

DIRECTOR

José López Castro
Servicio de Medicina Interna HCML (Lugo)

DIRECCIÓN ADJUNTA

Manuel Fernández Muínelo
Servicio de Medicina Interna CHUO (Ourense)

Laura González Vázquez
Servicio de Medicina Interna PÓVISA (Vigo)

HEREDEROS DEL FUNDADOR DE GALICIA CLÍNICA

Luis Gutiérrez-Moyano Zimmermann

Herederos del fundador de Galicia Clínica

Mercedes Gutiérrez-Moyano Zimmermann

Heredera del fundador de Galicia Clínica

COMITÉ EDITORIAL

Gustavo Adolfo Parra Zuluaga MD FACP
Dep. Medicina Interna, Profesor Asociado Universidad Autónoma de Bucaramanga-UNAB (Bucaramanga, Colombia)

Jorge Óscar García Méndez
Dep. Medicina Interna-Infectología (Ciudad de México, México)

María Teresa Alves Pérez
NECOM Universidad de Vigo (Vigo, España)

Emilio José Casariego Vales
S. de Medicina Interna HULA (Lugo, España)

Antonio Javier Chamorro Fernández
S. de Medicina interna CAUSA (Salamanca, España)

José Antonio Díaz Peromingo
S. de Medicina Interna HCUS (Santiago de Compostela, España)

Javier de la Fuente Aguado
S. de Medicina interna PÓVISA (Vigo, España)

Juan Antonio Garrido Sanjuán
S. de Medicina interna CHUF (Ferrol, España)

Carlos González Guitián
S. de Bibliotecología CHUAC (A Coruña, España)

Fernando Antonio De La Iglesia Martínez
S. de Medicina interna CHUAC (A Coruña, España)

Miguel Marcos Martín
S. de Medicina interna CAUSA (Salamanca, España)

Paula Pesqueira Fontán
S. de Medicina interna Hospital Barbanza (A Coruña, España)

Ramón Rabuñal Rey
Unidad de Enfermedades Infecciosas HULA (Lugo, España)

Hugo Guillermo Ternavasio de la Vega
S. de Medicina interna CAUSA (Salamanca, España)

Juan Torres Macho
Director médico Hospital Infanta Cristina (Madrid, España)

COMITÉ CIENTÍFICO

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

Luis Barreto Campos
Dep. Medicina Interna (Lisboa, Portugal)

José Luis Díaz Díaz
S. de Medicina interna CHUAC (A Coruña, España)

Elena Fernández Bouza
S. de Medicina interna CHUF (Ferrol, España)

María José García Pais
S. de Medicina interna HULA (Lugo, España)

Arturo González Quintela
S. de Medicina interna HCUS (Santiago de Compostela, España)

Francisco Luis Lado Lado
S. de Medicina interna HCUS (Santiago de Compostela, España)

José Masferrer Serra
S. de Medicina interna HCV (Ourense, España)

Julio Montes Santiago
S. de Medicina interna. EOXI Vigo (Vigo, España)

Rafael Monte Secades
S. de Medicina interna HULA (Lugo, España)

José Domingo Pereira Andrade
S. de Medicina interna CHUAC (A Coruña, España)

Antonio Pose Reino
S. de Medicina interna HCUS (Santiago de Compostela, España)

Jorge Luis Torres Triana
S. de Medicina interna CAUSA (Salamanca, España)

Francisco Javier García Sánchez
S. de Medicina interna Hospital Quirón-Salud (Toledo, España)

Fundada en 1929 por el Dr. Aurelio Gutiérrez Moyano

Incluida en Latindex, IME-Biomedicina del CSIC, Dialnet, Dulcinea, Directory of Open Access Journals, ROAD (Directory of Open Access scholarly Resources), WorldCat, SunCat, Miar, Scilit, CiteFactor y Emerging Source Citation Index (ESCI)

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

www.galiciaclinica.info
www.meiga.info



Índice

Summary

EDITORIAL

68 Grandfather, are you a lanternist?

San Román-Terán CM
<http://doi.org/10.22546/54/2008>

ORIGINAL

70 Despistaje de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en Atención Primaria mediante indicadores de sospecha: estudio DIVAPIS

Screening of infection due to the human immunodeficiency virus in primary healthcare with indicators of suspicion: DIVAPIS study

Ocampo Hermida A, Longueira Suárez R, Castro Iglesias A, Asorey Carballeira A, De la Fuente Aguado J
<http://doi.org/10.22546/54/1699>

CASOS CLÍNICOS

74 Actinotignum Schaalii bacteremia: from microbiota to the infection

Pinto S, Figueiredo M, Leal-Seabra F, Pereira C
<http://doi.org/10.22546/54/1816>

76 Alveolar Silicoproteinosis - A Rare Type of Silicosis

Torres L, Pereira Anjos D
<http://doi.org/10.22546/54/1801>

77 Chronic pulmonary histoplasmosis in Portugal: a case report

Parreira J, Reis M, Silva J, Ferreira L
<http://doi.org/10.22546/54/1803>

80 Sangrado hepático agudo en paciente tratado con apixabán

Acute hepatic bleeding in a patient treated with apixaban

Ramil Freán I, Vares Gonzalez M, Serrano Arreba J
<http://doi.org/10.22546/54/1792>

IMÁGENES EN MEDICINA

82 Enfisema subcutáneo

Subcutaneous emphysema

Pires-Azevedo J, Margusino Framiñán C
<http://doi.org/10.22546/54/1811>

83 Megacolon tóxico

Toxic megacolon

Alvarellos-Pérez A, Domínguez-Goyanes L
<http://doi.org/10.22546/54/1779>

COMUNICACIONES AL CONGRESO

86 Comunicaciones orales

<http://doi.org/10.22546/54/2097>

91 Comunicaciones póster

<http://doi.org/10.22546/54/2098>

Grandfather, are you a lanternist?

Carlos M San Román-Terán

Ex-Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de "La Axarquía", Vélez-Málaga, España.

Ex-Presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna.

Académico correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina (Distrito de Canarias).

Director, Editor-Jefe, Revista Española de Casos Clínicos en Medicina Interna (RECCMI).

Palabras clave: Medicina Interna, Especialidades médicas.

Keywords: Internal Medicine, Medical specialties

Grandfather, are you a lanternist? because I hear you talk about it and I know you have a flashlight on your bedside table and that you use it to poke around in the pool house and sometimes to look at my throat, when it hurts, helped by that "little wood" that makes me almost sick.

Let's see, David, the "little wood" is called tongue depressor and no, I am not a "lanternist" in spite of using the flashlight from time to time. What I am is Internist, Specialist in Internal Medicine, which is a specialty of the Physicians just like you can be a Cardiologist or Traumatologist like your cousins; and just like Dad is a fighter and acrobatic pilot that is a specialty among those who are military that handle aircraft.

So, Grandfather, what is it about Internal Medicine and Internists?

I think it's going to cost me a bit to explain it but I'll try. The motto, the phrase that my Society, that is to say, the group in which we met Internists has chosen to define us is: "The global vision of the sick person", and this means that we face the sick who come to our consultation trying to be attentive to everything that happens to him: what he tells us and what we ask him about what surrounds him.

A few days ago you had a headache. To give you something and improve it, first, I had to understand well what you did and ate the day before because it can influence, if you had been in the sun for a long time, if you had had arguments with your sisters, if the training went well or you hit your head more than usual. If you talked to Daddy from Gabon via skype, if your neck or

neck hurts from behind, if you have any other illnesses, although it apparently has nothing to do with your head, if it hurts like Mom when she has her migraines... Eventually, after seeing if you have fever, after doing some simple tests moving your head and legs and seeing how you move alone; with all this information, I could get to tell you: David, nothing major happens, I will give you a Paracetamol and tomorrow you will have passed so to bed !.

Grandfather then, other specialists are not necessary?

No son, it is not that, it is known that I have not explained well. Let's make another attempt: You remember when we sailed on the boat from Raxó to Portonovo; As we were advancing, we saw, in some detail, Sinas, the port of Raxó, Xiorto, the purifiers of the beach of Pampaído, the mountain of Pampaído, the Bois, the beach of Agra, the one of the quarries, Punta Meilàn, the beach of Areas, Palacios, Sanxenxo, Silgar; Punta Bicaño and Portonovo. I pointed out each place but we could not see what was happening in each and every one of those places. We saw and felt each site but not all at once, remember?

Of course, Grandpa, it was a great excursion, a lot of fun.

Well now think of that big bird we saw in the quarry... It is possible that it was a Cormorant or even an Albatross that although rare can be seen occasionally as happened to us. Now think how one of those birds see our voyage; he is able, from the height, to see both Sinás and Portonovo and analyze the possibilities of eating or resting placidly in one place or ano-

“The Internists, together with the Family Doctors, we approach the sick thinking about the operation at once and orderly of all the organs and apparatuses, taking into account their families and their origin, paying attention to their state of mind and their expectations of future and trying to live the best they can as long as possible...”

ther and what would be lost or gained sleeping in Areas or fishing in Portonovo. Well, internists see from above globally and we value the possible relationships that exist between one site and another without forgetting the rest of the picture.

Already, grandfather, but you have not answered me yet, are the other Specialists necessary or not?

Of course they are, moreover, they are essential to know in detail each of the places on the coast. The Cormorant speaks to the Seagulls of each of the beaches and they tell him what is in each square meter of its surface, investigate every characteristic and situation, develop inspection techniques and solutions to problems that arise and are told to the Cormorant so that he has more data when making his decisions. The rest of the Specialists are as much or more important than the generalists because in collaboration, in team with them the best results are achieved for the whole coast; they know in greater detail what happens at each point and have the generosity of telling it to that Cormorant that flies the whole ensemble.

Grandfather, if it is so important to know what happens at each site, would not it be enough for each Specialist to act in the place he knows best?

Now son. It's a possibility, but to be able to understand it better let's go back to the coast's example. If you clean the water in the quqrry, it will improve fishing in Areas and increase the quality of Sinás mussels; if you cut those trees in Pampaído, more waste will reach the sea if you increase the number of mussel beds you will transform the quantity and type of the fish of the

whole area. Everything is related to everything and the measures we take to solve one problem could sometimes hamper the solution of another. Even more when we think there might be long lasting disorders that will require many interventions like in the case of chronic patients; fragile ones who have less defences; or others a little bit more frail with the passage of time: elderly people.

The Internists, together with the Family Doctors, we approach the sick thinking about the operation at once and orderly of all the organs and apparatuses, taking into account their families and their origin, paying attention to their state of mind and their expectations of future and trying to live the best they can as long as possible. Do you understand now? It is like the great-grandmother's skeins of wool when she used to knit. If you pull one end is in the opposite end where a new knot appears. You have to go with a lot of care, measuredly and on the lookout for details which are basic to get everything in order.

The boy accompanied the grandfather's smile with a serious face and after a few seconds of possible reflection in which he seemed to be absorbed, he inquired again:

Grandpa, when I grow up, can I be an Internist?

Acknowledgments

This article was partially presented in the 37º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Celebrated in November, 2016 in Zaragoza, Spain.

Conflict of interest

Dr. Carlos M. San Román-Terán has nothing to disclose.

Despistaje de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en Atención Primaria mediante indicadores de sospecha: estudio DIVAPIS

Screening of infection due to the human immunodeficiency virus in primary healthcare with indicators of suspicion: DIVAPIS study

Antonio Ocampo Hermida¹, Rebeca Longueira Suárez¹,
Ángeles Castro Iglesias², Ángel Asorey Carballeira¹, Javier De la Fuente Aguado³

¹Medicina Interna, Hospital Álvaro Cunqueiro (EOXI de Vigo). ²Medicina Interna, Complejo hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).

³Medicina Interna, Hospital Povisa (Vigo). España

Resumen

Introducción: El diagnóstico precoz de la infección por VIH es fundamental para mejorar el pronóstico de la enfermedad y evitar nuevos contagios. Atención Primaria (AP), al ser el primer nivel asistencial al que suele consultar el paciente, brinda la oportunidad de diagnosticar precozmente a muchos de ellos. El objetivo fue potenciar este diagnóstico mediante la identificación de condiciones indicadoras (CI) de seropositividad que permitan al profesional sospechar la infección.

Métodos: Estudio observacional transversal descriptivo con participación de 89 centros de AP de Galicia (Septiembre 2013-Junio 2015). Se recogieron variables clínicas, analíticas y sociodemográficas de pacientes a los que se le realizaba el test de VIH, tanto por sospecha del médico como por petición del propio individuo.

Resultados: De entre 1080 pacientes incluidos en el estudio DIVAPIS se obtuvieron 19 test positivos, con una prevalencia de nuevos diagnósticos del 1.76%. Las variables que resultaron estadísticamente predictoras de seropositividad fueron: ser hombre que tiene sexo con hombres ($p=0,02$), serología positiva para VHB ($p<0,01$), serología positiva para VHB y VHC ($p=0,02$) y muguet ($p=0,02$).

Conclusiones: El desarrollo de herramientas de trabajo en colaboración con AP para mejorar el grado de sospecha de infección por VIH permitió una alta tasa de nuevos diagnósticos y la identificación de distintas CI de seropositividad que nos deben alertar de la posibilidad de infección.

Palabras clave: Diagnóstico precoz de VIH, Atención Primaria, condiciones indicadoras

Abstract

Introduction: The early diagnosis of HIV infection is essential to improve the prognosis of this entity and avoid new infections. Primary healthcare is the most accessible institution for patients, and for this reason provides the opportunity to identify new cases of HIV. The objective was to enhance this diagnostic by indicator conditions that could help the physician diagnose the infection.

Methods: Cross-sectional observational and descriptive study with the participation of 89 primary healthcare centers in Galician (September 2013- June 2015). Clinical, analytical and sociodemographics variables of patients included in the study, with HIV-test requested by the physician or them, were analyzed.

Results: 19 positive test for HIV-infection between 1080 patients included in DIVAPIS study were found, with a prevalence of new diagnoses of 1.76%. Men who have sex with men, positive serology for HBV ($p<0,01$), positive serology for HBV and HBC ($p=0,02$) and muguet ($p=0,02$).

Conclusions: The development of working tools in collaboration with primary healthcare to improve the suspected of HIV-infection showed a high rate of new diagnosis and identified indicator conditions that may us suspect the possibility of the infection.

Keywords: Early diagnosis of HIV, primary health care, indicator conditions.

Introducción

Disminuir el diagnóstico tardío (DT) de la infección por VIH es uno de los principales retos de la respuesta a la epidemia en la actualidad¹. Se estima que una tercera parte de individuos infectados desconocen estarlo, lo que conlleva con frecuencia un diagnóstico en fases evolucionadas. Esto implica una peor evolución del paciente y al mismo tiempo la posibilidad de que sean fuente de nuevos contagios². En el año 2010 tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), publicaron recomendaciones en relación al diagnóstico de la infección por VIH^{3,4}, propugnando acercar la prueba a toda la población haciendo especial énfasis en las poblaciones de mayor riesgo. A este respecto se han tratado de identificar distintas condiciones clínicas y epidemiológicas del paciente

que podrían sugerir la presencia de infección. A nivel europeo, el estudio HIDES⁵ identificó 8 variables en las que el despistaje de VIH resultaba coste efectivo, encontrando una prevalencia de infección oculta del 1,8%. Además los pacientes diagnosticados tras la identificación de estas condiciones presentaban una mediana de CD4 de 400 cell/ μ l, lo que suponía un menor porcentaje de diagnósticos tardíos. En España se estima que el número de personas infectadas por el VIH es de aproximadamente 150.000, lo cual implica una prevalencia del 0,4% en la población general, y de infección oculta del 0,1%⁶. Atención primaria (AP), al representar la vía de acceso más frecuente a nuestro sistema sanitario, brinda la oportunidad de diagnosticar de forma precoz a muchos de estos pacientes, por lo que resulta prio-

Tabla 1. Variables analizadas

ANTECEDENTES	CLÍNICA ACTUAL	VALORES ANALÍTICOS
UDVP/exUDVP	Sd mononucleósico	Trombopenia
Sexo sin protección	Pérdida de peso	VHB
HSH	Poliadenopatías	VHC
Pareja con VIH o con riesgo	Deterioro cognitivo	Lúes
Tuberculosis	Tuberculosis	Displasia cervical-VPH
ETS	ETS	Hipergammaglobulinemia
Neumonías repetición	Neumonías de repetición	Otras
Muguet	Muguet	
Herpes zóster	Herpes zóster	
Otras	Dermatitis seborreica	
	Condilomas	
	Otras	

ritario establecer herramientas de colaboración con AP que permitan aumentar el índice de sospecha. Además, conocer las condiciones que hacen sospechar a estos especialistas la presencia de infección nos podría ayudar a identificar otras circunstancias infravaloradas en las que deberíamos hacer hincapié para evitar la pérdida de nuevos diagnósticos. Con el objetivo de conocer todas estas variables en nuestra comunidad, se inició un estudio elaborado por la sociedad gallega Interdisciplinaria de SIDA (SOGAISIDA) con la colaboración de las sociedades gallegas de médicos de AP (AGAMFEC, SEMERGEN y SEMG) para el despistaje de infección por VIH en AP con indicadores de sospecha (DIVAPIS).

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional transversal descriptivo y analítico de prueba diagnóstica. La recogida de la información se centró en las siete áreas asistenciales de AP gallega (Santiago, A Coruña, Ferrol, Lugo, Ourense, Pontevedra y Vigo). Se incluyeron 89 centros y participaron 258 médicos de AP. El período de tiempo de estudio fue desde Septiembre 2013 hasta Junio 2015. Se diseñó un sistema de recogida de datos *online* de los pacientes a los que se le solicitaba el test, en el que se incluyeron variables sociodemográficas (edad, sexo, nacionalidad, nivel académico, conductas de riesgo, estudios previos de VIH) y condiciones clínicas y/o analíticas consideradas indicadores de sospecha (Tabla 1). También se registraron los casos en los que era el propio paciente quién pedía el estudio, y los motivos por los que lo solicitaba. Todos los pacientes firmaron un documento de consentimiento informado.

Para el análisis de las variables dicotómicas se utilizó el test de Chi-Cuadrado o el test de Fisher exacto bilateral según necesidad. Las variables cuantitativas se analizaron utilizando el test de la T de Student o la U de Mann-Whitney. El análisis univariante se realizó mediante regresión logística binaria. Para el análisis estadístico se utilizó el programa informático SPSS 21.

Tabla 2. Descriptivo global

VARIABLE	RESULTADO
Sexo masculino	54,6%
Edad (mediana)	37
Extranjero	7,8%
Estudios universitarios	29,1%
Desempleo	46,9%
Resultado test VIH	1,8%
Test VIH previo	36,2%
Solicitud por médico	58,6%
HSH	1,2%
VHB	0,7%
VHC	1,6%
Muguet	1,3%

Tabla 3. Estratificación de los resultados por sexo

VARIABLE	VARÓN	MUJER	P
Edad	39	39	NS
Extranjero	4,9%	11,2%	<0,001
Estudios universitarios	26,9%	32,2%	NS
Desempleo	47,2%	46,3%	NS
Resultado test VIH (+)	2,4%	1%	NS
Test VIH previo	39,7%	32%	0,009
Solicitud por médico	56,6%	61,3%	NS
Serología positiva VHB	1,4%	0%	0,009
Serología positiva VHC	1,7%	1,4%	NS
Muguet	0,5%	0,2%	NS

Tabla 4. Estratificación de los resultados según solicitud del test

VARIABLE	PETICIÓN MÉDICO	PETICIÓN PACIENTE	P
Sexo masculino	52,4%	57%	NS
Edad	42,1	36,3	<0,001
Extranjero	6%	10,5%	0,005
Estudios universitarios	24,1%	36,4%	<0,001
Desempleo	50,6%	41,5%	0,005
Resultado test VIH (+)	1,7%	1,8%	NS
Test VIH previo	29,9%	45,2%	<0,001

Resultados

Desde Septiembre 2013 hasta Junio 2015 se incluyeron 1244 casos, realizándose finalmente el estudio serológico en 1080 pacientes (86,8%).

El 54,6% fueron varones, con una mediana de edad de 37 años (18-91), la mayoría de ellos de nacionalidad española (92,2%). El 29,1% habían cursado estudios universitarios, y casi la mitad de los pacientes (46,9%) estaban desempleados (Tabla 2). En un 58,6% de los casos (622) la solicitud de la prueba fue por sospecha del médico aunque en una proporción importante (41,4%, 439) fue por petición propia del paciente. Los usuarios que pedían el test eran más jóvenes ($p<0,01$) y tenían un nivel de estudios significativamente superior ($p<0,01$) que aquéllos en los que lo solicitaba su médico. En las tablas 3, 4 y 5 se muestran los resultados estratificados en función del sexo, de quién solicitó el test y según el resultado de la prueba, respectivamente.

Se obtuvieron 19 test positivos para infección por VIH (1,76%), con un porcentaje similar entre grupos: 11 (1,74%) solicitados por el médico y 8 (1,79%) por petición del paciente. Los motivos por los que el médico había sospechado la infección en estos casos fueron: sexo sin protección (4 casos), hombres que tiene sexo con hombres (3 casos), pareja con infección por VIH (1 caso) y antecedente de muguet (1 caso). Las causas alegadas por los pacientes que habían solicitado el estudio fueron: sexo sin protección (3 casos),

enfermedades de transmisión sexual (2 casos), miedo a estar infectado (1 caso), curiosidad (1 caso) y por desconfianza de la pareja (1 caso). El diagnóstico se consideró tardío cuando el recuento de CD4 fue inferior a 350 cel/ μ l, lo cual sucedió en el 41% de los casos. Más de la mitad (55%) de los pacientes diagnosticados por sospecha del médico presentaron este recuento inmunológico en contraposición con sólo el 17% de aquellos individuos que habían solicitado el test.

Tras el análisis estadístico los indicadores que resultaron predictores de seropositividad fueron: ser hombre que tiene sexo con hombres ($p=0,02$), serología positiva para virus de hepatitis B ($p<0,01$), serología positiva para virus de hepatitis B y C ($p=0,02$) y muguet ($p=0,02$). No se encontró asociación con otras variables como la edad, sexo, nacionalidad, actividad laboral, nivel de estudios, tener test de VIH previo, o con quien había solicitado el estudio. Estos resultados se mantuvieron en el estudio multivariante.

Discusión

Las recomendaciones actuales a nivel nacional para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario⁷ proponen la realización de la prueba en las siguientes situaciones: personas con criterios clínicos compatibles con infección tales como enfermedades definitorias de SIDA (cáncer cervical invasivo, candidiasis esofágica, criptococosis extrapulmonar, etc), condiciones indicadoras asociadas a prevalencia de VIH no diagnosticado $>0,1\%$ (infección de transmisión sexual, linfoma maligno, cáncer/displasia anal, etc) y otras condiciones en las que la no identificación de la infección puede tener consecuencias negativas importantes para el manejo clínico del paciente (enfermedades que requieren tratamiento inmunosupresor agresivo, lesión cerebral primaria ocupante de espacio, púrpura trombocitopénica idiopática). Se recomienda también a las personas que por su exposición al VIH o su procedencia requieran descartar infección, y de forma obligatoria en donantes de sangre, trasplante, injerto y usuarios relacionados con técnicas de reproducción asistida. Debido a la necesidad de reducir los casos de infección no diagnosticada, en la actualidad se recomienda ofrecer el estudio a todo paciente sexualmente activo entre 20-59 años, que requiera extracción de sangre por cualquier

Tabla 5. Estratificación de los resultados por resultado del test

VARIABLE	TEST POSITIVO	TEST NEGATIVO	P
Sexo masculino	73,7%	54%	NS
Edad	37,9	39,7	NS
Extranjero	5,3%	7,9%	NS
Estudios universitarios	29,4%	29,2%	NS
Desempleo	53,8%	46,8%	NS
Test VIH previo	36,1%	42,1%	NS
Solicitud por médico	42,1%	41,4%	NS
HSH	10,5%	1%	0,02
VHB	10,5%	0,6%	0,008
VHC	5,3%	1,5%	NS
Muguet	5,3%	0,3%	0,02

otro motivo y que resida en provincias con tasas de nuevos diagnósticos de VIH en ese grupo de edad, A este respecto el estudio europeo HIDES 2⁸ analizó la adherencia a las recomendaciones de las guías para la realización del test. Los autores encontraron que se solicitó el estudio en sólo un 72% de los casos a pesar de presentar indicadores de riesgo claramente establecidos, dejando por lo tanto un porcentaje significativo de casos potencialmente no diagnosticados. A nivel nacional Pérez y cols⁹, mediante la aplicación de un sencillo cuestionario en AP y Urgencias basado en exposiciones de riesgo y condiciones indicadoras, describieron una prevalencia de infección oculta del 4,1% entre los pacientes que reunían 1 o más de estas variables, insistiendo en la necesidad de implementar medidas que faciliten el diagnóstico precoz de la infección por VIH. En el trabajo de Cayuelas y cols¹⁰, tras un estudio multicéntrico de colaboración con AP compuesto de sesiones formativas y la participación en el estudio HIDES, se consiguió triplicar la petición de VIH, con una tasa de infección del 2,3%. Esta necesidad es una realidad también en nuestra comunidad gallega, en donde un 30% son diagnósticos tardíos¹¹, que en muchas ocasiones ocurren durante un ingreso hospitalario por infecciones oportunistas. Nuestro diseño de recogida de datos *on line* demostró una buena aceptación por los equipos de AP, consiguiendo tasas de diagnóstico de VIH elevadas (1,76%), muy similares a las descritas en otros trabajos basados en condiciones indicadoras como el estudio HIDES⁵. De entre las variables analizadas, el antecedente de infección por VHB, coinfección por VHB-VHC, la presencia de muguet y el ser hombre que tiene sexo con hombres, se asociaron de forma significativa con la presencia de VIH, por lo que en nuestro entorno estas condiciones deben alertar al clínico de la posibilidad de infección. Nos parece también destacable el alto porcentaje de peticiones del test por el paciente que encontramos en nuestro estudio, con una proporción de resultados positivos similar al grupo en el que el médico era quien sospechaba la infección. Además, en más de la mitad de los casos en los que el facultativo sospechó la infección el diagnóstico fue tardío, siendo esto mucho menos frecuente cuando el paciente pedía el estudio. En estos casos la solicitud propia del test reflejaría una potencial exposición a situaciones de riesgo identificadas por el individuo, aunque queda patente la necesidad de aumentar el grado de sospecha por parte de los profesionales. Otros trabajos como el de Ayerdi-Aguiberrenbegoa y cols¹² han mostrado que un porcentaje importante de nuevos diagnósticos tenían un test previo de VIH, lo cual apoya que muchos de estos pacientes eran probablemente conocedores de su situación de alto riesgo. A este respecto, en nuestro estudio no encontramos significación estadística con el hecho de haber realizado anteriormente el test, aunque como limitación del estudio consideramos que es posible que el limitado tamaño de la muestra no sea suficiente para valorar el peso real de todos los marcadores analizados.

En conclusión, en este trabajo el desarrollo de herramientas de trabajo en colaboración con AP para mejorar el diagnóstico precoz del VIH mostró gran aceptación por parte de estos profesionales, permitiendo una elevada tasa de nuevos diagnósticos y permitiendo identificar variables predictoras de seropositividad mediante un método ágil y de fácil cumplimentación. Creemos que la colaboración entre distintos niveles asistenciales como lo reflejado en este estudio ayuda a mejorar el conocimiento de la infección y a aumentar el grado de sospecha, consiguiendo favorecer el diagnóstico temprano. Es fundamental continuar desarrollando estrategias que permitan avanzar en la detección precoz de la infección por VIH para mejorar el pronóstico de estos pacientes y disminuir el riesgo de transmisión en la población general.

Bibliografía

1. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2010 Report. ECDC 2010. Disponible en http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/111129_SUR_Annual_HIV_Report.pdf.
2. Hamers FF, Philips AN. Diagnosed and undiagnosed HIV infected populations in Europe. *HIV Med* 2008;9:6-12.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. ECDC 2010. Disponible en http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_gui_hiv_testing.PDF.
4. WHO European Region. Scaling up HIV testing and counseling in the WHO European Region as an essential component of efforts to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support. Policy framework. WHO/EURO 2010. Disponible en http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/85489/E93715.pdf?ua=1
5. Sullivan AK, Raben D, Reekie J, Rayment M, Mocroft A, Esser S et al. Feasibility and effectiveness of indicator condition-guided testing for HIV: results from HIDES I (HIV Indicator Diseases across Europe Study). *PLoS one* 2013;8:e52845
6. Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España: sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH y registro nacional de casos de SIDA. Plan Nacional sobre el SIDA-SG de Promoción de la Salud y Epidemiología-Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII 2015. Disponible en http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/informeVIH_SIDA_2015.pdf
7. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz de VIH en el ámbito sanitario. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Plan Nacional sobre Sida. 2014. Disponible en http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf
8. Raben D, Mocroft A, Rayment M, Mitsura VM, Hadziosmanovic V, Sthoeger ZM et al. Auditing HIV testing rates across Europe: results from the HIDES 2 Study. *PLoS One*. 2015; 10: e0140845.
9. Pérez MJ, Gómez-Ayerbe C, Pérez P, Murriel A, Díaz A, Martínez-Colubi M et al. Development and Validation of an HIV Risk Exposure and Indicator Conditions Questionnaire to Support Targeted HIV Screening. *Medicine*. 2016;95:e2612.
10. Cayuelas-Redondo L, Menacho-Pascual I, Nogueira-Sánchez P, Goicoa-Gago C, Pollio-Peña G, Blanco-Delgado R et al. Indicator condition guided human immunodeficiency virus requesting in primary health care: results of a collaboration. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015;33:656-662.
11. Dirección Xeral de Saúde Pública. Informe VIH-sida en Galicia 2016 [monografía en internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2016. Disponible en: <http://www.sergas.es/saudepublica/informes-epidemioloxicos-de-vih-sida>.
12. Rivero A, Moreno S. ¿Es el momento de poner en marcha nuevas estrategias de prevención de la infección por VIH en España?. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2017;35:271-2.

Actinotignum Schaalii bacteremia: from microbiota to the infection

Sara Pinto, María Figueiredo, Fatima Leal-Seabra, Catarina Pereira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho

Abstract

Actinotignum schaalii is a gram-positive, facultative anaerobic bacillus, an opportunist agent that is underestimated or mistaken as a contaminant.

In this article, we present a case of sepsis with multiorgan dysfunction due to acute pyelonephritis complicated by *A. schaalii* bacteraemia in an elderly patient with diabetes mellitus, chronic obstructive renal disease, benign prostatic hyperplasia, renal lithiasis and chronic urinary device. Through specific laboratory techniques such as Matrix-Assisted Laser Desorption/Ionisation Time-Of-Flight Mass Spectrometry, it was possible to identify the presence of *A. schaalii* in blood cultures. However, uroculture was negative. After 20 days of β -lactam, it was possible to successfully heal the infection.

The difficulty in identifying this rare agent has definitely constrained our diagnostic and therapeutic approach.

Keywords: *Actinotignum Schaalii*, bacteremia, urinary tract infection.

Palabras clave: Actinotignum Schaalii. Bacteriemia. Infección del tracto urinario.

Introduction

Actinotignum schaalii is a facultative anaerobic gram-positive bacillus with slow growth in blood-enriched medium in anaerobic or under 5% carbon dioxide environment^{1,2}. The reservoir of this bacterium is unknown. It was found in genitourinary tract, skin and vaginal mucosa¹ and it is responsible for urinary infections (UTI) in elderly². These characteristics are responsible for underdiagnosed and unreported infections by this microorganism²⁻⁴.

The authors describe a case of sepsis by *Actinotignum schaalii*, whose clinical, evolution and antimicrobial strategy require reflection.

Clinical case

An 80-years old man was found in the emergency department presenting with hypogastric pain and fever for the past 24 hours. In addition, there has been a recent history of benign prostatic hyperplasia with acute urinary retention and bladder catheter since the previous month. He presented the following comorbidities: type 2 diabetes mellitus treated with metformin, obesity, dyslipidaemia, chronic renal disease, atrial fibrillation and peptic ulcer disease.

In the emergency department, his temperature was 38.2°C, blood pressure (102/58mmHg, heart rate 90 beats/min, without respiratory distress. His abdomen was soft and painless. Laboratory tests showed a white-cell count of 9860 per cubic millimeter (normal range, 4000 to 11,000), a platelet count of 72,000 per cubic millimeter (normal range, 150000 to 400000) and C-reactive protein of 30,6mg/dL. The serum creatinine level was of 3,2mg per deciliter (reference range, 0,6 to 0,9 mg per deciliter; the creatinine level had been 1,2mg per deciliter 3 months earlier) with diuresis of 0,26mililiter/Kilogram/hour on first 24 hours. The arterial blood gas showed pH 7.41 (normal range, 7,35–7,45), PaO₂ 69mmHg (normal range, 80–100mmHg), PaCO₂ 26mmol/L (normal range, 36–40mmHg), HCO₃⁻ 17 (normal range, 22–26 mEq/L), base excess of -6,5

(normal range, -2 to +2 mmol/L), lactate level of 8,2 (normal range, 0,5-2,2mmol/L). In the urinalysis, white-blood cells was >10 per high power field (normal range inferior to 5 per high power field) and erythrocytes 5-10 per high power field (normal range, inferior to 0,5 per high power field), without nitrites. The bladder, kidney and prostatic ultrasound showed right hydronephrosis (21mm) without the identification of the position and cause of the obstruction and benign prostatic hypertrophy. Urological tomography confirmed a presence of a 3-4 mm calcification located in the urethral meatus with urolithiasis in the right and lower right calyx groups.

The patient was hospitalized due to urosepsis with multiple organ failure. Blood and urine cultures were collected. A treatment with ceftriaxone was empirically started. Anaerobic blood culture revealed a gram-positive bacillus of 24 hours incubation with small and grey colonies on blood-enriched microbiological culture media. Vitek2® identification card showed an anaerobic and coryneform bacteria, confirmed to be *Actinotignum schaalii*, by MALDITOF MS (Matrix-Assisted Laser Desorption / Ionisation Time-Of-Flight Mass Spectrometry). The urine culture was negative. After 72 hours of hospitalization, the patient maintained persistent fever, hypotension (which means that the arterial pressures were 60mmHg), and oliguric acute kidney failure. New blood and urine cultures were collected. Another infection and complications were excluded. The treatment was changed from ceftriaxone to piperacillin/tazobactam. Finally, it was possible to identify the *Actinotignum schaalii* in the first blood cultures. The patient's treatment was changed another time again from piperacillin/tazobactam to ceftriaxone, to complete the 20 days of therapy. After this change, the patient had clinical improvement as he had no fever and hemodynamic stability, lower inflammatory parameters and resolution of acute kidney dysfunction. A second set of blood cultures was negative. Six months later, he remained with no fever or urinary reinfection.

Discussion

Actinotignum schaalii is a gram-positive, facultative anaerobic, catalase-negative bacterium with slow growth in blood-enriched medium in an anaerobic environment or under 5% carbon dioxide, often associated with the simultaneous growth of other bacteria^{1-3,5}. These conditions are associated with the underdevelopment of this agent in the culture media, so its prevalence in the population may be underestimated²⁻⁴.

Some studies in healthy populations suggest that *Actinotignum schaalii* may be a commensal of the urogenital flora, distinguishing itself from the most common uropathogens because it does not originate from the gastro-intestinal tract^{2,6,7}.

UTI by *Actinotignum schaalii* are more common in the elderly, with some studies showing male predominance (3). It was associated with predisposing conditions such as chronic urinary devices, benign prostatic hypertrophy, chronic renal disease, immunosuppression, prostatic or bladder cancer, urinary incontinence, neurogenic bladder and urethral stricture^{2,3,7}. This patient had several of these risk factors: age, gender and clinical history of, diabetes, chronic kidney and prostate diseases.

Although this agent is associated with UTI⁷, in a retrospective study of cases of bacteraemia by *Actinotignum schaalii*, only one patient had isolation of this agent in the urine culture, despite the 36 cases in which the primary focus was assumed to be urinary based on clinical and predisposing factors³. In this case, UTI was diagnosed based on clinical picture, but the urine culture was negative, similar to other cases described in the literature^{3,8,9}. Laboratory techniques are now available with better sensitivity for these rare and specific agents, such as MALDITOF MS or 16S rRNA sequencing. MALDITOF appears to be a more accurate and fast method of identifying *Actinotignum schaalii* than 16S rRNA sequencing^{2-4,7}. Unfortunately, these techniques are not always available and can lead to delays in the identification of this bacterium, as it was verified in the presented case:

The clinical picture of infections by *Actinotignum schaalii* is similar to other UTI. In the case described, clinical worsening after 72h of ceftriaxone treatment justified the adjustment of therapy to piperacillin/tazobactam, because the agent was still unknown until that moment. There was no recurrence of fever or organ dysfunction after the adjustment of antibiotic therapy to ceftriaxone, showing its efficiency in controlling the infection.

Actinotignum schaalii appears to be susceptible to all β -lactams and with low minimum inhibitory concentrations (<0.5 mg / L)^{2,5,8,9}. Nevertheless, there was an intrinsic resistance to several antimicrobials^{2,9}, such as trimethoprim and quinolones^{2,3,5,8,9}, which may be related to the production of fimbriae. There haven't been any recommendations up to now on antimicrobial susceptibility testing for this genus or

ranges for evaluation of minimum inhibitory concentration². The length of the treatment is still uncertain, but there are reports of recurrence after one week of treatment. So, taking into account the site of infection^{2,8}, it is suggested, at least, two weeks of treatment. In the described case, we chose to extend the antibiotic therapy due to the delay in clinical resolution, which revealed to be a successful strategy, because there was no recurrence of the infection.

Mortality from bacteraemia by *Actinotignum schaalii* is high. Despite the presence urosepsis with multiorgan dysfunction, the evolution of the clinical case was positive successful, without any sequelae and remained asymptomatic after a 6-month follow-up.

Conclusion

Actinotignum schaalii is an uropathogen associated with bacteraemia. The identification of this agent is essential because it is intrinsically resistant to several antibiotics used empirically in the treatment of UTI and requires long-lasting courses of antibiotherapy. Therefore, the use of the latest laboratory techniques for the identification of microorganisms, such as MALDITOF MS, is clearly critical in these clinical cases.

Acknowledgments

The authors acknowledge Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho - Laboratório de Microbiologia assistance in this case, specifically Dra Gabriela Abreu, for their assistance in this case. They also thank Dr. Agripino Oliveira, for further assistance and aiding in our collaboration.

References

1. Lotte R, Lotte L, Ruimy R, et al. *Actinotignum schaalii* (formerly *Actinobaculum schaalii*): a newly recognized pathogen—review of the literature. *Clin Microbiol Infect*. 2016; 22: 28–36.
2. Yassin AF, Spröer C, Pukall R, Sylvester M, Siering C, Schumann P. Dissection of the genus *Actinobaculum*: Reclassification of *Actinobaculum schaalii* Lawson et al. 1997 and *Actinobaculum urinale* Hall et al. 2003 as *Actinotignum schaalii* gen. nov., comb. nov. and *Actinotignum urinale* comb. nov., description of *Actinotignum sanguinis* sp. nov. and emended descriptions of the genus *Actinobaculum* and *Actinobaculum suis*; and re-examination of the culture deposited as *Actinobaculum massiliense* CCUG 47753. Vols. 5DSM 19118T), revealing that it does not represent a strain of this species. *International Journal of Systematic and Evolutionary Microbiology*. 2015; 65, 615–624.
3. Pedersen H, Senneby E, Rasmussen M. Clinical and microbiological features of *Actinotignum* bacteremia: a retrospective observational study of 57 cases. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2017 e 36:791–796.
4. Stevens RP, Taylor PC. *Actinotignum* (formerly *Actinobaculum*) *schaalii*: a review of MALDI-TOF for identification of clinical isolates, and a proposed method for presumptive phenotypic identification. *Pathology*. 2016 e 48(4).
5. Nielsen HL, Søbø KM, Christensen JJ, Prag J. *Actinobaculum schaalii*: A common cause of urinary tract infection in the elderly population. *Bacteriological and clinical characteristics*. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 2010 e 43–47., 42.
6. Olsen AB, Andersen PK, Bank S, Søbø KM, Lund L, Jørgen Prag J. *Actinobaculum schaalii*, a commensal of the urogenital area. *BJU International*. 2013 e 112, 394–397.
7. Prigent G, Perillaud C, Amara M, Coutard A, Blanc C, Pangon B. *Actinobaculum schaalii*: A truly emerging pathogen?. *New Microbe and New Infect* 2016 e 8–16.
8. Kristiansen R, Dueholm MS, Bank S, Nielsen PH, Karst SM, Cattor V, et al. Complete Genome Sequence of *Actinobaculum schaalii* Strain CCUG 27420. *Genome Announc*. 2014 e 2(5):00880-14.
9. Reinhard M, Prag J, Kemp M, Andresen K, Klemmensen B, Højlyng N, et al. Ten Cases of *Actinobaculum schaalii* Infection: Clinical Relevance, Bacterial Identification, and Antibiotic Susceptibility. *J. Clin. Microbiol*. 2005 e 43 (10), 5305–5308.

Alveolar Silicoproteinosis - A Rare Type of Silicosis

Liliana Torres, Diana Pereira Anjos

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. Portugal

Palabras clave: Sílice. Silicoproteinosis. Tomografía de Alta Resolución

Keywords: Silica. Silicoproteinosis. High-Resolution Tomography

Alveolar silicoproteinosis is an uncommon form of silicosis that develops within weeks to a few years after exposure to high concentrations of respirable crystalline silica particles¹. It is associated to a rapid deterioration of pulmonary function due to intra-alveolar accumulation of lipoproteinaceous material that causes bilateral consolidation, multifocal patchy ground-glass opacities and a crazy-paving appearance². Without an effective response to treatment, its prognosis is poor with a life expectancy of 4 years after diagnosis³.

A 45-year-old male presented with exertional dyspnea and dry cough for the past 3 months. He worked as a granite mason and was a former smoker (40 pack-year cigarette smoking history). When examined, he was tachypneic with pulse oximetry saturation of 88% (room air) and had scattered fine crackles throughout his lungs. High-resolution tomography scans showed diffuse small nodules and a crazy-paving pattern (Figure 1). Cytological analysis of bronchoalveolar lavage revealed finely granular eosinophilic PAS-positive material. He underwent sequential therapeutic whole-lung lavage with resolution of his clinical condition. He was discharged

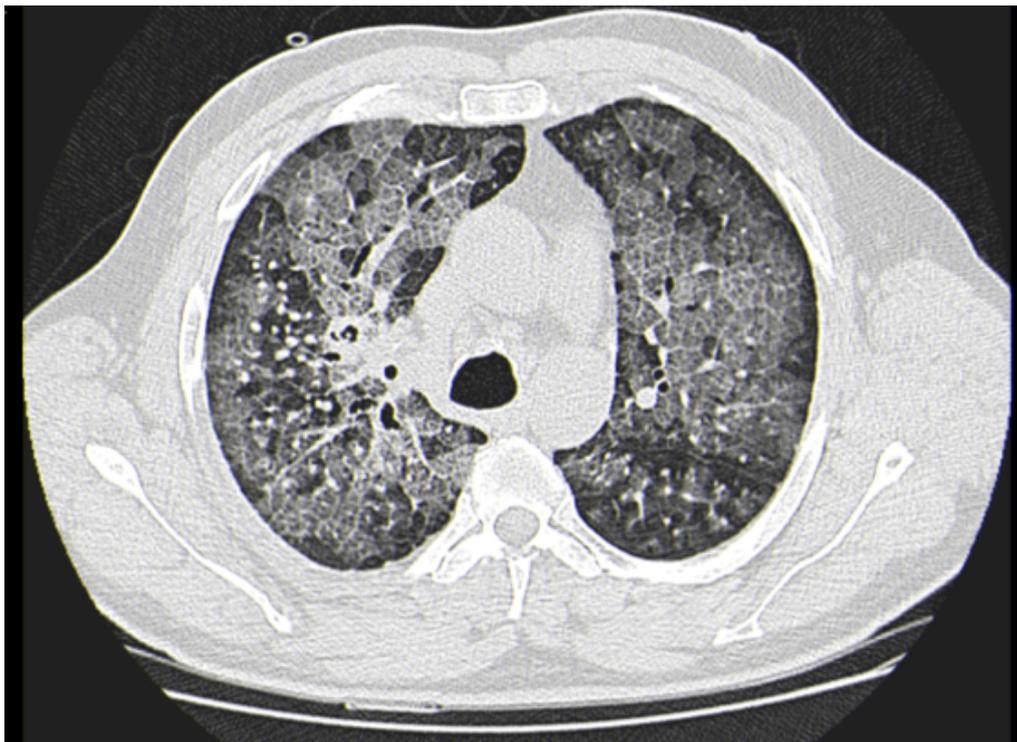
20 days after admission and was advised to change his job. The patient remains asymptomatic ever since.

The authors present a case of alveolar silicoproteinosis with an atypical benign course and wish to raise awareness to the risks from silica exposure.

References

1. Santos C, Norte A, Fradinho F, Catarino A, Ferreira AJ, Loureiro M, *et al*. Silicose- Breve Revisão e Experiência de um Serviço de Pneumologia. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 2010 Jan, Vol XVI (1): 99-115.
2. Ordóñez-Gómez PL, Carrión-Valero F, Monclou-Garzón EL, Saravia-Flores MR. Silicoproteinosis pulmonar. Un caso com supervivência prolongada. *Rev Clin Esp* 2013;213:e5-8
3. Sahoo D, Jackson E, Banga A, Yadav R, Farver C, Mehta A. Silicoproteinosis and Secondary Pulmonary Alveolar Proteinosis From Silica: Are They a Spectrum of the Same Disease. *CHEST Journal*. 2013 Oct, Vol 144 (4): 658A.

Figure 1. High-resolution tomography scans: diffuse small nodules with a crazy-paving pattern



Chronic pulmonary histoplasmosis in Portugal: a case report

João Parreira, Madalena Reis, José Silva, Luís Ferreira

Serviço de Pneumologia; Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE; Guarda, Portugal

Abstract

Pulmonary histoplasmosis is a rare disease in Europe caused by *Histoplasma capsulatum*, a dimorphic fungus present in the soil contaminated with excrements of birds and bats. There are two varieties, variety *capsulatum* endemic of American continent and variety *duboisii* endemic of African continent. All cases in Europe were imported. In this article, we present a case of chronic pulmonary histoplasmosis, a rare presentation of histoplasmosis in an immunocompetent man several years after he has lived in an endemic region of Africa. He complained of fatigue and dyspnea in the last two years. In computed tomography of the chest, it was verified multiple and bilateral focus of densification with peribronchovascular distribution. Transthoracic lung biopsy was then requested, whose pathological anatomy revealed epithelioid granulomas infected by yeast from *Histoplasma capsulatum*.

Palabras clave: *Histoplasma capsulatum*. Histoplasmosis pulmonar. Histoplasmosis pulmonar crónica.

Keywords: *Histoplasma capsulatum*. Pulmonary histoplasmosis. Chronic pulmonary histoplasmosis-

Introduction

Pulmonary histoplasmosis is a rare disease in Europe¹, caused by *Histoplasma capsulatum*, a dimorphic fungus. It has two varieties (*var.*), *Histoplasma capsulatum var. capsulatum* endemic of American Continent and *Histoplasma capsulatum var. duboisii* endemic of African Continent².

The *var. capsulatum* has as its natural reservoir the soil contaminated by bat or bird droppings². The infection occurs by the inhalation of spores of contaminated places, however, it does not always lead to the development of the disease since the most cases are asymptomatic or have only mild symptoms³. The most serious forms of disease are rare in immunocompetent, but are serious in immunosuppressed patients, mainly those infected by the virus of acquired human immunodeficiency³.

The *var. duboisii* has as its natural reservoir the soil and its mode of transmission is less known⁴. It is thought to occur directly through trauma, leading to skin, soft tissue or bone infections⁵. Rarely, dissemination occurs and the latency period is prolonged⁶. Some cases of illness are described many years after exposure⁷, especially in patients who have been in the military or who have lived/worked in endemic areas.

The disease may assume three major forms⁸, namely acute pulmonary histoplasmosis, chronic pulmonary histoplasmosis and progressive disseminated histoplasmosis.

In this article, the authors describe a case of chronic pulmonary histoplasmosis in a Portuguese man, more than 40 years after having lived in an endemic zone in Africa.

Case Report

A 73-year-old Caucasian man was admitted to the Pneumology Service in March 2013 from the outpatient clinic of Pulmonology for aggravation of exertional dyspnea and marked weight loss, namely 10 kg in the last 5 months. He was a non-smoker, born in Lisbon, retired from welder and resident in Guarda. Of the personal

antecedents, he had typhoid fever at 7 years old, malaria at 27 years old, sequelae of upper limb trauma, non-insulin dependent type 2 diabetes mellitus, hypertension, dyslipidemia and benign prostatic hyperplasia. Usually medicated with metformin, losartan/hydrochlorothiazide, simvastatin, omeprazole and finasteride. He reported regular contact with chickens and past contact with pigeons and bats in the 10 years that he lived in Guinea-Bissau. He complained of fatigue and dyspnea (modified Medical Research Council grade 4) with about 2 years of evolution and had performed several exams but not conclusive. He was eupneic at rest with O₂ saturation of 90%, afebrile, emaciated aspect, without palpable adenopathies. Pulmonary auscultation with disperse crepitations in both lung fields and rhythmic cardiac auscultation, with degree III / VI holosystolic murmur.

Analytically, it had mild leukocytosis (11.910/ μ l) with neutrophilia of 84.4%, hemoglobin of 12.5g/dl, glucose of 132mg/dl, sedimentation rate of 94mm/h, C-reactive protein of 5.30mg/dl, autoimmunity with anti-mitochondrial antibodies on the order of 160 (N <80) with the remaining study negative. Serologies for HIV 1 and 2 were negative. The chest radiograph showed a bilateral reticular pattern and pseudo-nodular infiltrates at the upper third of both lung fields and the lower right third.

The pulmonary function tests revealed mixed ventilatory syndrome with FEV₁ of 62% and TLC of 75% (Table 1). The arterial blood gas analyses revealed partial respiratory failure with PaO₂ of 54.1mmHg.

Computed tomography of the chest showed bilateral traction bronchiectasis at the level of the lower lobes. Thickening of the bronchial walls and densification of the bronchovascular sheaths bilaterally associated with multiple foci of densification with bilateral peribronchovascular distribution. There was mediastinal ganglia at the aorto-pulmonary window with a maximum diameter of 12 mm. Common pulmonary artery trunk with 34mm and presence of cardiomegaly (Figure 1).

Correspondencia: joaodavidparreira@gmail.com

Cómo citar este artículo: Parreira J, Reis M, Silva J, Ferreira L

Chronic pulmonary histoplasmosis in Portugal: a case report. Galicia Clin 2019; 80 (4): 77-79

Recibido: 03/11/2018; Aceptado: 26/11/2018 // <http://doi.org/10.22546/54/1803>

Table 1. Pulmonary function tests

	Ref	Pre meas	Pre/Ref (%)	Post meas	Post/Ref (%)	Chg
FVC (L)	3.54	2.56	72	2.59	73	1
FEV1 (L)	2.70	1.67	62	1.71	63	2
FEV1/FVC (%)	74	65		66		
FEF 75/25 (L/s)	2.86	0.85	30	0.92	32	7
TLC (L)	2.61	4.86	75			
RV (L)	2.60	2.18	84			
RV/TLC (%)	42	45	107			

Bronchofibroscopy revealed signs of extrinsic compression at the right lateral wall of the trachea and distortion of the right basal pyramid with slit bronchi. The bronchial aspirate revealed commensal flora, with direct, cultural examination and DNA research negative for *Mycobacterium tuberculosis*. The cytology of the aspirate showed little inflammatory infiltrate, without necrosis, giant cells and/or neoplastic cells.

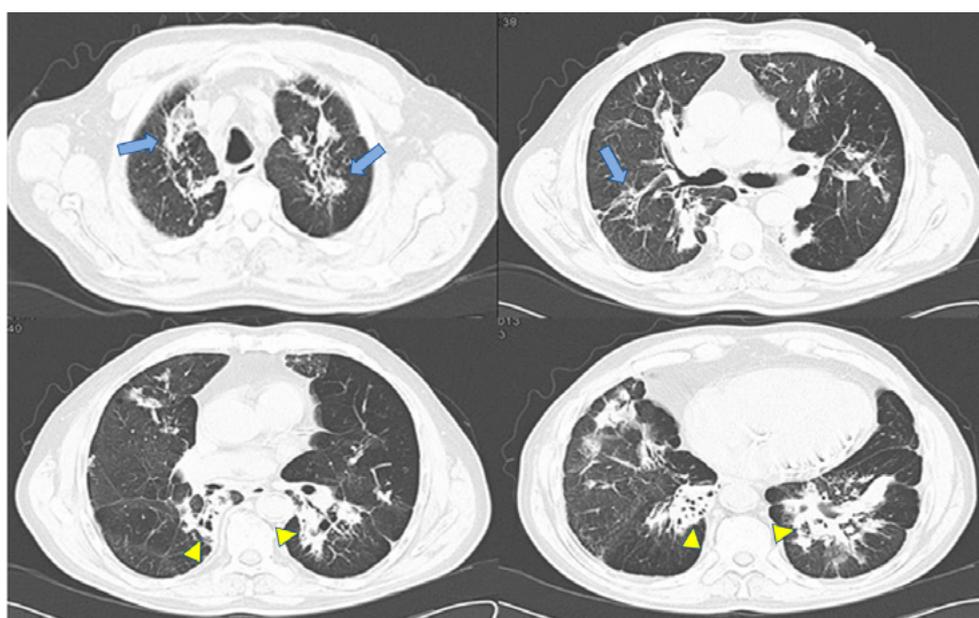
To exclude neoplastic disease, the patient underwent mediastinoscopy, whose histology of the mediastinal ganglia revealed maintenance of the usual morphology with lymphoid follicles with active germinative centers and retention of anthracosis pigments, therefore, without relevant alterations. Subsequently, the patient was then sent for surgical lung biopsy, performed on the upper and lower right lobe. Histology demonstrated inflammatory tissue replacing the pulmonary parenchyma, consisting of fibroblast proliferation with lymphoplasmacytic overlap and lymphoid

tissue hyperplasia, with dispersed epithelioid granulomas whose Langhans-type multinucleated giant cells contain rounded fungal structures in the cytoplasm, identified by Periodic Acid–Schiff that demonstrate double wall. Focally there are neutrophilic microabscesses. Pulmonary nodules were scattered throughout the pulmonary parenchyma, with a subpleural localization and adjacent lymphatic ganglion formation, with epithelioid granulomas infected by fungal structures with morphology compatible with histoplasma capsulatum (Figure 2).

Although it was not possible to identify the histoplasma variety, it was presumed to be the duboisii variety, considering the residence in an endemic zone in Africa.

The patient started itraconazole 200mg bid in May 2013, with progressive clinical improvement, with treatment discontinued after completing 10 months of treatment because of gastric intolerance.

Figure 1. Computed tomography showing multiple densification foci with bilateral peribroncovascular distribution (arrows) and traction bronchiectasis in the lower lobes (arrowheads).



Discussion

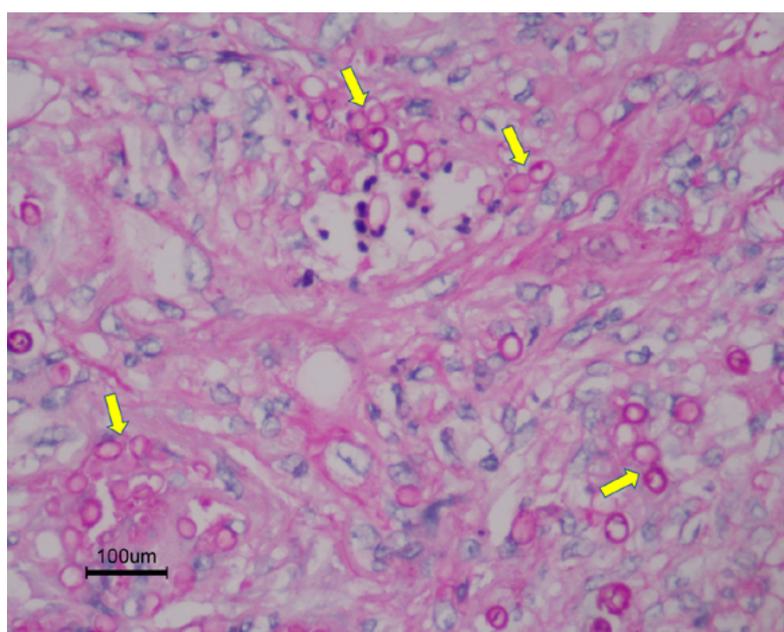
Pulmonary histoplasmosis is a rare disease in Portugal, with cases identified related to travel and/or residence in endemic areas. In this case there was a long latency period, which made diagnosis even more difficult, requiring a complete history of the places where the patient traveled and/or resided. Considering the characteristics of the lesions, the differential diagnosis with pulmonary tuberculosis and neoplastic/lymphoproliferative disease is recommended in these cases.

Regarding treatment, there are no specific guidelines for the treatment of *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii* infection, being the treatment based on the recommendations for *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum*. Given the limited number of cases described in the literature, more data are needed on epidemiology and especially on its evolution and effective treatment.

Bibliography

1. Nyffenegger L, Abbas M, Gex G, Boffi E, Schrenzel J, Bouchuiguir-Wafa K, Hirschel B.; Imported cases of histoplasmosis; Rev Med Suisse. 2009 Nov 25; 5(227):2418-23.
2. Bonifaz A, Vázquez-González D, Perusquía-Ortiz AM. Endemic systemic mycoses: coccidioidomycosis, histoplasmosis, paracoccidioidomycosis and blastomycosis. J Dtsch Dermatol Ges. 2011; 9(9):705-14.
3. Kauffman CA. Histoplasmosis: a clinical and laboratory update. Clin Microbiol Rev. 2007;20(1):115-32. Review. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1797635/
4. Loulergue P, Bastides F, Baudouin V, et al. Literature review and case histories of *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii* infections in HIV-infected patients. Emerg Infect Dis. 2007 Nov;13(11):1647-52. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3375808/
5. Antinori S. *Histoplasma capsulatum*: more widespread than previously thought. Am J Trop Med Hyg. 2014;90(6):982-3. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4047757/
6. R. Sabino, C. Veríssimo, J. Brandão, C. Martins, D. Alves, C. Pais et D. W. Denning; Serious fungal infections in Portugal, Eur J Clin Microbiol Infect Dis, December 2016.
7. Toscano V, Batista J, Carvalho R, et al. Imported african histoplasmosis by *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii* in an HIV-2 infected patient. 6th Trends in Medical Mycology, Copenhagen, 2013. Poster. <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1813>.
8. Akram SM, Koirala J. Histoplasmosis. [Updated 2017 Oct 9]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448185/>.

Figure 2. Pulmonary biopsy showing *Histoplasma capsulatum* yeasts (arrows), H&E stain, courtesy of the Service of Pathological Anatomy of Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



Sangrado hepático agudo en paciente tratado con apixabán

Acute hepatic bleeding in a patient treated with apixaban

Ignacio Ramil Freán, Maria Vares Gonzalez, Joaquín Serrano Arreba

Unidad de Enlace Medicina Interna - Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña.

Resumen

Paciente de 84 años tratado con acenocumarol por fibrilación auricular crónica. Presenta hace un mes episodio compatible con ictus isquémico cardioembólico decidiéndose cambio de tratamiento anticoagulante a Apixabán. Tras tres semanas, acude de nuevo a Urgencias por dolor agudo en hipocondrio derecho y anemia severa no evidente con anterioridad.

Palabras clave: Sangrado. Hepático. Anticoagulante. Apixaban.

Keywords: Bleeding. Liver. Anticoagulant. Apixaban.

Caso clínico

Paciente de 84 años, con antecedente de Fibrilación auricular crónica anticoagulada con Acenocumarol desde hace tres años. Consulta al servicio de Urgencias hace un mes por cuadro de afasia motora recuperada, con Tc craneal que no identifica lesiones agudas. Dada la mejoría clínica y la resolución del cuadro, se interpreta como probable accidente isquémico transitorio (AIT) en el contexto arritmico descrito, optándose por cambio a Apixabán 5mg dos veces al día. Tres semanas más tarde, inicia cuadro agudo de dolor en hipocondrio derecho, punzante y que se incrementa con los movimientos y la tos. Dada su escasa mejoría con tratamiento analgésico en domicilio, decide acudir nuevamente al servicio de Urgencias 4 días más tarde. Tras una primera valoración, el paciente se encontraba hemodinamicamente estable, con buen aspecto general y sin datos de compromiso respiratorio. Se evidencia Fibrilación auricular conocida a 101 latidos por minuto y derrame pleural derecho no evidenciado en estudios anteriores. Se solicitan análisis urgentes que evidencian elevación del D-dímero de 2468 FEU y cifra de hemoglobina de 10.3g/dl. con discreta leucocitosis de 10890 cel/ml. Con vistas a descartar posible tromboembolismo pulmonar, se solicita angioTc de arterias pulmonares que no evidencia datos de trombosis. Como hallazgo se visualiza derrame pleural derecho junto con varias lesiones hepáticas no claramente definidas por las características del estudio, en posible contexto de enfermedad metastásica no conocida o infecciosa a dicho nivel. Con la sospecha de posible enfermedad neoplásica de base, se decide ingreso para completar estudios.

Tras admisión en nuestra unidad, se analiza el liquido pleural tras toracocentesis, con características bioquímicas compatibles con exudado inflamatorio por criterios de Light. La citología y los cultivos del liquido fueron negativos. Tras obtener los resultados de los análisis generales, se objetiva anemia significativa con respecto a sus cifras de hemoglobina basal, evidenciándose caída de 3g/dl. Se solicita Tc tóraco-abdomino-pélvico urgente en el que se visualizan grandes colecciones subcapsulares hepáticas en segmentos III, VI, VII y VIII, de alta densidad en muy probable relación con grandes hematomas sin datos de sangrado activo en el momento del estudio. Se asume que las lesiones inicialmente objetivadas en la angioTc pulmonar eran secundarias al sangrado, así como la probable etiología reactiva del derrame pleural ipsilateral. Se decide la suspensión del tratamiento anticoagulante, transfusión de hematíes junto con seriación de hemogramas. El paciente únicamente refería discreta astenia y molestias vagas en hipocondrio derecho. De forma pro-

gresiva durante su estancia en nuestra unidad, el paciente presentó recuperación posterior progresiva en sus cifras de hemoglobina, estables al alta en 8,7g/dl. Previa a la misma, se realizo Tc de control que no identifica cambios sobre lesiones previas en cantidad pero si en densidad, en probable relación con hematomas en resolución. El paciente es dado de alta con suplementación de hierro oral y control analítico y de imagen en próximas semanas. Se procede a suspensión de tratamiento anticoagulante de forma temporal (CHA2DS2-VASc: 5) y revisión en consultas externas. Tras 1 mes del alta, el paciente presenta recuperación funcional progresiva, con cifra de hemoglobina de control de 11,3g/dl, con resto de hemograma y bioquímica sin alteraciones relevantes. Tras realizarse Tc de control tras casi 40 días del inicio del cuadro, se comprueba reducción del hematoma decidiéndose reinicio de anticoagulación a dosis subterapéuticas con Enoxaparina 100mg diarios sc para un peso aproximado de 80kg.

Discusión

Los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) han mostrado una relación beneficio-riesgo positiva y una menor tendencia hemorrágica (especialmente en el caso de hemorragias intracraneales [HIC]) que los antagonistas de la vitamina K (AVK). Su vida media relativamente corta (entre 11 y 17 horas en pacientes con función renal conservada) puede ser una ventaja en caso de hemorragia, al disminuir rápidamente su acción anticoagulante entre las 12-24 horas tras su administración^{1,2}. Actualmente, se están desarrollando diversos antídotos específicos para los ACOD, con el objetivo de revertir la actividad anticoagulante y restablecer una adecuada hemostasia en caso de hemorragia grave o necesidad de realizar procedimientos invasivos de urgencia. Destacar el Idarucizumab (Boehringer Ingelheim), Andexanet alfa (Portola Pharmaceuticals) y Ciraparantag (anteriormente Aripazina). En función del tipo de tratamiento anticoagulante y su mecanismo de acción, se establecerán como medidas iniciales el soporte hemodinámico y tratamiento médico específico dirigido, con vistas a intentar revertir su efecto. Se reservara la actitud intervencionista vascular o laparotomía quirúrgica para los casos mas graves que comprometan de Urgencia la vida del paciente.⁶

Figura 1. TAC abdominal en el momento del ingreso



Figura 2. TAC abdominal de control



Aproximadamente el 90% de los casos de hemoperitoneo descritos son secundarios a traumatismos abdominales en el contexto de ruptura de hepática o esplénica. Tras esta, las complicaciones ginecológicas como el embarazo ectópico le siguen en incidencia. El hemoperitoneo espontáneo de origen no traumático es una patología muy poco frecuente, descrita principalmente en pacientes con patología aneurismática congénita (principalmente de la arteria esplénica) ó asociada a diálisis peritoneal crónica. En casos excepcionales, el hemoperitoneo se presenta espontáneamente como resultado de alteraciones en la coagulación como la hemofilia o el uso de terapias anticoagulantes con una incidencia descrita que va del 0,6 al 6,6% de los sangrados a dicho nivel⁶.

En nuestro caso, el paciente tuvo una evolución favorable tras suspensión del fármaco y transfusiones sanguíneas, encontrándose en todo momento estable hemodinámicamente y sin datos de sangrado activo tras medida efectuada. Por el momento solo definimos el tratamiento con Apixabán como único factor de riesgo para la misma. Dicha situación nos obliga a continuar con un seguimiento estrecho en consultas externas con hemogramas y Tc de control, junto con dosis subóptimas de Enoxaparina como estrategia antitrombótica. En la actualidad y tras 2 años de seguimiento en consulta externa, no ha vuelto a presentar complicaciones del proceso ni nuevos episodios de sangrado, continuando tratamiento con Enoxaparina 10,000UI diarias. En Tc de control realizado al año de su ingreso, presenta resolución de las lesiones hepáticas y del derrame pleural, no presentando anemia durante todo el seguimiento.

Bibliografía

1. Antonio Gomez-Outes, Ramón Lecumberri Antídotos de los nuevos anticoagulantes orales: realidad y expectativas. *Med Clin* 2016;146:488-90
2. A. Gómez-Outes, M.L. Suárez-Gea, R. Lecumberri, A.I. Terleira-Fernández, E. Vargas-Castrillón. Direct-acting oral anticoagulants: Pharmacology, indications, management, and future perspectives. *Eur J Haematol* 2015; 95:389-404
3. Esmer-Sánchez D, Álvarez-Tostado-Fernández F, Carmona-Sánchez R, Alfaro-Sousa A. Hemoperitoneo espontáneo idiopático. *Rev Gastroenterol Mex* 2009; 74:242-245.
4. Bataille L, Baillieux J, Remy P, Gustin RM, Denié C. Spontaneous rupture of omental varices: an uncommon cause of hypovolemic shock in cirrosis. *Acta Gastroenterol Belg.* 2004;67:351—4.
5. Puche P, Jacquet E, Jaber S, Carabalona JP. Spontaneous haemoperitoneum due to ruptured intra-abdominal varix with cirrosis: report of two cases. *J Chir (Paris).* 2007;144:157—9.
6. Chan Y, Morales J, Reidy J, Taylor P. Management of spontaneous and iatrogenic retroperitoneal haemorrhage: conservative management, endovascular intervention or open surgery? *Int J Clin Pract.* 2008;62(10): 1604-1613.

Enfisema subcutáneo

Subcutaneous emphysema

El enfisema subcutáneo se presenta cuando el aire penetra dentro de los tejidos bajo la piel.¹ La localización más frecuente es en la pared torácica o el cuello. A la palpación el enfisema subcutáneo produce una sensación de crujido denominado crepitación. Las complicaciones enfisematosas de la manipulación odontológica se producen en la mayoría de los casos después de extracción dental y una minoría de ellos sucede después de una terapia de endodoncia o tratamiento periodontal.²

Se presenta el caso de una paciente de 65 años, que después de un procedimiento de endodoncia, tras inyección de anestesia local (mepivacaina 2%) comienza de forma inmediata a presentar tumefacción en hemicara derecha y región supraclavicular derecha. No presentaba alergias conocidas a ninguno de los productos empleados. No se acompañaba de odinofagia, dolor torácico ni dificultad respiratoria, manteniendo una saturación de O₂ del 99%. En la asistencia inicial en el Centro de Salud se pautó hidrocortisona y dexclorfeniramina por vía endovenosa. Se remite al Servicio de Urgencias Hospitalarias para valoración. Las radiografías de tórax y cuello muestran signos de enfisema subcutáneo. No se aprecian alteraciones pleuroparenquimatosas. La evolución fue favorable.

Según la bibliografía revisada, la mayor parte de los casos relacionados con intervenciones dentales tiene el origen en la introducción de aire hacia los espacios sublinguales y submandibulares. En el caso descrito, al insuflar aire y agua a través de los tejidos blandos por el uso de turbinas de alta velocidad, el aire llegó a los espacios aponeuróticos. Dependiendo de la profundidad, pueden desencadenar un neumomediastino. Es una patología poco común y muy alarmante. El diagnóstico diferencial se hace con patologías que producen aumento de volumen, como hematoma, reacción alérgica y angioedema. Dada la contigüidad de los planos faciales del cuello y del tórax, es posible la aparición de enfisema mediastínico. La presencia de dolor tanto en el tórax como en la espalda, sugeriría la presencia de este tipo de enfisema, siendo necesaria una radiografía de tórax para confirmar el diagnóstico³. La mayoría de los casos de enfisema subcutáneo inician su resolución al cabo de 2 a 3 días. El paciente debe evitar el aumento de la presión intraoral, como el sonarse la nariz vigorosamente o tocar instrumentos musicales de viento, lo cual podría introducir más aire. El número de casos de enfisema ha ido en aumento en los últimos años. Es fundamental la trascendencia en el manejo de instrumentos con aire a presión en cavidades subgingivales y se ha de realizar la asepsia adecuada, debido a que el trauma causado en los tejidos periodontales puede favorecer el ingreso de aire y aparición de infecciones.

Bibliografía

1. Kaufman E; Leviner E; Galli D; Garfunkl AA. Subcutaneous air emphysema - A rare condition. *J Oral Med* 1984; 39:47-50.
2. Heyman, Samuel N; Babayof, Itai. Emphysematous complications in dentistry, 1960-1993: An illustrative case and review of the literature.
3. Salib, R. J; Valentine, P; Akhtar, S. Surgical emphysema following dental treatment. *The Journal of Laryngology and Otology* 1999;113: 756-8.

Abstract

Subcutaneous emphysema can appear when air infiltrates under subcutaneous tissues. The most common locations are the thoracic wall and the neck. Upon palpation crepitation can be heard. These complications occur mostly after dental extractions or repairs, in a smaller number of cases after endodontic therapies or periodontal treatments

Fig. 1 (izquierda). Edema en hemicara derecha, con llamativo edema palpebral unilateral. Figura 2 (derecha). Edema en hemicara derecha



Figura 3. Rx lateral de cuello que muestra enfisema subcutáneo



Figura 4. Rx de tórax. Enfisema subcutáneo en zona supraclavicular derecha.



Diagnóstico

Enfisema subcutáneo tras manipulación odontológica

Joana Pires-Acevedo, Cristina Margusino Framiñán.

Centro de Saude Xinzo de Limia.

Xerencia de Xestión Integrada de Ourense.

Correspondencia: cristina.margusino.framinan@sergas.es

Cómo citar este artículo: Pires-Acevedo J, Margusino Framiñán C

Enfisema subcutáneo. *Galicía Clin* 2019; 80 (4): 82

Recibido: 8/11/2018; Aceptado: 09/11/2018 // <http://doi.org/10.22546/54/1811>

Megacolon tóxico

Toxic megacolon

Caso clínico

Mujer de 64 años, con antecedentes de paraplejia postraumática e infecciones urinarias de repetición, a tratamiento con fosfomicina. Consulta por cuadro de 3 días de evolución de fiebre y clínica miccional. A su llegada, presenta disnea, taquicardia e hipotensión. A la exploración destaca abdomen distendido y timpanizado, sin ruidos hidroaéreos. Se realiza tomografía computerizada abdominal, que muestra distensión severa de recto-sigma, con engrosamiento de pared (Fig.1, Fig.2). Se indica intervención quirúrgica, objetivándose dolicosigma, de 12cm de diámetro, con engrosamiento parietal, sin signos de isquemia, y líquido libre turbio (Fig.3). Se realiza Hartmann. La anatomía patológica describe cambios histopatológicos compatibles con colitis pseudomembranosa (Fig.4).

Bibliografía

1. Martin JS, Monaghan TM, Wilcox MH. Clostridium difficile infection: epidemiology, diagnosis and understanding transmission. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016;13(4):206-16.
2. Kazanowski M, Smolarek S, Kinnarney F, Grzebieniak Z. Clostridium difficile: epidemiology, diagnostic and therapeutic possibilities-a systematic review. *Tech Coloproctol*. 2014;18(3):223-32.
3. Ausch C, Madoff RD, Gnant M, Rosen HR, Garcia-Aguilar J, Hölbling N. Aetiology and surgical management of toxic megacolon. *Colorectal Dis*. 2006;8(3):195-201.
4. Imbricco M, Balthazar EJ. Toxic megacolon: role of CT in evaluation and detection of complications. *Clin Imaging*. 2001;25(5):349-54.

Diagnóstico

Colitis pseudomembranosa.

Megacolon tóxico

Alicia Alvarelos-Pérez¹, Lidia Domínguez-Goyanes²

¹Servizo de Cirurxía Xeral e do Aparello Dixestivo.

²Servizo de Aparello Dixestivo.

Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP).

Correspondencia: aliciaalvarelos@gmail.com

Cómo citar este artículo: Alvarelos-Pérez A, Domínguez-Goyanes L. Megacolon tóxico. *Galicia Clin* 2019; 80 (4): 83

Recibido: 20/09/2018; Aceptado: 30/09/2018 // <http://doi.org/10.22546/54/1779>

Fig.1 y Fig.2. Tomografía computerizada abdominal corte coronal y axial: Distensión severa de recto-sigma con engrosamiento de pared.

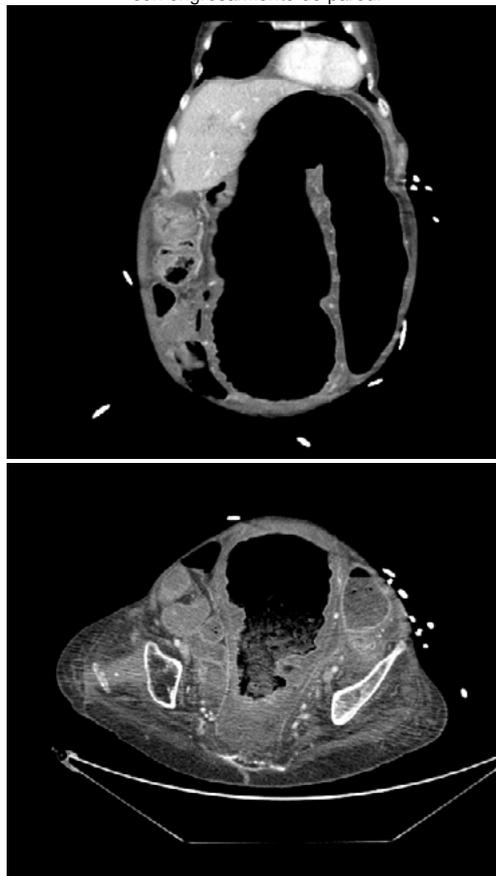


Fig.3. Pieza quirúrgica: Dolicosigma.



Fig.4. Anatomía patológica: Colitis pseudomembranosa.



XXXVI Reunión Anual de la Sociedad Gallega de Medicina Interna

Comunicaciones

COMUNICACIONES ORALES

TENDENCIAS SECULARES EN HOSPITALIZACIONES POR EMBOLISMO PULMONAR EN GALICIA (2000-2015). COSTES ASOCIADOS Y ESTIMACIONES A 15 AÑOS.

Montes-Santiago Julio (1), Cabaleiro Loureiro Andrea (1), Rodríguez Ferreira Lorena (1), Gloria Rey-García Gloria (2).

Medicina Interna (1). Documentación clínica (2). Complejo Hospitalario Universitario. Vigo

INTRODUCCIÓN: El embolismo pulmonar (EP) constituye la 1ª causa de muerte hospitalaria evitable. Sus hospitalizaciones suponen altos costes.

2) Analizar las tendencias seculares de altas por EP (2000-2015) en Galicia, cuantificar sus costes y elaborar modelo de predicción de altas hasta 2030.

MATERIAL Y MÉTODO: Se utilizó el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta del Sistema Nacional de Salud (SNS) con datos referidos a Galicia (SERGAS) [Ministerio de Sanidad: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es>]. Se analizó código diagnóstico 415.X (CIE9MC, Enfermedad cardiopulmonar aguda) durante 2000-2015, en que EP figuraba como diagnóstico principal. Se obtuvieron tasas de hospitalización ajustadas por edad, demografía, principales servicios responsables -Medicina interna (MI), Neumología) y costes de hospitalización atribuidos a Galicia. Se elaboró una gráfica de previsión de altas para 2030.

RESULTADOS: Durante 2000-2015 se produjeron 3, 973970 altas (SERGAS). Tuvieron diagnóstico principal de EP 17005 (0, 43%). Su análisis mostró [media de periodo e (incremento entre ambos años): N° altas: 1063 (771 a 1418, +84%); mujeres: 58, 1% (+3, 6%); >74 años: 53, 4% (+11, 6); estancia media: 11, 0 días (-4, 1); exitus: 8, 7% (+0, 5). Altas en MI (2005-2015): 54, 7% (+0, 7); Neumología: 32, 8% (+1, 3). En 2015 las tasas de hospitalización ajustadas (incremento 2000-2015) fueron 25, 7 (+7, 6%) (Galicia) y 23, 5 (+9, 3%) (España). En 2015 ocasionaron costes de 6, 6 M€ (SERGAS) [9, 9 M€, considerando también diagnósticos 2º de EP (659 altas)] y 76, 9 M€ (SNS). Se estudió tendencia secular de altas, observándose que una curva de regresión lineal fue la de mejor ajuste [R2=0, 883] y se realizó predicción hasta 2030, estimándose en 2200 altas anuales.

CONCLUSIONES: Se observa tendencia creciente en altas por EP en Galicia en el presente siglo. Su mortalidad no ha disminuido, principalmente por la mayor edad y su coste se incrementó en 2, 5 veces. En 2030 serán más de 2000 las hospitalizaciones anuales.

MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA COMPLICADA CON EMBOLIA PULMONAR EN ESPAÑA

Montes-Santiago Julio, Crespo Cabaleiro Andrea, Rodríguez Ferreira Lorena, Rey-García Gloria (2).

(1) Medicina interna. (2) Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Universitario. Vigo

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardíaca (IC) es un factor de riesgo conocido para embolia pulmonar (EP) y la EP es un factor de riesgo para la muerte en pacientes con IC. Sin embargo, existen escasos datos sobre su coexistencia.

OBJETIVOS: Se examinó la presencia de la EP como diagnóstico 2º en pacientes dados de alta por IC en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en España.

MATERIAL Y MÉTODO: Métodos: El nº de pacientes con EP como diagnóstico 2º en altas con diagnóstico principal de IC (considerado como causante del ingreso actual) (IC/PE+) se obtuvo a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta (CMBD) del SNS. El código para pacientes con EP fue 415.X (CIE9MC). Se utilizaron los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) 127 y 544 para IC. Se realizó un análisis pormenorizado de los datos epidemiológicos para la base completa de datos en 2006 y referido a incidencia y mortalidad para el resto de años.

RESULTADOS: En 2006 hubo 86149 altas con IC en >35 años [478 IC/PE+, 85671 ICH/PE- (Incidencia de IC/EP+: 0, 55%), reduciéndose en años sucesivos (2000: 0, 58%; 2014: 0, 41%). El riesgo relativo de muerte en IC/EP+ comparado con IC/EP- fue de 2, 8 (IC95%: 2, 5-3, 2). Estudios en años previos y sucesivos mostraron resultados similares (2000: 3, 0; 2003: 2, 9; 2009: 2, 9; 2011: 2, 9; 2014: 2, 2). No se observaron diferencias epidemiológicas entre pacientes con IC/PE+ e IC/PE- y el incremento en mortalidad en IC/PE+ fue independiente de otras comorbilidades asociadas, representadas en el índice de Charlson. También se observó exceso de costes en 2006 en pacientes con IC/PE+ (800 € respecto a IC/PE-).

CONCLUSIONES: En todos los años analizados se observó una mortalidad 2-3 veces superior en pacientes hospitalizados con IC/PE+ con respecto a aquellos con IC/PE-. También hubo aumento de costes hospitalarios. Un adecuada identificación de la coexistencia de ambas entidades y medidas adecuadas de tromboprofilaxis deben ser implementadas para evitar esta morbilidad excesiva.

DEFUNCIONES POR MANIFESTACIONES CRÓNICAS DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN GALICIA EN EL SIGLO XXI: TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA AÚN NO CONSUMADA. PROYECCIÓN PARA 2030 DE DEMENCIA, INSUFICIENCIA CARDIACA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Montes-Santiago Julio (1), Cabaleiro Loureiro Andrea (1), Rodríguez Ferreira Lorena (1), Rey-García Gloria (2).

(1) Medicina interna. (2) Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Universitario. Vigo

INTRODUCCIÓN: La mejoría en el manejo de enfermedades cardiovasculares (ECV) ocasiona desde fines del siglo XX en países occidentales una transición epidemiológica consistente en que la mortalidad por manifestaciones crónicas y de estado final como demencia -comprendiendo Alzheimer y otras demencias-, insuficiencia cardíaca (IC) y enfermedad renal crónica (ERC) es más frecuente que la de otras más agudas como cardiopatía isquémica (CI) y accidente cerebrovascular agudo (ACV).

OBJETIVOS: Analizar tendencias de mortalidad por ECV en Galicia a fin de determinar su perfil epidemiológico en el siglo XXI y realizar previsiones evolutivas hasta 2030.

MÉTODOS: Análisis de: 1. Defunciones por causa de muerte 2000-2017 en: A)INE (2019): para 2017. B)Ministerio de Sanidad: 2000-2016 (codificadas según CIE-10). 2. Gráficos de predicción visual para 2030 mediante a) Línea de tendencia exponencial (función mejor ajustada a previsiones de mortalidad por todas las causas) b) Función "Pronóstico. Lineal" (herramienta incorporada en hoja Excel 2016, que usa regresión lineal como método predictivo).

RESULTADOS: En 2017 las ECV constituyen la 1ª causa de muerte en Galicia (9677/31962; 30, 1%); Aún no ha ocurrido la transición pues las muertes por CI (2270) y ACV (2179) superan las de demencia (2041), IC (1578) o ERC (446). Sin embargo, en España las muertes por demencia (36203) superan las de CI (32325) y ACV (26937).

En s. XXI las defunciones por demencia en Galicia aumentan 151% frente a CI (-22%), ACV (-37%) o IC (-5%). Las defunciones por demencia en 2030 oscilan entre 6500 (exponencial; R2=0, 971)-7200 (Pronóstico. Lineal)). Se prevén 1286 defunciones por IC pero la predicción lineal/exponencial (R2=0, 225) resulta muy pobre. Se pronostican 600 defunciones por ERC pero la predicción lineal/exponencial (R2=0, 551) resulta pobre y, por tanto, poco fiable para IC o ERC.

CONCLUSIONES: Galicia, a diferencia del conjunto de España, aún no completó la transición epidemiológica pues las muertes por CI y ACV -aunque en retroceso- superan a demencia e IC. La muerte por demencia es la que más aumentó en siglo actual. Ello obliga a implementar actuaciones hacia tales formas crónicas de enfermedad.

USO DE RITUXIMAB EN UNA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS, ¿DEBEMOS TOMAR MEDIDAS PREVENTIVAS ANTES DE SU UTILIZACIÓN?

M Suarez, A Argibay, C Portela, O Lima, P Dieguez, L Rodríguez, B Maure, A. Rivera
Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y Trombosis, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, España.

INTRODUCCIÓN: El Rituximab (RTX) es un anti-CD20 usado para tratar enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) graves y refractarias a otros tratamientos. El objetivo fue analizar la efectividad y seguridad del RTX en nuestra unidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo en pacientes con EAS tratados al menos en una ocasión con RTX en un período de 3 años (2016-2018). Se evaluaron las características demográficas, clínicas y la aparición de eventos adversos (EA) atribuibles a RTX.

RESULTADOS: Incluimos a 22 pacientes (13 mujeres y 9 hombres) con una media de edad de 63±15 años diagnosticados: vasculitis ANCA positiva (31, 8%) y crioglobulinémica (18, 2%); anemia hemolítica autoinmune (13, 6%), LES (9, 1%), trombocitopenia autoinmune asociada a SAF (9, 1%) y un caso de: síndrome de Felty, enfermedad por IgG4, miopatía necrotizante y esclerosis sistémica. Las indicaciones para el uso de RTX fueron: afectación renal (36, 4%), hematológicas (27, 3%), afectación cutánea (13, 6%), neurológicas (9, 1%) y otras en un 13, 6%. RTX sólo fue usado como primera línea en un 18, 1%. Un 77, 3% de los pacientes presentó una respuesta completa, un 9, 1% una respuesta parcial y un 13, 7% no respondieron. Se describieron 14 EA (45, 5%), en 10 de los 22 pacientes tratados (ver tabla). Todos los pacientes con EA grave presentaban otros factores de inmunosupresión añadidos (2 habían recibido dosis altas de corticoides durante varios meses y 1 presentaba una desnutrición severa).

DISCUSIÓN: El uso de RTX en EAS es frecuente y está en aumento. En nuestra serie la efectividad de esta terapia fue buena con pocos EA graves (18, 2%). Destacamos por su gravedad la infección fúngica y la DSNi (EA poco frecuente).

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia el RTX se trata de un fármaco seguro. Sin embargo, sería recomendable un estudio cardiológico previo a su inicio y un seguimiento estrecho para realizar un diagnóstico precoz de las posibles complicaciones e incluso profilaxis antifúngica.

NEUMONITIS EOSINOFÍLICA POR DAPTOMICINA

R. Fernández González, M. D. Díaz López, A. M. Lorenzo Vizcaya, A. González Noya, D. Peña Benítez, L. Pérez Expósito, I. Izuzquiza Avanzini, L. Rodrigo Lara

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

INTRODUCCIÓN: La neumonía eosinofílica aguda (NEA) es una rara, pero severa patología que tiene lugar cuando se acumulan eosinófilos en el parénquima pulmonar. Una de las causas es el tratamiento con Daptomicina, un lipopéptido utilizado en infecciones por bacterias grampositivas

MÉTODOS: Revisión de los casos y revisiones publicados en literatura inglesa y española hasta el momento. Presentación de un caso.

RESULTADOS: El análisis de 52 casos. Más frecuente en varones (84%) con una edad media de 63 años. Media de inicio de los síntomas de 2.92 semanas desde el inicio del tratamiento. La indicación más frecuente de Daptomicina fue la osteomielitis seguida de la infección de material protésico. La dosis oscila entre 4-10mg/Kg/día. Los síntomas más frecuentes son la fiebre (67%) y la disnea (52%), seguidos de la tos (38%), el dolor pleurítico (8%) y la fatiga (6%). El signo más frecuente la eosinofilia periférica (84%) seguido de la elevación de PCR (29%). En el 100% de los casos se suspendió el tratamiento con Daptomicina y el 54% de los pacientes recibió corticoides. Un 27% requirió VMNI. No hay diferencias en la evolución entre los pacientes tratados o no con corticoides, pero es posible que ambos grupos no sean comparables, ya que dentro de los pacientes que requirieron VMNI (es decir, aquellos que estaban más graves) la mayoría recibieron corticoides, por lo que es probable que se asocie tratamiento con esteroides en los pacientes clínicamente más deteriorados.

CONCLUSIÓN: Entidad poco frecuente pero grave. Su incidencia está aumentando en los últimos años, paralelamente al aumento del uso de daptomicina. Es importante conocer este efecto adverso, ya que el diagnóstico requiere de la sospecha clínica, y para su resolución es imprescindible la suspensión del fármaco.

FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE SÍNDROME DE BURNOUT EN ESPECIALISTAS DE MEDICINA INTERNA GALLEGOS

C. Maciá-Rodríguez, D. Martín, J. Moreno, G. Ortiz, A. Montaña, C. Muñoz, M. López Reboiro, A. Gonzalez-Munera

HOSPITAL POVISA. GRUPO DE FORMACIÓN SEMI

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Burnout hace referencia a una situación de estrés crónico que se produce por el contacto continuo con los pacientes. Existen varias escalas para la cuantificación siendo la más validada la de Maslach Burnout Inventory.

OBJETIVOS: El objetivo del estudio es conocer el grado de Síndrome de Burnout presente en los especialistas de Medicina Interna de Galicia y qué factores se asocian con su desarrollo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó el cuestionario de Maslach y una encuesta sobre la situación laboral a los Especialistas de Medicina Interna de España; se difundió través del registro de correos electrónicos y de las redes sociales de la SEMI. Se realizó un estudio descriptivo de los especialistas que trabajan en Galicia así como un análisis univariante y multivariante para determinar qué factores de asocian con el desarrollo de Síndrome de Burnout.

RESULTADOS: Contestaron la encuesta 107 Médicos Especialistas en Medicina Interna gallegos, 57,9% mujeres, con una edad media de 42,2 años. Un 72,0% trabaja en un centro público, un 26,2% en uno privado y un 1,9% combinaba ambas actividades. Un 33,6% de los encuestados presenta Síndrome de Burnout.

El desarrollo de síndrome de Burnout se relacionó de forma significativa con la presencia de mal ambiente de trabajo, con no tener sensación de progresar y con haber tenido amenazas durante el desarrollo profesional. En el estudio multivariante se relacionó de forma independiente con la sensación de no poder progresar en el puesto de trabajo.

DISCUSIÓN: En estudios previos se ha observado una prevalencia de síndrome de Burnout de un 30-50%. Es importante identificar el problema y tomar las medidas pertinentes para evitar que dicha situación pueda interferir en la atención a los pacientes.

CONCLUSIONES: Un tercio de los especialistas de Medicina Interna de Galicia presentan Síndrome de Burnout y este se relacionó de forma independiente con la sensación de no poder progresar en el puesto de trabajo.

SITUACIÓN LABORAL DE LOS JÓVENES INTERNISTAS DE GALICIA

C. Maciá-Rodríguez, D. Martín, J. Moreno, G. Ortiz, A. Montaña, C. Muñoz, M. López Reboiro, A. Gonzalez-Munera

HOSPITAL POVISA. GRUPO DE FORMACIÓN SEMI

INTRODUCCIÓN: Se define Joven Internista aquel especialista con una edad inferior a 35 años.

OBJETIVOS: El objetivo del estudio es conocer la situación laboral de los Jóvenes Internistas de Galicia.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una encuesta a los Jóvenes Internistas de España sobre sus condiciones laborales, que se difundió través del registro de correos y de las redes sociales de la SEMI. Se realizó un estudio descriptivo de los especialistas que trabajan en Galicia.

RESULTADOS: Contestaron a la encuesta un total de 37 Jóvenes Internistas gallegos, un 70,3% mujeres. Un 21,6% tiene hijos y un 50% de estos no ha podido disfrutar el permiso por

maternidad/paternidad. El 81,1% no ha estado ningún mes en situación de desempleo. Un 74,9% ha firmado más de dos contratos en el último año, habiendo firmado más de 10 contratos un 22,2%. Un 43,2% tiene un contrato inferior a 3 meses y sólo 8 Jóvenes tienen un contrato indefinido, ninguno tiene una interinidad o una plaza fija. La mayoría trabaja en una planta de Hospitalización (48,6%); un 10,2% en Hospitalización a Domicilio y un 27,0% tiene un contrato de Guardias. Un 75,7% trabaja en un centro público. En cuanto al tamaño del hospital, los porcentajes de Jóvenes que trabajan en hospitales de tercer, segundo y primer nivel son similares (35,1%, 32,4% y 29,7% respectivamente). Un 48,6% está trabajando donde ha realizado la residencia. El 35,1% no ha tenido vacaciones remuneradas durante el último año. Un 27,0% sufre Síndrome de Burnout. Un 78,4% volvería a elegir Medicina Interna si pudiese retroceder en el tiempo, pero un 62,2% se ha planteado volver a presentarse al MIR, un 48,6% en irse a trabajar al extranjero y un 59,5% cambiar de profesión.

CONCLUSIÓN: A pesar de que nuestra especialidad tiene tasas muy bajas de desempleo, la mayoría de contratos de los Jóvenes son de corta duración. Más de la mitad de nuestros Jóvenes se hayan planteado cambiar de especialidad, de profesión o emigrar.

HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS INDETERMINADAS: RARO PERO EXISTE

Taboada Martínez C., Portela Pino C., Novo Vázquez I., Suárez Varela M., Maure Noya B., Argibay Filgueira A., Rivera Gallego A.

Hospital Álvaro Cunqueiro

INTRODUCCIÓN: las histiocitosis se deben a proliferación de células mononucleares-fagocíticas en distintos órganos. Por su complejidad, no existe una clasificación estándar. Son entidades diversas, la más reconocible es la histiocitosis de células de Langerhans (LCH). El resto, Histiocitosis no Langerhans (HNL), son más raras. Se presentan a cualquier edad, con afectación orgánica y pronósticos muy variables y se asocian a múltiples enfermedades. Se presenta, por el interés diagnóstico y baja frecuencia, un caso de HNL cutánea.

CASO: Mujer de 52 años, sin AP de interés, con lesiones papuloeritematosas en extremidades y tronco inferiores a 1 cm. En la biopsia se ve una proliferación de histiocitos y linfocitos en dermis. En la IHQ destacan CD68+ y CD1a y S100-. Se solicita autoinmunidad, proteinograma, un TAC tóraco-abdominal y PET de serie ósea, sin hallazgos relevantes. Se diagnostica de HNL con afectación cutánea. Se opta por vigilancia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Las HNL son histiocitosis muy infrecuentes. La biopsia es básica, jugando la IHQ un papel central. En nuestro caso, la 1ª opción Dx es una histiocitosis de células indeterminadas. Están descritos muy pocos casos, que se presentan con lesiones cutáneas asintomáticas y con IHQ inespecífica. Solamente existe un caso de afectación extracutánea y el curso es benigno. Una 2ª opción sería el Rosai-Dorfman cutáneo pero es poco probable por la ausencia del patrón IHQ característico y de adenopatías cervicales masivas e indoloras. Es necesario descartar afectación multiorgánica y la asociación a otras enfermedades (IgG4 entre otros). La inexistencia de estudios comparativos implica la no existencia de terapias estándar, utilizando desde tratamientos locales a diferentes regímenes de quimioterapia. En este caso se optó por vigilar sin tratar.

Las HNL son raras y desconocidas en muchos aspectos. Es necesario comunicar los casos y profundizar en el conocimiento de estas entidades y sus relaciones con otras enfermedades para poder establecer medidas terapéuticas.

ESTUDIO GAVIHEMIAS: "PREVALENCIA DE DISLIPEMIAS FAMILIARES EN POBLACIÓN CON INFECCIÓN POR VIH CON BUEN CONTROL INMUNOVIROLÓGICO"

Clavero, Fernández E.; Díaz, Díaz JL.; Mena, De Cea A.; Argüeso, Armesto R.; Pose, Reino A.; Suárez, Tembra M.; Castro, Iglesias A.

Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña

INTRODUCCIÓN: Los pacientes VIH presentan tasas más altas DL y una proporción de casos que debe a trastornos hereditarios con un patrón de herencia autosómico dominante (DFAD), como hipercolesterolemia familiar (HF), hiperlipidemia combinada familiar (HCF) o hipertrigliceridemia familiar (HTF). La historia natural de la DFAD está relacionada con el desarrollo de ECVAP. Hasta ahora, no se han publicado estudios sobre DFAD en población VIH+.

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de DL familiar en pacientes VIH+. Utilizamos la misma metodología que el estudio GALIPEMIAS desarrollado en la población general gallega para comparar nuestros resultados.

MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de corte transversal. Fase1: reclutamiento de una muestra de 248 pacientes VIH+; Fase2: revisión de historia clínica y analíticas entre 1990-2016 para el diagnóstico de DL (al menos un análisis con CT≥240mg/dl y/o TG≥200 y/o cLDL≥160 y/o cHDL<50 (mujeres) o<40 (hombres); Fase3: participación de familiares de primer grado de los dislipémicos, creación de árboles genealógicos y diagnóstico del tipo de DL por un comité de expertos.

RESULTADOS: 248 pacientes VIH+, 82% varones, edad media 49. El 35,5% SIDA, el 86% con <50cop/ml y el 94% con TAR (Figura1). Cumplieron alguno de los criterios de DL el 95% y solo el 15% recibían hipolipemiantes. Se observa 9,7%DM II, 36%HTA, 56% tabaquismo y 7% de eventos cardiovasculares. Predominó la arteriopatía periférica y el 47% fueron ECVAP. Todas estas prevalencias fueron superiores a las de la población general (Figuras 1-2)

Participaron el 83,8% de los familiares y en 161 se obtuvo información completa, diagnosticándose DL en 134 casos. De estos, el 84% fue DFAD (76%HCF, 7%HTF, 2%HF). Figura3.

CONCLUSIONES:

- La DL es el FRCC más prevalente en pacientes VIH controlados y está infra-diagnosticada e infra-tratada.

- La prevalencia de ECV también es superior y la mitad es ECVAP.

- Se observa DFAD en el 48% de los DL, predominando la HCF.

¿SIGUE HABIENDO SIGNOS PATOGNOMÓNICOS EN LA ÉPOCA DE LA SEMIOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA? REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Cristina Cores, Bernardo Sopena, Mayka Freire, Iago Carballo, Néstor Agra, Arturo González-Quintela

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: Signo patognomónico (SP) es el hallazgo clínico completamente específico de una determinada enfermedad. Históricamente han tenido gran relevancia. Actualmente muchos dudan de su importancia y son ignorados en las ediciones recientes de los tratados clásicos de medicina interna y exploración física. La semiología basada en la evidencia (SBE) intenta cuantificar la fiabilidad diagnóstica de cada uno de los signos obtenidos durante la exploración, en este contexto el SP posee un 100% de especificidad y por tanto la razón de probabilidad positiva para una determinada enfermedad es el infinito.

OBJETIVOS: Establecer, mediante una revisión sistemática de la literatura, si siguen existiendo signos patognomónicos y si están testados por la metodología de la SBE.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en tres bases de datos: Pubmed, Embase y Web of Science, de todo lo publicado hasta el 31/10/2018, sin restricción de tiempo de antigüedad ni idioma. Los términos empleados fueron "pathognomonic sign" en el texto completo. Se obtuvieron 546 artículos de los que se excluyeron los duplicados y se seleccionaron aquellos que hacían referencia a signos de la exploración física considerados por los autores de los trabajos como patognomónicos.

RESULTADOS: Se localizaron 95 SP que fueron clasificados en 4 grupos: signos adecuadamente testados según la normativa de la SBE (n=1); SP no testados pero que siguen vigentes con el paso del tiempo (n=26) (27%); signos clásicamente considerados patognomónicos pero no aceptados como tales en la actualidad (n=19) (20%) y artículos donde el término patognomónico estaba conceptualmente mal empleado (n=49) (52%). Los más relevantes se detallarán en la exposición.

CONCLUSIÓN: Los signos patognomónicos han sido escasamente testados por la SBE. Aunque muchos siguen vigentes, existe un notable desconocimiento de su significado y una confusión terminológica importante.

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

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

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL QUIRÓNSALUD A CORUÑA. (2) FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (3) SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL QUIRÓNSALUD A CORUÑA

INTRODUCCIÓN: La anemia perioperatoria es frecuente en la cirugía ortopédica protésica y su optimización conlleva una disminución de la morbimortalidad. El objetivo del presente estudio fue evaluar el ahorro transfusional derivado del uso de ácido tranexámico (AT) de manera protocolizada en pacientes sometidos a artroplastia.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo en el Hospital Quirónsalud A Coruña. Se recogieron pacientes sometidos a artroplastia electiva de cadera o rodilla entre Enero 2013 - Diciembre 2018. Se dividió el estudio en dos periodos, antes y después del protocolo (infusión de 4 amp de 20cc de AT vía tópica por redón en el momento del cierre de la herida permaneciendo cerrado 30 min). Se analizó la tasa de transfusión, la estancia media, el ahorro estimado de costes y las complicaciones.

RESULTADOS: Se reclutaron un total de 817 pacientes, 70% mujeres, edad media 70 ± 10 años. El 59% tenían un Índice de Charlson >2, el 80% un riesgo anestésico ASA >2 y el 67% tenían algún grado de dependencia funcional (Escala Cruz Roja >2). Un 72% de los pacientes tomaban >4 fármacos. La comparación por periodos (380 vs 437 pacientes) demostró una reducción significativa de la tasa de transfusión (50, 5% vs 16, 7%, p<0, 0001), más acusada en cirugía de prótesis de rodilla, una disminución de la media de concentrados de hematies utilizados (1, 22±1, 5 vs 0, 34±0, 94, p<0, 001) y una reducción de la estancia media hospitalaria (5, 62 ±3, 1 vs 4, 8±2, 2, p<0, 001). No hubo diferencias significativas en las características demográficas y clínicas entre los dos grupos. No hubo complicaciones trombóticas atribuidas al 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 AT es una estrategia ahorradora de sangre, reduce la estancia media, los costes y las complicaciones derivadas. 3- No se constataron efectos adversos derivados de su uso.

VARIACIONES DE LA QUERATINA-18 (TPS) TRAS EL TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA POR VHC

C. Macía-Rodríguez, E. Páez-Guillán, A. García-Villafranca, V. Alende-Castro, E. Otero Antón, S. Tomé Martínez de Rituerto, A. González-Quintela

HOSPITAL POVISA. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

INTRODUCCIÓN: La apoptosis de los hepatocitos juega un papel importante en la patogénesis de la hepatopatía por VHC y en desarrollo fibrosis hepática. La queratina-18, una de las principales proteínas del citoesqueleto, es fragmentada durante la apoptosis y sus fragmentos son

liberados al suero. Los fragmentos de queratina-18 pueden ser detectados a través del TPS (Tissue Polypeptide Specific Antigen).

OBJETIVOS: Analizar como varían los niveles de TPS séricos en pacientes que han recibido tratamiento para el VHC

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron pacientes mono infectados por VHC que recibieron tratamiento con antirretrovirales de acción directa entre el 1/2/2015 y el 1/2/2016 en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Se le midió el TPS sérico antes y después del tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 149 pacientes con una mediana de edad de 53, 0 años, siendo el 68, 5% varones. El 98, 0% presentó una respuesta viral sostenida a las 12 semanas del tratamiento. Tras el tratamiento observamos una disminución significativa de los niveles de TPS. A las 12 semanas de finalizar el tratamiento, el TPS permaneció elevado en el 51, 7% de los pacientes, de estos un 66, 0% presentaban otra causa de TPS elevado: 13 tenían un síndrome metabólico con DM o obesidad, 11 pacientes consumían alcohol, 2 desarrollaron un hepatocarcinoma, 4 otro tumor, 3 una hepatotoxicidad farmacológica, 1 paciente presentó recidiva de VHC y otro una hepatitis autoinmune asociada.

CONCLUSIONES: Los niveles de queratina-18 disminuyeron tras el tratamiento del VHC. La persistencia de una elevación del TPS tras el tratamiento puede indicarnos la coexistencia de otra causa de hepatopatía.

ESTIMACIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA POR VHC MEDIANTE TPS (QUERATINA-18)

C. Macía-Rodríguez, E. Páez-Guillán, A. García-Villafranca, V. Alende-Castro, E. Otero Antón, S. Tomé Martínez de Rituerto, A. González-Quintela

HOSPITAL POVISA. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

INTRODUCCIÓN: La apoptosis de los hepatocitos juega un papel importante en el curso de la hepatopatía por VHC y en desarrollo de la fibrosis hepática. La queratina-18, una de las principales proteínas del citoesqueleto, es fragmentada durante la apoptosis y sus fragmentos son liberados al suero pudiendo ser detectados mediante el TPS.

OBJETIVOS: Valorar si los niveles de TPS sérico pueden estimar el grado de fibrosis hepática.

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron pacientes con hepatopatía por VHC a los cuales se le realizó un Fibroscan® y una analítica con determinación de TPS sérico. Se calculó el valor APRI y Fib-4. Se realizó un test de Spearman para valoración del grado de correlación entre el valor del Fibroscan® y los parámetros analíticos y una curva ROC para valorar la predicción del grado de fibrosis por parte del TPS y APRI y Fib-4.

RESULTADOS: Se incluyeron 111 pacientes, 67, 6% varones, con una mediana de edad de 52 años. El valor de fibrosis medida por Fibroscan® se relacionó de forma significativa con el valor del TPS (rho: 0, 47), APRI (rho: 0, 56) y Fib. 4 (rho: 0, 54). Si realizamos unas curvas ROC para analizar la predicción de fibrosis avanzada (F≥3) por el TPS y los scores habituales de fibrosis (APRI y Fib-4) observamos un AUROC de 0, 75 (IC95% 0, 65-0, 84) para TPS, de 0, 77 (IC95% 0, 69-0, 87) para Fib-4 y de 0, 80 (IC95% 0, 72-0, 89) para APRI (ver gráfica).

Un valor de TPS de 140 predice una fibrosis ≥ 3 con una sensibilidad de 80, 6% y una especificidad de 54, 5%. Un valor de APRI mayor a 1, 5, predice una fibrosis ≥3 con una sensibilidad del 45, 5% y una especificidad del 92, 9%. Un valor de Fib-4 ≥ 3, 25 predice una fibrosis ≥3 con una sensibilidad del 42, 4% y una especificidad del 85, 7%.

CONCLUSIONES: El valor del TPS predice fibrosis avanzada de forma similar a los scores habituales. Su medición podría ser un método útil y sencillo para la estimación de fibrosis en aquellos pacientes con dificultades para la realización de elastografía hepática.

IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LA MULTIRRESISTENCIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN URINARIA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA

J. Álvarez, J.L. Lamas, A. Sanjurjo, L. González, F. Maroto, JR Bermúdez, J. Cavero, I. Enríquez de Salamanca, I. Rodríguez, M. Fernández, J. de la Fuente

Hospital Povisa

INTRODUCCIÓN: las infecciones por microorganismos multirresistentes tienen un impacto significativo en la evolución clínica, estancia hospitalaria y costes. No existen estudios que evalúen este impacto en infecciones del tracto urinario (ITU) por Pseudomonas aeruginosa (PA). El objetivo fue evaluar la influencia de la multirresistencia en la mortalidad, estancia hospitalaria y coste de las ITU por PA.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio retrospectivo y observacional. Se incluyeron los casos de ITU por PA ingresados en el hospital entre ene-2010 y nov-2018. Criterios de exclusión: edad menor de 18 años, bacteriuria asintomática y casos de recidiva. Se analizó el impacto de la multirresistencia en la mortalidad a 4 y 6 semanas, estancia hospitalaria y coste de ingreso en el hospital.

RESULTADOS: se incluyeron 110 casos. La edad media fue 75 años. El 97, 3% eran ITU complicadas. El 38, 2% de los casos se debió a PA multirresistente. La multirresistencia se asoció con una mayor mortalidad a 6 semanas (23, 8% frente a 8, 8%; P=0, 03), mayor estancia hospitalaria (9, 5 días frente a 6 días; P=0, 008) y mayor coste hospitalario (2712 euros frente a 1747 euros; p = 0, 01). La mortalidad a las 4 semanas fue mayor en el grupo de PA multirresistente, sin diferencias significativas. Los factores asociados con el aumento de mortalidad a 6 semanas en el análisis multivariante fueron la multirresistencia (HR 3, 1; IC95 1, 08-9, 4; P=0, 03), sepsis (HR 4, 2; IC95 1, 4-11, 9; P=0, 007) y deterioro cognitivo (HR 4, 7; IC95 1, 3-17; P=0, 01). Los factores asociados con una estancia hospitalaria más prolongada en el análisis multivariante fueron la multirresistencia (OR 2, 7; IC95 1, 1-6, 5; P=0, 02) y la presencia de sonda vesical permanente (OR 2, 7; IC95 1, 1-6, 4); P=0, 02).

CONCLUSIÓN: las ITU por PA multiresistente se asocian con una mayor mortalidad, una estancia hospitalaria más prolongada y un mayor coste de hospitalización en comparación con las producidas por PA sin resistencia a antibióticos.

EFECTO DEL METODO DEL “PEER REVIEW” EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL GRUPO HOSPITALARIO QUIRONSALUD

Meijide H (1), Albarracín A (2), Calvo E (3), Porteiro J (1), Gredilla I (1), Asensio P (1).

(1) Servicio de Medicina Interna. Hospital Quirosalud A Coruña

INTRODUCCIÓN: La fractura osteoporótica de cadera tiene elevada repercusión sanitaria. Una demora quirúrgica >48h ha demostrado un aumento de la morbi-mortalidad. El proceso del “peer review” (PR) es un método utilizado para validar trabajos científicos, que también puede emplearse en el análisis de mejora de procesos asistenciales. El objetivo del estudio es evaluar el efecto del PR en el tratamiento quirúrgico precoz de la fractura de cadera en el Grupo Quirosalud.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico de análisis de la calidad asistencial en fractura de cadera, comparando la tasa de cirugía precoz (48h) antes y después de realizar el PR. Se seleccionaron hospitales cuyo indicador de cirugía precoz era inferior al estándar de calidad (OECD). Se llevó a cabo una revisión de historias clínicas en los hospitales auditados por un equipo multidisciplinar de evaluadores externos. Se analizaron las causas de demora, las desviaciones en el proceso respecto al estándar, así como la tasa de cirugía precoz antes y después del PR.

RESULTADOS: Se revisaron 7 hospitales (144 pacientes) no intervenidos precozmente. Las causas demora quirúrgica fueron: organizativa (69/47, 9%), pacientes antiagregados/anticoagulados sin justificación para demora (26/18, 1%), antiagregados/anticoagulados con justificación para demora (30/20, 8%), complicaciones médicas (17/11, 8%) y otras (2/1, 3%). Se encontró un potencial de optimización del proceso global en el 89% de los evaluados. La tasa de intervención quirúrgica precoz mejoró en los hospitales seleccionados de 2017 (202/422, 58%) a 2018 (387/509, 76%), $p < 0,001$, con una RRR de 58,8% (IC 95% 42,1%-77,4%).

CONCLUSIONES: 1- El análisis de indicadores sanitarios debe formar parte de la cultura de calidad de las organizaciones sanitarias. 2- El proceso del PR facilita la optimización del proceso global del tratamiento de la fractura de cadera, mejora la práctica asistencial y la seguridad del paciente.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICO (SAA) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Vázquez, Agra N.; Marques, Afonso A.; Vidal, Vázquez M.; Montoya JG., Valdés, Barrera, López L.; Pernas, Pardavila H.; López, Rodríguez M.; Andrade, Piña AH.; Novo, Veleiro I.; Mateo, Mosquera, LM.;

COMPLEJO HOSPITALARIO CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

INTRODUCCIÓN: El SAA es un trastorno por abuso de alcohol caracterizado por un conjunto de síntomas y signos que oscilan entre la leve hiperactividad autonómica (náuseas, vómitos, temblores) y otros más graves (alucinosis, agitación psicomotoriz y convulsiones). Es una causa importante de ingreso hospitalario y necesidad de UCI.

Se sabe que la dependencia etnológica y el patrón de consumo se relacionan con la aparición de SAA y distintos tipos de lesión hepática, y existe la creencia al menos clínica de que los pacientes con hepatopatía crónica (HC) sufren menos SAA.

OBJETIVOS: Analizar las características de un grupo de pacientes con SAA.

MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina interna del CHUS con diagnóstico de SAA. Se incluyeron pacientes mayores de 18, no diabéticos, no complejos, no polimedicados. Se realizó análisis descriptivo, univariante y multivariante usando SPSS.

RESULTADOS: Tamaño muestral. n= 52 pacientes. Mediana (m) edad: 51,0 (SD 9,4)

[n (%)]: Edad (>50): 29 (55,8), Sexo (Mujer): 16 (30,8), HC: 9 (17,3)

[m (SD)]: (g/dl) hemoglobina 13,4 (2,6), Albumina 4,1 (0,5); VCM 97,6 fl (8,0); leucocitos 6555/ul (4811), plaquetas 176500/ul (74199), INR 1,0 (0,3); (mg/dl) creatinina 0,8 (0,3), bilirrubina total 1,0 (3,09), ALT 55,0 (87,4); AST 72,5 (124,5). Análisis univariante: Sexo (mujer/hombre). leucocitos (<4000) 4 (25,0)/1 (2,8) $p = 0,027$. HC (No/si). hemoglobina (>12) 39 (90,7)/4 (44,4) $p = 0,005$; plaquetas (>130000) 35 (81,4)/2 (22,2) $p = 0,001$. Análisis Multivariante:

Sexo (mujer/hombre): leucocitos (<4000) OR=0,86, IC95 (0,009-0,844) $p = 0,035$. HC (No/si): Edad (> 50) OR 5,34 IC95 (1,21-23,4) $p = 0,026$, Hemoglobina (>12) OR=0,10 IC95 (0,014-0,725) $p = 0,023$, plaquetas (>130000) IC95% OR 0,077 (0,011-0,516) $p < 0,008$.

CONCLUSIONES: Nuestro estudio describe que el SAA es más frecuente en el varón de mediana con abuso de alcohol y que la presencia de HC parece ser superior en los pacientes con SAA de mayor edad. Las mujeres mostraron mayor tendencia a la leucopenia. Mayores niveles de plaquetas y hemoglobina resultaron factores protectores para Hepatopatía crónica en los pacientes con SAA.

RESISTENCIA DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN MUESTRAS RESPIRATORIAS DE LA EXOI DE OURENSE

Isabel Izuzquiza Avanzini, Beatriz Suárez Rodríguez, Laura Rodrigo Lara, Daniel Peña Benítez, Lucía Pérez Expósito, Ricardo Fernández Rodríguez, María González Domínguez. Teresa Seoane Pillado.

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (C. H. U. O.)

INTRODUCCIÓN: Pseudomonas aeruginosa es un bacilo Gram negativo que no forma parte de la microbiota habitual de los seres humanos sanos. Su aislamiento en muestras respiratorias se relaciona con tratamientos antibióticos previos y/o patología severa predisponente. Además de resistencia intrínseca presenta una extraordinaria capacidad para desarrollar resistencia a prácticamente todos los antimicrobianos disponibles a través de selección de mutaciones lo que la convierte en un problema de salud pública creciente.

MATERIAL Y MÉTODO: Se recogieron todos los aislamientos de Pseudomonas aeruginosa en el año 2018 del servicio de microbiología del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense de muestras respiratorias (esputos, lavados broncoalveolares y broncoaspirado). Se excluyeron todas aquellas muestras similares recogidas en un periodo de separación menor de 1 mes (se tomó la primera muestra). Los datos se registraron en una base de datos realizada en SPSS versión 15.

RESULTADOS: Se obtuvieron un total de 401 aislamientos, de 196 pacientes. El 83% de muestras fueron esputos, el 11% broncoaspirados y el 6% lavados broncoalveolares. El 8% de las cepas se describieron como cepas mucoides.

Respecto a los patrones de resistencia destaca que más de un 50% de las cepas aisladas fueron resistentes a ciprofloxacino (55%), seguidas de un 31,6% resistente a piperacilina-tazobactam y 31,1% a carbapenems. El 28,5% fueron resistentes a ceftazidima, el 20,2% a aminoglicosidos. La resistencia a colistina se registró tan sólo en un 2,5% de los aislamientos.

DISCUSIÓN: Es imprescindible conocer los patrones de resistencia de P. aeruginosa en cada zona, incluso en cada hospital en particular, y hacerlo periódicamente para poder valorar las diferentes pautas terapéuticas posibles.

El aislamiento de Pseudomonas aeruginosa en muestras respiratoria de 2018 mostró una elevada resistencia a quinolonas, piperazilina tazobactam y carbapenems. La tasa de resistencia a antibióticos es mayor que la reportada en muestras de infección invasiva. Destacar la elevada resistencia a quinolonas, que superó el 50%. El uso generalizado de este tratamiento tanto a nivel ambulatorio como hospitalario para infecciones respiratorias justificaría la elevada tasa de resistencia al mismo.

CONCLUSIONES: Pseudomonas aeruginosa presenta elevadas tasas de resistencia en las muestras respiratorias de nuestra provincia. Conocer la sensibilidad en nuestro medio permite establecer un tratamiento empírico adecuado.

HIPOPLASIA ADRENAL CONGÉNITA POR MUTACIÓN DE DAX-1

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

Complejo Hospitalario de Pontevedra

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES:

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

INFECCIÓN LATENTE TUBERCULOSA. TRATAR O NO TRATAR

Andrea Sánchez Graña (1); Nuria Vázquez Temprano (2), Jorge Casal Lorenzo (2), Matilde Trigo (3), Laura Calviño (2), Juan Carlos García (2), Ángel Salgado (4); Luis Anibarro (2)

1- Facultad de Medicina; 2-Unidad de tuberculosis, Servicio Medicina Interna, Complejo hospitalario universitario de Pontevedra; 4- Unidad de Metodología y Estadística, IISGS

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico y tratamiento de la Infección Latente Tuberculosa (ILT) es una estrategia reconocida para el control de la tuberculosis (TB). Sin embargo, en la práctica diaria existen situaciones en las que la positividad de las pruebas de detección de ILT no conlleva de forma sistemática su tratamiento.

OBJETIVOS:

- Analizar las variables asociadas a la no realización de tratamiento de pacientes con pruebas de Infección tuberculosa positivas.

- Analizar las variables asociadas al desarrollo de TB activa tras seguimiento a largo plazo de los pacientes con ILT que no recibieron tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de casos y controles de pacientes con Prueba de Tuberculina (PT) y/o de liberación de Interferon-gamma (IGRA) positiva remitidos a la Unidad de Tuberculosis del Complejo hospitalario de Pontevedra entre 2009 y 2016, y que no iniciaron tratamiento de ILT (TIT). Se comparó cada caso con un control que sí inició TIT, seleccionando la visita inmediatamente posterior al caso. Se analizaron variables clínicas, epidemiológicas, demográficas, analíticas y radiológicas.

En una segunda parte del estudio, se realizó un estudio de cohortes entre los pacientes con seguimiento mínimo de 22 meses, analizando las variables de riesgo de progresión a TB activa.

RESULTADOS: Se incluyeron 614 pacientes (307 casos y 307 controles), (59% varones, edad media 42, 9±18, 6 años). Entre los pacientes que no iniciaron TIT, el principal motivo fue por recomendación médica (37, 1%), seguida de rechazo del paciente (29%), diagnóstico de TB prevalente al realizar la prueba (22, 5%) y dudas diagnósticas en 11, 1%. Un paciente fue éxito durante el proceso diagnóstico.

En el análisis multivariante, las variables relacionadas con la ausencia de tratamiento fueron la menor edad (40, 617, 8 vs 50, 8±15, 9; dif medias: 10, 1; IC95%: 7, 1-13, 0), PT/IGRA positivo previo ($p<0,001$), haber recibido previamente tratamiento de ILT o TB ($p=0,002$); y la realización de la prueba por causas distintas a inmunosupresión ($p<0,001$). Las únicas variables asociadas al rechazo del paciente a la recomendación de TIT fueron la edad (45, 8 ± 13, 9 vs 53, 8±16, 2; dif medias: 8, 0 IC95%: 3, 9-12, 1) y haberse realizado pruebas en contexto de estudio de contactos (44, 3% vs 13, 5%; $p<0,001$).

Entre los pacientes con seguimiento; 13 (2, 4%) desarrollaron enfermedad. 10 del grupo de casos (sin TIT) y 3 después de finalizarlo. El desarrollo de enfermedad se relacionó con la menor edad (34, 5±15, 2 vs 45, 3 ± 17, 7 dif medias: 10, 9 IC95%1, 1-20, 5); Rx tórax cicatricial ($p=0,02$) y no haber realizado TIT ($p=0,002$). Entre los pacientes que no realizaron TIT, el desarrollo de TB activa se asoció con el rechazo del paciente al tratamiento (8, 0% vs 2, 0%; $p=0,042$) y la edad (37, 2±16, 5 vs 51, 3±15, 6; dif medias: 14, 1 IC95%: 4, 1-24, 1).

CONCLUSIONES: La indicación correcta de realización de pruebas de ILT y la limitación de recomendación de tratamiento solo a aquellos pacientes infectados que se consideran de mayor riesgo, previene eficazmente el desarrollo de TB. El rechazo del paciente al tratamiento de ILT pese a recomendación médica y la menor edad son los mayores factores de riesgo de progresión a TB activa.

EXPERIENCIA DO PRIMEIRO ANO DE FUNCIONAMENTO DA CONSULTA MONOGRÁFICA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA DE MEDICINA INTERNA NO HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE DE LEMOS

VALCARCE GONZÁLEZ Z; LÓPEZ REBOIRO ML; SUAREZ FUENTETAJA R; SARDIÑA GONZÁLEZ C; SUAREZ MOURE MC; LÓPEZ MOURIÑO VM; ALVAREZ ASENSIO EJ; LOPEZ CASTRO J; EDESIO FIRVIDA J

HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE DE LEMOS

INTRODUCCIÓN: Os ingreso por insuficiencia cardíaca están a subir continuamente con cada ano que pasa, aumentando o gasto sanitario. Ademais cada ingreso representa un deterioro para a calidade de vida do doente. Na guías de práctica clínica xa está descrito que un seguimento en unidades monográficas mellora a calidade de vida dos doentes, diminúe os ingresos e incluso pode aumentar a supervivencia. Dende a SEMI estase a impulsar a instauración de unidades estilo UMIPIC (Unidade de Manexo Integral de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca). Neste traballo imos avaliar o primeiro ano de funcionamento da consulta modelo UMPIC no Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (HCML).

OBJECTIVOS: - Caracterizar a poboación seguida na consulta. - Ver a evolución nos 6 meses despois de iniciar o seguimento

MATERIAL E MÉTODO: Trátase dun estudo retrospectivo observacional, no que seleccionamos a tódolos paciente seguidos na consulta UMIPIC do HCML no seu primeiro ano de funcionamento. Para caracterizar a poboación a estudo recollemos datos e filiación (idade, sexo), cardiopatía estrutural, factores de risco cardiovascular e comorbilidades. Para ver a evolución antes e despois do seguimento recollemos os fármacos de primeira liña utilizados e os ingresos por insuficiencia cardíaca 6 meses antes de iniciar o seguimento e 6 meses despois de inicialo; tamén recollemos a mortalidade ao longo do seguimento. Os pacientes firmaron un consentimento informado para ceder os seus datos, que foron almacenados e analizados de xeito anónimo.

RESULTADOS: - Obtivemos un total de 30 doentes, cunha idade media de 84, 1±5, 8 anos, cun 60% de mulleres. A cardiopatía estrutural máis prevalente foi a hipertensiva (56, 7%) seguida da isquémica e da valvular. O 70% tiñan unha fracción de execución preservada. A maioría dos doentes tiñan fibrilación auricular (70%). A hipertensión arterial é o factor de risco cardiovascular máis frecuente (93%), seguida da diabete e da dislipemia (60% os dous). A carga de comorbilidade é elevada (I Charlson ≥3 no 70%), sendo as doenzas asociadas máis prevalentes a enfermidade renal crónica (40%), EPOC (20%) e a Enfermidade cerebrovascular (17%).

- No momento do inicio do seguimento o 46% estaban a ser tratados con betabloqueantes, o 57% con IECA/ARAI, 10% con Antagonistas da aldosterona e o 10% con Inhibidores da neprilísina. Aos 6 meses de seguimento o 80% dos doentes estaban betabloqueados, o 57% con IECA/ARAI, 30% con Antialdosterónicos e 30% con Inhibidores da Neprilísina.

- Nos 6 meses previos ao seguimento só 30 paciente xeraron un total de 32 ingresos (1, 07 ingresos por cabeza) e nos 6 meses seguintes só xeraron 7 ingresos, 23 dos 30 pacientes non ingresaron durante o seguimento.

- A mortalidade é dun 33%

CONCLUSIÓNS:

- Estamos ante unha poboación moi envellecida e con moitas comorbilidades. A cardiopatía fundamental é a hipertensiva con fracción de execución preservada e fibrilación auricular.

- Durante o seguimento conséguese optimizar o tratamento e reducir os ingresos. Aínda que se mantén unha alta mortalidade.

- Os datos son alentadores, pero de momento o número de doentes seguidos é moi pequeno para xerar resultados sólidos.

COMUNICACIONES

PÓSTER

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

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

Complejo Hospitalario de Ourense

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SUAREZ-GIL, R.; LÓPEZ-REBOIRO, ML; VALCARCE-GONZÁLEZ, Z; SARDIÑA-GONZÁLEZ, C; SUÁREZ-FUENTETAJA, K; CERQUEIRO-GONZÁLEZ, JM

Hospital Comarcal de Monforte de Lemos, Hospital Universitario Lucus Augusti

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

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

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

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

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

SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA

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

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

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

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

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

ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS SOLICITADAS A MEDICINA INTERNA

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

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

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

RESULTADOS: (ver gráfica)

DISCUSIÓN:

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

CONCLUSIONES:

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

FIEBRE POR UN VIEJO CONOCIDO

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

POVISA

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

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

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

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

ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB. A PROPÓSITO DE UN CASO

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

Povisa (Vigo)

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

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

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

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

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

PERITONITIS PRIMARIA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES

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

POVISA

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

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

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

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

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

Complejo Hospitalario Universitario Ourense

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

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

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

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

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

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

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

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

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

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

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

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

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

RESULTADOS: 71 encuestas obtenidas, de las cuales:

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

CONCLUSIONES:

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

ANEURISMA MICÓTICO

Vidal González, I.

POVISA

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

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

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

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

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

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

MIXOMA AURICULAR

Vidal González, I.

POVISA

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

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

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

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

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

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

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

LINFOMA B CUTÁNEO TIPO PIERNA

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

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ACTUALIDAD SOBRE LA MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MAB)

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

Hospital Povisa.

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

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

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

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

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

ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO, FIEBRE Y MUECAS FACIALES

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

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

OBJETIVOS: Descripción de un caso clínico de Encefalitis autoinmune anti-NMDA.

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

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

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

FIEBRE Y LESIONES CUTÁNEAS EN RELACION CON SINDROME DE SWEET

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

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

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

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

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

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

FIEBRE EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ATROPELLO EN VÍA PÚBLICA

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

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

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

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

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

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

AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRETINA

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

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

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

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

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

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

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

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

INTRODUCCIÓN: Presentamos un caso clínico de gastroenteritis eosinofílica.

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

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

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

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

TROMBOSIS TUMORAL

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

Complejo hospitalario universitario de Ferrol

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Montes-Santiago J.

Complejo Hospitalario Universitario. Vigo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PROCALCITONINA Y DOLOR ABDOMINAL

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

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

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

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

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

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

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

COLECISTITIS AGUDA POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILIN-RESISTENTE (SAMR)

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

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI

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

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

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

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

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

ENFERMEDAD DE WHIPPLE SIMULANDO UNA ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA

Portela C.; Argibay A.; Taboada C.; Novo I.; Cabaleiro A.; Lima O.; Maure B.; Rivera A. Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y Trombosis, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

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

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

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

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

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

TUBERCULOSIS INTESTINAL VS ENFERMEDAD DE CRON

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

POVISA

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

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

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de un caso de TB intestinal

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

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

MIOCARDIOPATÍA NO ISQUÉMICA TRAS TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

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

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

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

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

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

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

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

TAPONAMIENTO CARDIACO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LES

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

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

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

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

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

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

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

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

¿VASCULITE ASOCIADA A ANCA OU NEOPLASIA?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES:

Ambos estudios presentan una comorbilidad muy semejante.

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

La HTA es el antecedente es el antecedente más frecuente.

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

El dato clínico más común fue la disnea.

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

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

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

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

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

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

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

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

GLOMERULONEFRITIS POSTINFECCIOSA IGA: UNA ENTIDAD POCO CONOCIDA.

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

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

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

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de un caso clínico.

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

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

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

POLIPOSIS ADENOMATOSA CÓLICA EN EL AREA SANITARIA DE FERROL

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

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

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

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

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

CEFALEA SÚBITA INTENSA COMO PRESENTACIÓN DE SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE

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

POVISA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL DE DÍA MÉDICO COMO INSTRUMENTO COMPLEMENTARIO A URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI (LUGO)

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario Lucus Augusti.

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

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

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

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

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

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

CHAGAS EN LUGARES NO ENDÉMICOS: 3 CASOS IMPORTADOS

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

Hospital Povisa, Vigo (Pontevedra)

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

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

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

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

RESULTADOS: tabla.

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

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

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

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

¿ES TODA LA INSUFICIENCIA RENAL PRIMARIA ADDISON?

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

Complejo Hospitalario de Pontevedra

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FALLO HEPÁTICO AGUDO POR VIRUS HERPES SIMPLE TIPO 1

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

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

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

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

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

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

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

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

POVISA.

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

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

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

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de un caso de piomiositis

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

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

HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBOLICA CRÓNICA, LA GRAN DESCONOCIDA

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

POVISA

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

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

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de dos casos de HPTEC

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

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

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

ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE

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

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

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

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

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

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

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

INFECCIÓN INVASIVA POR LOMENTOSPORA PROLÍFICANS

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

Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

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

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

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

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

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

