

DIRECTOR

José López Castro
Servicio de Medicina Interna HCML (Lugo)

DIRECTOR ADJUNTO

Manuel Fernández Muínelo
Servicio de Medicina Interna CHUO (Ourense)

HEREDEROS DEL FUNDADOR DE GALICIA CLÍNICA

Luis Gutiérrez-Moyano Zimmermann
Herederero del fundador de Galicia Clínica

Mercedes Gutiérrez-Moyano Zimmermann
Herederera del fundador de Galicia Clínica

COMITÉ EDITORIAL

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 HCUA (Santiago de Compostela, España)

Javier de la Fuente Aguado
S. de Medicina Interna POUISA (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 HCUA (Santiago de Compostela, España)

Francisco Luis Lado Lado
S. de Medicina Interna HCUA (Santiago de Compostela, España)

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

Julio Montes Santiago
S. de Medicina Interna, EDVI 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 HCUA (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 ESCI (Emerging Science Citation Index)

Fotografía portada: Yolanda Carbajales

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

www.galiciaclinica.info
www.meiga.info



Índice

Summary

EDITORIAL

- 38 **¿Es tan necesario cambiar nuestro sistema público de salud?**
Is it so necessary to change our public Health System?
Pose Reino, A

ORIGINAL

- 40 **Intoxicações agudas no serviço de urgência.**
Acute intoxications in the emergency department
Oliveira Ferreira M, Fernandes D, Oliveira L, Vilela M, Salazar T, Silva D, Cardoso N, Duarte D

CASOS CLÍNICOS

- 45 **Hepatoid Adenocarcinoma of the Lung**
Lucas C, Costa J, Ribeiro P, Rodrigues A
- 47 **Coagulation disorder and persistent microhematuria in a 17-year-old male patient**
Alteración de la coagulación y microhematuria persistente en un varón de 17 años
García Prada M, Alonso Claudio G, Bastida Bermejo JM
- 50 **Derrame pleural durante la gestación**
Pleural effusion during pregnancy
Serrano Arreba J, López-Roibal Mourelle F, Porteiro Sánchez J, Meijide Míguez H
- 53 **Chylomicronemia syndrome, the common link between hyponatremia and pancreatitis**
Síndrome de quilomicronemia, el vínculo común entre hiponatremia y pancreatitis
Sousa L, Santos C, Cunha S, Santos J
- IMÁGENES EN MEDICINA
- 56 **Língua villosa nigra**
Black hairy tongue
Sousa F, Neto P
- 57 **Mujer de 43 años con leves hipodensidades de la sustancia blanca subcortical**
A 43-year-old woman with slight hypodensities of the subcortical white matter
Freitas A R, Ribeiro H
- 58 **Detrás de una circulación abdominal exuberante**
Behind an exuberant abdominal circulation
Silva Fernandes D, Soares M

XXXV Reunión Anual de la Sociedad Gallega de Medicina Interna

- 60 **Comunicaciones orales**
- 61 **Comunicaciones póster**

¿Es tan necesario cambiar nuestro sistema público de salud?

Is it so necessary to change our public Health System?

Antonio Pose Reino

*Jefe Servicio Medicina Interna. Complejo hospitalario universitario de Santiago de Compostela.
Profesor Titular de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela*

En los próximos 8 años se espera un cambio demográfico poblacional similar al ocurrido en los últimos 40 años, donde el 30% de la población será mayor de 65 años. El 30% de esta población mayor de 65 años se considera frágil¹. Si bien es cierto que fragilidad no es lo mismo que comorbilidad o multimorbilidad, sí que se relacionan o al menos coinciden en múltiples ocasiones y podemos decir que la tercera parte de la población adulta y especialmente de los mayores de 65 años, tienen una enfermedad crónica.

Los cambios demográficos ocurridos en los últimos años nos han llevado a un aumento espectacular del gasto sanitario y han hecho que nuestro sistema sanitario público se encuentre en muchas ocasiones saturado y no pueda atender de forma adecuada las necesidades de la población. El sistema sanitario actual maneja al paciente crónico como si fuera un paciente agudo, y este es el motivo principal por el que ha fracasado. El paciente agudo se trata durante el episodio y después no precisa seguimiento, pero el paciente crónico se beneficia del tratamiento de los brotes agudos de su enfermedad, y también del seguimiento posterior, lo que servirá para detectar las descompensaciones de forma precoz y evitar en muchos casos el ingreso hospitalario por este motivo, mejorando el pronóstico, su situación funcional y su calidad de vida. Si tenemos en cuenta que cerca del 30% de nuestra población tiene una enfermedad crónica, seremos conscientes de que tenemos que cambiar el enfoque y nuestra estrategia; si queremos seguir manteniendo un sistema público de salud tan bueno y tan eficiente como el que teníamos.

En la actualidad, sabemos que el 5% de la población consume el 50% de los recursos y se hace necesario detectar cuales son esos pacientes para actuar sobre ellos de forma proactiva, pero siendo conscientes de que una actuación dirigida sólo a este pequeño subgrupo de la población no será suficiente y precisamos actuar sobre estratos más bajos de la población, incluyendo los crónicos que aún no consumen tantos recursos y que funcionalmente están mejor, pero que

tarde o temprano subirán al último escalón de la pirámide poblacional, y esto es lo que hay que conseguir que sea lo más tarde posible, manteniendo la máxima funcionalidad y tratando de evitar ingresos y descompensaciones que irán mermando su funcionalidad hasta hacerlos crónicos complejos. Existen diferentes modelos para estratificar a la población, pero está claro que es necesario hacerlo. Esto se puede hacer desde arriba hacia abajo, con un criterio socioeconómico y de gasto a través de la administración o hacerlo desde abajo hacia arriba, a partir de los clínicos. Estamos convencidos de que es esta última, la forma que mejor va a identificar a aquellos pacientes que se van a beneficiar de una atención más personalizada ya sea sanitaria, social, activa o paliativa.

Otro aspecto importante en el nuevo modelo de sistema de salud es la implicación del paciente. Es necesario formar al paciente portador de una enfermedad crónica para que el mismo sea capaz de tomar decisiones compartidas sobre el manejo de su enfermedad, lo que conocemos como el “empoderamiento”². La tecnología ha evolucionado de forma espectacular en los últimos años y también su aplicación a la medicina, esto ha permitido mejorar las técnicas diagnósticas y terapéuticas, que muchas veces se pueden hacer a distancia, sin que el paciente precise ingreso para hacer una monitorización o un seguimiento exhaustivo. La telemedicina, la consulta electrónica, la telemonitorización y otras técnicas en desarrollo, permitirán tener controlado al paciente como si realmente estuviera monitorizado en un centro hospitalario. Pero hay que ir más allá desarrollando fórmulas alternativas a la hospitalización convencional. Muchos pacientes crónicos que precisan ingreso, se pueden beneficiar más de la hospitalización ambulatoria que del ingreso en un centro hospitalario, pero en el momento actual no podemos atender toda la demanda del crónico en el medio ambulatorio, lo que significa que hay que potenciar los sistemas de hospitalización ambulatoria y otras fórmulas alternativas a la hospitalización convencional, siempre en estrecha colaboración con atención

“Los cambios demográficos ocurridos en los últimos años nos han llevado a un aumento espectacular del gasto sanitario y han hecho que nuestro sistema sanitario público se encuentre en muchas ocasiones saturado y no pueda atender de forma adecuada las necesidades de la población.”

primaria. Este desarrollo requiere información, formación y cooperación por parte de la familia, voluntariado o individuos de la población formados para tal fin. El control de dichas formas alternativas de hospitalización, probablemente deba ser compartido entre atención primaria y hospitalizada y siempre con el protagonismo de la enfermería, que ya se está especializando en diferentes áreas, como ésta.

Uno de los retos a los que se enfrenta el sistema actual es la fragmentación organizativa, que hace que el paciente crónico y especialmente pluripatológico, sea abordado por diferentes especialistas que no son capaces de realizar un abordaje integral del paciente y por tanto, una estrategia integrada proactiva encaminada al mantenimiento funcional³. Precisamos romper esta fragmentación, lo que junto con los cambios demográficos y epidemiológicos, clínicos y de complejidad que se están produciendo en nuestra sociedad actual, suponen algunos de los principales retos a los que nos enfrentamos. Debemos intervenir pero centrándonos sobre todo en la salud poblacional y en la mejora de procesos para la calidad y productividad, porque el desarrollo científico y tecnológico, probablemente no supondrá un avance espectacular en los próximos años.

En definitiva, precisamos un modelo asistencial más proactivo y preventivo, una mejor gestión de las condiciones crónicas y de los pacientes complejos, una mayor focalización sobre la seguridad y la calidad en clínica. En este sentido el año pasado la National Center for Health Statistics americana publicó que la tercera causa de muerte en USA fueron los errores médicos, algo en lo que sin duda habrá que incidir. Igualmente precisamos formar a los pacientes y a la comunidad en el conocimiento de las enfermedades crónicas y a tener capacidad de decisión informada y compartida, mejorar la gestión de la salud poblacional, atacar desigualdades y lograr una mayor eficiencia del sistema.

Se estima que el 30% de las actuaciones médicas diagnósticas y/o terapéuticas son ineficaces; tenemos que reconocerlas y evitarlas y en este sentido muchas

sociedades científicas ya están proponiendo cuales son estas actuaciones que debemos reconocer y evitar.

En una sociedad que de nuevo parece que empieza a resurgir desde el punto de vista económico, se establecen diferencias socioeconómicas importantes, que harán más difícil la universalidad del sistema. Es preciso potenciar el apoyo social a los grupos más débiles y coordinarlo con los cuidados sanitarios, porque una estrategia poblacional dirigida al crónico que se base exclusivamente en aspectos sanitarios y no integre una política social adaptada, sin duda fracasará en sus resultados. Existen muchos sistemas de salud, casi tantos como países y todos distan mucho de ser ideales, por lo que tenemos que aprender algo de todos ellos y diseñar el nuestro adaptándolo a nuestras necesidades y a nuestra idiosincrasia.

En conclusión, podemos decir que es muy necesario el cambio del sistema sanitario público y que no existe un modelo ideal ni lo habrá, pero existen múltiples sistemas que se pueden adaptar al medio y a las circunstancias. El clínico sin duda, seguirá siendo protagonista, pero debe implicarse más en la gestión y en la innovación, porque es el clínico el que mejor conoce el problema y por tanto el que puede plantear las posibles soluciones. Debemos crear estructuras de trabajo que promuevan y capaciten la participación de los profesionales y diseñar redes para el aprendizaje y el intercambio del conocimiento, debemos aceptar que muchas respuestas están en la red y no en la propia organización sanitaria.

Bibliografía

1. Bortz W. J. A conceptual framework of frailty: a review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002 May; 57: M283-8.
2. Bengoa R. Transforming health care: an approach to system-wide implementation. *Int J Integr Care*. 2013 Sep 25; 13:e039.
3. Ministry of Health, Social Services and Equality. European Health Survey in Spain. 2009. Available from <http://www.msssi.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm>.
4. National Center for Health Statistics. *BMJ* 2016.

Intoxicações agudas no serviço de urgência

Acute intoxications in the emergency department

Marta Oliveira Ferreira, Diana Fernandes, Liliana Oliveira, Maria Vilela, Tatiana Salazar, David Silva, Nuno Cardoso, Augusto Duarte

Centro Hospitalar do Médio Ave, Famalicão (Portugal)

Abstract

Acute poisoning are a frequent cause of recurring to emergency departments. This study aims to characterize poisoning in one emergency department. We made a retrospective study of the admissions to the emergency department of Famalicão and Santo Tirso's units of Centro Hospitalar do Médio Ave in Portugal for 6 months.

The 125 selected patients, 63 men and 62 women, had a mean age of 46.7 years. The intoxication was voluntary in 99 patients (79.2%) and accidental in 26 patients (20.8%). Ethanol, benzodiazepines and antipsychotics were the three most frequent toxic groups. There was contact with more than one type of toxic in 32 cases (25.6%). On average, patients remained 9h10minutes in emergency department. There were no complications in 108 patients. The most common destinations were the family doctor and the assessment by psychiatry.

This study allowed us to know the reality of this emergency service, which will facilitate the approach of acute poisoning. For more information about the poisonings in Portugal, should be performed prospective multicenter studies in order to understand consumption patterns, to know the more often involved substances and the associated complications, and prepare preventive action plans in the community.

Palabras clave: Envenenamiento. Emergencias. Sustancias tóxicas.

Resumo

As intoxicações agudas são motivo frequente de recorrência aos serviços de urgência. Este estudo pretende caracterizar as intoxicações num serviço de urgência. Fez-se o estudo retrospectivo das admissões no serviço de urgência das Unidades de Famalicão e Santo Tirso do Centro Hospitalar do Médio Ave, em Portugal, durante 6 meses.

Os 125 doentes selecionados, 63 homens e 62 mulheres, tinham idade média de 46,7 anos. A intoxicação foi voluntária em 99 doentes (79,2%) e acidental em 26 doentes (20,8%). O etanol, as benzodiazepinas e os antipsicóticos foram os três grupos de tóxicos mais frequentes. Houve contacto com mais do que um tipo de tóxico em 32 casos (25,6%). Em média, os doentes permaneceram 09h10 na urgência. Não houve complicações em 108 indivíduos. Os destinos de alta mais frequentes foram o médico de família e a avaliação por psiquiatria.

Este estudo permitiu conhecer a realidade deste serviço de urgência o que facilitará a abordagem das intoxicações agudas. Para obter mais informação acerca das intoxicações em Portugal deverão ser realizados estudos prospetivos multicêntricos, por forma a conhecer padrões de consumo, substâncias mais vezes implicadas e tipo de complicações associadas, e elaborar planos preventivos de ação na comunidade.

Keywords: Poisoning. Emergencies. Toxic substances.

Introdução

Na prática clínica, o conceito de intoxicação corresponde ao contacto com substâncias que, na dependência das suas propriedades físicas ou químicas e da magnitude da exposição, são passíveis de perturbar o normal funcionamento do organismo.¹

As intoxicações agudas constituem um sério problema de saúde, sendo um motivo frequente de admissão nos serviços de urgência (SU).² Independentemente da sua causa (que engloba a intenção suicida, abuso de substâncias ou acidentes), a mortalidade a longo prazo dos doentes vítimas de intoxicação é elevada, o que sublinha a necessidade do conhecimento deste tipo de situações e do seu impacto social.²

A sua abordagem pode começar no local do contacto com o tóxico, durante o transporte para uma unidade de saúde ou no hospital.³

Os médicos generalistas são frequentemente os primeiros a abordar as vítimas de intoxicação, pelo que devem estar aptos a prestar o tratamento inicial adequado, sendo importante ter experiência na abordagem destas situações e ter rápido acesso à informação toxicológica.³

Existem diferenças nos padrões de intoxicação de centros de diferentes áreas geográficas, tendo havido também variações ao longo dos tempos.^{2,4,5} Surgem novas drogas, alteram-se os padrões de intoxicação por substâncias familiares, existem endemias locais e epidemias.² A época do ano também parece influenciar a incidência das intoxicações, cuja média é mais alta nos meses mais quentes.⁶

De acordo com o relatório da *American Association of Poison Control Centers*, o número de intoxicações no ano 2014 foi de 6,7 por 1000 habitantes.⁷ Em Portugal, os dados publicados pelo Centro de Informação Antivenenos (CIAV) referentes ao ano 2014 apontam para 32232 chamadas entre janeiro e dezembro desse ano, 7689 das quais realizadas por profissionais de saúde.⁸ De acordo com a mesma fonte, os medicamentos foram os principais agentes envolvidos nas intoxicações em adultos (21656), seguidos dos domésticos/industriais (5290), pesticidas (2141), substâncias de abuso (982), cosméticos (775), escolares/brinquedos (282), plantas (120) e cogumelos (49).⁸

Para manter actualizado o conhecimento destas novas tendências e mudanças, são necessários estudos da realidade de cada serviço de urgência.²

Este estudo tem por objetivo caracterizar as intoxicações admitidas num SU, dando ênfase ao tipo de substâncias implicadas, tratamentos realizados, complicações e orientação.

Material e métodos

Procedeu-se ao estudo retrospectivo dos doentes admitidos no SU das Unidades de Famalicão e Santo Tirso do Centro Hospitalar do Médio Ave, em Portugal, no período de 6 meses (entre 1 de Julho e 31 de dezembro de 2015). Trata-se de um hospital distrital com uma população de referência de cerca de 240 000 pessoas, e uma lotação de 247 camas, que não dispões de unidade de cuidados intensivos. Excluíram-se as admissões na urgência pediátrica.

Foram selecionados os doentes cujos diagnósticos de alta, codificados de acordo com ICD-9, incluíram os seguintes códigos:

- 960 a 979 (Envenenamento por medicamentos e substâncias biológicas).
- 980 a 989 (Efeitos tóxicos de substâncias que não sejam medicamentos).
- E950, E951 e E952 (Suicídio e envenenamento auto-inflicido por substâncias líquidas ou sólidas; gases de uso doméstico; outros gases e vapores).
- 292.21 (Intoxicação patológica por drogas).

Para cada doente selecionado, foi consultado o processo clínico eletrónico para o registo dos seguintes dados:

- género;
- idade;
- prioridade de triagem de acordo com o sistema de Manchester;
- tipo de assistência pré-hospitalar, se existente;
- tipo e quantidade do tóxicos implicado;
- tipo de Intoxicação (voluntária versus accidental);
- tratamento realizado;
- complicações verificadas;
- hora de admissão e alta do SU;
- destino de alta.

A análise estatística dos resultados foi feita com recurso ao programa Microsoft Office Excel 2013®.

Resultados

Cumpriram os critérios de seleção 125 doentes, correspondentes a 0,29% do total de episódios de urgência de adultos em igual período.

Dos doentes estudados, 63 eram do género masculino e 62 do género feminino, sendo a idade média de 46,7 anos (mínimo de 16 anos; máximo de 93 anos).

Seis doentes foram assistidos pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), três doentes foram assistidos por ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e os restantes 116 doentes (92,8% da amostra) foram trazidos ao SU por corporações de bombeiros ou por meios próprios.

Em 99 doentes (79,2%) a intoxicação foi voluntária, enquanto nos restantes 26 doentes (20,8%) a intoxicação foi accidental. Analisando separadamente por género, constatou-se que para o género feminino os três grupos de tóxicos mais frequentes foram as benzodiazepinas (n 37; 59,7%), os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (SSRI) (n 8; 12,9%) e os antipsicóticos (n 8; 12,9%). No género masculino os três grupos de tóxicos mais frequentes foram o etanol (n 49; 77,8%), seguido das benzodiazepinas (n 6; 9,5%) e dos antipsicóticos (n 5; 7,9%).

Em média, observou-se a ingestão de 1,48 tipos de tóxicos (mínimo 1 tipo; máximo de 5 tipos). Perto de um quarto dos doentes (n 32; 25,6%) tiveram contacto com mais do que um tipo de tóxico.

Em média, os doentes permaneceram 09h10 no SU (mínimo de permanência 21 minutos; máximo 52h04). O tempo de demora no SU por intervalos é apresentado na Figura 3.

Os destinos de alta desta amostra foram: médico de família (66/52,8%), serviço de psiquiatria (36/28,8%), saída contra parecer (9/7,2%), área de observação do SU (7/5,6%), unidade de cuidados intensivos (3/2,4%), serviço de medicina (3/2,4%) e abandono (1/0,8%).

No que concerne ao tratamento, em 70 casos (56%), não existia antídoto para os tóxicos implicados. Nos restantes casos, o antídoto foi administrado em 36 doentes, mas não o foi em 19 casos. A lavagem gástrica foi realizada em 91 doentes (72,8%) e o carvão ativado administrado em 96 casos (76,8%).

Não houve menção a complicações em 116 dos doentes, mas quatro doentes apresentaram instabilidade hemodinâmica, três tiveram complicações neurológicas e dois necessitaram de entubação orotraqueal.

Discussão e conclusão

Conhecer a realidade do SU onde se trabalha é fundamental para otimizar a abordagem das vítimas de intoxicação.

O presente estudo permitiu perceber padrões de comportamento, identificar as substâncias mais vezes implicadas nas intoxicações e as complicações associadas.

Embora a população estudada tenha visado apenas as admissões no SU de adultos, foi incluído um doente de 16 anos que recorreu ao SU da unidade de Santo Tirso, na qual não existe urgência pediátrica.

As intoxicações foram maioritariamente voluntárias, à semelhança dos dados reportados em estudos semelhantes, como o realizado por *Kaya E* e colaboradores num serviço de urgência de um hospital universitário na Turquia.⁴

O etanol e os medicamentos destacaram-se como os tóxicos mais frequentemente implicados, o que pode traduzir o fácil acesso a este tipo de substâncias. Estes dados são concordantes com o relatório do CIAV do ano 2014, no qual os medicamentos encabeçaram os grupos de tóxicos mais frequentemente assinalados.⁸

Fig 1. Apresenta as prioridades de triagem desta amostra de doentes, de acordo com o sistema de Manchester.

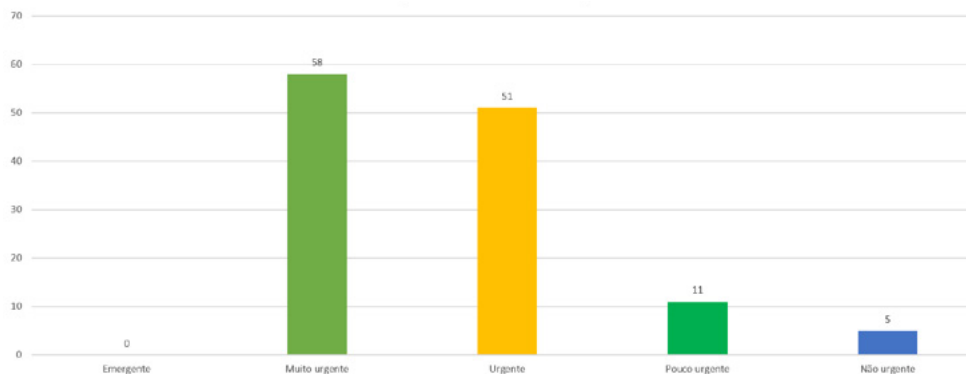


Tabela 1. Estão listados os grupos de tóxicos implicados.

Tabela 1 – Frequência dos tóxicos por classes		
Grupo farmacológico	n	%
Etanol	56	44,8
Benzodiazepinas	43	34,4
Antipsicóticos	13	10,4
Inibidores da Recaptação da Serotonina	11	8,8
Anti-hipertensores	5	4,0
Paracetamol	5	4,0
Digoxina	5	4,0
Anti-inflamatórios Não Esteróides	5	4,0
Antidepressivos tricíclicos	4	3,2
Anti-epiléticos	3	2,4
Mercúrio	2	1,6
Inibidores da Mono-aminoxidase	2	1,6
Organofosforados	2	1,6
Estatinas	2	1,6
Valeriana	2	1,6
Antibióticos	2	1,6
Opióides	2	1,6
Outros	9	7,2

Fig 2. Apresentam-se o número de grupos de tóxicos por ingestão.

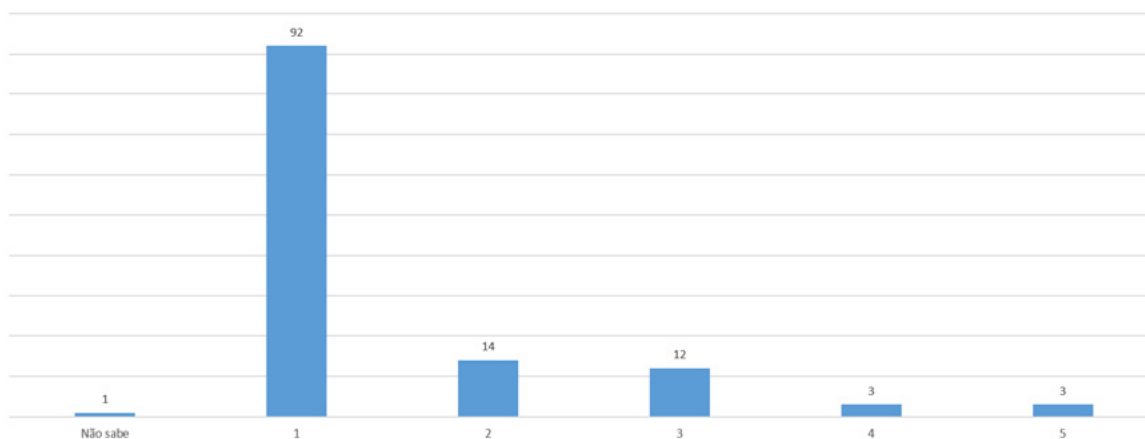
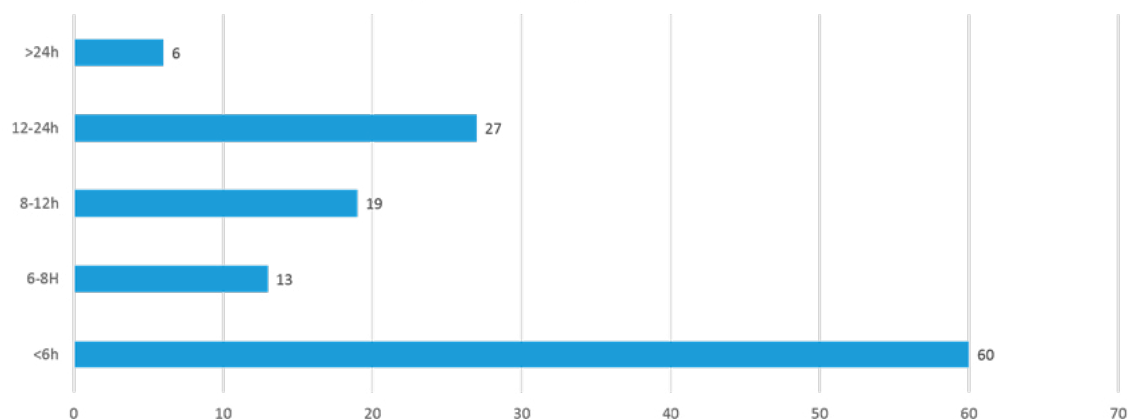


Fig 3. Tempo de permanência no SU.



É de salientar as diferenças de padrão de tóxicos entre géneros, destacando-se o etanol como principal tóxico no género masculino e as benzodiazepinas no género feminino. Estes resultados são consonantes com o relatório de 2014 da Organização Mundial de Saúde, que descreve diferenças de género no consumo de álcool.⁹ De acordo com este relatório, o consumo abusivo de álcool é o principal fator de risco de morte em homens entre os 15 e os 89 anos (com 7,6% de todas as mortes de homens no ano 2012 a serem atribuídas ao álcool, comparativamente a 4,0% das mortes de mulheres).⁹ Estas diferenças poderão ser justificadas pelo facto de, comparando os géneros quanto aos padrões de consumo de álcool, os homens tendem a ser menos abstémicos, beberem mais frequentemente e em maiores quantidades.⁹

A associação de vários tipos de tóxicos foi, também, concordante com outros estudos publicados, como o *de Vallersnes OM et al* referente realizado numa clínica de ambulatório em Oslo.²

Na sua maioria, os doentes foram triados como “muito urgente” ou “urgente” embora o número de complicações ou necessidade de orientação para cuidados intensivos fosse reduzido. Esta aparente discrepância poderá ser justificada pelo resultados das estratégias terapêuticas instituídas. Poderá também refletir a relevância que a triagem de Manchester atribui aos casos de intoxicação, por serem situações potencialmente fatais.

Em mais de metade dos casos não havia antídoto para o tóxico em questão, tendo sido instituídas apenas medidas sintomáticas. Destaca-se a percentagem de doentes em que, havendo antídoto, este não foi utilizado (n 36; 28,8%). Estes resultados podem ser interpretados tendo conta que os tóxicos com antídotos mais frequentes foram as benzodiazepinas. O flumazenil não foi utilizado em 28 dos 43 casos de intoxicações por benzodiazepinas (correspondente a 65,1% dos casos). A não utilização de flumazenil em quase dois terços das intoxicações por benzodiazepinas pode estar relacionada com a baixa gravidade da maioria dos quadros observados. Por outro lado, são cada vez mais conhecidos os potenciais efeitos

adversos deste antídoto, que incluem convulsões e arritmias cardíacas, e fazem do flumazenil uma arma terapêutica a não usar por rotina, devendo ser ponderados os seus benefícios e riscos para cada doente.¹⁰

Tanto o carvão ativado como a lavagem gástrica foram realizados na maioria dos doentes (respetivamente em 76,8% e 72,8% da amostra). Ambas as medidas visam diminuir a absorção dos tóxicos ingeridos por via digestiva, mas a sua indicação não é universal, devendo ser ponderada caso a caso.⁵ Assim, o carvão ativado está contra-indicado após ingestão de agentes corrosivos ou se a via aérea não estiver protegida, enquanto a lavagem gástrica deverá estar reservada para as situações ameaçadoras de vida nos primeiros 60 minutos após a ingestão dos tóxicos, sendo também de evitar na presença de substâncias corrosivas.⁵

O tempo médio de permanência no SU foi de mais de 8h, o que vai de encontro aos intervalos postulados para vigilância das principais complicações da maioria das intoxicações.¹ Ainda assim, 60 doentes (48%) tiveram alta até às 6h (Figura 3), o que poderá estar relacionado com o facto da intoxicação mais frequente ser por etanol e também pelo reduzido número de complicações observadas. Por estas mesmas razões, se entende que o destino de alta mais frequente seja o médico de família (52,8% dos casos). Ainda em relação aos destinos de alta (Figura 3) destaca-se a orientação para psiquiatria em 28,8% de casos, associada a ideação suicida, e a saída contra parecer médico em 9 casos.

Conclui-se que as intoxicações correspondem a uma pequena percentagem dos episódios de urgência neste SU. Atingem em média doentes jovens, na quarta ou quinta décadas de vida, mas com notória amplitude etária, destacando-se também os idosos para os quais a intoxicação acidental ganha maior peso. As benzodiazepinas são os tóxicos mais implicados e o tratamento realizado não é universal e varia caso a caso. A assistência pré-hospitalar por VMER ou SIV ocorreu numa minoria dos casos, o que vinca a importância de conhecer as características das intoxicações mais frequentes e saber como abordá-las. O facto deste estudo ter sido realizado numa

unidade hospitalar sem unidade de cuidados intensivos poderá ter influenciado a tipologia de doentes vítimas de intoxicação avaliados, uma vez que aqueles doente assistidos por equipas pré-hospitalares e com critérios de gravidade terão sido transferidos para outros hospitais.

Com este estudo foi possível conhecer a realidade do nosso SU o que facilitará a prática futura da abordagem das intoxicações.

Apesar da informação obtida, este estudo não é isento de limitações. Além de ser retrospectivo e analisar registos médicos, visa apenas 6 meses de um único serviço de urgência de um hospital pertencente ao grupo I.¹¹

No futuro, poder-se-á obter maior informação acerca das intoxicações em Portugal através da realização de estudos prospetivos multicêntricos, eventualmente em associação com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes do Instituto Nacional de Emergência médica. Os resultados desses estudos poderão permitir melhorar os protocolos de atuação e eventualmente criar planos de prevenção de intoxicações a aplicar na comunidade.

Bibliografia

1. Vários autores. Manual de Intoxicações. 1ª edição. Edições Reanima; 2015.
2. Vallersnes OM, Jacobsen D, Ekeberg Ø, Brekke M. Patients presenting with acute poisoning to an outpatient emergency clinic: a one-year observational study in Oslo, Norway. *BMC Emergency Medicine* 2015; 15-18.
3. Vários autores. Management of poisoning. A handbook for health care workers. Geneva, World Health Organization (in preparation). [Consultado 2016 Mar 22]. Disponível em: http://www.who.int/ipcs/publications/training_poisons/guidelines_poison_control/en/index3.html
4. Kaya E et al. Acute intoxication cases admitted to the emergency department of a university hospital. *World J Emerg Med* 2015; 6 (1): 54-59.
5. Müller D, Desel H. Common causes of poisoning: etiology, diagnosis and treatment. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110 (41): 690-700.
6. Salvado ASS. Caracterização de Intoxicações Medicamentosas no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E. Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia Comunitária e Hospitalar. Universidade da Beira Interior 2013. [Consultado 2016 Maio 2]. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1350/1/Tese%20M%20Final%20Andreia%20Salvado.pdf>
7. Mowry JM, Spyker DA, Brooks DE, McMillan N, Schauben JL. 2014 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 32nd Annual Report, *Clinical Toxicology*, 53:10, 962-1147.
8. Inem.pt [homepage na Internet]. Instituto Nacional de Emergência Médica. Estatísticas; 2016. [Consultado 2016 Maio 2]. Disponível em: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=42030
9. Global Status Report on Alcohol and Health 2014. World Health Organization. [Consultado 2016 Maio 18]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1
10. Penninga EI, Graudal N, Laddekarl MB, Jürgens G. Adverse Events Associated With Flumazenil Treatment For The Management Of Suspected Benzodiazepine Intoxication – A Systematic Review With Meta-Analyses Of Randomised Trials. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology* 2016; 118: 37-44.
11. Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril. Diário da República, 1.ª série — N.º 71 — 10 de abril de 2014: 2365. [Consultado a 2016 Maio 2]. Disponível em http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/05304332-B086-488E-A873-3666C5F-0D6AE/0/Portaria_FAQ.pdf.

Hepatoid Adenocarcinoma of the Lung

Catarina Lucas, Joana Costa, Pedro Ribeiro, Adriano Rodrigues

Serviço de Medicina Interna B, Hospital Geral - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Abstract

We present the case of an 80-year-old patient hospitalized for the study of a lower limb bone lesion. The biopsy of this lesion was suggestive of liver cancer metastasis. However, the study of the liver did not present any local lesion. In the event of an hepatoid tumor, a study of the digestive tract was performed, without detection of neoplasia. By recurrent respiratory infections, it was hypothesized a tumoral lesion at this level, which was confirmed by later thorax CT and biopsy.

Palabras clave: Adenocarcinoma. Pulmón.

Keywords: Adenocarcinoma. Lung.

Introduction

Hepatoid adenocarcinoma is a rare cancer, defined by its morphological and functional differentiation similar to hepatocellular carcinoma¹. The most commonly affected organ is the stomach (63%) but it may affect others, such as ovary (10%), lung (5%), bladder (4%), pancreas (4%) and uterus (4%)². Hepatoid adenocarcinoma of the lung is an extremely rare form, with only 20 cases described³. The pathophysiology is not yet fully described, but during embryonic development, the lung, liver and stomach, all derive from the foregut. Probably, due to changes in differentiation, adenocarcinoma cells from specific organs, such as the lung, differentiate into liver cells¹. Hepatoid adenocarcinoma was first described in 1990 by Ishikura et al⁴. Five cases of hepatoid adenocarcinoma of the lung with alpha-fetoprotein expression (AFP) were described in this study and 2 criteria were created for its diagnosis: a. Typical acinar or papillary adenocarcinoma, b. A component resembling hepatocellular carcinoma and expressing AFP^{2,4}. These criteria have been updated, namely the production of AFP by neoplasia, given the use of almost certainly more specific immunohistochemical markers (such as Hep-PAR-1). However, given the scarce number of diagnoses performed so far, a ultimate conclusion has not yet been reached⁵.

Case description

Eighty-year-old male, with clinical history of colon cancer resected in 1999, a former smoker with a 60 pack-year history, without chronic medication. The patient was referred to pulmonology consultation for suspected Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In the follow-up, it was required a thorax CT which presented: "In the mediastinum two ganglionic agglomerates are evident, one located in the right para-tracheal region, presenting some enlarged ganglia, considering the limitation of the confluence, apparently 25x16mm. The other cluster in the right hilar region, with smaller ganglia (...)."; in the lung parenchyma there are no relevant structural changes... In the pancreas... nodular image with about 11mm, hypodense but with poorly defined contours, with focal point of peripheral calcification... it is suggested a confrontation with MRI study". In order to characterize the pancreatic nodule, abdominal MRI was requested. It described the pancreatic nodule as having a probable cystic nature, adding the following change: "During the study, we observed an expansive

lesion involving the left iliac bone and extending to the gluteal region, measuring approximately 54x47 mm and presenting enhancement after intravenous contrast (IVC), that should be histologically characterized". When questioned, the patient reported a 3 month evolution anorexia and weight loss, as well as a thypical neuropathic pain ("electric shock") originating in the gluteal region with irradiation to the left lower limb, requiring frequent use of analgesic medication. In order to study the bone lesion, the patient was admitted to the Internal Medicine Service. He carried out a complete analytical study, including protein electrophoresis and immunofixation, colonoscopy, gastro-duodenal transit, upper digestive endoscopy, all negative. He also performed a lesion biopsy, whose anatomo-pathological result revealed: "malignant neoplasm of large cells with abundant and eosinophil cytoplasm, oval nucleus sometimes vesicular with evident nucleolus. Neoplastic cells are arranged in nests with extensive areas of necrosis. The immunohistochemical study showed intense and diffuse immunoreactivity of the neoplastic cells for CK7; Ck CAM 5.2 and for the HSA. Negativity for CK20; PSA; P63 and TTF1. Conclusion: Bone metastases of carcinoma, whose immunohistochemical study favors hepatic origin." (fig.1) Imagiology was contacted for reassessment of previously performed abdominal MRI, confirming that there was no other evidence of tumoral liver injury, besides an hemangioma. The hypothesis is that it is an hepatic tumor with an extrahepatic location. Given the previously performed exams (endoscopy, colonoscopy, transit), the hypothesis of tumoral formation at the gastrointestinal level was excluded. During hospitalization, the patient maintained clinical signs of lower respiratory tract infection, without radiological translation or improvement with antibiotherapy. CT thorax was repeated, and demonstrated: "In the right paratracheal region we observed adenopathies, the largest with 25 x 24mm... In the right hilar region there is a tissue formation, heterogeneous after CIV (conglomerate of necrotizing adenopathies? Tumoral mass?). It causes partial atelectasis of the middle and right upper lobes by bronchial invasion/ compression. There is also a pulmonary consolidation area with air bronchogram in the lower right lobe. In the basal segments of the lower right lobe there is an area of pulmonary densification, vaguely nodular with cystic images in the interior that may represent ectasia of bronchial structures, with peripheral ground-glass attenuation, measuring 16 mm. In the basal segments of the left inferior lobe, there is a calcified peripheral micronodule with 2.5mm. There is another non-calcified nodule slightly below... right pleural effusion and pericardial effusion...". Given this result, bronchofibroscopy was performed, which revealed: "Signs of tumor

Correspondencia: catarinalucas87@gmail.com

Como citar este artículo: Lucas C, Costa J, Ribeiro P, Rodrigues A. Hepatoid Adenocarcinoma of the Lung. *Galicia Clin* 2018; 79 (2): 45-46

Recibido: 12/10/2017; Aceptado: 12/11/2017

Fig 1. Bone lesion biopsy was almost entirely constituted by a malignant neoplasm of large abundant cytoplasm eosinophilic cells with oval nucleus and obvious nucleolus. Neoplastic cells were arranged in nests with extensive areas of necrosis. The immunohistochemical study showed intense immunoreactivity for CK7, Cam5.2 and HepPar1 and negativity for CK20; PSA; P63 and TTF1.

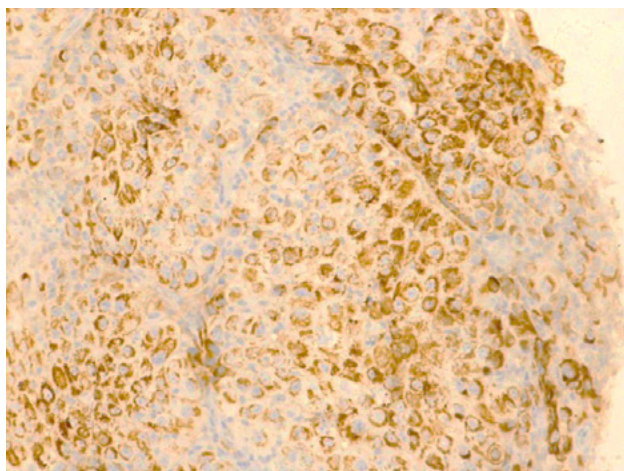
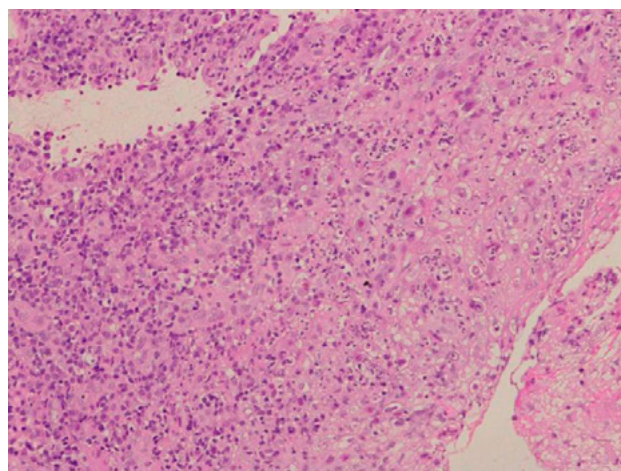


Fig 2. Biopsy specimen revealed bronchial mucosa with extensive malpighian metaplasia. Chorion infiltration by neoplastic cells was observed focally. This cells were polygonal with large amount of eosinophilic cytoplasm and central hyperchromatic nuclei with prominent nucleoli, resembling hepatocellular carcinoma.



infiltration in the right bronchial tree up to the emergence of the right basal pyramid, which conditions enlargement of the B spur, proci-dence of the anterior wall of A and C, conditioning concentric stenosis, particularly of B and C, allowing the passage of the bronchofibroscope". Bronchial biopsy revealed: "... infiltration of the chorion by large, isolatedly arranged neoplastic cells with irregular, bulky nuclei with one or more prominent nucleoli. These fragments present a lymphoplasmacytic and granulocytic inflammatory infiltrate of mild to moderate intensity... Immunohistochemical study: Immunopositivity for CAM5.2 and also for cytokeratin 34 Beta E12, of lower intensity. Granular cytoplasmic positivity for HepPar 1. Remaining performed markers (cytokeratin 20, p63 and TTF1) were negative. The morphology and immunohistochemical profile of this tumor are similar to the bone metastasis. Conclusion: Bronchial involvement by hepatoid-type carcinoma." (fig. 2) This biopsy led to the ultimate diagnosis of hepatoid adenocarcinoma of the lung. During the ulterior month, the patient presented an important deterioration of his condition, and died 3 months after the diagnosis.

Discussion

Hepatoid adenocarcinoma of the lung is a rare entity, and given its wide-ranging presentation forms, its diagnosis and treatment has been difficult, only made easy by immunohistochemical analysis¹. It is defined as an AFP-producing carcinoma, with the presence of typical tubular or papillary adenocarcinoma cells. Tumor cells have abundant eosinophilic cytoplasm, central nuclei, similar to liver tumor cells, as well as hyaline bodies³. Several studies have shown this tumor ability to produce albumin, ferritin, transferrin and alpha-fetoprotein, commonly produced substances by liver cells¹. Patients with this kind of cancer are usually male and smokers, being usually diagnosed at an advanced stage of the disease^{1,6}. Recently, the diagnostic criteria for this cancer included the presence of elevated levels of alpha-fetoprotein. However, quite a few studies have shown that AFP is not specific for hepatoid adenocarcinoma of the lung, being more frequently associated to hepatocellular

carcinoma and cholangiocarcinoma¹. In a study by Haninger D. et al², no more than 3 out of 5 evaluated cases expressed alpha-fetoprotein, though all cases showed positivity for HepPar 1, HEA 125 and MOC31. An elementar step, is to exclude hepatic metastases, since it may create a confusional factor. Meanwhile, new diagnostic criteria for hepatoid adenocarcinoma of the lung have been proposed: 1: The tumor may only have characteristics of hepatoid adenocarcinoma or present components of typical papillary or acinar adenocarcinoma, signet ring cells or neuroendocrine carcinoma; 2: The expression of alpha-fetoprotein is not mandatory for the diagnosis, as long as other immunohistochemical markers of hepatic differentiation are expressed^{2,6}. Therefore, the presented case meets criteria for the diagnosis of hepatoid adenocarcinoma of the lung. Even though not expressing AFP, it reveals histological characteristics of hepatoid carcinoma and positivity for the hepatic cell specific marker HepPar 1. On the other hand, the study carried out during hospitalization made it possible to exclude hepatic metastases.

The prognosis for hepatoid adenocarcinoma of the lung is generally gloomy, with an average life expectancy ranging from 7 months to 7 years in patients undergoing surgery. There is however a description of a 9-year survival case⁶.

Bibliography

1. Che YQ, Wang S, Luo Y, Wang JB, Wang LH. Hepatoid adenocarcinoma of the lung: Presenting mediastinal metastasis without transfer to the liver. *Oncol Lett.* 2014;8:105–110.
2. Haninger DM, Kloecker GH, Bousamra li M, Nowacki MR, Slone SP. Hepatoid adenocarcinoma of the lung: report of five cases and review of the literature. *Mod Pathol.* 2014;27:535–42.
3. Lin SF, Hsu WH, Chou TY. Primary pulmonary hepatoid carcinoma: Report of a case and review of the literature. *Kaohsiung J Med Sci.* 2013;29:512–516.
4. Ivan M, Koss M, Chang CF. Hepatoid Adenocarcinoma of the lung. *Chest.* 2007;132:690.
5. Cavalcante LB, Felipe-Silva A, Campos FPF, Martines JAS. Hepatoid adenocarcinoma of the lung. *Autopsy Case Rep.* 2013;3(1): 5-14.
6. Shao Y, Zhong DS, Wang D, Ma L. Hepatoid adenocarcinoma of the lung: a case report. *Int J Clin Exp Pathol* 2016;9(3):4067-4072.

Coagulation disorder and persistent microhematuria in a 17-year-old male patient

*Alteración de la coagulación y microhematuria persistente
en un varón de 17 años*

García Prada M¹, Alonso Claudio G², Bastida Bermejo JM³

¹Service of Digestive, ²Service of Internal Medicine, ³Service of Hematology. University Healthcare Complex of Salamanca. Salamanca. Spain

Abstract

We report the case of a 17-year-old male patient with constant alteration of the prothrombin time and episodes of self-limited macrohematuria. After several studies we found out a deficiency of Factor X levels, whereas all other coagulation factors levels were normal. We continued with the study of the hematuria with urine and blood analysis, imaging tests and viral serologies, which finally made it possible to rule out any other primary or secondary glomerulopathies and to focus on IgA nephropathy as the most likely diagnosis.

In this release we explain in detail the diagnostic tests performed. We have also reviewed the two entities separately and together, in search of a genetic disease which associates both pathologies.

Palabras clave: Hematuria. Déficit de Factor X. Nefropatía por IgA.

Keywords: Hematuria. Factor X deficiency. IgA nephropathy.

Factor X(FX) is a protease which requires vitamin K for its synthesis, which takes place in the liver. It plays an essential role in the coagulation system since it is the first enzyme of the common pathway and the most important activator of the prothrombin¹. FX deficiency may be congenital or acquired (through vitamin K deficiency, treatment with anticoagulant drugs, severe hepatopathies, multiple myeloma, tumors, drugs, infections or amyloidosis)².

In children, hematuria is a sign of disease, malformation or lesion in the urinary tract. Most diseases which affect the urinary system involve microscopic or macroscopic hematuria at some stage in their evolution, and its origin may be found in the kidney (glomerulus, tubules, interstitium, vessels) or at any level of the urinary tract (from the calyces to the anterior urethra). Its causes may be congenital (hereditary or not) or acquired, and it may have a very varied nature (infection, immunological alteration, metabolism, tumor, etc). It is commonly classified into two large groups: glomerular and non-glomerular hematuria³.

We report the case of a 17-year-old male patient who presented with constant alteration of the prothrombin time as well as with self-limited episodes of macrohematuria with persistent microhematuria.

The patient was referred to the Service of Internal Medicine upon finding that from childhood he had presented with episodes of self-limited macrohematuria without any other accompanying symptom, and with normal results in the physical examination. The urine analysis revealed microhematuria without proteinuria or erythrocyte dysmorphism, and a prothrombin activity in blood of 54%, with normal results in the rest of the analysis. A wider study of coagulation showed that

the activated partial thromboplastin time was normal, and in the assessment of coagulation factors, the levels of active FX were 41% (normal values in laboratory between 60-120%). All other factors were normal. In order to define the etiology of the FX deficiency, we ruled out the main causes of acquired deficiency, and we suspected a hereditary disorder. We carried out a genetic study of the patient and his mother (paternal serum could not be analyzed). The analysis of the panel for the diagnosis of hereditary bleeding diathesis through next-generation sequencing technology revealed 2 genetic variants in the FX gene which led to compound heterozygosity. In exon 5, the change of the c.424G>A nucleotide led to the amino acid change p.Glu142Lys (described by Marchetti G et al)⁴, which affected the catalytic domain of the FX (Figure 1). In exon 8, the change of nucleotide c.1351A>C caused a new change of amino acid p.Ile451Leu (this amino acid change was also found in the mother, who did not present with an alteration of FX) (Figure 2).

Since the factor X deficiency was mild and did not justify the hematuria of the patient, we continued with our study. A complete study of urine was carried out with systematic analysis and analysis of sediment and erythrocyte morphology and assessment of calciuria and proteinuria, which were normal, with the only exception of the persistent microhematuria. Imaging studies were also performed: abdominal ultrasound, magnetic angioresonance and intravenous urography, which ruled out any structural alterations in the kidneys. The autoimmunity study, complement study and viral serologies were normal, which finally made it possible to rule out any other primary or secondary glomerulopathies and to focus on IgA nephropathy as the most likely diagnosis (benign familial hematuria seemed

Correspondencia: maria.ga1912@gmail.com

Como citar este artículo: García Prada M, Alonso Claudio G, Bastida Bermejo JM.

Coagulation disorder and persistent microhematuria in a 17-year-old male patient *Galic Clin* 2018; 79 (2): 47-49

Recibido: 17/10/2017; Aceptado: 07/12/2017

Fig 1. Exon 5, change in the nucleotide c.424G>A.

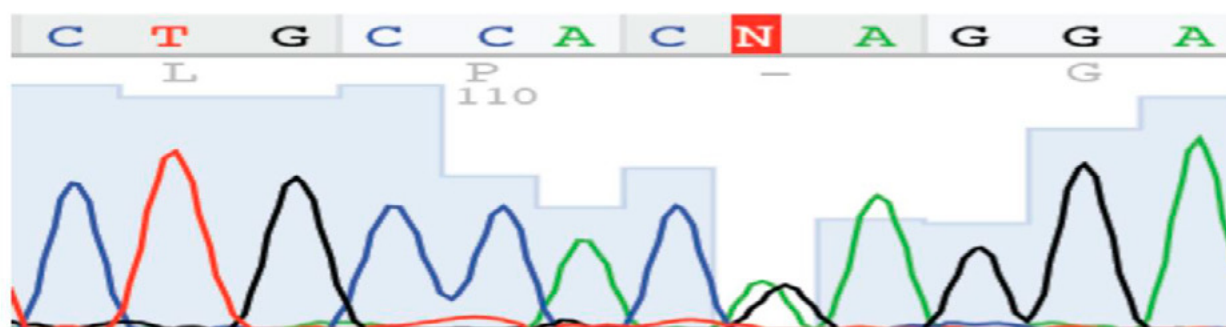
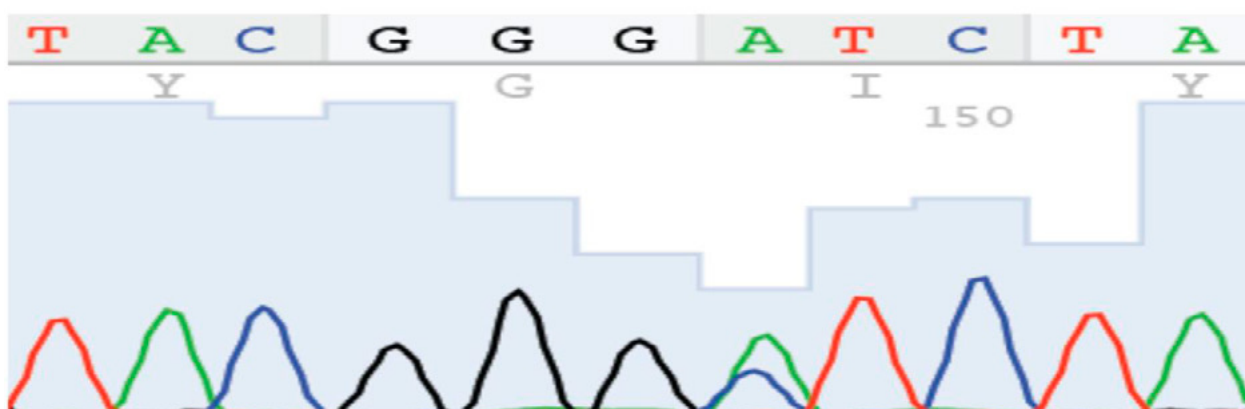


Fig 2. Exon 8, change in the nucleotide c.1351A>C.



less likely due to its rare incidence, but it was not completely ruled out because the paternal branch of the family could not be contacted).

Congenital deficiency of factor X is a rare coagulation disorder with an autosomal recessive inheritance pattern. The prevalence of homozygous deficiency is approximately 1 case per 1 million people in the general population, whereas the heterozygous deficiency appears in 1:500 people¹. The factor X gene has 22 kb and is located in chromosome 13, more specifically in locus 13q34-ter, 2.7 kb beyond the gene of factor VII with which it maintains a close relation. Its structure is similar to that of other vitamin K-dependent proteins: the sequence of the gene is divided into 8 exons, each of which encodes a specific domain inside the protein (the signal peptide, the catalytic domain, etc.)⁵. More than 100 mutations have been described, most of which affect exon 8. The diagnosis is based on the measurement of the coagulating activity of factor X (FX:C) through prothrombin time and aPTT, as well as through the measurement of factor X antigen plasma levels (FX:Ag). Therefore, we can establish a difference between type I deficiency, when there is a parallel decrease in the figures of FX:C and FX:Ag, and type II deficiency, when there is a discrepancy between low values of FX:C and normal or elevated levels of FX:Ag.⁶

Clinical manifestations depend on the circulating levels of active factor X. A deficiency with activity below 20% is considered severe, and it may be accompanied by hemarthrosis, intracranial bleeding in the neonatal period, hematuria, etc¹. In these cases it may be convenient to use prothrombin complex, which contains factor X, and which is effective in these patients and improves their symptoms⁶. Our patient showed a factor X level of 41%, which was classified as a mild deficiency which consequently did not require treatment, because it is not normally associated to spontaneous hemorrhage⁷.

IgA nephropathy has an excellent clinical evolution in most cases. Several studies have shown that, when microhematuria is accompanied by normal kidney function and absence of proteinuria (as in the case of our study), a progression towards kidney failure appears in few cases. Therefore, a renal biopsy is not recommended as part of the diagnostic study⁸. It is advisable to keep the patient under close monitoring in case that arterial hypertension or proteinuria may appear during the evolution, because they are prognostic markers of a progression towards kidney failure, and in those cases a renal biopsy would be indicated⁸.

It is worth mentioning the question of the association between nephropathy and factor X deficiency. A search in Pubmed returned only one article which described the case of a patient

with membranoproliferative glomerulonephritis and factor X deficiency⁹. There is no genetic disease described which associates both pathologies and, therefore, we believe that there is no such association, and that it is a casual finding when studying the coagulation of a patient with hematuria.

Therefore, we conclude that our patient had a congenital mild deficiency of coagulation factor X caused by a double heterozygosis in the gene of the factor and probably a concomitant and independent IgA nephropathy which caused a persistent microhematuria which was not related to the coagulation alteration, because the figures of active factor X did not justify the hemorrhagic symptoms.

References

1. Bolton-Maggs PH, Perry DJ, Chalmers EA, Parapia LA, Wilde JT, Williams MD, Collins PW, Kitchen S, Dolan G, Mumford AD. The rare coagulation disorders. Review with guidelines for management from the United Kingdom Haemophilia Centre Doctors' Organisation. *Haemophilia* 2004; 10:593-628.
2. Liu W, Xuan M, Xue F, Yang R. Acquired coagulation factor X deficiency: three cases report and literature review. *ZhonghuaXue Ye XueZaZhi* 2014; 35:633-6.
3. Hui-Ming C, Yung-Ming L, Yung-Chen T, Ming-Chen L. Microscopic hematuria in children. *Urological Science* 2011; 22:93-96.
4. Marchetti, G, Castaman, G, Pinotti, M, Lunghi, B, Di Iasio, MG, Ruggieri M, Rodeghiero F, Bernardi F. Molecular bases of CRM+ factor X deficiency: a frequent mutation (Ser334Pro) in the catalytic domain and a substitution (Glu02Lys) in the second EGF-like domain. *British Journal of Haematology* 1995; 90: 910-15.
5. Uprichard J, Perry DJ. Factor X deficiency. *Blood Reviews* 2002; 16: 97 - 110.
6. Menegai M and Peyvandi F. Factor X deficiency. *SeminThromb Hemost.* 2009; 35:407-15.
7. Girolami A, Cosi E, Santarossa C, Ferrari S, Girolami B, Lombardi AM. Prevalence of bleeding manifestations in 128 heterozygotes for Factor X deficiency, mainly for FX Friuli, matched vs 128 unaffected family members, during a long sequential observation period (23.5 years). *Eur JHaematol* 2016. [Epub ahead of print]
8. Gutiérrez E, Praga M, Moreno, JA. Microhematuria persistente con proteinuria negativa o de escasa cuantía. Grupo de Estudio de Enfermedades Glomerulares de la Sociedad Española de Nefrología (GLOSEN). *Nefrología (Madrid)* 2014; 34: 110-14.
9. T. Basturk T, Ahbap E, Eroglu Kesim B, Yilmaz M, Koc Y, Sakaci T, Unsal A. Membranoproliferative glomerulonephritis and a rare bleeding disorder: factor X deficiency. *IntUrolNephrol* 2011; 43:1237-41.

Derrame pleural durante la gestación

Pleural effusion during pregnancy

Joaquín Serrano Arriba¹, Fernanda López-Roibal Mourelle²,
Javier Porteiro Sánchez¹, Héctor Meijide Míguez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Ginecología, Hospital Quirónsalud A Coruña.

Resumen

La presencia de un exudado linfocitario con ADA elevado, especialmente en un paciente joven y en área endémica, siempre sugiere un diagnóstico de alta probabilidad de tuberculosis pleural. En cualquier caso sabemos que existen otras entidades que, aunque improbables, deben ser incluidas dentro del diagnóstico diferencial. En consecuencia es frecuente que al clínico se plantee la duda de cuando asumir un diagnóstico altamente probable o profundizar con el estudio etiológico y realizar una biopsia pleural.

A continuación presentamos el caso de una gestante con un exudado linfocitario con ADA elevado así como cual debe ser su manejo diagnóstico y terapéutico.

Palabras clave: Derrame pleural. Gestación. Exudado linfocitario. ADA.

Introducción

La presencia de un exudado linfocitario con ADA elevado, especialmente en un paciente joven y en área endémica, siempre sugiere un diagnóstico de alta probabilidad de tuberculosis pleural. En cualquier caso sabemos que existen otras entidades que, aunque improbables, deben ser incluidas dentro del diagnóstico diferencial. Presentamos un caso que traduce una realidad a la que los clínicos nos enfrentamos con frecuencia así como las controversias en el manejo del mismo.

Caso clínico

Mujer de 32 años alérgica a Penicilina seguida en consultas externas de Ginecología con gestación evolutiva normal hasta la semana 24 en la que se detecta una disminución en la curva de crecimiento fetal (percentil 10).

Valorada en consultas externas de Medicina interna en tercer trimestre de gestación por cuadro subagudo (8 semanas de evolución) de tos escasamente productiva, astenia, anorexia, febrícula, sudoración nocturna y pérdida de peso (3 Kg). Fue tratada de forma ambulatoria empíricamente con Azitromicina sin respuesta. Las últimas semanas desarrolló disnea de moderados esfuerzos y un episodio de hemoptisis leve-moderada.

La exploración física reveló disnea de mínimos esfuerzos con saturación de oxígeno basal del 93%, hipofonosis en 2/3 inferiores del hemitórax izquierdo y febrícula (37.6 °C). TA 132/85 mmHg y FC 105 lpm. No se palparon adenopatías a ningún nivel ni se objetivó ingurgitación yugular. La auscultación cardiaca fue normal y no presentaba edema periférico. La exploración abdominal fue concordante con la gestación.

La radiografía de tórax (fig 1) en dos proyecciones (posteroanterior y lateral) confirmó la presencia de un significativo derrame pleural izquierdo. Se decidió ingreso para completar los estudios diagnósticos y mantener vigilancia estrecha de la madre y el feto.

Abstract

High ADA lymphocyte exudate, especially in a young patient in an endemic area, always suggests a diagnosis of pleural tuberculosis. In any case, we know that there are other entities that, although unlikely, should be included in the differential diagnosis. Consequently, it is common for the clinician to raise the question of when to assume a highly probable diagnosis or when is necessary to perform a pleural biopsy.

We present the case of a pregnant with a high ADA lymphocyte exudate, as well as what should be its diagnostic and therapeutic management.

Keywords: Pleural effusion. Pregnancy. Lymphocyte exudate. ADA.

Fig 1. Rx tórax: derrame pleural izdo.



Estudios complementarios:

- Hemograma: Hb 10 mg/dL, 11.000 leucocitos con 86% de neutrófilos, trombocitosis marcada (625.000 plaquetas) y una VSG de 131. Frotis sangre periférica con abundantes neutrófilos con hipersegmentación nuclear, anisocitosis y trombocitosis confirmada.
- Coagulación normal.
- Bioquímica: Función renal, perfil hepático, calcio, ácido úrico, Na⁺ y K⁺ normales. Glucosa 96 mg/dL Proteínas 54 gr/L. Albúmina 27 gr/L. Colesterol total 248 mg/dL. LDLc 152 mg/dL. HDLc 57 mg/dL. Triglicéridos 194 mg/dL. LDH 820 U/L y PCR 135 mg/L.
- Serologías de VIH, VHC y VHC negativas.
- Auramina en esputo (x3): Negativas.
- La monitorización periódica del feto resultó normal y la toracentesis no traumática mostró un exudado linfocitario serohemático con ADA alto (68.7 UI/L)

Bioquímica y recuento celular del líquido pleural: Hematíes 50000 uL, leucocitos 1100 uL (76% PMN), Glucosa 90 mg/dL, proteínas de 38 gr, LDH 1688 U/L y PH normal.

Con los hallazgos mencionados tratándose de una paciente joven en nuestra área sanitaria (Galicia) se estableció como hipótesis diagnóstica más probable la tuberculosis pleural. A la espera del resultado del Mantoux y resto de estudios en líquido pleural (citología, cultivo convencional, cultivo de micobacterias y PCR de micobacterias) se inició tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. A pesar de la elevada sospecha diagnóstica, dado el contexto de la paciente, se contactó con el Servicio de Cirugía torácica para evacuación del derrame pleural y realización de biopsia pleural.

El Mantoux y la PCR de micobacterias en el líquido pleural fueron negativas. La citología negativa para malignidad. Pese al inicio del tratamiento antituberculoso y la evacuación del derrame pleural (1200 cc) desarrolló una evolución tórpida con persistencia de la fiebre, astenia intensa y disnea de mínimos esfuerzos. Finalmente siete días después del inicio del tratamiento, a las 35 + 6 semanas de amenorrea, inicia dinámica uterina con rotura prematura de membranas (líquido amniótico meconial) y se decide la realización de una cesárea de recurso por riesgo de pérdida de bienestar fetal (sin posibilidad de control bioquímico) obteniéndose un recién nacido femenino de 1870 gr. Test de Apgar 9/10.

Pocas horas después de la cesárea, conociendo la evolución clínica y la ausencia de granulomas en la biopsia pleural, se realizó un TAC tóraco-abdomino-pélvico (fig 2) que mostró una gran masa mediastínica con extensa afectación pulmonar, derrame pleural izquierdo, pequeñas adenopatías axilares izquierdas, adenopatías en unión cervicotorácica, derrame pericárdico, nódulos pulmonares contralaterales, hepatoesplenomegalia y severa afectación renal bilateral. Hallazgos que sugieren una enfermedad de origen linfoproliferativo.

Fig 2. Tac toraco-abdomino-pélvico: gran masa mediastínica.



Pocos días después los hallazgos anatomopatológicos de la biopsia pleural confirmaron el diagnóstico de Linfoma B difuso de células grandes. Se realizó biopsia de médula ósea y se procedió al traslado al centro de referencia para inicio de tratamiento con R-CHOP.

Discusión

En el contexto clínico referido con un exudado linfocitario con ADA un elevado nos surgen varias cuestiones que pasamos a discutir.

¿Con los resultados del Mantoux, cultivo y PCR de Micobacterias negativos se puede excluir el diagnóstico?

En absoluto. Hasta una tercera parte de los pacientes con tuberculosis pleural tienen un Mantoux negativo². En estos casos debería repetirse a las 2-6 semanas ya que puede positivizarse y ser útil para reforzar el diagnóstico. En pacientes VIH con recuento de CD4 menor a 200 células/mm³ la negatividad es todavía más frecuente².

Al ser el derrame pleural tuberculoso paucibacilar y producido fundamentalmente por una reacción de hipersensibilidad retardada convierte al cultivo de micobacterias en una técnica poco sensible (medio líquido sensibilidad 20-25%)³. La infección por VIH y el predominio de PMN en fases tempranas de la enfermedad se relacionan con una mayor rentabilidad²⁻³. Las técnicas de amplificación de secuencias de ácido nucleicos específicas de tuberculosis permiten detectar la micobacteria en el líquido pleural en menor tiempo y con mayor frecuencia. Su sensibilidad no supera el 62% y la especificidad es del 98%⁵.

En consecuencia tanto el cultivo como la PCR de micobacterias son técnicas útiles para confirmar el diagnóstico y no para excluirlo²⁻⁵.

¿Se puede asumir el diagnóstico de derrame pleural tuberculoso? ¿Cuándo debe plantearse la realización de una biopsia pleural?

En base al análisis de series españolas conocemos que puntos de corte de ADA pleural superiores a 40-45 UI/L tienen una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad del 90% para definir la naturaleza tuberculosa del derrame pleural¹.

En cualquier caso los clínicos debemos conocer que existen falsos positivos para un ADA elevado en líquido pleural. Algunos de fácil diferenciación (exudados con predominio PMN) como los derrames pleurales paraneumónicos o empiemas y otros mucho más infrecuentes como las neoplasias hematológicas. Sabemos que las falsas elevaciones de ADA entre los exudados linfocitarios no alcanzan el 4%⁶.

Por lo tanto en la práctica clínica podemos afirmar que cuando un paciente joven (< 40 años), especialmente en un área endémica, presenta un exudado linfocitario con un ADA pleural superior a 40 UI/L se asume el diagnóstico de tuberculosis pleural y se inicia tratamiento antituberculoso¹. En esta situación conviene recordar que el diagnóstico de tuberculosis no es un diagnóstico de certeza sino de probabilidad. Así se deberá transmitir al paciente y mantener un seguimiento estrecho. El diagnóstico de certeza de DPTB (derrame pleural tuberculoso) requiere la demostración de bacilos tuberculosos en el esputo, en el LP o en las muestras de biopsia pleural (BP), o bien la observación, en esta última de granulomas². En consecuencia la excepcionalidad de nuestro caso no debe cambiar la práctica clínica diaria. Como hemos visto es muy discutible la necesidad de realización de biopsia pleural. Su indicación en nuestra paciente se estableció exclusivamente

por criterio clínico. La necesidad de evacuación del derrame y utilizar un tratamiento antituberculoso con potenciales toxicidades en un periodo de gestación invitó a asumir la menor incertidumbre posible en el diagnóstico.

Puede justificarse la realización de una biopsia pleural fundamentalmente si nos encontramos en un país donde la prevalencia de tuberculosis sea baja²⁻³. Esta circunstancia motiva que el ADA mantenga un alto valor predictivo negativo pero un bajo valor predictivo positivo. Una segunda indicación estaría motivada por encontrarnos en zonas con alto nivel de resistencias micobacterianas donde tenga interés poder testar la sensibilidad a fármacos³. La tercera y última será una respuesta desfavorable de un paciente donde se haya instaurado tratamiento antituberculoso con un diagnóstico previo de probabilidad.

Bibliografía

1. Manejo práctico del derrame pleural. J.M Porcel-Pérez. An. Med. Interna (Madrid) Vol. 19, Nº4, pp. 202-208, 2002.
2. Derrame pleural tuberculoso. Lucia Ferreira, Esther San José y Luis Valdes. Arch Bronconeumol. 2014;50 (10): 435-443
3. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Actualización. Victoria Villena Garrido et al. Arch. Bronconeumol. 2014;50 (6): 239-249
4. Etiología del derrame pleural: análisis de más de 3000 toracocentesis consecutivas. José M. Porcel. Aureli Esquerda. Manuel Vives y Silvia Bielsa. Arch. Bronconeumol. 2014; 50 (5): 161-165.
5. Pai M, Flores LL, Hubbard A, Riley LW, Colford Jr JM. Nucleic acid amplification test in the diagnostic of tuberculous pleuritis: A systematic review and metaanalysis. BMC Infect Dis. 2004; 4:6.
6. Lee YCG, Rogers JT, Rodríguez RM, Miller KD, Light RW. Adenosine deaminase in nontuberculous lymphocytic pleural effusions. Chest 2001; 120: 356-61.

Chylomicronemia syndrome, the common link between hyponatremia and pancreatitis

Síndrome de quilomicronemia, el vínculo común entre hiponatremia y pancreatitis

Lilian Sousa, Cátia Santos, Susana Cunha, João Santos

Serviço de Medicina II, Centro Hospitalar de Leiria

Resumen

La hipertrigliceridemia es responsable hasta el 10% de los casos de pancreatitis, apareciendo como la tercera etiología más común. Este artículo describe el caso de una mujer de 29 años, admitida en el internamiento de medicina interna para investigación de hiponatremia grave asintomática. Posteriormente fue diagnosticada con pancreatitis, con presencia concomitante de pequeños cálculos biliares y síndrome de quilomicronemia, comprobando que se trataba de un caso de pseudo-hiponatremia. Después de la alta, la paciente mantuvo episodios de pancreatitis, incluso después de la colecistectomía, en probable relación con mala adhesión médica a la terapia hipolipidémica.

Palabras-clave: Pancreatitis, hiponatremia, hipertrigliceridemia, amilasa, lipasa.

Introduction

Pancreatitis consists in an inflammation of the pancreas that can be triggered by multiple causes, the most frequent being gallstones and alcohol.^{1,2,3,4} Hypertriglyceridemia (HTG) appears as the third most common cause of pancreatitis, responsible for up to 10% of the cases.^{2,4,5,6} Although theories have been proposed, the mechanism by which high triglycerides levels (TG) can trigger pancreatitis is unknown.⁷

Case description

A 29-year-old woman with a history of type 2 diabetes, class 2 obesity (BMI 37.3Kg/m²) and cholelithiasis was admitted to the emergency department due to abdominal pain and a 3-day constipation. She was chronically medicated with metformin + vildagliptin 850/50mg twice daily. The patient denied alcohol, tobacco or drugs consumption. Upon physical examination, she presented tenderness of the upper abdominal quadrants and multiple xanthomas of the face, arms and legs (Figure 1).

Relevant laboratory results at admission were haemoglobin of 12.5g/dL, WBC 15700/ μ L, platelets 330000/ μ L, glucose 85mg/dL, sodium 111mmol/L, potassium 4,1mmol/L, Amylase 128U/L, Lipase 192U/L, AST 65U/L, ALT 5U/L, LDH 138U/L, alkaline phosphatase 47U/L, total bilirubin 5.8 μ mol/L, c-reactive protein (CRP) 19,2mg/L (Table1).

Abdominal ultrasound exposed hepatomegaly, with hepatic steatosis, otherwise unremarkable. Abdominal x-ray showed mild Intestinal distention without hydro-aerial levels.

After pain medication and laxatives, the pain resolved and the patient was admitted to the internal medicine ward to investigate the hyponatremia.

Abstract

Hypertriglyceridemia is responsible for up to 10% of cases of pancreatitis, appearing as the third most common etiology. This article describes the case of a 29-year-old woman admitted to the internal medicine department in order to investigate an asymptomatic severe hyponatremia. Later, she was diagnosed with pancreatitis, and with the concomitant presence of small gallstones and chylomicronemia syndrome, so the hyponatremia was proved to be a pseudohyponatremia. After discharge, the patient maintained episodes of pancreatitis, even after cholecystectomy, in probable relation with bad medical compliance to hypolipidemic therapy.

Keywords: Pancreatitis, hyponatremia, hypertriglyceridemia, amylase, lipase.

The clinical condition deteriorated with recrudescence and exacerbation of the abdominal pain. Blood analysis showed a pronounced elevation of CRP 418mg/L, amylase 108U/L, lipase 242 U/L, maintaining the hyponatremia, with normal TSH (Table1).

It is relevant to refer that the blood sample was lipemic, with the standing plasma containing a cream layer over a turbid layer. Blood cultures were collected and empiric antibiotic therapy with Piperacillin-Tazobactam started. Further study included abdominal computed tomography (Fig. 2), relating signs of acute pancreatitis as well as small size gallstones. The patient received treatment with intravenous fluids, fasting and pain control, obtaining clinical improvement. Later we acknowledged the lipid profile results: total cholesterol 1282mg/dl, HDL 40mg/dl, TG 6221mg/dl. Medical therapy with rosuvastatin 40mg and fenofibrate 267mg was started.

During the hospital stay the patient evolved with no complications and no organic dysfunction and after three weeks she was discharged, with TG 994mg/dl. With the diagnosis of type V hyperlipoproteinemia in Fredrickson classification (based on the examination of standing plasma and Total cholesterol/TG ratio)^{8,9}, she was referred to genetic testing, but no abnormalities were found.

After discharge, the patient presented wavering TG in relation with inappropriate compliance, TG varying from 299 to 5825mg/dl. She had another admission with the diagnosis of pancreatitis and after 6 months she was submitted to cholecystectomy. Two months after surgery the patient had another recurrence of pancreatitis, with TG 5444mg/dl. A magnetic resonance was performed and the possibility of residual choledocholithiasis was discarded.

Discussion

The association between severe HTG and pancreatitis was first described by Speck in 1865.^{6,10} Individuals with

Correspondencia: licibele@gmail.com

Como citar este artículo: Sousa L, Santos C, Cunha S, Santos J.

Chylomicronemia syndrome, the common link between hyponatremia and pancreatitis. Galicia Clin 2018; 79 (2): 53-55

Recibido: 12/11/2017; Aceptado: 07/12/2017

Fig 1. Xanthomas dispersed by both patient's Knees.



Fig 2. Computed tomography displaying peri-pancreatic densification and oedema as a sign of pancreatitis.

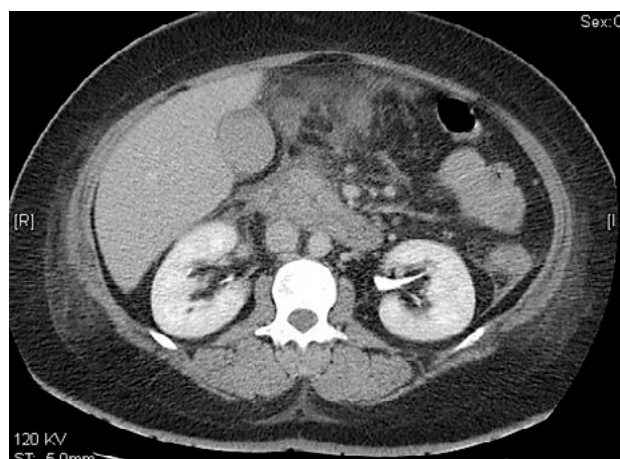


Table 1. Relevant laboratory results on emergency department (ER) and on internal medicine department (IMD) when the clinical condition deteriorated.

Parameters	ER	IMD	Normal Range
Haemoglobin (g/dL)	12.5	12.0	11.5-16.0
WBC ($10^3/\mu\text{L}$)	15.7	10.3	4.0-10.0
Platelets ($10^3/\mu\text{L}$)	330	292	150-500
Glucose (mg/dL)	85	211	74-106
BUN (mmol/L)	4.9	2.4	2.1-7.1
Creatinine (mg/dL)	0.14	0.48	0.6-1.1
Sodium (mmol/L)	111	128	136-146
Potassium (mmol/L)	4,1	3.3	3.5-5.1
Amylase (U/L)	128	108	28-100
Lipase (U/L)	192	242	22-67
AST (U/L)	65	9	15-35
ALT (U/L)	5	15	3-34
Lactate dehidrogenase (U/L)	138	138	100-190
Alkaline phosphatase (U/L)	47	47	42-98
Total bilirubin ($\mu\text{mol/L}$)	5.8	5.9	5.0-21.0
Conjugated bilirubin ($\mu\text{mol/L}$)		0.5	<3.4
Unconjugated bilirubin ($\mu\text{mol/L}$)		5.3	1.7-17.1
C-reactive protein (mg/L)	19.2	418	<5
Total cholesterol (mg/dL)		1282	<201
HDL (mg/dL)		40	40-60
TG (mg/dL)		6221	<150
Hb A1c (%)		7.7	4.0-6.0
TSH ($\mu\text{UI/L}$)		1.8	0.34-5.60

TG>1000mg/dl have an increased risk to develop pancreatitis.^{2,4,6,10}

HTG can be caused by genetics or by secondary factors, such as uncontrolled diabetes, alcohol or medication.¹¹ Chylomicronemia syndrome is characterized by the presence of chylomicronemia (TG>1000mg/dL), as well as the presence of eruptive xanthomas, lipemia retinalis or abdominal pain, and it is frequently related with recurrent pancreatitis.^{7,11,12}

The diagnosis of pancreatitis requires at least two of the three criteria: typical abdominal pain, lipase or amylase serum levels raised more than three times the normal upper limit, and detection by CT.¹⁰ However, serum lipase and specially amylase are less reliable when the pancreatitis is caused by HTG as its concentrations can be in normal range or only mildly elevated.^{1,2,10}

In our case the diagnosis of pancreatitis was first obscured by the mild elevation of serum levels of amylase and lipase, not superior to three times the normal range on the first evaluation; only on reassessment did the lipase attain diagnostic values, with amylase remaining merely slightly raised. As the patient referred constipation and the abdominal pain subsided after laxatives, the pain was attributed to constipation.

Against this backdrop the hyponatremia was the most valued anomaly and only after the relapse and exacerbation of the abdominal pain, the possibility of an abdominal malady was weighted.

The knowledge of the TG made obvious that we were before a pseudo-hyponatremia. The whole scenery was an important reminder that before hyponatremia, the first step is to confirm that it is real and not a pseudo-hyponatremia.

Another important singularity was the presence of two potential trigger factors. The presence of gallstones is the most common cause to pancreatitis so it was difficult to assume that they had no contribution to the clinical condition. However, it was also not wise to ignore the HTG and the fulfilment of the diagnostic criteria of chylomicronemia syndrome. The relapse of pancreatitis even after cholecystectomy, supported the HTG as the trigger to pancreatitis. The presence of a lipemic blood sample is also an important factor as it should always raise the suspicion of HTG induced pancreatitis.⁴

There are no guidelines for the treatment of pancreatitis associated with HTG.⁶ The initial management is similar to any other cause, relying on intravenous fluids, pain management and dietary restriction.¹ Nevertheless, besides supportive care

a crucial goal is to reduce TG in order to decrease or eliminate the trigger. Fibrates with or without statins are the first line treatment to lower TG, but they need time to be effective.^{2,10} In acute settings the celerity in obtaining the target results can be fundamental in the patients' outcome, therefore other strategies have been reported and proven its efficacy in some studies. Apheresis has been successfully tested and is capable of a quick reduction of TG, sometimes in only one session. Its limitations lie in the high cost, the inaccessibility in some centres and in the fact that the technique is not totally innocuous. A more commonly used measure is intravenous insulin perfusion, with or without heparin, also proven to be effective in reducing TG in several studies although the results are not as fast as apheresis.^{1,2,3,6,11}

Our patient was effectively treated with only supportive care. Some authors defend that this approach may be sufficient,¹¹ and the clinical improvement should be the guide to choose the treatment options. The more severe cases, with multi-organic dysfunction and instability, as well as the absence of improvements signs should prompt a more aggressive treatment.^{1,2,10}

References

1. Khan R, Jehangir W, Regeti K, Yousif A. Hypertriglyceridemia-Induced Pancreatitis: Choice of Treatment. *Gastroenterol Res.* 2015;8(3-4):234-236
2. Chaudharya A, Iqbala U, Anwarb H, Siddiquic HU, Alvi M. Acute Pancreatitis Secondary to Severe Hypertriglyceridemia: Management of Severe Hypertriglyceridemia in Emergency Setting. *Gastroenterol Res.* 2017;10(3):190-192
3. Lu MLRY, Agito MD. Triglyride-induced Pancreatitis: Diagnostic and Therapeutic Approach. *Gastroenterol Hepatol Endosc.* 2016; 1(1): 1-5
4. Minhas J, Thakkar D, Dargin J. Hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis. *The Journal of Emergency Medicine.* 2017; 52(3): e89-e90
5. Wang S, Chou Y, Shangkuan W, Wei K, Pan Y, Lin H. Relationship between Plasma Triglyceride Level and Severity of Hypertriglyceridemic Pancreatitis. *PLoS One.* 2016; 11(10): e0163984
6. Ewald N, Hardt PD, Kloer HU. Severe hypertriglyceridemia and pancreatitis: presentation and management. *Curr Opin Lipidol.* 2009;20(6):497-504.
7. Tannock L, Bhat A. Risk Assessment and Guidelines for the Management of High Triglycerides. 2015. (Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK326745/)
8. Beaumont JL, Carlson LA, Cooper GR, Fejfar Z, Fredrickson DS, Strasser T. Classification of hyperlipidaemias and hyperlipoproteinaemias. *Bull World Health Organ.* 1970; 43:891-915
9. Fredrickson DS, Levy RI, Lees RS. Fat transport in lipoproteins-an integrated approach to mechanisms and disorders. *N Engl J Med.* 1967; 276(5):273-81
10. Campos A, Santos J, Freitas C, Castro A, Santos S, Pimentel JP et al. Plasmapheresis in the Management of Acute Pancreatitis due to Severe Hypertriglyceridemia—Reporting New Cases. *Journal of Renal and Hepatic Disorders.* 2017; 1(1):29-34
11. Uysal E, Acar YA, Gökmen E, Kutur A, Dogan H. Hypertriglyceridemia Induced Pancreatitis (Chylomicronemia Syndrome) Treated with Supportive Care. *Case Reports in Critical Care.* 2014: DOI 10.1155/2014/767831
12. Leaf DA. Chylomicronemia and the chylomicronemia syndrome: a practical approach to management. *Am J Med.* 2008; 121(1):10-2.

Língua villosa nigra

Black hairy tongue

Palavras-chave: Língua villosa nigra; Leucoplasia oral;

Keywords: Lingua villosa nigra; Black hairy tongue

Apresentamos o caso de uma mulher de 88 anos, grau 5 na escala de Rankin modificada, com antecedentes pessoais de demência vascular. Cronicamente medicada com quetiapina, trazodona, lorazepam e ciamemazina. Apresenta-se no Serviço de Urgência por clínica compatível com infecção do trato urinário. Ao exame objectivo, constatada alteração da coloração do dorso da língua e a presença de papilas filiformes de coloração negra e acastanhada predominantemente na região pré-sulcal (Figura 1). Trata-se de um caso de Língua villosa nigra, também conhecida como Língua pilosa negra, uma entidade clínica benigna, com prevalência estimada entre os 0,6 e 11,3%. O diagnóstico é essencialmente clínico, através do exame da cavidade oral e história clínica detalhada. É frequentemente assintomática, mas pode acompanhar-se de disgeusia, náuseas e halitose e provoca habitualmente preocupações estéticas.¹ A etiologia não está ainda totalmente esclarecida mas será seguramente multifactorial, sendo conhecida a sua associação com o uso de psicotrópicos, antibióticos, tabaco e álcool, assim como desidratação e maus cuidados de higiene oral.^{2,3} Do ponto de vista patofisiológico observa-se hipertrofia reactiva e alteração da descamação das papilas do dorso da língua, com consequente acumulação de resíduos e microorganismos. O tratamento consiste na correção dos desencadeantes identificados, na optimização da higiene oral e na promoção da descamação da língua através de métodos físicos, como a escovagem, sendo também possível a utilização de agentes químicos como retinóides ou ácido salicílico.^{2,4} No caso clínico apresentado, foi instituída antibioterapia empírica para tratamento da infecção do trato urinário, ajustada a medicação psicotrópica e reforçados cuidados de higiene oral. A doente evoluiu favoravelmente.



Bibliografia

1. Gurvits GE, Tan A. Black hairy tongue syndrome. *World J Gastroenterol.* 2014;20(31):10845-50.
2. Schlager E, St claire C, Ashack K, Khachemoune A. Black Hairy Tongue: Predisposing Factors, Diagnosis, and Treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2017;18(4):563-569.
3. Jhaj R, Gour PR, Asati DP. Black hairy tongue with a fixed dose combination of olanzapine and fluoxetine. *Indian J Pharmacol.* 2016;48(3):318-20.
4. Korber A, Dissemond J. Images in clinical medicine. Black hairy tongue. *N Engl J Med.* 2006;354(1):67. Diagnóstico

Diagnosis: Língua villosa nigra

Black hairy tongue

Filipa Sousa, Pedro Neto

Medicina Interna do Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Mujer de 43 años con leves hipodensidades de la sustancia blanca subcortical

A 43-year-old woman with slight hypodensities of the subcortical white matter

We present the case of a 43-year-old woman with history of unmedicated dyslipidemia, non-functioning thyroid nodules and arterial hypertension diagnosed for 5 years and controlled with angiotensin converting inhibitor therapy. She was admitted at the Emergency Department due to frontal headache lasting for 15 days associated with episodes of blurred vision with a few minutes of duration and vomiting in the previous day. The physical examination revealed high blood pressure (217/101 mmHg), with no other remarkable alterations. The electrocardiogram showed no acute changes; the analytical study revealed normal blood count, ionogram, renal function and liver profile and type 2 urine without proteinuria. Computed tomography (CT) of the brain showed slight hypodensities of the subcortical white matter, frontal and mainly parietal (Figure 1), and the hypothesis of Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome (PRES) was considered. Cerebral Magnetic Resonance imaging (MRI) revealed numerous areas of hyperintensity, observed in sequences with long repetition time, with confluent pattern, mainly subcortical in frontoparietal regions of non-specific gliotic nature (Figure 2). The patient was hospitalized, under antihypertensive therapy, with improvement of the tension profile and resolution of the symptomatology. The etiological study excluded other causes for brain injuries, injury to other target organs and causes of secondary hypertension. The diagnosis of PRES was established.

PRES was first codified as a single named syndrome in a 1996 case series¹. PRES is a clinical imagiological syndrome, whose overall incidence is unknown and is more common in women¹. The pathogenesis remains unclear, but appears to be related to disordered cerebral autoregulation and endothelial dysfunction¹. A wide variety of medical conditions have been implicated as causes of PRES. The first association described was with arterial hypertension, reported in about 75% of the cases² and other conditions include autoimmune diseases and therapy with immunosuppressive drugs². In the appropriate clinical setting, clinicians should recognize the neurologic syndrome, characterized by headache, altered consciousness, visual disturbances and seizures³, and order a brain MRI; the most commonly observed abnormalities are punctate or confluent areas of increased signal on proton density and T2-weighted images⁴, as in the case described. Treatment includes supportive measures and correction of the underlying condition (such as tension control). In many cases, PRES seems to be fully reversible after removal of the inciting factor¹. However, in the most severe cases there is a risk of permanent neurologic disability or death⁵. Early recognition and intervention are critical in prognosis.

References

1. Hinchey J, Chaves C, Appignani B, Breen J, Pao L, Wang A, et al. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. *N Engl J Med*. 1996;334(8):494-500.
2. Bartynski WS. Posterior reversible encephalopathy syndrome, part 1: fundamental imaging and clinical features. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2008;29(6):1036-42.
3. Fugate JE, Claassen DO, Cloft HJ, Kallmes DF, Kozak OS, Rabinstein AA. Posterior reversible encephalopathy syndrome: associated clinical and radiologic findings. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(5):427-32.
4. Lamy C, Oppenheim C, Méder JF, Mas JL. Neuroimaging in posterior reversible encephalopathy syndrome. *J Neuroimaging*. 2004;14(2):89-96.
5. Covarrubias DJ, Luetmer PH, Campeau NG. Posterior reversible encephalopathy syndrome: prognostic utility of quantitative diffusion-weighted MR images. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2002;23(6):1038-48.

Correspondencia: rakel.freitas@hotmail.com

Como citar este artículo: Freitas AR, Ribeiro H.

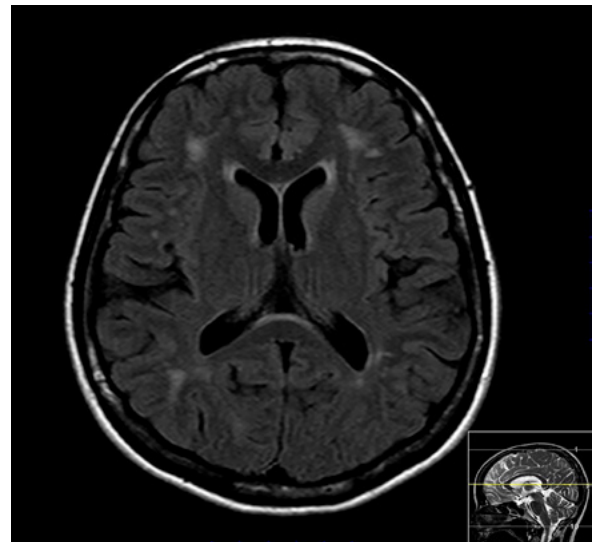
Mujer de 43 años con leves hipodensidades de la sustancia blanca subcortical. *Galicía Clin* 2018; 79 (2): 57

Recibido: 01/11/2017; Aceptado: 27/11/2017

Fig 1. Computed tomography of the brain showed slight hypodensities of the frontal and parietal subcortical white matter.



Fig 2. Cerebral Magnetic Resonance imaging (sequences with long repetition time) showed numerous areas of hyperintensity with confluent pattern, mainly subcortical in frontoparietal regions.



Diagnosis: Posterior reversible encephalopathy syndrome: a clinical radiographic syndrome

Ana Raquel Freitas, Heloísa Ribeiro

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal

Detrás de una circulación abdominal exuberante

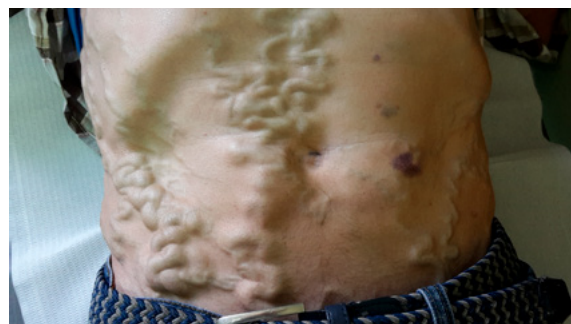
Behind an exuberant abdominal circulation

A 54-year-old man with a history of multifactorial lung disease (pulmonary obstructive lung disease GOLD IV group D and silicosis), presented at 2009 a right iliofemoral deep vein thrombosis (DVT). After then he had been hypocoagulated for 9 months. Five years later, presented a left iliofemoral deep vein thrombosis. Since then, is under uninterrupted hypocoagulation. An abdominal computed tomography performed at 2012 showed retroperitoneum and pelvic collateral circulation without evident thrombus at femoral level. At 2015 he was referred to a Hepatic Disease Consultation because of an exuberant abdominal venous collateral circulation with suspected underlying hepatic disease. Physical examination revealed an exuberant abdominal venous circulation (Figure 1) without palpable liver. The laboratory findings included negative ds-DNA and ANA; and positive beta-2 glycoprotein antibodies in two distinct determinations (12 weeks apart). A definitive diagnosis of antiphospholipid syndrome (APLS) was made. APLS is a systemic autoimmune disorder, which can occur as a primary condition or in the presence of another systemic disease, like systemic lupus erythematosus (in 40% of the cases). The diagnosis of APLS includes clinical and laboratory criteria. Clinical suspicion should be raised in presence of one or more otherwise unexplained venous or arterial thrombotic events, especially in young patients; one or more specific adverse outcomes related to pregnancy, including fetal death after 10 weeks gestation, premature birth due to severe preeclampsia or placental insufficiency, or multiple embryonic losses (<10 weeks gestation), or other unexplained thrombocytopenia or prolongation of a test of blood coagulation. The typical laboratory finding is the presence of persistent antiphospholipid (aPL) antibodies. Anticoagulation (warfarin and other vitamin K antagonists - VKA, heparin) and/or antiplatelet drugs remains the mainstay of management in patients with thrombotic APLS. At present, direct oral anticoagulants should only be considered as an alternative, in patients with APLS and DVT, when there is a known VKA allergy or poor anticoagulant control. Indefinite anticoagulation for APLS is supported by evidence, since it carries a higher risk of recurrent thrombosis compared to aPL-negative subjects and the thrombotic risk may increase with time. The prognosis of patients with APLS is quite variable and depends on different factors (severity of primary clinical manifestation; past history of thrombosis; high levels of antibodies; adequate therapeutics, and presence of neoplasm).

References

1. Bustamante J and Bhimji. S. Antiphospholipid Syndrome. StatPearls Publishing; 29, April, 2017.
2. Arachchilage and Laffan M. Pathogenesis and management of antiphospholipid syndrome. British Journal of Haematology, 2017. doi: 10.1111/bjh.14632
3. Santamaria JR, Badziak D *et al*. Síndrome antifosfolípide. Anual Brazilian Dermatology 2005;80(3):225-39.

Figure 1, 2 and 3.
An exuberant abdominal venous circulation.



Diagnosis: Antiphospholipid syndrome (APLS)

Diana Silva Fernandes, Marta Soares

Department of Internal Medicine, Centro Hospitalar do Médio Ave. Famalicão, Portugal.

XXXV Reunión Anual de la Sociedad Gallega de Medicina Interna

Comunicaciones

COMUNICACIONES ORALES

ANÁLISIS DE LOS CUIDADOS EN LOS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA

R. Gómez-Méndez (1), R. Suárez-Gil (1), M. F. Lirio-Romero (1), V. Álvarez-Vidal (2), A. García-Martínez(3), R. Rabañal-Rey (4)

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCIUS AUGUSTI. 1: MEDICINA INTERNA, 2: GERIATRÍA, 3: CUIDADOS PALIATIVOS, 4: UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

INTRODUCCIÓN: Existen muy pocos estudios centrados en las actuaciones en los últimos días de vida de pacientes hospitalizados en fase terminal de su enfermedad. **OBJETIVOS:** Analizar las intervenciones sobre pacientes fallecidos en planta de Medicina Interna en los que la muerte era esperable.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes fallecidos en Medicina Interna en Enero-Agosto de 2017. Se excluyeron pacientes fallecidos antes de la valoración por un internista y aquéllos con muerte no esperable. Definimos muerte esperable como aquella en la que el médico responsable registró en la historia clínica la posibilidad del fallecimiento. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, diagnóstico-terapéuticas y evolutivas.

RESULTADOS: Se incluyeron 234 pacientes. La edad media fue de 85,5 años, el 50% eran mujeres y la estancia media fue de 8,8 días. El 66,7% tenía un índice de Charlson \geq 7. La causa más frecuente de muerte fue infección respiratoria (21,8%).

Se registraron los síntomas en el 97,4%, la información a familiares sobre mal pronóstico en el 91%, la orden de no RCP en el 33,3%; sólo constaba el documento de instrucciones previas en 1 paciente.

El 66,2% recibió tratamiento paliativo: 49% pauta fija+ rescate, 38,9% rescates y 12,1% pauta fija. Se retiró tratamiento no sintomático en el 27,5% y se inició sedación en el 56,4%, siendo ésta indicada por el médico responsable en el 85,1% de los casos. El consentimiento sobre sedación constaba en la historia clínica en el 54,7% de los casos. Se intentó RCP en 1,7% y se realizaron procedimientos diagnóstico-terapéuticos no sintomáticos en el 32,5%. **CONCLUSIONES:** La mayoría de pacientes fallecidos nuestra planta en los que la muerte era esperable son ancianos pluripatológicos. Es necesario mejorar el abordaje del paciente paliativo en Medicina Interna, tanto desde el punto de vista de la planificación como de la intervención terapéutica.

ATIPIA TIROIDEA DE SIGNIFICADO INCIERTO. RIESGO DE MALIGNIDAD

Isabel Fernández Castro, Cristina Trigo Barros, Ruth Boente Varela, José Luis Lamas Ferreiro, Wilfredo Guanipa, Manuel de Sas Fojón.

POVISA. MEDICINA INTERNA Y ENDOCRINOLOGÍA

INTRODUCCIÓN: El sistema Bethesda clasifica la atipia de significado incierto en la categoría III, y la prevalencia de malignidad de esta es muy dispar entre los distintos estudios, con un rango que varía entre el 5 y el 37%. Por este motivo existe discrepancia entre el manejo de estos nódulos, bien repetir PAAF o derivar directamente a cirugía. El objetivo de este trabajo es analizar el riesgo de malignidad en nuestra área sanitaria para determinar la actitud clínica más adecuada.

MATERIAL Y MÉTODO: desde mayo de 2010 a marzo de 2017 se analizaron 1229 citologías tiroideas, de las cuales 99 fueron clasificadas en la categoría III del sistema Bethesda, un 8%. Analizamos el resultado de los pacientes en los que se repitió la PAAF, el resultado de los operados y correlacionamos las características ecográficas con el riesgo de malignidad.

RESULTADOS: en 11 pacientes (11.1%) se hizo seguimiento. En 30 (30.3%) se repitió la PAAF: 15 (50%) resultaron benignas, 6 (20%) insuficientes, 7 (23.3%) atipia de significado incierto y 2 (6.76%) sospechosas de malignidad. Se operaron 67 pacientes, 56 se mandaron directamente y 11 se remitieron tras la segunda PAAF. De estos, 33 (49.2%) fueron benignas y 34 (50.7%) malignas: 9 (26.5%) microcarcinoma papilar de tiroides, 1 (2.9%) carcinoma medular, 1 (2.9%) carcinoma papilar bien diferenciado con potencial maligno incierto, 6 (17.6%) carcinoma papilar variante folicular y 17 (50%) carcinoma papilar. Ninguna característica ecográfica tuvo significación estadística como factor de riesgo de malignidad, sin embargo, una edad inferior a 50 años sí.

CONCLUSIÓN: de las 99 citologías informadas como atipia de significado incierto, el 34.4% mostraron cáncer de tiroides tras la cirugía. Ante estos resultados, debido al alto porcentaje de malignidad en esta categoría, consideramos que lo adecuado es recomendar tiroidectomía a todos los pacientes clasificados como categoría III, pese a discrepar con las recomendaciones del sistema Bethesda.

PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA REFRACTARIA CON DIÁLISIS PERITONEAL

Pedrosa Fraga C (1), Guerrero Sande H (1), Cerqueiro González JM (1), Piñeiro Fernández JC (1), González Tabarés L (2), Millán Díaz B (2)

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCIUS AUGUSTI. (1)MEDICINA INTERNA (2)NEFROLOGÍA

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardíaca refractaria (ICR) es un problema de salud con elevada morbimortalidad. La mayoría de pacientes presentan enfermedad renal crónica (ERC), lo que incrementa la estancia hospitalaria, asistencia a urgencias y rescates en hospitales de día. El síndrome cardiorenal asocia resistencia a diuréticos, por lo que hace necesaria la búsqueda de alternativas terapéuticas.

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de la diálisis peritoneal (DP) en el tratamiento de ICR en cuanto a calidad de vida, hospitalización y mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con ICR incluidos en el programa de DP entre enero de 2014 y abril de 2018. Se analizó la mejoría en la calidad de vida, asistencias al hospital, mortalidad y seguridad.

RESULTADOS: Se incluyeron 11 pacientes (9 varones): 7 con ICR por cardiopatía isquémica, 2 por miocardiopatía dilatada y 2 por cardiopatía valvular. La edad media fue de 81, 8 años. Todos presentaban ERC estadio 3b-5 (ninguno en diálisis) y precisaron asistencia a urgencias, ingreso o rescates en hospital de día en el año previo al inicio de DP, por insuficiencia cardíaca (IC), con una mediana de 29,36 (4-62) días-año. Todos destacaron la mejoría en su calidad de vida. Sólo 2 precisaron ingreso por IC (estancia media 8 días) y uno asistencia a urgencias. Ninguno precisó rescates de diuréticos iv, paracentesis ni toracocentesis. 3 presentaron peritonitis por DP (resueltas sin complicaciones). 6 (54,5%) fueron exitos: 1 por edema agudo de pulmón, 4 por deterioro progresivo tras una media de 13,5 meses en DP y 1 por fractura de cadera. Ningún paciente falleció por causas derivadas de DP. 5 pacientes continúan en el programa, con un tiempo medio de seguimiento de 21,91 (4-82,5) meses.

CONCLUSIONES: La DP mejora el control de la sobrecarga de volumen, disminuye las hospitalizaciones y mejora la calidad de vida de los pacientes. La adaptación a la técnica es buena y con escasas complicaciones.

ESCLEROSIS SISTÉMICA Y CÁNCER. POSIBLE PAPEL DE LOS CALCIOANTAGONISTAS

Andrea Cabaleiro, Mayka Freire, Omayra Rodríguez, Milla Suárez, Antón Otero, Olalla Lima, Patricia Diéguez, Ana Argibay, Caritina Vázquez, Alberto Rivera

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO. UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS Y TROMBOSIS. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: El uso de calcioantagonistas (CA) está muy extendido en la esclerosis sistémica (ES) para el tratamiento del Fenómeno de Raynaud. Los CA pueden alterar la apoptosis, un mecanismo para la destrucción de células cancerosas. En la ES, el riesgo de cáncer aumenta, pero el papel de los CA no está claro, con datos contradictorios hasta el momento

OBJETIVOS: Analizar el papel de los CA en la aparición de cáncer en una cohorte de pacientes con ES.

MATERIAL Y MÉTODO: Se recogieron pacientes diagnosticados de ES en nuestro hospital desde 1985 hasta 2017. Se revisaron las historias clínicas, registrando los datos clínico-epidemiológicos y los tratamientos.

RESULTADOS: 120 pacientes fueron diagnosticados de ES (103 mujeres, 17 hombres), 22 de los cuales (18, 3%) han desarrollado cáncer. El tipo de cáncer fue: mama (12 pacientes, 57%), gastrointestinal (4 pacientes, 33%), un hipernefroma, un carcinoma endometrial, un linfoma, un cáncer de piel y un epidermoide de lengua. El adenocarcinoma fue el patrón histológico más frecuente (16 pacientes, 76%). El diagnóstico de ES se realizó a una edad más avanzada en los pacientes diagnosticados de cáncer (66,4 +/- 11,7 vs 54,8 +/- 17,3 años, p = 0,019); Una edad mayor de 55 años confería un riesgo relativo (RR) de cáncer de 1,69 (1,26-2,25) en la cohorte global y un RR de 3,26 (1,18-8,99) en la cohorte femenina. A pesar de que la asociación entre cáncer y CA no alcanza significación estadística, la asociación entre CA y pacientes mujeres mayores de 55 años eleva el RR de cáncer a 4,16 (0,96-17,95). Todas las demás características analizadas no alcanzaron diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES: Los CA aumentan, en nuestra serie, el riesgo de cáncer en mujeres mayores de 55 años. Los CA podrían estar implicados en la patogenia del cáncer en la ES. Debido al amplio uso de estos fármacos en la ES, sería interesante aclarar mejor dicha asociación con estudios controlados de mayor tamaño.

CORRELACIÓN DE FÓRMULAS PARA ESTIMACIÓN DE FILTRADO GLOMERULAR PARA AJUSTE DE DOSIS DE ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE MEDICINA INTERNA

P. Vázquez Rodríguez, R. Suárez Fuentetaja, A. B. Porto Pérez, I. Rodríguez Osorio, I. Justo Muradás, C. Barbagelata López, S. Ruanova Suárez, R. De La Fuente Cid, J. L. Díaz Díaz

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: Anticoagulantes acción directa (ACOD) son alternativa eficaz y segura frente acenocumarol en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV); de elección según guías práctica clínica (GPC). 1/3 pacientes con FANV tienen enfermedad renal crónica (ERC) al menos moderada, pudiendo ser medida con fórmulas como CKD-EPI, MDRD, Cockcroft-Gault (CG). Ensayos pivotaes de ACOD incluyeron en torno 20% pacientes con ERC ajustando dosis según ACOD y filtrado glomerular estimado (FGe) mediante fórmula CG. Así, GPC recomiendan medir FGe mediante CG en pacientes con FANV que van a recibir ACOD. En nuestra red sanitaria se usa mayoritariamente CKD-EPI. 2-Conocer concordancia entre CG y CKD-EPI para cálculo FGe que obliga a ajuste de dosis de ACOD en FANV. Calcular valor predictivo positivo (VPP) CKD-EPI para dicho fin. 3-Estudio de cohortes retrospectivo en \geq 75 años ingresados en un Servicio de Medicina Interna (MI) con FANV y CHADS-VASC \geq 2. Para cálculo FGe se tomó media de valores de creatinina en últimos 6 meses, excluyendo ingreso hospitalario. 4- Características basales poblacionales (N=306) se muestran en Tabla1. %pacientes con ERC al menos moderada es parecido cuando se calculó con CKD-EPI (78,2 %) o CG (74,9%), con coeficiente correlación kappa entre ambas fórmulas 0.77 para todo el espectro de FGe (Gráfica1). Aplicando fórmula CG deberíamos ajustar dosis de rivaroxaban o edoxaban en 57.5% pacientes, 62.4% si usamos CKD-EPI cuyo VPP para tal fin es 64% (Gráfica3). % para apixaban son 14.7 y 14.4% respectivamente, y VPP para CKD-EPI de 58%. 5-3/4 partes de pacientes ingresados en MI \geq 75 años con FANV tienen ERC al menos moderada con independencia de fórmula con que midamos FGe (CG o CKD-EPI), mostrándose buena correlación entre ambas fórmulas. De usarse CKD-EPI para cálculo FGe en esta población, estaríamos modificando dosis ACOD en 40% pacientes en los que el cálculo mediante CG no nos obligaría a ello. El uso CKD-EPI para valoración FGe en esta población puede conducir a infradosificación de ACOD.

FACTORES PREDICTIVOS DE DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Iago Aldao, Ana Chouza, Nagore Blanco, Ángeles Pallarés, Laura Calviño, Ángel Salgado, Luis Anibarro

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA. FACULTAD DE MEDICINA USC. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GALICIA SUR. UNIDAD DE TUBERCULOSIS-MEDICINA INTERNA. NEUMOLOGÍA. MICROBIOLOGÍA

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis pulmonar (TBP) es una enfermedad de potencial transmisión nosocomial a partir de pacientes no aislados a su ingreso. Por otra parte, un sobreaislamiento provoca sobrecostes y disminución innecesaria de la disponibilidad de camas.

OBJETIVOS: Realización de un score predictivo que identifique la necesidad de aislamiento respiratorio de pacientes en Urgencias con sospecha de TBP que precisen ingreso.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de casos y controles de pacientes ingresados con sospecha de TBP en el Complejo Hospitalario de Pontevedra entre 2011 y 2016. La sospecha de TBP se basó en la solicitud de cultivos de micobacterias en muestras respiratorias. Se comparó cada caso con dos controles seleccionados de las solicitudes inmediatamente anterior y posterior. Se analizaron las variables disponibles en el servicio de Urgencias.

Tras un análisis preliminar de los datos, se realizó un modelo de regresión logística múltiple con las variables potencialmente predictoras. Se asignó una puntuación a cada variable en base a los valores $\text{Exp}(\beta)$ y el valor de significación. Posteriormente se evaluó la curva ROC para detectar el mejor punto de corte de discriminación.

RESULTADOS: Se incluyeron 207 pacientes: 69 casos y 138 controles. Las variables predictoras de diagnóstico final de TBP fueron: la exposición previa conocida a TB ($p=0,023$), sintomatología constitucional ($p=0,002$), fiebre de ≥ 2 semanas ($p=0,046$), ausencia de disnea ($p=0,001$), afectación radiológica en lóbulos superiores ($p=0,002$) con cavitación ($p=0,002$), hiponatremia ($p=0,000$) y ausencia de neutrofilia ($p=0,006$). Con las variables predictoras se elaboró un score (Tabla 1). El AUC de la curva ROC fue 0,905 (IC95%: 0,861-0,949), con sensibilidades y especificidades que se muestran en la Tabla 2. Un score ≥ 4 presenta 90% de sensibilidad y 70% de especificidad.

CONCLUSIÓN: Un score ≥ 4 en Urgencias indica la necesidad de aislamiento respiratorio.

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE VIGILANCIA DE ANTIBIÓTICOS RESTRINGIDOS SOBRE EL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO, COSTES, ESTANCIA Y MORTALIDAD

Jose Luis Lamas Ferreiro (1), Ana Sanjurjo Rivo (1), Judith Álvarez Otero (1), Isabel Fernández Castro (1), Fernando Maroto Piñeiro (1), Jose Carlos de Miguel Bouzas (2), Jose Ramón Bermúdez Sanjurjo (1), Javier de la Fuente Aguado (1)

HOSPITAL POVISA. (1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, (2) SERVICIO DE FARMACIA

INTRODUCCIÓN: El objetivo fue evaluar el impacto de un programa de vigilancia de antibióticos restringidos. Características del programa: con una base de datos electrónica se identifican diariamente los pacientes en tratamiento con antibióticos restringidos y se revisan las historias de los que han recibido 3 días de tratamiento. Se discuten con el médico responsable las alternativas terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisaron retrospectivamente las acciones realizadas en pacientes con prescripciones de antibióticos restringidos entre Nov-2016 y Ago-2017. Se compararon los datos de consumo con el período de Nov-2015 y Ago-2016. Se evaluó la diferencia en dosis diarias definidas (DDD) por 100 estancias de los antibióticos analizados y la diferencia en el gasto en antibióticos restringidos. Se calculó la mortalidad global en ambos períodos. Se comparó la mortalidad a 30 días y estancia media del grupo de pacientes evaluados por el programa con respecto al grupo en los que se prescribieron antibióticos restringidos en el mismo período pero que no pudieron ser revisados por sobrecarga asistencial.

RESULTADOS: se revisaron 431 prescripciones, suspendiéndose el 24,8%. 352 prescripciones no pudieron ser evaluadas por sobrecarga asistencial. El programa supuso una reducción en DDD/100 estancias del 13,2%. El ahorro en costes (euros/100 estancias) de antibióticos restringidos fue del 18,3% (20431 euros). No hubo diferencias significativas en la mortalidad entre períodos (diferencia de mortalidad entre períodos de 0,3%) ni en mortalidad o estancias comparando los pacientes evaluados por el programa con los que no se pudieron revisar (diferencia de mortalidad entre grupos de 0,8%, $P=0,8$; diferencia de estancia media de 4,7 días, $P=0,3$).

CONCLUSIONES: el desarrollo de un sistema de vigilancia de antibióticos restringidos es una herramienta eficaz para disminuir el consumo de antibioterapia de amplio espectro sin impacto sobre la mortalidad y estancia media de los pacientes.

ANTICOAGULACIÓN ORAL EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR NO VALVULAR PREVIA AL INGRESO EN SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA DE GALICIA. ESTUDIO TUSGAFAS

Mª B. Valle Feijoo (1), J. López Castro (2), J. C. Trinidad San José (3), A. López Soto (4), M. Núñez Fernández (5), Mª J. Jove Castelo (6), J. Masferrer Serra (7), R. Puerta Louro (8)

(1) HOSPITAL COMARCAL DE SALNÉS (PONTEVEDRA), (2) HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE (LUGO), (3) HOSPITAL COMARCAL DE CEE. (A CORUÑA), (4) CHU DE OURENSE (OURENSE), (5) CHU DE PONTEVEDRA. (PONTEVEDRA), (6) HOSPITAL COMARCAL DE BURELA (LUGO), (7) HOSPITAL COMARCAL DEL BARCO DE VALDEORRAS. (OURENSE), (8) HOSPITAL POVISA DE VIGO (PONTEVEDRA).

OBJETIVOS: Conocer las características de la población con FANV ingresada en los servicios de Medicina Interna (MI) en Galicia, causas de ingreso y tratamiento antitrombótico hasta ese momento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Pacientes con FANV ingresados entre enero de 2016 y enero de 2017, en los Servicios de MI de 12 hospitales de Galicia. Se realizó una visita inicial, se siguió su curso clínico y se revisó su informe de alta, completando 86 variables. Se realizó estudio descriptivo de todas las variables, y análisis de regresión logística para establecer que variables se asociaban con el uso de tratamiento anticoagulante.

RESULTADOS: El estudio incluye 1419 pacientes (50% varones) de elevada edad media (82,05-DS 8,0 años), comorbilidad (promedio 4,11 enfermedades crónicas), polifarmacia (media 9,66 fármacos/paciente) y altos índices de riesgo cardioembólico (media CHADS2 3,09, CHAD2S2- VASC 4,82 y HAS-BLED 2,14). El 47,5% ingresaron por motivos relacionados con la FANV (insuficiencia cardíaca 31,4%, FA acelerada 3,2%, ictus o embolismos sistémico 2,9%). Al ingreso un 71,8% recibían anticoagulación oral (57,9% antivitaminak y 13,9% anticoagulantes de acción directa), 8,9% antiagregados y 16% sin tratamiento antitrombótico. Entre los factores asociados de forma independiente a recibir o no tratamiento anticoagulante, fueron el grado funcional ($p < 0,001$) y la comorbilidad ($p < 0,001$), por lo que los pacientes no anticoagulados eran los que peor grado funcional tenían (Índice de Barthel 37,3).

CONCLUSIONES: Los pacientes con FANV ingresados en Medicina Interna son personas mayores con importante comorbilidad, alto riesgo de embolismo y casi la mitad ingresan por motivos relacionados con la FANV. Una cuarta parte de los pacientes no recibían al ingreso tratamiento antitrombótico correcto según las guías clínicas, y la decisión de no anticoagular se relaciona más con el bajo grado funcional del paciente que con los factores de riesgo cardioembólico o la alta comorbilidad.

COMUNICACIONES PÓSTER

LEPRA LEPROMATOSA, REVISION DE CASOS EN LAS ULTIMAS DOS DECADAS

Raquel Fernández González, Ana María Lorenzo Vizcaya, Amara Gonzalez Noya, Isabel Izuzquiza Avanzini, Laura Rodrigo Lara, Ana Latorre Diez, Ana Barreiro, Pablo Lopez Mato, Jose Luis Jimenez Martinez
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO OURENSE. SERVICIO MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: La lepra es una enfermedad granulomatosa sistémica, crónica y contagiosa, producida por *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), se transmite de persona a persona y tiene un período de incubación largo (entre 2-6 años). Si bien fue más frecuente en tiempo pasados, no ha dejado de estar presente en ningún momento, por lo que no debemos de olvidar esta entidad cuyo diagnóstico se basa en la presunción clínica y se completa con el examen bacteriológico e histopatológico.

OBJETIVOS: Estudiar la incidencia de la lepra en nuestro centro en los últimos veinte años

Método: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se recogieron los pacientes con diagnóstico de lepra al alta de la hospitalización en Medicina Interna.

RESULTADOS: Tres casos de lepra. 2 son mujeres; vivían en Galicia. La edad media al diagnóstico 61 años. Los tres presentaban al ingreso lesiones cutáneas asociadas a neuropatía sensitiva; siendo la biopsia de estas lesiones diagnóstica en uno de los casos; mientras que en los otros dos el diagnóstico definitivo lo dió la biopsia ocular realizada en ambos casos por disminución de la agudeza visual. En las pruebas complementarias tenían anemia los tres, con función renal y hepática normal, en las radiografías solo mostraba osteomielitis unos de ellos (el que tenía mayor tiempo de evolución). Con relación al tratamiento las dos mujeres fueron tratadas con la pauta establecida de Dapsona y Rifampicina; En el caso restante, se decidió manejo conservador. En el momento de la recogida de datos dos pacientes habían fallecido, ambos por causas distintas a la lepra, uno a los 79 años por rotura de una aneurisma abdominal y otra a los 72 años por sepsis por bacteriemia por SAR. M.

CONCLUSIONES: Existen casos de lepra en nuestro medio, por lo que debemos incluirla en los diagnósticos diferenciales.

La manifestación más frecuente son nódulos múltiples (lepromas) y neuropatía sensitiva El tratamiento es Dapsona, Rifampicina y Clofazimina

HEMATOMA SUBDURAL AGUDO, ¿DONDE INGRESA?

Raquel Fernández González, Ana María Lorenzo Vizcaya, Amara Gonzalez Noya, Isabel Izuzquiza Avanzini, Laura Rodrigo Lara, Ana Latorre Diez, Ana Barreiro, Pablo Lopez Mato, Beatriz Suarez, Jose Luis Jimenez Martinez
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO OURENSE. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: El hematoma subdural se produce por la rotura de las venas corticales que ocasiona un sangrado entre la duramadre y la aracnoides. La etiología más frecuente es tras traumatismo craneal, y el mayor factor de riesgo es la atrofia cerebral y el tratamiento con anticoagulantes. El manejo depende de la puntuación en la escala Glasgow, la exploración neurológica, la agudeza del cuadro y la edad.

OBJETIVOS: Analizar el manejo de los hematomas subdurales

Método: Estudio observación, descriptivo, retrospectivo. Se recogieron todos los pacientes ingresados en el hospital con diagnóstico de hematoma subdural agudo.

RESULTADO: Se recogieron 49 pacientes, de los cuales 22 ingresaron en medicina interna (MI), 3 en neurología (NRL), 22 en neurocirugía (NRQX) y 4 en reanimación (REA). La edad media 81, 5 años (diferencias entre servicios). Mujeres 61%. Traumatismo en el 91%. Focalidad neurológica 29 pacientes (41% MI, 3% NRL, 44% NRQX y 10% REA). Tamaño del hematoma en MI de 9,5mm, frente a 15mm en los que ingresaron en NRQX. Localización el 60% de los ingresados en MI era derechos, mientras que en NRQX el 50% eran izquierdos. Asociaban hemorragia subaracnoidea 3 pacientes en MI, 4 en NRQX y 4 en REA. Presentaban más de una patología al ingreso 9 pacientes en MI frente a 1 en NRQX. Comorbilidades; HTA 28pacientes (65% en MI), DM 18 (55% MI), demencia 14 (57% MI). mRankin al ingreso MI 2, 95, NRL 1, NRQX 2, 13 y REA 0, 75. Tratamiento 100% conservador en MI y NRL; 81% NRQX.

CONCLUSIONES: La mayor proporción de pacientes ingresan en NRQX, pero es grande la proporción en MI y muy baja en NRL. Parece que en MI ingresan pacientes más pluripatológicos, más añosos y con índice de mRankin mayor. La presencia de focalidad neurológica al ingreso no parece condicionar el ingreso en uno u otro servicio. Es mayor la proporción de éxitos en los pacientes que ingresan en MI, lo que podría indicar que se trata de pacientes que peor pronóstico basal.

PIOMIOSITIS POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILIN SENSIBLE EN UNA PACIENTE INMUNODEPRIMIDA

Lorena Fernández Hernández, Sagrario Santos Seoane, Alejandro García Moran, María Teresa Campoamor Serrano
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES. GIJÓN. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: La piomiositis es una infección aguda del músculo esquelético. El estafilococo aureus es el agente etiológico aislado en el 75-90% de los casos. Se han identificado diversos factores de riesgo, como diabetes, neoplasias, enfermedades autoinmunitarias, infección por VIH, cirugía y traumatismos previos.

OBJETIVOS: Se describe un caso de piomiositis por estafilococo aureus en paciente inmunodeprimida.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de un caso de piomiositis por estafilococo aureus.

RESULTADOS: Mujer de 65 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y artritis reumatoidea a tratamiento con Tocilizumab. Consulta por dolor a nivel de muslo izquierdo de 5 días de evolución con imposibilidad para la deambulación. No fiebre. No traumatismo.

A la exploración estaba afebril. Portadora de reservorio subclavio derecho sin complicaciones locales superficiales. Presentaba tumefacción y empastamiento desde muslo izquierdo con dolor a la palpación, sin eritema ni calor local.

En la analítica destacaban 17510 leucocitos con un 80 % de neutrofilos (14.000), PCR 0.7 mg/L, VSG 1ª Hora 7 mm. La RM mostró piomiositis de la musculatura del muslo sin colecciones. En la muestra microbiológica esteril se aisló estafilococo aureus meticilin sensible. Los hemocultivos fueron negativos.

Se inició tratamiento con cloxacilina. Presentó empeoramiento local, con RM que mostró amplia colección en musculatura del muslo izquierdo. Se realizó desbridamiento y drenaje quirúrgico, se continuó con cloxacilina 2 semanas y linezolid 4 semanas más, con resolución del cuadro.

CONCLUSIÓN: La piomiositis es una entidad que puede manifestarse inicialmente paucisintomática y con escasa elevación de reactantes de fase aguda en pacientes con enfermedades autoinmunitarias, diabetes mellitus y otras formas de inmunodepresión como la farmacológica. El manejo terapéutico implica no solo tratamiento antibiótico, sino el tratamiento quirúrgico concomitante

MIOPATÍAS ASOCIADAS A ANTICUERPOS, UNA ENTIDAD EN DESCRIPCIÓN

L. M. Rodríguez Ferreira (1), J. M. Cacheiro Pérez (2), M. Freire Dapena (1), M. Del Pozo (3), M. M. Suárez Varela (1), A. B. Argibay Figueira (1), C. Vázquez Triñanes (1), A. J. Rivera Gallego (1)

(1) H. ÁLVARO CUNQUEIRO, VIGO. (2) H. CLÍNICO DE VALENCIA. (3) H. ÁLVARO CUNQUEIRO, VIGO. (1, 2) MEDICINA INTERNA. (3) INMUNOLOGÍA.

INTRODUCCIÓN: Las miopatías necrotizantes inmunomediadas (INM) son un subgrupo de miopatías inflamatorias de reciente descripción, relacionadas con el uso de estatinas, neoplasias, autoinmunidad o infecciones como VIH y VHC. Biopsia muscular: necrosis y regeneración con mínima inflamación. Anticuerpos asociados: anti-HMGCR y anti-SRP

OBJETIVOS: Estudio de características epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y pronósticas de pacientes con IMM diagnosticados desde 2015 en hospital universitario de 3er nivel.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo de pacientes con Anti-SRP y Anti-HMGCoA reductasa utilizando datos del Servicio de Inmunología de nuestro hospital

RESULTADOS: 4 pacientes (3 mujeres/1 hombre). Anti-SRP(1) y Anti-HMGCoA reductasa(3). Edad media: 70. 2 años. Fármacos registrados al diagnóstico: estatinas(3), ezetimiba(2), empaglifozina, ISRS y ARA-II(1). Sin antecedentes de tóxicos, infección o neoplasia. AR y psoriasis(1). Déficit de vit D(2). Clínica: 3 debilidad muscular, 2 mialgias, 2 atrofia muscular, 1 disfagia, 4 pérdida peso. CPK elevada en 4 y aldolasa en 3. Biopsia muscular: miopatía necrosante(2), atrofia neurogénica leve(1) y leve infiltrado inflamatorio endomisial con datos de regeneración(1). Bolos de metilprednisolona: 1ª línea en todos casos, asociados en 3 con IVgs y en el 4º con azatioprina. Respuesta completa (2), 1 respuesta parcial (tratada con azatioprina) y 1 persistió con mialgia en MMII a pesar de Rituximab en 2ª línea. En el respondedor parcial, la adm. de Ig fue prolongada, manteniéndose clínicamente asintomático pero con elevación enzimática. Seguimiento: 12 meses. Sin éxitos o efectos adversos graves.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia, INM son más frecuentes en mujeres y 7ª década de vida. El 50% tenían déficit de vit D. Esto podría tener implicaciones en patogenia y tratamiento de enfermedad. La respuesta a la combinación de metilprednisolona e Igs fue más pobre que la observada en otros tipos de miopatía inflamatoria, pero la morbi/mortalidad asociadas fueron bajas.

ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB: A PROPÓSITO DE UN CASO

Vazquez-Temprano N, Velo-García A, Encabo González A, Chouza Piñeiro A, Barcia Sixto L, Ríos Prego M.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. MEDICINA INTERNA

Mujer de 71 años, sin antecedentes de interés, con cuadro de dos meses de evolución de alteración de la marcha, desorientación y pérdida de memoria, acompañado de síndrome constitucional.

En la exploración física, destaca marcha inestable con lateralizaciones erráticas y caídas de predominio retropulsátil.

Las pruebas iniciales (ECG, Rx tórax, TC craneal, tacto rectal y analítica básica) son normales.

Dado el deterioro neurológico rápidamente progresivo se realiza una analítica de sangre completa con función tiroidea, vitamina B12, proteinograma, autoinmunidad, anti-NMDA, colonoscopia y EEG que resultan normales.

La RM cerebral objetiva hiperintensidad en T2 y Flair en ganglios de la base, caudados y tálamos. En la PL se observa hiperproteinorraquia con glucorraquia normal. La proteína 14-3-3 en LCR que resulta positiva.

Con estos datos se alcanza el diagnóstico de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) esporádica.

El cuadro evoluciona rápidamente en 6 meses, presentando mioclonías, alucinaciones visuales, evolución hacia el mutismo acinético y total dependencia para las actividades de la vida diaria.

DISCUSIÓN: Las enfermedades por priones son muy poco frecuentes y se caracterizan desde el punto de vista anatomopatológico por pérdida neuronal, gliosis y espongiosis, con depósito de proteína priónica. Se manifiestan como una demencia rápidamente progresiva y siempre fatal, siendo la ECJ el paradigma de dichas enfermedades.

Se trata de una enfermedad de declaración obligatoria y, en Galicia, desde el inicio de la Vigilancia Epidemiológica de la ECJ en 1995, se han detectado 90 casos (actualización en enero de 2017), lo que demuestra la frecuencia rara de la enfermedad o el infradiagnóstico de la misma. No existe en la actualidad tratamiento curativo para este tipo de enfermedades. Se han investigado múltiples fármacos, ineficaces in vivo. El objetivo principal es el control de los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECCI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

V. González Vigo, P. Gómez Longueira, L. Ramos Alonso, D. Vieito Porto.
COMPLEJO HOSPITALARIO DE A CORUÑA. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: La neumonía por P. jiroveci (NPJ) es una infección oportunista que se desarrolla en pacientes inmunocomprometidos, especialmente VIH. La aparición de este microorganismo en pacientes inmunocompetentes no es frecuente. Presentamos un caso clínico de NPJ en paciente aparentemente inmunocompetente.

OBJETIVOS: Recordar el papel de los corticoides como causa de inmunosupresión y sus potenciales consecuencias infaustas.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de caso clínico y revisión de bibliografía.

RESULTADOS: Paciente de 72 años, exfumador y con diagnóstico reciente (2 meses antes) de CU, a tratamiento por ese motivo con prednisona 10 mg. Acude por disnea progresiva de 10 días de evolución hasta hacerse de reposo sin otra clínica. Se encontraba estable, afebril, taquipneico y destacaban crepitantes finos difuso sin otros datos relevantes en la EF. En las PC destacaban insuficiencia respiratoria, linfopenia leve, LDH 1004 y patrón intersticial bilateral en la RxTórax (imag. 1). Se trató con azitromicina y ceftriaxona añadiéndose posteriormente de manera empírica TMP-SMX por mala evolución (desarrollo de SDR) y sospecha de NPJ, trasladándose a UCI para soporte respiratorio (IOT). Se realizó broncoscopia, observándose en el BAL quistes y trofozoitos característicos de PJ y Ag CMV y Aspergillus positivos, asociándose Ganciclovir y Voriconazol. La serología para VIH fue negativa. Se realizó TAC torácico (imag. 2) que mostró fibrosis pulmonar. Prosiguió evolución tórpida siendo finalmente exitus.

CONCLUSIONES: Una gran diversidad de agentes infecciosos puede afectar a pacientes que usan corticoides en dosis inmunosupresoras. Existe una dosis umbral diaria de prednisona o equivalente sobre la cual surgen infecciones oportunistas, siendo el nivel de inmunosupresión más alto en el caso de PJ o CMV. Ese riesgo aparece cuando se ha acumulado una dosis de 700 mg equivalente de prednisona o cuando toma crónica de >10mg diario. Esta dosis umbral puede ser menor (10 mg/día) cuando concurren otros inmunosupresoras o comorbilidades.

PÚRPURA DE SCHÖLEIN-HENOCH (PSH) EN PACIENTE ADULTO

V. González Vigo, L. Ramos Alonso, D. Vieito Porto, P. Gómez Longueira
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: La PSH es una vasculitis de pequeño vaso mediada por inmunocomplejos Ig A que afecta principalmente a piel, glomérulo y tubo digestivo. Clínicamente suele cursar con púrpura palpable no trombocitopénica en miembros inferiores, episodios de dolor abdominal, hematuria y artralgias.

OBJETIVOS: Presentamos el caso de una PSH a una edad inusual y con buena evolución.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de caso clínico y revisión de la bibliografía

RESULTADOS: Varón de 44 años con aparición brusca de lesiones purpúricas no pruriginosas e indoloras en MMII y abdomen, sin otra clínica asociada (no fiebre, cuadro catarral o digestivo previo) salvo artralgias múltiples. No constaba toma de nuevos fármacos, viajes o relaciones de riesgo. En la EF destacaba púrpura palpable a nivel abdominal y MMII (fig. 1) y datos de artritis a nivel de ambas muñecas. En cuanto a las PC, la analítica de sangre no mostraba alteración ninguna (incluida función renal, perfil hepatobiliar, hemograma y coagulación) y el sedimento urinario fue normal. Se decidió ingreso para estudio presentando a las 24 horas episodio de dolor abdominal tipo cólico. Se iniciaron corticoides vía oral y se completó el estudio con serologías (hepatotropas, VIH, mycoplasma, EBV, CMV, Iúes y parvovirus: negativos). El complemento, ANAS, ANCAS, FR y proteinograma resultaron normales. Se realizó biopsia de las lesiones cutáneas, mostrando datos de una vasculitis leucocitoplástica con depósito de IgA en la pared de los vasos dérmico, siendo por tanto los hallazgos compatibles con la PSH.

CONCLUSIONES: La PSH es la forma más frecuente de vasculitis sistémica en niños (relación de casos de 2-3 en niños/adolescentes por 1 caso en adultos; incidencia en adultos de 0,03-0,35/100.000). No siempre se averigua el posible desencadenante pero si debe investigarse dada la asociación fármacos e infecciones. En adultos las complicaciones renales suelen ser frecuentes (50-80% de los casos, ausentes en nuestro paciente) y el tratamiento más empleado son los corticoides sistémicos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

Barcia Sixto L., Vázquez Temprano N., Chouza Piñeiro A., Encabo González A. M., Velo García A., García García J. C., Núñez Fernández M. J.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardíaca es uno de los principales diagnósticos de ingreso hospitalario, sin embargo las características clínicas y evolutivas difieren entre los pacientes que ingresan en MI y otras plantas hospitalarias.

OBJETIVOS: Conocer las características clínicas (patologías crónicas, comorbilidad, estudio de fracción de eyección, cálculo de score PROFUND) y la evolución (mortalidad a los 6 y 12 meses) de los pacientes dados de alta en el Servicio de MI.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohortes, observacional retrospectivo. Se incluyeron 100 pacientes consecutivos, dados de alta del Servicio de MI del Complejo Hospitalario de Pontevedra, con criterios de IC, en enero-febrero de 2016.

RESULTADOS: Se incluyeron 100 pacientes (52 mujeres), edad media global de 83 años. Los FRCV más frecuentes fueron: HTA (91%), DM (47%), DLM (43%). Existía afectación CV y pulmonar ya establecidas: IRC (55%), EPOC (40%), CI (27%), ictus previo (22%) y EVP (16%). La anemia se documentó en 68%. Otras patologías: hiperuricemia-gota (19%), cáncer (18%), depresión (14%), y demencia (13%). En los 6 meses previos, el 56% había tenido al menos un ingreso

hospitalario. La FE estaba conservada en 55%, indeterminada en el 13%, y deprimida en el 19%. La media del PROFUND era de 20 (rango 3-22); 6 pacientes en grupo de riesgo bajo-intermedio (mortalidad 50%), 4 en grupo de riesgo intermedio alto (mortalidad 50%), y 10 en grupo de alto riesgo (mortalidad 70%). Se solicitaron valoración a UCP a 3% durante su ingreso. La mortalidad a los 12 meses del alta hospitalaria fue de 51%.

CONCLUSIONES: Confirmamos que los pacientes dados de alta en nuestro Servicio de MI con el diagnóstico de IC, tienen las mismas características clínicas y evolutivas que los estudiados en otros centros hospitalarios.

Son pacientes pluripatológicos muy ancianos, con alta mortalidad a medio plazo.

Deberíamos establecer un manejo multidisciplinar con el objetivo de mejorar las fases finales de la IC.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE EXTREMIDADES INFERIORES DE CAUSA EXCEPCIONAL

García Villaronga C., Noya Castro A. M., Moncayo León K. E., Barcia Sixto L., Vázquez Temprano N., Chouza Piñeiro A., Encabo González A. M., Velo García A., Núñez Fernández M. J.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. SERVICIO DE RADIOLOGÍA. SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR.

INTRODUCCIÓN: La trombosis venosa profunda (TVP) de extremidades inferiores puede tener su origen en patología intra-abdominal afectando a venas ilíacas y vena cava inferior. Se presenta un caso clínico de un paciente que debutó con TVP en pierna izquierda secundaria a aneurisma de arteria ilíaca interna (AII) con fistula arterio-venosa ilio-ilíaca (FAVII).

CASO CLÍNICO: Varón de 74 años, fumador activo, antecedentes de diabetes posquirúrgica, cardiopatía isquémica. Vida activa. Sometido en 2004 a pancreatocistomía por sospecha de neoplasia no confirmada. Acude a Urgencias por dolor y tumefacción en pierna derecha. A la exploración física se evidencia una tumefacción sin datos inflamatorios. En las pruebas complementarias destaca Dímero D de 2.433 ngr/m. El ecodoppler venoso evidencia: material ecogénico, pérdida de compresibilidad y señal doppler enlentecida en el interior de la vena femoral superficial y vena poplítea. Se inicia tratamiento con HBPM a dosis anticoagulantes y se remite a la consulta de MI, donde es valorado 12 días después. En la exploración destaca livedo reticularis e importante tumefacción que afecta a toda la pierna, zona inguinal y glútea derechas; no se demuestran lesiones pulsátiles abdominales. Se realiza TAC que evidencia un aneurisma de 7 cm. dependiente de la AII derecha, con comunicación con vena ilíaca externa ipsilateral. Es sometido a cirugía de urgencia con intento de reparación endovascular sin éxito; se convierte laparotomía, realizando reparación de aneurisma y fistula con éxito. En la actualidad el paciente está a seguimiento en consultas.

CONCLUSIONES: Existen documentados en la bibliografía de forma excepcional la tríada de: enfermedad tromboembólica venosa, aneurisma de arteria ilíaca interna y fistula arteriovenosa ilio-ilíaca, en un mismo paciente.

Presentamos un caso clínico de una patología frecuente (TVP), con debut habitual sin datos de alarma, en el que subyace una causa muy rara y potencialmente letal (AAIL con FAVII).

REVISIÓN DE CASOS DE LEISHMANIASIS EN LA PROVINCIA DE OURENSE

A. Barreiro Rivas, L. Rodrigo Lara, I. Izuzquiza Avanzini, R. Fernandez Gonzalez, A. Lorenzo Vizcaya, A. Latorre Díez, A. González Noya.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: La leishmaniasis es una zoonosis endémica en España, que se transmite por la picadura de la mosca de la arena y tiene como reservorio más común el perro. Hasta 2015 era considerada una enfermedad de declaración obligatoria de carácter regional, por lo que no se recogían datos de Ourense. No obstante en esta provincia se observa una prevalencia muy alta de leishmaniasis canina.

OBJETIVOS: Conocer la frecuencia y las características de los casos de leishmaniasis humana en la provincia de Ourense.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se utilizan datos obtenidos a través del Servicio de Documentación del CHUO que provienen de pacientes ingresados en los hospitales de Ourense entre 1997 y 2017.

RESULTADOS: Encontramos 8 pacientes con diagnóstico de leishmaniasis. Entre 1999 y 2004 hubo 3 casos, todos del tipo visceral y en pacientes inmunocomprometidos, residentes en medio urbano. Entre 2011 y 2015 encontramos 5 casos, de los cuales tres eran leishmaniasis viscerales, una mucocutánea y otra cutánea. De los casos de leishmaniasis visceral en este período cabe destacar que no estaban inmunodeprimidos y que vivían en medio rural. La edad media fue de 43,5 años (casos entre 0 y 82 años) y la proporción mujeres/hombres 1:1. El diagnóstico de las formas viscerales se logró por aspirado de médula ósea en 5 de los casos y serología en el restante. Tres de estos pacientes se trataron con anfotericina B liposomal, uno con pentamida y otro con antimoniato de meglumina, en general con buenos resultados, salvo en el caso de una de una paciente tratada con anfotericina (inmunodeprimida) que tuvo una única recaída

CONCLUSIONES: Se aprecian dos tipos de pacientes: uno con inmunodeficiencias francas y residencia en medio urbano, en los diagnosticados antes de 2004; y otro de inmunocompetentes residentes en zonas rurales, en los diagnosticados a partir de 2011. Esta tendencia es congruente con la observada a nivel estatal y apoya la idea de que se trata de una enfermedad endémica de carácter nacional.

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez Longueira P., González Vigo V., Barbagelata López C., Freire Castro S., Llinares García D.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: El síndrome antifosfolípido (SAF) es un trastorno sistémico autoinmune caracterizado por trombosis venosa o arterial y/o morbilidad durante el embarazo en presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aFL) de forma persistente.

DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA: Mujer de 37 años, fumadora y usuaria de anticonceptivos orales, consulta por dolor torácico pleurítico de instauración brusca. La exploración física es anodina y las pruebas complementarias muestran alcalosis respiratoria y dímeros D elevados. En la radiografía de tórax se objetiva una opacidad basal derecha con implantación pleural por lo que se solicita Angio-Tc que muestra defectos de replección en arterias segmentarias del lóbulo inferior derecho con infarto pulmonar asociado. Se inició anticoagulación con HBPM con posterior transición a acenocumarol y se suspendieron los anticonceptivos orales. A los 3 meses, con idea de suspender anticoagulación al tratarse de un TEP provocado, se solicitó estudio de trombofilia dónde se objetivó triple positividad para los aFL, que permanecieron elevados en una segunda determinación, lo que confirmó el SAF y se prolongó la anticoagulación.

CONCLUSIONES: En casos de enfermedad tromboembólica en presencia de un factor provocador de bajo riesgo en personas menores de 50 años, puede estar indicado el estudio de hipercoagulabilidad, ya que el hallazgo de una trombofilia adquirida como el SAF podría cambiar el manejo terapéutico, prolongando la anticoagulación de forma extendida. Además, no todos los aFL confieren el mismo riesgo de trombosis. La presencia de forma aislada del ac anticardiolipina o antiglicoproteína I a títulos bajos son considerados perfiles de bajo riesgo. Mientras que la presencia de éstos a títulos medios-altos, la presencia del anticoagulante lúpico o su combinación se consideran de alto riesgo. Mención especial a la denominada triple positividad, que confiere el peor pronóstico y mayor riesgo de trombosis.

SÍNDROME SAPHO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fernando Maroto Piñeiro, Laura González Vázquez, M^a Luisa Valle Feijóo, Marta Rodríguez Villar, Paula Sánchez Conde, Javier de la Fuente Aguado
POLICLÍNICO DE VIGO S. A. (POVISA). MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: El dolor torácico de características mecánicas es una causa frecuente de consulta. El síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis, osteítis) puede debutar con molestias en la cara anterior del tórax que pueden ser difíciles de filiar.

OBJETIVOS: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura reciente.

MATERIAL Y MÉTODO: Varón de 46 años sin antecedentes de interés valorado por cuadro de 3 años de evolución que ha cursado con brotes de dolor a nivel clavicular izquierdo irradiado a región escapular y posteriormente cervical con parestesias ocasionales en manos. Además refiere episodio de lesiones pustulosas en palmas de manos y plantas de los pies y lesiones acneiformes a nivel dorsal. La exploración física fue no mostró alteraciones. La analítica, incluidos reactantes de fase y autoinmunidad fue normal. Se realizó una TC cervicotorácica (Fig. 2) que mostró hallazgos de hiperostosis a nivel de articulaciones esterno-claviculares y una gammagrafía ósea que mostraba aumento de captación a nivel de articulaciones esternoclaviculares y costocentrales (Fig. 1). Estos hallazgos y la presencia de lesiones cutáneas permitieron realizar el diagnóstico de síndrome SAPHO.

RESULTADOS: El síndrome SAPHO es una enfermedad rara con prevalencia desconocida. Su etiología es multifactorial con causas genéticas, infecciosas e inflamatorias. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son óseas (hiperostosis, osteítis), articulares (artritis no erosiva, entesitis y espondiloartritis axial) y, en ocasiones, cutáneas (pustulosis palmo-plantar, acné). El tratamiento de primera línea incluye los AINES y la prednisona a dosis bajas. Otras opciones en caso de mayor afectación son metotrexate, anti-TNF, retinoides o tetraciclinas.

CONCLUSIÓN: El síndrome SAPHO es una entidad frecuentemente infradiagnosticada en nuestro medio que debe sospecharse en pacientes con dolor de la pared anterior del tórax, especialmente si se asocian a manifestaciones cutáneas.

ANGIOEDEMA HEREDITARIO TIPO II: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fernando Maroto Piñeiro, Paula Sánchez Conde, Francisco Javier Fernández Fernández, Iolanda Abalde Ortega, Nicole García Poutón, Isabel Fernández Castro, Javier de la Fuente Aguado
POLICLÍNICO DE VIGO S. A. (POVISA). MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: El angioedema hereditario es una patología poco conocida que puede poner en peligro la vida de los pacientes. Su reconocimiento es importante para el correcto manejo terapéutico y así disminuir el riesgo de complicaciones.

OBJETIVOS: Revisión de la literatura reciente a propósito de un caso valorado en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de una mujer de 32 años que acude a nuestro centro por cuadro menos de 24 horas evolución de dolor abdominal en región mesogástrica, vómitos de contenido alimentario-bilioso y una deposición acuosa en las últimas 24 horas, con importante afectación del estado general.

En la TC realizada en el servicio de urgencias se evidenciaba edema de pared duodenal con líquido libre intraabdominal (Fig 1 y 2). La paciente mejoró rápidamente durante el ingreso tras retirada de anticonceptivos orales y se evidenciaron niveles de C1 inhibidor normales con índice de actividad de C1 inhibidor disminuido (30%), lo cual permitió hacer el diagnóstico de angioedema hereditario tipo II.

RESULTADOS: El angioedema hereditario se debe a un defecto genético que produce disminución de los niveles normales de C1 inhibidor o su actividad. En concreto el angioedema tipo II se define como aquel que cursa con niveles de C1 inh. normales pero con actividad de C1 inhibidor disminuida. Se manifiesta generalmente con síntomas de vía aérea (edema laringeo) y a nivel gastrointestinal cursa con dolor cólico, vómitos o diarrea que pueden ser la única manifestación hasta en un 25% de las series. El diagnóstico se basa en un cuadro clínico compatible con hallazgos analíticos (estudio de complemento) que lo confirmen. El tratamiento consiste en evitar factores precipitantes y administrar concentrados de C1 inhibidor en las crisis graves.

CONCLUSIONES: El angioedema hereditario debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes jóvenes con sintomatología digestiva, especialmente en mujeres que reciben tratamiento anticonceptivo.

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO (EAG): SERIE DE 44 CASOS

Eva Romay Lema, Roi Suárez Gil, Cristina Pedrosa Fraga, Raquel Gómez Méndez, Beatriz García Trincado, Ramón Rabuñal Rey
HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCIUS AUGUSTI. MEDICINA INTERNA

OBJETIVOS: Conocer el perfil clínico de la Enfermedad por arañazo de gato (EAG) en nuestra área.

MÉTODO: Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de EAG en el HULA (01/2010-03/2018). Se revisaron las serologías solicitadas para Bartonella henselae, seleccionándose aquellas con título único de IgG>1/160 o IgM+IgG+ con cuadro clínico compatible. Se extrajeron de la historia clínica datos epidemiológicos, clínicos, y de tratamiento y evolución.

RESULTADOS: Se incluyeron 44 pacientes, todos inmunocompetentes, 54,5% mujeres. El 56,8% eran adultos, edad media de 47,5±17. Hubo predominio de la enfermedad en otoño/invierno (77,3%). En el 77,3% se comprobó contacto directo con gatos pero solo el 43,2% reconoció arañazo. La localización ganglionar más frecuente fue la axilar (47,6%) seguida de la inguinal (36,3%); en un 29,5% hubo varios territorios afectados. Presentaron fiebre un 65,9%, y el 11,3% fistulizaron. Se realizaron 12 biopsias (adenitis granulomatosa necrotizante en 7 casos, tinción de Whartin-Starry positiva en 1). Se sospechó inicialmente una entidad distinta en el 54,5%, siendo el retraso diagnóstico de 22,5 ± 23,9 días. Un 54,5% recibieron empíricamente antibiótico, 47,8% amoxicilina-clavulánico. Tras conocer el diagnóstico, 63,6% recibieron azitromicina, predominantemente durante 5 días. Se pautó un segundo ciclo de antibiótico en un 22,7%. Un 25% no fueron tratados y 45,5% precisaron drenaje. Todos los casos se resolvieron, con duración media de las adenopatías de 69 ± 66 días.

CONCLUSIÓN: La distribución entre casos pediátricos y no pediátricos fue similar. La demora diagnóstica fue alta, lo que traduce un índice de sospecha bajo. Aunque las adenopatías pueden persistir meses, todos los casos evolucionan a la curación independientemente de si reciben antibiótico o no.

UTILIDAD DE LA PCR EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

M. F. Liroa-Romero (1), R. Suárez-Gil (1), E. Rodríguez-Ameijeiras (1), R. Gómez-Méndez (1), P. Alonso-García (2), R. Rabuñal-Rey (3)

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCIUS AUGUSTI. 1: MEDICINA INTERNA, 2: MICROBIOLOGÍA, 3: INFECCIOSAS

INTRODUCCIÓN: La infección por Mycobacterium tuberculosis es una entidad clínica endémica de Galicia cuyo diagnóstico no siempre es sencillo. Que se realice correctamente y de forma precoz es de vital importancia para no demorar el inicio de un tratamiento eficaz y para efectuar las medidas oportunas para evitar la transmisión. En los últimos años la utilización de técnicas de diagnóstico molecular como la Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) ha permitido mejorar el proceso diagnóstico.

OBJETIVOS: Analizar la rentabilidad de la realización de la PCR para Mycobacterium tuberculosis en las diversas muestras clínicas, y comparar si su sensibilidad y especificidad en práctica clínica habitual se corresponde con lo publicado.

Materia y Método: Se solicitaron todos los test de PCR y cultivos para micobacterias en 2016 y 2017 al Laboratorio de Microbiología y se realizó una revisión de la historia clínica informatizada en la plataforma IANUS.

RESULTADO: Fueron analizadas 522 muestras de 435 pacientes. La mayoría de las muestras eran respiratorias (52,7%) seguida por biopsias tisulares (23,6%) y estudios de líquidos orgánicos (17,4%). En 13 casos se realizó PCR sobre la muestra parafinada de anatomía patológica, por lo cual no fue posible realizar cultivo.

La PCR fue positiva en 45 casos y el cultivo en 46. La sensibilidad del test por PCR en nuestro estudio fue del 76%, su especificidad del 98,7%, su VPP de 85,3% y su VPN del 97,6%.

Con respecto al diagnóstico final se consideró Tuberculosis confirmada en 60 casos y descartada en 396. La demora diagnóstica del cultivo con respecto a la PCR en los casos positivos fue de 17,9 días de media.

CONCLUSIONES: La PCR es un método diagnóstico útil para el estudio de las infecciones por Mycobacterium tuberculosis, tiene una elevada especificidad y valor predictivo negativo y una importante utilidad clínica al ofrecer información microbiológica con más rapidez que el cultivo.

AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA

Laura González Vázquez, Marta Rodríguez Villar, Antonio Pato Pato (1), Luisa Valle Feijoo, Javier de la Fuente Aguado.
HOSPITAL POVISA. MEDICINA INTERNA Y NEUROLOGÍA (1)

INTRODUCCIÓN: La Amnesia Global Transitoria (AGT) es un episodio repentino de pérdida de memoria de menos de 24 horas no atribuible a un trastorno neurológico y con evolución favorable.

OBJETIVOS: Valorar características clínicas, factores desencadenantes, pruebas complementarias y evolución a un año respecto a ictus, IAM y muerte por cualquier causa.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo y descriptivo de los casos de AGT diagnosticados entre enero del 2010 y diciembre del 2016.

RESULTADOS: Se diagnosticaron 45 pacientes, 31 mujeres (68,8%) con edad media de 64,3 años (48-90). Estancia media: 2,7 días (1-6). Antecedentes: dislipemia 25 (55%), HTA 21 (46%), depresión 7, tratamiento con BDZ 6, con antidepresivos 4. Factores desencadenantes: cercano de pocas horas en 20 (44%) y en 7 una situación más alejada en el tiempo. Eventos precipitantes: 16 con situación de stress, 5 esfuerzo físico, 2 gastroenteritis, otros en 5. El 40% (18) no presentaba factor precipitante. Síntomas: confusión en 32 (71%), amnesia anterógrada en 27 (60%), amnesia retrógrada en 26 (57%), preguntas repetitivas en 24 (53%). En la exploración, el 50% estaban hipertensos. Duración menor de 12 horas en el 77%. Se realizó TAC craneal en 44 pacientes (normal en 30, atrofia en 2, lesiones isquémicas de pequeño vaso en 9) y RMN cerebral en 15 (4 normal, 9 lesiones isquémicas de pequeño vaso y 1 cavernomatosis). EEG en 14 pacientes: actividad irritativa 2 (uno con epilepsia y otro con cavernomatosis). La ecografía doppler de carótidas fue normal en 17. Tratamiento: en 12 se añadió AAS, en 9 hipolipemiantes, en 7 antihipertensivos, en 5 benzodiazepinas y en 2 antidepresivos. Tras un año de seguimiento, ninguno presentó ictus, ni IAM, ni muerte por cualquier causa.

CONCLUSIONES: La AGT no aumenta el riesgo de ictus, IAM, ni muerte al cabo de un año. Consideramos que no está indicado realizar de rutina RMN cerebral, ni EEG, ni ecografía doppler de carótidas. Se solicitarán solo en casos seleccionados.

ESTUDIO RESTROSPECTIVO SOBRE PACIENTES INGRESADOS NA PLANTA DE MEDICINA INTERNA, NO HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE DE LEMOS: CARACTERIZACIÓN E EVOLUCIÓN DURANTE O INGRESO

Lovelte-Fernandez, Miguel; Carballo Ledo, M; López-Reboiro, Ml; Sardiña Gonzalez, C; Suarez Fuentetaja, Rebeca; López Mourino, Vm; Justo-Firvida, Edesio

HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE DE LEMOS. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: A Insuficiencia Cardíaca (ICC) supón una importante carga de traballo para as plantas de medicina interna, pero queremos comprobar se o descrito na literatura se pode aplicar ó Hospital Comarcal de Monforte de Lemos.

OBJETIVOS / OBXECTIVO: Caracterizar a poboación con ICC ingresada ó longo dun ano na planta de medicina interna. Ver a evolución durante o ingreso.

MATERIAL Y MÉTODO / MATERIAL E MÉTODOS: Trátase dun estudio retrospectivo e observacional, no que a poboación estudada son todos os pacientes ingresados na planta de hospitalización de Medicina Interna dende o maio do 2016 a maio do 2017, e a mostra foron aqueles que ingresaron por ICC.

RESULTADOS / RESULTADOS: Os 410 ingresos por ICC foron orixinados por 280 pacientes. A idade foi de 85, 5+-8, 3anos, cun 51% de mulleres. O factor de risco cardiovascular máis prevalente foi a hipertensión arterial seguida da dislipemia. Entre as comorbidades máis frecuentes encontramos a Enfermidade renal crónica, Enfermidade pulmonar crónica e o deterioro cognitivo de diferente causa. Resultado un Índice de Charlson 6, 8+-2, sendo o 95% maior ou igual a 3. A cardiopatía máis prevalente é a hipertensiva, seguida da valvular. O 22% dos pacientes ingresados por ICC non teñen estudo de cardiopatía realizado. A maioría das cardiopatías teñen a fracción de execución esquerda conservada (63%). Os betabloqueantes foron utilizados no 41% dos pacientes, os IECA ou ARA II no 69% e os Antagonistas da aldosterona no 7%. Cada paciente ingresou 2,2 veces por media e acadiron a urxencias 1,6 veces por insuficiencia cardíaca. 68 paciente non ingresaran antes por insuficiencia cardíaca e 105 nunca acadirna a urxencias por este motivo. A mortalidade intrahospitalaria foi do 25% e ó cabo de un ano foi do 49,6%.

CONCLUSIONES / CONCLUSIÓN: Estamos ante unha poboación moi envellecida e moi comorbida, sendo a cardiopatía fundamental a hipertensiva e valvular con unha fracción de execución preservada. Existe unha elevada taxa de reingreso e de mortalidade.

NECESIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES DE TRAUMATOLOGÍA

Elena Fernández Bouza, Iria Bravo Blázquez, Tamara Dalama López, Estefanía Martul Pego, Marcos Montero González, María del Carmen Vázquez Friel, Pascual Sesma Sánchez

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: La atención a pacientes de servicios quirúrgicos, afeosos y comórbidos, hace necesaria la colaboración de Medicina Interna

OBJETIVOS: Evaluar las necesidades de atención médica de pacientes ingresados en traumatología
Método: Durante dos semanas de 2017 se eligieron pacientes con estos criterios: mayor de 65, patología crónica, tratamiento crónico, descompensación de patología médica crónica, patología médica aguda, fractura de cadera, solicitud de asistencia por traumatólogo o enfermería. Se incluyeron aquellos con al menos uno.

RESULTADOS: Ingresaron 70 pacientes, 38 (54%) con criterios. Mujeres 29 (76%). Edad media: 77.2 (57-100; DS 10.3). Estancia media: 8.3 días (1-31; DS 5.8). Causa: fractura de cadera 13 (34%), prótesis de cadera 6 (15.8%), prótesis de rodilla 5 (13.2%). Ingreso urgente 23 (60.5%); programado 15 (39.5%). Tratamiento quirúrgico 33 (86.8%). Patología crónica: HTA 28 (73.7%), DM 11 (28.9%), FA 9 (23.7%). Barthel: 83.1 (20-100; DS 21.6). Charlson 3.3 (0-8; DS 1.9). Fármacos en domicilio 5.1 (0-8; DS 1.9). Necesitaron intervención médica 27 (71%); ajuste de medicación 23 (60.5%), tratamiento de complicaciones 18 (47.3%), conciliación de tratamiento al alta 16 (42.1%). Complicaciones: anemia 7 (36.8%), otras 7 (36.8%), infección urinaria 3 (15.8%), infección respiratoria 2 (10.5%). En 20 (52.6%) se hizo informe médico y 3 se remitieron a consulta. Muertes 2 (5.3%) y 1 traslado a Medicina Interna. De los que precisan atención, 18 (66.7%) son ingresos urgentes y 9 (33.3%) programados, p (0.285). Hubo atención entre las fracturas de cadera en 11 (40.7%) y 16 (59.3%) en los ingresos por otra causa, p (0.268). Edad media de los pacientes que precisaron intervención 78 vs 73 en los que no (p 0.108). Charlson medio 2.5 entre los que no precisaron intervención y 3.7 entre los que sí (p 0.082)

CONCLUSIONES: Los pacientes ingresados en traumatología tienen edad avanzada y patología crónica. Sufren complicaciones y necesitan atención médica, sobre todo los de mayor edad y comorbilidad.

IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA DURANTE EL PICO DE INCIDENCIA DE LA EPIDEMIA ESTACIONAL EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Iria Bravo Blázquez; Tamara Dalama López; Marcos Daniel Montero González; María Trigás Ferrín; Eduardo Pastor Rubin de Celis

CHUF. MEDICINA INTERNA

Las epidemias estacionales anuales de la gripe se asocian con tasas elevadas de mortalidad y hospitalización que supone una sobrecarga para los servicios de Medicina Interna. Nos propusimos valorar el impacto de dicha infección en una planta de Medicina Interna durante el mes de Enero 2018

MATERIAL Y MÉTODO: Se recogieron todos los pacientes ingresados en nuestra planta en Enero/18 y se seleccionaron aquellos con infección documentada por virus respiratorios. Se analizaron datos

epidemiológicos, microbiológicos, estancia media, infección nosocomial y mortalidad. Se realizó análisis mediante el programa SPSS

RESULTADOS: Entre el 1 y 31 de Enero/18 ingresaron en nuestra planta 114 pacientes. Un 56% por procesos infecciosos respiratorios. Un 46.9% (30 pacientes) con PCR positiva para virus. Se analizaron estos 30 pacientes, edad media de 70, 6 años, 58% mujeres, 21% tabaquismo activo. Índice de Charlson media 1 (rango 0-10). 26.7% recibió vacunación antigripal. PCR viral positiva para virus influenza en 86.2% (51.7% Influenza B, 20.7% Influenza AH3N2 y 13.8% Influenza A H1N1), 7% VRS y 3% Adenovirus. Se solicitó cultivo de esputo en 57%, positivo en 5 (16.7%), 3 con H. Influenzae B. Radiografía de tórax alterada en el 61%, condensación en el 43%. Ingreso en UCI 3 pacientes, 1 ventilación mecánica invasiva. Recibió tratamiento antiviral el 30%. Tres pacientes fallecieron, 2 relacionados con la gripe (6%). Se sospechó infección nosocomial en un 36.7%. Duración media del ingreso 7 días. El número de casos se mantuvo estable durante todo el mes (26% 1ª semana, 33% 2ª, 10% 3ª y 30% 4ª).

CONCLUSIONES: El 22% de los pacientes ingresados en nuestra planta en enero/18 fueron diagnosticados de infección por el virus influenza, 50% Influenza B. Destaca número de casos de infección intrahospitalaria elevado aunque no apreciamos repercusión significativa en la estancia media ni en la mortalidad.

COMPLICACIÓN NEUROLÓGICA TRAS CIRUGÍA CARDÍACA CON CEC

Dalama López T; Bravo Blázquez I; Martul Pego E; Montero González MD; Vázquez Friel MC; Fernández Bouza E; Sesma Sánchez P.

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL (A CORUÑA). SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

INTRODUCCIÓN: Se presenta el caso de una paciente de 74 años con lesiones isquémicas múltiples cerebrales tras cirugía cardíaca con circulación extracorpórea (CEC).

CASO CLÍNICO: Paciente con múltiples FRCV (HTA, dislipemia, DM tipo 2 y obesidad), que ingresa en Medicina Interna por síndrome confusional agudo 11 días después de una cirugía cardíaca de revascularización coronaria y recambio valvular aórtico con CEC. Al ingreso no se evidenció causa infecciosa, farmacológica, metabólica ni vascular, presentando TC craneal normal. Durante la hospitalización, se realizó, para completar estudio, RM craneal en la que se mostraron múltiples lesiones isquémicas cerebrales que se pusieron en relación con probable origen embólico tras la cirugía con CEC.

DISCUSIÓN: El desarrollo de la CEC fue esencial para el avance de la cirugía cardíaca. Tras la mejora de métodos de protección miocárdica, aumentó el interés por temas colaterales como la protección cerebral durante la CEC. Un 20% de las complicaciones en relación con este tipo de cirugías son debidas a causas neurológicas. La disfunción neurocognitiva es la principal causa de morbimortalidad. La incidencia de lesiones focales (ictus, AIT) aumenta con la edad, la HTA y la DM. Otros factores importantes son la aterosclerosis aórtica, la presencia de estenosis carotídea, la enfermedad cerebrovascular y el tipo de cirugía (más frecuente en cirugías valvulares que de revascularización coronaria). A pesar de los avances en protección intraoperatoria (fármacos, hipotermia, hemodilución) el porcentaje de complicaciones neurológicas sigue siendo elevado.

CONCLUSIÓN: Las complicaciones neurológicas, tanto focales como difusas, tras cirugía cardíaca con CEC, siguen representando un problema importante a pesar de los avances en protección cerebral intraoperatoria.

ACTINOMICOSIS DISEMINADA POR ACTINOMYCES MEYERI

Vázquez Friel MC; Bravo Blázquez I; Dalama López T; Martul Pego E; Montero González MD; Fernández Bouza E; Sesma Sánchez P.

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL (A CORUÑA). SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

INTRODUCCIÓN: Se presenta un caso de actinomicosis diseminada por Actinomyces meyeri.

CASO CLÍNICO: Varón de 54 años con antecedente de consumo de heroína parenteral, con malestar, dolor generalizado y síndrome general desde 4 meses atrás. En la exploración física presenta caquexia, fiebre, deterioro de nivel de consciencia, masa subescapular derecha y aumento de perímetro de muslo derecho. Análisis: proteína C reactiva 313.7 mg/L, leucocitos 19030/μL (84.9% neutrófilos), hemoglobina 7.5 g/dL, albúmina de 2.5 g/dL. Serologías para VIH y VHC negativas. Radiografía de tórax: lesión en lóbulo pulmonar superior derecho. Se inició tratamiento con Amoxicilina-Clavulánico, transfusión de hemáties y se mejoró el aporte nutricional. Las pruebas de imagen confirmaron la existencia de colecciones a nivel subescapular derecho y en cara anterior de muslo ipsilateral, procediéndose a su drenaje y recogida de muestras, en las que se aisló Actinomyces meyeri. Se trató con Penicilina y Clindamicina intravenosas durante 4 semanas y se continuó con Amoxicilina oral hasta completar 6 meses.

DISCUSIÓN: La actinomicosis es una infección causada por bacterias anaerobias del género Actinomyces. El agente causal más frecuente es el Actinomyces israelii, siendo menos prevalente la infección por Actinomyces meyeri. La localización más prevalente es la facial o cervical, seguida de la afectación abdominal, torácica y pélvica. Suele presentarse en regiones con nivel socioeconómico bajo, siendo más frecuente en hombres. Se caracteriza por la formación de abscesos, fistulas y fibrosis, de manera localizada o diseminada por vía hematogénica. El tratamiento de elección es la Penicilina G (2-6 semanas por vía intravenosa) y 6-12 meses por vía oral con Penicilina V o Amoxicilina.

CONCLUSIÓN: Aunque infrecuente en nuestro medio, la actinomicosis es una infección a tener en cuenta especialmente en pacientes de condición socioeconómica deprimida.

IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA GRIPE EN UNA UNIDAD DE CRÓNICOS

Ferreira González L, Gómez Gírey A, Vázquez Vigo R, García Alén D, Gómez Buela I, Jorge Sánchez RJ, Sesma Sánchez P.

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

INTRODUCCIÓN: La infección por virus de la gripe ocasiona anualmente una importante morbimortalidad.

El objetivo de este estudio es describir las características epidemiológicas y evolución de los pacientes ingresados en una Unidad de Crónicos con infección por virus influenza.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Crónicos del Hospital Naval (CHUF) en el período comprendido entre 27/12/2017 y 1/03/2018. Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de influenza a través de PCR en exudado nasofaríngeo. Se compararon las variables categóricas con el test de Fischer. El análisis de datos se realizó con el programa Stata, versión 13.

RESULTADOS: Durante este período de tiempo ingresaron un total de 171 pacientes por procesos infecciosos respiratorios. De éstos en 47 (27,4%) casos se confirmó mediante PCR infección por virus de la gripe. El 66% de los casos fueron mujeres con una edad mediana de 86,9 (rango intercuartil [RIC] 84-90,2). Su Charlson era de 2 (RIC: 1-4) y el 40% (18/47) habían precisado al menos 1 ingreso en el año previo. Se aisló virus influenza B en 41 de los 47 pacientes (87,3%) e influenza A en 25,5%. En todos los casos se trató de la variante estacional H3N2 y existió coinfección A+B en un 13% de los pacientes. El 72,3% fue sometido a medidas de aislamiento y un 51% recibió tratamiento con oseltamivir. El 59,6% estaban vacunados. La estancia media fue de 10,7 días (rango 3-33). La tasa de reingreso a 30 días fue del 10%. La mortalidad durante el ingreso fue del 17%, siendo significativamente más frecuente en hombres que en mujeres (37,5% vs. 6%; p=0,013).

CONCLUSIONES: La infección por virus influenza supone una gran carga asistencial en las Unidades de Crónicos. El virus más prevalente fue influenza B. La mortalidad en esta población es alta, siendo significativamente mayor en varones.

INFECCION POR NOCARDIA CYRIACIGEOGICA, UN PATOGENO EMERGENTE

Vazquez-Temprano N, Rios Prego M, Velo-García A, Guzman Figueroa DM, Encabo González A, Chouza Piñeiro A, Barcia Sixto L, Alvarez García PM
COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. MEDICINA INTERNA Y MICROBIOLOGÍA

Varón de 74 años con antecedentes de DM2 (HbA1c 7,7%), HTA, cardiopatía hipertensiva e IRC. A seguimiento en Neumología por EPID pendiente de filiar (posible silicosis). Ingresó en MI por cuadro de 8 días de evolución de fiebre e inflamación en cara dorsal de muñeca derecha, con extensión progresiva hasta codo, con mala evolución a pesar del tratamiento ambulatorio con ciprofloxacino. Niega antecedentes de picaduras, traumatismos o contacto con animales. En rx de tórax se objetiva neumopatía intersticial micronodular ya presente en estudios previos. Se recoge exudado de lesión cutánea y se inicia tratamiento empírico con Linezolid y Meropenem. A las dos semanas, se objetiva crecimiento de Nocardia cyriacigeorgica en cultivo y se desescala antibiótico (TMP-SMX). Presenta mala evolución clínica, con fiebre, disnea y elevación de reactantes de fase aguda el 6º día tras el cambio de antibiótico, por lo que se inicia de nuevo Linezolid y Meropenem.

Dado el empeoramiento clínico, se solicita TC – AR de tórax, donde se observan consolidaciones pulmonares en lóbulo inferior izquierdo, compatibles con proceso agudo. Se realiza broncoscopia que objetiva lesiones fibrocicatriciales en mucosa bronquial, compatibles con la sospecha clínica de neumonía por Nocardia, sin crecimiento microbiano en BAL (se realiza tras 3 semanas de antibioterapia dirigida).

El paciente sufre un deterioro progresivo del estado general, con claudicación respiratoria, que precisa IOT y traslado a UCI, donde se amplía la cobertura antibiótica. A pesar de esto, mantiene evolución tórpida, con empeoramiento progresivo y posterior éxodo 4 semanas después. Discusión: La nocardiosis es una infección infrecuente. La subespecie Nocardia cyriacigeorgica es un patógeno emergente y fue descrita por primera vez en 2001. Afecta fundamentalmente a pacientes inmunodeprimidos y su manifestación principal suele ser la afectación pulmonar, siendo poco frecuente la infección cutánea como ocurre en nuestro caso.

UN DEBUT PUNZANTE

Íñigo Gredilla Zubiria (1), Hector Meijide Míguez (1), Alba Gómez Dovigo (2), Javier Porteiro (1), Alejandra García Novoa (2)

HOSPITAL QUIRONSALUD A CORUÑA. MEDICINA INTERNA (1) Y CIRUGÍA GENERAL (2)

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso de un varón de 15 años de edad con debut de enfermedad de Crohn en forma de neumoperitoneo espontáneo por perforación gástrica.

OBJETIVOS: Dar a conocer esta infrecuente y agresiva forma de presentación de la enfermedad de Crohn.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de historia clínica, registros electrónicos e imágenes clínicas.

RESULTADOS: Un varón de 15 años, sin antecedentes relevantes, acudió a Urgencias por dolor abdominal. Desde hacía dos meses refería disconfort abdominal, saciedad precoz, vómitos y pérdida de hasta 6 kg de peso; hasta que comenzó con dolor punzante en el piso abdominal superior, de inicio abrupto y menos de una hora de evolución. A su llegada, apenas toleraba la posición supina y la inspiración le resultaba dolorosa. Presentaba tensión de 117/78 mmHg, 87 lpm y SatO2 98%, con dolor de rebote a la palpación. Se realizó una radiografía de tórax en bipedestación que mostró neumoperitoneo. La tomografía computerizada informó una probable perforación gástrica. Se practicó una reparación laparoscópica gástrica con omentoplastia, sin incidencias inmediatas. Dos semanas después se realizó una gastroscopia diagnóstica, que evidenció la presencia de úlceras serpiginosas difusas antipilóricas, que se biopsiaron, encontrando un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario difuso sugestivo de enfermedad inflamatoria intestinal. Los hallazgos más destacados de laboratorio incluyeron anemia ferropénica moderada, calprotectina fecal > 1600 U/l/ml y positividad de ASCA y xANCA. Se comenzó tratamiento con nutrición enteral polimérica, esteroides y azatioprina; con buena evolución inicial.

CONCLUSIONES: El neumoperitoneo espontáneo es una complicación muy rara en adolescentes, que requiere reparación quirúrgica inmediata y estudio en profundidad. La afectación gastroduodenal por enfermedad de Crohn es infrecuente y por lo común, grave. Debe considerarse ante sintomatología inflamatoria de intestino superior de presentación atípica.

COMORBILIDAD Y PRONÓSTICO EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA

García Trincado B., Dieguez Porto I., Liroa Romero M., Gómez Méndez R., Suárez Gil R., Rubal Bran D.
HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI (LUGO). MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: Las fracturas de cadera por fragilidad ósea son una de las fracturas más frecuentes del anciano siendo, dentro de las mismas, las que más comorbilidades y peor pronóstico conllevan.

OBJETIVOS: Analizar la situación clínica de los pacientes hospitalizados con fractura de cadera así como identificar los factores de comorbilidad propios y pronóstico vital de la población noagenaria con esta fractura.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados con fractura de cadera en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo durante el año 2015. Se recogieron diferentes variables clínicas relativas al riesgo quirúrgico y comorbilidades. Se compararon los grupos de más y menos de 90 años y se realizó un análisis de factores relacionados con la mortalidad.

RESULTADOS: Se estudian 392 pacientes, el 75,8% mujeres y edad media 84,1 (DS 9,3). El índice de comorbilidad de Charlson medio fue 2,8 (1,6). El 94,1% tomaba medicación habitual con una media de 5,5 (3,1) fármacos por paciente. El 78,5% de los pacientes a los que se les determinó la vitamina D presentaron déficit y el 21,5% había tenido al menos una fractura osteoporótica previa. Fueron operados el 95,4% (el 72,7% presentaba ASA ≥ III) y la estancia media fue de 9,9 días. Fallecieron 14 pacientes (3,6%). No hubo diferencias significativas entre los mayores y menores de 90 años, salvo en demencia (48,1% en ≥ 90 vs 28,8% en < 90, p = 0,001), ASA ≥ III (81,5% en ≥ 90 vs 69,4% en < 90, p = 0,01) y reingreso en menos de un mes (54,5% en ≥ 90 vs 32,5% en < 90, p = 0,03). El índice de comorbilidad de Charlson fue la única variable asociada con el riesgo de fallecer durante el ingreso (Charlson ≥ 3, OR = 10,3; IC 95%, 1,27-83,4; p = 0,000)

CONCLUSIONES: Los enfermos con fractura de cadera son ancianos frágiles con alto grado de comorbilidad y riesgo anestésico. El pronóstico a corto plazo no está influenciado por la edad sino por el nivel de comorbilidad que presenten.

EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES TRAS FRACTURA DE CADERA

García Trincado B., Ávila Nuñez M., Rodríguez Ameijeiras E., Pedrosa Fraga C., Romay Lema E., Rubal Bran D.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI (LUGO). MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: En una población cada vez más envejecida y con mayores comorbilidades, la fractura de cadera supone una gran pérdida funcional para los pacientes, descompensación de sus patologías previas o aparición de diversas complicaciones.

OBJETIVOS: Determinar la situación clínica de los pacientes con fractura de cadera y su pronóstico vital a largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados con fractura de cadera en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo durante el año 2015. Se recogen diferentes variables relativas a la comorbilidad de los pacientes, número de reingresos y mortalidad, así como el tipo de tratamiento recibido para la osteoporosis tras fractura.

RESULTADOS: Se estudian 392 pacientes y su evolución tras fractura de cadera a los 26 meses. Los pacientes presentan una edad media de 84,1 años (DS 9,3), siendo un 75,8% mujeres. El 59,7% obtuvo una puntuación en el índice Profund ≤ a 7. El 45,5% precisaron reingreso, de los cuales el 50,6% ha ingresado en una ocasión, el 26,7% en dos ocasiones y el 22,6% hasta en tres o más ocasiones. El motivo de reingreso más frecuente fueron las complicaciones médicas, en segundo lugar una nueva fractura de cadera, seguido de complicaciones postquirúrgicas e infección protésica. Sólo el 37,7% de los pacientes permanece en el momento actual con tratamiento activo para osteoporosis de los cuales el 53,3% recibe una combinación de calcio y vitamina D y un 40,2% toma ambos fármacos junto con un antirresorptivo. Hasta el momento, se han registrado éxitos de 159 pacientes (42,6%) de los cuales 14 lo hicieron en el ingreso motivado por la fractura de cadera (3,6%): 9 durante el post-operatorio y 5 antes de la cirugía.

CONCLUSIONES: Para los pacientes de nuestro medio que presentan una importante comorbilidad, polimedización y fragilidad, una fractura de cadera supone una elevada tasa de reingreso hospitalario y una gran mortalidad a largo plazo.

ANÁLISIS DE MORTALIDAD DE FRACTURA DE CADERA A LARGO PLAZO

García Trincado B., Ávila Nuñez M., Rodríguez Ameijeiras E., Liroa Romero M., Rubal Bran D.
HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI (LUGO). MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: El paciente pluripatológico que sufre una fractura de cadera puede presentar descompensación de sus patologías de base, reingresos hospitalarios e incluso mayor mortalidad con el paso del tiempo, por lo que es importante identificar factores de riesgo que contribuyan a ello.

OBJETIVOS: Analizar factores de riesgo de mortalidad a largo plazo en pacientes que hayan presentado fractura de cadera.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados con fractura de cadera en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo durante el año 2015. Se realizó un análisis multivariante incluyendo aquellas variables de interés clínico y que pudieran influir en el resultado final.

RESULTADOS: Se estudian 392 pacientes, el 75,8% mujeres y edad media 84,1 (DS 9,3), de los cuales hasta el momento y tras un seguimiento a los 26 meses, se han registrado éxitos de 159 pacientes (42,6%). Los factores de riesgo independientes para la mortalidad a largo plazo fueron: sexo masculino OR 1,45 (IC 95% 1,008-2,091), edad < 90 años OR 0,52 (IC 95% 0,366-0,761), ingresos previos OR 1,94 (IC 95% 1,336 - 2,824) e índice Profund OR 1,56 (IC 95% 1,323-1,844). Se han analizado además otras variables como polifarmacia OR 1,18 (IC 95% 0,710-1,971), presencia de anemia OR 1,315 (IC 95% 0,937-1,847) y horas hasta realización de intervención quirúrgica OR 1,169 (IC 95% 0,829-1,647).

CONCLUSIONES: Los pacientes con fractura de cadera presentan factores de riesgo durante el ingreso índice independientes del fallecimiento a largo plazo tales como: sexo varón, edad menor 90 años, ingresos previos e Índice Profund.

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO EN NUESTRA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE HEPATOLOGÍA

Iria Bravo Blázquez, Tamara Dalama López, María Trigás Ferrín, Daniel García Alén, Eduardo Pastor Rubin de Celis.
CHUF. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: En los últimos años la utilización de la ecografía como herramienta diagnóstica por parte de los servicios de Medicina interna ha ido en aumento. Desde Junio 2017 contamos con una agenda específica de ecografía abdominal en la consulta de Hepatología de nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisar las ecografías abdominales realizadas entre Jun /17 y Abr/18 para valorar su utilidad diagnóstica y resultados obtenidos. Análisis estadístico con SPSS.

RESULTADOS: Durante este periodo de tiempo se han realizado 116 ecografías abdominales. Edad media de los pacientes 58 años, 59.5% hombres. El motivo de solicitud del estudio fue valoración de pacientes con VHC (45%), alteraciones analíticas (33.6%), estudio hepatopatía (12%), dolor abdominal y hepatitis VHB (4.5%). El 89.7% de los estudios se solicitaron desde nuestra consulta, 4.3% desde planta, 3.4% desde otras consultas de medicina interna y 2.6% tras su valoración en urgencias. El tiempo medio de espera para su realización fue 10.5 días. El diagnóstico ecográfico fue sin alteraciones (32.8%), hepatopatía crónica sin hipertensión portal (HTP) 26.7%, esteatosis hepática 23.3%, hepatopatía con HTP 6.9% y alteraciones de las vesícula/vía biliar 5.2%. Se detectaron 16 LOES hepáticas, 69% benignas (50% quistes simples y 18.8% hemangiomas) y tres lesiones sólidas con sospecha de malignidad (18.8%). El estudio ecográfico se consideró óptimo en 84.5%. En 28 pacientes (24%) se solicitó una segunda prueba de imagen, 71.4% para complementar el estudio, 21.4% por estudio subóptimo y 7% por dudas diagnósticas. La prueba de imagen solicitada fue ecografía abdominal reglada 60.7%, TAC abdominal 35.7% y 1 RMN abdominal. En 93.8% los resultados obtenidos en la segunda exploración fueron concordantes con los hallazgos descritos en nuestro estudio.

CONCLUSIONES: La posibilidad de realizar estudios ecográficos a nuestros pacientes ha permitido un diagnóstico rápido, eficiente y evitado más exploraciones en el 76% de los casos.

TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES

I. Fernández Castro, R. Puerta Louro, J. Lamas Ferreiro, P. Sánchez Conde, N. García Poutón, F. Maroto Piñeiro, T. Gondar Barcala, J. De La Fuente Aguado
POVISA. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La trombosidad de los senos venosos cerebrales (TSVC) es una patología infrecuente y que supone un reto diagnóstico debido a la amplia variabilidad de presentación clínica y la baja sospecha diagnóstica.

El objetivo de nuestro trabajo es analizar todos los casos de trombosidad venosa cerebral codificados en nuestro centro y analizar las manifestaciones clínicas más frecuentes y las comorbilidades o factores de riesgo relacionados.

MATERIAL Y MÉTODO: Para ello, realizamos un estudio descriptivo donde incluimos a todos los pacientes con TSVC desde 2006 hasta febrero de 2017 analizando la forma de presentación, patologías previas, hallazgos durante el seguimiento y mortalidad.

RESULTADOS: Incluimos 16 pacientes, 9 mujeres, con edad media de 55 años. Como factores predisponentes, 5 pacientes tenían un proceso infeccioso activo, 4 eran fumadores. 4 mujeres tomaban anticonceptivos hormonales orales.

La forma de presentación más frecuente fue la cefalea seguida de náuseas, alteraciones visuales y déficit focales. El diagnóstico se realizó mediante TC en el 75%. La localización más frecuente fueron los senos lateral y transversos. Se trató con heparinas de bajo peso molecular al 81% de los pacientes y se produjo éxito en dos de los pacientes.

Al alta, el 68.7% de los pacientes se fue con anticoagulación (50% con anticoagulación oral con dicumarínicos) y se mantuvo de forma permanente en dos pacientes. Durante el seguimiento, dos desarrollaron una neoplasia y la supervivencia fue del 92% a los 2 años.

CONCLUSIONES: Nos encontramos ante un estudio descriptivo sobre una base de pocos pacientes dada la baja prevalencia de la patología. La cefalea fue la manifestación más frecuente y un porcentaje importante de los pacientes sufrían un proceso infeccioso concomitante. La rentabilidad del TC en nuestro centro es elevada para el diagnóstico de TSVC y la mortalidad por dicha patología fue baja, con una supervivencia cercana al 100% a los dos años.

TROMBOFLEBITIS SÉPTICA DE SENOS VENOSOS CEREBRALES

Isabel Fernández Castro, Francisco J. Fernández Fernández, Fernando Maroto Piñeiro, Iolanda Abalde Ortega, Marta Rodríguez Villar, Javier De La Fuente Aguado
POVISA. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La tromboflebitis séptica de senos venosos cerebrales (TSSVC) es una patología infrecuente. Nuestro objetivo es presentar un caso clínico y realizar una revisión de la patología.

MATERIAL Y MÉTODO: Para ello, realizamos una búsqueda en pubmed de casos publicados y seleccionamos revisiones sistemáticas y metaanálisis de dicha patología.

RESULTADOS: Paciente de 66 años, con timpanoplastia bilateral hace más de 40 años y prótesis de oído medio izquierdo, que acude a urgencias por cuadro de una semana de evolución de cefalea de predominio parietooccipital derecha y retroorbitaria, progresiva, que ha ido en aumento, otalgia y, en los últimos días, fiebre de hasta 38.8°C e inestabilidad para la marcha. En la exploración neurológica destaca una parálisis del VI par derecho y desviación de la marcha a la derecha. Se realiza inicialmente un TC cerebral hallazgos radiológicos compatibles con trombosidad venosa a nivel del seno transversos y sigmoideo derechos, y erosión de la placa sigmoidea con ocupación de la caja timpánica, y se completa estudio con RM cerebral que confirma hallazgos e informa de un colesteatoma en de peñasco derecho que se introduce en el golfo de la yugular. Se inicia tratamiento antibiótico con piperacilina-tazobactam con buena respuesta, y se programa para intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES: La TSSVC es una patología poco frecuente que supone un bajo porcentaje de las trombosidades venosas cerebrales. El origen más frecuente son infecciones de la región facial, y el germen implicado el *S. aureus*, aunque depende de la procedencia. Clínicamente cursan con fiebre, cefalea y focalidad neurológica, así como otros síntomas acompañantes en función del seno afectado, originando síndromes clínicos. El diagnóstico se realiza mediante confirmación de germen en hemocultivos, y confirmación radiológica de trombosidad. El tratamiento indicado es la antibioterapia de amplio espectro, individualizando la necesidad de cirugía y anticoagulación.

TROMBOSIS ARTERIAL SECUNDARIA A AMILOIDOSIS AL

Bravo Blázquez I, Beltrán Romero LM, Dalama López T, Martul Pego E, Montero González MD, Vázquez Friol MC, Fernández Bouza E, Sesma Sánchez P.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

INTRODUCCIÓN: Se describe un caso de amiloidosis primaria que debuta con trombosidad arterial de ambas EEI.

CASO CLÍNICO: Mujer de 63 años, sin antecedentes reseñables, que ingresa por isquemia arterial aguda de extremidad inferior derecha. Es sometida a embolectomía transfemorales y en el postoperatorio inmediato desarrolla isquemia del miembro contralateral, requiriendo reintervención urgente. Tras la misma, es trasladada a planta de Medicina Interna, donde relata cuadro de 10-12 meses de evolución consistente en disnea de esfuerzo, edema en EEI, astenia y pérdida de unos 15Kg. Se realizan análisis urgentes que muestran insuficiencia renal aguda y rx tórax, sugestiva de ICC. En el ECG se visualizan voltajes bajos y en la ecocardiografía clínica, signos de engrosamiento miocárdico con patrón de relajación restrictivo. La orina de 24 horas mostró proteinuria de 11g/día. Se realizó biopsia de grasa abdominal en la que se objetivó depósito de amiloide no AA. La inmunofluorescencia fue compatible con la existencia de banda monoclonal Lambda tanto en suero como en orina y la biopsia de MO confirmó el diagnóstico de amiloidosis AL.

DISCUSIÓN: Las amiloidosis constituyen un conjunto de enfermedades raras, que resultan del depósito extracelular de un material eminentemente proteico denominado amiloide. La amiloidosis más frecuente es la amiloidosis AL o primaria, debida a una expansión clonal de células plasmáticas secretoras de cadena ligera. El riñón y el corazón son los órganos más frecuentemente comprometidos, dando lugar a proteinuria glomerular progresiva y a miocardiopatía restrictiva respectivamente. Para el diagnóstico suele ser necesaria la realización de biopsia de grasa subcutánea y biopsia de médula ósea. El tratamiento de elección es quimioterapia seguida de trasplante de MO.

CONCLUSIONES: La amiloidosis AL es una entidad rara, pero debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de pacientes con síndrome nefrótico y miocardiopatía restrictiva.

SARCOMA DE KAPOSI. REVISIÓN DE LOS CASOS INCIDENTES EN LA PROVINCIA DE OURENSE DESDE 1995

Lorenzo-Vizcaya, Ana María; Fernández-González Raquel, González-Noya, Amara; Latorre-Díez, Ana; Barreiro-Rivas, Ana; Izuzquiza-Avanzini, Isabel; Rodrigo-Lara, Laura
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: El sarcoma de Kaposi (SK) es una enfermedad sistémica con afectación predominantemente cutánea. Su etiología es compleja, siendo las principales causas la infección por el VHH8, junto a otros factores inmunológicos y ambientales. Con el aumento de la incidencia de la infección por VIH, el número de casos de SK aumentó de forma exponencial.

OBJETIVOS: Conocer la epidemiología del SK en la provincia de Ourense, así como las características clínicas, el manejo terapéutico y evolución tras el mismo de los casos registrados.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo donde se han analizado las características de los casos de SK detectados en la provincia de Ourense desde Enero 1995 hasta Diciembre de 2016.

RESULTADOS: Se registraron un total de 23 casos de SK, de los cuales 21 (91%) fueron varones con una mediana de edad al diagnóstico de 64 años. Atendiendo a la clasificación, un 43% eran epidémicos, un 35% clásicos y un 22% iatrogénicos. En cuanto a la distribución de la afectación, en 10 casos se localizaba en extremidades y en 8 en más de un área. Presentaron afectación visceral 4 pacientes, ningún caso presentó afectación pulmonar asociada a SK. Un 43% de los pacientes eran VIH positivos y un 56% se encontraban en situación de inmunosupresión. Atendiendo al manejo terapéutico, 5 recibieron radioterapia, 3 quimioterapia, uno tratamiento quirúrgico y en 2 se suspendió el tratamiento inmunosupresor. Se reflejó en la historia clínica evolución favorable en 8 casos y en 6, progresó la enfermedad. En 9 de ellos, no se recogieron datos acerca de la evolución.

CONCLUSIONES: El SK es una entidad infrecuente; sin embargo, ante el incremento en la esperanza de vida y las terapias inmunosupresoras, hay que tenerlo en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial. En nuestra serie de casos, las variables recogidas son similares a las descritas en otras series publicadas. La evolución favorable tras el tratamiento no se asoció a ninguna de las variables estudiadas.

COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA (CID) SECUNDARIA A SEPSIS BILIAR POR CLOSTRIDIUM PERFRINGENS Y ENTEROCOCCUS HIRAE

Montero González MD, Bravo Blázquez I, Dalama López T, Martul Pego E, Vázquez Friol MC, Fernández Bouza E, Sesma Sánchez P.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

INTRODUCCIÓN: Se presenta el caso de una paciente con CID en relación con sepsis biliar.

Caso clínico. Mujer de 68 años, hipertensa, dispéptica y obesa, que consulta por cuadro de 24 horas de evolución de dolor en hipocondrio derecho, fiebre y vómitos alimentarios. A su llegada se mostraba hemodinámicamente estable, con dolor a la palpación en hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo. Analíticamente presentaba leucocitosis con neutrofilia, colestasis, elevación de PCR y alargamiento de rTP. La ecografía abdominal fue compatible con coledocolitiasis. En las horas siguientes, desarrolló evolución tórpida con fracaso multiorgánico y sangrado a múltiples niveles (otorragia, epistaxis, hematuria y rectorragia). Se iniciaron medidas de soporte hemodinámico, tratamiento antimicrobiano y colecistectomía urgente, con evolución desfavorable, falleciendo.

pocas horas después. Durante su estancia hospitalaria se retiraron hemocultivos y cultivo biliar, ambos positivos para *Clostridium perfringens* y *Enterococcus hirae*.

DISCUSIÓN: La CID se produce por una activación anómala de la cascada de la coagulación y la vía fibrinolítica, dando lugar a la concurrencia tanto de fenómenos trombóticos como hemorrágicos. Suele existir además un incremento de la agregación plaquetaria, siendo las alteraciones analíticas más frecuentes la trombocitopenia y la prolongación de los tiempos de coagulación. En la mayoría de los casos se debe a infecciones graves, aunque también puede desencadenarse en relación con pancreatitis aguda, procesos neoplásicos, fracaso hepático y tóxicos (picaduras, drogas...). Puede tener una evolución fatal a corto plazo, siendo prioritario para su manejo la corrección de la causa desencadenante y en ocasiones la terapia de reemplazo (plaquetas, PFC...).

CONCLUSIÓN: La CID es una entidad grave que debe ser tenida en cuenta en pacientes con infección que desarrollen eventos hemorrágicos o trombóticos y presenten alteraciones analíticas compatibles.

EXPERIENCIA DO PRIMEIRO ANO DA CONSULTA MONOGRÁFICA DE GRIPE NO HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE DE LEMOS NA CAMPAÑA 2017/2018

Sardiña-Gonzalez, C; Suarez-Fuentetaja, R; López-Reboiro, MI; López-Mouriño, Vm; Alvarez-Asensio, E; López-Castro, J; Justo-Firvida, E

HOSPITAL COMARCAL MONFORTE DE LEMOS. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN / INTRODUCCIÓN: A gripe supón unha importante carga de traballo en tódolos hospitais e os Hospitais Comarcais non son unha excepción. No Hospital Comarcal de Monforte de Lemos, na campaña 2017/2018, diseñamos unha vía alternativa ó ingreso para os doentes que chegan a urxencias por sospeita de gripe. Cando chegan a urxencias e presentan unha complicación (sobre todo neumonía), e non teñen criterios de ingreso, dándose de alta e en 24/48 horas serán revisados nunha consulta monográfica, para velo resultado das probas gripais, axustar o tratamento en función delas e ver a evolución para decidir a actitude a tomar (Ingreso vs alta).

OBJETIVOS / OBXECTIVOS: caracterizar a poboación atendida.

MATERIAL Y MÉTODO / MATERIAL E MÉTODOS: Trátase dun estudio retrospectivo no que recolleemos os datos de tódolos pacientes atendidos na Consulta Monográfica da Gripe levada por Medicina Interna na campaña 2017/2018.

RESULTADOS / RESULTADOS: Na consulta valoramos un total de 34 doentes, sendo o 62% homes, cunha idade media de 64. 4 anos. O 15% eran diabéticos, o 15% EPOC, o 18% asmáticos, o 24% fumadores e o 27% tomaban corticoides inhalados ou sistémicos. Só 1 de cada 3 estaba vacunado. E o 47% presentaban condensación na radiografía, destes pacientes o 25% tiña un FINE 1, o 19% un FINE 2, o 50% un FINE 3 e o 6% un FINE 4. Os motivos de derivación á consulta foron neumonía (47%), evolución tórpida (44%) e non había unha razón clara no 9% dos casos. O 35% padecía gripe A e o 32% gripe B. En canto a valores analíticos os pacientes con gripe A tiñan un sodio de 133 de media fronte a un 136 do resto de doentes, sen poder encontrar diferenzas estadisticamente significativas. Dos pacientes vistos o 91% fóronse de alta.

CONCLUSIONES / CONCLUSIÓNS: Son pacientes xoves e con pouca comorbilidade, na maioría dos casos a evolución foi boa. pode existir unha relación entre o valor plasmático de sodio e a presenza de gripe A, pero non conseguimos acadar a significación estatística.

SÍNDROME DE LA APÓFISIS ODONTOIDES CORONADA

Laura González Vázquez, María Orellana Navarro (1), Luisa Valle Feijoo, Eloisa Santos Armentia, Javier de la Fuente Aguado.

HOSPITAL POVISA. MEDICINA INTERNA, (1) MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por depósito de pirofosfato cálcico (DCPC) se caracteriza por la presencia de cristales intraarticulares y en tejidos periarticulares. Puede manifestarse como artritis aguda (pseudogota), artritis crónica y condrocalcinosis asintomática. Se ha descrito una forma de DCPC en los ligamentos occipito-atlo-axoideos adoptando una morfología de corona o halo y denominada "síndrome de la apófisis odontoides coronada" (SAOC).

OBJETIVOS: Describir un caso de SAOC, con aportación de la iconografía.

CASO CLÍNICO: Mujer de 79 años que ingresa por fiebre de 2 días de evolución, cefalea, cervicalgia intensa y postración. En la exploración presentaba rigidez cervical muy severa con signos de Kernig y Brudzinski negativo, sin déficits neurológicos. La analítica mostró leucocitosis y elevación de reactantes de fase. Se sospechó meningitis pero la familia se negó a que se realizase punción lumbar. Se inició ceftriaxona y ampicilina de forma empírica. Tras 24 horas de tratamiento permaneció afebril, persistiendo cervicalgia severa e intensísima rigidez de nuca. Un urocultivo fue positivo para *Escherichia coli* sensible a cefalosporinas. El TAC cervical mostró calcificaciones en el ligamento transversal del atlas y rodeando la apófisis odontoides en forma de corona. Con la sospecha de SAOC se inicia prednisona y posteriormente se añade colchicina con buena evolución.

DISCUSIÓN: El SAOC es una entidad clínico-radiológica poco frecuente caracterizada por depósitos de pirofosfato cálcico alrededor de C2, en los ligamentos occipito-atlo-axoideos. Puede cursar de forma asintomática y ser un hallazgo accidental en un TAC o presentar artritis con fiebre y síntomas sistémicos, dolor cervical y rigidez, por lo que hay que realizar el diagnóstico diferencial con la meningitis aguda. Debe sospecharse en ancianos donde el dolor y la rigidez de nuca sean muy llamativos, pero los signos meníngeos negativos. El tratamiento se basa en la prednisona en las formas agudas.

PIONERAS DE LA MEDICINA EN EL MUNDO

Laura González Vázquez

HOSPITAL POVISA. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: el veto al acceso de las mujeres al estudio de la medicina duró hasta mediados del siglo XIX. La primera en conseguir ser admitida para realizar unos estudios oficiales había sido rechazada previamente en más de veinte facultades. Su constancia abrió la puerta a un camino que hoy en día siguen millones de mujeres en todo el mundo.

MATERIAL Y MÉTODO: breves biografías de las primeras mujeres graduadas en medicina en el mundo.

RESULTADOS: James Barry (¿- 1865): nació a finales del s. XVIII, se disfrazó de hombre, se cambió el nombre y se graduó en 1812 en la escuela de medicina de Edimburgo. Sirvió en la Armada Británica. Realizó la primera cesárea donde sobrevivieron madre e hijo.

Elizabeth Blackwell (1821-1910): nacida en Inglaterra y emigrada a EEUU en 1832. Consigue ser admitida en 1847 en el Ginebra Medical College de N. York, siendo la primera mujer en graduarse legalmente como médico en el mundo en 1849. Fundó el primer hospital del mundo atendido solo por mujeres. Junto con su hermana inició una Escuela de Enfermería en 1857 y en 1868 la primera Escuela de Medicina para Mujeres

Emily Blackwell (1826-1910): se graduó en Ohio en 1854. Completó su formación como cirujana en varios países europeos. Fundó con su hermana la primera Escuela de Medicina para mujeres, estando al frente de la misma desde 1869.

Rebeca Lee Crumpler (831- 1895): fue la primera mujer negra en obtener el título de Medicina en 1864 en el New England Female Medical College de Boston. Nadezhda Suslova (1843-1918): inició sus estudios en San Petersburgo; se trasladó a Zürich donde se convirtió en 1867 en la primera mujer en graduarse en medicina en una universidad europea.

Dolores Aleu Riera (1857-1913): fue la primera mujer en graduarse en España en 1879 en la Universidad de Barcelona. Se especializó en Ginecología y Pediatría

CONCLUSIONES: en estas pioneras, su vocación y deseo de ser médicos fueron más fuertes que el rechazo y los obstáculos encontrados en su camino.

ABSCESO EPIDURAL POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE.

Lima Rodríguez, O ; Rodríguez Atanes, O; Otero Moreiras, A; Cabaleiro Loureiro, A; Longueira Suarez, MR; Perez Rodriguez MT.

HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO. MEDICINA INTERNA.

INTRODUCCIÓN: El neumococo es un patógeno común, pero su presentación como absceso epidural (AE) es infrecuente.

OBJETIVOS: Descripción de un caso clínico de una paciente con AE por streptococcus pneumoniae y revisión de la literatura (UPTODATE).

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de la historia clínica y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Mujer de 58 años, con antecedentes de osteoporosis, que acudió a Urgencias de nuestro hospital por cuadro de 2 meses de evolución de dolor lumbar de intensidad variable y fiebre de hasta 38°C en domicilio; negaba disnea, tos o expectoración; no pérdida de sensibilidad ni alteración de esfínteres. En la EF de Urgencias, destacaba T^h de 38°C, estaba consciente y afectada por dolor, la auscultación, exploración abdominal y neurológica era normales. Analíticamente destacaba leucocitosis (12260) con neutrofilia, y elevación de reactantes de fase (RFA) (PCR 291), con láctico de 2,4. La radiografía de tórax no evidenciaba cambios con respecto a estudios previos. Se ingresó por síndrome febril y dolor lumbar a estudio, retirándose hemocultivos (HC) que fueron positivos para S. pneumoniae. Se inició antibioterapia con penicilina G (CMI <0.06) a dosis de 2MU/4h; coincidiendo con esto, la paciente presentó deterioro clínico con más dolor lumbar derecho y disminución de fuerza en miembro inferior ipsilateral por lo que se solicitó RNM que evidenció un AE posterior de L2-L3 a L4-L5 con compresión de raíces de cola de caballo. Se realizó drenaje quirúrgico y laminectomía L3, los cultivos intraoperatorios fueron negativos. La paciente se trató 2 semanas con AB endovenoso con buena evolución (recuperación de fuerza) y 4 semanas más con tratamiento oral con amoxicilina-clavulánico.

CONCLUSIONES: El AE es una entidad rara, que está aumentando su frecuencia dado el uso de tratamientos endovenosos y procedimientos médicos invasivos. El S. pneumoniae, es responsable de un 3% de los casos de AE, de estos el 52% presentan clínica respiratoria, el 62% fiebre y el 100% elevación RFA.

CUADRO CONSTITUCIONAL Y MELANODERMIA: OTRA FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

Andrea Cabaleiro, Antón Otero, Omayra Rodríguez, Olalla Lima, Mila Suárez, Patricia Diéguez, Ana Argibay, Mayka Freire, Alberto Rivera.

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO. UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS Y TROMBOSIS. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

INTRODUCCIÓN: La Esclerosis Sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune con afectación multisistémica de etiología desconocida. Afecta en su mayoría a mujeres de edad media, tiene baja prevalencia y alta mortalidad. Aunque la afectación cutánea (Raynaud y engrosamiento de la piel) es la más característica, la ES tiene muchas formas clínicas que dificultan su diagnóstico.

OBJETIVOS: Comunicar un caso de ES que se presentó como síndrome constitucional e hiperpigmentación cutánea, donde la neoplasia fue la primera sospecha.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión clínica y bibliográfica del caso.

RESULTADOS: Mujer de 48 años, sin antecedentes médicos, con cuadro de 9 meses de adelgazamiento (16Kg), anorexia, astenia, plenitud gástrica y ardor retroesternal. Refería oscurecimiento cutáneo de palma de manos, rodillas y espalda, fenómeno de Raynaud con heridas en pulpejos y sequedad cutánea. Además artralgias y disnea de esfuerzos. A la exploración destacaba caquexia, melanosis cutánea con zonas de acantosis, esclerodactilia, microstomia y crepitantes secos bibasales. Los ANA fueron positivos a título alto con resto de autoinmunidad negativa. Los estudios (TC, PET y endoscopia) descartaron neoplasia, con enfermedad pulmonar intersticial y gastritis crónica. La espirometría mostró una alteración de la difusión moderada y en la capilaroscopia se vio un patrón esclerodermiforme activo. Fue diagnosticada de ES limitada con cuadro constitucional secundario, iniciando tratamiento con omeprazol, calcioantagonista, corticoides a dosis bajas y micofenolato.

CONCLUSIONES: Los síntomas constitucionales en la ES pueden ser muy llamativos, confundiendo con un cuadro neoplásico. Además la presencia de cáncer en la esclerodermia está aumentada. Las alteraciones en la pigmentación representan el 30% de la afectación cutánea. Una correcta historia clínica y la capilaroscopia son clave para evitar el retraso diagnóstico.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR EMBOLISMO PULMONAR Y EVALUACIÓN DEL USO DE ESCALAS DIAGNÓSTICAS Y PRONÓSTICAS

Rocío Vázquez Vigo, Inmaculada Gómez Buela, Elena Fernández Bouza, Raquel Sardina Ferreira, Cristina Lijó Carballeda, Tamara Dalama López, Pascual Sesma Sánchez
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: El EP es una patología con elevada morbimortalidad. A Urgencias acuden pacientes con esa sospecha clínica y es importante tener una estrategia diagnóstica y terapéutica eficaz.

OBJETIVOS: Describir características epidemiológicas de pacientes ingresados por EP en Medicina Interna (MI), valorar el uso de las escalas diagnósticas (Wells y Ginebra) y comparar la mortalidad observada con la predicción obtenida con la escala pronóstica PESI.

MÉTODO: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, de pacientes ingresados por EP en MI en 2017.

RESULTADOS: Hubo 81 pacientes con EP; 45 mujeres (55.6%); edad media 73.9 (DS 15.9, rango 24-95). Murieron 21%; de ellos, el 23.5% durante la 1ª semana tras el diagnóstico, 47.1% entre la 1ª y la 4ª, y el 29.4% entre el 1º y 3º mes. Causa de muerte: EP en 17.6%, hemorragia en 5.9% y otras en 76.5%. Tratamiento inicial: anticoagulación en 80 (98.8%) y fibrinolisis. Hubo hemorragia en los primeros 3 meses en 5 (6.2%). Causa del ingreso: EP en 70.4%. Factores de riesgo más comunes: inmovilismo (56.8%) y cáncer (23.5%). El EP lo diagnosticó el médico de Urgencias en 46 (56.8%), MI en el Servicio de Urgencias en 17 (21%) y durante la hospitalización 13 (16%). El dímero D se midió en 61 (75.3%), y en 98.4% fue positivo. El 47.5% de los que se les mide y el 50% de los que no, obtienen puntuaciones > 1 en Wells ($p=0,560$). Hay asociación significativa entre la puntuación de Ginebra y el medir Dímero: en el 51,7% de aquellos en los que se calculó obtuvieron puntuaciones en Ginebra > 2 frente al 80,0% de los que no se les calculó ($p=0,026$). Los fallecidos tienen puntuaciones PESI más altas ($2,06 \pm 1,1$ vs. $1,6 \pm 1,1$; $p=0,101$). El 94,1% de los pacientes que fallecen y el 84,1% de los vivos tienen puntuación PESI ≥ 1 .

CONCLUSIONES: Las escalas que permiten determinar la probabilidad de EP están infrutilizadas. Objetivamos retraso diagnóstico y probablemente terapéutico en un 21% de los pacientes diagnosticados en el servicio de Urgencias.

GESTIÓN DEL PACEINTE SIN INGRESO. ANÁLISIS DEL FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE ALTA RESOLUCIÓN VINCULADA AL SERVICIO DE URGENCIAS

María Vares González, Cristina Barbagelata López, Diego Linares García, Ignacio Ramil Freán, Ana Arévalo Gómez, M. Alejandra Rodríguez González, Patricia Piñeiro Parga, Santiago J. Freire Castro.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: La demanda asistencial sufre un incremento constante en los últimos años que no va asociado a un aumento de los recursos, lo que obliga a buscar vías de manejo alternativas para mantener la eficiencia del sistema y una calidad asistencial adecuada.

OBJETIVOS: Analizar el funcionamiento de una consulta de alta resolución (CAR) de Medicina Interna (MI), para valorar los tiempos de respuesta y el número de ingresos evitados.

MATERIAL Y MÉTODO: análisis observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes valorados en la CAR de MI del 01 al 30 de 10/2017. Se utilizó el paquete estadístico Spss versión 20.0. Resultados: Se derivaron a consultas 68 pacientes (60% desde el Servicio de Urgencias). La tasa de asistencia fue del 91%. La edad media fue de 65 años; el 57%, fueron hombres. Principales motivos de derivación: síndrome general (17.6%) y fiebre (13.2%). Diagnósticos más frecuentes al alta: infecciones (18.2%) y neoplasias (17.7%). El 90% de los pacientes fueron diagnosticados con una o dos pruebas. El tiempo medio de espera hasta la primera consulta fue de 10 días. Excluyendo a los pacientes que hicieron estudios antes de venir a la consulta (un 42%), la mediana de tiempo hasta la primera cita fue de 6 días. El 45% de los pacientes fueron dados de alta en la 1ª consulta y el 31% tras la 1ª revisión. El tiempo medio de seguimiento fue de 22 días. Fue preciso el ingreso hospitalario en el 7.5% de los casos. Se realizó biopsia al 11,3% de los pacientes (ambulatoria en el 86%). Un 40% de los pacientes fueron derivados a otras consultas, las más frecuentes oncología (16%), neumología (16%) y cirugía general (12%).

CONCLUSIONES: 1. La derivación de pacientes desde urgencias a la CAR de MI evita ingresos hospitalarios. 2. El tiempo de espera y el número de revisiones hasta el alta creemos que fue adecuado. 3. Es necesario continuar implementando y mejorando el funcionamiento de dichas consultas.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA: ESTUDIO COMPARATIVO

Fernández Castro, Isabel; Sanjurjo Rivo, Ana B.; García Poutón, Nicole; Maroto Piñeiro, Fernando; Abalde Ortega, Iolanda; Rodríguez Villar, Marta; De La Fuente Aguado, Javier
POVISA. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: La endocarditis infecciosa (EI) es una patología poco frecuente, con elevada morbimortalidad.

OBJETIVOS: El objetivo de nuestro estudio es analizar todas las EI diagnosticadas en nuestro centro desde 1996 a 2017, dividir las en dos subgrupos y realizar un análisis comparativo.

MATERIAL Y MÉTODO: Recogimos todas las endocarditis y las características clínicas, demográficas, evolución y mortalidad.

RESULTADOS: Fueron un total de 172 pacientes, 77 de 1996-2006 (grupo1) y 95 de 2007-2017 (grupo2), con predominio de varones pero mayor porcentaje de mujeres en el grupo 2 (18% frente 38%). Hubo un mayor número de EI asociada a cuidados sanitarios en el segundo grupo, mientras que en el primero la mayoría son adquiridas en la comunidad (68.5% vs 51%) con más pacientes ADVP en el primer grupo como factor predisponente de forma estadísticamente significativa (15.6% vs 3.2%). Además, se objetivó mayor número de válvulas protésicas en el segundo grupo (9.1% vs 21.1%). Con respecto a las pruebas complementarias, en la mayoría del primer grupo se realizó únicamente ecocardiograma transtorácico (65.8%) mientras que el segundo grupo se realizó también transesofágico (ETE) en el 69.5%. No se encontraron diferencias en el tipo de tratamiento empírico iniciado, pero sí en la adecuación según antibiograma, que se efectuó en el

74.5% del grupo 2 frente al 57.6% del grupo 1. Además, en la mayoría del grupo 1 (91%) no se realizaron hemocultivos de control. No hubo diferencias en la válvula afectada, la sintomatología, las complicaciones, el tipo de germen ni la mortalidad, que se sitúa entre el 10-18% a los 30 días.

CONCLUSIONES: La endocarditis infecciosa supone todavía una patología de elevada mortalidad. En la actualidad, se completa más el estudio inicial, se ajusta con más frecuencia el tratamiento según antibiograma y se realizan mayor número de hemocultivos de control. Ha disminuido el porcentaje de pacientes ADVP y hay mayor número de endocarditis protésicas, resultados que concuerdan con los estudios publicados hasta la actualidad.

ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4

Abalde Ortega I (1), González González L(1), Villanueva Campos AM(2), Rodríguez Villar M (1), Maroto Piñeiro F (1), Fernández Castro I (1), García Poutón N (1), de la Fuente Aguado J (1)
POVISA. MEDICINA INTERNA (1), RADIOLOGÍA (2)

INTRODUCCIÓN: La enfermedad relacionada con IgG4 es una patología inflamatoria multisistémica. Es más frecuente en la 6ª década de la vida y puede afectar casi a cualquier órgano, la forma de presentación clásica es una lesión tumoral.

OBJETIVOS: Descripción del caso clínico de un paciente con Enfermedad relacionada con IgG4.

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

RESULTADOS: Varón de 79 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular. Ingresó por un cuadro de un mes y medio de evolución de adelgazamiento, anorexia, prurito y coluria. En los análisis destacaron GOT 393, GPT 420, GGT 1045, FAL 517, Bi 3.37 (Di 2.39) y VSG 88. La ecografía abdominal mostró colelitiasis y probable pancreatitis crónica con atrofia de la cabeza pancreática y leve dilatación de vía biliar principal. Los hallazgos del TAC y RMN fueron compatibles con enfermedad relacionada con IgG4 (pancreatitis autoinmune, fibrosis retroperitoneal, engrosamiento circunferencial de la vía biliar extrahepática y adenopatías hipervasculares). Tenía elevación de IgG (2080) sin aumento de los subtipos de IgG4. Se descartó un origen tumoral y se trató con corticoides con buena evolución.

DISCUSIÓN: La enfermedad relacionada con IgG4 tiene un curso subagudo. La forma de presentación típica es la pancreatitis autoinmune tipo 1. Afecta también a glándulas salivares, ganglios linfáticos, vías biliares, órbitas... Actualmente no hay unos criterios diagnósticos validados, a pesar de los múltiples intentos de establecerlos; si bien en 2011 se establecieron los criterios histopatológicos: denso infiltrado linfoplasmocítico, fibrosis con patrón estoriforme y flebitis obliterativa. Son características la elevación de IgG4 sérica (70%) y tisular, pruebas de imagen y respuesta al tratamiento. El tratamiento de elección son los corticoides, prednisona 0.6 mg/kg/día 2-4 semanas. La tasa de recurrencia es de un 25%. Su importancia radica en distinguirla de neoplasias.

ARTRITIS REACTIVA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Abalde Ortega I, Sánchez Conde P, Rodríguez Villar M, Maroto Piñeiro F, Fernández Castro I, García Poutón N, Gondar Barcala T, de la Fuente Aguado J
POVISA. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: La artritis reactiva es una espondiloartritis seronegativa periférica. Su incidencia es de 1-30 casos/100.000. En la mayoría de los casos aparece días-semanas después de una infección entérica o genitourinaria.

OBJETIVOS: Descripción de dos casos con Artritis reactiva.

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

RESULTADOS: Caso 1: Varón de 32 años que tras un cuadro de diarrea subaguda presentó oligoartritis con afectación de rodillas. Tenía fiebre, leucocitosis, VSG 98 y PCR 28.9. El HLA B27 fue positivo y el líquido sinovial de características inflamatorias. Se detectó IgG sérica para Yersinia enterocolitica confirmándose artritis reactiva a infección entérica por Yersinia. Caso 2: Varón de 21 años con uretritis, artritis del pie izquierdo e iridociclitis tras contacto sexual de riesgo dos meses antes. En los análisis destacaron PCR 13 61 y VSG 36. El HLA B27 fue positivo. Se interpretó como artritis reactiva (síndrome de Reiter). En ambos casos se pautó tratamiento con corticoides y posteriormente sulfasalacina con evolución favorable. La artritis reactiva suele aparecer entre los 30-40 años. Las bacterias más frecuentes son Chlamydia trachomatis, Shigella, Yersinia y Salmonella. Cursa como una oligoartritis asimétrica aditiva de predominio en grandes articulaciones de miembros inferiores asociada o no a manifestaciones extraarticulares (conjuntivitis o uretritis). Entre un 50-80% de los casos son HLA B27 positivo y el líquido sinovial es inflamatorio. El tratamiento de elección son los antiinflamatorios, siendo necesario en un porcentaje importante de los casos el tratamiento con glucocorticoides. En los casos de tórpida evolución puede ser necesario asociar FAME o antiTNF. La mayoría tiene remisión completa en 6-12 meses y el 25% desarrollan enfermedad crónica.

CONCLUSIONES: En pacientes jóvenes con oligoartritis periférica con o sin manifestaciones extraarticulares es necesario descartar una artritis reactiva.

NEUROSÍFILIS: UNA ENFERMEDAD QUE NO PASA DE MODA

Abalde Ortega I, Fernández Fernández F J, Rodríguez Villar M, Maroto Piñeiro F, Fernández Castro I, García Poutón N, Gondar Barcala T, de la Fuente Aguado J
POVISA. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: La neurosífilis es la infección del sistema nervioso central por Treponema pallidum. Tiene diferentes formas de presentación y puede presentarse en distintos estadios. Tras un descenso en su incidencia en las últimas décadas, se ha descrito un repunte en relación con la infección por VIH.

OBJETIVOS: Describir las características epidemiológicas, manifestaciones clínicas y pruebas complementarias de los pacientes con neurosífilis en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes diagnosticados de neurosífilis en nuestra área sanitaria en el periodo 2000-2017.

RESULTADOS: Se incluyeron 11 pacientes, 82% varones, edad media de 55 años (rango 35-87 años). El 55% tenía infección por VIH, y éstos fueron más jóvenes (44 vs 68 años). El 55% no tenía síntomas al diagnóstico. La distribución de los pacientes sintomáticos fue: dos con afectación parenquimatosa (uno pérdida de fuerza, parestesias y dificultad para la marcha, y otro vértigo), uno

afectación meningovascular, un meningitis y el último neuritis óptica. La clínica duró una media de 5 meses. Se realizaron pruebas de imagen en el 55%: en un caso se demostró un hematoma subdural subagudo, el resto sin alteraciones. Todas las serologías de FTA y RPR fueron positivas en sangre. El 73% de los pacientes tenía pleocitosis en LCR (media 29 ± 32 células/mm³) e hiperproteinorraquia (54 ± 14 mg/dL). La positividad de los estudios serológicos en LCR fue: 80% FTA, 67% RPR y 57% VDRL. El 54.5% se trató con ceftriaxona y el 45.5% con penicilina durante una media de 18 días. Sólo un paciente presentó disminución de agudeza visual como secuela.

CONCLUSIONES: La neurosífilis es hoy en día infrecuente, probablemente debido al tratamiento precoz de la infección. Afecta predominantemente a varones con infección por VIH. Se diagnostica en estadios tempranos y habitualmente antes del desarrollo de síntomas. La respuesta terapéutica es excelente.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATROSCLEROTICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR NO VALVULAR: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ACTITUD TERAPÉUTICA ANTITROMBÓTICA

A. B. Porto Pérez, P. Vázquez Rodríguez, R. Suárez Fuentetaja, I. Rodríguez Osorio, I. Justo Muradás, C. Barbagelata López, S. Ruanova Suárez, R. De La Fuente Cid, J. L. Díaz Díaz.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de muerte en nuestro país, siendo una buena parte de origen aterosclerótico (ECVA). En Atención Primaria, la prevalencia de fibrilación auricular no valvular (FANV) en población española >40 años es 6.1%, elevándose al 31.3% en >70 años hospitalizados en áreas de Medicina Interna (MI)/Geriatría. La prevalencia de ECV incluyendo insuficiencia cardíaca y enfermedad cerebrovascular (ACV) en pacientes con FANV en un estudio realizado en población general es 59%. 2- Conocer el % de pacientes con FANV en >75 años ingresados en MI que tienen historia de ECVA, sus características clínicas y la terapia antitrombótica al ingreso y al alta. 3- Estudio observacional en pacientes >75 años ingresados en un Servicio de MI con FANV y CHADS-VASC ≥ 2 . Se considera antecedentes de ECVA: infarto agudo de miocardio o síndrome coronario agudo (SCA) con evidencia de coronariopatía en estudios angiográficos, o arteriopatía periférica (clínica compatible y angiografía diagnóstica o cirugía de revascularización o aneurisma de aorta). Los cálculos se realizaron con el paquete estadístico SPSS-22. 4- Se incluyeron para el análisis 231 pacientes, habiendo excluido aquellos con historia de FANV de novo y ACV en los que la FANV aparece antes, durante o en los siguientes 6 meses tras el ACV. Las características clínicas diferenciales entre pacientes con y sin ECVA se exponen en la Tabla 1. El 36% de pacientes incluidos tenían antecedentes de ECVA (Gráfico 1). Al ingreso 0,03% recibían antiagregación, 95,67% anticoagulación y 0,0087% terapia antitrombótica doble. El cambio de régimen antitrombótico al alta se recoge en el Gráfico 2. 5- 36% de los pacientes con FANV ingresados en MI con >75 años tienen historia de ECVA. En la mayoría la FANV es la línea final de ECV debido a la degeneración del remodelado cardíaco. La historia de ECVA determina un % mayor de cambio de régimen antitrombótico al alta.

FILTROS DE VENA CAVA: EXPERIENCIA DE USO EN EL CHUO AÑOS 2007-2017

Ana Latorre Díez, Isabel Izuzquiza Avanzini, Laura Rodrigo Lara, Raquel Fernández González, Ana Lorenzo Vizcaya, Ana Barreiro Rivas, Amara González Noya, Pablo López Mato

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: La ETEV que engloba tanto TVP como TEP, representan un problema grave y frecuente en la práctica clínica. El tratamiento de elección es la anticoagulación, sin embargo, existen situaciones en las que está contraindicada, debe suspenderse o no es efectiva. En estos casos, el filtro de vena cava (FVC) constituye una alternativa.

OBJETIVO: Conocer las características epidemiológicas de los pacientes a lo que se les ha implantado un FVC, en Ourense entre el 15/01/07 hasta 15/06/17.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo y retrospectivo que recoge todos los implantes de FVC en el CHUO entre 15/01/2007 y 15/06/2017.

RESULTADOS: En este periodo de tiempo se implantaron un total de 114 FVC, 62 pacientes eran mujeres y 52 hombres. Presentaban una media de edad de 76.24 años [29-94 años]. Las indicaciones para el implante del FVC fueron: Nuevo evento trombotico pese a tratamiento anticoagulante correcto en 9 pacientes, necesidad de cirugía en 27 casos, contraindicación para la anticoagulación en 13 pacientes y sangrado activo en 65 casos. De los 114 filtros, 21 de ellos eran permanentes y 93 retirables, sólo 22 se retiraron. No hubo complicaciones inmediatas derivadas del procedimiento pero sí tardías en 12 casos (10%), siendo la más frecuente la trombotosis del FVC. Analizamos el tiempo de supervivencia en función de diferentes variables, y observamos que la retirada del filtro se asoció a una mayor supervivencia ($P=0.003$). En nuestra serie se produjeron 59 éxitos, de los cuales 26 presentaban patología tumoral. En ninguno de los casos el fallecimiento estuvo en relación con complicaciones secundarias al FVC. El paciente que presenta neoplasia previa a la implantación fallece mucho antes, el 50% lo hacen a los 12,75 meses frente a los que no tienen neoplasia que lo hacen a los 57,80 meses ($p=0,007$). Los pacientes fallecidos eran ligeramente mayores que los no fallecidos (77.11 vs 71.45 años) siendo estas diferencias significativas ($p=0.034$). El Sexo no resultó predictor de mortalidad ($p=0,632$).

LISTERIOSIS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE

Rodrigo Lara, L.; Izuzquiza Avanzini, I.; Fernández González, R.; Lorenzo Vizcaya, A.; Barreiro Rivas, A.; Latorre Díez, A.; González Noya, A.; López Mato, P.; Paz Vidal, I.; Bustillo Casado, M.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: La listeriosis es un proceso infeccioso causado por 'Listeria monocytogenes', un bacilo gram positivo, beta-hemolítico y catalasa positivo. Su clínica varía desde cuadros de gastroenteritis febril autolimitada hasta enfermedades sistémicas, existiendo predisposición en inmunodeprimidos, edades extremas de la vida y gestantes.

OBJETIVOS: Analizar características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y terapéuticas de la infección por 'Listeria monocytogenes' en pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de casos de listeriosis en CHUO (863 camas) durante el período comprendido entre el año 2008 y 2017 confirmados mediante cultivo microbiológico.

RESULTADOS: Durante el período estudiado se confirmó el diagnóstico de listeriosis en 35 pacientes, con una media de edad de 66 años, siendo más frecuente en hombres (2:1). El factor de riesgo más habitual fue la inmunodepresión, presente en 30 pacientes (91%). La clínica más frecuente fue la fiebre (74%), seguido de cefalea (23%) y tos (23%). El diagnóstico se realizó mediante la detección de 'Listeria monocytogenes' en hemocultivos en 27 casos (77%), en cultivo de LCR en 7 casos (20%), de líquido pleural en 1 caso (3%), de líquido biliar en 1 caso (3%) y de líquido ascítico en 1 caso (3%). El tratamiento de elección fue la ampicilina en 91% de casos, asociándose gentamicina en el 63%. Se observó curación en 27 casos (77%), éxitos en relación en 4 casos (11%) y éxitos no relacionados en 4 casos (11%).

CONCLUSIONES: Los datos hallados en el estudio concuerdan con los observados en la literatura. La inmunodepresión es el factor de riesgo más frecuente y la fiebre es la manifestación inicial más común. El diagnóstico se confirmó, principalmente, mediante hemocultivos y el tratamiento de elección en la mayoría de los casos fue ampicilina, asociándose en un 63% a gentamicina, con buena resolución de la infección en el 77%.

COLECISTOSTOMIA PERCUTANEA: REVISIÓN DE CASOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE ENTRE 2015-2017

Ana Latorre Díez, Beatriz Suárez Rodríguez, Laura Rodrigo Lara, Isabel Izuzquiza Avanzini, Raquel Fernández González, Ana M^a Lorenzo Vizcaya, Ana Barreiro Rivas,

Amara González Noya, Pablo López Noya

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: El tratamiento de las colecistitis agudas litiasicas en pacientes con alto riesgo quirúrgico y pluripatología es complejo y no existen guías clínicas al respecto. En pacientes de edad avanzada con alta comorbilidad, elevado riesgo quirúrgico y anestésico la colecistostomía percutánea (CP) es una opción terapéutica en pacientes con colecistitis aguda grave.

OBJETIVO: Conocer las características epidemiológicas de los pacientes a lo que se les ha practicado una CP en el área sanitaria de Ourense entre el 01/12/2015 - 31/12/2017.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo y retrospectivo que recoge todos los pacientes a los que se les ha realizado una CP en Radiología Intervencionista entre 01/01/2015 y 31/12/2017 en el CHUO.

RESULTADOS: Se recogieron datos de los 95 pacientes que ingresaron en el CHUO en este periodo. La mediana de edad de los pacientes fue de 84.07 años, siendo la mayoría de ellos varones en un 62.1%. En cuanto a la situación funcional de los pacientes casi un 20% eran dependientes totales (Índice de Barthel <20, y un 42% totalmente independientes para las ABVD. En cuanto a las comorbilidades, presentaban una mediana del Charlson 7 en todos los pacientes estudiados. En un 48.2% de los casos no presentaron complicaciones. En lo referido a las complicaciones tardías, un 18.95% de los pacientes fallecieron, siendo el arrancamiento accidental la segunda complicación más frecuente. El tiempo medio con tratamiento antibiótico $12 (\pm 7.27)$ días. La indicación más frecuente de CP fue la colecistitis aguda litiasica en el 76%. La mediana del tiempo a la retirada del catéter fue de 32 días [0- 615 días], produciéndose en un 4,4% de los casos la retirada antes de 24 horas.

CONCLUSIONES: En pacientes de edad avanzada con alta comorbilidad, elevado riesgo quirúrgico y anestésico la CP es una opción terapéutica en pacientes con colecistitis aguda grave. La complicación tardía fue el fallecimiento, siendo el arrancamiento accidental la segunda complicación más frecuente.

INFECCIÓN POR LEUCONOSTOC SPP EN EL HOSPITAL POVISA (2011-2018)

María Luisa Valle Feijoo (a), José Ramón Bermúdez Sanjurjo(a), Laura González Vázquez (a), María José Fernández Soneira (b), Irene Rodríguez Conde (b), Javier de la Fuente Aguado (a)

HOSPITAL POVISA - VIGO. (A) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, (B) SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA.

INTRODUCCIÓN: Leuconostoc spp. es una bacteria grampositiva, catalasa negativa caracterizada por su resistencia a la vancomicina. Se encuentra ampliamente distribuida en la naturaleza y es bien conocida en la industria alimentaria dadas sus propiedades fermentadoras. Desde 1985 se considera un patógeno oportunista al provocar infecciones en recién nacidos prematuros y en pacientes inmunocomprometidos. Suele asociarse con los cuidados sanitarios, como procedimientos invasivos (intubación orotraqueal, catéteres venosos, nutrición parenteral, etc.) o con antibioterapia previa, especialmente en pacientes críticos, inmunocomprometidos o con infección nosocomial.

OBJETIVOS: Describir factores predisponentes, características clínicas y pronóstico de los pacientes ingresados con infección por Leuconostoc spp.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, descriptivo de los aislamientos de Leuconostoc spp. entre Mayo de 2011 y Mayo de 2018 en el Hospital Povisa.

RESULTADOS: En los últimos 7 años, se aisló Leuconostoc spp. en 7 pacientes, 4 mujeres y 3 varones, con una edad media de 60 años (23-86). Entre los factores predisponentes destacan: 4 pacientes (57%) con neoplasia, 3 post-operatorios (42%), 2 pacientes ingresados en UCI (28%), 2 diabéticos (28%), 1 Crohn a tratamiento con antiTNF (14%); en 2 pacientes no existían factores predisponentes (28%). Se aisló Leuconostoc spp. en líquido pleural (2), líquido ascítico (2) y en exudados: absceso odontogénico (1), pared abdominal (1) y absceso plantar (1). Se identificó como único agente infeccioso en 1 caso. Soló 2 pacientes no habían recibido antibioterapia previa y/o habían tenido contacto con el sistema sanitario en los 3 meses previos. Tres pacientes fallecieron durante el ingreso (42%).

CONCLUSIÓN: La infección por *Leuconostoc* spp. es muy poco frecuente y suele estar relacionada con la asistencia sanitaria. La mayoría de los pacientes presentaban factores predisponentes, siendo la mortalidad muy elevada.

SARCOIDOSIS PULMONAR SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON ABATACEPT

Rodríguez M., Sanjurjo A., Fernández I., García N., De la Fuente J.
POVISA. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: El abatacept pertenece al grupo de fármacos biológicos inmunomoduladores, aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada a uno o más FARME.

MATERIAL Y MÉTODO: descripción de un caso de sarcoidosis en relación al tratamiento con abatacept y revisión de la literatura.

RESULTADOS: mujer de 69 años con artritis reumatoide, que presentaba un cuadro de 8 meses de evolución de astenia y pérdida de 5 kg de peso, y los últimos 5 meses, tos con expectoración amarillenta y febrícula ocasional que había mejorado parcialmente con antibióticos. En el examen físico destacaba una SatO₂ de 94%. La gasometría arterial mostraba una pO₂ de 69 mmHg. La espirometría mostró un patrón de obstrucción a expensas de vías aéreas pequeñas con leve disminución de la DCLO y en el TAC torácico se observaron adenopatías hilares bilaterales y afectación parenquimatosa, con patrón micronodular bilateral afectando sobre todo a los campos pulmonares medios e inferiores. Los hallazgos de la fibrobroncoscopia fueron de inflamación granulomatosa no caseificante. Ante estos hallazgos, se diagnosticó a la paciente de sarcoidosis y se instauró tratamiento con Prednisona a dosis de 1 mg/kg/día con pauta descendente presentando una buena evolución clinicoradiológica.

Los fármacos biológicos son capaces de inducir enfermedades pulmonares intersticiales autoinflamatorias. En concreto, existen determinadas terapias biológicas, como el etanercept, que se han relacionado con la aparición de sarcoidosis. El Abatacept es una proteína de fusión que pertenece al mismo grupo farmacológico que el etanercept y se ha asociado con un aumento en la susceptibilidad a la enfermedad pulmonar intersticial en pacientes con artritis reumatoide.

Conclusión: El abatacept al igual que otros agentes biológicos, a pesar de los pocos casos descritos debido a su menor uso y sus indicaciones más restrictivas, puede favorecer la aparición de enfermedades autoinflamatorias.

GLOMERULONEFRITIS ASOCIADA A ESTAFILOCOCO AUREUS

Antón Otero Moreiras, Alberto Rivera Gallego
ÁLVARO CUNQUEIRO. MEDICINA INTERNA

La glomerulonefritis asociada *Staphylococcus aureus* (GNSA) es una enfermedad infrecuente, de patogenia poco conocida, que suele afectar a mayores de 65 años inmunosuprimidos y cuyo tratamiento es el control de la infección.

Ampliar el conocimiento sobre la GNSA.

Presentación del caso de un varón de 57 años diagnosticado de GNSA, con evolución tórpida a pesar del control de la infección.

Varón de 57 años bebedor de 80g de OH/día, sin otros antecedentes, acude por fiebre, tos, dolor abdominal, diarrea y coluria de 10 días de evolución. TA 220/110, dolor en hipocondrios y úlcera necrótica en MID. Leucocitos 17320, 83% de neutrófilos, Cr 2.52 mg/dl, Na 128 mEq/L y K 5.5 mEq/L, hematuria y proteinuria. En TAC: bandas perirrenales con borrosidad de la grasa e infiltrado alveolar en LID. En HC creció SA meticilin-sensible, y se instauró tratamiento con cloxacilina. EcoCG sin datos de endocarditis. La función renal se deteriora a pesar del control de la infección, se realiza biopsia renal, con datos de glomerulonefritis proliferativa postinfecciosa aguda. Se instauró hemodiálisis y corticoides siendo la evolución favorable.

SA es una causa infrecuente de glomerulonefritis. Se suele producir en adultos con predisposición a esta infección, lo cual explica a su vez su peor pronóstico en comparación con la glomerulonefritis postestreptocócica. En su patogenia se ha implicado los inmunocomplejos por lo que la infección debe estar activa. Se presenta con clínica infecciosa, sd nefrítico y/o edemas. Una vez erradicada la infección, la actividad de la enfermedad suele cesar, y este ha de ser el objetivo del tratamiento. No hay evidencia suficiente para recomendar terapia inmunosupresora generalizada. La recuperación renal depende en gran medida de las características del enfermo. En el caso que presentamos, a pesar de haber instaurado el tratamiento correcto en un paciente de mediana edad sin patología previa, la evolución fue tórpida y la recuperación fue parcial.

NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD POR INHALACIÓN DE OZONO

Rodríguez M., Lamas J. L., Cobas A., Abalde I., Maroto, F., De la Fuente, J.
POVISA. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: La neumonitis por hipersensibilidad es una enfermedad pulmonar intersticial causada por inhalación de productos orgánicos e inorgánicos, siendo la inhalación de ozono (O₃) una causa.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de un caso de neumonitis por hipersensibilidad en relación con la inhalación de O₃.

RESULTADOS: Mujer de 47 años, fumadora con rinitis alérgica, que acudió a urgencias por cuadro de 24 horas de disnea intensa, sensación de opresión cervicotorácica y tos tras exposición laboral a O₃. Presentaba rubor facial e hipofonía generalizada en la auscultación pulmonar. En las pruebas analíticas tenía leucocitosis de 11980 (N81%), pO₂ de 63.5mmHg y lactato de 3.9. Las pruebas de función pulmonar mostraron un patrón de restricción leve y una alteración de la difusión moderada y en la TC torácica se evidenció patrón en mosaico con áreas parcheadas de vidrio deslustrado durante la inspiración y áreas de hiperclaridad por atrapamiento aéreo en espiración. Se inició tratamiento con metilprednisolona, broncodilatadores y posteriormente levofloxacino por sospecha de sobreinfección bacteriana. La evolución fue favorable con resolución de la hipoxemia y mejoría de los signos de broncoespasmo.

El O₃ es un gas presente en la atmósfera terrestre que a concentraciones altas puede producir efectos graves sobre la salud, constituyendo grupos de riesgo las personas con enfermedades respiratorias crónicas. La información disponible en la literatura médica sobre intoxicación aguda por O₃ es escasa, siendo los síntomas más frecuentes la tos, cefalea, náuseas y vómitos. Son frecuentes también la fiebre, hipoxemia, leucocitosis, alteraciones en el ECG y reducción de la función pulmonar con anomalías en las pruebas de imagen.

CONCLUSIÓN: El O₃ es una causa inusual de neumonitis por hipersensibilidad que debe de ser incluida en el diagnóstico diferencial de los agentes etiológicos ante la presencia de esta entidad en un contexto epidemiológico adecuado.

SÍNDROME DE MIRIZZI EN EL CHUO

I. Izuzquiza Avanzini, L. Rodrigo Lara, B. Suarez Rodriguez, R. Fernandez González, A. Lorenzo Vizcaya, A. Latorre, A. Barreiro, A. Gonzalez, P. López Mato
CHUO. MEDICINA INTERNA

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Mirizzi es una patología poco frecuente de la vía biliar, se encuentra en un 0.05% a 4% de la colelitiasis sintomáticas. Su diagnóstico es difícil y un reto para el clínico, sin embargo, de vital importancia para reducir las posibles complicaciones durante la cirugía de la misma.

OBJETIVOS: Estudiar la frecuencia del Síndrome de Mirizzi en nuestro medio, su presentación, manejo y complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se recogieron los diagnósticos de Síndrome de Mirizzi al alta en el CHUO desde febrero de 2012 a febrero de 2018. Se recogieron las variables sexo, edad, sintomatología, pruebas, tratamiento y complicaciones del mismo.

RESULTADOS: Se obtuvieron 8 pacientes, con una edad media de 58 años (39-78), 63% mujeres. El síntoma de presentación más común fue el dolor abdominal. El patrón analítico predominante de ictericia obstructiva. Sólo un 38% de los pacientes tenía antecedentes de colelitiasis sintomáticas.

La ecografía abdominal mostró datos sugerentes de colelitiasis en un 75% de los casos, en los cuales, la CPRE posterior brindó el diagnóstico en la mayoría de casos. En el resto, el TAC abdominal, la colangi-RMN o la eco-endoscopia ofrecieron el diagnóstico.

El tratamiento en todos los casos fue quirúrgico, mediante colecistectomía programada. Dos de los tres casos iniciados laparoscópicamente, debieron transformarse ante el hallazgo de fistulas cole-biliares/duodenales no diagnosticadas mediante pruebas de imagen, el resto de las cirugías se abordaron de manera abierta.

CONCLUSIÓN: A pesar de su rareza, el síndrome de Mirizzi es una de las causas que debemos tener en cuenta en la patología del árbol biliar. El diagnóstico en nuestro medio se realiza principalmente mediante la CPRE en casos de sospecha de coledocolitiasis. El manejo quirúrgico se realiza de manera programada y en su mayoría mediante abordaje abierto por la complejidad de la cirugía.

CARACTERÍSTICAS Y FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD DE UNA COHORTE DE PACIENTES INGRESADOS CON STATUS BIOELÉCTRICO

Lucía Barrera López (1), Alba García Villafranca (1), Emilio Manuel Páez Guillán (1), Marta Pose Bar (2), Jonathan Geovany Montoya Valdés (1), Ana Teresa Marques Afonso (1), Ignacio Novo Veleiro (1), Antonio Pose Reino (1)

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA - A CORUÑA. (2) FACULTADE DE MEDICINA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA - UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA - A CORUÑA.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

INTRODUCCIÓN: el status bioeléctrico es una entidad frecuente que implica la necesidad de tratamiento rápido y adecuado. Se da en el medio hospitalario y en el ambulatorio, y es de los principales retos del internista.

OBJETIVOS: averiguar las características que presenta una cohorte de pacientes hospitalizados en Medicina Interna que han presentado status bioeléctrico durante su ingreso, identificando factores asociados a pronóstico o mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes ingresados en Medicina Interna entre 2011 y 2016 ambos inclusive, con status bioeléctrico. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y analíticas, realizando análisis descriptivo y univariante

RESULTADOS: Se incluyeron 40 pacientes, de edad media 76 ± 13 años. (62.5% mujeres); el 67.5% con índice de comorbilidad de Charlson igual o superior a 6. Entre las comorbilidades destaca la hipertensión arterial (62.5%). Un 32.5% tomaba anticomiciales domiciliarios. Analíticamente, en un 20% empeoró la función renal con respecto a su basal. El motivo de ingreso más frecuente fue la infección respiratoria (30%). Un 17.5% de los pacientes ingresaron en unidades de críticos en algún momento, idéntico porcentaje presentó sepsis. Durante el ingreso, el 32.5% recibió corticoterapia. En cuanto al tratamiento, en un 62.5% de los casos se empleó levitiracetam, seguido de ácido valproico (32.5%). Un 35% de los pacientes falleció durante el ingreso, y el 65% presentó recuperación

CONCLUSIONES: El status bioeléctrico es una complicación frecuente que en ocasiones no es lo suficientemente tenida en cuenta, y cuyo manejo adecuado es importante tanto a un nivel de tratamiento como de prevención. Se ha identificado como factor de riesgo independiente de mortalidad la presencia de arritmias, y como factor protector la estancia en unidades de críticos. La estancia en unidades de críticos se ha identificado con mayor tasa de recuperación, al contrario que la sepsis.

