esta reunión porque desde entonces él ha estado detrás de muchos encuentros médicos. Él era y es el hombre, a veces oculto, el hombre imprescindible que acabó, a fuerza de estar ahí, por salir a la luz y pasar a primera fila.

Creo que por vocación siguió la actividad de representaciones comerciales heredada quizás de su padre, centrándose en productos sanitarios y farmacéuticos. A finales de los años 60 se hizo cargo de la gerencia de laboratorios Lácer para toda Galicia que después fue extensiva también a

Asturias y otras provincias del noroeste. Su despacho estuvo en un principio en su propio domicilio hasta que en el año 1974 se inauguró el local de laboratorios Lácer en la plaza de Orense de La Coruña. Allí siempre fuimos bien muy bien recibidos, una delegación donde se impartieron cursos, conferencias y sesiones clínicas. Creo que, para un médico, la sesión clínica es la forma más íntima de la formación continuada, porque durante la misma se ve reflejado el médico, ante el caso que se discute. Las sesiones eran al principio semanales, se fueron distanciando a medida que en el entonces hospital "Juan Canalejo" (actual CHUAC), se fueron formalizando las actividades docentes, aunque continuaron los cursos, conferencias y siguió siendo un lugar de encuentro y de trabajo.

Bajo mi punto de vista hay una serie de hitos en la vida de José Carlos, que quiero resaltar, aunque por descartado para él quizás otras vivencias han sido tanto o más importantes.

En primer lugar quiero hacer mención de su colaboración con la medicina y con la medicina interna en particular. Ella comenzó de forma regular en el año 1970, en la organización del IX congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna en Santiago, reunión presidida por el profesor Oya, y cuyo tema estrella fue la obesidad.

En relación con la Sociedad Gallega de Medicina Interna (SOGAMI) se hizo cargo de la secretaria a los dos años de su fundación, a raíz de su tercer congreso celebrado en Lugo en 1986, una reunión presidida por Albino Pérez Carnero. Un congreso memorable pues fue no solo exitoso bajo el punto



de vista científico sino que también en sentido económico, gracias a al buen hacer de Albino, y que tuvo como consecuencia que durante varios años “los papeles de Albino” así los llamaban en la secretaría, se utilizaron para la correspondencia de la SOGAMI durante varios años.

La capacidad gerencial de José Carlos le llevó a colaborar y organizar numerosos congresos nacionales y regionales, destacando congresos de traumatología, cardiología, neumología, hipertensión arterial, pediatría y SIDA entre otros. Ha formado un fructífero tandem con Berta Cuña jefa del servicio de farmacia del Hospital Juan Canalejo, organizando sucesivos cursos sobre antibioterapia, cuyo interés traspasó el área local. Su mérito además destaca por haber hecho todo este trabajo a mayores y en cierto modo al margen de la empresa donde siempre ha trabajado.

Ostentó la Secretaría Técnica y organizativa de las siguientes sociedades:

- Sociedad Gallega de Patología Digestiva (1972/1979)
- Sociedad Gallega de Pediatría (1971/1972)
- Sociedad Gallega de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SOGACOT (1981/2001)
- Asociación Galega de Medicina Familiar y Comunitaria, (1982/1986)
- Asociación Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (1983/1986)
- Asociación Cantabra de Medicina Familiar y Comunitaria (1984/1985)
- Sociedad Gallega de Medicina Interna, SOGAMI (1985/2017)
- Sociedad Gallega de Cardiología, SOGACAR (1983/2001)
- Sociedad Gallega Interdisciplinaria del Sida, SOGAISIDA (1998/2017)

Un segundo aspecto que quiero resaltar es su relación con el Dr Luis Gutiérrez Moyano y la revista Galicia Clínica.

La revista Galicia Clínica ha tenido tres períodos, el primero desde su implantación a finales de los años 20 por el padre de Dr Gutiérrez Moyano hasta el año 1985 cuando José Domingo Pedreira Andrade y Alfonso Castro Beiras la relanzaron. Una revista distribuida a todos los médicos de Galicia, a la que en las décadas de los 70 y 80 ya no se le prestaba suficiente atención pero que seguía teniendo para algunos la importancia de su trayectoria, de su historia; había sido un nexo de unión de la clase médica gallega desde las Jornadas Médicas Gallegas celebradas a finales de los años 20 y principios de los años 30. Una revista injustamente olvidada. Me acuerdo de haber leído algunos artículos durante mis estudios, uno especialmente me quedó grabado, la conferencia inaugural de la Facultad de Medicina del curso 1957-58

dictada por don Ulpiano Villanueva sobre los virus, en aquella época un tema de actualidad por el entonces reciente descubrimiento de la doble hélice por Watson y Crick (1952).

El tercer período y actual de la revista como órgano de la SOGAMI comenzó en el año 2008 decisión que se tomó en una reunión con ocasión del congreso Nacional de Medicina Interna y XXV aniversario de la SOGAMI.

José Carlos ha sido el factotum de la revista no solo él sino toda la plantilla de Lácer, incluso su propia esposa Ita (Aurita) que le ayudaba a enviar los correos a los socios de la SOGAMI.

La historia de Galicia Clínica me recuerda también la de la Revista Clínica Española de andadura parecida pero a nivel español, ya que su prestigio fue languideciendo hasta acabar siendo recogida por la Sociedad Española de Medicina Interna como órgano oficial. Los internistas siempre hemos estado al rescate de valores históricos de la medicina.

Pero el aspecto más importante que quiero destacar de José Carlos es su propia personalidad.

Es difícil para un comercial ser prudente; ante el dinero y el negocio la prudencia estorba, pero hay algo que la robustece, la profesionalidad. La profesionalidad no es una virtud en sí misma sino un complejo de virtudes, sobre todo dos: la responsabilidad en el trabajo, en la empresa, y la vocación, es decir el amor a la profesión. Responsabilidad de estar realmente convencido de que uno está haciendo algo útil y serio en la sociedad. Amor a la profesión, saber ser fiel al producto, a la empresa y a la clientela. Vender un producto con convencimiento de que es realmente algo importante. Creo que por todo esto José Carlos habría sido también un buen médico.

José Carlos Ulloa es parte de la historia de la medicina de la Coruña desde mediado el siglo XX hasta el momento actual, un período que ha sido llamado por los filósofos la época post moderna, manteniendo siempre una honestidad vital envidiable en una época de relativismo ético. Estos años han sido tiempos de grandes avances farmacológicos. Creo que José Carlos ha tenido cierta envidia de lo que ha sido llamado el Farmacólogo clínico

Su colaboración con los médicos siempre lo hizo al margen de la promoción de sus productos, lo hacía por voluntad de servicio sin dejar de ser fiel a su empresa a la que por otra parte su propia actitud desinteresada ha revertido en su éxito como delegado comercial.

Es socio de honor de la SOGAMI desde el año 2006. Nombramiento que tuvo lugar en un acto entrañable en el Círculo de Artesanos en Lugo con ocasión del XXIII congreso de nuestra sociedad. Este acto de hoy en el Hospital Clínico de Santiago no hace sino reafirmar este nombramiento.

Fernando Diz-Lois Martínez
Santiago de Compostela, uno de Abril de 2017

Tuberculosis in a Portuguese Cohort

António Guerra Maio, Daniel Coutinho, Sofia Nunes, Jorge Velez, Filomena Freitas, Célia Oliveira

Infectious Diseases Department, Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Aveiro, Portugal

Abstract

Background: Tuberculosis (TB) is a multisystemic disease and a leading cause of infectious disease-related mortality worldwide.

Objectives: This study aims to characterize patients with TB in a Portuguese cohort.

Methods: Retrospective analysis of files pertaining inpatients with TB admitted between 1/2005 - 12/2014. Data were analysed using χ^2 or Fisher exact test ($p < 0.005$ = statistically significant) and odds ratio was calculated.

Results: 222 cases were found: 128 patients had pulmonary involvement (PTB) and 100 extrapulmonary disease (ETB) (6 had overlapping disease), with men being mostly affected. The most common locations of ETB were lymphatic (27.0%), meningeal and osteoarticular (both 19.0%).

The majority exhibited risk factors (64.0%, $p < 0.005$). PTB was associated with smoking ($p = 0.000$, OR=5.05) and contact with TB-infected person ($p = 0.002$, OR=7.53). Human immunodeficiency virus (HIV) infection ($p = 0.000$, OR=5.16) and age > 65 ($p = 0.005$, OR=3.34) were associated with ETB. 48 patients were HIV-infected, with median CD4 count of 74.5 cells/ μ L (13-136), most cases occurring in the setting of new HIV diagnosis. HIV infection was statistically associated with disseminated (OR=12.64), pleural (OR=8.50), meningeal (OR=2.96) and lymphatic TB (OR=2.38). HIV negativity was associated with pulmonary (OR=4.08) and osteoarticular disease (OR=5.42).

PTB was confirmed mainly by culture or PCR test plus smear (81.3%). ETB diagnosis was more complex.

Clinical outcome was favourable (PTB 98.4%; ETB 94.0%). Eight patients died.

Conclusions: TB remains an important healthcare issue in Portugal. Contact with TB-infected person and smoking (PTB) and HIV infection and age > 65 (ETB), were significant risk factors. HIV infection was associated with disseminated, pleural, meningeal and lymphatic disease.

Keywords: Tuberculosis, Extrapulmonary, Pulmonary, HIV, Risk factors.

Introduction

Tuberculosis (TB) is one of the most common infections in the world, being an important cause of morbidity and mortality associated with infectious diseases.¹

According to World Health Organization (WHO), in 2014, 9.6 million people fell ill with TB and, among these, 1.2 million were also infected with human immunodeficiency virus (HIV). It is known that TB ranks, along with HIV, as one of the leading causes of death worldwide: 1.5 million died from TB in 2014, 0.4 million being co-infected with HIV. Adult women, aged between 20-59 years, seem to be particularly at risk, being TB one of the top five killers in this group. TB death rate decreased 47.0% since 1990 but, even so, the disease is becoming more common in many parts of the world and drug-resistance is increasing. Co-infection with HIV seems to be an important factor in the emergence and spread of such cases.²

The incidence and prevalence of TB is decreasing in Portugal. The incidence rate decreased from 39.3 to 20.0/100,000 per year between 2005 and 2014. The prevalence rate decreased from 37.2 to 29.0/100,000 population per year on the same time period.³⁻⁵ There is an asymmetry in the incidence of tuberculosis in Portugal. Coastal districts have a greater number of cases than those inland. Oporto, Lisbon, Setúbal and the Algarve are the regions with higher incidence (between 20.0 and 50.0/100,000). The region of Aveiro, although located in a coastal area, had an incidence of 15.6/100,000 in 2014.⁶⁻⁷

TB is caused by a bacillus from the *Mycobacterium tuberculosis* complex that includes *M. tuberculosis* (accounting for

97-99% of cases), *M. africanum*, *M. microti*, and *M. bovis*. After infection, four possible outcomes can occur: immediate clearance of the microorganism, primary disease, latent infection and later reactivation of the disease. In most cases, after contact with *M. tuberculosis*, 90% of those with intact immune systems will control replication of the bacilli, entering a latent phase. Approximately 5 to 10% of patients without underlying medical problems will have reactivation of the disease during their lifetime.^{1, 8-9} This risk is largely increased if there is co-infection with HIV.¹⁰

The disease is a chronic necrotizing mycobacterial infection characterized by the development of granulomatous lesions. It can affect almost every organ in the body with the lungs being most commonly involved. Other organs and/or locations, like the lymph nodes, pleura, abdomen, joints/bone or the meninges, can be affected.^{1,8,11-12} The proportion of patients with extrapulmonary (ETB) or pulmonary TB (PTB) varies along different world regions.¹³⁻¹⁸ ETB is more frequent in people with a compromised immune system, as is the case in HIV-infected patients.^{11,12}

Some patients have characteristics that put them at risk of acquiring TB.^{1,8} Some factors recognized as risk factors for TB are smoking¹⁹⁻²⁰, presence of any immunosuppression status (use of immunosuppressive drugs, cancer or HIV infection)^{10,21-27}, younger or older age^{28,29}, migrant status³⁰⁻³², inmate status^{31,33}, homelessness or institutionalization^{31,34,35}, close contact with TB-infected patients^{36,37}, drug use³⁸, alcoholism³⁹, malnutrition⁴⁰, diabetes⁴¹⁻⁴² and other chronic comorbidities⁴³⁻⁴⁵. Obesity⁴⁶ and female gender⁴⁷ seem to reduce the risk of acquiring TB.

Early diagnosis is essential to minimize morbidity and mortality from this disease. This can be difficult due to non-specific and/or insidious complaints, being essential a high level of suspicion. The use of acid-fast bacilli smears aids towards an early presumptive diagnosis, but the disease is only confirmed with a positive culture for *M. tuberculosis*, which can take weeks to obtain. Other techniques are used to provide early diagnosis, like nucleic acid amplification. Most often, diagnosis is obtained from a combination of different diagnostic methods.^{1,8,11,48}

Treatment of TB should be initiated early to achieve best outcomes, avoiding further transmission and complications from more advanced disease. There are various treatment regimens, but the most often used are based on isoniazid, rifampicin, pyrazinamide and ethambutol - the use of at least four drugs has the objective to avoid drug resistance. These drugs are used for at least two months (initial phase) and, after negative cultures are obtained, pyrazinamide and ethambutol can be suspended and the other drugs maintained for a period that varies (maintenance phase) according to the form of disease being treated.⁴⁹⁻⁵⁰

This study tries to characterize patients with TB in a portuguese cohort, comparing patients with PTB and ETB, focusing in aspects like the incidence of tuberculosis, risk factors, clinical manifestations, diagnosis, treatment and also particular aspects of patients with concomitant HIV infection. Objectively, we aimed at figuring out clinical characteristics that can help to better recognize and manage this disease.

Material/Methods

This study consisted on a retrospective record file analysis of patients, aged over 15 years old, who were hospitalized in the Infectious Diseases Ward in Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Aveiro, Portugal, between 1/1/2004 and 31/12/2014, with diagnosis of TB. This hospital covers an area with a population around 360,000 people.⁵ Some patients that do not warrant hospitalization are treated at Directly Observed Treatment (DOT) centres. Those that do require hospital admission are usually admitted to our ward.

The diagnosis of PTB and ETB was made in harmony with WHO criteria.⁴⁸ PTB was considered if the infection affected the lung parenchyma and ETB if there was involvement of any other organ. If a patient presented with radiographic findings characteristic of disseminated disease, he was deemed as having ETB. Isolated pleural involvement was also included in the ETB group. Patients with lung infection and other organ involvement were accounted for in both groups. Investigation of simultaneous presence of PTB in ETB patients was made by routine in all but not extensively. Diagnosis of TB was defined as "confirmed" if there was identification of *M. tuberculosis* through Ziehl-Neelsen acid-fast stain plus a positive PCR or by culture in Lowenstein-Jensen media. It was deemed "probable" if there was a positive PCR, a positive acid-fast stain or a compatible histology. Lastly, the diagnosis was considered "possible" when the patient

received empirical TB treatment and had favourable clinical, analytical and imaging response. Some analytical exams like adenosine deaminase (ADA) levels were accounted for in those situations where diagnosis was more complex.

Patients were treated with antituberculosis drugs as usually recommend in guidelines. In some cases (like meningeal, pericardic or pleural forms of TB) corticosteroids were used as adjunctive therapy.⁴⁸⁻⁵⁰

HIV infection was determined by serum enzyme-like immunosorbent assay (ELISA) with INNO-LIA confirmation. A quantifiable HIV viral load also confirmed the diagnosis.

Patients were excluded if they were transferred to other hospitals during hospitalization or if data were not available in the record files.

Data were evaluated using *IBM SPSS statistics software version 23*. Differences in categorical variables were evaluated using Pearson χ^2 test or Fisher's exact test. The strengths of associations were presented by odds ratio (OR) with 95.0% confidence intervals. For all tests a *p-value* < 0.05 was considered statistically significant.

Results

A total of 225 patients were diagnosed with TB during the study period. Three patients were excluded due to being transferred to other hospitals and/or not having clinical information, thus a total of 222 patients was analysed. Of these, 128 patients (57.7%) had pulmonary involvement and 100 (45.0%) had an extrapulmonary form of TB (six patients had simultaneous pulmonary and extrapulmonary involvement). Baseline characteristics are described in table 1.

Extrapulmonary forms of tuberculosis are described in table 2. Twelve patients had infection in more than one location. The most common locations were lymphatic (27.0%), meningeal (19.0%), osteoarticular (19.0%) and disseminated (15.0%).

The majority had at least one risk factor for infection with *M. tuberculosis* (n=142, 64.0%). The main risk factors in the study population are described in table 3.

The most frequent risk factors for patients with PTB were being a smoker (n=37), alcoholism (n=21), contact with a TB-infected person (n=18), poor socioeconomic condition (n= 16) and HIV infection (n=15). In the ETB group the most common were HIV infection (n= 36), age over 65 years (n=19) and alcoholism / poor socioeconomic condition (both, n=11).

There was an increased risk of acquisition of PTB if there was contact with TB-infected persons (OR 7.53), smoking (OR 5.05), use of immunosuppressive therapy or institutionalization (OR 4.57). Being infected with HIV (OR 5.16) and being older than 65 years (OR 3.34) increased the risk for acquisition of ETB.

Time from onset of symptoms to diagnosis was obtained in 60.8% of cases (n=135; 75 in PTB and 60 in ETB). Patients with PTB had duration of symptoms shorter than 90 days

Table 1. Baseline characteristics of the study population

	Pulmonary Tuberculosis				Extrapulmonary Tuberculosis					
	Total	Men	Women	<i>p-value</i>	Total	Men	Women	<i>p-value</i>		
Number of cases	128 (57.7%)	98 (76.6%)	30 (23.4%)	0.001	100 (45.0%)	56 (56.0%)	44 (44.0%)	0.001		
Median age (years)	40 IQR [29.5-50.5]	42 IQR [32.0-50.8]	35,5 IQR [26.3- 45.8]	0.000	44,5 IQR [35.0-57.0]	48 IQR [35.8-56.6]	49 IQR [30.0-64.5]	0.058		
Country of origin	<ul style="list-style-type: none"> · Portugal (n=121) · Angola (n=2) · Guinea Bissau (n=2) · Brazil (n=1) · Romania (n=1) · East Timor (n=1) 				<ul style="list-style-type: none"> · Portugal (n=94) · São Tomé and Príncipe (n=4) · Angola (n=2) · Guinea Bissau (n=2) · Brazil (n=1) · Romania (n=1) · East Timor (n=1) 					
Length of stay (days)	17 (IQR 11.0-24.0)				0.064	18 (IQR 8,8-27,8)				0.076
Year of hospitalization (n)	2005-2009 70 (54.7%)	2010-2014 58 (45.3%)		0.004	2005-2009 60 (60.0 %)	2010-2014 40 (40.0 %)		0.003		

Table 2. Extrapulmonary TB locations

	Extrapulmonary Tuberculosis			
	Total (n)	Men (n)	Women (n)	Median Age (years)
Lymphatic	27	16	11	33 IQR [29.5 – 54.0]
Meningeal	19	11	8	43 IQR [31.5 – 69.0]
Osteoarticular	19 Dorsal: n=7 Lumbar: n=12 Hip: n=1	9	10	54 IQR [51.5 – 66.0]
Disseminated	15	10	5	46 IQR [41.0 – 67.5]
Gastrointestinal	13 Hepatic: n=1 Intestinal: n=6 Peritoneal: n=7	6	7	30 IQR [24.0 – 45.0]
Pleural	12	10	2	32 IQR [30.3 – 43.5]
Genitourinary	3	1	2	24 IQR [24.0 – 40.0]
Pericardic	3	2	1	54 IQR [54.0 – 65.0]
Cutaneous	1	0	1	63

[median 60 days – IQR (Interquartile Range) [22.5-97.5]; (0-30; n=35), (30-90; n=24), (\geq 90; n=16); $p=0.017$]. On the other hand, symptoms in ETB group varied between short and longer durations [median 30 days - IQR [1.0-94.0]; (0-30; n=35), (30-90; n=8), (\geq 90; n=21); $p=0.029$].

In table 4 are described the main symptoms/signs in the two groups. Most frequent in the PTB group were cough (mainly productive), fever, weight loss, asthenia, anorexia and night sweats. On the other group fever, asthenia, anorexia and night sweats were also frequent. Some symptoms were, expectedly, more frequent in some forms of ETB like

lymphadenopathies in lymphatic forms (27 of 30), altered mental status in meningeal forms (9 of 15) and back pain in osteoarticular forms (16 of 17).

The diagnosis of PTB was confirmed in the majority of cases (n=104, 81.3%). In 14 cases (10.9%) it was defined as probable and in 10 cases (7.8%) as possible. On the other hand, ETB was confirmed only in 14% of situations (n=14), being defined as probable in 41% (n=41) and as possible in 45% (n=45). ETB patients with possible diagnosis were divided as follows: meningeal and osteoarticular (both, n=17), pleural (n=5), pericardic and gastrointestinal (both, n=3).

In table 5 are described the main methods used for the diagnosis of tuberculosis in both groups.

A conventional chest x-ray was performed in every patient. Abnormalities were present in 119 exams in PTB group (93.0%; p -value: 0.000) and in 54 in the ETB group (54.0%; p -value: 0.000). On the first group the main abnormalities were the presence of apical infiltrate (n=99, 83.2%; p -value: 0.000), cavitation (n=79, 66.4%; p -value: 0.000), non-apical infiltrate (n=19, 16.0%; p -value: 0.000) and pleural effusion (n=5, 5.0%; p -value: 0.000). In the ETB group the abnormalities found were micronodular pattern (n=15, 27.8%; p -value: 0.000), pleural effusion (n=13, 24.1%; p -value: 0.000), apical and non-apical infiltrates (each with n=6, 11.1%; p -value: 0.000), cavitation (n=3; 5.6%; p -value: 0.000) and single nodule (n=2; 3.7%; p -value: 0.000). Other tests were ordered mainly when there was suspicion of ETB forms, and comprised ultrasound, tomography and/or magnetic resonance imaging.

ADA was measured in patients where the diagnosis was more difficult and were classified as possible diagnosis of TB. Median ADA levels were 25,2 IU/L [18,4-42,5] in meningeal, 32,5 IU/L [22,5-42,7] in osteoarticular, 102,1 IU/L

Table 3. Risk factors present at diagnosis. NA: non-applicable. OR: Odds ratio. TB: Tuberculosis

	Pulmonary Tuberculosis (n=128)			Extrapulmonary Tuberculosis (n=100)		
	Total	<i>p-value</i>	OR	Total	<i>p-value</i>	OR
Presence of risk factors at diagnosis	93 (72.7%)	NA	NA	55 (55.0%)	NA	NA
Alcoholism	21 (22.6%)	0.141	1.85	11 (20.0%)	0.321	0.67
Contact with TB-infected person	18 (19.4%)	0.002	7.53	3 (5.5%)	0.005	0.19
Diabetes	6 (6.5%)	0.575	1.11	5 (9.1%)	0.757	1.23
Drug use	10 (10.8%)	0.467	0.71	10 (18.2%)	0.641	1.24
HIV infection	15 (16.1%)	0.000	0.25	36 (65.5%)	0.000	5.16
Migrant status	8 (8.6%)	0.770	1.19	6 (10.9%)	0.934	1.05
Immunosuppressive therapy	6 (6.5%)	0.243	4.57	1 (18.2%)	0.132	0.20
Institutionalization	6 (6.5%)	0.243	4.57	2 (3.6%)	0.462	0.48
Neoplasia	6 (6.5%)	0.040	1.77	0 (0.0%)	NA	NA
Age over 65 years	8 (8.6%)	0.002	0.26	19 (34.6%)	0.005	3.34
Previous TB infection	11 (11.8%)	0.983	1.01	8 (14.6%)	0.788	0.88
Poor socioeconomic condition	16 (17.2%)	0.344	1.54	11 (20.0%)	0.934	1.04
Renal impairment	2 (2.2%)	0.510	NA	0 (0.0%)	NA	NA
Smoking	37 (39.8%)	0.000	5.05	7 (12.7%)	0.000	0.17

Note: *p*-value was calculated with Pearson χ^2 test or Fisher's exact test. OR measured the odds of the presence of a risk factor in patients with pulmonary tuberculosis or extrapulmonary tuberculosis compared with the odds of not having that risk factor in the same group.

Table 4. Main signs and symptoms in patients with PTB and ETB

	Pulmonary Tuberculosis (n=128)		Extrapulmonary Tuberculosis (n=100)	
	Total	<i>p-value</i>	Total	<i>p-value</i>
Cough	97 (75.8%) Productive cough – n=72	0.000 0.000	17 (17.0%) Productive cough – n=10	0.000 0.000
Fever	89 (69.5%)	0.372	64 (64.0%)	0.371
Weight loss	85 (53.1%)	0.002	25 (25.0%)	0.000
Asthenia	68 (53.1%)	0.002	35 (35.0%)	0.013
Anorexia	65 (50.8%)	0.000	27 (27.0%)	0.000
Night sweats	61 (47.7%)	0.001	27 (27.0%)	0.001
Chest pain	32 (25.0%)	0.041	15 (15.0%)	0.077
Dyspnoea	26 (20.3%)	0.004	6 (6.0%)	0.001
Haemoptysis	10 (7.8%)	0.064	2 (2.0%)	0.042
Abdominal pain	5 (3.9%)	0.149	11 (11.0%)	0.003
Nausea/vomiting	5 (3.9%)	0.048	11 (11.0%)	0.023
Adenopathies	4 (3.1%)	0.000	30 (30.0%)	0.000
Altered mental status	3 (2.3%)	0.001	15 (15.0%)	0.000
Diarrhoea	3 (2.3%)	0.288	6 (6.0%)	0.144
Back pain	2 (1.6%)	0.000	17 (17.0%)	0.000
Headache	2 (1.6%)	0.001	11 (11.0%)	0.003
Hemiparesis	2 (1.6%)	0.653	4 (4.0%)	0.177
Hoarseness	2 (1.6%)	0.510	0	NA
Seizures	1 (0.8%)	0.085	6 (6.0%)	0.008
Urinary symptoms	1 (0.8%)	0.826	1 (1.0%)	0.887

Note: *p*-value was calculated with Pearson χ^2 test or Fisher's exact test.

Table 5. Main methods used for diagnosis of TB in both groups

	Pulmonary Tuberculosis (n=128)	Extrapulmonary Tuberculosis (n=100)
Acid-fast smear	106 positive tests (82.8%)	19 positive tests (19.0%)
	Sputum – n=92 (86.8%) Gastric lavage – n=14 (13.2%) Bronchoalveolar fluid – n=4 (3.8%)	Gastric lavage – n=5 (26.3%) Biopsy – n=4 (21.1%) Sputum – n=4 (21.1%) Ganglion aspirate – n=2 (10.5%) Pleural effusion – n=2 (10.5%) Bronchoalveolar fluid – n=1 (5.3%) Cerebrospinal fluid – n=1 (5.3%)
PCR	81 positive tests	12 positive tests
	Sputum – n=68 (84.0%) Gastric lavage – n=14 (17.3%)	Sputum – n=5 (41.7%) Gastric lavage – n=3 (25.0%) Pleural effusion – n=3 (25.0%) Ganglion aspirate – n=2 (16.7%)
Culture	102 positive tests	13 positive tests
	Sputum – n=88 (86.3%) Gastric lavage – n=18 (14.1%) Bronchoalveolar fluid – n=2 (2.0%)	Gastric lavage – n=7 (53.9%) Sputum – n=4 (30.8%) Biopsy – n=1 (7.7%) Bronchoalveolar fluid – n=1 (7.7%)
Histology		29 positive tests
		Ganglion – n=27 (93.1%) Peritoneal – n=4 (13.8%) Gastrointestinal – n=3 (10.3%) Cerebral – n=1 (3.5%)

Table 6. Initial therapeutic regimens

	Pulmonary Tuberculosis (n=128)	Extrapulmonary Tuberculosis (n=100)
Number of drugs	4 drugs – n=120 patients (93.8%) 5 drugs – n=7 patients (5.5%) 6 drugs – n=1 patient (0.8%)	4 drugs – n=92 patients (92.0%) 5 drugs – n=6 patients (6.0%) 6 drugs – n=2 patient (2.0%)
Drugs	Isoniazid (H) – n=126 Pyrazinamide (Z) – n=125 Rifampicin (R) – n=123 Ethambutol (E) – n=116 Streptomycin (S) – n=20 Rifabutin (Rif) – n=4 Fluoroquinolones (Q) – n=4 Oral 2 nd line drugs – n=2	Isoniazid – n=100 Pyrazinamide – n= 98 Ethambutol – n=95 Rifampicin – n=86 Rifabutin – n=14 Streptomycin – n=11 Fluoroquinolones – n=6
Main therapeutic regimens	HRZE – n= 102 HRZS – n= 11 HRZES – n= 6 HRifZE – n=4 (other regimens – n=1: HRES, HRESQ, HRZESQ, HRZS, RZEQ)	HRZE – n= 74 HRifZE – n= 13 HRZES – n= 4 HRZS – n= 3 (other regimens – n=1: HRESQ, HRifESQ, HRSQ, HRZQ)

[88,3-135,6] in pleural, 66,9 IU/L [56,9-71,1] in pericardic and 62,4 IU/L [44,5-83,2] in gastrointestinal forms of TB. In PTB the median ADA level was 36,4 IU/L [28-58].

In patients with osteoarticular and meningeal tuberculosis, where the diagnosis was only deemed as possible, other diagnostic hypothesis like brucellosis, or different bacterial infections, were excluded. In osteoarticular forms biopsy was performed whenever possible. Most of biopsies yielded inconclusive results.

All patients were started on antituberculous therapy, mainly with the usual four drug scheme (isoniazid, rifampicin, pyrazinamide and ethambutol). Initial therapeutic regimens are described in table 6.

Some cases of drug-resistance were found (n=10 – 9 in PTB group and 1 in the ETB group). None of the cases corresponded to multi-drug or extensive drug-resistance. Monoresistance was present in 3 cases (2 in PTB group – streptomycin, isoniazid; 1 in the ETB group – ethambutol) and polyresistance in 6 cases [all in the PTB group – streptomycin (n=6),

isoniazid (n=4), ethambutol (n=1), pyrazinamide (n=1)]. Four patients had resistance to isoniazid and streptomycin, one to streptomycin and pyrazinamide and another to streptomycin and ethambutol.

Adverse drug effects were observed in 32 patients (15, PTB and 17, ETB). In 84.4% they manifested within the first two weeks of treatment and the remainder within a month. Major adverse effects were hepatotoxicity (n=16; 50.0%), rash (n=9; 28.1%) and pancreatitis (n=3; 9.4%). Angioedema, secondary lupus, nausea, nephrotoxicity, optic neuritis, vestibular toxicity and urticaria were also diagnosed (n=1; 3.1%).

Clinical outcome was favourable in most cases (PTB - n=126, 98.4% vs. ETB - n=94, 94.0%). Eight patients died within the study period (PTB n=2 vs. ETB n=6).

A subanalysis of HIV-infected patients was performed. From 222 patients diagnosed with TB, 48 patients (21.6%) had concurrent HIV infection (PTB n=15 vs. ETB n=36, *p-value* 0.052). Three patients had simultaneous pulmonary and extrapulmonary involvement. In both groups men were most commonly afflicted (PTB n=12, 80.0%; ETB n= 29, 80.6%), with a median age of 39.5 years [PTB 34 years [31.5-43.0]; ETB 43 years [32.0-50.0]]. The length of stay was similar in both groups (PTB 17 days VS ETB 18 days). No statistical difference was found between PTB and ETB groups in HIV-infected patients.

CD4 count and viral load was obtained in 40 patients, revealing a median CD4 count of 74.5 cells/ μ L [13-136] and a median viral load of 211,006 copies/mL (1,430 – 4,430,000). In HIV patients, TB diagnosis mostly occurred in the context of newly diagnosed HIV infection (n=34, 70.8%). The remainder occurred in patients with poor adherence to HIV treatment regimens.

Disease location in HIV-infected patients was as follows: pulmonary (n=15), disseminated (n=11), lymphatic (n=10), meningeal and pleural (both, n=8) gastrointestinal (n=3) and osteoarticular (n=1). HIV infection was associated with presence of disseminated (*p-value* 0.000, *OR* 12.64), pleural (*p-value* 0.000, *OR* 8.50), meningeal (*p-value* 0.000, *OR* 2.96) and lymphatic forms of TB (*p-value* 0.000, *OR* 2.38). HIV absence was associated with pulmonary (*p-value* 0.000, *OR* 4.08) and osteoarticular forms (*p-value* 0.000, *OR* 5.42).

TB cases in HIV patients were confirmed in 17 cases, deemed probable in 16 cases and considered as possible in 15 cases.

Six patients died in the HIV group (12.5%) (PTB $n=1$, ETB $n=4$ and PTB+ETB $n=1$). There was no particular prevalence of any TB form observed.

Discussion

Despite the decline in TB incidence in the past years in Portugal, the disease remains a major public health problem.²⁻⁷ At our ward the number of cases also decreased between 2005-2014, both in pulmonary and extrapulmonary forms, reflecting the national tendency. PTB was the most frequent form of TB – as expected, taking into account national data available.³⁻⁷

HIV coinfection was also common in our ward reflecting national numbers.³ Tuberculosis is one of the most common opportunistic infections in this population and immunosuppression is a well-known risk factor for reactivation of TB^{1,3,10,57}. In a country where these two diseases are still an important issue, it is expected to find them simultaneously. Furthermore, at our hospital, HIV patients are mainly admitted to our, so one could expect this incidence.

An aspect worth highlighting was the higher frequency of TB in males, especially among those with PTB. Large prevalence studies also revealed that there is a sex bias. Men have more cases of PTB than women and that is true in all ages and most regions of the world.⁴⁷ Biological factors can account for differences in resistance to infection between genders: it has been suggested a role of sex steroids and some genetic variants (like TLR8 polymorphisms) in host protection and susceptibility to TB, but more studies are needed.^{47,51} This gender bias is not restricted to TB, being reported in other bacterial infections in the literature.⁴⁷ Nevertheless, there appears to be a tendency for more severe cases in women between 20-59 years of age, being TB one of the top five killers in this group worldwide.²

A relevant number of patients had ETB. This could be explained if we take into account the fact that some were co-infected with HIV or had other immunosuppressive conditions that could potentiate reactivation of latent forms of TB. The median age of patients with ETB was slightly higher than those with PTB. Despite the age difference expected when taking into account the later development of ETB in the general population, the age gap was lower than anticipated. This might be explained since in Portugal many people contact with TB throughout life, often at younger ages, which can lead to a relatively earlier reactivation of latent forms due to factors such as HIV infection and other immunosuppressive states.

Lymphatic TB was the most frequent form of ETB, followed by meningeal, osteoarticular and disseminated disease. Existing studies on the prevalence of ETB are quite contrasting and usually reflect local and regional differences, being difficult to reach any conclusions.^{13-18, 65-68} Even so, in some

studies, lymphatic TB stands out as the most common form of ETB.⁵²⁻⁵⁴ Some forms of TB were less frequent in our study than expected. That could be explained by the fact that some patients were probably hospitalized at other hospital wards before the diagnosis was reached (for example, pleural TB in Pneumology and pericardial TB in Cardiology).

The most frequent risk factors, for both groups, identified in this study are similar to the ones described in the literature.^{10,19-29,31,35}

In patients with PTB, being a smoker was associated with an increased risk to acquire TB. In many studies active and passive smoking was found to be associated with TB infection/disease, severity of disease, necessity of retreatment and mortality. These aspects seem to be independent of potential confounders like socioeconomic status and can be affected by the total dose of smoking. Some studies point to a possible influence of smoking in the higher incidence of TB observed in men.^{19,20}

Like expected, contact with someone with active TB increases the risk to acquire PTB. This is a reminder of the importance of contact tracing and screening to identify all potentially related cases. Furthermore, if active disease is excluded, it remains paramount to consider latent TB and treat it, when appropriate, to reduce the risk of later reactivation.^{8,36,37,55}

Persons that live in facilities or institutions like homeless shelters, correctional facilities and nursing homes, are at risk for PTB, as found in our study. Accordingly, they should be adequately monitored to achieve earlier diagnoses of TB.^{31,34,35,48}

Immunosuppression is another risk factor to take in account. Infection by HIV, use of immunosuppressive therapy and presence of cancer, all are related with an increased development of TB.^{10,21-27} HIV greatly increases the risk of tuberculosis in both groups, which is confirmed in our data. In literature a direct relation to the degree of immunosuppression is described. HIV infection leads to more frequent extrapulmonary involvement, atypical manifestations and paucibacillary disease, which can delay diagnosis.^{8,27,56-58}

The use of immunosuppressive therapy is increasing recently with the advent of monoclonal antibodies used to treat a growing number of diseases. Drugs like rituximab potentiate the reactivation of latent tuberculosis and the development of PTB.^{22,26} In the same way, chronic corticosteroid use can increase the risk of TB.^{23,24} In this study the number of patients under immunosuppressive therapy was small but sufficient to show an increased risk of PTB.

Lastly, people over 65 years old had an increased risk to develop ETB. This particular group is especially vulnerable to TB infection and reactivation of latent TB. Comorbidities, malnutrition and biological changes associated with ageing are some of the factors associated with this augmented risk.^{28,29} Furthermore, institutionalized elderly people are more prone to have contact with TB.^{34,35}

Other risk factors are described in scientific literature, but these revealed no statistically significant differences of increased risk in our study. This may be due to the limited number of patients analysed.

Most of the clinical manifestations identified in this study are similar to the ones found in the literature. Classical constitutional symptoms/signs like weight loss, asthenia and anorexia or the presence of cough and fever, are well established as very frequent in PTB patients. In ETB patients the symptoms are mostly mild, thus difficult to identify and easily confused with other diseases. Fever, a non-specific sign, seems to be the most common clinical feature. Despite that, the presence of focal symptoms can help guide the clinical investigation, like adenopathies in lymphatic forms and back pain in vertebral disease.⁸

Early diagnosis is important to achieve an effective treatment and reduce transmission of infection.⁴⁸ TB can present with a variety of chest radiographic findings, including upper lung infiltrates, often with cavitations, middle or lower consolidations mimicking bacterial pneumonia, miliary patterns, nodule(s), pleural effusion and intrathoracic adenopathies. The chest radiography is a very useful tool for PTB diagnosis. Apical infiltrates and cavitations were the most frequent patterns found, in agreement with other studies. In ETB the chest radiography is less useful because many manifestations often occur at other locations. That aside, in some cases it can help in identifying patients with disseminated (micronodular pattern) and pleural forms (pleural effusion pattern). HIV patients presented mainly a normal chest radiography, apical infiltrates/consolidations or pleural effusion. Other imaging methods were used for diagnosis according to clinical suspicion, most of the times in ETB.^{8,59,60}

Diagnosis of pulmonary TB is usually easier than in extrapulmonary forms of TB. A simple chest x-ray, a thorough clinical history with a good physical examination, a simple sputum culture, nucleic acid amplification techniques or smear microscopy can help achieve the correct diagnosis. The multiple possible locations of disease, mild or inexistent symptoms and paucibacillary samples, can complicate the diagnosis of ETB.^{8,48} That is mirrored in the results obtained, where most of the times the ETB diagnosis was based only in clinical data and response to empiric treatment. Analytical data like ADA levels can help in supporting a diagnosis particularly in meningeal, pericardic, peritoneal and pleural forms of TB.⁶¹⁻⁶⁶

Regarding treatment, the low rates of drug-resistance found should be noted, which is in accordance with national statistics.^{3,6,7} Furthermore, the absence of patients with MDR is important in highlighting the efficacy of the National Tuberculosis Program. Adverse effects of therapy were not common and in most cases occurred in the first weeks of treatment. Hepatotoxicity was the most frequent adverse effect, as expected.^{8,48,50}

Although some patients had severity criteria or relevant comorbidities at diagnosis, the rate of mortality was low. This probably reflects the good health care assistance and also proper and timely initiation of treatment. The mortality seems to be higher in patients with ETB, which could be explained by the difficulty in establishing a diagnosis these patients, and with the presence of more extensive and severe disease in these cases than in PTB. HIV infection appears to have a central role in mortality, being present in almost all of the deceased. This seems to be in accordance with data found in the literature.^{8,11,52-54,56}

One of the limitations of this study was the fact that the data was obtained retrospectively. It was extracted from medical records of patients that were hospitalized in the Infectious Diseases ward and that could be a selection bias. Reported odds ratios could be biased due to unmeasured or unknown confounders. Because of that, the data cannot be generalized to all patients with TB in Portugal – even so, it can point to some aspects that could be relevant in these patients. Pertaining this, however, our results are similar to other studies in the area. The small number of patients was another limitation. A larger sample could help reach other conclusions and find other relevant aspects about TB. Lack of data related to CD4 counts prevented a more careful assessment of the relevance of immunosuppression role in TB – six patients died and two were transferred to other institutions before collecting the necessary blood samples.

In conclusion, TB remains an important healthcare issue, although incidence is decreasing in Portugal. The diagnosis of TB can be difficult requiring a high degree of suspicion. Early diagnosis is essential to minimize morbidity and mortality from the disease. The conjugation of epidemiology, clinical aspects, imagiology and laboratory data allows early identification of these patients and appropriate and timely treatment. The presence of risk factors like HIV infection, contact with a TB-infected person, smoking or age over 65 are relevant and should be used to early identify people at risk of acquiring TB. HIV infection, in particular, leads to more frequent extrapulmonary involvement, atypical manifestations and paucibacillary disease, which can delay diagnosis.

Acknowledgements: This work was presented as a poster at the ECCMID (Amsterdam, April 2016).

Transparency Declaration: The authors declare no conflicts of interest.

References

1. Dheda K, Barry CE 3rd, Maartens G. Tuberculosis. *Lancet* 2015.
2. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2015. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/. [Accessed: 12/12/2015].
3. DGS. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Portugal: Infecção por VIH, SIDA e Tuberculose em números - 2015. Direção-Geral de Saúde - Ministério da Saúde de Portugal. Novembro 2015, Lisboa.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe. 2009-2015. Available from: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Tuberculosis/epidemiological_data/Pages/tuberculosis_surveillance_Europe.aspx. [Accessed: 12/12/2015].
5. Pordata - Base de dados Portugal Contemporâneo. Tuberculose. 2015. Available from: <http://www.pordata.pt/Pesquisa/tuberculose>. [Accessed: 12/12/2015].
6. Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. Relatório de Atividades. 2014. Available from: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/monitor>

- iza%20C3%A7%20C3%A3o%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades%202014_%20ARS%20Centro%20(enviado%20para%20DGS).pdf. [Accessed: 12/12/2015].
7. Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. Plano de Atividades. 2014. Available from: [http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/monitoriza%C3%A7%C3%A3o/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades%202014_%20ARS%20Centro%20\(enviado%20para%20DGS\).pdf](http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/monitoriza%C3%A7%C3%A3o/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades%202014_%20ARS%20Centro%20(enviado%20para%20DGS).pdf). [Accessed: 12/12/2015].
 8. Centers for Disease Control and Prevention. Tuberculosis: Basic TB Facts. <http://www.cdc.gov/tb/topic/basics/risk.htm> (Accessed on March 10, 2015).
 9. Sloot R, Schim van der Loeff MF, Kouw PM, Borgdorff MW. Risk of tuberculosis after recent exposure. A 10-year follow-up study of contacts in Amsterdam. *Am J Respir Crit Care Med* 2014; 190:1044.
 10. Hwang J et al. Incidence and Risk factors of Tuberculosis in Patients with Human Immunodeficiency Virus Infection. *J Korean Med Sci* 2013; 28: 374-377.
 11. Ramirez-Lapausa M, Menendez Saldana A and Noguez-Arasio A. Extrapulmonary tuberculosis: an overview. *Rev Esp Sanid Penit* 2015; 17:3-11.
 12. Lee J. Diagnosis and Treatment of Extrapulmonary tuberculosis. *Tuberc Respir Dis* 2015; 78:47-55.
 13. Kulchavenya E. Extrapulmonary tuberculosis: are statistical reports accurate?. *Ther Adv Infect Dis* 2014; 2 (2): 61-70.
 14. Chandir S et al. Extrapulmonary Tuberculosis: A retrospective review of 194 cases at a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc* 2010; 60 (2): 105-09.
 15. Fader T, Parks J, Khan N, Manning R, Stokes S and Nasir N. Extrapulmonary tuberculosis in Kabul, Afghanistan: A hospital-based retrospective review. *International Journal of Infectious Diseases* 2010; 10: e102-e110.
 16. Wang X, Yang Z, Fu Y, Zhang J, Wang X, Zhang Y and Wang X. Insight of Epidemiology and Risk Factors of Extrapulmonary Tuberculosis in Tianjin, China during 2006-2011. *Plos One*, 2014. 1-12.
 17. Gunal S, Yang Z, Agarwal M, Koroglu M, Anci Z and Durmaz R. Demographic and microbial characteristics of extrapulmonary tuberculosis cases diagnosed in Malatya, Turkey, 2001-2007. *BMC Public Health* 2011; 11: 154.
 18. Guzmán et al. Clinical and epidemiological features of extrapulmonary tuberculosis in a high incidence region. *Salud pública de México*. 2014. Vol 56, nº 2: 189-196.
 19. Leung CC, Yew WW, Chan CK, et al. Smoking adversely affects treatment response, outcome and relapse in tuberculosis. *Eur Respir J* 2015; 45:738.
 20. Slama K, Chiang CY, Enarson DA, et al. Tobacco and tuberculosis: a qualitative systematic review and meta-analysis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2007 Oct. 11(10):1049-61.
 21. Bendayan D, Littman K and Polansky V. Active tuberculosis and Human Immunodeficiency Virus Co-Infection In Israel: A Retrospective Study. *IMAJ* 2010; 12: 100-103.
 22. Chung KB, Lee EY, Im JP, Han SK and Yim J. Clinical characteristics and treatment responses of patients who developed tuberculosis following use of a tumor necrosis factor- α inhibitor. *Korean J Intern Med* 2014; 28:174-179.
 23. Dong YH, Chang CH, Lin Wu FL, et al. Use of inhaled corticosteroids in patients with COPD and the risk of TB and influenza: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Chest* 2014; 145:1286.
 24. Jick SS, Lieberman ES, Rahman MU, Choi HK. Glucocorticoid use, other associated factors, and the risk of tuberculosis. *Arthritis Rheum* 2006; 55:19.
 25. Kamboj M, Sepkowitz KA. The risk of tuberculosis in patients with cancer. *Clin Infect Dis* 2006; 42:1592.
 26. Keane J, Gershon S, Wise RP, et al. Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor alpha-neutralizing agent. *N Engl J Med*. 2001 Oct 11. 345(15):1098-104.
 27. Leeds IL et al. Site of Extrapulmonary Tuberculosis is Associated with HIV Infection. *Clinical Infectious Diseases* 2012; 55(1): 75-81.
 28. Donald PR, Marais BJ and Barry CE 3rd. Age and the epidemiology and pathogenesis of tuberculosis. *Lancet* 2010; 375: 1852-1854.
 29. Lin C et al. Effects of Gender and Age on Development of Concurrent Extrapulmonary Tuberculosis in Patients with Pulmonary Tuberculosis: A Population Based Study. *PloS One* 2013; Vol 8, Issue 5: 263936.
 30. Campbell JR et al. Latent tuberculosis infection screening in immigrants to low-incidence countries: a meta-analysis. *Mol Diagn Ther* 2015; 19(2): 107-117.
 31. Jiménez-Fuentes MA et al. Screening for active tuberculosis in high-risk groups. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2014; 18(12):1459-65.
 32. Räisänen PE et al. Tuberculosis in immigrants in Finland 1995-2013. *Epidemiol Infect* 2016; 144(2): 425-433.
 33. Aquillera XP et al. Tuberculosis in prisoners and their contacts in Chile: estimating incidence and latent infection. *Int J Tuberc Lung Dis* 2016; 20(1):63-70.
 34. Korzeniewska-Kosela M, Kus J, Lewandowska K and Siemion-Szczepniak I. Tuberculosis in homeless persons in Poland. *Przegl Epidemiol*. 2015; 69(3):445-51, 575-80.
 35. Munn MS, Duchin JS, Kay M, Pecha M, Thibault CS and Narita M. Analysis of risk factors for tuberculosis infection following exposure at a homeless shelter. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2015; 19(5):570-5.
 36. Jensen PA, Lambert LA, Iademarco MF, et al. Guidelines for preventing the transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in health-care settings, 2005. *MMWR Recomm Rep* 2005; 54:1.
 37. Verhagen LM, van den Hof S, van Deutekom H, et al. Mycobacterial factors relevant for transmission of tuberculosis. *J Infect Dis*. 2011 May. 203(9):1249-55.
 38. World Health Association. Policy Guidelines for Collaborative TB and HIV Services for Injecting and Other Drug Users: An Integrated Approach. 2008. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43937/1/9789241596930_eng.pdf. (Accessed 12/12/2015)
 39. Lönnroth K, Williams BG, Stadlin S, et al. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis - a systematic review. *BMC Public Health* 2008; 8:289.
 40. Cegielski JP, McMurray DN. The relationship between malnutrition and tuberculosis: evidence from studies in humans and experimental animals. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004; 8:286.
 41. Baker MA, Lin HH, Chang HY, Murray MB. The risk of tuberculosis disease among persons with diabetes mellitus: a prospective cohort study. *Clin Infect Dis* 2012; 54:818.
 42. Hongguang C, Min L, Shiwen J, et al. Impact of diabetes on clinical presentation and treatment outcome of pulmonary tuberculosis in Beijing. *Epidemiol Infect* 2015; 143:150.
 43. Hussein MM, Mooij JM, Roujoleh H. Tuberculosis and chronic renal disease. *Semin Dial* 2003; 16:38.
 44. Lin YT, Wu PH, Lin CY, et al. Cirrhosis as a risk factor for tuberculosis infection--a nationwide longitudinal study in Taiwan. *Am J Epidemiol* 2014; 180: 103.
 45. Thulstrup AM, Mølle I, Svendsen N, Sørensen HT. Incidence and prognosis of tuberculosis in patients with cirrhosis of the liver. A Danish nationwide population based study. *Epidemiol Infect* 2000; 124:221.
 46. Leung CC, Lam TH, Chan WM, et al. Lower risk of tuberculosis in obesity. *Arch Intern Med*. 2007 Jun 25. 167(12):1297-304.
 47. Neyrolles O and Quintana-Murci L. Sexual Inequality in Tuberculosis. *PloS Medicine* 2009; Vol 6, Issue 12: 1-6.
 48. TB CARE I and UNAIDS. International Standards for Tuberculosis Care. 2014. 3th Edition. Available from: http://www.who.int/tb/publications/ISTC_3rdEd.pdf. (Accessed 12/12/2015)
 49. Horsburgh CR Jr, Barry CE 3rd, Lange C. Treatment of Tuberculosis. *N Engl J Med* 2015; 373:2149.
 50. World Health Organization. Treatment of tuberculosis guidelines (4th edition). whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf (Accessed 12/12/2015).
 51. Marriott I and Huet-Hudson YM. Sexual dimorphism in innate immune responses to infectious organisms. *Immunol Res* 2006; 34: 177-192.
 52. Guler S et al. Evaluation of Pulmonary and Extrapulmonary Tuberculosis in Immunocompetent Adults: A retrospective Case Series Analysis. *Med Princ Pract* 2015; 24: 75-79.
 53. Sreeramareddy CT, Panduru KV, Verma SC, Joshi HS, Bates MN. Comparison of pulmonary and extrapulmonary tuberculosis in Nepal- a hospital-based retrospective study. *BMC Infect Dis*. 2008;8:8.
 54. Sunnetcioglu A et al. Comparative analysis of pulmonary and extrapulmonary tuberculosis of 411 cases. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials* 2015; 14:34.
 55. Getahun H, Matteelli A, Chaisson RE, Raviglione M. Latent *Mycobacterium tuberculosis* infection. *N Engl J Med* 2015; 372:2127.
 56. Havlir DV, Getahun H, Sanne I, Nunn P. Opportunities and challenges for HIV care in overlapping HIV and TB epidemics. *JAMA* 2008; 300:423.
 57. Panel on Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: Recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Available at: http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult_oi.pdf (Accessed 12/12/2015).
 58. Sterling T et al. Risk Factors for Tuberculosis after Highly Active Antiretroviral Therapy Initiation in the United States and Canada: Implications for Tuberculosis Screening. *The Journal of Infectious Diseases* 2011;204: 893-901.
 59. Daley CL, Gotway MB, Jasmer RM. Radiographic Manifestations of Tuberculosis: A Primer for Clinicians, 2nd Edition, Francis, J (Ed). Curry National TB Center, 2006. Available at: <http://www.nationaltbcenter.edu/radiographic/> (Accessed at 12/12/2015).
 60. Skoura E, Zumla A and Bomanji J. Imaging in Tuberculosis. *International Journal of Infectious Diseases* 2015; 31: 87-93.
 61. Gui X and Xiao H. Diagnosis of tuberculosis pleurisy with adenosine deaminase (ADA): a systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Exp Med* 2014; 7(10): 3126-35.
 62. Boonyagars L. Use of Adenosine Deaminase for the diagnosis of Tuberculosis: A Review. *J Infect Dis Antimicrob Agents* 2010; 27 (2): 111-118.
 63. Tuon FF et al. Adenosine deaminase and tuberculous meningitis - a systematic review with meta-analysis. *Scand J Infect Dis* 2010; 42 (3): 198-207.
 64. Afrasiabian S et al. Diagnostic value of serum adenosine deaminase level in pulmonary tuberculosis. *J res Med Sci* 2013; 18(3): 252-254.
 65. Tao L et al. Diagnostic value of adenosine deaminase in ascites for tuberculosis ascites: a meta-analysis. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2014; 79(1): 102-107.
 66. Lee JY. Diagnosis and Treatment of Extrapulmonary Tuberculosis. *Tuberc Respir Dis*. 2015 Apr; 78 (2): 47-55.

Pneumatose Intestinal e Complicações de Endocardite por *Enterococcus faecium*: a propósito de um caso clínico

Pneumatosis Intestinalis and Complications of Infective Endocarditis Due to Enterococcus faecium: a case report

Ana Mondragão¹, Ana Raquel Ramos¹, Marta Barbedo¹

¹Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

Resumo

Os Enterococos pertencem à flora comensal humana e têm sido reconhecidos como importantes agentes causadores de infeções. As infeções causadas por estes microrganismos têm vindo a aumentar, especialmente entre os idosos, doentes com doenças cardíacas degenerativas e válvulas cardíacas protésicas, bem como em manipulações dos tratos gastrointestinal e urinário. São responsáveis por cerca de 8-17% das Endocardites Infeciosas, sendo o *Enterococcus faecalis* o terceiro principal responsável – 90% dos casos devido ao *Enterococcus faecalis* e com menos de 5% causada por *Enterococcus faecium*. A morbidade e mortalidade de endocardite por Enterococos é elevada. A pneumatose intestinal habitualmente é assintomática, com complicações em apenas 3% dos casos, incluindo obstrução intestinal, perfuração e hemorragia. Uma vez em circulação, os Enterococos têm elevada afinidade para válvulas cardíacas espessadas ou protésicas. As principais complicações cardíacas são os abscessos perivalvulares; raramente surgem outras complicações, nomeadamente perfuração do miocárdio e aneurismas valvulares. A cirurgia está indicada em complicações graves.

Palavras-Chave: Endocardite, Enterococos, *Enterococcus faecium*, Fístula, Pneumatose Intestinal. **Palabras Clave:** Endocarditis Infecciosa, *Enterococcus*, Endocarditis, Pneumatosis Intestinal, *Enterococcus faecium*

Introdução

A infeção por Enterococos é responsável por 8 a 17% de todas as endocardites infecciosas (EI)¹. Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, a mortalidade da endocardite por Enterococos não diminuiu nas últimas décadas^{2,4}. Ainda que variáveis como a idade avançada, insuficiência cardíaca e êmbolos cerebrais têm sido reconhecidas como fatores de risco para elevada mortalidade, estudos multicêntricos têm avaliado o papel de outras variáveis, como a aquisição de infeção nosocomial, a presença de comorbilidades, ou a mudança de suscetibilidade antimicrobiana dos Enterococos como fatores determinantes do prognóstico^{2,3,4}.

Estes microrganismos estão na patogenia de uma importante percentagem de infeções nosocomiais a nível mundial, sendo cada vez mais associados com infeções do trato urinário, endocardites, infeções intra-abdominais e pélvicas, infeções relacionadas com cateteres, infeções de feridas cirúrgicas e infeções do sistema nervoso central^{5,6,11}. As duas espécies de Enterococos mais comuns são *Enterococcus faecalis* e *Enterococcus faecium*, sendo o primeiro mais comum e responsável por 80-90% das EI por Enterococos⁷. Ambos são capazes de formar biofilmes^{4,6} – complexos de moléculas ligadas irreversivelmente nas várias superfícies bióticas e mecânicas^{7,8}. Gradualmente, as infeções contraí-

Abstract

Enterococci belong to the commensal human flora and have been recognized as important causative agents of infections. The infections caused by these organisms have been increasing, particularly among the elderly, patients with degenerative heart disease and cardiac prosthetic valves, as well as manipulation of the gastrointestinal and urinary tracts. They are responsible for about 8-17% of infectious endocarditis, being the *Enterococci* responsible for the main third - 90% of cases due to *Enterococcus faecalis* and less than 5% caused by *Enterococcus faecium*. The morbidity and mortality of enterococcal endocarditis is high. The pneumatosis intestinalis is usually asymptomatic, and complications are present in only 3% of cases, including intestinal obstruction, perforation and hemorrhage. Once in circulation, *Enterococcus* have high affinity for thickened or prosthetic heart valves. The main cardiac complications are the perivalvular abscesses; rarely arise other complications, including perforation of the myocardium and valvular aneurysms. Surgery is indicated in severe complications.

Keywords: Endocarditis, *Enterococcus*, *Enterococcus faecium*, Fistula, Pneumatosis Cystoides Intestinalis

das por Enterococos estão associadas a instrumentação dos tratos urinário e gastrointestinal (GI), bem como em situações de falta de integridade ou trauma da mucosa^{7,11,12}.

As complicações cardíacas por EI são propensas quando ocorrem enfarte agudo do miocárdio ou bacteriemia, devido à necrose das fibras papilares e do processo inflamatório envolvente^{4,10,11}. A complicação mais comum é a formação de abscessos^{14,15}. As fístulas intracardíacas podem desenvolver-se devido à extensão da infeção da válvula do miocárdio adjacente^{14,21}. Raramente, podem levar à formação de aneurismas, disseção aórtica e perfuração do miocárdio^{5,14,22}. Habitualmente, o *Estafilococos* é a espécie mais isolada nas complicações mais graves^{21,22}; no entanto, com o aumento da prevalência das infeções por *Enterococcus*, têm surgido relatos de complicações cardíacas por *Enterococcus faecium*.

A pneumatose intestinal (PI) corresponde a gás no interior da parede intestinal, levando à disrupção da mucosa^{17,18}. As complicações ocorrem em cerca de 3% dos doentes, incluindo obstrução intestinal, vólculo, perfuração e hemorragia^{17,19,20}. Uma vez em circulação, os Enterococos têm elevada afinidade para válvulas cardíacas espessadas ou protésicas^{18,20}.

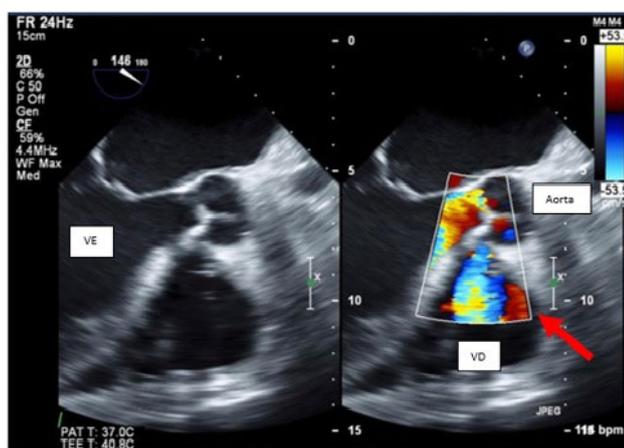
Figura 1. Regurgitação aórtica grave (*), evidenciando incompetência da válvula aórtica (->) e, conseqüentemente, insuficiência aórtica grave. VE - ventrículo esquerdo



Figura 2. Pseudoaneurisma (->) visível na cúspide coronária direita



Figura 3. Fluxo regurgitante (->) ente a aorta e o Ventrículo Direito. VE-ventrículo esquerdo; VD ventrículo direito



Caso clínico

Homem de 70 anos, com antecedentes pessoais de Diabetes *Mellitus* tipo 2, Hipertensão e Dislipidemia, recorreu ao serviço de urgência (SU) por astenia, edemas dos membros inferiores, dor hipocôndrio e região lombar esquerdas. Ao exame objetivo no SU destacou-se discurso lentificado mas coerente, desidratado e descorado, polipneico e com tiragem supraclavicular, Tensão Arterial de 94-44 mmHg, Frequência Cardíaca de 118 bpm, Temperatura axilar de 37,1°C; abdômen discretamente doloroso à palpação difusa e profunda, sem sinais de irritação peritoneal; edemas dos membros inferiores até à raiz da coxa. Do estudo laboratorial salientou-se hemoglobina de 5,6 g/dL (13.0 - 18.0 g/dL), creatinina de 3,33 mg/dL (0.67 - 1.17 mg/dL), ureia de 216 g/dL (17 - 50 mg/dL), potássio de 7,19 mmol/L (3.5 - 5.0), lactatos de 6,1 mmol/L, INR de 1,64 e D-dímeros 2,54 µg/ml (< 0.5 µg/ml). Durante a permanência no SU apresentou hematoquezias e melenas, em quantidade abundante, motivo pelo qual realizou colonoscopia de urgência, que mostrou divertículos no cólon direito, alguns com restos hemáticos escuros e PI

Realizou endoscopia digestiva alta que descartou hemorragia ativa gástrica. Radiografia torácica sem evidência de imagens de condensação sugestivas de pneumonia ou pneumatoceles. O ecocardiograma transtorácico (ETT) excluiu hipocinesias ou dilatação das câmaras cardíacas; apresentava dilatação moderada da aurícula esquerda, cúspides da válvula aórtica espessadas e com sinais de fibrose, insuficiência aórtica (IAo) de grau moderado e função globalmente preservada. Transferido para unidade de cuidados intensivos com diagnóstico de choque hipovolêmico.

No segundo dia de internamento objetivada febre de 38,0°C, que indicou causa séptica para além da hipovolemia, como contribuição do choque apresentado. Colheu hemoculturas e iniciou empiricamente piperacilina-tazobactam 4,5 g de 6/6 horas.

Ao 7º dia de internamento foi isolado *Enterococcus faecium* em hemoculturas sensível a ampicilina, tendo iniciado antibioterapia dirigida. Foi requisitado ecocardiograma transesofágico (ETE), que revelou válvula aórtica morfologicamente tricúspide, espessada, com presença de estruturas filiformes móveis, aderentes à cúspide coronária direita e não coronária sugestivas de vegetações; IAo grave (figura 1) com jato regurgitante largo, ocupando quase a totalidade da câmara de saída do ventrículo esquerdo (VE); presença de pseudoaneurisma na dependência da cúspide coronária direita (figura 2); fluxo diastólico a nível da câmara de entrada do ventrículo direito (VD), junto à válvula tricúspide, correspondendo a fistulização entre a aorta e o VD (figura 3).

Foi submetido a cirurgia de substituição da válvula aórtica e correção de fístula.

Gradualmente o doente foi recuperando do quadro infeccioso, lesões órgãos-alvo e compensação da insuficiência cardíaca. O ecocardiograma de controlo após 4 semanas mostrou prótese biológica em posição aórtica normalmente inserida, regurgitação protésica mínima; visualização do óstio da coronária esquerda, apresentando calibre normal e bom fluxo; compromisso ligeiro da função sistólica ventricular esquerda global.

Discussão

os *Enterococos* são parte da flora intestinal normal do ser humano^{5,10,11}. Têm sido reconhecidos como importantes agentes patogénicos sendo responsáveis por 10% dos casos de EI (seguido dos *Streptococos* e *Stafilococos*)^{1,3,10,11}. A infeção por estes microrganismos têm sido crescentemente

associados a manipulação dos tratos GI e urinário e cateteres^{1,6,12}.

Aproximadamente 90% dos casos de endocardite de Enterococos são causadas por *Enterococcus faecalis*, com menos de 5% causada por *Enterococcus faecium*^{2,14}. A morbidade e mortalidade de endocardite por Enterococos é elevada. A percentagem de doentes que necessitam de cirurgia cardíaca é de 42%^{5,15,17}.

Neste caso clínico a porta de entrada do *Enterococcus faecium* foi a instrumentação intestinal (colonoscopia) associada à PI que permitiu a disseminação hematogénica do agente, uma vez que a barreira da mucosa intestinal não se encontrava coesa. A maioria dos casos de PI apresenta-se de forma assintomática^{16,17}. A sua patogénese não está completamente estabelecida, no entanto, pode ser causada por isquemia do intestino, trauma mecânico, doença intestinal inflamatória / autoimune, neoplasias do intestino, infeção do intestino, imunossupressão induzida por drogas e doença pulmonar obstrutiva crónica^{16,20}. Em alguns casos, a PI é um achado incidental, ao passo que, em outros, ela anuncia uma condição intra-abdominal com risco de vida^{19,20}. A incidência da PI parece estar a aumentar¹⁸; novos medicamentos e procedimentos cirúrgicos têm sido relatados como os responsáveis deste aumento^{18,20}.

O doente desenvolveu choque séptico e hipovolémico por hemorragia digestiva com várias disfunções orgânicas: neurológica, renal, hematológica, hepática e endócrina.

De notar a importância da suspeita clínica precoce, essencialmente em doentes submetidos a instrumentações ou trauma da mucosa. O ecocardiograma transtorácico é o exame de primeira linha recomendado na suspeita de endocardite infecciosa. Na maioria dos estudos, a sensibilidade ETT varia entre 40-63% e a do ETE entre 90-100%²³. O tamanho da vegetação também afeta a sensibilidade ETT, uma vez que apenas 25% das vegetações <5 mm e 70% das que têm entre 6-10 mm são identificadas^{22,23}. Doença de base de válvula (válvulas escleróticas ou calcificadas), pequenas vegetações (<2 mm) e obesidade podem influenciar a precisão do diagnóstico de ETT; nestes casos o ETE é essencial para o diagnóstico e exclusão de endocardite^{23,24}.

As complicações cardíacas mais comuns da EI são os abscessos valvulares^{5,14,21}. A fistulização intracardiaca (aorto-auricular ou aorto-ventricular) pode ocorrer pela infeção da válvula adjacente ao miocárdio^{2,21}. Raramente, ocorrem aneurismas, disseção aórtica, e perfuração do miocárdio^{5,14,21,22}. O doente apresentou uma complexidade de consequências da EI: fistulização entre a aorta e o VD, insuficiência cardíaca grave e aneurisma valvular.

A intervenção cirúrgica é aplicada em cerca de metade dos doentes com EI com complicações graves. Deve ser considerada precocemente na fase ativa, ou seja, enquanto o doente está sob antibioterapia, a fim de evitar embolização sistémica, insuficiência cardíaca progressiva e dano estrutural irreversível^{9,13,14,15}. Por outro lado, a terapia cirúrgica durante a fase ativa da doença está associada a risco signifi-

cativo^{14,15}. A cirurgia é justificada em doentes com características de alto risco que tornam improvável a possibilidade de cura com o tratamento antibiótico e que não tenham comorbilidades impeditivas de cirurgia cardíaca^{15,16,21,22}.

A infeção nosocomial é um fator importante de risco de mortalidade por EI^{2,4,7}. Estima-se que o risco de contrair endocardite por Enterococos nosocomial possa aumentar dado o aumento de incidência de infeções nosocomiais e da prevalência das comorbilidades de risco. Assim, grande ênfase deve ser colocado na prevenção e na deteção precoces. A variabilidade e complexidade clínicas da EI ditam que as recomendações e *guidelines* devem ser usadas para apoiar e não para suplantarem decisões na orientação de cada doente individualmente.

Bibliografia

- Anders D, Rasmus R, Henning B, Christian H et al. Valvular Heart Disease: *Enterococcus Faecalis* Infective Endocarditis. *Circulation*. 2013; 127: 1810-1817.
- Simone D, Tleyjeh IM, Anavekar N, Baddour LM. Temporal trends in infective endocarditis epidemiology from 2007 to 2013 in Olmsted County. *Am Heart J*. 2015;170(4):830-6.
- Somarajan SR, La Rosa SL, Singh KV, Roh JH, et al. The fibronectin-binding protein fnm contributes to adherence to extracellular matrix components and virulence of *Enterococcus Faecium*. *Infect Immun*. 2015;83(12):4653-61
- Somarajan SR, La Rosa SL, Singh KV, Roh JH, et al. The fibronectin-binding protein EfbA contributes to pathogenesis and protects against infective endocarditis caused by *Enterococcus Faecalis*. *Infect Immun*. 2015; 83(12):4487-94.
- Higuaita N, Huycke M. Enterococcal disease, epidemiology, and implications for Treatment. *Enterococci From Commensals to Leading Causes of Drug Resistant Infection* 2014.
- Mohamed JA, Huang DB. Biofilm formation by Enterococci. *Journal of Medical Microbiology*. 2007;56 (Pt 12):1581-8.
- Fisher K, Phillips C. The ecology, epidemiology and virulence of *Enterococcus*. *Microbiology* 2009; 155: 1749-1757.
- O'Driscoll T, Crank C, Vancomycin-resistant enterococcal infections: epidemiology, clinical manifestations, and optimal management. *Infect Drug Resist*. 2015; 8: 217-230.
- Thuny F, Grisoli D, Cautela H, Riberi A, Raoult D, Habib G. Infective Endocarditis: prevention, diagnosis, and management. *Canadian Journal of Cardiology*. 2014;30(9):1046-1057
- Sydnor E, Perl R. Hospital epidemiology and infection control in acute-care settings. *Clin Microbiol Rev*. 2011; 24(1):141-173.
- Fernández-Guerrero ML, Herrero L, Bellver M, Gadea I, Roblas RF, de Górgolas M. Nosocomial Enterococcal endocarditis: a serious hazard for hospitalized patients with enterococcal bacteraemia. *J Intern Med*. 2002;252(6):510-5.
- Barros M, Martinelli R, Rocha H. Enterococcal urinary tract infections in a university hospital: clinical studies. *Braz J Infect Dis* 2009; 13:4.
- Miro J, Pericas J, Del Rio A. A New Era for Treating *Enterococcus Faecalis* Endocarditis: Ampicillin plus Short-Course Gentamicin or Ampicillin plus Ceftriaxone; That is the Question!. *Circulation* 2013; 217: 1763-1766
- Baddour L, Chair F, Wilson W. et al. Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications. *Circulation* 2015; 132: 00-00.
- Prendergast DM, FCRP, Tornos P. Valvular Heart Disease: Changing Concepts in Disease Management Surgery for Infective Endocarditis - Who and When?. *Circulation* 2010; 121: 1141-1152.
- Zhang H, Jun S, Brennan T. Pneumatosis Intestinalis: Not Always a Surgical Indication. *Case Reports in Surgery* 2012.
- Beritto D, Crincoli R, Iacobellis F, Pizzia N et al. Primary Pneumatosis Intestinalis of Small Bowel: A Case of a Rare Disease. *Case Reports in Surgery* 2014.
- Ho L, Paulson E, Thompson W. Pneumatosis Intestinalis in the Adult: Benign to Life-Threatening Causes. *American Journal of Roentgenology* 2007; 188: 6.4
- Pearl BL. Pneumatosis Intestinalis: a review. *Radiology* 1998; 207(1):13-9.
- Mitsuyoshi A, Hamada S, Tachibana T, Momono T. Pathogenic mechanisms of intestinal pneumatosis and portal venous gas: should patients with these conditions be operated immediately?. *Surg Case Rep* 2015.
- Stawicki S, Firstenberg M, Lyaker M, Russell S, Evans D. Septic embolism in the intensive care unit. *Int J Crit Illn Inj Sci*. 2013; 3(1): 58-63.
- Saad M, Isbitan A, Roushdy A, Shamon F. Left Atrial Wall Dissection: A Rare Sequela of Native-Valve Endocarditis. *Tex Heart Inst J*. 2015;42(2): 178-180.
- Evangelista A, Gonzalez-Alijas M. Echocardiography in infective endocarditis. *Heart*. 2004; 90(6): 614-617.
- Lindner J, Case R, Dent J, Abbott R, Scheld W, Kaul S. Diagnostic Value of Echocardiography in Suspected Endocarditis. *Circulation*. 1996; 93: 730-736.0

Neuroendocrine Tumor, diagnostic difficulties

Pedro Oliveira, Paula Ferreira, Gustavo Rocha

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Abstract

Ectopic adrenocorticotrophic hormone (ACTH) secretion is a rare disease.

A 51 years old woman, with a Cushing syndrome secondary to ectopic ACTH secretion, diagnosed in 2009, with mediastinal lymphadenopathy, whose biopsy was compatible with lung small cell carcinoma, staged as IIIB using TNM classification. No other lesions were found in patient study. The patient was submitted to chemotherapy, associated to ketoconazole 200 mg twice daily, with partial remission of both conditions. Three years later was admitted with an aggravation of Cushing syndrome. There was no evidence of progression of pulmonary disease. A cystic lesion in the pancreatic uncinate process was found by abdominal CT scan and with avid uptake by DOTANOC PET discreet in anterior mediastinal lymphadenopathy. Biopsy of pancreatic mass revealed a neuroendocrine tumor. Pulmonary masses were biopsied again and was in favor of neuroendocrine tumor. It was assumed the diagnosis of pancreatic neuroendocrine tumor with mediastinal metastasis. The patient initiated lanreotid (120 mg, monthly, subcutaneous) in association with ketoconazole. After 5 months of therapy, patient died with sepsis secondary to pneumonia.

Neuroendocrine tumours are rare, difficult to diagnose and with poor prognosis when associated with ectopic ACTH secreting Cushing syndrome.

Keywords: Neuroendocrine tumor. Cushing syndrome. Small cell lung cancer. DOTANOC PET. Ectopic ACTH secreting tumour

Palabras clave: tumor neuroendocrino. Síndrome de Cushing. Cáncer de pulmón de células pequeñas. DOTANOC PET. Tumores ectópicos ACTH secretoras

Introduction

Ectopic adrenocorticotrophic hormone (ACTH) secretion is responsible for 12-17% of cases of Cushing's syndrome. It is a rare disease with a reported incidence of 0.1 per million per year.¹

Ectopic ACTH-producing tumours are aggressive and present diagnostic and management challenges with often poor prognosis.² Hypercortisolism is particularly severe in these cases and may manifests itself as weight gain, severe fatigue, muscle weakness, high blood pressure, depression, cognitive impairment, purple striae, easy bruising, hyperpigmentation loss of libido, diabetes, hirsutism, acne and menstrual disorders, it can also lead to significant immune suppression, which may predispose patients to the development of infections.^{2,3} The ectopic source of ACTH is located in the lungs in over 45% of tumours. Small cell lung carcinomas are responsible for about 20% of cases, although ectopic ACTH hypersecretion occurs in only 0.5-2% of these tumours. Thymus (11%) and pancreas (8%) are the next most common affected organs.¹ Identification of the source of ectopic ACTH production remains one of the main difficulties in these cases.

We present a 51 years old woman with an ACTH-secreting tumour to demonstrate the difficulties of neuroendocrine tumours diagnosis and management.

Case Report

We present a 51 years old woman, with a Cushing syndrome ACTH dependent since 2009. Initially she presented diabetes, hypertension, central obesity, full moon face, osteoporosis, chronic hypokalemia and depression disorder. Laboratory findings revealed elevated levels of ACTH and cortisol. Cerebral magnetic resonance presented a small nodule of 6 mm in pituitary gland compatible with pituitary microadenoma. She was submitted to surgical re-

moval of microadenoma. After surgery she maintained elevated ACTH and cortisol levels. In 2010 she presented an elevated 8 am Plasma Cortisol [57,5 micrograms/dL (N 6,4 – 19,4)] with elevated plasma ACTH [409 pg/mL (N 0-46)]. Chest Computerized tomography revealed mediastinal lymphadenopathy; transbronchial biopsy was compatible with lung small cell carcinoma, staged as IIIB using TNM classification. Staging of the tumour did not reveal any other lesion associated with metastasis outside the thoracic region. The patient was proposed to chemotherapy with cisplatin and etoposide, associated to ketoconazole 200 mg twice daily, having partial remission of the carcinoma and the Cushing syndrome, although ACTH was still elevated (344 micrograms/mL). In 2012 she suffered a relapse of hypercortisolism symptoms under ketoconazole treatment, such as mental disorders, diabetes, and ionic disturbances. Diabetes was difficult to control, in association with delirium and relapsing hypokalemia after interrupting intravenous reposition.

During hospital admission, the patient presented a fluctuating haemoglobin level, from 8.7 to 13.3 g/dL, without iron deficit or blood loss besides several large bruises; She also had moderate thrombocytopenia from 57,000 to 186,000 per microliter.

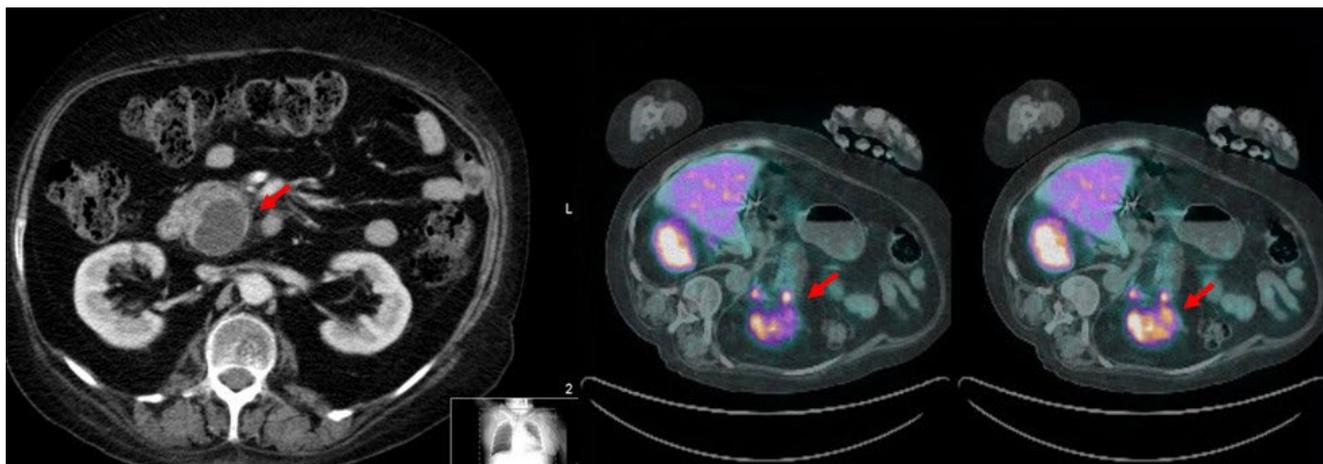
Thorax Computerized tomography (CT) and Positron Emission Tomography (PET) scan did not show progression of the pulmonary disease. However, abdominal CT scan found a new cystic lesion in the pancreatic uncinate process with 38 x 30 mm, conditioning extrinsic compression of the biliary duct, which was confirmed in echoendoscopy.

DOTANOC PET scan showed avid uptake in the pancreatic tail and discreet in anterior mediastinal lymphadenopathy. (Figure 1)

In 2012 a CT guided biopsy of the pancreatic mass was achieved, revealing a neuroendocrine tumor and immunohistochemistry revealed that this lesion produced ACTH.

It was decided to repeat pulmonary masses biopsy. This time, histology and immunohistochemistry were in favor of neuroendocrine tumor. (Figure 2)

Figure 1. CT scan and DOTANOC PET of pancreatic mass (arrow).



The diagnosis was assumed of a pancreatic neuroendocrine tumor with mediastinal metastasis (Stage IIIb). Due to all the comorbidities, she was refused for surgical treatment of the primary tumor and initiated lanreotide (120 mg, monthly, subcutaneous) in association with ketoconazole. After 5 months of therapy, the patient died with severe sepsis secondary to pneumonia.

Discussion

With an insidious presentation, depending on hormone activity and complex regulation systems, neuroendocrine tumours present always a challenge in diagnosis and treatment.⁴

Histology can lead us to inaccurate diagnosis, being responsible for unnecessary procedures and delaying proper treatment. Clinical relapse with stable pulmonary disease made us suspect another cause to ectopic ACTH secretion. A small number of cases of incorrect histological diagnosis are published, more often for carcinoid or large cells tumours of the lung.⁵ Small biopsy samples may limit diagnosis because occasionally there is not enough material to all immunohistochemical profile necessary to a correct diagnosis.⁶

Hypercortisolism manifestations such as those previously described made us investigate the underlining disease, questioning pulmonary cancer progression or another ACTH producing tumour.

After lung and thymus, pancreas is the most common place for ectopic ACTH-producing tumours, directing our clinical investigation. Due to thrombocytopenia, an endoscopic biopsy was unable.

⁶⁸Ga-DOTA-NOC-PET, based in a somatostatin analogue with affinity to somatostatin receptor 2, can be helpful detecting neuroendocrine tumours, with more accurate results than older nuclear medicine methods such as ¹¹¹In-DTPA-octreotide (OctreoScan®).⁷ In this case, it helped us confirming neuroendocrine origin of the pancreatic mass that was later discovered, not visualized in initial exams, and its relation to pulmonary nodules due to the same imaging profile with this technique. Biopsy, in addition to this information, confirmed the diagnosis. This fact explains why the patient remained

alive for so long after the supposed initial diagnosis of small cell lung cancer.

Due to the extension of the disease, and lobal health status of the patient, surgical treatment was not possible. Ketoconazole alone had been unsatisfying after a long time of treatment. Lanreotide, a somatostatin analogue, was associated with significant progression-free survival among patients with some types of neuroendocrine tumours.⁸ In this patient, we associated lanreotide 120 mg monthly expecting to improve control of endocrine manifestations and prolong life expectancy.

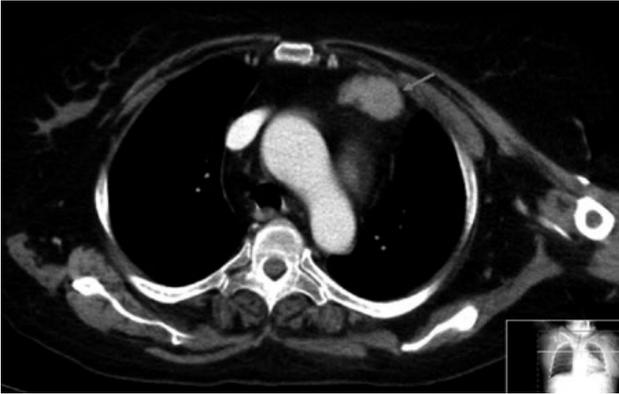
These ACTH-producing neuroendocrine tumours have a poor prognosis due to the usually exuberant Cushing syndrome that they cause, not exactly for the mass effect of the tumour itself, as was with this patient. When diagnosed in an advanced stage as such, the patient usually has several other illnesses and comorbidities that increase substantially the risk of severe complications and death. Also, the medical treatments available at that time could only delay the progression of the disease and its hormonal syndrome. The patient died of a sepsis secondary to pneumonia, probably aggravated by a weakened immune system due to ectopic Cushing syndrome. This case exemplifies how frequently secondary ectopic ACTH dependent Cushing syndrome's comorbidities, due to their aggressiveness, are the main cause for patients' morbidity and mortality.^{1,9}

What is also particular in this case is the fact that the primary tumour was not visible in the initial imaging workup, leading the medical team to suppose that the cause was a small cell lung cancer.

Conclusion

Neuroendocrine tumours are rare and with poor prognosis. Due to their insidious presentation, many times with very small lesions responsible for hormonal syndromes, and its, sometimes, difficult location, a high level of suspicion and critical judgement is required to obtain a diagnosis. Treat-

Figure 2. CT Scan of Mediastinal mass (arrow)



ment remains incapable of achieving a cure in most of the patients with advanced disease, but can prolong life expectancy and manage hormonal complications as was seen in this patient.

The authors declare no conflict of interests that could be perceived as prejudicing the impartiality of this paper.

This research did not receive any specific grant from any funding agency in the public, commercial or not-for-profit sector.

All Authors contribute equally to paper writing.

Bibliography

- Rodrigues P, Castedo JL, Damasceno M, Carvalho D. Ectopic Cushing's Syndrome caused by a pulmonary ACTH-secreting tumor in a patient treated with octreotide. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2012;56(7):461-4.
- Chowdry RP, Bhimani C, Delgado MA, Lee DJ, Dayamani P, Sica GL, et al. Unusual suspects; pulmonary opportunistic infections masquerading as tumor metastasis in patients with adrenocorticotrophic hormone-producing pancreatic neuroendocrine cancer. *Ther Adv Med Oncol.* 2012;4(6): 295:300;
- Arnaldi G, Angeli A, Atkinson AB, Bertagna X, Cavagnini F, Chrousos GP, et al. Diagnosis and complications of Cushing's syndrome: a consensus statement. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88(12):5593-5602;
- Kulke MH. Neuroendocrine tumours: clinical presentation and management of localized disease. *Cancer Treat Rev.* 2003;29(5):363-70;
- Soni A, Dogeas E, Juluri KR, Wolfgang CL, Hruban RH, Weiss MJ. The tail of neuroendocrine tumors from lung to pancreas: Two rare case reports. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5:537-539;
- Escuín JS. Diagnosis and Treatment of Neuroendocrine Lung Tumors. *Arch Bronconeumol.* 2014;50(9):392-396;
- Banerjee SR, Pomper MG. Clinical Applications of Gallium-68. *Appl Radiat Isot.* 2013;76:2-13
- Caplin ME, Pavel M, Cwikla JB, Phan AT, Raderer M, Sediáckova E, et al. Lanreotide in Metastatic Enteropancreatic Neuroendocrine Tumors. *N Engl J Med.* 2014; 371: 224-233.
- Ejaz S, Vassilopoulou-Selling R, Busaidy NL, Hu MI, Waguespack SG, Jimenez C, et al. Cushing Syndrome Secondary to Ectopic Adrenocorticotrophic Hormone Secretion; The University of Texas MD Anderson Cancer Center Experience. *Cancer.* 2011;117(19): 4381-9;

Hepatotoxicidade associada ao uso de esteroides anabolizantes

Hepatotoxicity induced by anabolic steroids

Mónica Brinquinho¹, Ana Andresa Sousa¹, Janine Resende², João Valente³

¹Interna de Formação Específica de Medicina Interna. ²Assistente Hospitalar de Medicina Interna. ³Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna Serviço de Medicina Interna – Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho

Resumo

O consumo de esteroides androgénicos anabolizantes tem vindo a aumentar no meio desportivo amador, sendo de fácil acesso apesar de se tratarem de substâncias proibidas. Estão descritos múltiplos efeitos laterais, sendo a hepatotoxicidade uma das mais reportadas. Apresentam-se dois casos clínicos representativos da lesão hepática associada ao consumo de esteroides anabolizantes. Ambos evidenciaram morbilidade significativa, embora nenhum deles tenha evoluído para falência hepática. Os autores pretendem chamar a atenção para o consumo destes fármacos, particularmente frequente em indivíduos jovens, praticantes de desporto amador.

Palabras clave: Anabolizantes, Andrógenos, hepatitis tóxica

Abstract

Anabolic androgenic steroid use has grown, particularly in amateur sports and, although they are illegal substances, sportsmen have easy access to them. Many side effects are associated with consumption of these substances; hepatotoxicity is one of the most reported. The authors describe 2 patients with hepatotoxicity related to consumption of anabolic androgenic steroid use. Both showed considerable morbidity, but none developed fulminant hepatic failure. The authors aim to draw attention to anabolic steroid use, particularly among young amateur sportsmen.

Keywords: Anabolic agents, Androgenic agents, Drug-induced hepatotoxicity

Introdução

Os esteroides androgénicos anabolizantes (EAA) são derivados sintéticos da testosterona¹, e têm efeitos androgénicos e anabólicos indissociáveis.²

A sua utilização no meio desportivo profissional está descrita há várias décadas, estando estas substâncias na Lista de Substâncias Proibidas do Comité Olímpico Internacional desde 1975³. No entanto, nos últimos anos tem-se assistido a um aumento do consumo mesmo em meio amador, visando a melhoria estética e aumento rápido da massa muscular. A prevalência exata do consumo é difícil de estimar, dada a sua ilegalidade. Em Portugal, das amostras recolhidas pela Autoridade Antidopagem, 10% foram positivas para EAA em 2014⁴; ao passo que o estudo de Massada M. *et al*⁵, referia que 63,6% dos praticantes de musculação dos ginásios do grande Porto já tinham utilizado EAA.

O padrão típico de utilização dos EAA consiste na combinação de vários esteroides, com vista à maximização dos efeitos anabólicos e diminuição de efeitos androgénicos. São habitualmente consumidos em ciclos de 6 a 12 semanas, alternados com períodos livres de EAA de 4 a 6 semanas e as doses utilizadas ultrapassam largamente as prescritas como terapêutica de substituição. São ainda utilizados fármacos acessórios com vista à minimização de efeitos laterais.^{2,5,6}

Os efeitos laterais associados ao consumo de EAA afetam vários sistemas – cardiovascular, endócrino, hepático, musculoesquelético e psiquiátrico. Do ponto de vista hepático

estão descritos vários efeitos nomeadamente: colestase intrahepática, hepatite, adenoma e carcinoma hepatocelular. Os efeitos hepatotóxicos são mais frequentes com agentes 17 α alquilados como o estanozolol.^{5,6,7}

Os autores descrevem dois casos clínicos representativos da hepatotoxicidade associada ao consumo de EAA.

CASO 1

Homem de 24 anos, caucasiano. Barman, culturista. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Sem hábitos farmacológicos. Sem hábitos tabágicos ou etílicos.

Refere quadro de astenia, colúria/ acolia, obstipação e icterícia conjuntival com cerca de 15 dias de evolução. Referência a labilidade emocional e humor depressivo. Por agravamento dos sintomas (com icterícia da pele) e aparecimento de prurido recorre ao SU. Quando questionado referência a consumo de Winstrol® (estanozolol), em ciclo de 8 semanas de dose crescente (mas desconhecida), tendo terminado 2 semanas previamente à admissão. Referência também a consumo de suplementos proteicos e vitamínicos. Negou consumo de outras drogas ilícitas ou chás, sem história de transfusões sanguíneas. Negou viagens recentes, consumo de água não potável e comportamentos sexuais de risco. À admissão apresentava-se consciente, colaborante e orientado, com icterícia das escleróticas e da pele. Eupneico, normotenso e normocárdico, apirético. Abdómen sem deformidades ou circulação colateral, mole e depressível, doloroso à palpação do hipocôndrio direito mas sem defesa ou sinais de irritação peritoneal; fígado palpável cerca de 5 cm abaixo da grade costal, doloroso mas sem nodularidades. Sem edemas. Sem outras alterações ao exame objetivo.

Foi efetuado estudo analítico que revelou elevação das transa-

Tabela 1. Estudo analítico (caso 1)

	Referência	D1	D5	D10	D15	D20	D60
Hemoglobina (g/dL)	13-18	14,9	13,6	14	14,1	14	15,3
Leucócitos ($\times 10^3/uL$)	3,8-10,6	9,87	5,86	13,9	13,09	15,3	6,92
Plaquetas ($\times 10^3/uL$)	150-440	272	289	348	420	412	183
Creatinina (mg/dL)	0,67-1,17	0,7	1,3	1,37	1,48	1,15	1,09
Ureia (mg/dL)	13-43	30	31	26	36	43	35
Ionograma (Na ⁺ , K ⁺ e Cl)		N	N	N	N	N	N
TGO (U/L)	4-33	59	58	54	57	29	25
TGP (U/L)	4-50	89	73	53	60	71	41
GGT (U/L)	5-61	67	72	68	72	59	56
FA (U/L)	40-129	156	125	214	226	166	102
Bilirrubina Total (mg/dL)	0,1-1,1	31,6	33,94	47,4	52,12	37,67	1,59
Bilirrubina direta (mg/dL)	0,1-0,3	25,42	33	44,7	48,83	31,54	0,96
Albumina (g/dL)	3,4-4,8	4,4	4,2	4	4,6	4	4,8
Proteínas totais (g/dL)	6,4-8,3	6,2	6,3	6,1	6,6	6,2	7,3
DHL (U/L)	135-225	313	-	240	-	-	215
INR /TP	-/ >70	1,05/93%	=	=	=	=	=

Tabela 2. Estudo analítico (caso 2)

	Referência	D1	D3	D7	D15	D25	D60	D120
Hemoglobina (g/dL)	13-18	14,6	15	14,8	14,4	15,3	14,7	15,2
Leucócitos ($\times 10^3/uL$)	3,8-10,6	15,7	13	13,71	17,67	22,19	9,63	9,69
Plaquetas ($\times 10^3/uL$)	150-440	485	469	418	395	384	294	294
Creatinina (mg/dL)	0,67-1,17	1,19	1,31	1,26	1,17	1,04	1,08	1,01
Ureia (mg/dL)	13-43	33	37	34	27	36	33	34
Ionograma		N	N	N	N	N	N	N
TGO (U/L)	4-33	-	66	52	48	62	93	38
TGP (U/L)	4-50	78	79	79	72	133	162	66
GGT (U/L)	5-61	-	86	68	68	83	144	54
FA (U/L)	40-129	-	359	386	387	387	271	113
Bilirrubina total (mg/dL)	0,1-1,1	11,42	13,46	18,32	21,41	18,69	4,57	0,77
Bilirrubina direta (mg/dL)	0,1-0,3	10,31	12,38	16,6	18,8	16,84	3,71	-
Albumina (g/dL)	3,4-4,8	4,2	4,2	3,7	4	3,7	4,2	4,7
Proteínas totais (g/dL)	6,4-8,3	-	6,6	6,7	-	-	7,2	6,8
DHL (U/L)	135-225	189	234	216	204	-	171	146
INR /TP	-/ >70	0,92;/116%	=	=	=	=	=	=

minases (aminotransferase aspartato (TGO) e aminotransferase alanina (TGP) > 1,8x limite superior da normalidade (LSN)) com aumento das enzimas de colestase (gama-glutamilttransferase (GGT) > 1,1xLSN e fosfatase alcalina (FA) > 1,2xLSN), e hiperbilirrubinemia à custa da bilirrubina direta (ver Tabela 1). Do estudo efetuado salienta-se ainda INR e tempo de protrombina normais, marcadores víricos (incluindo vírus da hepatite A, B e C e VIH) negativos, imunologia (anticorpos antinucleares, anti-mitocôndria, anti-músculo liso, anticorpos LKM-1 e anti-antígenos hepáticos) negativa, ceruloplasmina negativa e serologias (parvovírus B19, citomegalovírus e Epstein-Barr) negativas. O estudo da cinética do ferro não demonstrou alterações.

Foi efetuada ecografia abdominal – “fígado de dimensões aumentadas (18cm), contornos regulares e ecoestrutura sem alterações aparentes. Veia porta e suprahepáticas permeáveis. Vias biliares intra e extrahepáticas de normal calibre. Vesícula biliar de paredes regulares e finas, sem imagens endoluminais sugestivas de litíase. Pâncreas com dimensões e morfologia normais, sem alterações valorizáveis da ecoestrutura. Esplenomegalia homogênea com 14,6cm de maior eixo. Retroperitônio superior sem alterações aparentes. Sem ascite”.

Foi efetuada biópsia hepática para esclarecimento etiológico: “alargamento dos espaços porta por fibrose, moderado infiltrado inflamatório de linfócitos e neutrófilos, hepatite de interface e lobular, focal sem necrose; colestase intracanicular perivenular-compatível com hepatite tóxica.”

Iniciou fluidoterapia, ácido ursodesoxicólico e prednisolona 60mg p.os com desmame posterior.

Registou-se evolução favorável ao longo do internamento, com melhoria do prurido e sem aparecimento de insuficiência hepática. Teve alta orientado para a consulta de Medicina Interna, onde manteve seguimento, com indicação de suspensão de consumo de EAA.

Caso 2

Homem de 52 anos, caucasiano. Chefe de segurança; frequente ginásio. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Sem hábitos farmacológicos. Sem hábitos tabágicos. Hábitos etílicos ligeiros.

Recorre ao serviço de urgência por história de colúria, acolia, prurido ligeiro e icterícia das escleróticas com cerca de 8 dias de evolução. Sem outra sintomatologia associada. Referência a toma de EAA desde há 3 meses – testosterona, trembolona e nandrolona injetáveis, em dias alternados (dose desconhecida).

À admissão apirético, normotenso e normocárdico. Escleróticas ictericas, abdómen depressível, indolor à palpação com bordo inferior do fígado palpável 3cm abaixo da grade costal sem nodularidades. Sem outras alterações ao exame objetivo.

Efetuada estudo analítico – ver Tabela 2. De salientar elevação das transaminases (TGP > 1,5xLSN) e da gamaglutamiltransferase (>1,4xLSN), hiperbilirrubinemia à custa da direta (bilirrubina total 11,42 mg/dL com bilirrubina direta 10,3 mg/dL); INR e taxa de protrombina normais, albumina normal e marcadores víricos (vírus da hepatite A, B, C e VIH) negativos. Efetuado estudo imunológico (ANA, anti-mitocôndria, anti-músculo liso, anticorpos LKM-1 e anti-antigénios hepáticos) negativo, doseamento de ceruloplasmina, alfa1-antitripsina e cinética do ferro normais.

A ecografia abdominal demonstrou: fígado de dimensões aumentadas (17,6 cm na linha médioclavicular), contornos lobulados e ecostrutura sem alterações aparentes. Sem lesões focais. Baço de dimensões normais. Sem alterações das vias biliares, vesícula biliar, pâncreas e retroperitônio; sem ascite.

Foi orientado para consulta externa para seguimento com indicação de repouso, hidratação oral e suspensão de consumo de EAA e álcool.

Discussão

Os casos descritos estão em concordância com a literatura que descreve maior utilização de EAA por adultos do sexo masculino, com boa condição física, sem antecedentes patológicos e com o objetivo de aumentar a massa e força muscular.^{3,7} Ambos adquiriram os EAA no ginásio habitual, demonstrando o fácil acesso a estes fármacos, apesar de serem substâncias proibidas.

O primeiro caso reflete a utilização de um agente 17 α alquilado, o estanozolol em associação com complexos proteicos e vitamínicos. O doente apresentou prurido severo, que respondeu à utilização de ácido ursodesoxicólico com evidência de colestase franca no estudo analítico. O pico de bilirrubina total (BT) foi de 52 mg/dL (>47xLSN), tendo ocorrido cerca de 4 semanas após o início da sintomatologia. Registou-se posteriormente descida progressiva destes valores, estando praticamente normalizados 2 meses após início do quadro.

Estes dados estão de acordo com o descrito por Robles-Díaz e colaboradores⁷ – a colestase associada ao uso de EAA pode ser severa, motivando a admissão hospitalar mas normalmente não cursa com insuficiência hepática fulminante. O segundo caso demonstra lesão hepática associada à uti-

lização de vários EAA. Comparativamente, neste caso o pico de BT atingido foi inferior ao do primeiro caso (>19xLSN), tendo, por outro lado, ocorrido elevação mais acentuada das transaminases, e com prolongamento do quadro ao longo de vários meses.

Estas diferenças podem dever-se por um lado à combinação de vários agentes não alquilados, que ocasionam lesão hepática mista, ou, por outro lado, ao consumo concomitante de álcool. De facto, Shahidi NT descreve maior hepatotoxicidade dos EAA quando associados a doença hepática pré-existente ou uso concomitante de outros fármacos ou substâncias hepatotóxicas.⁸

Em ambos, outras causas de lesão hepática foram excluídas. Apesar da morbilidade associada ao seu consumo, com necessidade de internamento no primeiro doente e de seguimento apertado, ao longo de vários meses no segundo, houve resolução do quadro com a suspensão dos EAA, sem evolução para insuficiência hepática ou para doença hepática crónica (nenhum dos doentes se encontra em seguimento em consulta externa atualmente).

Com a apresentação destes casos, os autores pretendem chamar a atenção para o consumo de EAA, em particular em grupos de atletas não profissionais onde o controlo por parte das autoridades competentes não é tão apertado.

Bibliografia

1. Ferreira, U.M.G., Ferreira, A.C.D., Azevedo A.M.P, Medeiros, R.L., Silva, C.A.B. Esteroides androgénicos. RBPS. 2007, 20 (4): 267-275.
2. Joseph, J.F. Parr, M.K. Synthetic androgens as designer supplements. *Current Neuropharmacology*. 2015, 13: 89-100.
3. Kafrouni MI, Anders RA, Verma S. Hepatotoxicity associated with dietary supplements containing anabolic steroids. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007, 5: 809-812.
4. Instituto Português do Desporto e Juventude: [http://www.adop.pt/media/8930/ADoP%202014%20Dados%20Estatisticos%20\(site\).pdf](http://www.adop.pt/media/8930/ADoP%202014%20Dados%20Estatisticos%20(site).pdf)
5. Massada, M., Ribeiro, S., Ferreira, V. Consumo de substâncias dopantes no desporto recreativo português – um estudo em praticantes de musculação. *Ver Med Dep Informa*, 2011, 2(4):19-21.
6. Ribeiro, B. Esteroides androgénicos anabolizantes – uma breve revisão. *Ver Med Dep Informa*, 2011, 2(5):22-25.
7. Robles-Díaz, M., Gonzalez-Jimenez, A., Medina-Caliz, C., et al. Distinct phenotype of hepatotoxicity associated with illicit use of anabolic steroids. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 41:116-125.
8. Shahidi NT. A review of the chemistry, biological action, and clinical applications of anabolic-androgenic steroids. *Clin Ther* 2001;23:1355-1390.

Chylaskos as a presentation of serous papillary adenocarcinoma of the endometrium: a case report

Maria Inês Sequeira¹, Tiago Borges², Isabel Camões²

¹ Medical Oncology Department, Instituto Português de Oncologia do Porto (Porto, Portugal)

² Internal Medicine Department, Centro Hospitalar de São João (Porto, Portugal)

Abstract

A 77-year-old female was presented to the emergency department with intense anorexia, weight loss despite progressive abdominal distension, and dyspnea. Abdomen imaging studies revealed moderate-volume ascites and a hepatic space-occupying lesion. Diagnostic paracentesis allowed the drainage of a chylous effusion and cytology analysis identified adenocarcinoma cells. Hepatic metastasis of papillary serous adenocarcinoma of the endometrium was confirmed after tomography-guided biopsy.

Endometrial carcinoma is the most common malignant gynecological neoplasm in developed countries and is often classified in type I with endometrioid histology (estrogen-dependent) and non endometrioid type II (non-estrogen-dependent). Chylous ascites or chylaskos is a rare presentation on hospital admission. Several etiologies have been described. In adults, solid malignancy is expected to be identified in less than 20% of the cases. Currently only one case of endometrial carcinoma presenting with chylous ascites was described in a systematic review.

Keywords: Chylous ascites, endometrial neoplasms

Clinical case

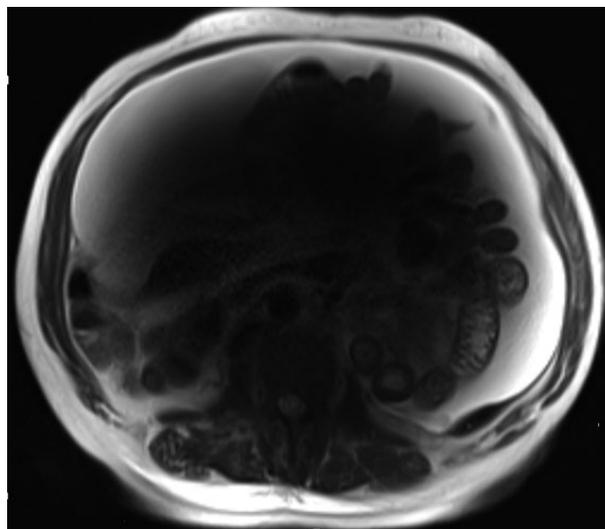
A 77-year-old female was admitted in the Internal Medicine ward for investigation after presenting to the emergency department with intense anorexia, weight loss despite progressive abdominal distension and dyspnea. As past medical history, the patient related chronic gastritis, chronic microcytic anemia, arterial hypertension, dyslipidemia and type 2 diabetes mellitus with no vascular events, besides chronic kidney disease (stage 3). She denied any alcohol or smoke habits. On gynecological reports she had one term labor with eutocic delivery, menarche at 12 and menopause at 40 years, with no further complaints or bleeding discharge since then. Laboratory evaluation showed microcytic anemia (hemoglobin 7.4 g/dL, mean corpuscular volume 75.7 fL) with normal white cells and platelet count, mild hypoalbuminemia (31.6 g/L), normal serum total protein (67.7 g/L), normal serum transaminases (aspartate aminotransferase 17 U/L, alanine aminotransferase 8 U/L) normal gamma glutamyl transpeptidase (30 U/L), alkaline phosphatase (110 U/l) and lactate dehydrogenase (228 U/L) values; high erythrocyte sedimentation rate (71 mm in the first hour) and a high C-reactive protein (64.3 mg/L), not changed baseline renal function (serum creatinine of 1.60 mg/dL with an estimated glomerular filtration rate of 35 mL/min/1.73 m²).

Diagnostic paracentesis allowed the drainage of an exudative effusion. The laboratory analysis revealed 574 total cells with lymphocytes predominance (total protein of 51.9 g/L, albumin of 25.8 g/L, with a serum-to-ascites albumin gradient (SAAG) of 0.58 g/dL, lactate dehydrogenase level of 175 IU/L, glucose level of 126 mg/dL and triglyceride level of 382 mg/dL. It wasn't detected any microorganism from the effusion. These chemistry results were consistent with a chylous effusion. Cytological analysis identified adenocarcinoma cells of unknown origin. Abdominopelvic magnetic resonance imaging revealed several hypodense lesions in both hepatic lobes, suggestive of metastatic disease and moderate-volume ascites and a small bilateral pleural effusion, without adenopathy or another abnormal structures including adnexal glands, spleen or pancreas (Figure 1).

The patient was evaluated by Gynecology and at the physical examination she had a friable endometrium. She underwent transvaginal ultrasound and hysteroscopy with biopsy that showed serous papillary cells with immunoreactivity for p53 protein (100%), estrogen receptors (ER - 80%) and progesterone receptors (PR-10%).

Since the presentation of endometrial carcinoma as chylous ascites is a rare entity (see below), we considered the presence of a second neoplasm. After excluding digestive neoplasia with colonoscopy and upper gastrointestinal endoscopy, we performed a tomography-guided biopsy of the hepatic metastasis which corroborated the diagnosis of endometrial adenocarcinoma with a tubulo-papillary pattern, extensive areas of necrosis and positivity for ER, PR, p53 and cytokeratin-7. Finally, endometrial carcinoma was staged according to FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique) clas-

Figure 1. Magnetic resonance imaging showing moderate-volume ascites



sification (stage IVb based on diffuse nodular hepatic metastases and peritoneal carcinomatosis). The patient was proposed for palliative systemic chemotherapy that she could not receive due to the rapid clinical deterioration because of an obstructive renal failure. The patient died a few weeks after discharged.

Discussion

Endometrial carcinoma is the fourth most common malignant gynecological neoplasm in developed countries; it is often classified, according to clinic-pathological and molecular characteristics, in type I and II. Type I includes tumor in grade 1 or 2 with endometrioid histology (estrogen-dependent); Type II includes advanced grade 3 endometrioid carcinomas and non endometrioid (non-estrogen-dependent) with serous papillary, clear cell, mucinous, squamous, transitional cells, mesonephric and undifferentiated histology.^{1,2} Type I endometrial carcinoma is associated with exogenous (hormonal therapeutic) or endogenous estrogen (obese and diabetic patient) exposure. This case corresponds to a papillary serous carcinoma (type II, non-estrogen dependent), despite the endogenous estrogen exposure as risk factor. The papillary serous carcinoma represents about 5% of all endometrial carcinomas.³ They have a complex papillary architecture, always have marked nuclear atypia, and are highly aggressive. The diagnosis requires histopathological confirmation, while surgical staging depends on acquisition of peritoneal fluid or washings, exploration of the abdominal cavity and pelvic and para-aortic nodal areas, and total hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy.² About 75% of endometrial tumors are limited to the uterus by the time of diagnosis, which corresponds to stage I according to FIGO classification.¹ This was not the case of this patient, since peritoneal carcinomatosis and diffuse nodular hepatic metastases were documented. Therefore, search for other primary locations was performed using endoscopic procedure and imaging techniques. A 2003 review of 129 cases of uterine papillary serous carcinoma demonstrated that abnormal bleeding represents the presenting symptom in about two thirds of cases, being the most common also in other endometrial cancer subtypes; instead, abnormal Papanicolaou smear occurs isolated in 10% and abdominal symptoms such as distension and/or pain in about 9%.³ In this patient, the presenting symptom was abdominal distension caused by moderate-volume ascites, along with anorexia and dyspnea.

Chylous ascites or chylaskos is a rare entity occurring in about 1 of 20,000 to 187,000 hospital admissions and being more common in females. It is defined as the accumulation of milky-appearing fluid containing high levels of triglycerides in the abdominal cavity.⁴ Staats has pointed a triglyceride level greater than 110 mg/dL to be highly sug-

gestive of chylous ascites, even though arbitrary values have been set by different authors.⁵ On the other hand, Cárdenas et al have stated that ascitic fluid in chylaskos has the following characteristics: triglyceride level above 200 mg/dL, cell count above 500 with predominance of lymphocytes, total protein between 2.5 and 7.0 g/dL, SAAG below 1.1 g/dL (except when cirrhosis is the cause of chylous ascites), LDH level between 110 and 200 IU/L and glucose level under 100 mg/dL.⁷ In this case, all these criteria were fulfilled. Several causes have been described for chylous ascites. In developed countries, the main causes are malignancy or chronic hepatic diseases. On the other hand, infectious etiology and specifically tuberculosis is still very frequent. But other causes have been described, including inflammatory diseases, trauma, surgical iatrogenesis and congenital abnormalities, which must be considered particularly in infants.⁶ This patient had no history of liver disease, trauma or abdominal surgery and tuberculosis was also excluded by direct examination and culture of peritoneal fluid. In a 2011 systematic review on symptoms and causes of atraumatic chylous ascites, Steinemann et al reported that, in adults, malignancy is the cause in 17% of cases, with particular relevance for non-Hodgkin lymphoma. Endometrial cancer was reported only once as the cause of chylous ascites in 190 patients.⁴ The rarity of this presentation justifies the search for other potential etiologies of chylous ascites in this patient, but only one primary malignancy was able to explain the clinical scenario. To the best of our knowledge, only one case of chylous ascites caused by endometrial carcinoma has been published.⁸ Nevertheless, we do not know whether this case addresses a serous papillary adenocarcinoma or other type of endometrial carcinoma.

References

1. Ryan AJ, Susil B, Jobling TW, Oehler MK. Endometrial cancer. *Cell Tissue Res* 2005; 322:53–61.
2. Colombo N, Preti E, Landoni F, Carinelli S, Colombo A, Marini C et al. Endometrial cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2013 Oct;24 Suppl 6:vi33-8
3. Slomovitz BM, Burke TW, Eifel PJ, Ramondetta LM, Silva EG, Jhingran A et al. Uterine papillary serous carcinoma (UPSC): a single institution review of 129 cases. *Gynecol Oncol* 2003;91:463–469.
4. Steinemann DC, Dindo D, Clavien PA, Nocito A. Atraumatic Chylous Ascites: Systematic Review on Symptoms and Causes. *J Am Coll Surg* 2011;212:899-905
5. Staats BA, Ellefson RD, Budahn LL, Dines DE, Prakash UB, Offord K. The lipoprotein profile of chylous and nonchylous pleural effusions. *Mayo Clin Proc*. 1980;55(11):700-4
6. Aalami OO, Allen DB, Organ CH Jr. Chylous ascites: A collective review. *Surgery* 2000; 128: 761-78
7. Cárdenas A, Chopra S. Chylous ascites. *Am J Gastroenterol* 2002; 97:1896-1900
8. Garcia-Roman JM, DeAndresVidal S, DeLaFuenteBuceta A, GranadosMartin MD. Endometrial carcinoma presenting with massive chylous ascites. *Presse Med* 1996;25:865

Sinal “S” de Golden

The Golden “S” Sign

Os autores apresentam o caso de um paciente com antecedentes tabágicos de 40 UMA, que recorreu a um Serviço de Urgência por quadro de hemoptises e síndrome constitucional. Do estudo realizado destaca-se broncofibroscopia ótica que descreve, na árvore brônquica direita, alargamento marcado do esporão do lobo superior direito (LSD), estando este totalmente ocluído por massa vegetante e com necrose. A TC revelou neoformação bronco-pulmonar central hilar direita, com oclusão completa abrupta do brônquio segmentar para o LSD, associada a perda de volume do lobo superior direito e mediastino repuxado para a direita. O resultado histológico foi compatível com carcinoma pulmonar espinocelular.

O sinal *S Golden*, descrito por Golden em 1925, traduz uma deformação da pequena cisura consequente à existência de uma massa hilar.⁴ Esta condiciona colapso do brônquio superior direito e subsequentemente colapso do respetivo lobo. A pequena cisura que delimita estas alterações apresenta-se com a forma de “S invertido”,² de concavidade inferior periférica (colapso pulmonar) e convexidade central (massa).

O LSD localiza-se anteriormente à fissura oblíqua e é delimitado inferiormente pela fissura horizontal e posteriormente pela fissura oblíqua. Este lobo é igualmente delimitado lateralmente pela parede torácica e medialmente pelo mediastino.^{2,5} Quando se verifica perda de volume no LSD, as alterações anatómicas resultantes incluem deslocamento das fissuras, desvio das estruturas mediastínicas e aumento da opacidade pulmonar, dependendo da gravidade da perda pulmonar.^{6,7} Na presença de colapso do LSD, as fissuras oblíqua e horizontal movem-se superiormente e medialmente em direção ao mediastino, ocorrendo hiperinsuflação compensatória do lobo médio e do lobo inferior. O resultado pode ser apreciado na radiografia posteroanterior do tórax como uma concavidade inferior da fissura horizontal e uma opacidade triangular que representa o lobo colapsado. O sinal *S de Golden* pode ser visto na radiografia posteroanterior (figura 1) ou TC do tórax (figura 2)⁵, quando uma massa hilar volumosa está presente, como uma convexidade inferior da porção medial ou proximal da fissura horizontal.

O LSD é o lobo onde mais frequentemente se desenvolvem neoplasias pulmonares. Este sinal deve levantar a suspeita de neoplasia mas também pode ser encontrado em metástases ou adenomegalias volumosas.⁴ Por vezes o colapso do LSD pode resultar num sinal *S Golden* na ausência de massas.²

Os autores pretendem salientar a necessidade da investigação com TC e eventualmente BFO com biopsia deste achado imagiológico na radiografia do tórax uma vez que a etiologia neoplásica pode estar na sua gênese.

Referências bibliográficas

1. Golden R. The effect of bronchostenosis upon the roentgen ray shadow in carcinoma of the bronchus. *AJR Am J Roentgenol* 1925; 13:21.
2. Proto AV, Tocino I. Radiographic manifestations of lobar collapse. *Semin Roentgenol* 1980; 15:117-173.
3. Reinig JW, Ross P. Computed tomography appearance of Golden’s “S” sign. *J Comput Tomogr* 1984; 8:219-223.
4. Gupta P. «The Golden S sign». *Radiology* 2004; 233: 790-1.
5. Robbins LL, Clayton HH. The roentgen appearance of lobar and segmental collapse of the lung. VI. Collapse of the upper lobes. *Radiology* 1945; 45:347-355.
6. Woodring JH, Reed JC. Types and mechanisms of pulmonary atelectasis. *J Thorac Imaging* 1996; 11:92-108.
7. Lubert M, Krause GR. Further observations on lobar collapse. *Radiol Clin North Am* 1963; 1:331-346.

Figura 1. À esquerda: radiografia do tórax posteroanterior de 2009, apenas com discreta globosidade hilar direita, de padrão broncovascular. À direita: radiografia do tórax posteroanterior de 2011 com o sinal de “S” Golden. É possível ver a convexidade da massa e a concavidade da pequena fissura.

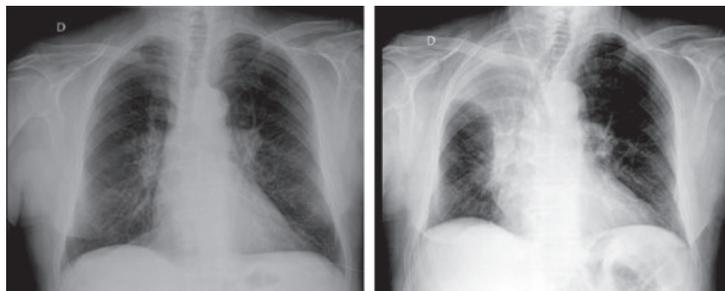
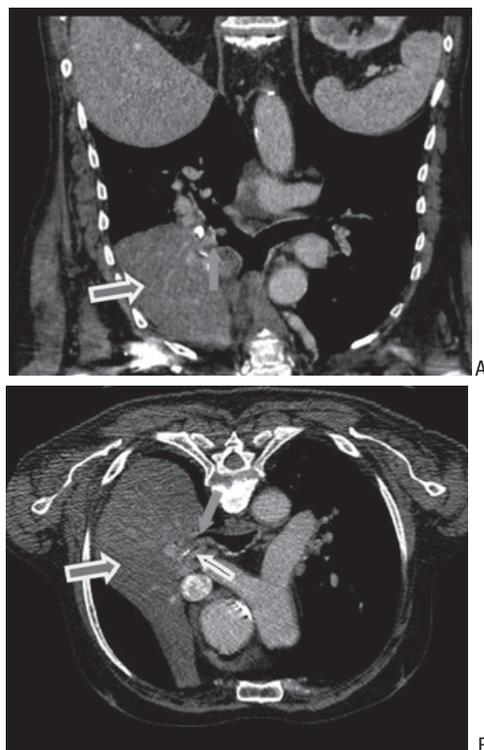


Figura 2. A: reformatação coronal de TC efetuado após contraste endovenoso, demonstra oclusão abrupta do brônquio segmentar para o lobo superior direito, condicionado por massa neoplásica, caracterizada por biópsia como carcinoma espinocelular. Observa-se consolidação sem broncograma aéreo do LSD. B: consolidação do LSD, com adenopatias hilares direitas.



Diagnóstico: Carcinoma pulmonar espinocelular. Sinal S Golden

Miguel Ricardo,¹ Carlos Macedo,²

¹Interno de Formação Específica de Medicina Interna, ²Interno de Formação Específica de Radiologia.

Centro Hospitalar do Porto, Hospital e Santo António, Porto, Portugal

Correspondência: miguelbentorricardo@gmail.com

Como citar este artigo: Ricardo M, Macedo C. Carcinoma pulmonar espinocelular. Sinal S Golden. *Galiclin* 2017; 78 (2): 84

Recibido: 29/10/2016; Aceptado: 30/11/2016

Um caso de lesão renal aguda pós-renal

A case of post-renal acute renal failure

Os autores apresentam o caso de um doente de 82 anos, sexo masculino, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva, hipertrofia benigna da próstata, litíase renal, aplasia medular idiopática, obesidade e alergia a metamizol.

Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia, cansaço para médios esforços, edema dos membros inferiores e dor abdominal. Da observação realizada à admissão salienta-se: auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido e ferveores crepitantes bibasais, dor à palpação do hipogastro e edema dos membros inferiores. A avaliação analítica inicial revelou: anemia (hemoglobina 8.7g/dL), discreto aumento da proteína C reativa (PCR 17 mg/L), alteração da função renal (ureia 76.3 mg/dL e creatinina 1.9 mg/dL) e Urina II com eritroleucocitúria. Fez radiografia de tórax que revelou índice cardiotorácico aumentado e sinais sugestivos de estase ao nível das bases. Foi internado com as hipóteses diagnósticas de insuficiência cardíaca congestiva descompensada, cistite aguda, lesão renal aguda e anemia, tendo iniciado antibioterapia empírica dirigida a cistite e terapêutica com diuréticos.

Apesar da melhoria da sintomatologia inicial, verificou-se um agravamento marcado da função renal (atingindo ureia 234.4 mg/dL e creatinina 8.0 mg/dL), associado a hematuria e diminuição da diurese. Para estudo da lesão renal, realizou ecografia renal que mostrou hidronefrose bilateral e litíase renal múltipla. De seguida, realizou tomografia computadorizada abdomino-pélvica que confirmou a ureterohidronefrose bilateral e, além disso, revelou litíase vesical múltipla ocupando a quase totalidade do lúmen vesical (Figuras 1 e 2).

Perante este quadro de lesão renal aguda no contexto de uropatia obstrutiva por litíase vesical múltipla, foi transferido para um serviço de Urologia, onde foi submetido a colocação de nefrostomias bilaterais. Apesar de uma melhoria inicial da função renal, o estado clínico do doente foi degradando progressivamente devido a intercorrências infecciosas. Acabou por necessitar de técnicas de substituição renal e falecer no contexto de infeção nosocomial.

Além de demonstrar a importância dos exames complementares de diagnóstico no estudo da lesão renal aguda, este caso apresenta uma causa incomum de hidronefrose bilateral (e de consequente lesão renal aguda).¹ Ao contrário do nosso caso, os outros casos documentados de lesão renal aguda associada a litíase vesical dizem respeito a um cálculo único de grandes dimensões.^{1,2,3,4}

Os cálculos vesicais correspondem a cerca de 5% dos cálculos urinários e é raro que atinjam dimensões suficientes para causar obstrução^{2,3,4}, com consequente hidronefrose bilateral e lesão renal aguda. Os homens são mais afetados que as mulheres e os métodos utilizados para o seu diagnóstico incluem radiografia convencional, ecografia e tomografia computadorizada.⁴

Bibliografia

1. Wei W, Wang J. A huge bladder calculus causing acute renal failure. *Urol Res.* 2010; 38: 231-232.
2. Celik O, Suelozgeb T, Budak S, Ilbey YO. Post-renal acute renal failure due to a huge bladder stone. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia.* 2014; 86(2): 146-147.
3. Komeya M, Sahoda T, Sugiura S, Sawada T, Kitami K. A huge bladder calculus causing acute renal failure. *Urolithiasis.* 2013; 41: 85-87.
4. Aydogdu O, Telli O, Burgu B, Beduk Y. Infravesical obstruction results as giant bladder calculi. *Canadian Urological Association Journal.* 2011; 5(4): 77-78.

Figura 1. Tomografia computadorizada abdomino-pélvica que mostra múltiplos cálculos a nível da bexiga, além do balão do cateter vesical (corte axial).

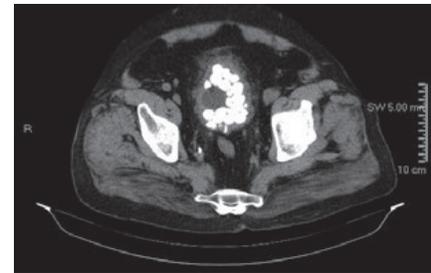


Figura 2. Tomografia computadorizada abdomino-pélvica que mostra ureterohidronefrose bilateral e múltiplos cálculos a nível da bexiga, além do balão do cateter vesical (corte coronal).



Figura 3. Radiografia abdominal simples que mostra múltiplos cálculos a nível da bexiga e também os cateteres de nefrostomia (bilaterais).



Figura 4. Radiografia abdominal simples que mostra múltiplos cálculos a nível da bexiga



Diagnóstico: Um caso de lesão renal aguda pós-renal por litíase vesical múltipla

Nídia Calado, Carlos C. Villalon

Serviço de Medicina Interna. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano. Portalegre, Portugal.

Correspondência: nidiacalado@hotmail.com

Como citar este artigo: Calado N, C. Villalon C

Um caso de lesão renal aguda pós-renal por litíase vesical múltipla. *Galicía Clin* 2017; 78 (2): 85

Recibido: 01/11/2016; Aceptado: 30/11/2016

Factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico en población laboral (sector industrial).

Estudio de cohortes a 5 años.

Cardiovascular risk factors and metabolic syndrome working population (industrial sector). Cohort a 5 years.

Carlos Alberto Názara

PhD, Internista y médico de familia C.S. Marín Eoxi Pontevedra/Salnés.

Universidad de Vigo. Facultad de Biología. Departamento de Bioquímica, Genética e Inmunología.

El Síndrome Metabólico (SM), es una entidad clínica de agrupación de factores de riesgo cardiovascular (CV) en el que subyace un trastorno del metabolismo hidrocarbonado y que supondría un mayor riesgo de enfermedad CV que el debido a la suma de todos los factores que lo constituyen, de modo independiente.

A día de hoy no se acepta que sea un diagnóstico a consignar en la historia clínica del paciente, si bien se trataría de una herramienta en el abordaje del riesgo CV del individuo. Hay varios criterios, basados en consenso, para el diagnóstico de SM. Aquellos que resultan válidos y se toman como referencia son: OMS, EGIR, NCEP-ATPIII, IDF.

La prevalencia del SM es muy variable, oscilando en Europa entre un 7%-36%, dependiendo de la edad, sexo, zona geográfica, grupo étnico y enfermedades subyacentes. Dicha variabilidad aplica, como cabe suponer, a nuestro país.

El SM es un auténtico problema sanitario, debido a la morbilidad y mortalidad de las poblaciones que lo presentan, siendo lo más destacado, su asociación con el desarrollo de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Desde el punto de vista clínico-asistencial y de salud pública, interesa su identificación temprana para una actuación de prevención de la enfermedad CV, a partir del supuesto riesgo que entraña, más allá de la mera alteración del metabolismo hidrocarbonado, y debido al riesgo relativo añadido de cada uno de sus componentes.

Los objetivos principales del estudio son: Realizar una descripción, en función de variables antropométricas, de una muestra de población laboral; analizar las variables relacionadas con el SM y su distribución y prevalencia en dicha muestra; estimar la prevalencia del SM en población laboral española, basándose en un estudio muestral de población laboral del sector industrial; efectuar una aproximación al estudio del Riesgo Cardiovascular global en la población considerada desde el contexto de un trastorno metabólico subyacente.

Los objetivos secundarios a conseguir son: Analizar otras variables de implicación en el SM (obesidad y colesterol); estimar la prevalencia de hipercolesterolemia en la pobla-

ción de estudio; analizar la variabilidad de los factores de riesgo considerados en el período de observación; efectuar una aproximación a la morbimortalidad cardiovascular del colectivo, durante el período de observación.

El trabajo se realizó en el marco de un esquema de reconocimiento periódico anual de salud laboral, que reunió una muestra de 221 personas, que fueron seguidas a lo largo de 5 años. La cohorte vino definida por la aceptación para participar en el estudio de salud laboral y el consentimiento tácito para el uso (de forma anónima) de los datos relativos a dicho examen de salud.

Se consideraron las siguientes variables del estudio: Edad, peso, talla, IMC, circunferencia abdominal, presión arterial, glucosa plasmática basal, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos.

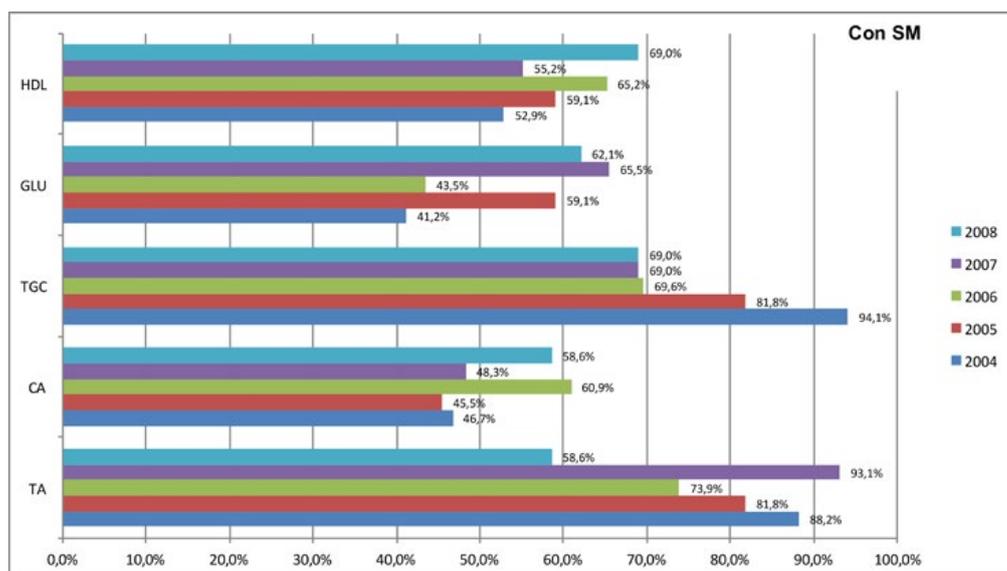
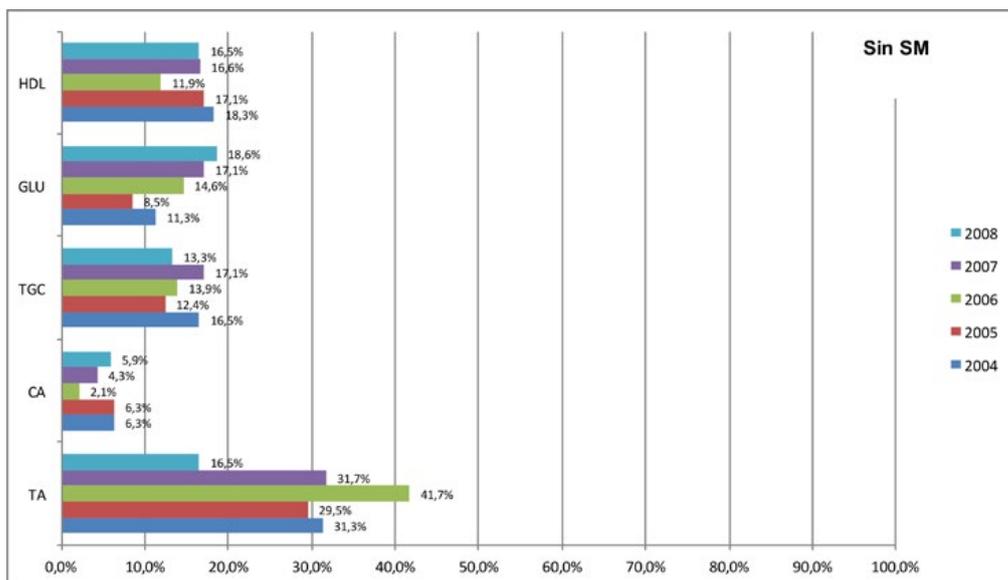
Se aplicaron la prueba de Kolmogorov-Smirnov (distribución normal) y la de Levene (homogeneidad de varianzas), seguido de pruebas paramétricas o no paramétricas según correspondiera (prueba T de student o la U de Mann-Whitney y la prueba ANOVA de 1 factor). También la prueba de Chi cuadrado y el estadístico exacto de Fisher para la comparación de variables categóricas. En todos los casos se calculó el intervalo de confianza del 95%. Todos los análisis estadísticos se realizaron empleando el paquete estadístico SPSS 17.0 para Windows.

La muestra constaba de 221 personas de ambos sexos. 86% eran varones y el 14% mujeres. La media de edad fue de 38.4 años, con un rango de 19-58 años. A lo largo de los 5 años hubo una variabilidad mínima en cuanto a la distribución por sexo y edad. La distribución no seguía un patrón normal.

Presentaban sobrepeso/obesidad el 62,9% de los individuos y de entre ellos, el 22.1% presentaban obesidad de grado II-III.

La prevalencia del SM, para ambos sexos (no se estableció la diferencia por sexos por el bajo porcentaje de mujeres en la muestra), fue del 23,1% por criterios ATPIII y del 29,4% por criterios IDF (mayor porcentaje por criterios más restrictivos en la circunferencia abdominal)

Figuras. Variación interanual en la frecuencia de los distintos componentes del sm a lo largo del período de tiempo del estudio; gráficas comparativas entre los que reúnen criterios suficientes y los que no



Según Criterios ATPIII, el gran componente del SM (en cuanto a su participación porcentual), a excepción del año 2008 es la presión arterial (PA) elevada y cobran una gran importancia ponderada las cifras bajas de colesterol HDL y los valores altos de triglicéridos.

Cabe resaltar la importante diferencia existente en cuanto a la alteración de la circunferencia abdominal (CA) entre los individuos que tienen SM con respecto a los que no tienen

SM, indicando así la gran participación que tiene como indicador de SM la CA.

La PA, que es la variable más comúnmente alterada, no presenta una marcada asociación con SM (demostrado por los estudios de contingencia para la estimación del riesgo de cada variable), siendo así la CA y los triglicéridos los que más determinan la presencia de SM.

COMUNICACIONES ORALES

PROGRAMA DE USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS (PROA) EN UN HOSPITAL DE TAMAÑO MEDIO

García-Rodríguez JF, Bardán-García B, Peña-Rodríguez MF, Álvarez-Díaz H, Mariño-Callejo A, Sesma-Sánchez P.

MEDICINA INTERNA, UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. FARMACIA Y MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

OBJETIVOS: Evaluar el impacto de un PROA sobre la prescripción de Meropenem durante 2 años, hospital de 350 camas.

MATERIAL Y MÉTODOS: En 2014 se constituyó un grupo multidisciplinar que revisó y consensuó guías locales de tratamiento antibiótico. En enero/2015 pusieron en marcha medidas de asesoramiento al prescriptor. Mediante un aplicativo informático identificaron cada día los pacientes que iniciaron tratamiento con Meropenem. En todos ellos se revisó la información clínica-microbiológica y se realizaron recomendaciones respecto al tratamiento antibiótico (personalmente al prescriptor o en la historia clínica electrónica). Se recogió información de forma prospectiva y protocolizada entre 15/01/15 y 31/12/16: tipo de infección, lugar de adquisición, situación clínica del paciente, justificación de la prescripción, aceptación de la intervención, días de tratamiento antibiótico, evolución, efectos adversos, días de estancia, reingresos, costes del tratamiento. Se revisaron de forma retrospectiva, como comparador, las prescripciones de Meropenem de los últimos 4 meses del 2014. La repercusión sobre el consumo de antibióticos se realizó comparando las DDD/100 estancias/día durante los años 2013-2016; la repercusión sobre el coste durante 2015-2016 en base a la diferencia de PVL entre el tratamiento con Meropenem y el antimicrobiano propuesto, cuando éste fue aceptado.

RESULTADOS: En los 4 últimos meses de 2014 iniciaron tratamiento con Meropenem 150 pacientes; en 2015-2016 lo hicieron 592, en los que las principales localizaciones de la infección fueron: urinaria 199, respiratoria 119, herida quirúrgica 79. Adquisición nosocomial 40,9%, asociada a cuidados sociosanitarios 39,9%, extrahospitalaria 19,3%. De los 592 tratamientos, 325 se consideraron justificados y en 267 sin una causa justificada se realizaron intervenciones sobre la prescripción: en 217 se aceptó la intervención, en 50 no. No hubo diferencias significativas entre los casos con intervención aceptada (cambio de antibiótico) y los casos con intervención no aceptada (continuación con Meropenem) en: muerte por infección (11 vs 5), reingreso (10 vs 3), efectos adversos (21 vs 3), diarrea por *C. difficile* (3 vs 1). Fueron significativas ($p < 0,05$) las diferencias en: duración de tratamiento antibiótico (10,9±9,8 vs 15±8,7), coste medio del tratamiento antibiótico (95,5±205,3 € vs 231,4±559,3), días de estancia hospitalaria (17,7±16,5 vs 28,9±25,2). La indicación de tratamiento justificado con Meropenem mejoró: 44,7%/2014 a 60,9%/2016, $p < 0,001$. Se produjo un descenso del 30,9% en el consumo de Meropenem. El ahorro estimado fue 983.260,95 € (85.660,95 en antibióticos y 897.600 en 1.700 días de estancia potencialmente evitadas).

CONCLUSIONES: Mejoró la prescripción y disminuyó el consumo de Meropenem. La aceptación de la intervención conllevó un descenso en los días de tratamiento antibiótico, del coste del tratamiento y de los días de estancia, sin impacto negativo en la seguridad del paciente.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CONSULTA DE CRÓNICOS DEL SERVICIO DE M. INTERNA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE FERROL (2013-2015)

Jorge Sánchez RJ, Caínzos Romero T, Gómez Buela I, Sánchez Trigo S, Sardina Ferreiro R, Bouzas Cernadas G.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE FERROL (CHUF)

INTRODUCCIÓN: La asistencia sanitaria a los pacientes crónicos se ha convertido en los últimos años en un tema de prioridad para los distintos sistemas de salud, poniendo de manifiesto la necesidad de modificar los modelos asistenciales para dar satisfacción a las elevadas necesidades de estos pacientes sin comprometer la sostenibilidad del sistema. Hasta la fecha, no existe un modelo único que trate de dar respuesta a este problema.

OBJETIVO: Describir el perfil de pacientes, la intensidad asistencial registrada y el pronóstico de los enfermos atendidos en las consultas de crónicos del Servicio de M. Interna del CHUF entre los años 2013 y 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se registraron todos los pacientes atendidos en la consulta de crónicos del CHUF entre el 1/1/2013 y el 31/12/2015. Además de los datos epidemiológicos básicos se registraron: la clasificación de patologías de Ollero, la estratificación del Sergas de 31/12/2013, los índices de Barthel y de Lawton-Brody, las consultas en primaria, PACs, urgencias, consultas de crónicos y de otras especialidades médicas, ingresos hospitalarios, días de estancia y fallecidos (CMBD y Caron). Respecto de los ingresos se registraron los diagnósticos principales al alta.

Se registraron 1042 pacientes, con un promedio de mujeres del 54%, con una edad media de 81,7 años (22-99), con un tiempo medio de seguimiento de 424 días. El 6% de los pacientes nuevos procedía de primaria y un 11% de otras especialidades, siendo el principal proveedor de estas Cardiología. El 45% de los pacientes pertenecía al estrato 3, y el 39% al 2 (datos Sergas). La mediana de patologías según Ollero fue de 3 (0-6), siendo la cardíaca la más prevalente, con un 64%, seguida de la renal (35%) y la respiratoria (24%). Al final del periodo, se habían registrado 319 fallecimientos (mortalidad del 30,9%). Respecto de la discapacidad, el Barthel medio fue de 67,9 puntos, con un 36% de pacientes por debajo de 60. Las mujeres tenían de media 10 puntos menos en el Barthel que los hombres. Respecto de las actividades instrumentales, la media fue de 3,1 y de 2,5 puntos para hombres y mujeres respectivamente, lo que implica que el 62% de los varones y el 81% de las mujeres tenía al menos una discapacidad instrumental moderada. En cuanto a las tasas de frecuentación por paciente y 100 días de seguimiento los resultados fueron: 3,8 visitas al MAP, 0,38 al PAC, 0,50 a Urgencias, 1,48 a crónicos, 0,61 a otras consultas médicas, 0,23 ingresos médicos y 2,4 días de estancia. Un 42,5% de los pacientes ingresó al menos una vez, con una mortalidad hospitalaria del 18%. La principal causa de ingreso fue la insuficiencia cardíaca seguida por la EPOC agudizada.

CONCLUSIONES: El perfil del paciente atendido en crónicos del CHUF es de un paciente añoso, de predominio femenino, con discapacidad moderada, altamente complejo, con elevada frecuentación del sistema en todos sus recursos asistenciales, y con una elevada mortalidad.

ESTUDIO DE LA FRECUENTACIÓN AL SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS PACIENTES EN SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA DE CRÓNICOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL (CHUF)

Jorge Sánchez RJ, Sardina Ferreiro, Gómez Buela I, Sánchez Trigo S, Caínzos Romero T, Bouzas Cernadas G.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE FERROL (CHUF)

INTRODUCCIÓN: Desde la consulta de crónicos se interna dar una respuesta ágil a las necesidades de estos pacientes que evite las visitas al servicio de urgencias (SU) e ingresos no programados. Sin embargo, una de las carencias de la consulta para este objetivo es su horario de funcionamiento, de lunes viernes en horario de mañana, lo que dificulta una atención "no programada" en la consulta para intentar resolver estas crisis de necesidad.

OBJETIVO: Analizar la frecuentación a urgencias de los pacientes en seguimiento en crónicos entre el 4/12/2016 y el 3/3/2017, su perfil clínico, los horarios de frecuentación, el perfil del profesional asistente requerido y el resultado de dicha asistencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diariamente, se recibe un correo desde el servicio de informática los datos de los pacientes atendidos en crónicos en los últimos 12 meses que han acudido el día anterior al SU, junto con el servicio responsable del alta. De estos pacientes se recogieron los datos epidemiológicos básicos, su clasificación de patologías de Ollero, los índices de Barthel y Lawton Brody, la fecha de último contacto con la consulta de crónicos, el problema principal de seguimiento, el motivo de visita a urgencias, el diagnóstico al alta y el destino (domicilio o ingreso).

RESULTADOS: A finales de 2016, había activos en la consulta cerca de 900 pacientes. 135 acudieron al menos una vez al SU (15%), moda 1 (1-4). Un 23% acudió al SU en más de una ocasión. Se registraron 178 visitas al SU. El 72% de los pacientes procedía de la zona urbana (Ferrol, Narón, Neda y Fene). Un 43,8% de los pacientes acudió al SU por la mañana (8 a 15 h), un 37,6% por la tarde (15 a 22h) y un 18% por la noche (de 22 a 8 h). 68 eran mujeres y 67 varones. La edad media fue de 84,7 a. El Barthel medio de los pacientes fue de 70,6. El promedio de categorías (Ollero) fue de 2,2. El 74,9% de los pacientes tenían patología cardíaca, el 45,9% renal y el 25,9% respiratoria. El T medio desde el último contacto con crónicos hasta la visita al SU fue de 61 días (0-362). La principal causa de consulta fue la disnea (37,6%), seguido por el TCE (6,2%), dolor abdominal (5,6%) o torácico (3,4%). El 56,7% de las visitas acabaron valoradas por la guardia de M. Interna y un 7,3% necesitaron de otro especialista. El dx al alta fue de inf. respiratoria (18,5%), ICC (17,4%), TCE (3,4%), ITU (3,4%) y EPOC (2,8%). 88 vistas acabaron en ingreso (50%). El % de ingresos de las visitas según el turno fue de 48%, 47,7% y 58% para mañana, tarde o noche respectivamente. Por procedencia el 49% de los residentes en la zona urbana ingresó frente al 54,2% de los procedentes de la zona rural. Del total de ingresos el 28,4% fue por bronquitis aguda, el 19,3% por ICC y el 6,8% por neumonía.

CONCLUSIONES: Sería interesante poder comprobar si un incremento del horario de funcionamiento de la consulta y el hospital de día permite disminuir la frecuentación y los ingresos de los pacientes crónicos.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN AMBULATORIA A LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Pedrosa Fraga C, Pombo Vide B, Piñeiro Fernández JC, López Reboiro M, Matesanz Fernández M.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCIUS AUGUSTI

INTRODUCCIÓN: Las últimas guías de Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV) recomiendan el tratamiento ambulatorio de los pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) de bajo riesgo. Se ha demostrado que el tratamiento extrahospitalario de la TVP es seguro y eficaz, por lo que cada vez es más frecuente la implantación de protocolos que intentan seleccionar a los pacientes candidatos a este tratamiento, realizándose su seguimiento en Hospitales de Día multidisciplinarios.

OBJETIVO: Analizar las características de los pacientes con TVP de bajo riesgo atendidos en el Hospital de Día de nuestro servicio, si se ha seguido el protocolo establecido y si el tratamiento pautado fue el adecuado.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de TVP de bajo riesgo en Urgencias del HULA, que fueron remitidos al Hospital de Día entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016. El diagnóstico de TVP se realizó mediante Eco-Doppler. Se analizaron los datos epidemiológicos, clínicos, evolutivos y terapéuticos. El análisis estadístico se realizó con SPSS22.

RESULTADOS: Se incluyeron 38 pacientes, 34 tenían ETV (26 TVP, 7 TVP y TEP, 1 tromboflebitis). El 53% fueron mujeres y la edad media fue de 65,53 ± 17,2 años. El IMC fue de 31,29 ± 5,73. El 58,8% de los pacientes presentaba varices. El 8,8% tenía antecedentes familiares de ETV y el 20,6% historia personal de ETV (4 TVP y 1 TEP). Se registraron 29 (85,3%) pacientes con TVP proximal y 4 (11,8%) con TVP distal. El 20,6% presentaban también TEP (3 pacientes PESI 0 y 4 pacientes PESI 1). El 44,1% fueron diagnosticados de TVP idiopática y el 55,9% de TVP secundaria; entre estos últimos el 65% tenía antecedentes de inmovilización, el 15% de tratamiento hormonal, el 15% de cirugía reciente y el 5% de viaje de larga duración. El protocolo se aplicó correctamente a 28 (82,4%) pacientes. De los pacientes que no siguieron el protocolo 4 presentaban un TEP con PESI mayor o igual a 1 (uno de ellos con flegmasia cerúlea dolens y hemorragia reciente) y 4 no presentaban TVP. Ingresaron el 17,6% (6 TEP). Todos los pacientes fueron tratados desde el Servicio de Urgencias con heparina de bajo peso molecular (HBPM) en la fase inicial. El 17,6% no recibieron tratamiento ajustado por peso. El 70,6% (24 pacientes) completó el tratamiento con HBPM, el 23,5% (8 pacientes) con anti-vitamina K (AVK) y el 5,9% (2 pacientes) con nuevos anticoagulantes (ACODS). La duración de la anticoagulación fue de 6 meses en el 55,8% (19), 3 meses en el 32,35% (11) e indefinida en el 11,76% (4). Falleció solo un paciente durante el seguimiento a largo plazo (ictus hemorrágico).

CONCLUSIÓN: La correcta adecuación al protocolo de atención ambulatoria a la TVP de bajo riesgo en nuestro centro, ha conseguido disminuir el número de ingresos hospitalarios, estableciéndose un tratamiento correcto, eficaz y con una muy baja tasa de complicaciones.

ESCLEROSIS TUBEROSA EN NUESTRA ÁREA SANITARIA

Isorna M, Arévalo A, Rivera S, Verdeal R, Naveira A, Barbajelata C, Vares M, Piñeiro P, Llinares D, Rodríguez A, Freire S.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL A CORUÑA

OBJETIVOS: Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes adultos con esclerosis tuberosa (ET) del área sanitaria de A Coruña.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes; 18 años con ET posible o definida en nuestro área sanitaria entre los años 1999-2016. La búsqueda se efectuó a través del servicio de codificación, incluyendo posteriormente familiares de casos índice. Se recogieron variables demográficas, clínicas y de morbi-mortalidad obtenidas de su historia clínica. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 20.

RESULTADOS: Se identificaron 32 casos, 34,4% (11) varones, mediana de edad 40,6 años (rango 19-66, IQR 30,2-52,7), el 81,3% (26) con ET definida y el 18,8% (6) con ET posible. Aproximadamente en la mitad de los casos existía historia familiar. Sólo en 3 se realizó test genético, identificando mutaciones en TSC2, una patogénica y 2 de significado incierto. En ningún paciente fue posible analizar todas las variables por no estar reflejadas en la historia clínica o por falta de estudios. Las manifestaciones clínicas se expresan como porcentajes válidos. 90% presentaron angiofibromas, 55% fibromas ungueales, 22% máculas hipomelánicas y 21% placas de Shagreen. El 75% presentaron displasia cortical y el mismo porcentaje nódulos subependimarios (NSE), 73% epilepsia y 14% astrocitoma subependimario de células gigantes. En 11 la patología neuropsiquiátrica condicionó algún grado de dependencia. El 60% desarrolló angiomiolipomas (AML) y el 23% quistes renales múltiples. Dos pacientes presentaron linfangioleiomiomatosis y 4 rabdomiomas cardíacos. Se objetivó patología oftalmológica en 3 pacientes. Dos pacientes recibieron tratamiento con inhibidores de la m-TOR sistémicos. Aproximadamente la mitad realizaron láser CO2. Del grupo de pacientes con angiomiolipomas 17,2% precisaron tratamiento invasivo: 6,9% embolización, 3,4% resección parcial y 6,9% nefrectomía. Presentaron complicaciones renales 6 pacientes: 3 sangrado de AML y 3 trasplante renal (1 desarrolló carcinoma renal). Fallecieron 9,4% (3) pacientes. La causa del fallecimiento estuvo relacionada directamente con la enfermedad solo uno de los casos (status epiléptico).

DISCUSIÓN: La afectación más frecuente fue la cutánea en forma de angiofibromas, seguida de la afectación neurológica y de la renal, con angiomiolipomas en aproximadamente la mitad de los casos. Cerca del 20% de los pacientes presentaron complicaciones graves relacionadas con la afectación renal. Aproximadamente 1/3 presentaron trastornos neuropsiquiátricos que condicionan un cierto grado de dependencia.

CONCLUSIONES: A pesar de tratarse de una enfermedad rara, la ET es relativamente frecuente en nuestra área, existiendo casos familiares en la mitad de los pacientes. Se pone de manifiesto la importante morbilidad de esta enfermedad, lo que requiere un abordaje integral y multidisciplinar que debería corresponder al médico internista.

UVEÍTIS DE ORIGEN TUBERCULOSO

Barcia L (1), Chouza A (1), Cortés E (2), Parafita A (3), García JC (1), Calviño L (1), Fernández-Cid C (3), Anibarro L (1)

(1) UNIDAD DE TUBERCULOSIS, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, (2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, (3) SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA (1,3). HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL, MADRID

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de uveítis de origen tuberculoso (TBU) es impreciso y se basa habitualmente en una combinación de hallazgos en la exploración oftalmológica, estudios clínicos analíticos y radiológicos. La evolución y los factores pronósticos no son bien conocidos, especialmente en países con baja y media prevalencia de enfermedad tuberculosa (TB).

OBJETIVO: Realizar una descripción de los pacientes diagnosticados de TBU y analizar las variables asociadas al pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión de historias de todos los pacientes remitidos a la Unidad de Tuberculosis desde 2006 con diagnóstico presuntivo de TBU. Se realizó un análisis univariado y de regresión logística binaria para conocer los factores asociados al pronóstico tras el tratamiento, tanto en la agudeza visual como en la escala inflamatoria oftalmológica SUN (Standard Uveitis Nomenclature: valores entre 0 que indica ausencia de inflamación y 4 máxima inflamación).

RESULTADOS: Se identificaron 39 pacientes, de los que 15 se excluyeron para el análisis (9 por historia clínica incompleta, y otros 6 porque una vez revisada la historia clínica se consideró un diagnóstico etiológico alternativo distinto a la TB). Finalmente se incluyeron 24 enfermos con 40 ojos afectados. El 62% eran varones, la edad media fue 48;10,6 años. 16 enfermos presentaban uveítis bilateral. Solo 1 enfermo presentaba leucocitosis en el momento del diagnóstico y en el 82,6% la VSG era normal (<25 mm/h). La mediana de duración de síntomas hasta el inicio de tratamiento fue de 12 semanas (rango intercuartil: 3-24 semanas). El síntoma más frecuente fue la disminución de la agudeza visual en el 87,5% de los enfermos. La localización más frecuente fue la uveítis posterior (72,9% de los ojos). 5 pacientes presentaron paunveítis. En ninguno el diagnóstico de TBU fue definitivo. Evolución: Se realizó seguimiento a 23 enfermos durante una media de 41 meses (rango:9-124) después de la finalización del tratamiento. En todos se objetivó inactivación de la uveítis a la exploración oftalmológica (valor SUN=0 ó cicatrización de las lesiones coroidales), aunque en hubo recidiva. En el 62,5% de pacientes se objetivó mejoría de la agudeza visual y ausencia de recurrencia, aunque solo en el 39,1% la agudeza visual final fue igual a la unidad en ambos ojos. En el análisis por ojos, se objetivó mejoría en el 74,5%, aunque solo en el 56,4% la recuperación fue total. La ausencia de mejoría se relacionó con la duración de los síntomas ≥ 24 semanas ($p=0,017$). La falta de recuperación total se relacionó con la duración de los síntomas ($p=0,004$) y la presencia de coroiditis serpiginosa ($p=0,048$).

CONCLUSIONES: La uveítis de etiología TB puede provocar alteraciones irreversibles en la agudeza visual, especialmente en pacientes con demora diagnóstica prolongada. Es necesaria una adecuada coordinación entre los servicios de Oftalmología y los responsables del manejo de la TB para lograr un mejor pronóstico visual.

EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN PONTEVEDRA ¿SIGNOS DE ALARMA?

Cordoves I (1,2), Pena A (1), Barcia L (1), Chouza A (1), Encabo A (1), Álvarez MI (1) García JC (1), Luis Anibarro L (1).

(1) UNIDAD DE TUBERCULOSIS, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, (2) FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA, (1) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA, (2) FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA

INTRODUCCIÓN: La implementación en 1996 del Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis (PGTB) consiguió reducir de manera significativa la incidencia de esta enfermedad, que estaba históricamente entre las más altas en Europa Occidental. El desarrollo del Programa había logrado unos altos niveles de reconocimiento a nivel nacional e internacional.

OBJETIVO: Evaluar la incidencia de TB en el área sanitaria de Pontevedra y Salnés desde la instauración del PGTB en 1996 hasta 2015. Objetivo secundario: analizar las características diferenciadoras de TB entre pacientes con coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) respecto los no coinfectados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis de datos globales del PGTB en donde desde 1996 se realiza una búsqueda activa de casos, incluyendo los no declarados. Se analizaron las características clínicas, radiológicas, las variables asociadas al riesgo de enfermar y la situación final de los enfermos. Las cifras de población empleadas para calcular las tasas de incidencia se obtuvieron del Padrón Municipal de habitantes de Galicia, consultadas a través de la página web del Instituto Galego de Estadística. El análisis estadístico se realizó mediante la pruebas de chi cuadrado para la comparación de variables cualitativas y estudio de regresión lineal con R2 para el análisis de tendencias temporales.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se diagnosticaron 2545 casos, de los que el 92,2% fueron casos iniciales. La localización fue exclusivamente pulmonar en el 56,1% de los enfermos; extrapulmonar en el 35,9% y en ambas en el 8,1%. La prevalencia de resistencia a isoniacida en casos nunca tratados fue del 2,75%. En 17 pacientes el antibiograma demostró multiresistencia (10 casos iniciales, y 7 previamente tratados). En el 6,3% de pacientes existía coinfección VIH. Los pacientes con VIH presentaban varias características diferenciadoras respecto a los no coinfectados, como fueron la mayor prevalencia de afectación extrapulmonar (60,5% vs 42,8%; $p<0,001$), ausencia de cavitación en la Rx tórax (82,7% vs 63,2%; $p<0,001$) y una peor situación final (32,9% con situación final no satisfactoria vs 7,9%; $p<0,001$). Se pasó de una incidencia de 75,6 casos/100.000 habitantes en el año 1996 a 30,2 casos/100.000 en 2015 ($R2=0,879$; $p<0,0001$). Sin embargo al analizar la evolución en los últimos 6 años (2010-2015) el descenso no es significativo ($R2=0,53$; $p=0,66$). En el análisis de incidencia por grupos etarios se aprecia un patrón de picos en edades media de la vida, sugestivos de un control deficiente de la enfermedad (gráfico).

CONCLUSIONES: El estancamiento en el descenso de la incidencia de TB en los últimos años y el patrón de incidencia por grupos etarios pueden ser indicadores precoces de un posible mal control de la TB.

TASAS DE INCIDENCIA DE INGRESOS ASOCIADOS A SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA EN ESPAÑA: ANÁLISIS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS 1999-2010

Gómez-Méndez R (1) (a), Monte-Secades R (1) (a), Ventura-Valcárcel P (1) (b), Rabuñal-Rey R (1) (a), Guerrero-Sande H (1) (a), Chamorro-Fernández AJ (1) (c), Pértega-Díaz S (2) (d)

(1) MEDICINA INTERNA; (2) SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA. (A) HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCAS AUGUSTI, LUGO; (B) HOSPITAL DA COSTA, BURELA (LUGO); (C) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA; (D) COMPLEJO UNIVERSITARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA.

INTRODUCCIÓN: Las últimas encuestas sobre el uso de alcohol en España registran un descenso en la cantidad consumida en los últimos años. Sin embargo, no existen datos acerca de la incidencia de ingresos asociados a síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) ni sobre evolución en los últimos años.

OBJETIVOS: analizar las características, tasas de incidencia y tendencia evolutiva de los ingresos hospitalarios en hospitales públicos españoles asociados SAA.

MATERIAL Y MÉTODO: análisis de la base de datos del CMDB de hospitales públicos españoles de los ingresos hospitalarios con síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) (CIE9-MC 291.81)/ Delirio por abstinencia alcohólica (CIE9-MC 291.0)/ Alucinosis por abstinencia alcohólica (CIE9-MC 291.3), entre los años 1999 y 2010.

RESULTADOS: Se registraron 56.395 ingresos asociados a SAA. Edad media 50,9 años (DE 12,5) y 88% hombres. El servicio de ingreso más frecuente fue Medicina Interna (24,9%). La estancia media global fue 12,6 días (DE 14,4) y la mortalidad 4,7%. El 62,6% desarrollaron SAA durante un ingreso por otro motivo, en su mayoría por patologías relacionadas con el alcohol. Los diagnósticos secundarios en pacientes que ingresaron por SAA tenían relación directa o indirecta con el consumo de alcohol en más de la mitad de los casos. La tasa de incidencia de ingresos en España asociados a SAA se mantuvo estable entre 1999-2010 con un ligero descenso en los 3 últimos años del periodo. Las Comunidades con mayor incidencia fueron Canarias, Baleares y Galicia.

CONCLUSIONES: la incidencia de ingresos asociados a SAA en hospitales públicos españoles se ha mantenido estable con pequeñas modificaciones en el periodo 1999-2010. Existen diferencias en la incidencia de ingresos asociados a SAA entre las diferentes Comunidades autónomas.

PALABRAS CLAVE: síndrome de abstinencia alcohólica, incidencia, epidemiología.

ESCLEROSIS TUBEROSA ¿SE SIGUEN LAS RECOMENDACIONES INTERNACIONALES?

Rivera García S (1), Isorna Porto M (2), Arévalo Gómez A (1), González Vigo V (1), Suárez Fuentetaja R (1), Piñeiro Parga P (1)

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. A CORUÑA (A CORUÑA), HOSPITAL DA BARBANZA, RIBEIRA. LA CORUÑA

OBJETIVOS: Analizar si el seguimiento de pacientes adultos con complejo esclerosis tuberosa (CET) del área sanitaria de A Coruña se realiza de acuerdo con las recomendaciones internacionales (Conferencia de consenso Internacional sobre complejo esclerosis tuberosa 2012).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con CET del Área Sanitaria de A Coruña entre los años 1999-2015. Se incluyen pacientes con diagnóstico de CET posible o definida y edad ≥ 18 años. Para cada caso se recogieron variables demográficas, clínicas y de morbi-mortalidad. El análisis se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 20.

RESULTADOS: Se identificaron 32 casos de CET, 34,4% (11) varones, la mediana de edad 40,6 años (rango 19-66, IQR 30,2-52,7). El 18,8% (6) CET posible. Se realizó estudio genético en 3 pacientes con CET definida y en ninguno con CET posible. El 87,5% de los pacientes tenían algún estudio de neuroimagen. En el 68,7% de los pacientes consta algún estudio de imagen abdominal. En ninguno de los 16 casos con criterios para despistaje de linfangiomiomatosis (LAM) se había realizado TC de alta resolución, (TACAR) pruebas de función respiratoria (PFR) ni test de la marcha. De los 2 casos con LAM conocida ambos tenían TACAR, pero solo uno de ellos PFR y test de la marcha. Solo el 37,5% habían sido valorados por oftalmología. **DISCUSIÓN** El CET es una enfermedad neurocutánea con herencia autosómica dominante, afectación multiorgánica y complicaciones graves. Existen a nivel internacional diferentes documentos de consenso sobre la valoración y seguimiento de estos pacientes. En nuestra serie aproximadamente el 10% de pacientes carecía de estudio de neuroimagen recomendado y menos de la mitad habían realizado la prueba de elección (RM). Solo el 68,7% tenían prueba de imagen abdominal por lo que la afectación renal era desconocida en cerca de 1/3 de los pacientes. Además la mayoría de casos no se realizó en estudio de elección (RM abdominal). Algo más del 60% de pacientes nunca realizaron valoración oftalmológica. En ninguno de los pacientes candidatos a descartar afectación pulmonar habían solicitado los estudios pertinentes.

CONCLUSIONES: Por su naturaleza multisistémica con complicaciones graves, el CET requiere de una valoración global del paciente. - A raíz de este estudio se realizó un protocolo estandarizado en nuestro centro para el manejo óptimo de estos pacientes.

TÍTULO: ANÁLISIS DE RIESGO CARDIOVASCULAR, EMBÓLICO, Y HEMORRÁGICO EN UNA COHORTE DE 101 PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ANTIVITAMINA K Y HEMORRAGIA INTRACRANEAL ESPONTÁNEA

Encabo González AM (1), Paz Martínez C (2), Martínez Reglero C (3), Ríos Prego M (1), Alves Pereira ED (1), Brea Aparicio R (1), Velo García A (1), Chouza Piñeiro A (1), Barcia Sixto L (1), San Luis González A (2), Nogueira Fariña J (4), Rodríguez Álvarez JR (5), García García JC (1), Núñez Fernández MJ (1)

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, (2) SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO, (3) UNIDAD DE METODOLOGÍA Y ESTADÍSTICA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GALICIA SUR, (4) SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, (5) SERVICIO DE NEUROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA.

INTRODUCCIÓN: La hemorragia intracranial espontánea (HICE) asociada a tratamiento con antivitamina K (AVK) es una complicación infrecuente, diagnosticándose entre 7-10 veces más en los pacientes con AVK, respecto los que no reciben dicho tratamiento. Se caracteriza por una elevada morbi-mortalidad. Existen trabajos epidemiológicos sobre la HICE asociada a AVK, sin embargo desconocemos su repercusión en nuestra área sanitaria.

OBJETIVOS: Conocer los factores de riesgo cardiovascular, riesgo embólico, sangrado y los relacionados con la mortalidad en los pacientes que sufren una HICE asociada a AVK.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohortes, observacional retrospectivo. Criterios de inclusión: Pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra con diagnóstico HICE asociada a AVK, entre 1 enero de 2010 y 31 de diciembre de 2015. Criterios de exclusión: Pacientes con HICE que no reciben tratamiento alguno, o que que toman exclusivamente antiagregantes plaquetarios; pacientes con HICE tratados con AVK, en el seno de un proceso neoplásico intracranial; Pacientes HICE tratados con AVK, en los que la hemorragia intracranial es secundaria a traumatismo local o malformación arteriovenosa. Variables a estudiar: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (Sociedad Europea de Hipertensión), riesgo embólico (CHA2DS2-VASC), riesgo de hemorragia (HAS-BLED), INR en el momento de la HICE, características clínicas, radiológicas, y tratamiento administrado en el momento agudo para revertir la anticoagulación.

RESULTADOS: Se incluyeron 101 pacientes (53 hombres), con una edad media global de 80 años. Fallecieron en el hospital 45 (44%). Los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes fueron la edad (99%), HTA (89%) y el sexo masculino (52%). La indicación de tratamiento con AVK fue por fibrilación auricular no valvular (86%), enfermedad tromboembólica (6%) y fibrilación auricular valvular (5%). La media de CHA2DS2-VASC en los pacientes con FANV fue de 4'4 (ds: 1'5). La media de HAS-BLED del total fue 3 (ds:1). En el análisis univariante de mortalidad, la existencia de ACV previo, HICE múltiple, hemorragia intraventricular, hemorragia subaracnoidea, Glasgow grave y tiempo de demora elevado a la hora de realizar el TAC craneal diagnóstico, alcanzan significación estadística. En el análisis multivariante, sólo la presencia de hemorragia múltiple se relaciona con la mortalidad, siendo el Glasgow un factor en contra de la mortalidad.

CONCLUSIONES: Encontramos una elevada mortalidad en los pacientes con HICE asociada a AVK (44%). Los pacientes son mayoritariamente ancianos, anticoagulados por FANV, con alto riesgo cardiovascular, embólico y de sangrado. Un índice de Glasgow elevado en el momento del diagnóstico indica buen pronóstico, al contrario que la existencia de hemorragias múltiples que se relaciona con elevada mortalidad.

¿ EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES QUE SUFREN UNA HEMORRAGIA INTRACRANEAL ESPONTÁNEA ASOCIADA A TRATAMIENTO CON ANTIVITAMINA K, SEGÚN EL NÚMERO Y LA LOCALIZACIÓN ANATÓMICA?

Chouza Piñeiro A (1), Paz Martínez C (2), Martínez Reglero C (3), Encabo González AM (1), Ríos Prego M (1), Alves Pereira ED (1), Brea Aparicio R (1), Velo García A (1), Barcia Sixto L (1), San Luis González A (2), Nogueira Fariña J (4), Rodríguez Álvarez JR (5), Anibarro García L (1), Núñez Fernández MJ (1).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, (2) SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO, (3) UNIDAD DE METODOLOGÍA Y ESTADÍSTICA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GALICIA SUR, (4) SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, (5) SERVICIO DE NEUROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA.

INTRODUCCIÓN: La hemorragia intracranial espontánea (HICE) puede clasificarse según su localización en: lobar, profunda, posterior, intraventricular, subaracnoidea y subdural. Es conocido el diferente pronóstico según la localización y el número de hemorragias intracraniales agudas.

OBJETIVOS: Conocer las características de un grupo poblacional con HICE tratado con antivitamina K (AVK), en función del número de hemorragias y de la localización de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohortes, observacional retrospectivo. Criterios de inclusión: Pacientes ingresados en nuestro centro con diagnóstico de HICE asociada a AVK, entre 1 enero de 2010 y 31 de diciembre de 2015. Criterios de exclusión: pacientes con HICE tratados con AVK, en el seno de un proceso neoplásico intracranial; Pacientes con HICE tratados con AVK, con antecedente de traumatismo local o malformación arteriovenosa. Definiciones: HICE única: hemorragia en una sola localización anatómica. HICE múltiple: hemorragias agudas simultáneas en varias localizaciones intracraniales.

RESULTADOS: En el primer análisis se comparan 53 HICE única, frente 48 HICE múltiple. No existen diferencias en sexo, edad, patologías con indicación de anticoagulación, factores de RCV (salvo cardiopatía isquémica más frecuente en HICE múltiple), CHA2DS2-VASC, HAS-BLED, anemia, INR en el momento del diagnóstico. Se evidencian diferencias significativas a favor de HICE múltiple en: ingreso en UCI, h. intraventricular, h. subaracnoidea, h. ganglios basales, Glasgow grave, tiempo de demora en la realización de TAC, y mortalidad; a favor de HICE única: mayor tratamiento con AINES-AAG, h. cerebelosa, mayor estancia hospitalaria y Glasgow leve. En el segundo análisis se comparan 36 h. lobares frente 29 h. profundas. Tampoco existen diferencias en sexo, patologías con indicación de anticoagulación, factores de RCV (salvo dislipemia y diabetes, más frecuentes en h. profunda), CHA2DS2-VASC, HAS-BLED, INR en el momento del diagnóstico. Fue significativo, la mayor edad, presencia de HICE múltiple, demencia y anemia, en las h. lobares. En las h. profundas se evidenció más ingresos en UCI, e HICE única. No hubo diferencias entre ambas localizaciones anatómicas en: índice de Glasgow, demora diagnóstica, estancia hospitalaria y mortalidad.

CONCLUSIONES: La comparación entre HICE única e HICE múltiple demuestra que existen diferencias importantes en mortalidad, ingreso en UCI, estancia hospitalaria, Glasgow grave, y localizaciones como h. intraventricular y subaracnoidea, todos ellos parámetros más frecuentes en HICE múltiple. Las HICE lobares afectan a pacientes más ancianos, con demencia, anemia, y suelen comportarse como HICE múltiples. Mientras los pacientes con HICE profundas, tienen FRCV (diabetes y dislipemia), ingresan más en UCI y se comportan como HICE única.

PATRONES TEMPORALES DE INGRESOS ASOCIADOS A SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA EN EL PERÍODO 1999-2010

Gómez- Méndez R, Suárez-Gil R, María Romay-Lema E, García-Trincado B, Rabuñal-Rey R, Monte-Secades R.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI, LUGO (ESPAÑA)

INTRODUCCIÓN: Existen pocos datos acerca de la distribución temporal de los ingresos asociados a síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) en España.

OBJETIVOS: analizar los patrones temporales de ingresos asociados a SAA.

MATERIAL Y MÉTODO: análisis de la base de datos del CMDB de hospitales públicos españoles de los ingresos hospitalarios con síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) (CIE9-MC 291.81)/ Delirio por abstinencia alcohólica (CIE9-MC 291.0)/ Alucinosis por abstinencia alcohólica (CIE9-MC 291.3), entre los años 1999 y 2010. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, fecha de ingreso y estado al alta, mes del año en el que se produce el ingreso, número de ingresos anual, motivo de ingreso, tomando como referencia los datos censales del INE. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS.

RESULTADOS: Se registraron 56.395 ingresos asociados a SAA. Edad media 50,9 años (DE 12,5) y 88% hombres. El servicio de ingreso más frecuente fue Medicina Interna (24,9%). La estancia media global fue 12,6 días (DE 14,4) y la mortalidad 4,7%. El número de ingresos anuales osciló entre un mínimo de 3768 en 1999 y un máximo de 4777 en 2008. Los meses con un mayor número de ingresos fueron Junio (9%), Julio (9%) y Agosto (9%), agrupándose en esos 3 meses el 27% del total de ingresos. El 62,6% desarrollaron SAA durante un ingreso por otro motivo.

CONCLUSIONES: existen diferencias en la distribución temporal de ingresos a lo largo del año asociados a SAA en España.

UTILIDAD DEL PUNTO DE CORTE DE DIMEROS D AJUSTADOS POR EDAD EN LA POBLACIÓN GENERAL Y ONCOLÓGICA CON DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Barbagelata C, Llinares D, Piñeiro P, Verdeal R, Vares M, Rodríguez A, Arevalo A, Freire S.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA

INTRODUCCIÓN: Se ha demostrado la elevación en la cifra de Dímeros D (DD) con la edad; en los últimos años se viene proponiendo el valor de los DD ajustados por edad (10 por edad para > 50 años) para el diagnóstico de Tromboembolismo pulmonar (TEP) asociado a las escalas de probabilidad clínica en lugar del punto de corte DD standard (estudio ADJUST-PE). La prevalencia de enfermedad tromboembólica aumenta con la edad por lo que algunos autores sugieren que este aumento en el punto de corte puede aumentar de forma inaceptable el número de eventos no diagnosticados. Las escalas de predicción clínica y los DD son menos útiles en población con cáncer por lo que algunos autores han sugerido la mayor utilidad del uso del punto de corte de DD ajustados por edad.

OBJETIVO: Comparar el punto de corte estándar de DD con el ajustado por edad en la población general y oncológica diagnosticada de TEP en el Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC) en 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes mayores de 60 años diagnosticados de TEP en nuestro centro entre enero y diciembre de 2016, comparando el uso de punto de corte de DD estándar con el ajustado por edad y valorando la escala de probabilidad clínica de Wells dicotómica y la escala de Khorana en pacientes con cáncer. Se excluyeron aquellos pacientes a los que no se les habían realizado DD. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS24.

RESULTADOS: Entre Enero y Diciembre de 2016 ingresaron con diagnóstico de TEP en el CHUAC 199 pacientes. Se excluyeron 49 al no tener realizados DD, presentando la mitad de éstos cáncer. Se incluyeron 150 pacientes en el estudio, siendo el 53% hombres y el 47 % mujeres;

la edad media fue de 76 años (rango 60-93 años). El evento fue bilateral en el 65%; siendo el 26% segmentarios y el 4,7 % subsegmentarios. El 14% se presentaron con inestabilidad hemodinámica, siendo el PESIs mayor o igual a 1 en el 74%. Respecto a la escala de Wells, el 51% tenían una puntuación ≤ 4 (TEP improbable). El 22% tenían cáncer, por orden de frecuencia pulmón, colon, próstata y mama; 53% no metastásico. Utilizando el punto de corte estándar el 100% de los pacientes presentaban DD elevados, al modificarlo por la edad 2 casos no hubieran sido diagnosticados (1,3% de falsos negativos), uno de ellos con cáncer. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las cifras medias de DD en la población con y sin cáncer. Respecto a la puntuación en la escala de Khorana fue de riesgo intermedio en el 60% y de riesgo alto en el 9%.

CONCLUSIONES: 1. En nuestra serie utilizando el punto de corte de DD por edad encontramos un 1,3% de falsos negativos respecto al punto de corte estándar. 2. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las cifras medias de DD en la población con y sin cáncer. 3. La escala de Khorana valoró a la mayor parte de los pacientes con cáncer y TEP como de bajo e intermedio riesgo.

PSEUDO-OBSTRUCCIÓN INTESTINAL AGUDA EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA

González Vázquez L, Alonso Parada M, Valle Feijoo ML, Estévez Moreiras S (1), Bermúdez Sanjurjo JR, De la Fuente Aguado J.

MEDICINA INTERNA, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (1), HOSPITAL PUVISA

INTRODUCCIÓN: se define íleo como la interrupción de la progresión distal del contenido intestinal. Puede ser obstructivo u oclusión intestinal, o íleo paralítico (IP) o pseudo-obstrucción intestinal. Ésta se divide en crónica y aguda, siendo el síndrome de Ogilvie o pseudoobstrucción colónica aguda (POCA) una forma de afectación predominantemente colónica. El término íleo paralítico se reserva para la afectación de intestino delgado y colon.

OBJETIVOS: describir la etiología, formas de presentación, alteraciones analíticas asociadas, tratamiento y evolución de pacientes diagnosticados de pseudo-obstrucción intestinal aguda (tanto Ogilvie como íleo paralítico) en nuestro servicio entre enero del 2012 y diciembre del 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio retrospectivo, descriptivo de todos los casos diagnosticados durante ese periodo.

RESULTADOS: tuvimos 48 casos (34 de IP y 14 de POCA) en 42 pacientes; 25 (60%) hombres; edad media 79,4 (15-98). Motivos de ingreso: infecciones en 20 (41,6%), íleo paralítico en 12 (25%), insuficiencia cardíaca en 6 (12,5%), patología gastrointestinal en 5 (10,4%), traumatismo en 2 (4%) y miscelánea en 3. Charlson medio: 3,31. Antecedentes: enf. neurológicas en 34 (70,8%): demencia en 16 (38%), Parkinson en 6 (14,2%), y otras con disminución de movilidad en 12 (26%). Cirugía reciente de rodilla en uno y tres con íleo previo. Fármacos: ingesta de opiáceos en 8 (19%), antiparkinsonianos en 6 (12,5%), neurolépticos en 12 (25%), otros con acción sobre el SNC en 9 (18,7%), anticolinérgicos en 12 (25%). Alteraciones hidroelectrolíticas (AH) en 26 (54%) pacientes: hipokaliemia en 11 (23%), hiperkalemia en 5 (10%), hiponatremia en 10 (21%), hipernatremia en 4 (8,3%), hipomagnesemia en 9 (19%). En 7 (14,5%) de ellos, había una combinación de dos o más alteraciones hidroelectrolíticas (AH). No se determinó el magnesio en 33 (69%) casos. Síntomas más frecuentes: dolor abdominal en 41 (97%), distensión en 36 (75%), náuseas en 12 (25%), vómitos en 21 (43%), estreñimiento en 20 (42%), diarrea en 10 (21%). Exploración: 42 (90%) timpanismo, 8 (19%) disminución de ruidos, 9 (21%), aumento de ruidos y en 9 (21%) estaban ausentes. Solo se realizó TAC abdominal en el 50% de los pacientes. Tratamiento: además de la dieta y los sueros, a 13 (27%) se les colocó una SNG, a 15 (31%) una sonda rectal, enemas a 22 (46%), laxantes en 15 (31%), metoclopramida en 18 (37%), y neostigmina 4 pacientes. Ninguno precisó cirugía y la media de días hasta la resolución fue 4 (1-16). Fallecieron 11 (23%), la mayoría por complicaciones cardiopulmonares (90%) y uno por hemorragia digestiva.

CONCLUSIONES: El perfil de enfermo con pseudo-obstrucción intestinal aguda en un servicio médico es un paciente de edad avanzada, con enfermedad neurológica, pluripatológico, e ingresado por un proceso infeccioso agudo. Las AH son muy frecuentes, y no debemos olvidar la valoración de los niveles de magnesio. El tratamiento médico es efectivo, y la necesidad de cirugía es excepcional.

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD DE FABRY EN PACIENTES CON ANGIOQUERATOMA

Casteleiro Deus N, Hermida Ameijeiras A, González Quintela A.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Fabry es una patología con herencia recesiva ligada a X causada por un déficit en la actividad de la enzima α -galactosidasa A. Clínicamente, presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas, siendo una de las principales el angioqueratoma, una lesión cutánea que aparece a edades tempranas de la enfermedad como una pápula única o múltiple con un color rojo-violáceo. Esta lesión no es patognomónica de la enfermedad de Fabry, ya que puede aparecer en otros pacientes de forma idiomática o asociada a otras etiologías.

OBJETIVOS: El principal objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de la enfermedad de Fabry en pacientes con diagnóstico anatómico-patológico confirmado de angioqueratoma en el área sanitaria de Santiago de Compostela.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se consultaron las bases del servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago para la obtención de la muestra de pacientes con angioqueratoma confirmado mediante biopsia. A aquellos pacientes que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado por escrito, se les extrajo una muestra de sangre seca para que, posteriormente, fuese analizada para determinar la actividad de la enzima α -Galactosidasa A en los varones y la secuenciación del gen GLA, que codifica la enzima α -Galactosidasa A, en las mujeres.

RESULTADOS: Del período de tiempo comprendido entre el 1 de Enero de 1993 y el 31 de Diciembre de 2013 se obtuvo una muestra inicial de 43 pacientes con angioqueratoma confirmado mediante biopsia. De esta muestra inicial, fueron 25 los pacientes que aceptaron participar en el estudio. 1 de los 25 pacientes de la muestra a estudio presentó enfermedad de Fabry, determinándose así una prevalencia de la enfermedad de Fabry en pacientes diagnosticados de angioqueratoma mediante biopsia del 4%.

CONCLUSIONES: La presencia de angioqueratomas en pacientes que acuden a nuestras consultas debe ponernos en alerta sobre la posible presencia de enfermedad de Fabry. La prevalencia de enfermedad de Fabry en pacientes con angioqueratoma obtenida en el estudio es lo suficientemente significativa como para plantear establecer un screening de la enfermedad en los pacientes con este tipo de lesiones cutáneas.

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE CRÓNICOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE FERROL (CHUF)

Jorge Sánchez RJ, Bouza Cernadas G, Gómez Buela I, Sánchez Trigo S, Sardina Ferreiro R, Cainzos Romero T.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE FERROL (CHUF)

INTRODUCCIÓN: La caracterización de los pacientes crónicos y pluripatológicos es muy compleja. La calidad de vida (CV) es un parámetro subjetivo que puede ser útil no solo para este fin, sino también como indicador de resultado en salud.

OBJETIVOS: Analizar la calidad de vida de los pacientes atendidos en la consulta del CHUF y su relación con la patología subyacente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se aplicó el cuestionario EQ 5D 5L a todos los pacientes atendidos presencialmente en la consulta de crónicos entre el 7/12/2016 y el 12/4/2017. Se estratificó la muestra en tres grupos de edad: < 75 años, entre 75 y 84, y > 85. Además de los datos epidemiológicos básicos se recogieron los índices Barthel (IB), de Lawton Brody (LW) y la clasificación de patologías de Ollero.

RESULTADOS: Se recogieron datos de 290 pacientes (147 mujeres, 143 hombres), con una edad media de 83 años (8,3% < 75, 46,6% > 85). El IB medio fue de 75,9 y el LW 3,2. El promedio de patologías fue de 1,9. El % de pacientes de cada categoría fue: A 69%, B 41%, C 23,8%, D 2,1%, E 22,1%, F 10,7%, G 15,9%, H 6,6%. El índice de CV (I EQ) fue de 31,6 y la Escala Visual Analógica (EVA) 51,6, en ambos casos menor en las mujeres. Respecto de la edad, el I EQ fue menor en el grupo > 85 a (22,8). No hubo diferencias en la EVA. Por dominios, las actividades instrumentales puntuó peor (3,8) y la depresión la que más bajo (2,0). No refirieron problemas en movilidad un 6,2% de los pacientes, para las actividades básicas un 22,8%, para las instrumentales un 6,6%, dolor o malestar un 26,6% y depresión un 38,6%. Por grupos de edad, hubo diferencias en movilidad y actividades básicas (> 85 frente > 75) e instrumentales (> 85 frente al resto). Por último, respecto de patologías, sólo los grupos G y H mostraron un peor I EQ y el H también una peor EVA.

CONCLUSIONES: Se pone de manifiesto una mala calidad de vida global de los pacientes en seguimiento en la consulta de crónicos del CHUF, donde los grupos más añosos y las mujeres muestran una peor calidad de vida. La dimensión más afectada es la de actividades instrumentales. Por patologías, la anemia y la osteoartritis muestran una afectación de la CV que no se aprecia en otras patologías.

COEXISTENCIA DE SARCOIDOSIS Y CÁNCER: PATRONES DE ASOCIACIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES MULTICÉNTRICA DEL SUR DE EUROPA

Pérez-Alvarez R (1), Fraile G (2), Gómez De La Torre R (3), López Dupla M (4), Bueno Juana E (5), Alguacil A (6), Chara-Fernández J (7), Escobedo Palau J (8), Rascón J (9), García Morillo JS (10), en representación del Registro SARCOGEAS-SEMI.

MEDICINA INTERNA, (1) HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO, VIGO; (2) HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL, MADRID;

(3) HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, OVIEDO; (4) HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII, TARRAGONA; (5) HOSPITAL CLÍNICO, ZARAGOZA; (6) HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD, TOLEDO;

(7) HOSPITAL JOSEF TRUETA, GIRONA; (8) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, ZARAGOZA;

(9) HOSPITAL SON ESPASES, MALLORCA; (10) HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

INTRODUCCIÓN: La sarcoidosis es una enfermedad autoinmune con riesgo elevado de complicaciones neoplásicas, principalmente neoplasias hematológicas

OBJETIVOS: Se pretende evaluar la asociación temporal entre el diagnóstico de neoplasia y sarcoidosis en una gran cohorte de pacientes españoles afectados de sarcoidosis

MATERIAL Y MÉTODOS: En Enero de 2016, el Grupo de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (GEAS-SEMI) creó un registro nacional (SARCOGEAS) de pacientes con Sarcoidosis, diagnosticada según los criterios de la American Thoracic Society/ European Respiratory Society/ World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG) de 1999. La afectación orgánica fue determinada retrospectivamente según la valoración de 2014 de la WASOG. El diagnóstico de neoplasia fue realizado antes y después del diagnóstico de Sarcoidosis. La neoplasia hematológica fue clasificada según la WHO de 2008.

RESULTADOS: La cohorte incluyó 1082 pacientes (82% con diagnóstico histológico confirmado) siendo 618 (57,4%) mujeres y con una edad media global al diagnóstico de 47 años. Se demostró asociación con neoplasia en 135 (13%) pacientes que desarrollaron 140 tumores (cinco enfermos presentaron dos neoplasias), con 110 tumores sólidos (78%) y 30 hematológicos (22%). Las neoplasias más frecuentes fueron cáncer de mama (n=18), linfomas (n=16), cáncer de piel no melanoma (n=15), adenocarcinoma de colon (n=15), cáncer de pulmón (n=10) y adenocarcinoma de próstata (n=10). La asociación con neoplasia fue más frecuente en pacientes nacidos en España (97% frente al 86% de pacientes sin neoplasia, p<0,001), en pacientes de mayor edad (edad media de 55,4 años frente a 46,1 años, p<0,001) y cuando existía afectación de médula ósea (14% frente a 4%, p<0,001). Estas variables fueron confirmadas como independientes mediante estudios de regresión logística (OR 4,06, CI 95%, 1,65-13,50; OR 1,03, CI 95%, 1,02-1,04 y OR 3,64, CI 95%, 1,93-6,70 respectivamente). Cuando el diagnóstico de Sarcoidosis fue posterior al de cáncer, dicho diagnóstico se hizo más frecuentemente de forma incidental (20% frente a 4%, p=0,011) y presentó una menor afectación ocular (35% frente a 16%, p=0,016) que cuando se hizo previamente al desarrollo del tumor. Los enfermos con neoplasia hematológica tenían una mayor frecuencia de afectación extraganglionar (13% versus 1%, p=0,009) y de médula ósea (33% versus)%, p=0,002) que los enfermos que desarrollaron tumores sólidos.

CONCLUSIONES: Casi el 80% de los pacientes con Sarcoidosis y cáncer desarrollan tumores sólidos, mientras que el 20% presentan neoplasias hematológicas. Los pacientes de mayor edad y los nacidos en España son los que presentan mayor riesgo de desarrollar tumores. La Sarcoidosis

asintomática fue más frecuente en los enfermos con historia tumoral previa. La asociación con neoplasias hematológicas fue más frecuente en la Sarcoidosis extraganglionar y cuando existía afectación de médula ósea.

USO DE IBP EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Fernandez Gonzalez R, Lorenzo Viczaya AM, Barreiro Rivas A, Latorre Díez A, Gonzalez Noya A, Lopez Mato P, Jimenez Martinez JL.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO OURENSE

INTRODUCCIÓN: La prescripción de inhibidores de la bomba de protones (IBP) ha incrementado en los últimos años. Esto es debido a que se les ha asignado la etiqueta de "protectores gástricos", efecto que tienen únicamente en relación al daño gastrointestinal producido por antiinflamatorios no esteroideos (AINE), siendo en muchos casos su utilización innecesaria e inapropiada.

OBJETIVO: Analizar la prevalencia, adecuación y complicaciones del uso de IBP en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se recogieron los datos de los informes de alta de una semana en Medicina Interna. Considerándose indicación de IBP con fines terapéuticos la úlcera por H. Pylori, esofagitis por reflujo, úlcera y esofagitis pépticas; con fines profilácticos están indicados en pacientes con antecedentes de úlcera duodenal, gástrica o erosiones por AINES que cumplan uno o más de los siguientes: edad >60 años, tratamiento con corticoides, anticoagulación oral o enfermedad sistémica grave.

RESULTADOS: Se recogieron los datos de 129 pacientes. De ellos, 71 (55%) fueron mujeres y 58 (45%) varones, con una media de edad de 82 años. Al ingreso declararon realizar tratamiento con IBP 83 pacientes (64%), con una proporción muy similar entre hombres y mujeres (64% y 65% respectivamente), con una media de edad de 80,5 años (siendo de 82,2 años en aquellos sin IBP). El fármaco más empleado fue Omeprazol 20mg (57%). De los pacientes tratados con IBP al ingreso tenían indicación 8 (10%) siendo todos ellos en régimen de profilaxis. Durante el ingreso recibieron IBP 112 pacientes (87%). Tras el ingreso, fueron retirados a 8 pacientes por no indicación. Parece haber una relación entre el uso de IBP y déficits nutricionales como ferropenia e hipovitaminosis B12, así como mayor proporción de uso de IBP en pacientes ingresados por neumonía (59%). Únicamente se atribuyó al alta una complicación por uso de IBP, tras descartarse otras causas, siendo esta una encefalopatía comicialógena y una arritmia cardíaca secundarias a una hipomagnesemia severa.

CONCLUSIONES: Los IBP presentan un uso muy extendido en nuestro medio, siendo éste muy similar al observado en trabajos en otros centros. Se trata de un grupo farmacológico no exento de complicaciones. Cada vez surgen más trabajos que reflejan este hecho, ya que se ha asociado con un mayor riesgo de neumonía, infección por Clostridium Difficile, aumento de riesgo de fractura, déficit de vitB12, hierro y magnesio. Debe realizarse un uso juicioso de estos fármacos y evitar su prescripción sin indicación, así como suspender su uso en aquellos casos donde no esté indicado y realizar controles analíticos para detectar posibles complicaciones.

ANÁLISIS DE LOS CASOS DE ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA EN UN AÑO EN LA PROVINCIA DE OURENSE

Lorenzo Viczaya AM, González Noya A, Fernández González R, Latorre Díez A, Barreiro Rivas A, López Mato P.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE

INTRODUCCIÓN: La aspergilosis pulmonar invasiva (API) junto con la aspergilosis crónica pulmonar y la aspergilosis broncopulmonar alérgica, constituyen las formas clínicas de aspergilosis. El *Aspergillus fumigatus*-complex es el agente etiológico más frecuente, independientemente de la forma clínica y la afección de base del paciente. La API es la forma más grave de aspergilosis pulmonar y es más frecuente en pacientes con inmunodepresión grave (secundaria a procesos linfoproliferativos bajo tratamiento quimioterápico, trasplantes, neoplasias sólidas y neutropenia). El incremento de los diferentes tratamientos inmunosupresores y el mayor uso de corticoides en pacientes con enfermedad obstructiva crónica han condicionado un incremento de la API en los últimos años. El Voriconazol y la anfotericina liposomal constituyen la base del tratamiento de las aspergilosis. Siendo posaconazol, itraconazol, caspofungina; alternativas eficaces. El pronóstico depende de la forma clínica y las características del huésped, aunque las formas invasivas diseminadas, tienen peor pronóstico.

OBJETIVO: Conocer la epidemiología de Aspergilosis pulmonar invasiva en la provincia de Ourense de Enero a Diciembre de 2016, así como las características clínicas de los pacientes, el manejo terapéutico y la evolución tras el mismo.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo donde se ha analizado la incidencia de API a lo largo de 1 año en la provincia de Ourense. Se recogieron y analizaron los datos de 52 pacientes, a través de las muestras con cultivos positivos (un total de 54). Los datos fueron aportados por el Servicio de Microbiología y Documentación Clínica.

RESULTADOS: Durante el año 2016 se obtuvieron un total de 54 muestras positivas para *Aspergillus*, pertenecientes a 52 pacientes. De ellos, 4 pacientes presentaron API, siendo el 100% varones con una edad media de 54 años. El 75% de los pacientes estaban inmunodeprimidos. Uno de ellos presentaba leucemia mieloide aguda y neutropenia; otro paciente estaba bajo tratamiento inmunosupresor tras haber recibido un trasplante bipulmonar y otro, tratamiento corticoideo prolongado; todos ellos presentaban patología broncopulmonar crónica. El factor de riesgo detectado en el paciente sin antecedente de inmunosupresión, fue coinfección bacteriana y ventilación mecánica no invasiva y necesidad de intubación orotraqueal. El 100% de los casos recibieron tratamiento de primera elección con Voriconazol. La evolución fue favorable en el 75% de los casos, falleciendo el que presentaba más factores de riesgo y peor situación clínica.

CONCLUSIONES: Obtuvimos datos similares en cuanto a la presencia de factores de riesgo en aquellos pacientes que desarrollaron API, de acuerdo con las series de casos publicadas anteriormente. El manejo terapéutico se realizó de acuerdo con las guías clínicas, presentando en la mayoría de los casos (75%), una evolución favorable.

FACTORES DE COMORBILIDAD ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA IDIOPÁTICA. ESTUDIO ETVGA

Piñero Fernández JC (1), Matesanz Fernández M (1), Pombo Vide B (1), Díaz Peromingo JA (2), Barbagelata López C (3), Puerta Louro R (4), Núñez Fernández M (5), Fernández Bouza E (6), Jiménez Martínez JL (7), Monte Secades R (1).

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI. (2) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO SANTIAGO. (3) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. (4) HOSPITAL POVISA. (5) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PONTEVEDRA. (6) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO FERROL. (7) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO OURENSE. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI

INTRODUCCIÓN: La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) idiopática supone un reto diagnóstico en la práctica clínica y representa el 25-45% de los casos de ETE. No se han conseguido definir los factores de riesgo asociados, la duración de la anticoagulación, ni los factores que predicen la recurrencia o la duración del tratamiento, a medio y a largo plazo.

OBJETIVO: Estudiar los factores de comorbilidad y epidemiológicos asociados a la ETEV idiopática. Análisis de la evolución clínica y el tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio multicéntrico, observacional y prospectivo en servicios de Medicina Interna de Galicia, de pacientes diagnosticados de ETEV idiopática desde Septiembre de 2015. Se han registrado datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, evolutivos y terapéuticos. Se analizaron las variables basales y después de 3, 6 y 12 meses de seguimiento. El análisis estadístico se realizó con SPSS 22.

RESULTADOS: Se registraron 141 pacientes. El 58,9% fueron hombres. Las principales características clínicas y epidemiológicas al diagnóstico se muestran en la Tabla 1. La localización de la ETEV fue: TVP proximal en 92 (65,2%) pacientes [17 (12%) con embolia pulmonar (EP) asociada y 7 (5%) con TVP distal], TVP distal en 17 (12%) pacientes [2 (1,4%) con EP asociada] y EP aislada en 32 (22,7%) pacientes. Han completado el seguimiento 96 (68,1%) pacientes a los 3 meses, 81 (57,4%) a los 6 meses y 44 (31,2%) a los 12 meses. Se realizó un estudio de trombofilia a 50 (35,4%) pacientes, fue positivo en el 12,7%: 5 heterocigosis para el factor V Leyden, 4 anticoagulante lúpico positivo, 2 hiperhomocisteinemia, 1 déficit de antitrombina y 1 heterocigosis para el gen de la Protrombina (G20210A). Todos fueron tratados inicialmente con HBPM s.c, excepto 2 (1,4%) pacientes (1 AVK y 1 Rivaroxaban). Se conocen los datos del tratamiento de 104 (73,6%) pacientes, 65 (62,5%) lo han finalizado [con una duración media de 178 (DS 79,6) días] y 27 (26%) mantienen anticoagulación indefinida (24 AVK, 2 Rivaroxaban, 1 Apixaban). Se han registrado 3 casos de hemorragias mayores relacionadas con el tratamiento, 4 hemorragias menores y 1 alergia a HBPM. Se realizó eco-doppler de control a 65 (46,1%) pacientes, 27 (41,5%) presentaron trombos residual. A 12 meses de seguimiento no hay recurrencias. Desarrollaron síndrome posttrombótico 32 (34%) de 94 pacientes valorados, todos de grado leve-moderado (escala de Villalta). Durante el seguimiento se detectaron 6 (4,3%) tumores (3 malignos y 3 lesiones premalignas) y 2 (1,4%) casos de enfermedad inflamatoria. Han fallecido 2 (1,4%) pacientes, 1 por hemorragia intracranial y 1 por cáncer de pulmón.

CONCLUSIÓN: El perfil del paciente con ETEV idiopática en nuestra comunidad es un varón, no anciano, con poca comorbilidad y tasas bajas de complicaciones durante el tratamiento. La presencia de trombos residual y el desarrollo de síndrome posttrombótico fueron significativas. La tasa de recurrencias a 12 meses es baja.

ENQUISA A RESIDENTES DE 5º AÑO: ANÁLISE DE DATOS A NIVEL GALEGO DENDE O PUNTO DE VISTA LABORAL

López-Reboiro ML, Macía-Rodríguez C, Gonzalez-Munera A, Moreno-Díaz J, Demeo-Rodríguez P, Martín-Iglesias D, Muñoz-Muñoz C, Ortiz-Llauradó G, Tolmos-Estefanía M, Salgado-Ordoñez F.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI

INTRODUCCIÓN: De todos es sabido que un dos períodos que máis estrés e indefensión provoca nos residentes é o final da residencia, non só polo mero feito do cambio que implica se non das incertidumes que xeral, pero realmente non coñecemos dunha forma obxectiva esta situación.

OBJETIVOS: Describir as características laborais durante a residencia - Describir as características laborais previstas para o final da residencia

MATERIAL E MÉTODOS: Trátase dun estudio descriptivo, multicéntrico a nivel nacional, cunha poboación diana que son os residentes no seu último ano de formación. Neste poster o que imo facer é un análise dun subgrupo que se corresponde cos residentes formados en Galicia. O método de selección foi a través das redes sociais da SEMI (Facebook e Twitter) e polo rexistro de correos electrónicos dos socios da Sociedade Española de Medicina Interna. A todos eles enviámoslles a información para acceder a enquisa e como cubrila. Os datos foron recollidos e analizados no programa informático Microsoft Excel.

RESULTADOS: Dos 194 participantes a nivel nacional, 9 correspondían a residentes que se formaron en Galicia. A maioría dos residentes galegos enquisados teñen menos de 30 anos (78%) e son predominantemente mulleres (56%). Dentro dos aspectos máis negativos da residencia resalta que o 89% dos residentes tiveron que facer de substituto dun médico adxunto algunha ocasión dentro das súas rotacións, e o 44% cree que non foi suficientemente supervisado. O seguinte punto que máis preocupa ós residentes é a precariedade laboral ó finalizar a residencia (67%), a pesar que o 75% deles xa teñen unha saída laboral no momento da realización da enquisa (Contrato de Internista 60% e Contrato a Guardias (40%). Do 25% restante que non ten saída laboral as opcións das que dispoñen son apuntarse á bolsa de emprego (20%), emigrar (20%), búsqueda activa (20%) ou realizar un master (20%). Outro punto que se evalúa negativamente é o número de gardas que realizan (no 22% dos enquisados) e a falta de descanso despois das mesmas (67%). A pesar de todo isto o 100% dos residentes enquisados repetirían a especialidade de Medicina Interna e o 78% recomendaríalla a un amigo o centro no que se formou para facer a residencia.

CONCLUSIONES: Os residentes durante o seu período formativo realizan unha importante actividade asistencial, posiblemente con sobrecarga de traballo e de responsabilidade; pero todos voltarían a facer a Residencia de Medicina Interna - A perspectiva laboral é un dos puntos máis preocupantes, pero a maioría consegue traballo ó finalizar a formación.

PREVALENCIA DE HEPATOCARCINOMA EN PACIENTES CON VHC TRATADOS CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

García Alén D, Trigués Ferrín M, Pastor de Celis E, Lorenz Álvarez JM.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

INTRODUCCIÓN: A partir de la utilización de los antivirales de acción directa (AAD) en el tratamiento de pacientes con infección por VHC, se han publicado en el último año varios artículos en los que se describe un aumento de la prevalencia de hepatocarcinoma (HCC) en estos pacientes.

OBJETIVOS: Hemos realizado un estudio descriptivo de nuestros pacientes con hepatitis C tratados con ADD para valorar la prevalencia de HCC, así como sus características evolutivas.

METODOLOGÍA: Revisión de datos clínicos a través del programa IANUS y análisis estadístico con el programa SPSS.

RESULTADOS: Entre abril de 2015 y abril de 2017 hemos tratado a 226 pacientes con ADD. El 45% de ellos con fibrosis avanzada (F4/F5). De estos pacientes, 7 (6.8%) presentaron HCC, con una media de edad de 67.7 años (53-78 años). En 4 de los pacientes (57%) el diagnóstico se realizó antes del inicio del tratamiento antiviral y en 3 pacientes (43%), el diagnóstico fue posterior (tiempo medio hasta el diagnóstico 303 días). El 85.7% de los casos de HCC se encontraban en estadio A de la clasificación BCLC. Un 85.7% recibieron tratamiento loco regional con radiofrecuencia/alcoholización y 1 paciente (14%) quimioembolización. Cuando valoramos la evolución, 3 pacientes (43%) presentaron datos de recidiva en el TAC, 1 paciente en el primer mes y 2 pacientes a los tres meses. En dos de estos pacientes se realizó retratamiento con quimioembolización. Del total de pacientes con HCC, 2 pacientes (28.6%) fallecieron, siendo sólo uno de ellos consecuencia directa del tumor.

CONCLUSIÓN: En nuestra serie, la prevalencia de HCC es similar a la reflejada en otras series previas al tratamiento con ADD. No hemos tenido ningún caso en pacientes sin fibrosis avanzada. Aunque el bajo número de casos no permite establecer conclusiones definitivas, sí sugiere una evolución más agresiva, dado que pese a ser diagnosticados en estadio precoz, un 43% sufrieron recaídas tempranas.

COLONIZACIÓN RECTAL: FACTOR PRONÓSTICO EN INFECCIONES URINARIAS POR EB-BLEES

Lamas JL (1), Álvarez J (1), Sanjurjo A (1), González L (1), Bermúdez JR (1), Cavero J (2), De Salamanca E (2), Rodríguez I (3), Fernández M (3), De la Fuente J (1),(1) MEDICINA INTERNA, (2) MEDICINA PREVENTIVA, (3) MICROBIOLOGÍA HOSPITAL PUVISA

INTRODUCCIÓN: La infección por Enterobacterias multiresistentes nos un problema de gran relevancia en la actualidad. Se ha observado que la colonización intestinal por dichos microorganismos es un factor de riesgo para el posterior desarrollo de infecciones clínicas y un factor asociado a mayor mortalidad.

OBJETIVO: Evaluar si la presencia de colonización rectal concomitante por Enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEEs) es un factor de mal pronóstico en la evolución de los pacientes ingresados con infección del tracto urinario (ITU) por dichos microorganismos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo y observacional. Utilizando las bases de datos del servicio de Microbiología y de Medicina Preventiva de nuestro hospital, identificamos a los pacientes ingresados entre el 1 de Enero de 2010 y el 30 de Junio de 2016 diagnosticados de ITU por Enterobacterias productoras de BLEEs, incluyendo únicamente aquellos en los que se realizó cultivo de exudado rectal. Se excluyeron los episodios repetidos para un mismo paciente. Se creó una base de datos con diversas variables demográficas, clínicas y analíticas, incluyendo la presencia de exudado rectal positivo para la misma Enterobacteria causante de la ITU. El resultado principal analizado fue la reinfección por la misma Enterobacteria o muerte por cualquier causa en los 90 días desde el diagnóstico. Para el análisis de las variables dicotómicas se utilizó el test de Chi cuadrado o test exacto de Fisher bilateral según necesidad. El análisis multivariante se realizó mediante regresión de Cox.

RESULTADOS: Se incluyeron 39 pacientes en el estudio. El 53% fueron hombres y la mediana de edad fue de 77 años. El 92,3% de las infecciones fueron nosocomiales o asociadas a cuidados sanitarios. El microorganismo más frecuente fue *K. pneumoniae* (51%), seguido de *E. coli* (30%). El 59% de los pacientes presentaron cultivos de exudado rectal positivos para el mismo patógeno causante de la ITU. La mortalidad por cualquier causa a los 90 días fue del 33%. El 25% de los pacientes presentaron una nueva ITU por el mismo patógeno a los 90 días del diagnóstico. Los factores asociados a evolución desfavorable (reinfección o muerte a los 90 días) en el estudio univariante fueron: antecedente de tratamiento con un antibiótico de la familia de las penicilinas en los 3 meses previos (P=0,01), infección clínica previa por la misma enterobacteria (P=0,02) y presencia de exudado rectal positivo en el momento del diagnóstico de la infección urinaria por la misma Enterobacteria (P=0,01). En el estudio multivariante el único factor asociado independientemente a evolución desfavorable fue la presencia de colonización rectal (P<0,01).

CONCLUSIÓN: En los pacientes hospitalizados con ITU por Enterobacterias productoras de BLEEs, la presencia de colonización rectal por el mismo patógeno es un factor de riesgo independiente para una evolución clínica desfavorable en los primeros 90 días tras el diagnóstico.

FRACASO ORGÁNICO PRODUCIDO POR SARCOIDOSIS. CARACTERIZACIÓN Y FACTORES PREDICTIVOS EN UNA GRAN SERIE DE PACIENTES DEL SUR DE EUROPA

Pérez-Alvarez R (1), Tolosa Vilella C (2), Fonseca Aizpuru E (3), Bonet M (4), Faro N (5), De La Red Bellvis G (6), Calvo Beguería E (7), Soler Ferrer C (8), Peral Gutiérrez De Caballos E (9), Gómez Cerezo JF (10), en representación del Registro SARCOGEAS-SEMI.

MEDICINA INTERNA. (1) HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO, VIGO; (2) HOSPITAL PARC TAULÍ, SABADELL; (3) HOSPITAL DE CABUEÑES, GILÓN; (4) ALTHAIA, XARXA ASSISTENCIAL DE MANRESA; (5) HOSPITAL CLÍNICO SAN CECILIO, GRANADA; (6) HOSPITAL ESPERIT SANT, SANTA COLOMA DE GRAMANET; (7) HOSPITAL GENERAL SAN JORGE, HUESCA; (8) HOSPITAL DE SANTA CATERINA, GIRONA; (9) HOSPITAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA; (10) HOSPITAL SANTA SOFÍA, SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES

INTRODUCCIÓN: La Sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa de etiología desconocida y con un curso clínico y pronóstico muy variable que oscila entre cuadros asintomáticos y de buen pronóstico y otros con enfermedad muy florida y desarrollo de insuficiencias orgánicas que conllevan pronósticos infaustos a pesar del tratamiento

OBJETIVOS: Caracterizar los principales hallazgos epidemiológicos, clínicos y radiológicos en la presentación de la Sarcoidosis y que se asociaron al desarrollo de fracaso orgánico en una gran cohorte de pacientes españoles.

MATERIAL Y MÉTODOS: En Enero de 2017 estaban incluidos en el registro nacional español de Sarcoidosis (SARCOGEAS-SEMI) 1082 pacientes diagnosticados según los criterios de la American Thoracic Society/European Respiratory Society/World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG) de 1999. La afectación orgánica se estableció según los criterios de la WASOG de 2014 y el desarrollo de fracaso orgánico se valoró al final del seguimiento.

RESULTADOS: En la cohorte estaban incluidos 618 mujeres (57%) y 464 hombres (43%) con una edad media al diagnóstico de 47.2 +/- 15.5 años; 965 pacientes eran blancos según la clasificación étnica de la FDA. Después de un seguimiento medio de 81.8 meses, 90 (8%) de los enfermos desarrollaron un fracaso orgánico. Los más frecuentes fueron Insuficiencia respiratoria (n=56), Insuficiencia renal crónica (n=13), Insuficiencia cardíaca (n=8) y Cirrosis hepática (n=3). Se asociaron con un riesgo aumentado de desarrollar fracaso orgánico en el momento del diagnóstico, en el análisis univariado: haber nacido en España (p=0.008), superior edad media en el inicio de la enfermedad (p<0.001) y estadios radiológicos III/IV 8p< 0.001). También la afectación esplénica (p=0.015), renal (p=0.001), cardíaca (p=0.028), de médula ósea (p=0.003), la hipercalcemia (p=0.018) y el uso de corticoides (p<0.0019) están asociados con el fracaso orgánico, mientras que la afectación cutánea tiene menor riesgo (p=0.029). El análisis multivariado identifica a la edad en el diagnóstico (OR 1.05, CI 95% 1.03-1.07), los estadios radiológicos III/IV (OR 3.12, CI 95% 1.74-5.55) y el uso de corticoides como variables independientes en el desarrollo de fracaso orgánico.

CONCLUSIONES: Casi el 10% de los pacientes diagnosticados de Sarcoidosis desarrollan insuficiencia orgánica terminal, de las cuales dos tercios corresponden a Insuficiencia respiratoria seguida de Insuficiencia renal (15%) y cardíaca (9%). Los pacientes de mayor edad y los que presentan un estadio radiológico más avanzado tienen un riesgo mayor de desarrollar fracaso orgánico al final del seguimiento.

ABSCESOS HEPATICOS EN EL AREA SANITARIA DE FERROL 2012-2016

Fernández Bouza E, García Alén D, Bravo Blázquez I, Dalama López T, Martul Pego E, Montero González MD, Sesma Sánchez P.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

INTRODUCCIÓN: los abscesos hepáticos bacterianos tienen una incidencia de 2.3/100.000 habitantes/año en países desarrollados con mortalidad entre 6-19%. Su etiología más frecuente es biliar y los géneros Gram - los más comunes. El pilar del tratamiento es antibiótico y el drenaje invasivo suele precisarse en los de mayor tamaño.

OBJETIVO: conocer las características epidemiológicas y evolutivas de pacientes ingresados en el área sanitaria de Ferrol con abscesos hepáticos en los últimos 5 años.

METODOLOGÍA: revisión retrospectiva de historias clínicas de enfermos con este diagnóstico ingresados entre 2012 y 2016. Análisis de datos con programa SPSS.

RESULTADOS: Ingresaron 38 pacientes. Incidencia 3.8/100.000 habitantes/año. Ratio hombre: mujer 1:1,1. Edad media 72 años (47-94, SD 12). Ingresaron en servicios médicos 55% (21) y 44% (17) en Cirugía. Debutaron con fiebre 65% (25), dolor abdominal 55% (21) e ictericia 10% (4). El método diagnóstico fue TAC en 81% (31), ecografía en 14% (7) y colangioRNM 5% (2). Los abscesos fueron únicos en 52% (20) y múltiples en 47% (18). El tamaño medio del absceso mayor fue 5 cm (SD2.7). Hubo crecimiento bacteriológico en sangre en 47%, pus 39% (15), otros 5% (2) y negativo en 30% (11). El 22% de las bacteriemias fueron polimicrobianas. En sangre crecieron Gram - en 66% (12), Gram + en 38% (7) y anaerobios en 11% (2). En pus crecieron Gram - en 46% (7), Gram + en 40% (6) y anaerobios 20% (3). El 100% de pacientes recibieron tratamiento antibiótico; el más usado fue piperacilina-tazobactam en el 55% (21), seguido de carbenem en 42% (16), amoxicilina-calvulánico en 36% (14) y vancomicina en 28% (11). La causa subyacente más frecuente fue colecistitis en 39% (15), diseminación hematogena en 18% (7), cirugía local previa en 18% (7), litiasis biliar 15% (6), metástasis hepáticas 10% (4) y otras 23% (9). El 47% (18) de enfermos precisaron manejo invasivo, que fue drenaje percutáneo en 55% (10) y laparotomía en 44% (8). La duración del tratamiento antibiótico fue en servicios médicos de 31 días (3-60, SD 14.7) y en Cirugía 27 días (7-70, SD 16.5), sin diferencia estadísticamente significativa en la duración entre servicios (p 0.458, IC 95%). El tamaño medio del absceso mayor en pacientes que recibieron tratamiento médico fue de 4cm (SD 2) y en los que precisaron tratamiento invasivo fue de 6.2cm (SD2.9). Hubo diferencia estadísticamente significativa en el tamaño del absceso entre los sometidos a tratamiento invasivo y los manejados con medidas médicas (p 0.01, IC 95%). La mortalidad fue del 23% (9), en 3 casos debida a absceso y en 6 a otras causas.

CONCLUSIONES: esta es una patología infrecuente, potencialmente mortal y con clínica inespecífica, lo que requiere alto índice de sospecha. En nuestro centro la etiología y la microbiología son similares a las descritas en la literatura. La mortalidad es ligeramente más elevada, en relación con la presencia de neoplasias en estadio avanzado.

¿COMO SE DIAGNOSTICA LA SARCOIDOSIS EN ESPAÑA? CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO EN 1082 PACIENTES

Pérez-Alvarez R (1), Cruz-Caparrós G (2), Perez Guerrero P (3), Rodríguez Fernández S (4), Pinilla B (5), Gato Díez A (6), Akasbi M (7), Robles A (8), Ojeda I (9), Vives MJ (10), en representación del Registro SARCOGEAS-SEMI.

MEDICINA INTERNA. (1) HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO, VIGO; (2) HOSPITAL DE PONIENTE, ALMERÍA; (3) HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR, CÁDIZ; (4) HOSPITAL DE BARBANZA, A CORUÑA; (5) HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN, MADRID; (6) CH GENERAL UNIVERSITARIO, ALBACETE; (7) HOSPITAL INFANTA LEONOR, MADRID; (8) HOSPITAL LA PAZ, MADRID; (9) HOSPITAL VALLE DEL GUADIATO, CÓRDOBA; (10) PARC SANITARI SAN JOAN DE DELI, SAN BOI DE LLOBREGAT

INTRODUCCIÓN: La Sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa de etiología desconocida y con un curso clínico y pronóstico muy variable que oscila entre cuadros asintomáticos y de buen pronóstico y otros con enfermedad muy florida y desarrollo de complicaciones que requieren tratamientos agresivos

OBJETIVOS: Caracterizar los principales hallazgos clínicos, epidemiológicos y radiológicos en el momento del diagnóstico en una gran cohorte de pacientes españoles

MATERIAL Y MÉTODOS: En Enero de 2017 estaban incluidos en el registro nacional español de Sarcoidosis (SARCOGEAS-SEMI) 1082 pacientes diagnosticados según los criterios de la American Thoracic Society/European Respiratory Society/World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG) de 1999. La afectación orgánica se estableció según los criterios de la WASOG de 2014 de forma retrospectiva. La clasificación étnica se definió según los criterios de la FDA. La asociación con neoplasia y la causa de muerte fueron valoradas al final del seguimiento.

RESULTADOS: La cohorte estaba constituida por 1082 pacientes (confirmados mediante biopsia el 82%), incluyendo 618 (57%) mujeres y 464 (43%) hombres con una edad media en el momento del diagnóstico de 47.2±15.5 años. Ciento cuarenta (13%) nacieron fuera de España. Fueron clasificados como blancos, según la FDA, 965 (89%) pacientes; 30 (3%) negros afroamericanos y 18 (2%) como asiáticos. La afectación torácica estaba presente en el momento inicial en 979 (90%) casos, incluyendo 437 (40%) en estadio I, 374 (35%) en estadios II, 123 (11%) en estadio III y 26 (2%) en estadio IV. Según la clasificación de la WASOG, la afectación extratorácica inicial más frecuente fue la cutánea en 385 (83%) casos, adenopatías extratorácicas en 218 (20%), afectación hepática en 151 (14%) y oftalmológica en 118 (11%) pacientes. Manifestaciones potencialmente letales aparecieron con una frecuencia, generalmente inferiores al 10% (afectación neurológica en el 7% (77 casos), renal en el 5% y cardíaca en el 2%). El tratamiento más frecuente en el momento de diagnóstico fueron los corticoides en 637 casos (59%), inmunosupresores en 84 (8%), principalmente metotrexate en 63 enfermos y azatioprina en 35) y biológicos en 15 (1% de los enfermos). Después de un seguimiento medio de 81.8 meses fallecieron 103 (9.5%) pacientes.

CONCLUSIONES: Presentamos una de las mayores series de Sarcoidosis recogidas fuera de Norteamérica y compuesta por pacientes blancos en el 90% de los casos. La presentación clínica está dominada por las adenopatías intra y extratorácicas y las lesiones cutáneas, con una menor afectación extratorácica y un requerimiento inferior de tratamientos inmunosupresores y biológicos que los casos referidos en Estados Unidos o Japón.

ENFERMEDAD DE BEHÇET: DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO

Estévez M, Argibay A, Lorenzo R, Freire M, Fernández-Martín J, Gimena B, Vazquez-Triñanes C, Rivera A. UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS Y TROMBOSIS (ASYT).

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Behçet (EB) es una enfermedad crónica inflamatoria multisistémica. Existe una amplia variación en las características clínicas entre los diferentes grupos geográficos afectados por la EB.

OBJETIVOS: Determinar las características demográficas y clínicas de la EB en nuestra área sanitaria.

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes con EB (según criterios internacionales de EB) diagnosticados y seguidos en el complejo Hospitalario Universitario de Vigo, desde 1994 hasta 2016. Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo. Se recogieron datos demográficos, clínicos, de tratamiento y evolutivos. Su análisis se llevó a cabo con SPSS 22.0.

RESULTADOS: Nuestra serie está constituida por 26 mujeres y 25 varones. La edad media en el inicio de la enfermedad fue de 33±11.95 años (11-62). Se objetivaron úlceras orales y genitales en el 100% y 84.3% respectivamente y lesiones cutáneas en el 88.2% de los pacientes. La afectación ocular ocurrió en el 35.3%, el daño neurológico en el 39.2% y el gastrointestinal en el 29.4%. (Las áreas con mayor afectación fueron el colon y el intestino delgado). Se presentó enfermedad vascular en el 33% de los casos. El Test de Patergia fue realizado en 18 pacientes (35.29%) y 10 (55.5%) de los mismos fueron positivos. El HLA B51 fue estudiado en sólo 13 pacientes (25.5%) de los cuales 8 (61.5%), resultaron positivos. El 62.7% de los pacientes no presentaban factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), 27.4% eran fumadores, 7.8% Hipertensos, y el 3.9% presentaron Diabetes y Dislipemia. Los FRCV no se relacionaron con eventos trombóticos ($p > 0.05$). Con respecto a la influencia del género, solamente la pseudofoliculitis fue significativamente más frecuente en hombres ($p < 0.001$). Se observó una tendencia de mayor prevalencia de la enfermedad ocular y elevación de la VSG/PCR en suero en hombres, así como de anemia en mujeres, lo cual, sin embargo, no se tradujo en valores estadísticamente significativos. El tratamiento consistió en el uso de Corticoides (92.2%), Colchicina (68.6%) y otros agentes inmunosupresores (35.3%). Durante el curso de la enfermedad, el 78.4% de los pacientes desarrollaron un brote de enfermedad, el 45.1% iniciaron o cambiaron de agente inmunosupresor y el 19.6% usaron fármacos biológicos. La mayoría de nuestros pacientes (92.1%) fueron ingresados y esto constituye un sesgo evidente. Fallecieron dos pacientes en el seguimiento, pero solamente uno en relación con EB (Hemorragia digestiva alta y convulsiones).

CONCLUSIÓN: Nuestra serie presenta algunos aspectos destacables especialmente la alta frecuencia de lesiones gastrointestinales y afectación neurológica. Los FRCV no parecen jugar un papel en el desarrollo de eventos tromboembólicos. Nuestros resultados confirman la variación étnica y geográfica de la expresión de esta enfermedad.

ENQUISA A RESIDENTES DE 5º AÑO: ANÁLISE DE DATOS A NIVEL GALEGO DENDE O PUNTO DE VISTA FORMATIVO

Macía-Rodríguez C, López-Reboiro ML, Gonzalez-Munera A, Moreno-Díaz J, Demelo-Rodríguez P, Martín-Iglesias D, Muñoz-Muñoz C, Ortiz-Lauradó G, Tolmos-Estefanía M, Salgado-Ordoñez F.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

INTRODUCCIÓN: Dende o punto de vista histórico o sistema de formación MIR demostrou a súa eficacia, pero despois de tantos anos de funcionamento, coñecemos o grao de satisfacción, os puntos fracos e os fortes que lle ven os propios residentes formados neste sistema? Esta enquisa dirixida ós residentes no último ano de formación pódennos dar luz e facer crítica sobre este sistema.

OBJETIVOS: Evaluar a impresión dos residentes sobre ás súas rotacións. - Evaluar o papel investigador/publicador dos propios residentes

MATERIAL E MÉTODOS: Trátase dun estudio descriptivo, multicéntrico a nivel nacional, cunha poboación diana que son os residentes no seu último ano de formación. Neste poster o que imo facer é un análise dun subgrupo que se corresponde cos residentes formados en Galicia. O método de selección foi a través das redes sociais da SEMI (Facebook e Twitter) e polo rexistro de correos electrónicos dos socios da Sociedade Española de Medicina Interna. A todos eles enviámoslles a información para acceder a enquisa e como cubrila. Os datos foron recollidos e analizados no programa informático Microsoft Excell.

RESULTADOS: Dos 194 participantes a nivel nacional, 9 correspondían a residentes que se formaron en Galicia. A maioría dos residentes galegos enquisados teñen menos de 30 anos (78%) e hai una discreta maioría de mulleres (56%). O 89% dos residentes refírense que o aspecto máis positivo da residencia é a adquisición de novos coñecementos e incluso o 22% deles refírense que 5 anos de residencia se lles fai pouco. Sen embargo teñen a impresión de ter un exceso de tempo dedicado ós paciente pluripatolóxicos (33%), á rotación en consultas externas (22%) e á súa formación en urxencias (22%); mentres que perciben un déficit de formación na área de enfermidades minoritarias (78%), risco cardiovascular (78%) e ecografía clínica (56%). Para completar a súa formación o 100% dos nosos residentes realizaron rotacións externas ó seu centro pero só o 11% ó extranxeiro. - Só o 56% dos participantes consideran importante publicar, o 13% ten menos de 5 artigos publicados en revistas nacionais e o 75% non publicou en revistas internacionais. O 89% dos nosos residentes non ten, nin está a facer a tese doctoral. Sen embargo o 89% asistiu a >5 congresos e enviou máis de 10 comunicacións o 55%. E só o 55% dos residentes participaron en proxectos de investigación financiados.

CONCLUSIONES: Evalúase áreas con exceso de tempo dedicado durante a formación como os paciente pluripatolóxicos e outra con déficit como as enfermidades minoritarias, pero complementábase con rotacións externas. - Temos un déficit á hora de publicar é investigar, e centrámosnos en áreas de menor rendemento académico, participando moitos en comunicacións a congresos que non acaban revertendo en publicacións a revistas.

MANEJO DEL SACUBITRIL/VALSARTÁN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA (ICC) PLURIPATOLÓGICOS COMPLEJOS DE EDAD AVANZADA

García Trincado B, Piñeiro Fernández JC, Guerrero Sande H, Chaos González P, Cerqueiro González JM. MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI (LUGO)

INTRODUCCIÓN: Las últimas Guías Europeas de Insuficiencia Cardíaca recomiendan el uso de Sacubitril/Valsartán en pacientes con ICC sintomática (NYHA II-IV), FEVI \leq 35% y un tratamiento previo optimizado, con un nivel de evidencia IB. Existe la necesidad, debido al aumento en la esperanza de vida y a la pirámide poblacional envejecida, de conocer datos sobre la eficacia y la tolerabilidad del fármaco los pacientes con edad avanzada.

OBJETIVOS: Analizar el perfil de seguridad en la titulación de Sacubitril/Valsartán en una población anciana con ICC y pluripatología.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo y observacional de los pacientes tratados con Sacubitril/Valsartán seleccionados en la consulta monográfica de ICC del Hospital Universitario Lucus Augusti, desde Septiembre de 2016 hasta la actualidad. Se analizaron durante el seguimiento: la tolerancia según las cifras de tensión arterial y los principales parámetros analíticos (función renal, ionograma, NTproBNP).

RESULTADOS: Se incluyeron 12 pacientes (el seguimiento más antiguo es desde septiembre de 2016 y el más reciente desde abril de 2017). Todos fueron varones, con una edad media de 81 ± 17 años. Se observó una elevada comorbilidad: DM el 41.6%, ERC moderada el 58.3% y EPOC el 23.1%. El índice de Charlson medio fue de 5 ± 1.73. Durante la titulación del fármaco se han alcanzado: dosis máximas (200 mg) en 3 (25%) pacientes, dosis intermedias (100mg) en 3 (25%) y dosis bajas (50 mg) en 5 (41.6%). Los motivos que llevaron a la detención en la progresión de la titulación fueron: la hipotensión en 3 (37.5%) casos, el deterioro de la función renal en 1 (12.5%) caso y dolor limitante en los miembros inferiores en 1 (12,5%) caso. Ningún paciente tuvo hiperpotasemia. Se suspendió el fármaco en 1 (12.5%) paciente, por hipotensión arterial mantenida. Finalmente, tras el análisis de los resultados obtenidos y la corrección progresiva de las limitaciones terapéuticas, se obtiene una tolerancia al fármaco con su prescripción activa en 11 (91,66 %) pacientes. Como indicadores de la eficacia del fármaco se utilizaron: la TAS, con una reducción media de 4,67 mmHg; la función renal reflejada con un leve deterioro medio del filtrado glomerular de 7,47 ml/min, y el NTproBNP, que aumentó 2924 pg/ml con respecto al valor basal al inicio del estudio.

CONCLUSIONES: Un control óptimo de la tensión arterial y la función renal durante la titulación del Sacubitril/Valsartán en pacientes ancianos y pluripatológicos, puede conseguir altas tasas de tolerancia, mejorando los parámetros hemodinámicos, sin complicaciones graves y con escasos abandonos terapéuticos, a pesar de requerir habitualmente dosis bajas del fármaco. El NT-proBNP sigue siendo el biomarcador de referencia para la respuesta clínica, pero su realización durante descompensaciones agudas puede suponer un factor de confusión. El Sacubitril/Valsartán puede ser una opción válida y segura en pacientes seleccionados con ICC avanzada.

SARCOIDOSIS EN EL ÁREA DE VIGO. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE 253 PACIENTES

Pérez González A, Pérez Pallisé E, Alvarez Pérez V, Rodríguez Ferreira L, Diéguez Pena P, Val Domínguez N, Baroja Basanta AL, Suárez Varela MM, Vilas Pío B, Pérez Alvarez R.

MEDICINA INTERNA. ALVARO CUNQUEIRO. VIGO

INTRODUCCIÓN: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida y cuya incidencia acumulada se estima en España en 1,36 por 100.000 personas-año. En su desarrollo se conjugan multitud de factores (infecciones, exposición a determinados antígenos, genoma, inmunidad etc), que conducen a la aparición de un proceso inflamatorio que afecta fundamentalmente a los pulmones, pero también a ganglios, hígado, articulaciones etc. El curso clínico y el pronóstico son variables, y se relacionan con la forma de inicio y la extensión de la enfermedad.

OBJETIVOS: Analizar las características clínicas, radiológicas y evolutivas durante largo tiempo de seguimiento de una gran cohorte de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisan, de forma retrospectiva, las historias clínicas de 253 pacientes del área de Vigo diagnosticados de Sarcoidosis según los criterios de la American Thoracic Society/ European Respiratory Society/ World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG).

RESULTADOS: Se recogieron un total de 253 pacientes, 135 hombres (53.4%) y 118 mujeres (46.6%) con una edad media al diagnóstico de 47±16 años. 12 pacientes (4,7%) se encontraban asintomáticos. La afectación más frecuente al inicio de la enfermedad fue la respiratoria (n=236,

93,3%), seguida de la cutánea (n=89, 35,2%), las adenopatías periféricas (n=41, 16,2%), y la hepática (n=40, 15,8%). Se hizo estudio radiológico en todos los pacientes, incluyendo tomografía computarizada (TC) en 228 (90,1%). Se obtuvo confirmación histológica en 196 pacientes (77,5%). Se recogieron 172 muestras de ECA, con una media de 70,8 U/l (rango 8-52 U/l). Al diagnóstico se realizó estadiaje pulmonar, siendo mayoritarios los estadios I (n=114, 45,1%) y II (n=83, 32,8%). Los estadios III (n=31; 12,3%) y IV (n=8, 3,2%) fueron menos frecuentes. No presentaban afectación pulmonar 17 pacientes (6,7%). Fueron tratados con esteroides 205 enfermos (81%), con inmunosupresores 28 (11,1%) y con tratamientos biológicos 6 (2,4%). Después de un seguimiento medio de 88 meses habían 52 pacientes (20,6%). La causa más frecuente de muerte fueron los procesos infecciosos (n=20; 38%), seguido del cáncer (n=8) y de la enfermedad pulmonar grave (n=8). La mortalidad fue significativamente mayor en los pacientes en estadio III y IV. En este último, el 75% de los pacientes había fallecido al final del periodo de seguimiento.

CONCLUSIONES: La sarcoidosis es una enfermedad poco frecuente, con alta afinidad por el sistema respiratorio, aunque con posibilidad de dañar cualquier sistema. El diagnóstico se apoya fundamentalmente en una muestra histológica. El tratamiento se basó fundamentalmente en los esteroides, aunque parte de los pacientes precisaron inmunosupresores o fármacos biológicos. La mortalidad a largo plazo es elevada (20%)

¿CUÁL ES EL PESO DE LA MEDICINA INTERNA EN LA HOSPITALIZACIÓN?

Iriaguez Vázquez I, Matesanz Fernández M, García Trincado B, Casariego Vales E.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI

INTRODUCCIÓN: El papel de los distintos Servicios Médicos en el área de hospitalización en España es poco conocido. Además, existen datos indirectos que sugieren que los patrones de ingreso y las cargas de trabajo se están modificando.

OBJETIVOS: Determinar el peso del Servicio de Medicina Interna en la hospitalización del área médica de un hospital general y su evolución el tiempo

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio de la totalidad de los ingresos hospitalarios en todos los servicios del área médica del Hospital Lucus Augusti de Lugo (antes Complejo Xeral-Calde) entre los años 2000 y 2015. La fuente de datos es el CMBD hospitalario de cada año en estudio. Todas las variables originales y las secundarias derivadas han sido evaluadas por los investigadores con un análisis de concordancia previo. Para cada servicio se analizan: número de ingresos, carga de cronicidad complejidad de los pacientes (medido por número de patologías y el índice CIRS), estancia hospitalaria y mortalidad. Los resultados se presentan desglosados por años naturales. En la comparación de proporciones se ha utilizado el test chi-cuadrado (o chi-cuadrado de tendencia según necesidad). En la comparación múltiple de medias se ha utilizado el análisis de la varianza.

RESULTADOS: Se incluyen un total de 170.798 pacientes. De ellos, el Servicio de Medicina Interna se responsabilizó de 51.557 (30,2%), Cardiología de 20.927 (12,2%), Geriátrica de 20.661 (12,1%) (y Neumología de 20.585 (12,0%). Ninguno del resto de los Servicios alcanzó el 10% del total. Los servicios con mayor cronicidad y complejidad fueron Geriátrica (CIRS 14,09), Medicina Interna (12,22) y Nefrología (11,95). Las mayores estancias, las mayores proporciones de mortalidad, se produjeron en Cuidados Paliativos (14,87 días y 74%, respectivamente), Hematología (14,08 y 12,6%) y Geriátrica (11,39 y 14,7%). Las diferencias con Medicina Interna (10,22 y 8,9%, respectivamente) fueron estadísticamente significativas. En la evolución temporal se aprecia un paulatino incremento de los ingresos a cargo de Medicina Interna y Geriátrica (36,2% y 12,1% en 2015) y una concomitante reducción de los asignados a servicios de especialidades médicas como Cardiología, Neumología o Oncología (10,3%, 7,5% y 5% en 2015).

CONCLUSIONES: La hospitalización en el área médica se concentra, de manera paulatina, en los servicios más generalistas, Medicina Interna y Geriátrica. La tendencia temporal sugiere claramente que Medicina Interna seguirá incrementando su papel en hospitalización en los próximos años. Por ello es imprescindible adecuar los servicios a la nueva realidad, tanto en cuanto a su tamaño como a sus funciones.

CARACTERÍSTICAS Y PATRÓN TEMPORAL DE REINGRESOS DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR HOSPITALIZADOS EN SERVICIOS MÉDICOS

Iriaguez Vázquez I, Matesanz Fernández M, Romay Lema EM, García Trincado B, Casariego Vales E.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI

INTRODUCCIÓN: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más frecuente. Afecta al 1-2% de la población general y su prevalencia está claramente relacionada con la edad. En el ámbito hospitalario, afecta hasta el 30-35 % de los ingresados en Servicios de Medicina Interna. Dada su frecuencia y el grupo de edad al que afecta, lo habitual es que se presente asociada a otras patologías. Por todo ello, es importante conocer las características de los pacientes con FA en el ámbito hospitalario y su comportamiento en los sucesivos ingresos.

OBJETIVO: Conocer las características de los pacientes con fibrilación auricular (FA) en el ámbito hospitalario y su comportamiento en los sucesivos ingresos.

MÉTODO: Estudio retrospectivo de cohortes con la totalidad de los ingresos hospitalarios entre el 1 de Enero de 2000 y el 31 de Diciembre de 2013. La fuente de información fue el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) del centro.

RESULTADOS: Se registraron 149.271 ingresos hospitalarios correspondientes a 66.286 pacientes. De ellos, 12.513 (18,87%) presentaban FA, lo que supone 25.870 (17,30%) ingresos. Los pacientes con FA tuvieron más porcentaje de mujeres (49,7 vs 44,3%; p<0.0001), mayor edad [78.34 (DS 10.2) años vs. 67.08 (DS 17.89); p<0.0001], más patologías crónicas [4.24 (DS 2.07) vs. 2.87 (DS 1.95); p<0.001], estancia hospitalaria más prolongada 12.48 (DS12.48) vs. 10.6 (DS 19.9) días; p<0.0001] y una elevada tasa de reingresos [2,98 (DS 2.75) vs 2.08 (DS 2.28); p<0.001] con un acortamiento progresivo del tiempo entre ingresos. El servicio de Medicina Interna asumió la atención de más de la mitad de los enfermos con FA. Los diagnósticos secundarios más frecuentes asociados fueron: EPOC, ictus, ICC, cardiopatía isquémica, otras enfermedades del aparato respiratorio e hipertensión arterial.

CONCLUSIONES: La FA se presenta en pacientes de alta complejidad, ingresados mayoritariamente en servicios de medicina interna y se asocia a una elevada tasa de reingresos. Es preciso definir clústers asociados a FA que permitan un enfoque global de estos pacientes.

USO DE COMBINACIONES FIJAS EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA. MUCHO CAMINO POR RECORRER

Domínguez Erquicia P, Montes-Santiago J, Rey Domínguez G.

MEDICINA INTERNA. EOXI. VIGO.

INTRODUCCIÓN: La simplificación de tratamientos farmacológicos para pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), con a menudo gran comorbilidad y polifarmacia, debe constituir un objetivo prioritario para conseguir una adherencia adecuada.

OBJETIVOS: Se compara la utilización de combinaciones de fármacos eficaces en el tratamiento de la IC entre pacientes ingresados en un Servicio de Medicina interna y su evolución entre los años 2000, 2006 y 2014.

MÉTODOS: Se analizan las características de una cohorte de 53 (2002), 51 (2006) y 60 (2014) pacientes aleatoriamente elegidos entre los hospitalizados con diagnóstico principal de IC (Código diagnóstico 428.0, CIE-MC9). En 2014 la IC constituyó el 7,4% de todas las altas hospitalarias en pacientes médicos. La mediana de seguimiento fue de 24 meses. La descripción de datos se refiere a 2014 y la comparación se realiza entre 2006 y 2014, con las referencias pertinentes a 2002. Se indica con *cuando p<0,05.

RESULTADOS: Los datos demográficos y cardíacos en 2014 fueron: edad \pm SD (79 \pm 8), mujeres (52%); etiología: isquémica (20%), hipertensiva (83%), valvulopatía (31%); Grado III-IV NYHA (95%*); Fracción eyección ventrículo izdo. (FEVI)>45% (62%); fibrilación auricular (FA) (75%*). Comorbilidades importantes fueron: diabetes mellitus (36%); EPOC (20%), enfermedad renal crónica (38%), deterioro cognitivo/demencia (31%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 7% y la probabilidad de supervivencia al cabo de 12 y 24 meses fue de 0,68 y 0,54. El uso de fármacos fue: diuréticos (82%), inhibidores del enzima convertidor de angiotensina (IECA)/antagonistas del receptor de angiotensina (ARAII) (43%*), betabloqueantes (BB) (50%), espironolactona (47%*) y anticoagulantes orales (ACO) (65%*). La media de fármacos usados por paciente fue de $9\pm 3^*$ y el uso de combinaciones fue del 3%.

DISCUSIÓN: Entre 2006 y 2014 hay aumento en uso de BB (35 a 50%), espironolactona (27 a 47%) y ACO (25 a 65%). Se encontraban anticoagulados el 87% de pacientes con FA. En general, se ha producido sustancial aumento con respecto a 2002, mejorando la supervivencia hospitalaria pero no a 12 y 48 meses. Sin embargo, en 2014 hay disminución en empleo de IECA/ARA II (de 90 a 43%), sin clara justificación, aunque puede estar relacionado con la mayor edad (79 vs. 78) y aumento de pacientes con FEVI >45% (62 vs. 50%). Además, el exiguo uso de combinaciones se reduce aún más (de 6 a 3%) (en todos los casos IECA+diurético). En cambio, hubo incremento en el número total de medicamentos por paciente (de 7 a 9).

CONCLUSIONES: El uso de combinaciones fijas con efectividad en IC fue muy bajo. Está demostrado que la supervivencia en IC depende de la adecuación de tratamientos a las Guías de Práctica clínica. La adherencia se reduce de forma sustancial al incrementar la cantidad de fármacos y dosis. Por tanto, debe hacerse un esfuerzo en la simplificación de terapias. Esto constituye un campo con claras perspectivas de mejora.

VACUNACION ANTIGRI PAL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA. PROGRESAMOS, PERO ¿LO HACEMOS ADECUADAMENTE?

Domínguez Erquicia P, Montes-Santiago J, Rey Domínguez G.

MEDICINA INTERNA. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. EOXI VIGO

INTRODUCCIÓN: La vacunación antigripal anual constituye una de las medidas más eficientes para disminuir los reingresos y disminuir la mortalidad, no sólo de pacientes con enfermedades respiratorias, sino también de aquellos con enfermedades cardiovasculares y, particularmente, insuficiencia cardíaca (IC).

OBJETIVOS: Examinar la cumplimentación en la historia clínica electrónica de la cobertura vacunal de pacientes ingresados por IC, y valorar las recomendaciones al alta sobre tal tema en los informes de alta de una muestra significativa de pacientes ingresados en un Servicio de Medicina interna en 2014.

MÉTODOS: Se analizaron los informes de alta y la historia electrónica IANUS de una muestra aleatoria de 60 pacientes ingresados en un Servicio de Medicina interna, en 2014, con un diagnóstico principal al alta de IC (Código diagnóstico 428.0, CIE-MC9). En los informes de alta se cuantificó la referencia explícita a la conveniencia de vacunación anual y en IANUS se investigó en todos sus apartados dicha referencia, principalmente Atención Primaria.

RESULTADOS: La edad (media \pm DS) fue 78,8 \pm 8,7 años. (Todos >65 años). Comorbilidades importantes fueron diabetes mellitus (DM) (36%), EPOC (20%), enfermedad renal crónica (38%), deterioro cognitivo/demencia (31%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 7%. De los 60 pacientes, en 41 (68%) se había administrado vacunación; 20 (33%) no la habían recibido y en 7 (12%) no pudo hallarse constancia de tal actuación. Por comparación la cobertura vacunal de la temporada 2014 en Galicia en >65 años fue de 52,4%. No se alcanzó el objetivo deseado de >65% (aunque la cobertura fue del 54,3% en 2015). La cobertura en la EOXI de Vigo fue la más baja de Galicia (47,7%) (alcanzando al 50,7% en 2015). [Consellería de Sanidade. Venres epidemiolóxico 03/05/2015; 4 (14)]. Sólo en 7% (4/60) de informes de alta se hizo alusión clara a tal recomendación vacunal.

DISCUSIÓN: Aunque la cobertura vacunal en los pacientes con IC es superior a la del resto de personas >65 años, teniendo en cuenta que en dicha entidad es conveniente una cobertura próxima al 100%, y la coexistencia, además de la edad, de otras comorbilidades que también aconsejan tal nivel de cobertura (EPOC, DM, etc.), tales hallazgos indican que en este asunto debe procurarse una mejora sustancial. También en lo referente a lo referente a no omitir tan importante dato en la historia electrónica (actual>10%) o informes de alta.

CONCLUSIONES: Diversos estudios han demostrado que la vacunación antigripal puede disminuir hasta en un 29% la mortalidad por IC (Kopel E et al. Eur J Heart Fail. 2014; 16:264). Dicha medida constituye por ello el método más sencillo y efectivo para mejorar la supervivencia de estos pacientes. Por ello se recomienda en la totalidad de Guías Clínicas sobre IC. Se precisa intensificar esfuerzos de cumplimentación y educación de pacientes y profesionales para que dicha medida pueda ser implementada de forma más eficaz.

ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA INVASIVA VERSUS CONSERVADORA EN EL MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DE ST EN PACIENTES ≥ 80 AÑOS

Naveiras A, Ferreiro X, Seoane B, Clavero E, Rodríguez-Osorio I, Nicolás R, Penado S, Ramos V, De la Iglesia F.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

INTRODUCCIÓN: El síndrome coronario agudo sin elevación de ST (SCAEST) es causa frecuente de morbimortalidad e ingreso en el paciente muy anciano. Su manejo óptimo es controvertido dada la escasa representación de estos pacientes en los ensayos clínicos en los que se basan las guías de práctica clínica.

OBJETIVOS: Comparar estrategia invasiva vs conservadora en el manejo del SCAEST en pacientes ≥80 años en práctica clínica habitual.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo, de todos los pacientes ≥80 años que ingresaron en el centro con diagnóstico de SCAEST en 2014 y 2015. Se excluyeron aquellos en situación terminal según criterios de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. El objetivo primario fue la combinación de muerte por cualquier causa, nuevo evento coronario agudo o reingreso. Se realizó un estudio comparativo entre el grupo de pacientes que se sometieron a cateterismo y el grupo conservador y se utilizó regresión de Cox para evaluar las variables asociadas al evento calculándose los Hazard Ratios (HR).

RESULTADOS: Se incluyeron 347 enfermos de los que 11 cumplían criterios de exclusión. Los 336 incluidos se siguieron durante 26 meses (5-32). La estancia hospitalaria media fue 8,98 días. Las características basales de ambos grupos se describen en la tabla. En el grupo de estrategia invasiva, 70 (43,5%) pacientes presentaban enfermedad de tronco o tres vasos, 36 (22,4%) dos vasos y 40 (24,8%) un vaso; en 15 (9,3%) no se objetivaron estenosis significativas. Se realizó revascularización percutánea en 110 (68,9%) y quirúrgica en 6 (3,7%). Respecto a las complicaciones del procedimiento, hubo 9 (5,6%) casos de nefropatía por contraste, 3 (1,9%) de ictus y 10 (6,2%) de complicaciones locales menores. No existieron diferencias en tratamiento antiagregante al ingreso aunque sí al alta, con 90,7% vs 76,4% (P<0,001) para AAS, 69,9% vs 22,3,8% (P<0,001) para antagonistas del receptor ADP y 62,3% vs 14,2% (P<0,001) para doble antiagregación. A pesar de ello, no hubo diferencias en la tasa de eventos hemorrágicos durante el seguimiento (7,5% vs 12%, P 0,162). El grupo con intervencionismo coronario presentó menor mortalidad que el conservador (28,0% vs 54,9%, p<0,001) y menor incidencia de evento combinado (59,6% vs 83,4%, p<0,001). En el análisis de Cox la realización de cateterismo (HR=0,56; IC95%: 0,42-0,75) y el uso de doble antiagregación (HR=0,67; IC95%: 0,51-0,88) se asociaron de manera independiente a menor incidencia de evento, mientras que a mayor índice de Charlson mayor incidencia (HR=1,16; 1,09-1,24), sin existir asociación para la edad ni el sexo.

CONCLUSIONES: La estrategia invasiva resultó superior respecto a la conservadora en pacientes de ≥80 años para la reducción del evento combinado de muerte, reingreso y nuevo evento coronario, independientemente de la edad y las comorbilidades basales, en práctica clínica habitual. No existieron diferencias en la tasa de complicaciones hemorrágicas.

FACTORES PRONÓSTICOS Y ALTERACIONES ANALÍTICAS EN LOS PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNÓSTICO DE GRIPE DURANTE LA TEMPORADA 2015-2016

Vázquez Agra N (1), Campaña Castro D (2), Novo Veleiro I (1), González Quintela A (1).

(1) MEDICINA INTERNA. (2) ESTUDIANTE DE MEDICINA (UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA). COMPLEJO HOSPITALARIO CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN: La infección por el virus de la gripe suele ser un proceso clínico autolimitado que se asocia a incremento de morbimortalidad en grupos poblacionales vulnerables. Además, las alteraciones analíticas en los pacientes con gripe son comunes en la práctica clínica pero, a diferencia de aquellas relacionadas con otros procesos virales (Por ejemplo, familia virus Herpes), los resultados de los estudios sobre el tema son discrepantes.

OBJETIVOS: El objetivo del estudio es analizar las alteraciones en el hemograma y la bioquímica hepática durante la infección por gripe e investigar la relación entre dichos resultados, la cepa aislada y variables asociadas a mal pronóstico (estancias prolongadas (> 5 días), ingreso en UCI y mortalidad).

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio transversal retrospectivo en el que se incluyeron 258 pacientes que ingresaron en nuestro hospital con el diagnóstico de gripe entre el 1 de enero y el 31 de Junio (2016). Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y microbiológicas. Se realizó un análisis descriptivo y analítico univariante para identificar factores asociados a alteraciones analíticas y tipo de cepa aislada, así como comparar la distribución de las diferentes variables en relación a las categorías pronósticas de ingreso en UCI, tiempo de estancia hospitalaria y mortalidad.

RESULTADOS: Análisis Descriptivo N=258. Sexo (varón):51,2%. Edad (años) (mediana (M)):67,0 Desviación estándar (SD):16,7. Comorbilidades: Patología pulmonar crónica 32,2 %. Diabetes:20,5%. Factores de riesgo: HTA, 48,1%. Dislipemia: 42,2%. Ex/fumadores: 31,4%. Ingreso en UCI: 8,5%. Mortalidad: 8,1%. Contagio nosocomial: 10,1%. Gripe A (AH1N1): 81,8%. No-A*: 17,2%. Estancia y síntomas (días) (M+SD): 8±15,2 y 4±3,7. Análisis Univariante. Alteraciones analíticas (Pp<0,05). Leucopenia* y neutropenia* se asociaron a pacientes menores de 60 años. El grupo hepatopatía crónica presentó mayor leucopenia. La hipertransaminemia* se asoció a varones y ex/fumadores. Leucopenia e hipertransaminemia mostraron asociación. Análisis univariante: Cepas virales (Pp<0,05). La infección No-A se asoció con el grupo de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. Análisis univariante: Factores pronósticos (Pp<0,05). La estancia prolongada, el ingreso en UCI y la mortalidad se asociaron a hipertransaminemia. La linfopenia fue más frecuente en pacientes fallecidos.

CONCLUSIONES: Las alteraciones analíticas fueron más frecuentes en los grupos de peor pronóstico aunque sólo se alcanzó significación estadística para hipertransaminemia, predominando en pacientes jóvenes y varones. La infección No-A se asoció a mayor insuficiencia cardíaca crónica.

USO DE ACIDO TRANEXAMICO COMO ESTRATEGIA DE AHORRO DE SANGRE EN EL PERIOPERATORIO DE ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA

Mejide H (1), Porteiro J (1), Serrano J (1), Gonzalez-Vilariño V (2), Carrero J (2), Trobajo J (2), Gonzalez I (2), Asensio P (1).

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

(2) SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL QUIRÓNSALUD A CORUÑA.

INTRODUCCIÓN: La cirugía ortopédica protésica mejora sustancialmente la calidad de vida de los pacientes sometidos a intervención, disminuyendo los síntomas y la necesidad de polifarmacia y restaurando la funcionalidad e independencia; sin embargo no está exenta de complicaciones. La anemia perioperatoria es frecuente en estos pacientes y la optimización previa a la intervención y las medidas de ahorro transfusionales se han relacionado con una disminución de la morbimortalidad. El objetivo del presente estudio fue evaluar el ahorro transfusional que supone la utilización de ácido tranexámico (AT) de manera protocolizada en pacientes sometidos a artroplastia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional de cohortes retrospectivo llevado a cabo en el Hospital Quirónsalud A Coruña. En el seno del programa de Internista de Proceso Quirúrgico/Asistencia compartida se recogieron los pacientes sometidos de manera electiva a artroplastia de cadera o rodilla en un periodo de 15 meses. Se dividió el estudio en dos periodos, antes y después de la implantación del protocolo de uso de ácido tranexámico (infusión de 4 amp de 20cc de AT vía tópica por redón en el momento del cierre de la herida permanenciando cerrado 30 minutos). Se analizó la tasa de transfusión, la estancia media y el ahorro estimado de costes y las complicaciones derivadas. Se realizó un análisis descriptivo utilizando el paquete estadístico SPSS 16.0.

RESULTADOS: Se reclutaron un total de 161 pacientes, 70% mujeres, con una edad media de 71 ±8.1 años. El 54% tenían un Índice de Charlson >2, el 82% un riesgo anestésico ASA >2 y el 65% tenían algún grado de dependencia funcional (Escala Cruz Roja >2). Un 68% de los pacientes tomaban 4 o más fármacos. Por tipo de cirugía se distribuyeron en 91 artroplastias rodilla y 70 de cadera. La comparación por periodos mostró una reducción de la tasa de transfusión significativa (60% vs 18%, p<0,0001), una disminución de la media de concentrados de hematies utilizados (1,27 vs 0,42, p<0,01), una reducción de la estancia media hospitalaria (6,38 vs 5,68, p<0,05) y una reducción de la media de costes estimados en medicación por paciente (95,57€ vs 79,56€, p<0,01). No hubo diferencias significativas en las características demográficas y clínicas entre los dos grupos. No hubo complicaciones derivadas del uso de AT.

CONCLUSIONES: 1- El perfil de paciente que se somete a una artroplastia es una mujer de edad avanzada, con elevada comorbilidad y polifarmacia. 2- El uso de ácido tranexámico se confirma como una estrategia ahorradora de sangre con las implicaciones que eso conlleva en términos de reducción de estancia media, costes y complicaciones derivadas. 3- No se constataron efectos adversos derivados de su utilización.

MANEJO DE PACIENTES CON ANEMIA SECUNDARIA A MALFORMACIONES VASCULARES DIGESTIVAS EN HOSPITAL DE DÍA

Páez Guillán EM (1), García Villafranca A (1), Maciá Rodríguez C (1), Alende Castro V (1), Marques Afonso AT (1), Vázquez Agra N (1), Novo Veleiro I (1), Pose Reino A (1), González Quintela A (1)

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

INTRODUCCIÓN: La anemia ferropénica, que afecta al 6% de la población, es uno de los principales problemas del internista; puede deberse a diversas etiologías; como las malformaciones vasculares gastrointestinales, principal causa de sangrado oculto en ancianos.

OBJETIVOS: Analizar las características de pacientes con anemia secundaria a angiodisplasias o ectasia vascular gástrica, atendidos en Hospital de Día, diferenciando entre los diferentes tratamientos e identificando factores asociados a morbimortalidad y necesidades trasfusionales y asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo en el cual fueron incluidos pacientes con anemia secundaria a malformaciones vasculares gastrointestinales tratados en Hospital de Día de Medicina Interna, entre el 01/01/2012 y el 31/12/2016. Fueron distribuidos en dos grupos según hubiesen recibido o no octreotido. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y analíticas, y se realizó un análisis descriptivo y univariante.

RESULTADOS: Se incluyeron 23 pacientes que corresponden al 8.74% de los pacientes seguidos por anemia; 11 de los cuales en el brazo correspondiente a octreotido. Un 56.5% fueron varones. La edad media fue de 78 años y el nivel medio de hemoglobina de 8.3 g/dl. Un 60.8% de los pacientes presentaron angiodisplasias, un 26.1% ectasia gástrica y 13.1% sangrado digestivo de origen oscuro. El 21.7% fueron derivados de planta y otro tanto de consultas de Medicina Interna; un 13% de otras consultas, un 17.4% de Urgencias y un 13% de Atención Primaria. Como comorbilidades presentaron: HTA (82.6%), FA (56.5%), insuficiencia cardíaca (56.5%) e insuficiencia renal crónica (39.1%). Un 87% recibió BP, un 39.1%, antiagregantes, un 30.4% anticoagulantes, otro 30.4% heparina de bajo peso molecular, un 21.7% corticoides y un 17.4% AINE's. El 65.2% recibió al menos una trasfusión sanguínea en su seguimiento, el 60.9% fue tratado con hierro sacarosa y el 43.5% con hierro carboximaltosa, y el 73.9% recibió hierro oral. Cuatro pacientes recibieron además talidomida, tres de ellos en el brazo de octreotido. La mortalidad fue del 34.8% (esta cifra baja al 27.3% en los pacientes tratados con octreotido) y la mejoría media del nivel de hemoglobina fue de 2.07 g/dl (2.58 g/dl en el grupo de octreotido). El número de ingresos, de trasfusiones y de asistencias a Urgencias un año después del inicio del tratamiento descendió en un 43.5%, 39.1% y 52.2% de pacientes, cifras que suben al 54.5%, 45.5% y 54.5% en el caso del octreotido, objetivándose mejoría también en los pacientes tratados con hierro carboximaltosa.

CONCLUSIONES: Las malformaciones vasculares gastrointestinales son causa importante de anemia en ancianos. El octreotido ha demostrado mejoría en la mortalidad y en los niveles de hemoglobina, y se ha relacionado con disminución en la demanda sanitaria, lo que repercute positivamente en la calidad de vida y en el ahorro sanitario. El hierro carboximaltosa también ha mostrado datos favorables.

INCIDENCIA DE LINFOMAS EN PACIENTES VIH EN PERIODO 1993-2014

Meijide H (1, 2), Castro-Iglesias A (1, 3), Rodríguez-Osorio I (1, 3), Balliñas J (1, 3), Trinidad A (4), Pedreira J (1), Mena A (1, 3).

(1) GRUPO DE VIROLOGÍA CLÍNICA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE A CORUÑA (INIBIC)-COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA (CHUAC), SERGAS. (2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL QUIRONSALUD A CORUÑA. (3) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, UNIDAD DE VIH Y HEPATITIS. CHUAC. (4) FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD SANTIAGO DE COMPOSTELA. CHUAC

ANTECEDENTES/OBJETIVOS: La introducción del tratamiento antirretroviral ha aumentado la supervivencia de los pacientes con infección por VIH, por lo que se ha observado un cambio de tendencia en la incidencia y en los tipos de cáncer en esta población. La coinfección VIH/VHC podría jugar un papel en la carcinogénesis debido a la inflamación relacionada con el virus de hepatitis C (VHC). En este contexto se evaluó la incidencia de linfomas en pacientes mono infectados VIH y coinfectados VIH/VHC y se compararon las diferencias entre ellos y con la población general.

MÉTODOS: Se incluyeron de forma retrospectiva todos los episodios de linfoma en pacientes VIH en seguimiento clínico en un hospital terciario en el periodo 1993-2014. El método de selección fue la revisión retrospectiva de la historia clínica mediante el Servicio de Codificación. Se recogieron características epidemiológicas, demográficas, clínicas e inmunovirológicas. El seguimiento de los pacientes fue realizado hasta la última visita regular a las consultas, muerte o pérdida de seguimiento. La incidencia de linfomas fue evaluada y comparada entre los pacientes mono y coinfectados. Se utilizó la herramienta GLOBOCAN para calcular la incidencia estandarizada respecto a la población general.

RESULTADOS: Cohorte de 2318 pacientes (37% coinfectados VIH/VHC) que contribuyeron a 27086 pacientes-año de seguimiento. Se identificaron un total de 63 linfomas; 37 (2,5% IC95%:1,8-3,5) en VIH mono infectados y 27 (3,1% IC95%:2,2-4,6) en VIH/VHC, sin diferencias entre ambos grupos (OR:1,25, IC95%:0,76-2,97). De todos los linfomas, 59 eran LNH (83,8% VIH vs 66,6% VIH/VHC) y 15 LH (16,2% VIH vs 33,3% VIH/VHC). La incidencia de LNH en población general es 13,1 casos/100000 habitantes, mientras que en VIH es 217,6 y en VIH/VHC 143,1/100000 habitantes. Por otro lado, la incidencia de LH en población general es 2,5 casos/100000 habitantes, en VIH 41,9 y en VIH/VHC 71,8 casos/100000 habitantes. Respecto a los pacientes VIH mono infectados, el 64,9% desarrollaron el linfoma al diagnóstico de VIH o en el primer año desde el mismo, frente a un 25,9% en los coinfectados VIH/VHC. Así, tan sólo el 18,9% recibían TARGA en el momento del diagnóstico del linfoma vs 66,7% en coinfectados ($p<0,001$). La mediana del recuento de CD4/uL en el momento del diagnóstico fue de 36 (10-212) en mono infectados vs 198 (24-608) en coinfectados ($p<0,001$).

CONCLUSIONES: 1- La incidencia de linfomas (tanto LH como LNH) en población VIH mono infectada y VIH/VHC coinfectada sigue siendo mucho mayor que la esperada en la población general. 2- A pesar del buen control inmuno-virológico del VIH, en los pacientes coinfectados VIH/VHC se observa una incidencia cruda de linfomas mayor en los años sucesivos al diagnóstico, que puede deberse al papel oncogénico del VHC o a la inflamación persistente. 3- Es destacable la alta incidencia de LH en pacientes coinfectados VIH/VHC, mayor que en VIH-mono infectados.

ANÁLISIS DE LAS COMUNICACIONES PRESENTADAS A LA REUNIÓN ORDINARIA DE LA SOGAMI 2013-2016: ¿CUÁNTAS HAN SIDO PUBLICADAS EN REVISTAS CIENTÍFICAS?

Suárez Gil R, Gomez Mendez R, Pedrosa Fraga C, García Trincado B, Rabuñal Rey R, Monte Secades R. (1) MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI

RESUMEN: La elaboración de una comunicación a un congreso implica la revisión de decenas de historias clínicas para realizar una base de datos, su análisis y la exposición de resultados. Esto conlleva un esfuerzo notable cuya distribución y características no se han analizado en conjunto en lo que respecta al congreso ordinario de la SOGAMI. Por otra parte, ¿Cuántos de estos trabajos finalizan con su presentación en el congreso? ¿Cuántos son publicados?

OBJETIVOS: Estudiar las características de las comunicaciones al congreso de la SOGAMI de los últimos 4 años, y analizar cuántas se han publicado en revistas médicas.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de las comunicaciones presentadas en los congresos de la SOGAMI de 2013 a 2016, obtenidas de la revista Galicia Clínica. Se han analizado variables como: año del congreso, comunicación oral o póster, hospital del primer firmante, uni/multicéntrico, tema y tipo de trabajo. Para comprobar su publicación se realizó una búsqueda en Pubmed, Dialnet y en Galicia Clínica usando al menos el primer autor, el último y palabras clave. Se excluyeron del análisis las comunicaciones de un solo caso. Para el análisis estadístico se usó el programa SPSS.

RESULTADOS: De los 313 trabajos revisados, se han excluido 118 por tratarse de comunicaciones de un único caso. De las 212 restantes, el 24,1% fueron comunicaciones orales y un 75,9% pósters. La distribución por hospitales fue: CHUAC 35 (16,5%), POVISA 32 (15,1%), HULA 25 (11,8%), CHUJI 25 (11,8%), CHUF 22 (10,4%), CHUS 21 (9,9%), CHOU 18 (8,5%), CHOP 16 (7,5%) y otros 18 (8,5%). El 94,3% fueron unicéntricos y el 88,7% retrospectivos. El tipo de estudio más frecuente fue el descriptivo longitudinal con $n>10$ casos (75%), seguido por el transversal (11,3%) y el descriptivo con $n<10$ casos (8%). Con respecto al contenido de los estudios 76 (35,8%) trataban sobre enfermedades infecciosas, 27 (12,7%) e. tromboembólica, 21 (9,9%) autoinmunes, 13 (6,1%) cardiovascular e IC, 10 (4,7%) Alcohol, 9 (4,2%) pluripatológicos y edad avanzada, 8 (3,8%) endocrinología y DM, 4 (1,9%) neurología y 44 (20,6%) otros temas. Se publicaron un total de 12 trabajos (5,7%), 7 (58,3%) en revistas internacionales y 5 (41,7%) en nacionales. De ellos 7 (58,3%) habían sido comunicaciones orales y 5 (41,7%) tipo póster. Las publicaciones por hospitales fueron: CHUAC 5 (41,7%), HULA 3 (25%), CHUS 2 (16,7%), CHOU 1 (8,3%) y POVISA 1 (8,3%). Tiempo hasta la publicación: 4 (33,3%) se publicaron en el 1º año tras la comunicación en el congreso, 5 (41,7%) durante el 2º año y 3 (25%) durante el 3º año. Las variables relacionadas ($p<0,05$) con la probabilidad de que la comunicación fuera publicada fueron: estudio multicéntrico y comunicación oral.

CONCLUSIONES: El perfil de las comunicaciones es un estudio descriptivo retrospectivo procedente de un hospital de más de 500 camas. El porcentaje que se publica en revistas científicas es bajo y la demora prolongada, con más posibilidades en el caso de comunicaciones orales o estudios multicéntricos.

ANÁLISIS DE LAS RECURRENCIAS DE INFECCIONES POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Marques Afonso AT (1), Paez Guillan E (1), García Villafranca A (1), Vidal Vázquez M (1), Vázquez N (1), Pernas H (1), Alende V (1), Maciá Rodríguez C (1); Novo Veleiro I (2).

(1) MÉDICO RESIDENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL CHUS. (2) MÉDICO ADJUNTO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL CHUS; MEDICINA INTERNA. CHUS

INTRODUCCIÓN: Se ha observado un aumento en las infecciones colónicas producidas por una bacteria asociada al uso de antibióticos, el Clostridium Difficile (CD).

OBJETIVO: Comparar los casos de infección por CD recurrentes con casos no recurrentes, analizar factores asociados a ambos y analizar una potencial relación entre el tipo de antibioterapia recibida y el desarrollo de infecciones por CD recurrentes.

MÉTODOS: Estudio analítico de caso y control retrospectivo, longitudinal y observacional de comparación de infecciones por CD recurrente y no recurrente en pacientes que han ingresado en servicio de Medicina Interna de CHUS que han sido diagnosticados de infección por CD, entre enero de 2014 a diciembre de 2016. Variables dependientes: recurrencia, tiempo hasta recurrencia y fallecimiento durante el ingreso. Variables independientes: socio-demográficas, epidemiológicas, clínicas, tratamiento utilizado, entre otras. Fuente: base de datos de codificación e historia clínica (IANUS). Análisis estadístico: Estadísticos básicos de centralización, análisis de relación con test Chi-cuadrado, T-Student, Mann-Whitney y curvas de Kaplan-Meier ($p<0,05$ considerado estadísticamente significativo).

RESULTADOS: Se incluyeron 50 casos correspondientes a 39 sujetos, edad media 77 ± 13 años. Número de tipos de antibióticos durante el año previo al desarrollo de infección: $5,66\pm 3,6$. La última pauta antibiótica antes del inicio de los síntomas más utilizada ha sido con penicilinas más inhibidores de beta lactamasas (32%). El tratamiento utilizado más frecuente en la primera infección ha sido Metronidazol (66%). Se han detectado 15 infecciones recurrentes (30%). La mediana de tiempo hasta recurrencia ha sido de 11 [6-28] días. Mortalidad durante el ingreso ha sido de 8% (4 casos). La variable que ha presentado relación estadísticamente significativa con la presencia de recurrencias ha sido: antecedente de neoplasia. En la curva de Kaplan-Meier que relaciona tratamiento utilizado en primera infección y tiempo hasta recurrencia, no se observó resultado estadísticamente significativo. Las variables que han presentado relación estadísticamente significativa con mortalidad durante el mismo ingreso han sido: Índice Charlson; clínica diarrea, dolor abdominal, rectorragia, presencia de criterios de gravedad; dilatación intestinal; otros diagnósticos como insuficiencia cardíaca y endocarditis.

CONCLUSIONES: Se ha observado una gran prevalencia de recurrencias. No se ha obtenido una relación estadísticamente significativa entre terapia antibiótica utilizada previamente y desarrollo de recurrencias, tampoco entre el tratamiento utilizado en la primoinfección y tiempo hasta recurrencia. Se ha observado relación estadísticamente significativa entre fallecimientos durante el ingreso y comorbilidades, criterios de gravedad (dilatación intestinal, presencia de clínica de diarrea, dolor abdominal, rectorragia) y otros diagnósticos como insuficiencia cardíaca y endocarditis.

HOSPITALIZACIÓN POR EVENTOS SIDA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL PERIODO 1993-2013

Meijide H (1, 2), Castro-Iglesias A (1, 3), Rodríguez-Osorio I (1, 3), Balliñas J (1, 3), Gutierrez V (4), Pedreira J (1), Mena A (1, 3).

(1) GRUPO DE VIROLOGÍA CLÍNICA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE A CORUÑA (INIBIC)-COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA (CHUAC), SERGAS. (2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL QUIRONSALUD A CORUÑA. (3) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, UNIDAD DE VIH Y HEPATITIS. CHUAC. (4) FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD SANTIAGO DE COMPOSTELA. CHUAC

INTRODUCCIÓN: La introducción del TARGA y las características del paciente VIH han modificado el perfil de las hospitalizaciones en esta población en los últimos años. A pesar de la mejora en el cuidado de estos pacientes, todavía existe una significativa proporción de diagnóstico tardío, y por tanto de eventos definitivos de SIDA. El objetivo del presente estudio es analizar los ingresos por eventos SIDA de nuestra área asistencial en un periodo de 21 años.

MATERIAL Y METODOS: Se recogieron los ingresos de pacientes VIH en el CHUAC entre 1993-2013, mediante codificación CIE-9. Se analizaron las características clínicas, el motivo de ingreso y la mortalidad durante el ingreso. Se compararon las hospitalizaciones por eventos definitivos y no definitivos de SIDA en dos periodos (1993-2002 y 2003-2013). Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y las cuantitativas como media \pm SD o mediana (IQR). Se realizó un análisis de regresión de joinpoint de tendencia temporal. Se utilizó el paquete SPSS 19.0.

RESULTADOS: 2.498 pacientes infectados por VIH fueron seguidos durante el periodo de estudio, con una contribución de 22.901 pacientes-año (PA). Se registraron 6.917 ingresos, correspondiendo a 1.937 pacientes. De los hospitalizados, el 75% fueron hombres, la edad media fue $36,4\pm 10,6$ años y el 37,2% eran coinfectados VIH/VHC. La tasa de hospitalización mostró una reducción desde 30,7/100 pacientes (IC al 95%: 27,7-33,8) en 1993 hasta 19,9/100 pacientes (17,7-22,2) en 2013 ($P<0,001$). Desde 1993 hasta 2013, se puede observar como la incidencia de hospitalizaciones por eventos SIDA disminuye significativamente a lo largo del tiempo, a diferencia de la incidencia por evento NO SIDA que se mantiene estable. En el cálculo de la tasa de incidencia de hospitalizaciones, a partir del año 1997 se evidencia un importante descenso de hospitalizaciones SIDA, 5,2% (1,1%-7,1%) anual ($P<0,001$). En 614 casos (55,6%) de los 1104 pacientes que ingresaron al menos una vez por evento SIDA, el diagnóstico de VIH se realizó durante el propio ingreso por el evento SIDA. Las causas más frecuentes de ingreso fueron infecciones oportunistas y neoplasias definitivas de SIDA. La mortalidad hospitalaria global fue del 6,5% (IC95%: 6,0-7,1). La mortalidad por ingresos SIDA fue del 13,4% frente al 4,5% en los ingresos NO SIDA ($P<0,001$).

CONCLUSIONES: 1- La tasa de hospitalización global y de eventos SIDA disminuyó a lo largo del periodo de estudio. 2- El análisis joinpoint estable un punto de corte en 1997 en relación con la instauración del TARGA; a partir de ahí se reduce la hospitalización por evento SIDA un 5% anual; la tasa de eventos NO SIDA se mantiene estable. 3- La hospitalización por evento SIDA presenta una elevada mortalidad, triplicando en nuestra serie a la mortalidad por ingreso NO SIDA. 4- Los diagnósticos tardíos todavía suponen un importante problema de salud pública; en el estudio el 55% se diagnosticaron con un proceso SIDA.

CARACTERÍSTICAS INMUNOLÓGICAS, REPUESTA AL TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO DE LA COLANGITIS BILIAR PRIMARIA EN UNA COHORTE DE 85 PACIENTES SEGUIDOS EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE HEPATOLOGÍA

Sopeña B, Otero E, Tomás S, Alende Sixto R, Carballo I, García Villafranca A, Páez E, González-Quintela A. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. CONSULTA DE HEPATOLOGÍA Y CONSULTA DE INMUNO PATOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. CHUS. FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN: La Colangitis Biliar Primaria (CBP) es una enfermedad grave, en la que el adecuado tratamiento puede evitar la evolución a la cirrosis hepática y otras complicaciones sistémicas. A pesar de ello, es una entidad poco sintomática y escasamente conocida lo que explica el retraso diagnóstico desde que se inician las alteraciones analíticas, y posteriormente hasta que se empieza el tratamiento.

OBJETIVO: Describir las características demográficas, analíticas, inmunológicas y de respuesta al tratamiento en una cohorte pacientes con CBP.

PACIENTES Y MÉTODO: Se han estudiado los pacientes con CBP diagnosticados en nuestro Servicio desde el año 1994, de los que constaba seguimiento y datos clínicos suficientes. El diagnóstico de CBP se realizó en base a: la presencia de elevación persistente de los enzimas de colostasis con anticuerpos mitocodriales positivos (AMA) (Título > 1/40) y/o biopsia hepática diagnóstica.

RESULTADOS: Se estudiaron 85 pacientes con CBP de los cuales 78 fueron mujeres (relación mujer:hombre: 11:1) con una edad media al diagnóstico de 54 años (rango: 23-84 años). El seguimiento medio fue de 108 meses (Rango: 15-286 meses). La IgM estaba elevada en el 71% de los pacientes (54/76). Los ANA fueron positivos en 59/85 (69%) de los pacientes y los AMA fueron positivos en el 78% (66/85). Entre las CBP-AMA negativo el 53% tenían otros anticuerpos sugestivos: 7 anti-centrómtero, 2 AMA-2, y 1 anti-sp-100. Se le hizo biopsia hepática a 72 pacientes (88%), siendo diagnóstica en el 68%. En 22 pacientes (26%) se diagnosticó un cuadro de solapamiento: CBP + hepatitis autoinmune. Los pacientes con CBP fueron tratados sólo con ácido ursodesoxicólico (UDC) presentando respuesta completa 42%, respuesta parcial 50% y no respuesta 6 (8%). Sólo 3% de los pacientes con respuesta completa y un 13% de los que respondieron parcialmente evolucionaron a cirrosis hepática, con un tiempo seguimiento similar en ambos grupos (105 vs 113 meses). De los 6 pacientes que no respondieron, 5 desarrollaron cirrosis hepática. De los 13 pacientes con cirrosis 7 (54%) ya tenían datos clínicos o histológicos de cirrosis en la evaluación inicial. No se encontró mayor frecuencia de evolución a cirrosis en las formas de solapamiento que en la CBP pura (14% vs 15%). De los 79 pacientes en que no se perdió el seguimiento fallecieron 8 (10%), 5 de los cuales lo fueron por complicaciones de su CBP evolucionada. Se diagnosticó hepatocarcinoma en 2 pacientes y han precisado trasplante hepático otras 2.

CONCLUSIONES: La mayoría de las pacientes con CBP tienen un perfil de anticuerpos sugestiva y niveles altos de IgM. Las formas de solapamiento supusieron el 26% de los casos y no tuvieron peor un pronóstico que la CBP pura. Parece que el efecto beneficioso del Ursodesoxicólico, se mantiene en los pacientes que toman el tratamiento, aunque hagan respuesta bioquímica parcial.

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA PREVIA A LA IMPLANTACIÓN DE UN PROA

Suarez Gil R (1), Gomez Mendez R (1), López Álvarez MJ (2), García Pais MJ (2), Rabañal Rey R (2), Corredoira Sánchez J (2).

(1) MEDICINA INTERNA. (2) INFECCIOSAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO LLUCAS AUGUSTI

INTRODUCCIÓN: Los Programas de Optimización de Antimicrobianos (PROA) son programas de calidad asistencial que tienen como objetivo mejorar los resultados clínicos a través de la mejora de la calidad de prescripción de antimicrobianos. Previamente a su implantación es imperativo conocer la situación del hospital en cuanto al tratamiento antibiótico para así determinar las medidas más eficaces a adoptar.

OBJETIVO: Análisis de la calidad de la prescripción de antimicrobianos en nuestro centro.

MÉTODO: Corte transversal de un día de todos los servicios médicos y quirúrgicos de nuestro centro excepto Urgencias, Observación, UCI, Pediatría y Psiquiatría. Se revisaron las historias clínicas, identificando a los pacientes con terapia antimicrobiana. Se recogieron datos demográficos, motivo de la prescripción (profilaxis, tratamiento empírico/dirigido u otra), mecanismo de adquisición de la infección (comunitaria/nosocomial), origen de la misma, gravedad (sepsis/no sepsis y criterios de McCabe) y antibióticos prescritos, valorándose su adecuación.

RESULTADOS: Se analizaron 403 pacientes, 246 (61%) pertenecientes a servicios médicos y 157 (39%) a servicios quirúrgicos. Recibían tratamiento antibiótico 195 pacientes (48,4%), 32 (16,4%) por profilaxis y el resto por distintas patologías. La infección fue de adquisición comunitaria en 116 (59,5%) y nosocomial en 45 (23,1%). Se especificó la indicación del tratamiento en 138 (78%) y únicamente en 41 (21%) era tratamiento dirigido. Con respecto a la justificación del tratamiento 99 (61%) se basaban en el síndrome clínico, 40 (25%) en la microbiología, 19 (11%) en las circunstancias clínicas específicas y 5 (3%) en la gravedad. De los 195 pacientes con prescripción de antimicrobianos, se estimó que 97 (49,7%) eran inadecuados, 62 (52,1%) en servicios médicos y 35 (46,1%) en servicios quirúrgicos. Las causas de inadecuación fueron: Tratamiento innecesario (41), Duración excesiva (29), Tratamiento adecuado pero no recomendado (22), Tratamiento inadecuado (16), vía de administración incorrecta (16) y dosis incorrecta (9). En 33 pacientes estaban prescritos dos o más antibióticos, valorándose como inadecuado en 20 (60,6%), la causa más frecuente fue que uno de ellos era innecesario. En 42 pacientes la duración del tratamiento fue mayor de 10 días, valorándose como inadecuado en 29 (69%).

CONCLUSIÓN: La mitad de pacientes de nuestro centro tenían una prescripción antibiótica, de los cuales la mitad son inadecuados. Debemos implementar medidas que mejoren la calidad de la prescripción antibiótica en nuestro centro

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONCENTRACIÓN SÉRICA DE MARCADORES HORMONALES E INFLAMATORIOS TRAS EL PERIODO DE GUARDIA

Alende V, Macía C, García Villagraba A, Páez E, Beceiro C, Carballo I, Vázquez N, Pernas H, Figueira B, González Quintela A.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

INTRODUCCIÓN: Las guardias son una parte importante del programa de formación de los residentes. En los últimos años, numerosos estudios e investigaciones sugieren que los largos periodos de guardia derivan en consecuencias en su propia salud así como la seguridad del paciente. No hay estudios previos centrándose en las variaciones hormonales e inflamatorias producidas en los periodos de guardia.

OBJETIVO: Investigar potenciales cambios en marcadores inflamatorios y variaciones hormonales en médicos internos residentes tras la realización de una guardia.

MÉTODOS: Estudio realizado en el Hospital Universitario de Santiago de Compostela. Se incluyeron 39 médicos internos residentes (30 mujeres y 9 hombres), con una edad comprendida entre 25 y 35 años. Se extrajeron muestras sanguíneas en dos periodos de tiempo: la mañana previa al inicio de la guardia y la mañana posterior a la finalización de la misma. Se realizaron las siguientes determinaciones analíticas: hemograma, coagulación, bioquímica básica, marcadores inflamatorios (VSG, PCR, fibrinógeno, haptoglobina, ferritina, transferrina, complemento, TNF-alpha, IL6, IL8 e IL2R) y hormonas (cortisol, TSH, testosterona, y 25-hidroxi-vitamina D. Todos los participantes realizaron un cuestionario acerca de la calidad laboral, estrés laboral y evaluación del periodo de guardia. El estudio ha sido probado por el Comité ético.

RESULTADOS: En todos los participantes se detectó déficit de 25-hidroxi-vitamin-D. En el análisis de muestras apareadas se obtuvieron los siguientes resultados: descenso moderado de las cifras de hemoglobina (P=0.001), colesterol sérico (P=0.003) y la fracción C4 del complemento (P=0.005), así como un aumento en los valores de TSH (P<0.001). Los niveles de testosterona mostraron una tendencia a disminuir en varones (P=0.05) sin alcanzar la significación estadística. No se encontró asociación entre estos cambios y la calidad laboral, situaciones estresantes durante la guardia ni horas de descanso respetado.

CONCLUSIONES: Los niveles bajos de vitamina D en los médicos internos residentes pueden estar en relación con las jornadas prolongadas de trabajo hospitalario. Durante la guardia se constata un descenso en la fracción C4 del complemento así como cambios hormonales. Los médicos internos residentes varones presentan descensos en los niveles de testosterona tras un periodo de guardia.

EFFECTIVIDAD DE LA COMBINACIÓN SOFOSBUVIR/ LEDIPASVIR DURANTE 8 SEMANAS COMPARADO CON 12 SEMANAS EN PACIENTES SELECCIONADOS CON INFECCIÓN POR VHC

Álvarez Otero J (1), Fernández Fernández F (1), Lamas Ferreiro JL (1), Camba Estévez M (1), Arca Blanco A (1), González Portela C (2), Vázquez López S (2), de la Fuente Aguado J (1).

(1) MEDICINA INTERNA, (2) DIGESTIVO. HOSPITAL POVISA

INTRODUCCIÓN: El tratamiento con agentes antivirales directos (AAD) de la hepatitis crónica por VHC ha demostrado tasas elevadas de curación y excelente seguridad. Se han comunicado datos con pautas de duración reducida con la combinación sofosbuvir/ledipasvir (SOF/LDV) en pacientes no tratados previamente, no cirróticos y con carga viral VHC < 6 millones UI/ml.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo fue evaluar la respuesta viral sostenida de SOF/LDV administrado durante 8 semanas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes no cirróticos y naive que habían recibido tratamiento con SOF/LDV durante 8 y 12 semanas y se evaluó la tasa de respuesta viral sostenida en ambos grupos. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 21. Para la comparación de las variables dicotómicas se utilizó el test de Chi cuadrado o el test de Fisher según necesidad y para las variables cuantitativas se utilizó la T de student o el test de la U de Mann Whitney.

RESULTADOS: Se incluyeron 53 pacientes, con edad media de 53 años y predominio de varones (79,2%). La carga viral basal media fue de 2437086 UI/ml. Treinta y cuatro pacientes presentaban genotipo 1a, once 1b y el resto genotipo mixta o desconocido. De los pacientes en los que se solicitó la IL28, el 15,1% era CC, el 35,8% CT y el 9,4% TT. El 66% eran mono infectados y el 34% presentaban infección por VIH concomitante. El 77,4 presentaban un grado de fibrosis F2, el 20,4% F3 y el 1,9% F0 o F1. En el 79,2% de los pacientes se realizó tratamiento durante 8 semanas y en el 20,8% durante 12 semanas. El 100% de los pacientes que recibieron tratamiento durante 12 semanas presentaron respuesta viral sostenida comparado con el 92,9% de los que recibieron tratamiento 8 semanas, sin diferencias significativas. No se demostraron factores relacionados con fracaso terapéutico.

CONCLUSIONES: El tratamiento con SOF/LDV durante 8 semanas es eficaz en la práctica clínica real en pacientes adecuadamente seleccionados.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS A LA COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

Sopeña B, Otero E, Tomás S, Alende Sixto R, Carballo I, Alende Castro V, González-Quintela A. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. CONSULTA DE HEPATOLOGÍA Y CONSULTA DE INMUNO PATOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. CHUS. FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

INTRODUCCIÓN: La Colangitis Biliar Primaria (CBP) es una enfermedad autoinmune y su asociación con otras enfermedades autoinmunes (EAS), tanto hepáticas como extrahepáticas, es bien conocida. Sin embargo, en la práctica muchas de estas EAS asociadas a la CBP quedan sin diagnosticar, bien por un conocimiento insuficiente, bien por la excesiva parcelación de la práctica clínica.

OBJETIVO: Detectar las EAS que con mayor frecuencia se asocian a la CBP en nuestro medio, y cuya presencia debe ser evaluada en cada paciente.

PACIENTES Y MÉTODO: Pacientes vivos diagnosticados de CBP y seguidos en la Consulta de Hepatología que fueron reevaluados prospectivamente en la Consulta de Inmuno Patología para realizar una anamnesis dirigida al diagnóstico de EAS.

RESULTADOS: Desde Septiembre de 2015 se estudiaron 52 pacientes con CBP de los cuales 45 eran mujeres. Se realizó biopsia hepática en 44 (85%). Se solicitó IgG4 sérica en 33 pacientes (sin corticoides) siendo normal en todas ellas, el valor más elevado fue 101 mg/dL. Tras la evaluación dirigida se encontraron otras EAS en 37 pacientes (71%). El fenómeno de Raynaud en 24 pacientes (46%) de los cuales 16 tenían esclerodactilia. Se realizó capilaroscopia en 7 mostrando hallazgos de esclerodermia (ESP) el todos ellos. Finalmente 13 pacientes cumplían criterios de ESP definida y fueron diagnosticados de Síndrome de Reynolds (CBP + ESP) 11 de ellos con anticuerpos anticentrómtero positivos. Referían síndrome seco 19 pacientes de los cuales 8 eran anti-centrómtero +, 7 tenían anti-

Ro y uno anti-La, otros 7 factor reumatoide +. El síndrome de Sjögren fue confirmado en 11 casos y la biopsia de glándula salivar fue positiva en los 4 en que se realizó. Se diagnosticó tiroiditis autoinmune (alteraciones funcionales tiroideas con anti-TPO+) en 9 pacientes. Otras EAS diagnosticadas fueron: hepatitis autoinmune en 10 pacientes, polimialgia reumática (en 2), psoriasis (en 2), vasculitis cutánea, enfermedad celíaca, vitíleo, enfermedad de Gaves y PTL.

CONCLUSIONES: La presencia de otras enfermedades autoinmunes fue frecuente en nuestros pacientes con colangitis biliar primaria (71%). Las enfermas con CBP deberían ser interrogadas acerca del fenómeno de Raynaud y del síndrome seco, sobre todo cuando presentan anticuerpos anti-centrómero positivos. También es frecuente la tiroiditis autoinmune. No hemos encontrado ningún caso con niveles séricos elevados de IgG4.

¿SOMOS LOS MÉDICOS RESPONSABLES DE QUE SE CONSUMAN INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) SIN INDICACIÓN?

Gondar Barcala T, Cid Gómez D, Páramo de la Vega M, Fernández Castro I, Maroto Piñeiro F, De La Fuente Aguado J.

MEDICINA INTERNA. POVISA SA

INTRODUCCIÓN: El uso inadecuado de fármacos, además de efectos secundarios e interacciones innecesarias supone un gasto farmacéutico añadido. Entre los fármacos con una prescripción frecuente e indicaciones muy específicas se encuentran los inhibidores de la bomba de protones (IBP). Es una labor importante por parte del médico adecuar la prescripción y retirada de los IBP ajustándose a las indicaciones actuales de su utilización.

OBJETIVOS: Comprobar el grado de adecuación del tratamiento con IBP siguiendo las indicaciones actuales para su empleo en los pacientes ingresados en el servicio de M. Interna del hospital Povisa en un periodo determinado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión de la historia clínica e informes de los pacientes ingresados en nuestro servicio entre el 20 y 26 de marzo de 2017. Selección de pacientes que tomaban algún IBP al ingreso y comprobación de la adecuación del mantenimiento de IBP al alta hospitalaria según las recomendaciones actuales en gastropotención.

RESULTADOS: Ingresaron 116 pacientes. Cuarenta y siete (40,5%) tomaban algún IBP antes del ingreso. De ellos, consumían AINEs 15 pacientes y el 100% presentaba algún factor de riesgo alto de sufrir reacciones adversas gastrointestinales. Los factores para la indicación de gastropotención con IBP en los 15 consumidores de AINEs eran los siguientes de forma desglosada: presencia de comorbilidad grave en 13 pacientes (86,7%); (11 por hipertensión arterial, 9 por enfermedad cardiovascular, 6 por diabetes mellitus y 3 por insuficiencia renal crónica); edad superior a 65 años 11 pacientes (73,3%); uso concomitante de fármacos que aumenta el riesgo de complicaciones gastrointestinales en 9 pacientes (60,0%); historia previa de úlcus con o sin hemorragia digestiva en 2 pacientes (13,3%) y necesidad de uso prolongado de AINE en las dosis máximas recomendadas en otros 2 pacientes (13,3%). Treinta y dos pacientes que tenían pautado un IBP no tomaba AINEs, de ellos, 4 padecían enfermedad por reflujo gastroesofágico y 2 tenían antecedentes de hemorragia digestiva alta. Por tanto, 26 pacientes (55,3%) consumían IBP sin indicación alguna, ni por profilaxis ni por patología que requiriese dicho tratamiento. De estos 26 pacientes, 2 fallecieron durante el ingreso hospitalario, en otros 2 el IBP se mantuvo al alta al añadir a su tratamiento habitual un AINE y presentar algún factor de "alto riesgo" por el cual su uso de forma profiláctica estaba indicado y tan sólo en 1 paciente el IBP incorrectamente prescrito se suspendió al alta. En 21 pacientes (80,8%) que tomaban IBP sin indicación alguna, la prescripción de IBP se mantuvo al alta. **CONCLUSIONES:** Existe un alto porcentaje de pacientes en los que se mantiene la prescripción de IBP sin indicación tras una hospitalización médica lo que sugiere un alto grado de responsabilidad por nuestra parte en el uso inadecuado de IBPs.

INCIDENCIA Y FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A REACCIONES ADVERSAS A TUBERCULOSTÁTICOS EN EL ÁREA SANITARIA DE LUGO EN EL PERÍODO 2014-2016

Gómez-Méndez R (1), Iglesias-López JC (2), Suárez-Gil R (1), López-Álvarez MJ (3), García-Pais MJ (3), Corredoira-Sánchez J (3), Penas-Truque A (4), Rabuñal-Rey R (3).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA; (2) GRADO EN MEDICINA, USC; (3) UNIDAD DE INFECCIOSOS;

(4) UNIDAD DE TUBERCULOSIS. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCAS AUGUSTI, LUGO (ESPAÑA)

INTRODUCCIÓN: Los tuberculostáticos, al igual que cualquier otro fármaco, no están exentos de reacciones adversas, algunas de ellas frecuentes y potencialmente graves. Éstos pueden traducirse en incremento de las resistencias, cambio de fármacos o suspensión del tratamiento y aumento de la morbimortalidad con el subsiguiente incremento del coste sanitario. Además, puede suponer la primera causa de abandono del tratamiento

OBJETIVOS: Determinar la incidencia de reacciones adversas a fármacos tuberculostáticos y los factores clínicos asociados a estas en nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODO: Diseño observacional, retrospectivo. Se seleccionarán los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que han recibido tratamiento tuberculostático controlado en la EOXI de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos en el período 2014-2016. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y evolutivas. Se definió reacción adversa grave como la que precisa suspensión/cambio de tratamiento y/u hospitalización. No se consideró reacción adversa hiperuricemia por pirazinamida, a menos que ocasionara gota.

RESULTADOS: Se registraron 145 casos de tuberculosis (TB). La edad media fue de 57,9 años, el 60,7% eran hombres. El servicio de seguimiento más frecuente fue la Unidad de Tuberculosis. El 22,9% tenían un índice de Charlson ≥ 3 puntos. El 49% estaban polimedicados, un 23% presentaba alguna inmunosupresión (esteroides, inmunosupresores, neoplasia, etc). El 40,7% de los casos era TB extrapulmonar, más de la mitad de localización ganglionar. El bacilo aislado con mayor frecuencia fue el *Mycobacterium Tuberculosis* (92,3%). La pauta de tratamiento más frecuente fue la clásica (2HRZE+4HR). Hubo un 3,4% de recidivas y la mortalidad fue del 9,7% (14 pacientes). Presentaron alguna reacción adversa el 55,2% de los pacientes; la reacción adversa más frecuente fue la hepatotoxicidad (32,2%). El fármaco que se asoció con mayor frecuencia a reacciones adversas es la rifampicina (29%). El 21% presentaron reacciones adversas graves. Se modificó el tratamiento en el 16,8% de los casos y precisaron hospitalización el 1,5%. Las siguientes variables

se asociaron significativamente a reacción adversa grave: edad ≥ 70 , diabetes, inmunosupresión (de cualquier tipo), polifarmacia, tratamiento esteroideo y fármacos inmunosupresores. Las variables independientes identificadas en el análisis multivariante fueron: edad; 70 (OR 3,1; IC 95% 1,3-7,4), sexo masculino (OR 0,4; IC 95% 0,2-1,1) e inmunosupresión (OR 11,5; IC 95% 2,8-46,8).

CONCLUSIONES: Las reacciones adversas a tuberculostáticos son relativamente frecuentes. Existen variables clínicas y epidemiológicas que permiten identificar a pacientes con riesgo de reacciones graves.

AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRETINA (TTR): UTILIDAD DE LA GAMMAGRAFÍA TC-DPD

Fernández Rial JA, Cerqueiro JM, Piñeiro Fernández JC, Freire Uceira L, Nogueira Seoane Z, Mateos Colino A.

MEDICINA INTERNA. LUCAS AUGUSTI

INTRODUCCIÓN: De los 30 tipos de sustancia amiloide, solo 3 producen cardiopatía: AA o secundaria, AL o primaria y por transtiretina (TTR) mutada o nativa (wild-type). Cada subtipo tiene evolución, tratamiento y pronóstico diferente. Por eso, es importante establecer el subtipo, principalmente entre AL y TTR que son las más frecuentes. Sin embargo, el proceso diagnóstico es complejo, con pruebas invasivas que demuestren el depósito del material amiloide. La amiloidosis TTR nativa o amiloidosis cardiaca senil, está infradiagnosticada. La gammagrafía ósea con Tc-DPD, en pacientes con sospecha de amiloidosis cardiaca a los que se descartó la presencia de cadenas ligeras y paraproteína monoclonal en suero y orina mostró una especificidad y VPP del 100% (PPV CI 99-100%) en una cohorte de 1217 pacientes, para amiloidosis TTR1,2. Su uso en el proceso diagnóstico se está generalizando aunque todavía es escaso. Hemos utilizado la gammagrafía con Tc-DPD en el proceso diagnóstico de 5 pacientes con sospecha de amiloidosis cardiaca.

OBJETIVOS: Conocer las características de los pacientes con diagnóstico de amiloidosis cardiaca por transtiretina diagnosticada por gammagrafía Tc-DPD.

MATERIAL Y MÉTODOS: Recogida de datos demográficos, clínicos y diagnóstico de los 5 pacientes con amiloidosis cardiaca sometidos a gammagrafía Tc-DPD durante el proceso diagnóstico. Análisis descriptivo de la muestra.

RESULTADOS: Los 5 pacientes fueron varones, edad media 84 años (79a-87a). 4 eran hipertensos. La clínica cardiaca fue IC (disnea) en todos los pacientes. Sólo 1 con STC bilateral. Ninguno con polineuropatía periférica. El retraso entre el inicio de la clínica y la realización de la gammagrafía fue de 4 años (1a-7a). Todos tenían diagnóstico cardiológico previo: 1, Mp Hipertrofia; 4, Cp hipertensiva. Sólo 1 caso con voltaje bajo en el EKG. La HVI estaba presente en grado moderado en 1 paciente y en los otros 4 en grado severo. En 1 paciente era de predominio septal, en el resto, concéntrica. 3 pacientes presentaban el patrón típico granular hiperrefringente. Todos tenían un patrón transmital restrictivo. 4 pacientes tenían la FEVI preservada. En 3 pacientes se realizó RM cardiaca con mismo resultado, realce tardío difuso-heterogéneo de gadolinio. La gammagrafía Tc-DPD mostró en los 5 pacientes hipercaptación intensa biventricular sugestiva de depósito de transtiretina. En todos se descartó paraproteína monoclonal en suero/orina y la presencia de cadenas ligeras. Ninguno se sometió a métodos invasivos.

CONCLUSIONES: La gammagrafía Tc-DPD permite orientar el subtipo de amiloidosis cardiaca, facilita el diagnóstico y puede evitar la realización de procedimientos invasivos y de RM. En varones, >80 años con IC y Cp hipertensiva si presentan HIV moderada o severa con/sin patrón granular hiperrefringente debemos vigilar la coexistencia de amiloidosis TTR. Las ideas clásicas de bajo voltaje en EKG y el STC son poco frecuentes.

AFECTACIÓN RENAL EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET, NEFROPATIA IGA

Estévez M, Argibay A, Fachal C, Gómez J, Soto A, Freire M, Vázquez-Tirriñanes C, Gimena B, Fernández-Martín J, Rivera A.

UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS Y TROMBOSIS (ASYT) Y DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Behçet (EB) es un proceso sistémico de etiología desconocida y con heterogéneas manifestaciones clínicas, incluyendo afectación renal, mucocutánea, ocular, articular, neurológica, vascular y gastrointestinal. La afectación renal es menos frecuente y a menudo menos severa que en otros tipos de vasculitis.

OBJETIVOS: Determinar la afectación renal en nuestra serie de pacientes con EB y describir sus características clínicas.

MÉTODOS: Fueron incluidos un total de 51 pacientes. Todos ellos cumplían los criterios internacionales de EB. Se Revisaron informes médicos y los resultados de pruebas realizadas para determinar la implicación renal en esta enfermedad.

RESULTADOS: Solamente se objetivó un paciente con afectación renal, suponiendo un 2% de los 51 pacientes con EB totales. Se trata de un paciente de 60 años que fue ingresado en el hospital con un cuadro consistente en: Fiebre, Astenia, Eritema Nodoso y Pseudofoliculitis. Como antecedentes destacaba una trombosis con extensión desde vena Poplítea a Femoral en la pierna izquierda, 6 meses antes. Durante su estancia hospitalaria el paciente desarrolló aftas orales y dolorosas aftas escrotales. Análiticamente destacaba leucocitosis, insuficiencia renal aguda (Creatinina en suero de 2.5mg/dl) elevación de PCR y VSG. En el sedimento de orina presentaba hematuria. En el TAC de abdomen se observó la trombosis previamente descrita e infartos hepáticos. Al tercer día de hospitalización el paciente presentó un episodio de rectorragia necesitando transfusiones sanguíneas. La realización de endoscopias alta y baja del tracto gastrointestinal reveló la presencia de ulceraciones en Ileon terminal. Los hallazgos histopatológicos fueron inespecíficos, sugestivos de afectación gastrointestinal por EB. El Paciente, fue diagnosticado de Brote severo de EB. Se combinaron pulsos de Metilprednisolona IV, corticoides orales y Azatioprina. La función renal mejoró tras iniciar este tratamiento. No obstante ante la repetición de los episodios de rectorragia, se realizó un AngioTAC, donde se objetivó vasculitis de pequeño vaso en la región distal del yeyuno. Se inició Infliximab. Se obtuvo entonces, un cese de los episodios de sangrado intestinal y síntomas generales, así como una excelente evolución de las aftas tanto orales como genitales y de las erupciones cutáneas. La biopsia renal fue compatible con Nefropatía por IgA. La hematuria e insuficiencia renal desaparecieron y permanecieron inactivas a los 6 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES: El daño renal es relativamente infrecuente en pacientes con EB. Amiloidosis y Nefropatía IgA es lo más frecuente. Existe gran controversia en el tratamiento. Se debería realizar de manera rutinaria la búsqueda de enfermedad renal en la EB con la realización de sedimento urinario, niveles de creatinina en suero y pruebas de imagen.

GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEITIS: REVISIÓN DE CASOS ENTRE 2000-2015 EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE (CHUO)

Latorre Díez A, Fernández González R, Lorenzo Vizzaya AM, Barreiro Rivas A, González Noya A, López Mato P.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE

INTRODUCCIÓN: La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA, antiguamente conocida como Síndrome de Churg Strauss) es una vasculitis, asociada a la presencia de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA). Se caracteriza por la presencia de asma, rinitis y eosinofilia, afecta a pulmón, nervios periféricos, piel y, menos frecuentemente corazón, riñón, SNC y tubo digestivo. Histológicamente presenta infiltración tisular de eosinófilos, granulomas y vasculitis necrotizante de vasos de pequeño y mediano calibre. Existen diferentes criterios diagnósticos, los más utilizados son los de la American College of Rheumatology (ACR) y los de Lanham. El tratamiento de inicio son los corticoides sistémicos, con planteamiento posterior de otros inmunosupresores según clínica y gravedad por la escala FFS (Five-Factors score).

OBJETIVOS: Conocer las características epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de GEPA en el área sanitaria de Ourense en el período entre enero 2000 y diciembre 2015; su diagnóstico, actitud terapéutica y evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo que recoge los pacientes con el diagnóstico de GEPA en Ourense.

RESULTADOS: Entre 01/2000-12/2015 se diagnosticaron 5 casos, 3 de ellos eran hombres (60%) y 2 mujeres (40%). Con una edad media al diagnóstico de 60 años [38-72 años]. Cumplían criterios de Lanham (60%) 3 de los 5 pacientes y 5 cumplían criterios diagnósticos de la ACR (100%). Clínicamente todos los pacientes presentaban asma (100%), 2 sinusitis (40%), 4 poliposis nasal (80%). Presentaban infiltrados pulmonares 4 de los pacientes (80%), 2 (40%) afectación cutánea y sólo uno de los pacientes presentaba afectación renal (20%). En cuanto a las pruebas de laboratorio, todos presentaban eosinofilia con una mediana de 7300 eosinófilos/L [4000-15200cel/l]. Presentaban ANCAS positivos todos, 4 de ellos (80%) con patrón perinuclear y 1 de ellos (20%) patrón citoplasmático. En lo referente al tratamiento en todos los pacientes se inició corticoterapia a dosis de 1mg/kg/día. En uno de los casos se inició conjuntamente tratamiento con ciclofosfamida. Actualmente 3 de los pacientes continúan seguimiento en consultas externas: 2 de ellos actualmente en remisión con prednisona a dosis de 5mg/día y otro de los pacientes en remisión con 5mg de prednisona + azatioprina 100/día. Uno de los pacientes falleció por sepsis respiratoria y se perdió seguimiento del otro.

CONCLUSIONES: La GEPA es una vasculitis primaria sistémica infrecuente, afecta por igual a ambos sexos pero en nuestra serie observamos una mayor afectación de hombres (60%) frente a mujeres (40%). En general responde rápidamente al manejo con glucocorticoides, en nuestra población sólo un paciente necesitó ciclofosfamida para inducción de la remisión. Para mantenimiento de la remisión, 2 de los casos son tratados con prednisona a dosis de 5 mg/día y otro mantiene remisión con 5mg de prednisona+azatioprina 100/día. Uno de los pacientes falleció por sepsis respiratoria y se perdió seguimiento del otro paciente.

COMUNICACIONES PÓSTER

NEFROPATÍA POR IGA. ¿EN QUÉ PUNTO NOS ENCONTRAMOS?

Rodríguez Ferreira LM, Sousa Domínguez A, Rivera Gallego A, Diéguez Pena P, Baroja Basanta AL, Val Domínguez N, Freire Dapena MC, Argibay Filgueira AB.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

INTRODUCCIÓN: La Nefropatía por IgA es la glomerulonefritis más común en adultos en países desarrollados. Es una enfermedad inmunomediada con depósitos de IgA en el mesangio glomerular, seguido de glomerulonefritis mesangioproliferativa. Aunque se han descrito correlaciones genéticas, cerca del 90% de los casos son esporádicos. Es más frecuente en varones entre 20-39 años. Suele ser oligosintomática en forma de hematuria episódica y deterioro de la función renal en algunos pacientes. Se necesita biopsia renal para corroborar el diagnóstico. El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas y prevenir o retrasar la ERC.

OBJETIVOS: Descripción del caso clínico de un paciente diagnosticado de Nefropatía por IgA y revisión de la literatura (JPTODATE).

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de la historia clínica y búsqueda en la literatura.

RESULTADOS: Varón de 72 años, con antecedentes de HTA, cirrosis hepática alcohólica y enfermedad pulmonar intersticial difusa no estudiada, que acude por astenia, disnea de moderados esfuerzos, aumento de perímetro abdominal y edemas en miembros inferiores. En la analítica destaca deterioro de la función renal (Cr 4mg/dL) con proteinuria en rango no nefrótico y hematuria. Autoinmunidad, incluyendo ANCAs y AMBG negativa. Franco empeoramiento de la función renal en días posteriores (Cr >8mg/dL) con oligoanuria y edemas en miembros inferiores. Sospechando una glomerulonefritis membranoproliferativa, se inician corticoides a altas dosis (3 bolos de 500mg/día durante 3 días, posteriormente vía oral a dosis de 0.5mg/kg/día) y se solicita biopsia renal que confirma la sospecha clínica: Glomerulonefritis proliferativa mesangial con proliferación endocapilar (5 de 15 glomérulos) y extracapilar en un glomérulo, con depósitos de IgA y C3 compatible con Nefropatía por IgA. El paciente falleció por fallo multiorgánico en relación con infección respiratoria por VHS-1. Revisando la literatura, la manifestación más frecuente es la hematuria micro/macros cópica recurrente con o sin proteinuria y posible deterioro de la función renal. La evolución es variable. Como factores de mal pronóstico: inicio a edad avanzada, HTA, severidad de la proteinuria, duración de los síntomas... El tratamiento más utilizado son IECAs, ARA2 e inmunosupresores. Hasta el 30% de los pacientes puede evolucionar a ERC, generalmente con progresión lenta. **DISCUSIÓN:** El objetivo del tratamiento es el alivio sintomático y retraso de ERC. Sin embargo, el tratamiento óptimo todavía es incierto. Los esteroides pueden reducir la progresión a nefropatía y la necesidad de diálisis/trasplante. Se necesitan más estudios para tener seguridad sobre beneficio/riesgo de los esteroides y para identificar qué pacientes podrían beneficiarse más con el tratamiento.

CONCLUSIONES: La forma de presentación clínica de nuestro paciente (fracaso renal agudo grave), es excepcional en la Nefropatía por IgA. Mala evolución clínica con escasa respuesta a tratamiento esteroideo.

ESPOROTRICOSIS LINFOCUTÁNEA RECIDIVANTE

Dalama López T, García Rodríguez JF, García Alén D, Bravo Blázquez I, Martul Pego E, Montero González MD, Fernández Bouza E, Sesma Sánchez P.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

INTRODUCCIÓN: La infección por Sporothrix spp es muy infrecuente en nuestro medio. Se presenta un caso de una paciente con infección recidivante por Sporothrix schenckii.

CASO CLÍNICO: Paciente de 81 años que consulta en Dermatología en noviembre de 2012 por presencia de úlceras pruriginosas, en brazo derecho, de 5 meses de evolución, tras roce con ramas de árbol. Inicialmente, dadas las características de las lesiones (imagen 1), se orientó como pioderma gangrenoso. Tras la realización de biopsia, se confirmó infiltración inflamatoria aguda y crónica en relación con cuerpo extraño y crecimiento de Sporothrix schenckii en el cultivo de hongos. Se trató durante 1 mes con itraconazol oral (100mg/12h) y pomada de beclometasona con mejoría, pero tras 6 meses recidivó. Se confirmó la recaída de la infección fúngica mediante biopsia. Se volvió a tratar con itraconazol, a la misma dosis, durante 6.5 meses. Mejoró de forma lenta, sin llegar a desaparecer de forma completa las lesiones. Se realizó otra biopsia cutánea y volvió a crecer Sporothrix schenckii. Se realizó una pauta de tratamiento con terbinafina durante 8 meses, y al no mejorar se remitió a la Unidad de Enfermedades Infecciosas para valorar otras alternativas. Se decidió volver a tratar con itraconazol a dosis de 200mg/12h (administrado con bebidas de cola) durante 7 meses. Mejoró de forma lenta hasta quedar unas lesiones residuales de pequeño tamaño, se realizó exéresis de las mismas y el cultivo resultó negativo. Tras un año de seguimiento la paciente está curada, sin recaídas.

DISCUSIÓN: La esporotricosis es una infección subaguda y crónica, producida por un hongo dimórfico, Sporothrix schenckii. Se trata de una micosis frecuente en países con climas tropicales, y en aumento en nuestro medio en los últimos años. Afecta generalmente a tejido cutáneo y subcutáneo. Se relacionan con el desarrollo de esporotricosis determinadas profesiones: jardineros, floristas, agricultores e incluso carpinteros. La forma más frecuente de contagio cutáneo es por la inoculación traumática, apareciendo entonces el chancro esporotricótico. Existen cuatro formas clínicas: linfocutánea, cutánea fija, diseminada y extracutánea. La forma linfocutánea es la más frecuente, pues supone hasta el 75% de todos los casos de esporotricosis. Se caracteriza por presentar una primera lesión papulosa o nodular indurada, y a los pocos días varios nódulos siguiendo el trayecto linfático. El diagnóstico definitivo se obtiene mediante el cultivo del hongo en biopsia del tejido afectado. El tratamiento de primera elección para las formas cutáneas, es el itraconazol durante 3-6 meses, siendo de segunda línea el fluconazol.

CONCLUSIONES: La esporotricosis es una infección micótica en aumento, que se debe sospechar ante la presencia de lesiones cutáneas con las características descritas. Para su diagnóstico precoz es fundamental realizar una buena anamnesis.

BACTERIEMIA POR ACTINOMYCES NEUII EN RELACIÓN CON ABSCESO PROSTÁTICO

Dalama López T, García Rodríguez JF, García Alén D, Bravo Blázquez I, Martul Pego E, Montero González MD, Fernández Bouza E, Sesma Sánchez P.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

INTRODUCCIÓN: Actinomyces spp es excepcional que produzca bacteriemia.

CASO CLÍNICO: Entre 1990 y 2016 se han seguido de forma prospectiva en nuestro hospital 5.294 bacteriemias y sólo se aisló 1 caso de bacteriemia por Actinomyces neuui. Paciente de 52 años, diabético y bebedor moderado, que ingresa en UCI por cuadro de shock séptico de probable origen urinario. Al ingreso presentaba sedimento urinario con 15-20 leucocitos por campo, sin clínica urinaria clara. En 2 extracciones de hemocultivos se aisló Actinomyces neuui. El urocultivo resultó negativo (muestra recogida después de haberse iniciado el tratamiento antibiótico). Se realizó un TC abdominal en el que se observó una masa pélvica en región prostática y vesículas seminales heterogénea (Imagen 1), compatible con prostatitis con áreas abscesivas o neoplasia de próstata con áreas necróticas. Se inició tratamiento de forma empírica con Meropenem y se desescaló después a tratamiento con amoxicilina-clavulánico durante 6 semanas. En un TC abdominal de control realizada al final del tratamiento la lesión había evolucionado de forma muy favorable, persistiendo engrosamiento en cara anterior del recto de 22mm. Se realizó recto-sigmoidoscopia que permitió visualizar una lesión submucosa a dicho nivel, que en la biopsia resultó ser un pólipo hiperplásico.

DISCUSIÓN: Las bacterias del género Actinomyces son bacterias anaerobias filamentosas gram positivas que generalmente colonizan cavidad oral y tracto gastrointestinal, pero adquieren patogenicidad en tejidos lesionados o necróticos. La actinomicosis es una infección poco frecuente, aproximadamente un 80% de los casos son causados por Actinomyces israelii. Actinomyces neuui es menos frecuente. El área cervicofacial es la más frecuentemente afectada, seguida de la abdominal y la torácica. Es de 2 a 4 veces más frecuente en hombres que en mujeres. Son factores predisponentes a actinomicosis abdominal la cirugía reciente, la perforación visceral y las neoplasias, también se asoció con el uso de DIU. Se presenta generalmente como un absceso bien definido. El diagnóstico se basa en la identificación del germen en cultivos, preferentemente de pus. Independientemente de la especie debe ser tratada con antibioterapia durante un período de tiempo prolongado (2-6 semanas por vía intravenosa, seguido de 6-12 meses de terapia oral) con penicilina o amoxicilina. Como alternativas figuran doxiciclina, eritromicina o clindamicina.

CONCLUSIONES: La actinomicosis es una infección poco frecuente que no suele asociarse con bacteriemia. La presencia de Actinomyces neuui en hemocultivos debería conllevar a la búsqueda de abscesos ocultos.

FIEBRE Y LESIONES ESPLÉNICAS EN RELACIÓN CON ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO

Martul Pego E, García Rodríguez JF, García Alén D, Bravo Blázquez I, Dalama López T, Montero González MD, Fernández Bouza E, Sesma Sánchez P.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por arañazo de gato es poco frecuente, pero debe sospecharse en pacientes con fiebre sin foco que tienen animales domésticos.

CASO CLÍNICO: Varón de 53 años con antecedente de resección anterior de recto por adenocarcinoma rectal. Presentó fiebre sin foco, hasta 38,5°C con tiritera, días aislados, durante 2 semanas. El episodio se autolimitó sin tratamiento y el paciente quedó asintomático. En un TAC de control solicitado por Oncología, realizado un mes después, se objetivó en el bazo múltiples lesiones hipodensas subcentimétricas, por lo que se remite a UEIN con sospecha de embolismos sépticos. El paciente tenía gatos y refería haber sufrido, antes del cuadro febril, arañazos y mordedura en una mano con erupción local, sin celulitis. En la exploración física sólo presentaba lesiones residuales de arañazos y mordedura en mano izda, sin adenopatías. Se realizó analítica completa, cuyo único hallazgo fue hipercolesterolemia, hemocultivos fueron negativos, un ETT sin evidenciar vegetaciones y una colonoscopia normal. La serología de Bartonella Henselae fue IgG positivo (1:640), IgM positivo (1:200), confirmando enfermedad por arañazo de gato. Se optó por seguimiento clínico sin tratamiento antibiótico. El paciente siguió asintomático y a los 6 meses se repitieron estudios: serología mostró negativización de IgM para Bartonella Henselae y el TAC resolución completa de las lesiones esplénicas.

DISCUSIÓN: La enfermedad por arañazo de gato es una de las causas más frecuentes de adenopatía regional autolimitada en niños y adultos. Suele producirse por Bartonella henselae, aunque puede ser secundaria a otras especies de Bartonella. Principalmente afecta a hombres menores de 20 años. Es frecuente la presencia de una pápula roja en el sitio de inoculación, que puede preceder 10 a 14 días a la linfadenopatía. Clínicamente suele presentarse con una linfadenopatía regional habitualmente dolorosa que se resuelve en unos 4 meses, a veces acompañada de fiebre de semanas a meses de evolución que comienza en relación a un arañazo de gato. En un 4-15% de los pacientes puede diseminarse y comprometer hígado, bazo, ojos, corazón o SNC. El diagnóstico serológico de elección es la determinación de IgG mediante inmunofluorescencia, cuyos títulos serán iguales o mayores a 1:256. El TAC abdominal típicamente mostrará múltiples lesiones dispersas en el hígado y/o bazo que, si se biopsian, mostrarían granulomas necrotizantes. El cultivo es de muy baja sensibilidad, dado que es un microorganismo muy difícil de aislar en tejidos. La mayoría de los pacientes inmunocompetentes tienen resolución de los síntomas sin terapia antibiótica específica. En caso de precisarse tratamiento se emplearía Azitromicina, y en intolerancia: Claritromicina, Rifampicina, TMP-SMX o Ciprofloxacino.

CONCLUSIÓN: El paciente presentó enfermedad por arañazo de gato con afectación esplénica, sin adenopatías. La enfermedad se autolimitó sin tratamiento antibiótico.

DERMATOMIOSITIS Y EPID SECUNDARIA ANTI-MELANOMA-DIFFERENTIATION-ASSOCIATED GENE 5: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

Cainzos-Romero T, Sánchez-Trigo S, Lijó-Carballeda C, García-Alén D, Vázquez-Vigo R, Garrido-Sanjuan JA, Sesma-Sánchez P.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO FERROL

INTRODUCCIÓN: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MI) son un grupo de enfermedades autoinmunes y sistémicas. Cursan con debilidad muscular y pueden asociarse a manifestaciones

extramusculares. La dermatomiositis (DM) presenta distintos fenotipos clínicos que se relacionan con anticuerpos específicos. Puede asociarse a neoplasias. Destacan formas amiofáticas o hipomiofáticas, en las que se ha descrito una afectación pulmonar rápidamente progresiva asociada a los anticuerpos anti-Melanoma-Differentiation-Associated gene 5 (MDA5).

OBJETIVOS: Describir 2 casos clínicos con DM y afectación pulmonar con anti-MDA 5.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de datos clínicos a través del programa IANUS.

RESULTADOS: Presentamos 2 casos clínicos de DM, con EPID y anti-MDA 5. El primer caso es una mujer de 48 años con pápulas de gottron, dermatitis violácea-eritematosa en zonas fotoexpuestas y debilidad muscular. Sin síndrome general. Enzimas musculares normales y anti-MDA 5 positivo. ENMG patológico y biopsia cutánea compatibles. La capilaroscopia presenta patrón esclerodermiforme. El screening paraneoplásico fue negativo. Presenta EPID con disminución de la difusión. Iniciamos prednisona, azatioprina e hidrocortisona, con mejoría clínica cutánea y muscular pero evolución tórpida a nivel pulmonar. Se inicia tratamiento con inmunoglobulinas, alcanzando remisión parcial de la EPID. El segundo caso clínico es un hombre de 42 años, con pápulas de gottron, eritema heliotropo y dermatitis violácea-eritematosa, sin debilidad muscular, ni síndrome general, enzimas musculares normales y anti-MDA 5 positivo. La capilaroscopia presenta patrón esclerodermiforme y biopsia cutánea compatible. ENMG normal y screening paraneoplásico negativo. Presenta EPID y la difusión levemente disminuida. Iniciamos tratamiento con prednisona, azatioprina e hidrocortisona, alcanzando remisión clínica completa. La prevalencia de la EPID varía entre un 19-40 %. Se engloba en 2 grandes síndromes: Síndrome antisintetasa y neuropatía intersticial asociada a anti-MDA5. Ésta última se ha descrito en pacientes con DM amiofática, y se caracteriza por una EPID rápidamente progresiva. Las MI son enfermedades poco frecuentes, prácticamente no hay estudios aleatorizados y controlados que permitan unas recomendaciones terapéuticas basadas en guías clínicas fiables. El objetivo del tratamiento es la mejoría de las manifestaciones clínicas. Los pilares del tratamiento son los corticoides y los inmunosupresores. La supervivencia global de los pacientes con MI tratados a los 10 años es del 75 %. Los factores que se asocian a mal pronóstico: existencia de neoplasia, manifestaciones extrapulmonares graves (EPID) y mayor tiempo de evolución previo al diagnóstico.

CONCLUSIONES: Señalar la importancia de los autoanticuerpos para definir fenotipos clínicos, que marcan el seguimiento y la agresividad terapéutica. Necesidad de establecer guías clínicas diagnóstico-terapéuticas fiables.

EXOSTOSIS CLAVICULAR ATRAUMÁTICA COMO CAUSA DE SÍNDROME DEL ESTRECHO TORÁCICO CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ASOCIADA

Cabaleiro Castro L (1), Durán Vila D (2), Pérez Batallón A (2), Rodríguez García JC (1), García García JC (1), Anibarro García L (1), Núñez Fernández MJ (1)

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. (2) SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA.

INTRODUCCIÓN: El síndrome del estrecho torácico (SET) asociada a trombosis venosa profunda (TVP) de miembro superior, es una patología poco frecuente pero de gran importancia, ya que afecta a personas jóvenes y sanas mayoritariamente; y donde el síndrome post-trombótico puede ser una complicación. El tratamiento a día de hoy no está estandarizado y va desde un manejo con tratamiento anticoagulante, fibrinolítico, hasta la intervención quirúrgica en algunos casos. El diagnóstico se basa en los hallazgos compatibles tras la realización de pruebas radiológicas. En ocasiones se objetivan anomalías anatómicas que implican modificaciones en el tratamiento quirúrgico. Se han documentado como causa de SET originada en la clavícula: exostosis post-fractura y tumores. Presentamos un caso de SET con manifestación de TVP de miembro superior secundaria a exostosis no traumática de clavícula.

CASO CLÍNICO: Mujer de 30 años sin antecedentes de interés, no fumadora ni tomadora de anticonceptivos. Acude a nuestro hospital por tumefacción, hormigueo, y disminución de la fuerza en MSD. Refiere sobreesfuerzos en dicha extremidad. A la exploración física destaca MSD con aumento de temperatura local, eritematoso y de mayor de diámetro con respecto al lado contralateral. Resto de la exploración sin hallazgos significativos. Las pruebas de laboratorio no muestran alteraciones, salvo Dímero-D de 918 ngr/ml. Se realiza Eco-Doppler que demuestra trombosis venosa en vena cefálica derecha y subclavia ipsilateral. La Tomografía Axial Computarizada (TAC) pone en evidencia una pequeña protuberancia ósea en borde inferior del 1/3 medial de clavícula derecha, estrechando el paso de la vena subclavia derecha. Se realiza flebografía que en posición neutra y a nivel de la vena subclavia, se visualiza irregularidad parietal, con pequeños defectos de repleción en el segmento corto proximal, con colaterales venosas; en abducción forzada se demuestra oclusión completa de la vena subclavia. Con el diagnóstico de TVP de miembro superior, la paciente recibe tratamiento con HBPM y Acenocumarol. Tras realización de pruebas complementarias se solicita tratamiento quirúrgico. (Se documenta con extenso material iconográfico).

CONCLUSIONES: La prevalencia del SET es del 30% de los casos de TVP en miembro superior, con una edad media entre los 20-40 años, y relacionada con actividades de esfuerzo. La ecografía Doppler debe ser la primera prueba, pero el TAC y la RNM son adecuados para confirmar el diagnóstico en casos dudosos. El tratamiento es controvertido, documentándose tratamiento anticoagulante, trombolisis guiada con catéter, así como resección de la primera costilla y liberación escalénica ante la sospecha de atrapamiento de la vena subclavia. La existencia de patología en la clavícula que provoca el SET, es muy excepcional, pero puede hacer modificar el planteamiento quirúrgico genérico por otro más específico.

A PROPÓSITO DE UN CASO: MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA TUMORAL PULMONAR (MTTP)

González Vigo V, Gómez Longueira P, Castro Paredes B.

S^o MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA.

INTRODUCCIÓN: La MTTP es una entidad clínica excepcional pero de pronóstico infausto, sobre la que existen pocas referencias en la literatura. La 1ª se remonta a 1937 de la mano Bril y Robertson y bajo el nombre de cor pulmonale subagudo. En 1990 von Herbay estableció el término con el que se conoce hoy en día. Es una forma rara de embolismo pulmonar tumoral en la que pequeños émbolos de células tumorales inducen una proliferación fibrocelular de la íntima de arterias pulmonares de pequeño calibre.

OBJETIVOS: Dar a conocer esta entidad infrecuente pero de importante relevancia en el diagnóstico diferencial de disnea en paciente oncológico dado su fatalidad.

MÉTODOS: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Varón de 83 años con ERC 3a y adenoc. de próstata Gleason IX a tto hormonal. Acude por cuadro de 2 meses de evolución de tos irritativa y disnea progresiva. Presentaba taquipnea superficial e hipoxemia. EF era normal salvo por leves crepitantes gruesos pulmonares. Analítica: Hb 11.2, L 11.880, 80.4% N, plaquetas 48,000. Coagulación normal. DD>10000. Creatinina 1.26, iones en rango. Rx Tórax y angioTC: patrón retículo nodulillar bilateral difuso, sin TEP. En su evolución: anemia progresiva, mayor trombopenia, LDH 1409, manteniendo FR estable y perfil hepatobiliar normal, con desarrollo de coagulopatía, con consumo de fibrinógeno, DD>10.000 y TP alargado. El frotis de SP mostró esquistocitos, siendo compatible con anemia microangiopática. Posterior aumento desproporcionado de disnea, con insuficiencia respiratoria grave, siendo finalmente éxitus.

CONCLUSIONES: Las células neoplásicas en la luz vascular puede producir una obstrucción mecánica per se y/o estimular, por lesión del endotelio, la cascada de la coagulación tanto local como sistémica, con desarrollo de microangiopatía trombótica (anemia hemolítica y trombopenia), liberación de factores inflamatorios (incluido VGEF) que provocan alteraciones en la pared vascular con depósitos de fibrina y fibrosis de la íntima, proliferación miointimal que progresivamente ocluye la luz de los vasos con remodelación de la microcirculación pulmonar, genera aumento de las resistencias y finalmente ocasiona hipertensión pulmonar subaguda. Es un cuadro clínico excepcional (0,9 al 3% en pacientes con tumores malignos, sobre todo tumores sólidos de origen gástrico, seguido de pulmón y próstata). A pesar de su rareza debe tenerse en cuenta siempre que nos encontremos ante un paciente oncológico que desarrolle insuficiencia respiratoria rápidamente progresiva, dado la fatalidad del cuadro (diagnóstico antemortem solo en el 6% de los casos). Debe sospecharse en paciente con antecedente de cáncer (previo o activo) pero también preceder al tumor, y con cuadro de disnea progresiva, tos seca, insuficiencia respiratoria, desarrollo de hipertensión pulmonar y microangiopatía trombótica. No tiene tratamiento específico (solo de soporte), siendo imprescindible distinguirla de una posible PTT.

GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez Longueira P, González Vigo V, Guillén Blanco C, Verdeal Dacal R, Cerezales Calviño A, Pérez Piñeiro A. MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA

INTRODUCCIÓN: La Gastroenteritis eosinofílica (GE) es una enfermedad poco frecuente y de causa desconocida caracterizada por la infiltración eosinofílica de la pared del tracto gastrointestinal de una forma parcheada. Las manifestaciones clínicas dependerán de la capa de la pared comprometida (por orden de frecuencia: mucosa, muscular o serosa) y del segmento digestivo infiltrado, predominando la afectación en estómago e intestino delgado.

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

RESULTADOS: Mujer de 37 años sin antecedentes personales de interés que consulta por dolor pleurítico en costado derecho y disnea de una semana de evolución. Además, molestias epigástricas y distensión abdominal progresiva. No alteración del hábito intestinal, ni náuseas, ni vómitos. No fiebre. No síndrome general asociado. En la exploración física, hipofonesis en base pulmonar derecha y semiología ascítica. En las pruebas complementarias, destaca en la analítica leucocitosis (15000) con eosinofilia (27%) y CPK de 10172 y radiografía de tórax con derrame pleural derecho. Se completó estudio con Tc tóraco-abdomino-pélvico que mostró derrame pleural bilateral, ascitis masiva y tracto gastrointestinal difusamente engrosado con realce en diapa de su pared en relación con edema. En el líquido peritoneal 3243 leucocitos a expensas de eosinófilos (84%). Se realizó entonces gastroscopia con toma de biopsias que confirmaron la sospecha de gastroenteritis eosinofílica, iniciándose corticoides a 30 mg/día con excelente respuesta clínica y analítica, sin complicaciones en el seguimiento posterior a pesar de la reducción progresiva del tratamiento hasta su suspensión.

CONCLUSIONES: La GE es difícil de diagnosticar por la inespecificidad de los síntomas y los hallazgos endoscópicos. Además, la eosinofilia periférica puede no estar presente hasta en un 20-30% de los casos, lo que hace que sólo el estudio histológico sea concluyente en ausencia de otra causa identificable de eosinofilia. Es imprescindible descartar otras enfermedades entre las que se incluyen el síndrome hipereosinófilo idiopático, parasitosis intestinales, linfomas y alergias alimentarias. El tratamiento de elección son los corticoides por vía oral a 0,5-1 mg/kg durante 2 semanas con posterior descenso progresivo y remisión en la mayoría de los pacientes. En algunos casos es necesario el tratamiento de mantenimiento con dosis bajas de corticoides, pudiendo ser útil el uso de budesonida por sus menores efectos adversos. En casos refractarios, puede valorarse el uso de inmunosupresores como la azatioprina. Salvo los casos que requieren cirugía urgente por obstrucción intestinal, en general tiene un buen pronóstico con buena respuesta al tratamiento médico.

PIONERAS DE LA MEDICINA EN GALICIA: LAS HERMANAS FERNÁNDEZ DE LA VEGA Y OLIMPIA VALENCIA

González Vázquez Laura (1), Gómez Fuentes, Montserrat (2).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PUVISA, VIGO.

(2) BIBLIOTECA XERAL DE LA USC, LICENCIADA EN GEOGRAFÍA E HISTORIA.

INTRODUCCIÓN: actualmente, el 70% de los estudiantes de medicina en la Universidad de Santiago de Compostela (USC) son mujeres. Sin embargo, no fue hasta el año 1913 cuando las dos primeras estudiantes accedieron a realizar los estudios de medicina en Galicia.

MATERIAL Y MÉTODOS: breves biografías de las tres primeras mujeres licenciadas en Medicina en la USC.

RESULTADOS: Hermanas Fernández de la Vega Lombán: las gemelas Jimena y Elisa nacieron el 3 de junio de 1895 en Vegadeo, Asturias. Cursaron la carrera entre 1913 y 1918. Jimena fue Premio Extraordinario y ambas se trasladaron a Madrid para realizar el doctorado. Elisa Fernández de la Vega: tras defender su tesis titulada "Flatogenia del asma anafiláctico alimenticio", se especializa en Pediatría y será profesora Ayudante de Clases Prácticas en Sevilla entre 1925-1930. Se traslada después a Zaragoza donde continuará como profesora Ayudante en Anatomía y Técnica, además de ejercer como pediatra. Fallece en 1933 de una neumonía. Jimena Fernández de la Vega: defiende su tesis "Estudio de la vagotonía infantil por medio del examen hematológico" y se

interesa de forma especial por la genética. Efectuó estancias en diversos países europeos becada por la Junta para la Ampliación de Estudios (JAE) realizando estudios de herencia mendeliana aplicados al ámbito clínico. Publica numerosos artículos, traduce del alemán el libro "Herencia y constitución" y firma un capítulo en el Manual de Patología General que dirigió el doctor Növoa Santos titulado "La herencia biológica del hombre". Desde 1933 dirige la "Sección de Genética y Constitución de la Facultad de Medicina de Madrid". Durante la Guerra Civil se trasladó a Santiago y trabajó en el hospital de san Caetano. En 1945, oposita al Cuerpo de Baños y obtiene plaza en el Balneario de Guitiriz. Falleció en 1984 en Santiago de Compostela a los 84 años. Olimpia Valencia: nació el 14 de diciembre de 1898 en Baltar (Ourense). Inició los estudios de Medicina en 1919, licenciándose en 1925 con premio extraordinario. Se trasladó después a Madrid y preparó su tesis titulada "La colesternemia en la sangre en relación con la anestesia quirúrgica". En 1928 regresa a Vigo como "Especialista en enfermedades de la mujer". Participó en la fundación de la Academia Médico Quirúrgica de Vigo en 1930, y fue una de las fundadoras de la Alianza Francesa. Hasta pasados los ochenta años siguió consultando por las tardes en la calle del Príncipe nº 11, en Vigo, donde falleció en 1987.

CONCLUSIONES: las tres primeras estudiantes de Medicina en Galicia fueron extraordinariamente brillantes. Jimena fue la pionera de la genética humana en España, con una amplia formación en el extranjero y un claro afán de transmitir sus conocimientos a través de sus numerosas publicaciones en revistas y libros. Merecen un mayor reconocimiento tanto en el ámbito universitario como en el social, por su importante papel en abrir caminos que previamente habían estado vedados para las mujeres.

EFICACIA DEL CANAKINUMAB EN LA ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO REFRACTARIA

Diéguez Pena P, Fernández Martín JJ, Val Domínguez N, Rodríguez Ferreira L, Baroja Basanta AL, Suárez Varela MM, Pérez González A, Estévez Gil M.

CENTRO DE TRABAJO (SERVICIO Y HOSPITAL): SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUM)

INTRODUCCIÓN: Descrita por primera vez en niños por George Still en 1896 y posteriormente por Bywaters, quien, bajo el nombre de "Enfermedad de Still del Adulto" describió una serie de 14 pacientes adultos que presentaban síntomas similares a los de la artritis idiopática juvenil y que no cumplían los criterios de artritis reumatoide. Se trata de un proceso autoinflamatorio poco frecuente, con una incidencia de 0.4-1.6 casos/100000 habitantes/año, que cursa con fiebre alta intermitente, artritis y rash asalmonado evanescente, con aumento de reactantes de fase aguda.

OBJETIVOS: Describir el caso clínico de una paciente diagnosticada de esta enfermedad y tratada en segunda línea con Canakinumab.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de la historia clínica de nuestra paciente y revisión de la literatura.

DESARROLLO: Mujer de 54 años con cuadro de fiebre intermitente de 6 semanas de evolución y exantema maculopapuloso evanescente concurrente que mostraba afectación pulmonar y hepática al ingreso y presentaba marcada hiperferritinemia en las pruebas analíticas. Cumpliendo los criterios de Yamaguchi (fiebre > 39°, rash cutáneo evanescente, leucocitosis marcada, hepatomegalia, esplenomegalia, aumento de las transaminasas y LDH, ANA y FR negativos) es diagnosticada de enfermedad de Still del adulto. Durante su ingreso recibió bolos de metilprednisolona durante 3 días y posteriormente corticoides orales (60mg), inmunoglobulinas iv (0.4g/kg) y Tacrolimus con pobre respuesta, por lo que se asoció Anakinra (100mg/ día), con importante mejoría durante los primeros meses de seguimiento, siendo posible disminuir dosis de corticoides hasta 7.5mg/día. A los 10 meses de seguimiento, la paciente presentó una recaída, presentado nuevamente fiebre, artalgias, rash cutáneo, odinofagia, elevación de reactantes de fase y alteración de las enzimas hepáticas; además, presentaba lesiones cutáneas reactivas a la administración de Anakinra; precisando nuevamente bolos de metilprednisolona para el control sintomático. Se decidió cambiar de fármaco biológico, iniciándose Canakinumab a dosis de 150mg cada 4 semanas, con mejoría progresiva de su sintomatología, pudiendo suspenderse Tacrolimus y disminución progresiva de corticoides. En la actualidad continúa tratamiento en nuestro Hospital de día sin efectos adversos.

CONCLUSIONES: El Canakinumab es un anticuerpo monoclonal humano frente a la IL-1 beta que ha demostrado su utilidad en el tratamiento de la artritis idiopática juvenil y cuyo uso se ha extendido a numerosos procesos autoinflamatorios. Según los datos disponibles en la literatura, Canakinumab podría emplearse en la enfermedad de Still del adulto como alternativa a Anakinra en aquellos pacientes resistentes o que no toleran la inyección subcutánea diaria.

CRYPTOSPORIDIOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodríguez Atanes O, Suárez Varela M, Lima Rodríguez O, Diéguez Pena P, Vilas Pío B, Rodríguez Ferreira L, Baroja Basanta A, Val Domínguez N, Pérez González A, Rada Soto M, Crespo Casal M.

CENTRO DE TRABAJO (SERVICIO Y HOSPITAL): MEDICINA INTERNA. EOXI VIGO

INTRODUCCIÓN: La cryptosporidiosis (CPD) es una enfermedad parasitaria de declaración obligatoria y poco frecuente en nuestro medio producida por el coccidio del género *Cryptosporidium*. Las principales especies responsables son *C. hominis* y *C. parvum*. La transmisión es fecal-oral, por contacto directo o contaminación hídrica, siendo esta última la más importante. El cuadro clínico se caracteriza por diarrea acuosa que puede acompañarse de dolor abdominal, pérdida de apetito y peso, febrícula, náuseas y vómitos, aunque la infección asintomática es frecuente. En individuos sanos hay una recuperación completa en 2-3 semanas aunque puede llegar a durar hasta 6 semanas. En individuos inmunodeprimidos puede presentar una duración más prolongada y presentar afectación extraintestinal (colangitis esclerosante primaria, estenosis papilar, pancreatitis...). En pacientes inmunocomprometidos por infección VIH, el TARGA es el tratamiento de elección. En pacientes inmunocompetentes aunque no existe un tratamiento idóneo el fármaco de elección es la Nitazoxanida.

OBJETIVOS: Descripción de un caso clínico de una paciente con síndrome diarreico por *Cryptosporidium* tratada con Nitazoxanida y revisión breve de la literatura.

MÉTODOS: Seguimiento prospectivo de nuestra paciente y búsqueda relacionada en PUBMED.

DESARROLLO: Mujer de 23 años, destacando entre sus antecedentes personales, obesidad mórbida, historia de síndrome ansioso depresivo, asma bronquial extrínseco y migrañas, que presenta cuadro de 4 semanas de evolución de diarrea acuosa, de hasta 8 deposiciones diarias, con fiebre de predominio vespertino diaria y pérdida de peso de hasta 10Kgs. En una analítica completa con autoinmunidad no se evidenciaron alteraciones significativas. La colonoscopia fue normal.

En el examen de heces se aisló *Cryptosporidium* sp. En las demás pruebas complementarias realizadas se ha descartado la presencia de inmunosupresión y no presentó contacto con aguas contaminadas. Tras iniciar tratamiento con Nitazoxanida durante tres días, la paciente mejoró de forma favorable con curación completa.

CONCLUSIONES: En los últimos años la prevalencia de CPD está aumentado debido al aumento de sensibilidad por las técnicas mediante PCR. Aunque es una causa poco frecuente en paciente inmunocompetentes, debemos incluir la CPD dentro del diagnóstico diferencial de diarrea crónica, sobre todo una vez descartado otras causas más frecuentes.

SÍNDROME DE GLEICH: UN CASO RARO DE EOSINOFILIA Y ANGIOEDEMA

Lijó-Carballada C (1), Cainzos-Romero T (1), Sánchez-Trigo S, Mella-Pérez C (2), Dalama-López T (2), Vázquez-Vigo R (2), Bravo-Blázquez I (2), Sesma-Sánchez P (1)

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA-UNIDAD DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS

(2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

INTRODUCCIÓN: La eosinofilia en sangre periférica se asocia a múltiples enfermedades, desde infecciones parasitarias gastrointestinales a vasculitis y síndromes hipereosinofílicos. Presentamos un Síndrome de Gleich, que se define como una enfermedad caracterizada por episodios recurrentes de angioedema acompañados de fiebre y eosinofilia.

OBJETIVOS: Describir un caso clínico de eosinofilia y angioedema.

METODOLOGÍA: Revisión de los datos clínicos obtenidos a través del programa IANUS (informes y cursos clínicos, laboratorio, anatomía patológica, farmacia).

CASO CLÍNICO: Mujer de 54 años en la que destacaban como antecedentes personales sobrepeso, dislipemia y un episodio de trombosis venosa profunda derecha un año antes. Estaba a tratamiento con estatínas, acenocumarol y desde unos meses antes recibía corticoides, con los que le mejoraba el cuadro. Refería episodios recurrentes de edema en ambas piernas desde hacía dos años, que se asociaban a fiebre, aumento de 3-5 kg de peso. Entre los brotes estaba asintomática. Analíticamente destacaba leucocitosis (20000/mm³) con eosinofilia (7400/mm³- 30%). Destacaba una IgE de 450 UI/ml. No se encontraron alteraciones en el proteinograma, ni en la bioquímica, incluyendo triptasa sérica. Se realizó estudio autoinmune, negativo, incluyendo ANA, ENAS, ANCAS, ACAS, AMAS y FR. El estudio microbiológico también fue negativo, incluyendo parásitos en heces y serologías de VHB, VHC, VIH, LÚES, Toxoplasma, Histoplasma, Criptococo, Amebas y Strongiloides estercólicas. Se realizó TAC torácico, sin alteraciones relevantes. Valorada en Alergología, sin identificar causante. Tras haber descartado las causas secundarias de eosinofilia se realizó biopsia de médula ósea, para estudio de variantes mieloproliferativas, con un aumento en el porcentaje de eosinófilos con respecto al resto de la celularidad (25-30%), sin otros hallazgos. Se realizó una biopsia cutánea que mostró dermatitis crónica perivascular, compatible con angioedema y estudio genético incluyendo los genes PDGFRA, PDGFB y FGFR1, sin alteraciones. Se solicitaron las poblaciones linfocitarias, encontrándose CD-4 elevado. La determinación de IL-5 fue normal (extraída con corticoides). Dentro de las variantes del Síndrome Hipereosinofílico está el Síndrome de Gleich, que se etiqueta como una enfermedad rara, con 50 casos descritos en la literatura en el momento actual. Se define clínicamente como angioedema acompañado de fiebre, aumento de peso y se asocia con trombosis por activación plaquetaria. En las pruebas complementarias destaca leucocitosis con eosinofilia, elevación del IgE o IgM e IL-5 y biopsia cutánea que muestra edema en dermis con infiltración de eosinófilos. La base del tratamiento son los corticoides, en caso de refractariedad se podría valorar tratamiento con anticuerpos contra IL-5 o Interferón alfa como segunda opción.

CONCLUSIONES: Señalar la importancia del diagnóstico diferencial exhaustivo en pacientes con eosinofilia.

LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE

Bravo Blázquez I (1), García Alén D (1), Dalama López T (1), Martul Pego E (1), Montero González M (1), Fernández Alonso D (2), Fernández Bouza E (1), Lijó Carballada C (1), Sesma Sánchez P (1).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

(2) SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

INTRODUCCIÓN: Descripción de un caso de LPR.

CASO CLÍNICO: Mujer de 84 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad renal crónica estadio 4 de causa vascular, que consulta tras haber sufrido un episodio de crisis comicial generalizada. Sus familiares relataban bradiapsiquia y desorientación en las 48 horas previas. A su llegada a Urgencias se documentó PA 150/90mmHg, tendencia al sueño, habla farfullante y ausencia de respuesta a órdenes sencillas. En este contexto, la paciente sufrió un nuevo episodio de crisis comicial generalizada, que se autolimitó en pocos segundos. Los análisis de sangre y la TC craneal no mostraron datos de interés. Ante el cuadro descrito, la paciente fue hospitalizada, detectándose durante el ingreso cifras tensionales muy elevadas. Se realizó un EEG en el que se evidenció una actividad cerebral lenta y desorganizada, compatible con encefalopatía. También se realizó una RM cerebral, en la que se observaron lesiones en la sustancia blanca de las regiones posteriores del cerebro, sugestivas de LPR. Durante la hospitalización, se realizó un ajuste progresivo del tratamiento antihipertensivo, hasta que se consiguió un adecuado control tensional. De manera paralela, el cuadro clínico se fue solucionando progresivamente, alcanzándose finalmente la resolución completa del mismo.

DISCUSIÓN: La LPR es un síndrome clínico-radiológico, de etiología heterogénea. Su base fisiopatológica la constituye el edema cerebral vasogénico causado por una pérdida en la integridad de la barrera hemato-encefálica, la cual puede ocurrir por dos circunstancias fundamentales: aumento brusco de la perfusión cerebral o daño endotelial directo por diferentes agentes nocivos. Así, las causas con las que más frecuentemente se asocia este síndrome son la hipertensión arterial, la eclampsia, los agentes quimioterápicos y las enfermedades autoinmunes. En relación con la clínica del mismo, las crisis comiciales son el síntoma más frecuente; sin embargo, la instauración del cuadro suele ser progresiva en 24-48 horas, durante las cuales predominan síntomas tales como cefalea, alteración del nivel de consciencia o alteraciones visuales. El diagnóstico definitivo se realiza por RM cerebral, en la que se visualizan lesiones simétricas que afectan especialmente a la sustancia blanca de las regiones cerebrales posteriores. Estas lesiones son característicamente hiperintensas en T2 y FLAIR, no restringen en ADC y captan contraste. El tratamiento de esta patología no es universal, ya que debe ir encaminado a eliminar el agente causal de cada caso

concreto. En general, una vez eliminada la causa desencadenante, su pronóstico es bueno, con un escaso porcentaje de recurrencias y de secuelas neurológicas.

CONCLUSIONES: La LPR constituye un síndrome atribuible a múltiples causas que debe ser reconocido precozmente, ya que el tratamiento temprano del mismo, garantiza un pronóstico favorable en la mayoría de los casos.

TUBERCULOSIS PERITONEAL

Bravo Blázquez I (1), García Alén D (1), Dalama López T (1), Martul Pego E (1), Montero González M (1), Fernández Alonso D (2), García-Rodríguez JF (1), Lijó Carballada C (1), Sesma Sánchez P (1).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

(2) SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

INTRODUCCIÓN: Descripción de un caso de peritonitis tuberculosa.

CASO CLÍNICO: Varón de 79 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y esferocitosis hereditaria, que consulta por aumento progresivo del perímetro abdominal de dos meses de evolución. No reconocía síndrome general, fiebre, ni otros síntomas por aparatos. En la exploración física se apreciaba una ascitis moderada, sin otros hallazgos reseñables. Los análisis de sangre iniciales mostraban como hallazgos destacables: Hb 9.2mg/dL, albúmina 3.1mg/dL y PCR 88.6mg/L. La radiografía de tórax resultó normal. Aportaba una ecografía abdominal reciente, en la que se describía: vena porta aumentada de calibre con hígado de características normales, esplenomegalia homogénea y ascitis moderada. Ante la sospecha inicial de trombosis esplenoporal, se solicitó una TC abdominal, que descartó dicho diagnóstico, mostrando sin embargo un realce peritoneal patológico. Se solicitaron posteriormente marcadores tumorales, entre los que destacaba un CA125 de 237U/mL (0-30), siendo el resto negativos. Seguidamente se realizó una paracentesis diagnóstica, de la que se obtuvo un líquido con características de exudado monofonuclear, con ADA elevado (62.4UI/L). Las baciloscopias, la citología y los cultivos convencionales del líquido ascítico, fueron negativos. El Mantoux y el booster también lo fueron. Finalmente, se realizó una biopsia peritoneal eco-guiada, en la que se observaron granulomas no necrotizantes. Durante la hospitalización, el paciente desarrolló empeoramiento del estado general y síndrome febril vespertino, por lo que se inició empíricamente tratamiento tuberculostático (HZE), alcanzándose defervescencia y mejoría del estado general. Varias semanas después, se detectó el crecimiento de M tuberculosis en líquido ascítico.

DISCUSIÓN: En los países industrializados, hemos asistido a un descenso significativo en el número de casos de tuberculosis. Sin embargo, este descenso ha sido porcentualmente menor en lo que a las formas de tuberculosis extrapulmonar se refiere. La tuberculosis peritoneal representa en torno al 1% del total de casos de enfermedad tuberculosa extrapulmonar y suele resultar de la reactivación de un foco peritoneal latente, sembrado por vía hematológica desde un foco pulmonar. Su clínica es en general insidiosa e inespecífica. La ascitis, el dolor abdominal y la fiebre, constituyen sus síntomas más frecuentes. El diagnóstico es complejo y en la mayoría de los casos suelen ser precisos exámenes de laboratorio, pruebas de imagen, estudios microbiológicos y análisis anatomopatológicos. Su tratamiento es idéntico al de la tuberculosis pulmonar y su mortalidad ronda entre un 8 y un 50%.

CONCLUSIONES: La tuberculosis peritoneal es una entidad de diagnóstico complejo, en la cual el inicio precoz del tratamiento tiene una gran implicación pronóstica. Por este motivo, debe ser sospechada en todo paciente con un cuadro clínico compatible con la misma.

SPHINGOBACTERIUM MULTIVORUM. UNA BACTERIA ATÍPICA EN UN LUGAR ATÍPICO, CASO CLÍNICO

Pemas Pardavila H, Vallejo Alonso AM, Novo Veleiro I, Navarro de la Cruz D, Pérez del Molino Bernal ML, González Quintela A.

CENTRO DE TRABAJO (SERVICIO Y HOSPITAL): MEDICINA INTERNA, MICROBIOLOGÍA CLÍNICA. CHUS

INTRODUCCIÓN: En los últimos años se reportaron nuevos casos de infección producidos por una bacteria que se creía inocua para el ser humano. En este documento queremos mostrar un caso de patogenicidad por la misma

OBJETIVOS: Aclarar las características infecciosas del patógeno descrito.

CASO CLÍNICO: Se trata de una mujer de 75 años con historia clínica previa de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Fibrilación Auricular Paroxística, Cardiopatía Isquémica, hipotiroidismo por tiroidectomía y Artritis Reumatoide. La paciente ingresó en dos ocasiones en el servicio de Medicina Interna durante el mismo año por patología infecciosa que presentó evolución favorable con tratamiento antibiótico. Lo remarcable de ambos ingresos es que se describe la presencia de una pequeña úlcera de decúbito en región sacra. Tras el alta de la paciente, se realiza un estrecho seguimiento en las consultas de Medicina Interna donde se objetiva un deterioro de la propia úlcera con dolor como principal síntoma y la presencia de abundantes esfaecos con olor intenso y desagradable. Se realiza cultivo de exudado siendo positivo para *Sphingobacterium multivorum*.

MATERIAL Y MÉTODOS: La muestra de exudado de úlcera sacra se recogió en un hisopo de algodón transportado en medio Amies. En el procesamiento se realizó tinción Gram, siembra en Columbia y Chocolate 37°C en atmósfera enriquecida con CO₂, Sabouraud y Schaedler 37°C en anaerobiosis y caldo tioglicolato 37°C. La identificación a nivel de especie se realizó por espectrometría de masas (MALDI-TOF MS, Bruker) y paneles de MicroScanWalkaway plus System, sistema automatizado mediante el cual también se realizó el antibiograma.

RESULTADOS: Se observó crecimiento de colonias color amarillo brillantes. La identificación de estas colonias se realizó mediante espectrometría de masas. El antibiograma presentó sensibilidad a Minociclina, Ciprofloxacino, Levofloxacino y resistencia a todos los demás antibióticos estudiados. Iniciamos tratamiento con quinolonas (ciprofloxacino) con mejoría tanto de los síntomas como del aspecto de la úlcera presentando en los subsiguientes controles cultivos negativos y resolución prácticamente completa de la lesión

DISCUSIÓN: *Sphingobacterium multivorum* es un bacilo aerobio gramnegativo, no fermentador de la glucosa y productor de catalasa, no de oxidasa. Las especies de *Sphingobacterium* son de manera intrínseca resistentes a muchos antibióticos empleados con frecuencia y pueden crecer en algunas soluciones antisépticas y desinfectantes.

CONCLUSIÓN: Existe gran variedad de microorganismos ambientales que se cree que no presentan actividad patógena en seres humanos pero que en realidad sí que pueden producir multitud de entidades clínicas. La caracterización de las muestras biológicas es esencial para definir el diagnóstico de una entidad y guiar el tratamiento subsiguiente. Además, la obtención del antibiograma es muy útil en el abordaje de los patógenos desconocidos.

PENFIGOIDE BULLOSO EN PACIENTE CON NEOPLASIA OCULTA DE MAMA ¿CAUSALIDAD O CASUALIDAD?

Lima Rodríguez O, Suarez Varela M, Rodríguez Atanes O, Soto Peleteiro A, Estevez Gil M, Vázquez-Triñanes C.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

INTRODUCCIÓN: El penfigoide bulloso (PB) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la presencia de ampollas subepidérmicas, ocasionando la separación de la dermis y la epidermis. Su incidencia es de 4 a 22 casos por millón de habitantes por año, la mayoría en individuos mayores de 60 años. Su etiología no está del todo definida.

OBJETIVOS: Descripción del caso clínico de una paciente con una neoplasia oculta de mama y lesiones cutáneas compatibles con PB. Discusión sobre la posible relación de causalidad entre el PB y las neoplasias; revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de la historia clínica y búsqueda en la literatura.

RESULTADOS: Mujer de 80 años, jubilada, hipertensa, con dislipemia e hipotiroidismo primario, consultó por astenia, anorexia y pérdida de 4kg en dos meses. A la exploración física, lesiones cutáneas costrosas, de base eritematosa de centímetros de diámetro, que alternaban con lesiones vesículo-eritematosas de distribución generalizada en tronco y extremidades, respetando mucosas, palmas y plantas, con signo de Nikolsky negativo. Se palpó adenopatía axilar derecha de unos 3cm y 2 nódulos en mama derecha, sin otros hallazgos. En las pruebas de laboratorio GOT 105, GPT 188, LDH de 620, ferritina 774, PCR 47, ANA y serologías negativas. El punch mostró una dermatitis ampollosa subcutánea, sin infiltración por eosinófilos, compatible con PB; la inmunohistoquímica permitió confirmar la sospecha. En la mamografía: 3 nódulos espiculados y biopsia con resultado de carcinoma ductal infiltrante. Se trató con corticoide tópico, con normalización de la analítica, presentando todavía lesiones cutáneas residuales que se resolvieron definitivamente tras la mastectomía.

DISCUSIÓN: La etiología del PB no está completamente filiada, factores genéticos y exposición ambiental a fármacos o infecciones se consideran factores contribuyentes. En la literatura no encontramos unanimidad respecto a si existe o no una relación causal PB-cáncer, pero en nuestro caso hay una relación temporal clara. The Journal of Dermatology publicó una revisión que concluye que hay cierta asociación por curso paralelo; de 40 casos de cáncer+PB, en 5 de los 7 tumores hematológicos y en 11 de los 33 tumores sólidos, la remisión de la clínica cutánea se obtuvo al remitir la neoplasia. En cuanto al cáncer de mama, la mayoría de los casos recogidos en las publicaciones se trata de pacientes de avanzada edad, en la que ésta actúa como factor de riesgo de ambas patologías. Ong et al en un estudio basado en el registro nacional inglés, no demuestra asociación entre cáncer de mama y PB, en la cohorte de cáncer 2.873.720 (Cáncer de mama observados 71; esperados 90), en la cohorte de PB 4.720 (Cáncer de mama observados 39; esperados 44).

CONCLUSIONES: Dada la evidencia, no podemos demostrar asociación causal, ni un aumento de prevalencia de neoplasia en pacientes con PB, por lo que se desaconseja un despistaje oncológico de rutina.

PROCTITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: UNA CAUSA INFRECUENTE DE DIARREA CRÓNICA

Maroto Piñeiro F, Dorrego MA, Valente de Sousa L, Lamas Ferreira JL, Cid Gómez D, de la Fuente Aguado J. MEDICINA INTERNA. POLICLÍNICO DE VIGO S.A. (POVISA)

INTRODUCCIÓN: La colitis-proctitis por citomegalovirus (CMV) es una entidad poco frecuente en pacientes inmunodeprimidos, generalmente asociada al VIH-SIDA, y cuya incidencia ha disminuido enormemente desde la disponibilidad de la terapia antiretroviral de alta eficacia. Los casos reportados en pacientes inmunocompetentes no son abundantes y la comprensión de esta patología en enfermos sin factores predisponentes es escasa, y suele estar asociada con reactivación de una infección latente.

OBJETIVOS: Realizar un resumen de las evidencias actuales en lo referente a la colitis por CMV relacionándola con la clínica del caso expuesto, dada su baja incidencia, con la finalidad de dar más a conocer esta entidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Exposición de un caso clínico diagnosticado en nuestro centro con exposición posterior de un resumen de la evidencia encontrada en la literatura sobre el tema.

EXPOSICIÓN DEL CASO (RESUMIDA): Paciente varón de 90 años de edad que ingresa en el Servicio de Medicina Interna de nuestro centro por cuadro de diarrea líquida mucosa, en ocasiones con restos hemáticos, de un mes de evolución con dolor abdominal tipo cólico que cedía con las deposiciones y síndrome constitucional. Entre los antecedentes personales destacaba una anemia aguda en 2012 que se puso en relación con un probable sangrado digestivo que no llegó a evidenciarse claramente. Al ingreso los parámetros analíticos de hemograma y bioquímica eran normales así como la exploración física. Se realizó coprocultivo, toxina de *Clostridium difficile* en heces y aglutinación para salmonella que fueron negativas. Se llevó a cabo además una endoscopia digestiva baja en la que se vieron imágenes de afectación completa de la mucosa rectal de aspecto pseudopolipoides, con estenosis parcial, falta de distensibilidad y fibrina. La anatomía patológica mostró la presencia de células grandes con inclusiones de etiología vírica muy sugestivas de infección por citomegalovirus. Con estos datos se llegó al diagnóstico de colitis por CMV y se inició tratamiento con Valganciclovir oral con buena respuesta.

RESUMEN TEÓRICO (SINTETIZADO): El papel de las infecciones órgano-específicas por CMV en pacientes inmunocompetentes es menos conocido que en inmunodeprimidos, siendo la colitis-proctitis una de las afectaciones más frecuentes que cursa con cuadros de diarrea (en ocasiones sanguinolenta), dolor abdominal y síndrome constitucional. En este tipo de pacientes su aparición suele ser fruto de la reactivación de una infección latente. El Gold Standard para el diagnóstico es la toma de biopsias por colonoscopia con la visualización de inclusiones intranucleares en la anatomía patológica.

CONCLUSIONES: La colitis por CMV en pacientes inmunocompetentes debe tenerse en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial en enfermos con clínica compatible en los que se hayan descartado causas más frecuentes, en especial en pacientes mayores y con comorbilidades asociadas.

HENRY MATISSE Y M.C. ESCHER: ARTISTAS GENIALES UNIDOS POR EL AMOR A LA ALHAMBRA Y ANIMOSOS SUPERVIVIENTES DE UN CÁNCER ABDOMINAL

Montes-Santiago J.

MEDICINA INTERNA. EOXI. VIGO.

INTRODUCCIÓN: Matisse y Escher son reconocidos por sus geniales aportaciones a la Historia del Arte.

OBJETIVOS: Se examinan dos elementos comunes en su vida que determinaron decisivamente ambas trayectorias artísticas: la visita a La Alhambra de Granada y su padecimiento de un cáncer abdominal.

MÉTODOS: Estudio patobiográfico de 2 eminentes artistas plásticos.

RESULTADOS: Henry Matisse (1869-1954). A los 20 años, tras la convalecencia de una apendicitis, deja la Abogacía para convertirse en artista. A principios del S. XX crea, junto con Derain, Braque y Dufy, el "fauvismo", caracterizado por sencillez de formas y colores expresivos. Se establece en Montparnasse, junto a Picasso, Apollinaire, etc. y es miembro fundamental de las Vanguardias parisiñas. En 1908 viaja por Andalucía y La Alhambra, y luego Marruecos, y su obra se llena de motivos orientales (odaliscas, jarrones). Tras esto crea una de sus obras más impactantes: "La Danza". Sigue después una época de clasicismo y simplificación estética. En 1941 es intervenido por el famoso Dr. Leriche de un cáncer abdominal. El posoperatorio es tormentoso, incluyendo la infección de la herida y un embolismo pulmonar. Muy debilitado, precisa de férulas especiales. En la larga convalecencia desarrolla una nueva forma de arte, con collages de papel, que plasma en sus libros "Jazz" y "Circó", y más tarde, en los "Desnudos azules" (1952). Al fin de su vida trabaja en las vidrieras de la Capilla del Rosario (Vence). Fallece de un ataque cardíaco a los 84 años. Maurits Cornelius (M.C.) Escher (1898-1972). Nació en Leenwarden (Países Bajos), siendo pésimo estudiante, excepto en dibujo. Comienza estudios de Arquitectura, pero los abandona para aprender xilografía con S. Jessurun de Mesquita. Desde 1922 pasa grandes temporadas en Italia, cuyos edificios costeros serán motivo recurrente en su obra. En 1936 visita por segunda vez España y le deslumbra la Mezquita de Córdoba y La Alhambra, cuyos patrones geométricos de sus mosaicos tendrán una influencia decisiva. A partir de 1951 su obra comienza a valorarse y está repartida mundialmente. En 1962 es intervenido de un cáncer intestinal (con reintervenciones en 1964 y 1970). Tales dolencias no impiden que siga trabajando, hasta realizar 448 litografías y xilografías, y más de 2000 dibujos y bocetos. Pasa sus últimos años, enfermo, en una Residencia para artistas. Existe un museo dedicado a su obra en La Haya.

CONCLUSIONES: La visita a La Alhambra supuso para Matisse y Escher un cambio fundamental en su biografía artística. En Matisse, por la introducción de nuevos motivos y luminosidad. En Escher porque la fascinación por los mosaicos moriscos le lleva a desarrollar su original obra geométrica. Así mismo, el cáncer abdominal supuso una inflexión vital fundamental, pero ambos lucharon valerosamente por superarlo. Así hallaron nuevos caminos de expresión plástica, reconocidos universalmente como muestras de su genio.

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS DEL LUPUS, ENFERMEDAD DE BEHCET, SÍNDROME DE SJÖGREN Y ARTRITIS REUMATOIDE. RESUMEN A PARTIR DE 4 CASOS CLÍNICOS.

Rodríguez Constenla I, Maroto Piñeiro F, Pato Pato A, Cimas Hernando I, Puy Núñez A, Lorenzo González JR, de la Fuente Aguado J.

NEUROLOGÍA Y MEDICINA INTERNA. HOSPITAL POLICLÍNICO DE VIGO S.A. (POVISA)

INTRODUCCIÓN: Las manifestaciones de carácter neurológico son una parte importante de muchas enfermedades sistémicas, sobre todo de índole autoinmune o conectivopáticas. En muchas ocasiones la afectación neurológica de estas entidades puede ser variada o suponer la forma de debut de algunas de ellas. Es por esto que el diagnóstico de sospecha de las mismas puede recaer únicamente en los signos o síntomas derivados de la afectación del sistema nervioso central o periférico. Además, la aparición de patología neurológica en el contexto de pacientes con estas enfermedades de base, puede suponer un reto diagnóstico a la hora de establecer si son entidades a parte o tienen relación con el proceso patológico ya conocido. Por estos motivos consideramos de interés el análisis de algunas de las enfermedades autoinmunes más frecuentes en el contexto de cuatro casos clínicos que se dieron en nuestro servicio.

OBJETIVOS: Resumir las últimas evidencias presentes en la literatura acerca de las manifestaciones neurológicas de la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, la enfermedad de Behcet y el síndrome de Sjögren ejemplificándolas a partir de 4 casos clínicos.

EXPOSICIÓN: de los casos Exponemos los siguientes casos clínicos acompañados de un breve resumen de las manifestaciones neurológicas de cada patología: -Paciente con artritis reumatoide que consultó por clínica de parestias con diagnóstico de polineuropatía sensitivo-motora. -Paciente con Enfermedad de Behcet con leucopatia y crisis cormiciales. -Paciente con Sdre. de Sjögren que consultó por diplopia horizontal por neuropatía VI par craneal. -Paciente con Lupus eritematoso sistémico diagnosticada tras haber presentado ictus isquémico en relación de sdr antífosfolipio no conocido previamente.

SARCOIDOSIS: AFECTACIÓN CUTÁNEA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL

García Poutón N, Sánchez Conde P, Iglesias Río F, Utrera Fernández E, Álvarez Otero J, Gondra Barcala T, Fernández Castro I, Maroto Piñeiro F.

MEDICINA INTERNA. NEUMOLOGÍA. POVISA

INTRODUCCIÓN: La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica granulomatosa de etiología desconocida que se presenta en el 90% de los casos con afectación pulmonar. Entre las distintas manifestaciones extrapulmonares, la afectación cutánea está descrita en el 25-35% de los casos, y puede presentarse como manifestación inicial de la enfermedad.

OBJETIVO: Presentación de un caso de sarcoidosis cutánea como primera manifestación de la enfermedad en un varón de 31 años. Descripción del caso y revisión de la literatura

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de un caso de sarcoidosis cutánea, ganglionar y pulmonar, y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Varón de 31 años, que presenta lesiones cutáneas eritemato-parduzcas, algunas descamativas en frente, brazos, piernas y parte anterior de tronco de 2 años de evolución que no mejoraron con tratamiento antibiótico y corticoideo tópico; además también tiene una adenopatía inguinal izquierda palpable, no dolorosa, de igual tiempo de evolución. Entre sus antecedentes destaca su profesión en el mantenimiento de calderas industriales y la práctica de remo en modalidad olímpica. Se realizó biopsia cutánea que evidencia granulomas no necrotizantes por lo que ante sospecha de sarcoidosis cutánea se decide completar estudio. La TC tóraco-abdominal es sugestiva de sarcoidosis pulmonar estadio IV con adenopatías retroperitoneales, ilíacas e inguinales bilaterales. Se realiza broncoscopia con extracción de muestras bronquiales en las que se objetivan granulomas no necrotizantes compatibles con granulomas sarcoidesos. Las pruebas funcionales respiratorias muestran patrón obstructivo grado leve y alteración leve de la difusión. La gammagrafía con Galio muestra captación a nivel supra e infradiaphragmático, así como en glándulas parótidas. Se solicita perfil de autoinmunidad que resulta normal, y tras descartar infección tuberculosa, se diagnostica al paciente de sarcoidosis con afectación cutánea, ganglionar y pulmonar (estadio IV) y se inicia tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg/kg/día.

CONCLUSIÓN: La sarcoidosis cutánea constituye un desafío diagnóstico para el especialista ya que puede ser un síntoma precoz de una probable afectación sistémica asintomática, como ocurre en nuestro caso. Puede manifestarse con distintas morfologías, algunas específicas y otras no específicas de sarcoidosis, por lo que la biopsia y el estudio histopatológico son fundamentales para su diagnóstico.

PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO MIGRATORIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Fernández Castro I, Utrera Pérez EB, de la Fuente Aguado J.
MEDICINA INTERNA. POLICLÍNICO POVISA

INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA: El pseudoquiste pancreático es una complicación frecuente de la pancreatitis. Sin embargo, la migración de los mismos es un hallazgo poco frecuente. Nuestro objetivo es presentar un caso clínico de pseudoquistes pancreáticos con emigración pélvica, mostrar imágenes y realizar una pequeña revisión del tema. Para ello, realizamos una búsqueda bibliográfica en pubmed con las palabras clave "pseudoquiste" "pancreático" "migratorio".

DESARROLLO: Mujer de 52 años que consulta por fiebre y dolor abdominal de predominio en fosa ilíaca izquierda. Refería antecedentes de consumo excesivo de alcohol con episodio de pancreatitis aguda hacía diez años. En la exploración física tenía dolor en fosa ilíaca izquierda con defensa. La analítica mostró leucocitosis con neutrofilia, VSG, amilasa y lipasa elevadas. La TC abdomen evidenció datos de pancreatitis crónica con pseudoquiste y enfermedad inflamatoria pélvica bilateral complicada con absceso en el espacio de Retzius. Con este diagnóstico se realizó un drenaje externo del absceso, con alto contenido en amilasa. La RM informó de colecciones pélvicas en el espacio de Retzius, adyacentes al músculo psoas ilíaco, sobre la cresta ilíaca y retroperitoneal izquierda adyacente al páncreas con pequeña extensión al músculo psoas, hallazgos compatibles con pseudoquistes pancreáticos con emigración a pelvis. La paciente tuvo buena evolución clínica con manejo exclusivamente conservador. La presencia de pseudoquistes pancreáticos múltiples es muy infrecuente en la pancreatitis, habiendo sido descritos especialmente secundarios a pancreatitis crónica de origen enólico. La migración es excepcional, y se han reportado casos con localizaciones diversas: paracólica, pelvis, cuello, escroto, mediastino... Se diagnostican por técnicas de imagen, siendo la PAAF necesaria para dar un diagnóstico definitivo y diferenciarlos de otras colecciones, debido a que los pseudoquistes presentan un alto contenido en amilasa. El tratamiento recomendado es conservador, siendo necesario el drenaje en casos complicados debido a una tórpida evolución o gran tamaño que comprometa o pueda comprometer estructuras adyacentes.

CONCLUSIONES: La migración de pseudoquistes pancreáticos es un hallazgo infrecuente que se debe sospechar en caso de pruebas de imagen que pudieran ser compatibles en paciente con pancreatitis, especialmente si es de etiología enólica. El tratamiento recomendado es conservador salvo complicaciones de los mismos.

TROMBO FLOTANTE AÓRTICO EN PACIENTE CON TROMBOCITEMIA ESENCIAL: UN RETO TERAPÉUTICO

García Poutón N, Lamas Ferreiro JL, Puerta Louro R, Álvarez Otero J, Gondar Barcala T, Fernández Castro I, Maroto Piñeiro F.
MEDICINA INTERNA. POVISA

INTRODUCCIÓN: Los trombos flotantes de aorta son una patología vascular grave, ocasionalmente asociados a estados protrombóticos, siendo su principal causa la arteriosclerótica. La trombocitemia esencial se caracteriza por presentar complicaciones hemorrágicas y microtrombóticas, considerándose inusual la presencia de trombos en aorta.

OBJETIVO: Presentación de un caso de trombo de aorta flotante con embolismos espléncos, hepáticos y renales con diagnóstico simultáneo de trombocitemia esencial e incidir en la complejidad de su manejo clínico

MATERIAL Y MÉTODOS: Descripción del caso de un varón de 83 años que debuta con embolismos periféricos secundarios a dos trombos flotantes de aorta con diagnóstico concomitante de trombocitemia esencial. Se aportan imágenes y se realiza revisión de la literatura. Resultados Varón de 83 años con antecedentes de HTA, enfermedad vascular periférica (bypass fémoro-poplíteo), adenocarcinoma de colon intervenido y tumor vesical en remisión completa. Acudió por dolor en costado izquierdo alterante al lado contralateral y febrícula. El hemograma era normal salvo trombocitosis y leucocitosis leve. La radiografía de tórax mostraba un infiltrado en base izquierda por lo que se diagnostica de neumonía y se inicia levofloxacino. Tras tres días de ingreso se observó una disminución brusca del filtrado glomerular por lo que se solicitó TC abdominal sin contraste que mostró imágenes sugestivas de infartos renales, hepáticos y espléncos. Los hemocultivos fueron negativos y tras la realización de ETT normal, se solicita ETE que evidenció un trombo flotante en aorta torácica descendente. El angiograma muestra trombos flotantes en aorta torácica y abdominal. El paciente tuvo que ser intervenido de urgencia por isquemia aguda del miembro inferior izquierdo que resultó en amputación supracondílea. Ante la evidencia de trombocitosis se solicitó la mutación JAK2 que fue positiva confirmando el diagnóstico de trombocitemia esencial. Se decidió tratamiento médico, asociándose anticoagulación con HBPM al tratamiento con aspirina

e hidroxiurea, modificándose posteriormente por HNF debido a complicaciones hemorrágicas digestivas, con disminución del tamaño del trombo y normalización de las cifras de plaquetas. El paciente es dado de alta con acenocumarol e hidroxiurea tras valoración de riesgo/beneficio, evidenciándose resolución del trombo a los 3 meses y sin presencia de nuevas complicaciones. Conclusión La formación de trombos aórticos flotantes en pacientes con trombocitemia esencial es poco frecuente, siendo su manejo controvertido, ya que a día de hoy no existen guías clínicas que establezcan una estrategia terapéutica. Es una asociación potencialmente letal, con frecuentes complicaciones trombóticas y hemorrágicas. El nuestro es un caso singular, con múltiples comorbilidades por lo que se desestimó tratamiento quirúrgico, obteniendo buenos resultados con tratamiento médico.

ENFERMEDAD DISEMINADA POR CITOMEGALOVIRUS (CMV) EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

González Vigo V, Gómez Longueira P, Bescansa Pous I, Martínez Quintanilla M, Hermida Romero T.
Sª MEDICINA INTERNA. Sª DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de infección por CMV es muy elevada (90% de la población está infectada en países subdesarrollados frente al 60% en países desarrollados). En inmunocompetentes la infección suele cursar de manera asintomática, sintomatología leve o causar un síndrome mononucleósico. Los cuadros más graves se dan en pacientes inmunodeprimidos, en los que se comporta como patógeno oportunista causando enfermedad, secuelas graves e incluso muerte

OBJETIVOS: Recordar el papel de los corticoides como causa de inmunosupresión y sus potenciales consecuencias infaustas

MÉTODOS: Descripción de caso clínico y revisión de bibliografía

RESULTADOS: Varón de 67 años, exfumador, con bronquitis crónica, diabetes, HTA, con IC con FE deprimida de etiología isquémica y portador de DAI en prevención 2ª tras ingreso por TV sostenida el año anterior, revertida con Amiodarona que se mantuvo al alta. Consulta por disnea y tos seca de 2 semanas de evolución. En las PC destaca insuficiencia respiratoria, leucocitosis e infiltrados pulmonares bilaterales en la Rx. Se realizó Tc torácico que objetivó afectación alveolo-intersticial difusa bilateral de predominio en lóbulos superiores compatible con edema agudo de pulmón y/o toxicidad de amiodarona sin poder descartar patología infecciosa. Por sospecha de neumonitis por Amiodarona se suspende la misma y se inicia corticoides a dosis de 1mg/kg. También se inicia antibioterapia empírica. Buena evolución clínica y radiológica, pudiendo ser alta a las 3 semanas con tratamiento corticoideo en pauta descendente. Pero el paciente reingresa a los 20 días en UCI por Scaeset tipo IAM no Q e insuficiencia respiratoria en el contexto de descompensación de insuficiencia cardíaca y neumoapatía crónica. Tras su estabilización, se trasladó a MI, dónde sufre deterioro del trabajo respiratorio, aumento del trabajo respiratorio, desasosiego, y episodios de desorientación. En esta situación, se decidió instaurar medidas de confort siendo éxitos días más tarde. En la necropsia se objetivó daño alveolar y pulmonar importante por CMV en forma de neumonía aguda. También se demostró la presencia de CMV en intestino e hígado, lo que es consistente con una infección diseminada por CMV.

CONCLUSIONES: Una gran diversidad de agentes infecciosos puede afectar a pacientes que usan corticoides en dosis inmunosupresoras. Existe una dosis umbral diaria de prednisona o equivalente sobre la cual emergen infecciones oportunistas, siendo el nivel de inmunosupresión más alto en el caso de *Pneumocystis jirovecii* o CMV. Este riesgo aparece cuando se ha acumulado una dosis de 700 mg equivalente de prednisona o cuando toma crónica de >10mg diario. Esta dosis umbral puede ser menor (10 mg/día) cuando concurren otros inmunosupresores o comorbilidades. Los pacientes con corticoterapia que presentan infección por CMV lo hacen en los primeros 60 días del inicio de terapia inmunosupresora y con altas dosis diarias de prednisona (60 mg/día).

TUMORES SINCRÓNICOS NO RELACIONADOS

Fernández Castro I, Utrera Pérez EB, Gondar Barcala T, García Poutón N, Maroto Piñeiro F, de la Fuente Aguado J.
MEDICINA INTERNA. POLICLÍNICO POVISA

OBJETIVO: Nuestro objetivo consiste en presentar un caso clínico poco convencional de una paciente con dos tumores sincrónicos no relacionados a nivel de tórax y abdomen, y realizar una revisión bibliográfica de las características de los mismos y casos relacionados publicados

MATERIAL Y MÉTODOS: Para ello, realizamos una búsqueda bibliográfica en pubmed con las palabras clave "leiomioma" "tumor fibroso solitario" "tumor fibroso solitario pleura" "tumores sincrónicos pleura útero" y redactamos una revisión de las características de los mismos.

DESARROLLO: Nuestra paciente es una mujer de 60 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a nuestro centro por cuadro de unos quince días de evolución de tos con expectoración blanquecina, disnea progresiva hasta hacerse de reposo e intolerancia al decúbito. Había estado a tratamiento con levofloxacino la semana previa sin mejoría. En la exploración estaba normotensa y afebril, con buen estado general. La auscultación pulmonar detectaba por una disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho, y en el abdomen se palpaba una masa pétre que ocupaba toda la cavidad abdominal, no dolorosa a la palpación. Resto de la exploración sin hallazgos. Analíticamente, el hemograma y la bioquímica no mostraban alteraciones y en la gasometría arterial se objetivó una insuficiencia respiratoria global. Se solicitaron, en primer lugar, una radiografía de tórax en la que se apreciaba una masa que ocupa la totalidad del hemitórax derecho y provoca un desplazamiento del mediastino hacia la izquierda. Con estos hallazgos, se solicita un TAC tóraco-abdominal que es informado como grandes masas ocupando el hemitórax derecho y el abdomen, heterogéneas, sugestivas de sarcomas. Se realizaron biopsias de ambas masas, con resultados, de la masa pulmonar, de tumor fibroso solitario de pleura y, de la masa abdominal, de leiomioma. Ante estos resultados, se realiza resonancia magnética para estudio de la masa del tórax, que informan como tumor fibroso solitario pleural gigante, con criterios de malignidad, y se remite a los servicios de Cirugía Torácica y Ginecología para abordaje quirúrgico.

El tumor fibroso solitario de pleura y el leiomioma uterino son dos tumores independientes, con orígenes diferentes y ninguna relación entre ambos. No hay ningún artículo publicado en que figure un caso similar o que relaciones ambas entidades. El diagnóstico de sospecha se realiza por pruebas de imagen siendo necesaria la anatomía patológica compatible para obtener el definitivo. El pronóstico en ambos casos es bueno, si bien es cierto que el tumor fibroso solitario puede tener un comportamiento maligno y un mayor riesgo de recurrencia.

TIROIDES ECTÓPICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fernández Castro I, Boente Varela R, Trigo Barros C, Wanipa Sierra W, de La Fuente Aguado J. MEDICINA INTERNA, ENDOCRINOLOGÍA. POLICLÍNICO POVISA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El tiroides ectópico es una patología poco frecuente, que puede tener diversas presentaciones y localizaciones. Nuestro objetivo es presentar un caso de localización cervical y mediastínica, y realizar una revisión de la literatura y casos publicados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para ello, realizamos una búsqueda bibliográfica con las palabras clave "tiroides" "ectópico" y "ectopia" en pubmed.

DESARROLLO: Paciente varón de 60 años que es remitido a consultas externas de endocrinología por hallazgo incidental de bocio endotorácico en ecodoppler carotídeo. El paciente se encuentra asintomático, sin clínica compresiva o atragantamientos, y la exploración es completamente normal, siendo el tiroides de consistencia homogénea. Se solicita analítica de función tiroidea, que es normal, y una ecografía tiroidea donde describen un bocio multinodular sin componente endotorácico y adenopatías laterocervicales izquierdas patológicas, recomendando TC. Ante estos hallazgos se realiza PAAF de las adenopatías cuyo resultado es de material fibrinohemático inadecuado para diagnóstico, sin identificar fondo de ganglio linfático, y se realiza TAC cuello y tórax donde describen adenopatías de tamaño patológico laterocervicales y en mediastino superior. Ante la sospecha de un linfoma se completa estudio por parte de hematología, siendo todos los resultados anodinos, y se realiza biopsia de adenopatía, con resultado de tejido tiroideo con patrón folicular sin imágenes sospechosas de malignidad. Además, se solicitó gammagrafía tiroidea, mostrando captación en tres focos extratiroideos laterocervicales y mediastínicos. Tras revisar de nuevo la imagen se hallan múltiples nódulos laterocervicales y mediastínicos que, en relación a los resultados anatomopatológicos, se interpretan con tejido tiroideo ectópico. Dado que el paciente está asintomático y no hay datos de malignidad, se decide conjuntamente manejo conservador y vigilancia. El tiroides ectópico consiste en tejido tiroideo funcionante encontrado en alguna otra localización diferente a la localización anatómica clásica de la glándula tiroidea. La epidemiología es desconocida, debido a que la mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos. Con respecto a la localización, la más frecuente es el tiroides lingual (90%), seguido de pared de quiste de conducto tirogloso, habiéndose descrito otras localizaciones (área submandibular, laringe, tráquea, mediastino, esófago, corazón o diafragma). Clínicamente la mayoría de los pacientes están eutiroideos, pero hasta en 1/3 de los casos pueden presentar hipotiroidismo. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen y anatomía patológica, y el tratamiento es conservador salvo complicaciones o malignización.

CONCLUSIÓN: Se debe sospechar la presencia de tiroides ectópico es caso de imágenes compatibles en pacientes asintomáticos y descartando otras patologías más frecuentes.

ROTURA ESPLÉNICA ESPONTÁNEA EN UN PACIENTE CON MALARIA

García Poutou N, Sánchez Conde P, Maroto Piñeiro F, González González L, Fernández Fernández FJ, Paz Ferrín JM, Álvarez Otero J, Gondar Barcala T, Fernández Casto I. MEDICINA INTERNA. POVISA

INTRODUCCIÓN: La rotura espontánea de bazo es una entidad poco común, considerada una complicación rara de enfermedades infecciosas. El paludismo es una de las entidades en las que se muestra con más frecuencia. Aunque históricamente, el tratamiento era la esplenectomía, actualmente se aboga por una actitud más conservadora con una vigilancia estrecha.

OBJETIVO: Presentación del caso de una rotura contenida de bazo espontánea como complicación grave en un paciente con malaria

MATERIAL Y MÉTODOS: Descripción del caso de un varón de 46 años con malaria reciente por Plasmodium falciparum que presenta derrame pleural izquierdo progresivo en relación con rotura esplénica. Se aportan imágenes y se realiza revisión de la literatura.

RESULTADOS: Varón de 46 años residente en Gabón (África central) que tras presentar un episodio de malaria en mayo de 2016, ingresó en enero de 2017 por nuevo cuadro de malaria grave (requirió ingreso en UCI) por Plasmodium falciparum tratada de forma intravenosa con quinina y doxiciclina. Tras el alta hospitalaria se objetivó, derrame pleural izquierdo de moderada cuantía, por lo que se realizó toracocentesis diagnóstica obteniéndose líquido pleural compatible con exudado linfocitario con ADA normal, cultivos (aerobio, anaerobios y BK-Lowenstein) negativos y citología sin evidencia de células atípicas. Se realizó TC tórax-abdominal que evidenció una colección esplénica (10x6x6 cm) heterogénea sugestiva de hematoma en evolución/rotura contenida de bazo y derrame pleural izquierdo que ocupaba la mitad de la cavidad torácica, moderadamente loculado, probablemente secundario. El paciente estaba estable hemodinámicamente, pero debido a que su intención era regresar a África, con imposibilidad para realizar seguimiento estrecho del hematoma esplénico, se decide realización de esplenectomía. En la misma intervención se realizó videotoracoscopia exploradora con biopsia pleural que mostró tejido pleural con inflamación crónica e hiperplasia mesotelial reactiva.

CONCLUSIÓN: La incidencia de rotura esplénica espontánea en el paludismo oscila entre el 0-2%. Es una patología potencialmente letal donde el diagnóstico y tratamiento precoz juegan un papel crucial, por lo que se debe sospechar en pacientes con dolor abdominal izquierdo y signos de shock hipovolémico, que sin embargo, estaban ausentes en el caso de nuestro paciente. El tratamiento puede ser conservador o quirúrgico dependiendo de las condiciones generales del paciente.

Normas de publicación Galicia Clínica

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_1_prepare.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 medical subjects 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 precisan 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.

Revisión

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.

del CP344, aumentó los niveles plasmáticos de budesónida administrada concomitantemente por vía oral (dosis única de 3 mg) un promedio de 6 veces. Cuando el ketoconazol se administró 12 horas después de la budesónida el promedio del aumento fue solamente de 3 veces, lo que demuestra que la separación de los tiempos de administración puede reducir el incremento de los niveles plasmáticos de budesónida. Existen datos limitados acerca de la interacción con dosis altas de budesónida inhalada que indican que si se administran simultáneamente 200 mg de itraconazol con budesónida inhalada (dosis única de 1000 µg), se puede producir un marcado aumento de los niveles plasmáticos (una media de 4 veces). **Interacciones farmacodinámicas:** Los bloqu coastes beta-adrenérgicos pueden reducir o inhibir el efecto del formoterol. Por tanto, Symbicort no debe administrarse junto a bloqu coastes beta-adrenérgicos (incluyendo colírios), salvo que su uso esté justificado. La administración simultánea de quinidina, disopiridamida, procainamida, fenotiazinas, antihistamínicos (terfenadina), y antidepressivos tricíclicos pueden prolongar el intervalo QTc y aumentar el riesgo de arritmias ventriculares. Asimismo, la L-dopa, L-troxitina, oxitocina y el alcohol pueden reducir la tolerancia cardíaca a los fármacos beta-simpaticomiméticos. La administración simultánea de inhibidores de la monoaminooxidasa, incluyendo los medicamentos con propiedades similares como la furazolidona y procabazina, puede provocar reacciones de hipertensión. Existe un riesgo elevado de arritmias en pacientes que sean anestesiados con hidrocarburos halogenados. El uso concomitante de otros fármacos beta-adrenérgicos o anticolinérgicos puede tener un efecto broncodilatador potencialmente aditivo. La hipocalcemia puede aumentar el riesgo de arritmias en pacientes tratados con glucocorticoides. No se ha observado que la budesónida y el formoterol interacten con otros fármacos indicados en el tratamiento del asma. **Publicación pediátrica:** Los estudios de interacciones se han realizado sólo en adultos. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia. Embarazo:** No se dispone de datos clínicos sobre la administración de Symbicort o del tratamiento simultáneo de formoterol y budesónida durante el embarazo. Los datos obtenidos en un estudio del desarrollo embriofetal en ratas, no han mostrado evidencias de efectos adicionales debidos a la combinación. No se dispone de datos suficientes del empleo del formoterol en mujeres embarazadas. En estudios de reproducción en animales, el formoterol produjo reacciones adversas cuando el nivel de exposición sistémica al fármaco fue muy alto (ver sección "Datos preclínicos sobre seguridad"). No se ha encontrado teratología asociada a la budesónida inhalada en los datos procedentes de aproximadamente 2000 embarazos expuestos. En estudios en animales, los glucocorticoides han producido malformaciones (ver sección "Datos preclínicos sobre seguridad"), pero no es probable que esto sea relevante para humanos tratados con las dosis recomendadas. Los estudios en animales han demostrado que el exceso de glucocorticoides durante el periodo prenatal se relaciona con un riesgo mayor de retraso del crecimiento intrauterino, enfermedad cardiovascular en el adulto y cambios permanentes en la densidad del receptor glucocorticoide, en la producción de neurotransmisores y en el comportamiento, incluso con dosis por debajo de la terapéutica. Sólo se debería utilizar Symbicort durante el embarazo cuando los beneficios superen los riesgos potenciales. Debe utilizarse la dosis mínima eficaz de budesónida necesaria para mantener controlado el asma. **Lactancia:** La budesónida se excreta en la leche materna. Sin embargo, no se esperan efectos en niños lactantes a dosis terapéuticas. No se sabe si el formoterol se excreta en la leche materna, aunque se han detectado pequeñas cantidades de formoterol en la leche de las ratas lactantes. Symbicort sólo se debería administrar a mujeres en periodo de lactancia si el beneficio esperado para la madre supera cualquier posible riesgo para el niño. **Fertilidad:** No hay datos disponibles sobre el efecto potencial de la budesónida sobre la fertilidad. **Los estudios de reproducción en animales con formoterol han demostrado una cierta pérdida de la fertilidad en ratas macho cuando son sometidas a una exposición sistémica (ver sección "Datos preclínicos sobre seguridad").**

4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. La influencia de Symbicort sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **4.8 Reacciones adversas.** Puesto que Symbicort contiene budesónida y formoterol, puede producir el mismo perfil de reacciones adversas que estos dos fármacos. No se ha observado una mayor incidencia de reacciones adversas tras la administración simultánea de los dos compuestos. Las reacciones adversas más frecuentes son una extensión del efecto farmacológico de los agonistas beta-adrenérgicos, como temblor y palpitaciones, que suelen ser leves y habitualmente desaparecen a los pocos días de iniciar el tratamiento. Se ha notificado neumonía en pacientes con EPOC tras la administración de corticoides inhalados. Un estudio de casos control ha mostrado un aumento del riesgo de neumonía en pacientes con EPOC recién diagnosticados que inician tratamiento con corticoides inhalados. Sin embargo, una evaluación ponderada de 8 ensayos clínicos combinados, en los que han participado 4.643 pacientes con EPOC tratados con budesónida y 3.643 pacientes aleatorizados a tratamientos sin corticoides inhalados, no ha demostrado un aumento del riesgo de neumonía para la budesónida. Los resultados de los primeros 7 de estos 8 ensayos se han publicado en un meta-análisis (Para: Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación y Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación). Las reacciones adversas que se han asociado a la budesónida y el formoterol se indican a continuación, clasificadas por sistemas orgánicos y frecuencias. Las frecuencias se definen como: muy frecuentes (≥1/10); frecuentes (≥1/100 a <1/10); poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100); raras (≥1/10.000 a <1/1.000); y muy raras (<1/10.000).

Tabla 1:

Sistema de clasificación de órganos	Frecuencia	Reacción adversa
Infecciones e Infestaciones	Frecuentes	Candidiasis orofaríngea
Trastornos del sistema inmunológico	Raras	Reacciones de hipersensibilidad inmediata y retardada, como exantema, urticaria, prurito, dermatitis, angioedema y reacción anafiláctica
Trastornos Endocrinos	Muy raras	Síndrome de Cushing, supresión adrenal, retraso del crecimiento, disminución de la densidad mineral ósea
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Raras	Hipocalcemia
	Muy raras	Hiper glucemia
Trastornos psiquiátricos	Poco frecuentes	Agresividad, hiperactividad psicomotora, ansiedad, alteraciones del sueño
	Muy raras	Depresión, alteraciones del comportamiento (principalmente en niños)
Trastornos del sistema nervioso	Frecuentes	Cefalea, temblor
	Poco frecuentes	Mareo
	Muy raras	Alteraciones del gusto
Trastornos oculares	Muy raras	Cataratas y glaucoma
Trastornos cardíacos	Frecuentes	Palpitaciones
	Poco frecuentes	Taquicardia
	Raras	Arritmias cardíacas, como fibrilación auricular, taquicardia supraventricular, extrasístoles
	Muy raras	Angina de pecho, prolongación del intervalo QTc
Trastornos vasculares	Muy raras	Variaciones en la presión arterial
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Frecuentes	Irritación leve de garganta, tos, ronquera
	Raras	Broncoespasmo
Trastornos gastrointestinales	Poco frecuentes	Náuseas
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Poco frecuentes	Hematomas
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Poco frecuentes	Calambres musculares

Las infecciones orofaríngeas por *Candida* son debidas a la deposición del medicamento. Se debe instruir al paciente para que se enjuague la boca con agua después de cada dosis de mantenimiento con el fin de minimizar el riesgo de infección. Las infecciones orofaríngeas por *Candida*, generalmente responden a un tratamiento antifúngico de uso tópico sin necesidad de suspender el tratamiento con corticoide inhalado. Si se produce infección orofaríngea por *Candida*, los pacientes también deben enjuagarse la boca con agua después de las inhalaciones a demanda. En muy raras ocasiones, al igual que con otras terapias de inhalación, se puede producir broncoespasmo paradójico, afectando a menos de 1 de cada 10.000 personas, produciéndose un aumento inmediato de silbancias y dificultad para respirar después de la administración. Un broncoespasmo paradójico responde a un broncodilatador inhalado de acción rápida y debe tratarse inmediatamente. Además, se debe suspender inmediatamente el tratamiento con Symbicort, el paciente debe ser evaluado y tratado con una terapia alternativa si fuera necesario (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Los corticoides inhalados pueden producir efectos sistémicos, sobre todo cuando se prescriben dosis altas durante largos periodos de tiempo. La probabilidad es menor cuando el tratamiento se inala que cuando se administra vía oral. Los posibles efectos sistémicos incluyen Síndrome de Cushing, características Cushingoides, supresión adrenal, retraso del crecimiento en niños y adolescentes, disminución de la densidad mineral ósea, cataratas y glaucoma. También puede producirse un aumento en la susceptibilidad a las infecciones y un deterioro de la capacidad para adaptarse al estrés. Probablemente todos estos efectos dependen de la dosis, el tiempo de utilización, el uso concomitante o previo de otros esteroides y la sensibilidad individual. El tratamiento con agonistas beta-adrenérgicos puede provocar un incremento en los niveles séricos de insulina, ácidos grasos libres, gliceroil y cuerpos cetónicos. **Publicación pediátrica:** Se recomienda llevar a cabo una monitorización regular de la estatura de los niños que reciben tratamiento prolongado con corticoides inhalados (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Justificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>. **5. SOBRODOSIS.** La sobredosis de formoterol probablemente producirá los efectos típicos de los agonistas beta-adrenérgicos: temblor, cefalea y palpitaciones. Los síntomas registrados en casos aislados son taquicardia, hiper glucemia, hipocalcemia, prolongación del intervalo QTc, náuseas, ruidos intestinales y vómitos. En esta situación podría estar indicado tratamiento de soporte y sintomático. No obstante, la administración de dosis de 90 microgramos durante 3 horas a pacientes con obstrucción bronquial aguda no ocasionó problemas de seguridad. No se espera que la sobredosis aguda con budesónida, incluso con dosis muy elevadas, produzca problemas de carácter clínico. Cuando se utilice crónicamente a dosis muy altas, pueden aparecer efectos propios de la administración sistémica de corticoides, como hiperpericositismo y supresión adrenal. Si el tratamiento con Symbicort ha de ser interrumpido debido a una sobredosis de formoterol, debe considerarse instaurar un tratamiento apropiado con corticoides inhalados. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1 Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacoterapéutico: Adrenérgicos y otros agentes con acción pectorales obstructivos de las vías respiratorias. Código ATC: R03AK07. **Mecanismos de acción y efectos farmacodinámicos.** *Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort contiene formoterol y budesónida; ambos componentes tienen diferentes mecanismos de acción y sus efectos son aditivos en la reducción de las exacerbaciones de la budesónida y del formoterol hacen que la combinación de ambos pueda utilizarse tanto en el tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas, como en el tratamiento de mantenimiento de los síntomas. *Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort contiene formoterol y budesónida; ambos componentes tienen diferentes mecanismos de acción y sus efectos son aditivos en la reducción de las exacerbaciones del asma. El mecanismo de acción de ambos se describe a continuación. Budesónida. La budesónida es un glucocorticoide que tras la inhalación presenta una acción antiinflamatoria en las vías respiratorias dependiente de la dosis, lo que produce una reducción de los síntomas y un menor número de exacerbaciones del asma. La budesónida inhalada presenta menos efectos adversos graves que los corticoides sistémicos. No se conoce el mecanismo exacto responsable del efecto antiinflamatorio de los glucocorticoides. Formoterol. El formoterol es un agonista selectivo beta-adrenérgico que por vía inhalatoria produce una relajación rápida y duradera del músculo liso bronquial en pacientes con obstrucción reversible de las vías respiratorias. El efecto broncodilatador es dependiente de la dosis y se inicia a los 1-3 minutos tras la inhalación, manteniéndose hasta al menos 12 horas después de una dosis única. **Eficacia clínica y seguridad. Asma.** Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. **Eficacia clínica del tratamiento de mantenimiento con budesónida/formoterol.** Se ha demostrado en estudios clínicos con adultos que cuando se añade formoterol a budesónida mejoran los síntomas y la función pulmonar y se reducen las exacerbaciones del asma. El efecto de budesónida/formoterol sobre la función pulmonar fue el mismo que el de la combinación no estudios de budesónida y formoterol y mayor que el de la budesónida sola en dos estudios de 12 semanas de duración. En todos los grupos de tratamiento se utilizó un agonista beta-adrenérgico de acción corta a demanda. No se produjo ningún signo de que el efecto antiastmático se perdiera con el paso del tiempo. Se han llevado a cabo dos estudios pediátricos de 12 semanas de duración, en los que se administró una dosis de mantenimiento de budesónida/formoterol (2 inhalaciones de 80/4,5 microgramos dos veces al día) y un agonista beta-adrenérgico de acción corta a demanda a 265 niños de 6-11 años de edad. En ambos estudios, se demostró una mejoría en la función pulmonar de los niños, junto con una buena tolerancia del tratamiento en comparación con la dosis correspondiente de budesónida sola. **Eficacia clínica del tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas con budesónida/formoterol.** En 5 estudios doble ciego de eficacia y seguridad de 6 o 12 meses de duración se incluyeron un total de 12.076 pacientes asmáticos (4.447 aleatorizados al tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas con budesónida/formoterol). Como requisito, los pacientes debían presentar síntomas a pesar de utilizar glucocorticoides inhalados. En todos las comparaciones en los 5 estudios, el tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas con budesónida/formoterol produjo una reducción estadística y clínicamente significativa de las exacerbaciones graves. Se incluyó una comparación de budesónida/formoterol a la dosis mayor de mantenimiento con terbutalina como tratamiento a demanda (estudio 734), y budesónida/formoterol a la misma dosis de mantenimiento con formoterol o con terbutalina como tratamiento a demanda (estudio 734) (Tabla 2). En el estudio 733, la función pulmonar, el control de los síntomas y el uso de medicación a demanda fueron similares en todos los grupos de tratamiento. En el estudio 734, se redujeron los síntomas y el uso de medicación a demanda, y mejoró la función pulmonar al compararse con los otros dos tratamientos. En los 5 estudios combinados, los pacientes con budesónida/formoterol como tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas, no usaron por término medio ninguna inhalación a demanda en el 57% de los días de tratamiento. No se produjeron signos de desarrollo de tolerancia con el tiempo.

Tabla 2: Visión global de las exacerbaciones graves en los estudios clínicos.

Nº de estudio Duración	Grupos de tratamiento	n	Exacerbaciones graves*	
			Episodios	Episodios/paciente-año
Estudio 735 6 meses	Budesónida/formoterol 160/4,5 µg 2 veces al día + a demanda	1.103	125	0,23 ^b
	Budesónida/formoterol 320/9 µg 2 veces al día + terbutalina 0,4 mg a demanda	1.099	173	0,32
	Salmeterol/fluticasona 2 x 25/125 µg 2 veces al día + terbutalina 0,4 mg a demanda	1.119	208	0,38
Estudio 734 12 meses	Budesónida/formoterol 160/4,5 µg 2 veces al día + a demanda	1.107	194	0,19 ^a
	Budesónida/formoterol 160/4,5 µg 2 veces al día + formoterol 4,5 µg a demanda	1.137	296	0,29
	Budesónida/formoterol 160/4,5 µg 2 veces al día + terbutalina 0,4 mg a demanda	1.138	377	0,37

*Hospitalización/tratamiento de urgencia o tratamiento con corticoides orales.

^bDisminución estadísticamente significativa en la tasa de exacerbaciones (P<0,01) para ambas comparaciones.

En otros 2 estudios con pacientes que acudieron al médico debido a síntomas agudos de asma, budesónida/formoterol proporcionó un alivio rápido y eficaz de la broncoconstricción, similar a salbutamol y a formoterol. *Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Se ha demostrado en estudios clínicos con adultos que cuando se añade formoterol a la budesónida mejoran los síntomas y la función pulmonar, y se reducen las exacerbaciones del asma. El efecto de budesónida/formoterol sobre la función pulmonar fue el mismo que el de la combinación no estudio de budesónida y formoterol y mayor que el de la budesónida sola en dos estudios de 12 semanas de duración. En todos los grupos de tratamiento se utilizó un agonista beta-adrenérgico de acción corta a demanda. No se produjo ningún signo de que el efecto antiastmático se perdiera con el paso del tiempo. Se han llevado a cabo dos estudios pediátricos de 12 semanas de duración, en los que se administró una dosis de mantenimiento de budesónida/formoterol (2 inhalaciones de 80/4,5 microgramos dos veces al día) y un agonista beta-adrenérgico de acción corta a demanda a 265 niños de 6-11 años de edad. En ambos estudios, se demostró una mejoría en la función pulmonar de los niños, junto con una buena tolerancia del tratamiento en comparación con la dosis correspondiente de budesónida sola. **EPOC.** *Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación. En dos estudios de doce meses en pacientes con EPOC de moderada a grave, se evaluó el efecto sobre la función pulmonar y la tasa de exacerbaciones (definido como cursos de estenosis oales y/o cursos de antibióticos y/o hospitalizaciones). El criterio de inclusión para ambos estudios fue un valor del FEV1 pre-broncodilatador inferior al 50% del normal. En el momento de inclusión en los ensayos, la mediana del FEV1 post-broncodilatador era del 42% del normal. El número promedio de exacerbaciones por año (tal como se ha definido anteriormente), mostró una reducción significativa con budesónida/formoterol en comparación con el tratamiento con formoterol sólo o placebo (tasa media de 1,4 en comparación con 1,8-1,9 en el grupo placebo/formoterol). El número medio de días con tratamiento corticoide oral por paciente durante los 12 meses, se redujo ligeramente en el grupo tratado con budesónida/formoterol (7,8 días/paciente/año comparado con 11-12 y 9-12 días en los grupos placebo y formoterol respectivamente). En cuanto a los cambios en los parámetros de la función pulmonar, tales como FEV1, el tratamiento con budesónida/formoterol no fue superior al tratamiento con formoterol sólo. **5.2 Propiedades farmacocinéticas. Absorción.** La combinación a dosis fija de budesónida y formoterol, y los correspondientes productos por separado han demostrado ser bioequivalentes con respecto a la exposición sistémica de budesónida y formoterol, respectivamente. A pesar de ello, se observó un pequeño aumento de la supresión de cortisol tras la administración de la combinación a dosis fija en comparación con los productos por separado, aunque se considera que la diferencia no afecta a la seguridad clínica del producto. No se evidenciaron interacciones farmacocinéticas entre la budesónida y el formoterol. Los parámetros farmacocinéticos de la budesónida y el formoterol por separado y los de la combinación a dosis fija, son comparables, aunque tras la administración de la combinación fija, el AUC de la budesónida es ligeramente mayor, su tasa de absorción más rápida y su C_{max} más alta que la de los componentes por separado; en el caso del formoterol, la C_{max} fue similar. La budesónida inhalada se absorbe rápidamente y la C_{max} se alcanza a los 30 minutos de la inhalación. En estudios clínicos se ha observado que después de la inhalación a través del inhalador de polvo, entre el 32% y el 44% de la dosis liberada se deposita en los pulmones. La biodisponibilidad sistémica es de aproximadamente el 49% de la dosis liberada. Cuando se administra una misma dosis, la deposición pulmonar en niños de 6 a 16 años de edad permanece dentro del mismo rango que en adultos. Aunque no se han determinado las concentraciones plasmáticas resultantes, el formoterol inhalado se absorbe rápidamente y la C_{max} se alcanza a los 10 minutos de la inhalación. En estudios clínicos se ha observado que después de la inhalación a través del inhalador de polvo entre el 28% y el 49% de la dosis liberada se deposita en los pulmones. La biodisponibilidad sistémica es de aproximadamente el 61% de la dosis liberada. **Distribución y biotransformación.** La unión a proteínas plasmáticas del formoterol es aproximadamente del 50%, y su volumen de distribución de 4 l/kg; la unión a proteínas plasmáticas de la budesónida es del 90%, y el volumen de distribución de aproximadamente 3 l/kg. El formoterol se inactiva a través de reacciones de conjugación (se forman los metabolitos activos D-desmetilado y desformilado, pero se presentan principalmente como conjugados inactivos). La budesónida sufre una extensa biotransformación de primer paso en el hígado (aproximadamente el 90%), obteniéndose metabolitos de baja actividad glucocorticoide. La actividad glucocorticoide de los metabolitos principales, 6-beta-hidro-budesónida y 16-alfa-hidro-prednisolona, es inferior a un 1% de la presentada por budesónida. No existen índices de interacciones metabólicas ni de reacciones de desplazamiento entre el formoterol y la budesónida. **Eliminación.** La mayor parte de una dosis de formoterol se transforma por metabolismo hepático y se elimina vía renal. Tras la inhalación de formoterol, del 8% al 13% de la dosis liberada se excreta sin metabolizar en la orina. El formoterol posee un alto grado de aclaramiento sistémico (aproximadamente 1,4 l/minuto) y una vida media de 17 horas. La budesónida se elimina a través de un proceso metabólico catalizado principalmente por el enzima CYP3A4. Los metabolitos de la budesónida se eliminan como tales o en forma conjugada en la orina, habiéndose detectado solamente cantidades insignificantes de budesónida no modificada en la orina. La budesónida posee un alto grado de aclaramiento sistémico (aproximadamente 1,2 l/minuto) y una vida media tras la administración intravenosa de 4 horas. No se tienen datos de la farmacocinética de la budesónida o el formoterol en pacientes con insuficiencia renal. Los niveles plasmáticos de budesónida y formoterol pueden aumentar en pacientes con enfermedad hepática. **Linealidad/No linealidad.** La exposición sistémica de budesónida y formoterol se correlaciona de forma lineal con la dosis administrada. **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad.** La toxicidad que se observó en animales tras la administración de budesónida y formoterol en combinación o por separado constituye una exacerbación de su actividad farmacológica. En estudios de reproducción en animales, los corticoides como la budesónida, inducen malformaciones, como paladar hendido o malformaciones esqueléticas, aunque estos resultados experimentales en animales no parecen ser relevantes para el hombre a las dosis habitualmente recomendadas. Los estudios con formoterol han demostrado una reducción de la fertilidad en ratas macho tras la administración sistémica de altas dosis de formoterol, así como pérdidas de implantación del óvulo, menor supervivencia post-natal temprana y menor peso al nacimiento con dosis de formoterol considerablemente más altas de las habitualmente utilizadas en la clínica. Sin embargo, estos resultados experimentales en animales no parecen ser relevantes para el hombre. **6. DATOS FARMACOCINÉTICOS. 6.1 Lista de excipientes.** Lactosa monohidrato (que contiene proteínas de la leche), 6.2 **Incompatibilidades.** No procede. **6.3 Periodo de validez.** 2 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación.** No conservar a temperatura superior a 30°C. Mantener el envase perfectamente cerrado, para protegerlo de la humedad. **6.5 Naturaleza y contenido del envase.** Symbicort Turbuhaler es un inhalador multidosis de polvo seco que libera la dosis por simple inspiración del paciente. El inhalador es blanco con una rosca roja. El inhalador está formado por distintos materiales de plástico (PP, PC, HDPE, LDPE, LLDPE, PBT). En cada envase se incluyen 1, 2, 3, 10 ó 18 inhaladores que contienen 60 ó 120 dosis. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6 Precauciones especiales de eliminación.** Ninguna especial. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A. C/ Serrano Galache, 56. Edificio Alamo - 28033 Madrid. **8. NÚMERO(S) DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Nº Registro: 63.956. Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Nº Registro: 63.958. Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Nº Registro: 65.044. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** *Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Fecha de la primera autorización: 4 Junio 2001. Fecha de la última renovación: 1 Julio 2014. *Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Fecha de la primera autorización: 18 Octubre 2002. Fecha de la última renovación: 1 Julio 2014. **10. FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO.** Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Abril de 2015. Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Octubre de 2015. **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Medicamento sujeto a prescripción médica. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Aportación reducida (cierto). **PRESENTACIÓN Y PRECIOS.** Symbicort Turbuhaler 80 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Envase con 120 dosis. PVP: 49,41 €. PVP/iva: 51,39 €. Symbicort Turbuhaler 160 microgramos/4,5 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Envase con 120 dosis. PVP: 49,41 €. PVP/iva: 51,39 €. Symbicort forte Turbuhaler 320 microgramos/9 microgramos/inhalación polvo para inhalación. Envase con 60 dosis. PVP: 49,41 €. PVP/iva: 51,39 €. La información detallada y actualizada de este medicamento está disponible en la página Web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) <http://www.aemps.gob.es/>. **Para mayor información, dirigirse a AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A., Tfno: 900 200 444**

a) para la presentación de



▶ NOTICIAS MÁS LEÍDAS

[Manejo de los efectos adversos del tratamiento antituberculoso](#)

[¿Qué hacer cuando persiste infección por Helicobacter Pylori después de una pauta de erradicación?. Preguntas Clínicas y Evidencias en Medicina Interna.](#)

[Tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable.](#)

[La desnutrición en el paciente hospitalizado. Principios básicos de aplicación de la nutrición artificial](#)

[Actitud ante pacientes con dilipemia](#)

▶ NOVEDADES

[REUNIÓN HISPANO-LUSA SOBRE NUEVOS RETOS EN LOS ERRORES CONGÉNITOS DEL METABOLISMO](#)

[Avances en el manejo de las enfermedades metabólicas](#)

[Listado de los cargos de la Junta Directiva reelegibles y a renovar en la próxima reunión ordinaria \(9 y 10 de junio 2017, Santiago Compostela\) para la presentación de candidaturas](#)

[Candidaturas a la Junta Directiva SOGAMI](#)

[Plaza de médico del servicio de medicina interna con contrato indefinido](#)

[Asamblea General Extraordinaria de la SOGAMI](#)



CASOS CLÍNICOS



PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN SOGAMI



ENLACE DE INTERÉS

▶ PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN RÁPIDA

[> Protocolo de Sedación](#)

[> Protocolo HDA no varicosa](#)

[> Manejo de la hiperglucemia en los pacientes ingresados](#)

▶ AGENDA DE EVENTOS

9
JUNIO
2017

Asamblea General Extraordinaria de la SOGAMI

9
JUNIO
2017

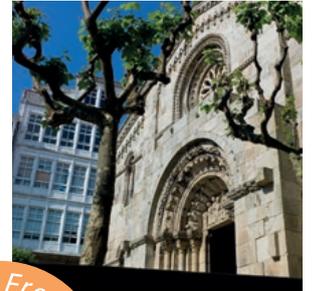
XXXIV Reunión SOGAMI
Del 9 al 10 Junio

16
JUNIO
2017

REUNIÓN HISPANO-LUSA
SOBRE NUEVOS RETOS EN
LOS ERRORES CONGÉNITOS
DEL METABOLISMO

27
JUNIO
2017

Avances en el manejo de las
enfermedades metabólicas



Visitas Guiadas Guided Tours

Coruña • turismocoruna.com

Visitas tematizadas / caracterizadas
Themed and landmark tours

Ilustración Catuxa: Santy Gutiérrez



- Tour Nocturno Ciudad Vieja
- Torre de Hércules
- Catuxa te descubre A Coruña (infantil/familiar)
- La ciudad de Picasso
- Sir John Moore y A Coruña Romántica
- Palacio Municipal y Plaza de María Pita
- Cementerio de San Amaro

- Tour Nocturno Cidade Vella
- Torre de Hércules
- Catuxa descóbrecche A Coruña (infantil/familiar)
- A cidade de Picasso
- Sir John Moore e A Coruña Romántica
- Palacio Municipal e Praza de María Pita
- Cemiterio de San Amaro

- Old Quarter Night-time Tour
- Tower of Hercules
- Discovering Corunna with Catuxa (children/families)
- Picasso's Town
- Sir John Moore and the Romantic Corunna
- City Hall and María Pita Square
- San Amaro Cemetery

Reservas

Oficinas de Información Turística
Plaza de María Pita
Torre de Hércules

☎ 981 923 093

Reservas

Oficinas de Información Turística
Praza de María Pita
Torre de Hércules

☎ 981 923 093

Bookings

Tourist Information Offices
María Pita Square
Tower of Hércules

☎ +34 981 923 093



Ayuntamiento de A Coruña
Concello da Coruña



"Sólo necesito un inhalador para controlar mi asma"*

En **1** solo inhalador Demanda para alivio de síntomas + mantenimiento¹

Como tratamiento de **mantenimiento**

Symbicort® 80µg/4,5µg (Budesónida/Formoterol)



- **Adultos** (a partir de 18 años)
Algunos pacientes pueden requerir hasta un máximo de 4 inhalaciones dos veces al día.
- **Adolescentes**
(de 12 a 17 años)

**2 inhalaciones,
dos veces al día**

Symbicort® 160µg/4,5µg (Budesónida/Formoterol)



- **Adultos** (a partir de 18 años)
1-2 inhalaciones, dos veces al día. Algunos pacientes pueden requerir hasta un máximo de 4 inhalaciones dos veces al día.
- **Adolescentes**
(de 12 a 17 años)
1-2 inhalaciones, dos veces al día.
- **Niños** (de 6 a 11 años)

**1-2 inhalaciones,
dos veces al día**

Symbicort® 320µg/9µg (Budesónida/Formoterol)



- **Adultos** (a partir de 18 años)
Algunos pacientes requerir hasta un máximo de 2 inhalaciones.
- **Adolescentes**
(de 12 a 17 años)

**1 inhalación,
dos veces al día**

**TERAPIA
SMART¹**

Como tratamiento a **demanda para el alivio de síntomas y de mantenimiento**

2 INHALACIONES AL DÍA ADMINISTRADAS¹



1 inhalación



1 inhalación



2 inhalaciones



2 inhalaciones



En respuesta a los síntomas, los pacientes realizarán **1 inhalación extra a demanda**. Si los síntomas persisten pasados unos minutos, se realizará otra inhalación adicional. No se deben realizar más de 6 inhalaciones de una sola vez. Normalmente no se requiere una dosis diaria total superior a 8 inhalaciones. Sin embargo, se podría utilizar una dosis total de hasta 12 inhalaciones diarias durante un periodo limitado.

Symbicort® Forte sólo debe utilizarse como tratamiento de mantenimiento, pero existen otras concentraciones menores para su utilización como tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas.

*Las inhalaciones a demanda de Symbicort® deberán realizarse en respuesta a los síntomas del asma, no estando indicadas para una utilización preventiva habitual, por ejemplo antes del ejercicio. Para estos casos se deberá considerar el uso de un broncodilatador de acción rápida por separado.¹

Para notificación de sospechas de reacciones adversas diríjase a <https://www.notificaram.es/>