

| SALON DE ACTOS (Edif. Usos Múltiples) Junta Castilla y León - LEÓN |

# LIBRO DE COMUNICACIONES



6-7 Junio 2008





## ÍNDICE

---

### COMUNICACIONES ORALES

---

#### **Enfermedades Infecciosas (A)**

<b>A-01</b>	INFECCIONES FÚNGICAS INVASORAS (IFIS) EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS .....	7
<b>A-02</b>	DETERMINACIÓN Y EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON HEPATITIS C Y D .....	7
<b>A-04</b>	DIARREAS POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE. ESTUDIO RETROSPECTIVO DESCRIPTIVO DURANTE 5 AÑOS (2003-2007). HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA ....	8
<b>A-06</b>	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 30 PACIENTES CON TULAREMIA CONTROLADOS EN MEDICINA INTERNA .....	9
<b>A-07</b>	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE TULAREMIA EN EL ÁREA SANITARIA DE LEÓN .....	9
<b>A-09</b>	ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EL HOSPITAL DE LEÓN: AÑOS 2006 - 2007 .....	10

#### **Riesgo Vascular (RV)**

<b>RV-01</b>	EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE ESTRATEGIAS HIPOLIPEMIANTES EN PACIENTES CON DIABETES TIPO II. ESTUDIO EFECTIDIAB .....	11
<b>RV-02</b>	RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA .....	12

#### **Varios (V)**

<b>V-19</b>	RESULTADOS DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA APLICADA EN UNA SERIE DE 40 PACIENTES EN LOS QUE SE DESESTIMÓ SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO .....	12
<b>V-20</b>	ANTICOAGULACIÓN ORAL EN MEDICINA INTERNA" .....	13

### PÓSTERS

---

#### **Enfermedades Infecciosas (A)**

<b>A-03</b>	ESTUDIO CASO CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN DOS COLECTIVOS DE MUJERES .....	14
<b>A-05</b>	BACTERIEMIA Y ABSCESOS HEPÁTICOS MÚLTIPLES POR YERSINIA PSEUDOTUBERCULOSIS .....	14
<b>A-08</b>	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL DE LEÓN .....	15
<b>A-10</b>	ARTRITIS INTERAPOFISARIA TRAS INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO .....	15
<b>A-11</b>	TBC OSTEOARTICULAR: UN CASO, UN RETO DIAGNÓSTICO .....	16
<b>A-12</b>	ENDOCARDITIS POR PROPIONIBACTERIUM ACNES .....	17

<b>A-13</b>	FIEBRE TRAS APENDICECTOMÍA .....	18
<b>A-14</b>	TUBERCULOSIS MILIAR: REVISIÓN DE CASOS EN NUESTRO HOSPITAL .....	18
<b>A-15</b>	NEUMOTÓRAX RECIDIVANTE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TUBERCULOSIS ACTIVA .....	19
<b>A-16</b>	TUBERCULOMAS CEREBRALES .....	19
<b>A-17</b>	CAVITACIÓN PULMONAR Y LESIONES CUTÁNEAS EN MUJER CAMPESTRE .....	20
<b>A-18</b>	LESIONES ESPLÉNICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO .....	21
<b>A-19</b>	SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO .....	21
<b>A-20</b>	BACTERIEMIA SIMULTANEA POR E. COLI Y STREPTOCOCCUS ORALIS/VIRIDANS EN PACIENTE CON ALTA SOSPECHA DE NEOPLASIA DIGESTIVA .....	22

**Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)**

<b>EA-01</b>	HIPONATREMIA SECUNDARIA A CARBAMAZEPINA .....	23
--------------	---	----

**Insuficiencia Cardíaca (IC)**

<b>IC-01</b>	ANÁLISIS DE LA BASE DE DATOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA IMPLANTADA RECIENTEMENTE EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE SONSOLES. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES, MODIFICACIONES EN EL TRATAMIENTO Y UTILIZACIÓN DE CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (EUROQUOL) .....	23
--------------	---	----

**Inflamación/ Enfermedades Autoinmunes (IF)**

<b>IF-01</b>	COLOSTASIS DISOCIADA MANTENIDA EN VARÓN JOVEN .....	24
--------------	---	----

**Riesgo Vascular (RV)**

<b>RV-03</b>	VALORACIÓN DE TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON DM TIPO 2 .....	25
--------------	---	----

**Varios (V)**

<b>V-01</b>	UN MISTERIO MÉDICO: EL HOMBRE SIN HOMBRO .....	25
<b>V-02</b>	DETERMINACIÓN DE METAHEMOGLOBINA EN POBLACIÓN LABORAL .....	26
<b>V-03</b>	ANÁLISIS DEL RIEGO DE PARASITACIÓN INTESTINAL EN FUNCIÓN DEL FACTOR MEDICINA Y ALIMENTACIÓN .....	26
<b>V-04</b>	ACERCA DE UNA REFLEXIÓN NECESARIA SOBRE LAS ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO ÁCIDO-BASE Y SU SIGNIFICADO .....	27
<b>V-05</b>	COARTACIÓN AÓRTICA DIAGNOSTICADA A LOS 87 AÑOS .....	27
<b>V-06</b>	CRISIS EPILÉPTICAS DE ETIOLOGÍA METABÓLICA .....	28
<b>V-07</b>	MUJER CON DOLOR CRÓNICO EN FOSA ILÍACA DERECHA .....	29
<b>V-08</b>	SÍNDROME PULMÓN - RIÑÓN EN VARÓN DE 51 AÑOS .....	29

V-09	UTILIDAD DE LA PUNCIÓN LUMBAR EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN LA UNIDAD DE NEUROLOGÍA .....	30
V-10	PTOSIS PALPEBRAL EN VARONES DE EDAD MEDIA: PROCESO DIAGNÓSTICO .....	30
V-11	SÍNDROME DE POEMS: CASO CLÍNICO .....	31
V-12	NEOPLASIAS APENDICULARES, TUMORES CON FRECUENCIA OLVIDADOS .....	31
V-13	QUILOTÓRAX ESPONTÁNEO ASOCIADO A PEQUEÑO ESFUERZO FÍSICO .....	32
V-14	FIEBRE NO ES SINÓNIMO DE INFECCIÓN .....	33
V-15	¿MENIERE BILATERAL? NO, ES UNA SIRINGOMIELIA .....	33
V-16	MASA MEDIASTÍNICA Y DIARREA .....	34
V-17	UNA CABEZA VACÍA .....	34
V-18	RESOLUCIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN PACIENTE CON HISTIOCITOSIS X PULMONAR .....	35
V-21	VARÓN DE 74 AÑOS CON SÍNDROME GENERAL Y NÓDULOS PULMONARES .....	35
V-22	LA ASTENIA QUE CANSA .....	36
V-23	HEMORRAGIAS CEREBRALES MÚLTIPLES .....	36
V-24	DISFAGIA DE 2 MESES DE EVOLUCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO .....	37

# XXIII



## COMUNICACIONES ORALES

### A-01 INFECCIONES FÚNGICAS INVASORAS (IFIs) EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS

*S. Castellanos Viñas<sup>1</sup>, M. Fuertes Núñez<sup>2</sup>, A. Morán Blanco<sup>1</sup>, M. Ledo Laso<sup>1</sup>, F. Mourad<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología. Complejo Asistencial de León. León.

#### OBJETIVOS

El estudio pretende describir la epidemiología y los factores de riesgo de las IFIs en pacientes inmunosuprimidos y a menudo con gran comorbilidad. Así como valorar la actitud terapéutica ante una infección, potencialmente letal, con diagnóstico de certeza difícil.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, no controlado. Se han incluido todos los pacientes ingresados en el Servicio de Hematología del Complejo Asistencial de León durante el año 2007, dados de alta con el diagnóstico de IFI, ya sea probada, posible o probable. Se han excluido aquellos pacientes con infecciones fúngicas no invasoras, o con IFI en ingresos previos a 2007.

#### RESULTADOS

Se han estudiado 19 casos de IFI, 74% varones, edad media 58 años (20 - 84), estancia media 38 días (10 - 81). La IFI en ningún caso fue motivo directo de ingreso, sino consecuencia de la enfermedad de base o la quimioterapia recibida. El 58% de los casos eran enfermos hematológicos conocidos, que ingresaron por deterioro general, neutropenia febril o de forma programada para tratamiento. Los pacientes de nuevo diagnóstico provenían de Urgencias o Medicina Interna para recibir tratamiento. La IFI se diagnosticó en todos los casos en el contexto de fiebre prolongada. La patología hematológica de base más frecuente fue la Leucemia Aguda Mieloblástica (LAM), suponiendo el 53% de los casos, seguida por el Mieloma Múltiple con un 16%. Según los criterios de la European Organization for Research and Treatment of Cancer el diagnóstico fue de IFI probada en un caso, IFI probable en el 21% e IFI posible en el 74%. En los casos en los que hubo aislamiento microbiológico los gérmenes implicados fueron *Aspergillus* sp. (29%) de los cuales 57% eran *A. fumigatus*; y *Candida* sp. (71%) de las cuáles el 65% eran *C. Albicans*, (en un caso hallado en hemocultivo), el 18% *C. Glabrata* y el resto *C. Parasilopsis*, *C. Guillermondi* y *C. Lusitania*. Se pautó tratamiento antifúngico según recomendaciones de la Comisión de Enfermedades Infecciosas del Hospital. Se mantuvo al alta en el 58% de los casos. Todos los casos de LAM estaban recibiendo tratamiento antifúngico profiláctico con itraconazol y estaban hospitalizados en habitaciones de aislamiento con presión positiva. La mortalidad global fue del 32% y en el subgrupo de pacientes con enfermedad hematológica previa se elevó al 45%. En ningún caso se realizó autopsia.

#### DISCUSIÓN

Los pacientes hematológicos constituyen un grupo de alto riesgo para el desarrollo de IFIs, ya que por su enfermedad de base y/o por su tratamiento son inmunodeprimidos. El tratamiento profiláctico con azoles condiciona un descenso en la incidencia de candidiasis invasoras, sin embargo es causa de IFI por microorganismos que podrían haber desarrollado mecanismos de resistencia. Los hallazgos microbiológicos no siempre son diagnósticos, existen datos sobre población general que aseguran que un 49% se debe a colonización, el 34% es contaminante y tan sólo un 17% realmente tienen IFI, sin embargo en pacientes con leucemia, un solo cultivo positivo para un hongo filamentoso, sumando la neutropenia febril persistente pese a tratamiento antibiótico de amplio espectro, supone un riesgo muy elevado de IFI (>60%). Existen tres modalidades de tratamiento: (1) Profiláctico: en pacientes de alto riesgo por su enfermedad o su tratamiento. (2) Empírico: cuando existe neutropenia febril prolongada pese a tratamiento antibiótico de amplio espectro. Se inicia de forma precoz pero implica el sobretratamiento de muchos pacientes que sin tratamiento no desarrollarían una IFI. (3) Anticipado: cuando se suma a lo anteriormente dicho una sospecha fundada de IFI ya sea microbiológica o clínica. En este caso se corre el riesgo de inicio tardío. La elección de un antifúngico para el tratamiento empírico de la FOD depende de la sospecha microbiológica, de la toxicidad, las interacciones farmacológicas y las resistencias locales. La mortalidad de esta serie de León es similar a la de otros estudios.

#### CONCLUSIONES

La IFI en pacientes hematológicos lleva asociada elevada mortalidad pese a tratamiento adecuado. El diagnóstico de certeza es difícil, así como determinar el momento exacto para iniciar tratamiento antifúngico.

### A-02 DETERMINACIÓN Y EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON HEPATITIS C Y D

*M. Barranquero<sup>1</sup>, P. Lafuente<sup>1</sup>, J. Arranz<sup>2</sup>, M. Darriba<sup>3</sup>, J. Goiriena<sup>1</sup>.*

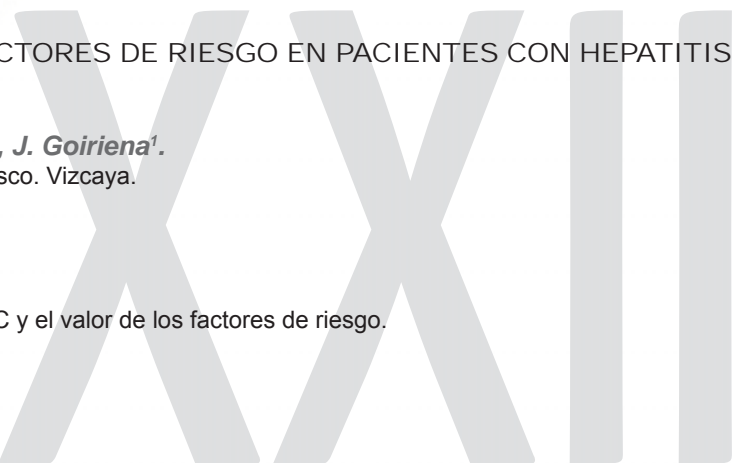
<sup>1</sup>Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco. Vizcaya.

<sup>2</sup>Medicina. Centro Hospitalar do Alto Minho. Portugal

<sup>3</sup>Medicina. Universidad de Toulouse. Francia

#### OBJETIVOS

En portadores VHB se determina la prevalencia de VHD y VHC y el valor de los factores de riesgo.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Se toma una muestra de 203 pacientes con hepatitis B comprobada, a los que se hace analíticas de VHC y VHD por técnica de EIA y encuesta epidemiológica, para determinar la fuerza de los factores de riesgo.

## RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue de 32,5 años  $\pm$  5,2; el 62,3% consumían drogas, el 23,1% eran VHD positivos y el 63% VHC positivos. Los marcadores preferentemente encontrados fueron HBc Ac 54,7%, HBs Ac 37,4%, HBe Ac 10,3%, HBs Ag 4,9%, HBe Ag 1,5%. El VHD fue positivo en el 33,1% de consumidores de droga y en el 6,6% de los no consumidores. El VHC fue positivo en el 81,9% de los consumidores de drogas y en el 42,1% de los no consumidores. Siendo ambos resultados estadísticamente significativos. La práctica de tatuajes fue positiva en el 40 % de los VHD no consumidores de droga y en el 43,8 % de los VHC no consumidores de droga. La O. R. para los tatuajes en no drogadictos: VHD fue 2,15 (95% CI=0,33-13,88) y en VHC de 2,51 (95% CI=1,04-6,02).

## DISCUSIÓN

Las tasas de hepatitis C en los diferentes estudios varían desde el 0,5-0,9% en donantes al 2,7% en trasplantes habiéndose rebajado el riesgo de hepatitis postransfusional a partir de los controles a menos del 0,1%. Calculándose que tras un pinchazo con aguja infectada este riesgo es del 4-10%. El estudio muestra prevalencias elevadas de hepatitis C y D acordes con otras publicaciones, observando la asociación estadísticamente significativa entre uso drogas vía parenteral y prevalencia de VHD y VHC. También hay valores significativos para los tatuajes en VHD y VHC en no drogadictos pero estos resultados han de valorarse con cautela porque el número de afectados es pequeño.

## CONCLUSIONES

Se observa asociación fuerte entre consumo drogas parenterales y VHD y VHC y probablemente con los tatuajes.

## **A-04** DIARREAS POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE. ESTUDIO RETROSPECTIVO DESCRIPTIVO DURANTE 5 AÑOS (2003-2007). HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA

**A. Carrero Gras<sup>1</sup>, M. Cepeda González<sup>1</sup>, E. Ferreira Pasos<sup>1</sup>, S. Hernando Real<sup>2</sup>, P. Carrero González<sup>2</sup>, J. Moreno Palomares<sup>1</sup>, B. García López<sup>1</sup>, J. Elízaga Corrales<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital General. Segovia.

## OBJETIVOS

Describir las características epidemiológicas de las diarreas producidas por Clostridium difficile a lo largo de 5 años en el hospital general de Segovia, así como los tratamientos empleados y evolución de los pacientes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron todas las peticiones para toxina de Clostridium difficile a través del laboratorio de Microbiología (2003-2007). Se registraron 700 peticiones de las cuales 61 fueron positivas. El método diagnóstico empleado en nuestro laboratorio fue la detección de Toxina A y B. Se diseñó un protocolo de recogida de datos y se analizaron sólo las historias clínicas con resultado positivo. Los resultados se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS.

## RESULTADOS

Las 61 historias revisadas correspondían a 57 pacientes. El protocolo de recogida de datos se pudo completar correctamente en 41 casos, en los casos restantes se trataba de historias clínicas incompletas o se bien pacientes ambulatorios. El 56% de la muestra correspondía a mujeres y el 44% varones. La mediana de edad fue de 78 años (DS 17.5). El 10% de las peticiones fueron extrahospitalarias y entre las hospitalarias, el mayor porcentaje (75%) correspondían a servicios médicos y el 14% a quirúrgicos. El 32% fueron infecciones de la comunidad y en el 68% de los casos el diagnóstico fue intrahospitalario (mayor de 72 horas de ingreso). Con respecto a las características clínico-analíticas: el 41% tuvo fiebre, sólo el 12% presentó leucocitosis y la gran mayoría se catalogó como colitis inespecífica (73%). Sólo hubo 2 casos de colitis fulminante. El 40% de los pacientes presentaba patología basal grave (oncológica fundamentalmente) y el 51% presentaba algún tipo de inmunosupresión (quimioterapia el 15%, corticoterapia el 14%, diabetes mellitus el 38%, tratamiento inmunosupresor previo el 19%...). Sólo el 7.3% tenía enfermedad inflamatoria intestinal, casi la mitad de los pacientes llevaba más de 15 días ingresado y estaban en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. El 83% había recibido antibioterapia previa en los días previos, de éstos, el 67% con un solo Antibiótico y el resto con una combinación de 2 o más antibióticos. De los tratados con monoterapia, el 35 recibió Penicilinas (Cabarpenemes, cefalosporinas y/o betalactámicos con inhibidores de las betalactamasas). El 30% recibió quinolonas y sólo el 3% glicopéptidos. La combinación de antibióticos más utilizada fue la de penicilinas junto a quinolonas. La vía de administración mayoritaria fue la intravenosa (67%). El 75% de los pacientes recibió tratamiento específico, de éstos el 87% se trató con Metronidazol. En el 82% de los casos se retiró el antibiótico responsable del cuadro. Sólo se utilizaron antiperistálticos en el 14%. Hubo un número escaso de complicaciones con sólo 4 casos (3 de abdomen agudo y un caso de íleo paralítico). No se aisló a ningún paciente y en el 20% se hizo colonoscopia con escaso rendimiento diagnóstico.

## CONCLUSIONES

Nuestra serie no difiere especialmente de lo descrito en la literatura. Se trata de pacientes que en su mayoría estaban recibiendo tratamiento antibiótico. La evolución tras la retirada del antibiótico responsable junto con la utilización de metronidazol fue buena registrando un escaso número de complicaciones.



**A-06 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 30 PACIENTES CON TULAREMIA CONTROLADOS EN MEDICINA INTERNA**

*J. Gómez Barquero, S. Franco Hidalgo, F. Sánchez Barranco, J. Martín Serradilla, J. San José Alonso, J. Sánchez Navarro.*

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

**OBJETIVOS**

Analizamos las características clínicas, evolutivas y terapéuticas más relevantes de 30 pacientes atendidos en nuestro Centro, con diagnóstico de tularemia, en el brote del año 2007.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se ha realizado un estudio retrospectivo de pacientes atendidos en Medicina Interna (consultas externas y hospitalizados) del Complejo Asistencial de Palencia, en el Brote de tularemia del año 2007. Se completó un formulario que incluía un protocolo de variable: edad, sexo, fecha de inicio de síntomas, formas clínica de presentación, resultado de la microaglutinación a Francisella Tularensis, presencia de cultivos positivos o detección por PCR, tratamiento antibiótico empleado y evolución de los pacientes. Se desecharon aquellos casos en los que no pudimos comprobar todos los datos del protocolo.

**RESULTADOS**

Se estudiaron 30 pacientes (27 varones) con edad media de 55.5 años. 20 casos la forma de presentación fue la tifoidea, en 5 la neumónica, en 3 la orofaríngea y en 2 casos la ganglionar. En estos 2 últimos casos el diagnóstico pudo confirmarse por una PCR en el exudado de las adenopatías y se cultivó el germen en un caso del exudado ganglionar. Dos pacientes con forma tifoidea y uno con forma neumónica hallamos hemocultivo positivo a Francisella. De los 30 pacientes 19 presentaron seroconversión del título de anticuerpos y 11 un título elevado que junto con la clínica confirmó el diagnóstico. 20 fueron tratados inicialmente con ciprofloxacino, 2 con levofloxacino, 2 con estreptomina y 1 no recibió tratamiento específico. En 2 pacientes con tularemia tifoidea, tras el término del tratamiento con ciprofloxacino, persistían mialgias y picos febriles, por lo que recibieron un segundo ciclo terapéutico: uno con estreptomina y otro con estreptomina mas doxiciclina. Por último, las adenopatías persistieron en el tiempo a pesar de la antibioticoterapia siendo precisa su resección quirúrgica.

**DISCUSIÓN**

La tularemia es una zoonosis de reciente implantación en la Comunidad de Castilla y León. En el brote iniciado en el 2007 destaca la elevada incidencia de las formas tifoideas y neumónicas. Los títulos serológicos elevados junto con las manifestaciones clínicas han sido el procedimiento diagnóstico utilizado. Pocos casos tienen PCR o crecimiento de la Francisella, lo que confirma la dificultad de encontrar en germen el fluidos corporales. El tratamiento de elección es el cirpofloxacino con respuesta significativa en todos los casos. Llama la atención la forma significativa de transmisión -pulmonar- y la susceptibilidad individual, teniendo en cuenta la forma de transmisión aérea con muchos individuos expuestos y poca incidencia de enfermedad que creemos tiene que ver una susceptibilidad inmunogenética no conocida.

**CONCLUSIONES**

El brote de tularemia del año 2007 en la Región de Castilla y León ha sido principalmente por transmisión inhalatoria, con la forma tifoidea de presentación, con buena respuesta al cirpofloxacino y que opinamos debe haber una susceptibilidad especial para la infección que desconocemos.

**A-07 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE TULAREMIA EN EL ÁREA SANITARIA DE LEÓN**

*M. Vázquez del Campo<sup>1</sup>, R. Riera Hortelano<sup>1</sup>, I. Muínelo Voces<sup>1</sup>, E. Valverde Romero<sup>2</sup>, E. Fernández Pérez<sup>1</sup>, J. Mostaza Fernández<sup>1</sup>, I. Fernández Nataf<sup>2</sup>, A. Suárez Fernández<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Complejo Asistencial de León. León.

**OBJETIVOS**

1-Analizar los casos de infección por Francisella tularensis en el área sanitaria de León. 2- Estudiar la vía de contagio, forma clínica de presentación y parámetros analíticos que se alteran durante el proceso infeccioso. 3-Establecer el análisis microbiológico utilizado para el diagnóstico. 4-Evaluar el tratamiento y posterior evolución.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo retrospectivo realizado tras revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de Tularemia desde Julio del 2007 hasta Marzo del 2008 en el Complejo Asistencial de León, utilizando como fuente de información el Servicio de Documentación Clínica y el Servicio de Microbiología. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, zona de contagio, vía probable de transmisión, forma clínica de presentación (tifoídica, ganglionar, úlcero-ganglionar, oculo-ganglionar, orofaríngea, intestinal y neumónica), sintomatología, parámetros analíticos, pruebas de imagen (radiografía de tórax y TAC torácico), análisis microbiológico (serología, PCR y cultivo de muestras), cumplimiento de criterios diagnósticos para caso confirmado, días de evolución hasta inicio de tratamiento, antibioterapia utilizada y evolución de cada caso.

## RESULTADOS

Se analizaron 41 casos, 34.1% mujeres y 65.9% varones, edad media 57.43±15.74 años. Vía de contagio: 29.26% contacto con roedores y 17.07% con animales vivos, 14.63% manipulación de cangrejos de río; el resto eran cazadores o habían tenido contacto con el campo. Alrededor del 80% se produjeron en la zona de Tierra de Campos de León. Forma clínica de presentación: 29.6% forma tifoídica; 26.86% ganglionar; 19.51% úlcero-ganglionar; 17.07% neumónica; 4.87% óculo-ganglionar y 2.43% orofaríngea. Manifestaciones clínicas: 95% fiebre; 51.2% malestar general; 46.3% adenopatías; 46.3% escalofríos; 46.3% astenia; 22% tos; 17.1% úlcera cutánea; 17.1% cefalea; 14.6% debilidad; 12.2% pérdida de peso; 9.8% lesiones cutáneas; 7.3% anorexia; 4.9% drenaje espontáneo; 4.9% úlcera oral y 4.9% conjuntivitis. Ingreso hospitalario 80.5%. Parámetros analíticos: 68.29% elevación PCR; 58.53% elevación de VSG; 39.02% leucocitosis; 24.39% elevación de pruebas de función hepática; 29.26% LDH elevada. El diagnóstico se realizó por serología (IgG) en la totalidad de los casos excepto en uno con cultivo positivo en aspirado de absceso. En tres casos hemocultivos positivos. En el 53.7% hubo seroconversión. Casos confirmados el 58.5%. En el 22% Rx tórax anormal se realizó TAC torácico en 23 casos con resultado patológico en 16. Tratamiento: 70.7% Ciprofloxacino; 4.9% Levofloxacino; 4.9% Estreptomina; 12.2% otros tratamientos; 7.3% no tratamiento; 7.9% precisaron cambio de tratamiento. Todos evolucionaron hacia la curación. La media de duración del tratamiento dos semanas; número de días desde el comienzo de la clínica hasta el inicio del tratamiento 18.9±13.5 días. Fecha de diagnóstico: 41.4% entre los meses de Julio y Agosto y el 31.7% entre Octubre y Noviembre.

## DISCUSIÓN

La tularemia es una zoonosis producida por *Francisella tularensis*, un pequeño cocobacilo gram negativo considerado altamente infeccioso. Sus principales vectores son conejos salvajes, liebres, roedores y cangrejos de río, pudiendo transmitirse por manipulación de animales infectados, consumo de alimentos y agua contaminada o inhalación de la bacteria por manipulación de tierra o paja. Se considera que el periodo de incubación oscila entre 1 y 21 días, pudiendo manifestarse posteriormente de diferente forma clínica en función de la vía de inoculación, la dosis inoculada, la virulencia del organismo y el estado de inmunocompetencia del huésped.

## CONCLUSIONES

1. La forma clínica más frecuente de presentación de la enfermedad es la tifoídica seguida de la ganglionar. 2. La vía de transmisión más probable es la inhalatoria seguida de la manipulación de animales infectados. 3. La elevación de reactantes de fase aguda es la alteración analítica más común. 4. El diagnóstico se realizó por serología en la mayor parte de los casos. 5. La pauta de tratamiento más empleada fueron las Fluoroquinolonas.

## A-09 ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EL HOSPITAL DE LEÓN: AÑOS 2006 - 2007

**S. Fernández González<sup>1</sup>, T. Bajo Franco<sup>1</sup>, A. Couso Herera<sup>2</sup>, M. López Veloso<sup>1</sup>, M. Ledo Laso<sup>1</sup>, S. Raposo García<sup>1</sup>, M. García<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina de Familia. Complejo Asistencial de León. León.

## OBJETIVOS

La endocarditis infecciosa es una enfermedad poco frecuente, pero si no es diagnosticada y tratada es mortal. Sus características epidemiológicas han variado y el progreso médico ha producido un aumento de los casos de endocarditis por el uso de catéteres, prótesis, marcapasos y hemodiálisis. Pretendemos conocer la incidencia, etiología, complicaciones y mortalidad de las EI en nuestro hospital y en nuestra área de salud.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos retrospectivamente todas las endocarditis infecciosas diagnosticadas durante los años 2006 y 2007. Rechazamos los pacientes trasladados desde otras áreas de salud. Valoramos la edad, sexo, antecedentes de intervenciones o ingresos en los últimos tres meses, motivo de ingreso, valores de Hb y neutrófilos, hallazgos en ecocardiograma trastorácico y trasesofágico, hemocultivos, tiempo hasta el diagnóstico, complicaciones, cirugía y resultado al alta.

## RESULTADOS

Encontramos 49 casos, sobre un censo de 334.336 habitantes nos da una incidencia de 14,66 por 100.000 habitantes/año, con una edad media de 71,92 ± 13,56. 26 varones con edad media de 70,15 ± 15,72 y 23 mujeres algo mayores con 73,9 ± 10,60. 40 (81,63%) tenían más de 65 años. Los motivos de ingreso: fiebre 34 (69,39%), insuficiencia cardiaca 21 (42,86%), síndrome general 12 (24,49%), afectación neurológica en 7 (14,29%), afectación articular en 5, cutánea en 2 y shock séptico en 2. Las bacterias causales en hemocultivos: *Staphylococcus aureus* 19 (38,78%), *Epidermidis* 8 (16,33%), y *H. hominis* 2. *Enterococcus* 6 (12,24%), *Streptococcus bovis* 3, otros 5 y 6 negativos o no realizados (12,24%). El ecocardiograma trastorácico tuvo datos de endocarditis en 34/48 (70,83%) pacientes y 11 más (22,91%) en el trasesofágico. La afectación valvular: 23 mitral. 14 aórtica, 8 ambas y 5 derechas. Infecciones nosocomiales se sospecharon en 16 casos (32,65%): cirugía (vulva, colon, pulmón y próstata, fístula arteriovenosa, catéter de Hickman), cateterismo y colocación de marcapasos así como ingresos precedían el comienzo de la clínica o sucedían en el mismo ingreso. Las complicaciones: La más frecuente la insuficiencia renal 25, en relación con nefrotóxicos, mala perfusión, insuficiencia cardiaca 23, embolismos 9, 5 shock sépticos, 2 infartos agudos de miocardio, 3 distres respiratorios 17 fueron intervenidos durante la fase aguda, (de 0 a 50 días desde el diagnóstico) de ellos 4 fallecieron. La mortalidad global 19/49 = 38,77%, en relación con la edad (78,11±6,43 años los fallecidos frente a 68 ± 15,42 los vivos, p = 0,01) y neutrófilos al ingreso 13.150 ± 6979 versus 8810 ± 5889, sin relación con los síntomas de ingreso, Hb, bacteria, escasa con insuficiencia cardiaca p = 0,22 o renal y con la cirugía p = 0,11

## DISCUSIÓN

La EI sigue siendo una enfermedad con alta mortalidad a pesar de un diagnóstico temprano, por mayor sospecha clínica y sensibilidad de los métodos diagnósticos: ecocordio y hemocultivos. Cada vez afecta a pacientes con más edad, en esta serie más del 80% superan los 65 años, lo que empeora su pronóstico. Ha disminuido la incidencia de cardiopatía reumática, pero han aumentado las prótesis, el prolapso mitral y las valvulopatías degenerativas. Ha disminuido la incidencia de streptoco viridans y los cuadros subagudos, en cambio han aumentado los estafilococos y los episodios agudos, probablemente en relación con el uso de vías venosas, catéteres y procedimientos intravasculares. Por ser un trabajo observacional, con escasa casuística no podemos extraer grandes conclusiones

## CONCLUSIONES

La endocarditis infecciosa sigue siendo una enfermedad grave con alta mortalidad y gran consumo de recursos: estancias prolongadas en UCI, coronarias y plantas, intervenciones, antibióticos, ecocordios, cultivos y controles. La endocarditis infecciosa se está convirtiendo en una enfermedad de personas ancianas. Ha cambiado la etiología: Escasos streptococos viridans y endocarditis subagudas y mayoría de estafilocos y cuadros agudos. Hemos de intentar disminuir las infecciones iatrogénicas.

## **RV-01** EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE ESTRATEGIAS HIPOLIPEMIANTES EN PACIENTES CON DIABETES TIPO II. ESTUDIO EFECTIDIAB

**L. Álvarez Sala<sup>1</sup>, C. Recarte<sup>1</sup>, J. Millán<sup>1</sup>, F. Díaz de Rojas<sup>2</sup>, L. Reinares<sup>3</sup>, C. Fernández Pérez<sup>4</sup>, G. Vitale<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Unidad de Lípidos. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>2</sup>Departamento Médico. MSD/SP Laboratorios España (Madrid).

<sup>3</sup>Unidad de Lípidos, <sup>4</sup>Unidad de Investigación. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

## OBJETIVOS

Primario: Modificación del c-LDL en los pacientes que duplicaron la dosis de estatina y en los que coadministraron ezetimiba a la estatina en curso. Secundario: Estimar, mediante el test de Morisky-Green, el cumplimiento terapéutico en cada uno de los tratamientos. Terciario: Porcentaje de pacientes que alcanzan los objetivos de NCEP ATP III (c-LDL<100 mg/dl; c-LDL<70 mg/dl).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, de cohortes clínicas, con 8160 pacientes diabéticos que recibían estatinas. Se dividieron en dos grupos: Grupo 1: duplicar dosis de estatina; Grupo 2: agregar ezetimiba a la estatina en curso, sin variar su dosis. La media de los valores de c-LDL a nivel basal fue de 159,38 mg/dl para el grupo 1 y de 161,96 mg/dl para el grupo 2.

## RESULTADOS

Objetivo 1º: La reducción de c-LDL para los pacientes en los que se coadministró ezetimiba fue de 32,02%, superior al obtenido en el grupo que duplicó la dosis de estatinas (22,01%). Objetivo 2º: El cumplimiento terapéutico fue similar en ambos grupos de tratamiento. Objetivo 3º: c-LDL<100 mg/dl Grupo 1: 38.7 % Grupo 2: 23.4 % c-LDL<70 mg/dl Grupo 1: 10.0 % Grupo 2: 4.6 %

## DISCUSIÓN

Más de la mitad de los pacientes diabéticos, pese al tratamiento con estatinas, no alcanza los objetivos de las guías. Este estudio ha mostrado un alto poder de eficacia reductora en ambos tratamientos, a pesar de que el cumplimiento en los dos no fue óptimo.

## CONCLUSIONES

En los pacientes diabéticos, la coadministración de ezetimiba demostró ser más eficaz que la monoterapia con estatinas reduciendo los niveles de c-LDL (32,02% vs 22,01%). No es óptimo el cumplimiento terapéutico en los pacientes a los que se les modifica su medicación hipolipemiante y es similar en ambos grupos de tratamiento (57,2% en el grupo 1 y 55,53% en el grupo 2; p=0.0705). En los pacientes de alto riesgo, el objetivo de c-LDL<100 mg/dl fue conseguido en un 38,71% de los que coadministraron ezetimiba y en el 23,41% de los que duplicaron la dosis de estatina. El objetivo de c-LDL<70mg/dl, para pacientes de muy alto riesgo, fue conseguido en un 10,09% de los que coadministraron ezetimiba y en el 4,60% de los que duplicaron la dosis de estatina.

Tabla 1. Objetivo Primario: resultados

Grupos	Media c-LDL basal IC (95%)	Media de c-LDL Final * IC (95%)	Diferencia* IC (95%) y p-valor
Duplicación	159,38 (158,32-160,45)	123,39 (122,55-123,98)	13,18 (11,96-14,00) p<0.0001
Coadministración	161,96 (160,83-163,09)	110,21 (109,57-111,02)	13,18 (11,96-14,00) p<0.0001

Tabla 2. Objetivo Secundario: resultados

	Aumento dosis	Coadministración	Muestra total
No Cumplimentadores	1725 (42,48%)	1823 (44,47%)	3548 (43,48%)
Cumplimentadores	2336 (57,2%)	2276 (55,53%)	4612 (56,52%)

## **RV-02** RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

**M. López Veloso, N. Carracedo Falagán, S. Raposo García, M. Ledo Laso, I. Muinelo Voces, S. Pérez Andrada, E. Fernández Pérez, M. Liñán Alonso.**

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

### OBJETIVOS

1. Conocer los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que presentan los pacientes ingresados en Medicina Interna. 2. Grado de control de los distintos FRCV y tratamiento recibido 3. Calcular el riesgo vascular de los pacientes ingresados en Medicina Interna según las Guías de las SEC-SEH 2007.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal efectuado tras analizar a 73 pacientes ingresados en una planta de Medicina Interna del Complejo Asistencial de León. Se recogieron las siguientes variables: sexo; edad; presencia de HTA conocida, DM, hipercolesterolemia, tabaquismo, sedentarismo y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz; cifras de presión arterial al ingreso; peso; perímetro abdominal; analítica general básica; tratamiento al ingreso; cálculo del riesgo vascular según las Guías de la SEC-SEH 2007 y presencia de síndrome metabólico según criterios de la ATP III.

### RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 73 pacientes; 47 % mujeres y 54% varones con una edad media de 74,  $\pm$  11 años (41-90), el 82,2% mayores de 65 años. En el 57% de los casos el motivo de ingreso estaba relacionado de alguna forma con los diferentes FRCV. En el 53% (39 casos) figuraba como antecedente la presencia de HTA, en el 25% DM tipo 2; dislipemia el 25%; tabaquismo 8%; sedentarismo 25%; antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz el 8%. El peso medio fue de 66  $\pm$  12 Kg. y el perímetro abdominal 95  $\pm$  12 cm; el 62% de las mujeres tenían un perímetro abdominal mayor de 88 cm y el 33% de los varones mayor de 102 cm. El 14 % tenían hipertrofia de ventrículo izquierdo por criterios electrocardiográficos y el 11% por ecocardiograma. El 60% aclaramiento de creatinina < 60 ml/min. Glucemia anómala en ayunas el 25%. Tratamiento farmacológico al ingreso: 16% ARAII; 29% IECA; 5% calcioantagonista; 49% diuréticos; 14% betabloqueantes; 27% antiagregación; 16% estatinas; 1% fibratos. El 42% presentaban mal control de cifras de presión arterial al ingreso y el 29% cifras de colesterol total elevadas. En cuanto a la presencia de enfermedad clínica asociada se presentaba con la siguiente distribución: Cardiopatía isquémica el 20%; insuficiencia cardíaca congestiva el 31%; vasculopatía periférica el 11%; enfermedad cerebral el 11%; enfermedad renal el 23% y retinopatía el 1%. Riesgo cardiovascular: 5% Bajo; 12% Moderado; 25% Elevado; 56% Muy elevado. El 34% cumplían criterios de Síndrome metabólico al ingreso.

### DISCUSIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son el primer motivo de ingreso hospitalario en los Servicios de Medicina Interna en nuestro país. Se estima que aproximadamente el 40% de los pacientes atendidos por un internista presentan enfermedad cardiovascular establecida. En nuestra serie la causa más frecuente de ingreso hospitalario está relacionada con enfermedades cardiovasculares, hecho probablemente relacionado con la avanzada edad de los mismos. La HTA es el FRCV más prevalente con un mal control de cifras tensionales en casi la mitad de los pacientes, siendo sin embargo la obesidad abdominal el más frecuente entre las mujeres. La lesión de órgano diana más frecuente es la presencia de daño renal definido tras el cálculo del aclaramiento de creatinina, a pesar de presentar en muchos casos cifras de creatinina en el rango de la normalidad. El tratamiento antihipertensivo más empleado al ingreso son los diuréticos seguidos de los inhibidores del sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona. El riesgo cardiovascular, utilizando los datos disponibles en las historias clínicas, es elevado-muy elevado en el 81% de los casos.

### CONCLUSIONES

1 - El motivo principal de ingreso en Medicina Interna está relacionado con las enfermedades cardiovasculares. 2 - La mayoría de los pacientes ingresados en Medicina Interna presentan un riesgo vascular elevado o muy elevado 3 - Para conseguir reducciones en el riesgo vascular de nuestros pacientes es necesario un abordaje global de todos los factores de riesgo cardiovascular.

## **V-19** RESULTADOS DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA APLICADA EN UNA SERIE DE 40 PACIENTES EN LOS QUE SE DESESTIMÓ SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO

**L. Corral Gudino, R. Jorge Sánchez, J. García Aparicio, J. Herrero Herrero, A. López Bernús, J. Martín González.**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Los Montalvos. (Salamanca).

### OBJETIVOS

Definir las tasas de mortalidad y reingreso al año tras la aplicación de Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) en pacientes en los que se desestima la intubación endotraqueal.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionó una cohorte de pacientes ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna que bien al ingreso o bien durante éste desarrollaron fracaso respiratorio agudo grave que precisó soporte ventilatorio, desestimándose la intubación endotraqueal e ingreso en una unidad de Cuidados Intensivos debido a sus características clínicas (edad, comorbilidad o capacidad funcional). En dichos pacientes se aplicó VMNI con un ventilador ciclado por presión con presión positiva a dos niveles. Todos los pacientes fueron seguidos hasta su fallecimiento o bien hasta un año después del alta.

## RESULTADOS

Fueron seleccionados 40 pacientes. Los datos correspondientes al diagnóstico, las características epidemiológicas, los índices de comorbilidad y gravedad al ingreso y la tasa de fallecimientos y reingresos figuran en la tabla (las variables categóricas figuran como porcentajes, la variables continuas como mediana y rango intercuartílico). Además de los pacientes de la tabla se incluyeron 2 con asma y 2 con p. neuromuscular. En el 45% de los pacientes la indicación de VMNI fue al ingreso, en un 43% durante el ingreso y en un 13% en el servicio de urgencias.

## DISCUSIÓN

La VMNI parece una alternativa segura en los pacientes en los que se desestima el soporte ventilatorio invasivo, ya que un 65% fue dado de alta tras desarrollar un fracaso respiratorio agudo grave con una tasa de supervivencia al año del ingreso del 50%. El número de reingresos en el primer año fue elevado (42%) siendo especialmente alto en los pacientes con EPOC (64%). La edad de los pacientes (con una mediana de casi 80 años) y los elevados índices de comorbilidad y gravedad justifican las elevadas tasas de mortalidad. El estudio presenta como limitación más importante la ausencia de un grupo control, lo cual impide la comparación de los resultados de los pacientes con VMNI con los de pacientes sin VMNI.

Diagnóstico	EPOC	IC	Neumonía	Hipoventilación	Total
Varones (%)	80	17	20	0	43
Edad	76 (72-82)	85 (78-88)	80 (77-88)	65 (58-83)	79 (73-86)
Charlson aj	6 (5-7)	7 (6-7)	6 (5-8)	5 (3-6)	6 (5-7)
SOFA	3 (2-4)	2 (2-4)	4 (3-6)	2 (2-6)	3 (2-4)
SAPS II	34 (30-46)	39 (37-40)	39 (39-53)	35 (23-44)	38 (34-43)
APACHE II	16 (14-23)	16 (15-20)	18 (16-30)	16 (12-28)	17 (14-22)
O2 domicilio (%)	60	8	40	75	40
Fallecidos (durante el ingreso%)	27	42	40	25	35
Fallecidos (alta-6 meses%)	20	8	0	0	10
Fallecidos (total ingreso-1 año%)	53	58	40	25	50
Reingreso (%)	64	14	33	33	42
n	15	12	5	4	40

## V-20 ANTICOAGULACIÓN ORAL EN MEDICINA INTERNA".

*M. Liñán Alonso<sup>1</sup>, V. Linde Menéndez<sup>2</sup>, M. López Veloso<sup>1</sup>, M. Ledo Laso<sup>1</sup>, M. Vázquez del Campo<sup>1</sup>, S. Pérez Andrada<sup>1</sup>, I. Muínelo Voces<sup>1</sup>, E. Fernández Pérez<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias y Emergencias. Complejo Asistencial de León. León.

## OBJETIVOS

Analizar las causas de exceso de anticoagulación en los pacientes ingresados por este motivo en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial de León.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna procedentes del Servicio de Urgencias a causa de alteraciones en la coagulación entre junio 2006 y junio 2007. Se incluyeron un total de 94 pacientes. Los ítems planteados para cada paciente fueron referidos a la edad, sexo, presión arterial, valor de INR en Urgencias, motivo de su anticoagulación, comorbilidad, fármacos añadidos en último mes, sangrados activos en Urgencias, localización y tratamiento administrado. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS. Las variables cuantitativas se expresaron como media +- desviación estándar, y las variables cualitativas como porcentajes.

## RESULTADOS

De los 94 pacientes incluidos (n=94), el 52.13% fueron mujeres. La media de edad fue de 77,26 (intervalo 55-94), siendo el 84% mayores de 70 años. La cifra media del INR fue de 7.6 (rango 1.22 a 38.50), resultando en 36 casos un INR > 6. En cuanto a las indicaciones clínicas de anticoagulación, destaca con 68 casos la fibrilación auricular (72.3%), válvula metálica en 10 (10.63%) y la enfermedad tromboembólica en 7 (7.45%). Las patologías asociadas encontradas se distribuyeron así: 42.55% para HTA, 14.9% DM, 12.76% insuficiencia cardíaca, 12.76% EPOC, 11.70% neoplasias, 10.63% ictus, 9.57% insuficiencia renal y 4.25% hepatopatía. El resto de patologías se repartieron en distintos procesos. y antibióticos) aparece en cerca de un 25%, no es la causa fundamental del exceso de anticoagulación. 4. El sangrado activo es superior al 50% y las localizaciones más frecuentes son la digestiva y la cerebral, siendo ésta la principal causa de muerte. 5. Es necesario monitorizar estrechamente el INR y ajustar la dosis de acenocumarol para disminuir la tasa de complicaciones. El antibiótico fue añadido en el último mes en el 14.89% de los casos y se incorporaron AINES en el 8.5%, así como tratamiento corticoideo en el 3.19% de los casos. En el ingreso presentaban sangrado activo el 53.19%, con

una localización digestiva (14.89%), cerebral (14.89%), respiratoria (9.57%), músculo-articular (5.32%), urinaria (4.25%) y epistaxis (4.25%). En cuanto al tratamiento, la vitamina K fue elegida en el 82% de los casos, los concentrados de hemáties se emplearon en el 32% y el plasma fresco así como el complejo protrombínico fue requerido en el 10% de los casos respectivamente. El tratamiento quirúrgico fue necesario sólo en hemorragias cerebrales (8%). La media de estancias fue de 8.67 días, el destino al alta se distribuyó: domicilio (75.53%), derivación a Centro de crónicos (6.38%) y fueron exitus el 17.02% de los pacientes (31.25% cerebral, 18.75% digestiva y 12.5% respiratoria).

## CONCLUSIONES

1. La principal indicación de anticoagulación es la fibrilación auricular. 2. La patología asociada más frecuente es la hipertensión arterial, congruente con la edad avanzada de nuestra muestra. 3. Aunque el uso de medicación concomitante (AINES y antibióticos) aparece en cerca de un 25%, no es la causa fundamental del exceso de anticoagulación. 4. El sangrado activo es superior al 50% y las localizaciones más frecuentes son la digestiva y la cerebral, siendo ésta la principal causa de muerte. 5. Es necesario monitorizar estrechamente el INR y ajustar la dosis de acenocumarol para disminuir la tasa de complicaciones.

## PÓSTERS

### A-03 ESTUDIO CASO CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN DOS COLECTIVOS DE MUJERES

**M. Del Hierro<sup>1</sup>, J. Goiriena de Gandarias<sup>2</sup>, M. Barranquero<sup>2</sup>, M. López Valverde<sup>3</sup>, J. Arranz<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Escuela de Enfermería, <sup>2</sup>Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco. Vizcaya.

<sup>3</sup>Servicio de Ginecología. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya).

<sup>4</sup>Medicina. Centro Hospitalar do Alto Minho. Portugal.

#### OBJETIVOS

Evaluar la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en prostitutas y controles.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra de 32 prostitutas y 40 controles, rango de edad 18-52 años, se realiza encuesta epidemiológica: tabaco, alcohol, preservativos, contraceptivos, etc.. y determinaciones analíticas de: N. gonorrhoeae, Cándida, C. Trachomatis, T. vaginalis, T pallidum, VHB, VHC, VIH.

#### RESULTADOS

Prostitutas preservativos 81,3%, controles 45%, consumo de alcohol prostitutas 62,5%, controles 37,5%, patologías previas: gonococia prostitutas 21,9%, controles 2,5%, Trichomonas prostitutas 12,5%, controles 5%, sífilis prostitutas 3,1%, controles 0%. Patologías actuales: VHB prostitutas 6,3%, controles 2,5%, la O. R. fue 2,6 (95% CI=0,22-30,05), VHC prostitutas 3,1%, controles 2,5%, la O. R. fue 1,26 (95% CI=0,08-20,93), VIH prostitutas 3,1%, controles 0%, C. trachomatis: prostitutas 6,3%, control 5%, la O. R. fue 1,27 (95% CI=0,17-9,53), T. vaginalis: prostitutas 12,6%, controles 2,5% la O. R. fue 5,57 (95% CI=0,59-52,57), sífilis: prostitutas 3,2%, gonococia prostitutas 9,7%.

#### DISCUSIÓN

Las tasas de uso de preservativos, consumo de alcohol y tabaco son superiores en prostitutas. La sífilis, gonococias y VIH solo se dan en prostitutas, y hay resultados estadísticamente significativos entre ejercicio de la prostitución y presencia de trichomonas, C. trachomatis, VHB, VHC.

#### CONCLUSIONES

Todas las patologías de transmisión sexual están mucho más elevadas en prostitutas, hecho que exige controles periódicos y mejora de las prácticas preventivas.

### A-05 BACTERIEMIA Y ABSCEOS HEPÁTICOS MÚLTIPLES POR YERSINIA PSEUDOTUBERCULOSIS **C. Teijo Núñez<sup>1</sup>, R. Muñumer Blázquez<sup>1</sup>, S. Álvarez Álvarez<sup>1</sup>, M. Prieto Sánchez<sup>1</sup>, C. Raya Fernández<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

#### OBJETIVOS

Yersinia pseudotuberculosis es un cocobacilo gram negativo que se transmite al ser humano a través de la ingesta de alimentos o agua contaminada, del contacto con animales contaminados o en menor frecuencia a través de la vía sanguínea. No son abundantes las patologías atribuidas a Yersinia pseudotuberculosis; siendo la linfadenitis mesentérica en niños y la gastroenteritis autolimitada las formas más frecuentes. Las formas bacteriémicas descritas en la literatura son escasas y con frecuencia afectan a pacientes con patologías de base como cirrosis hepática, hemocromatosis, diabetes o pacientes inmunodeprimidos.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 73 años, fumador de 60 cigarrillos/día, bebedor de unos 100 gramos de alcohol/día, residente en medio urbano y sin contacto con animales que consultó por síndrome general de 1 mes de evolución; añadiéndose 24 horas antes del ingreso fiebre de hasta 39°C. En la analítica destacaba una glucemia de 130 mg/dl (comprobada en varias ocasiones), HbA1c 5.6%, GOT 82 UI/L,

GPT 53 UI/L, FA 156 UI/L, GGT 95 UI/L, bilirrubina total 4.92 mg/dL, albúmina 2.5 g/dL, ferritina 1123 ng/mL, sideremia 77 µg/dl, saturación de transferrina 97%. Lamutación de heterocigosidad C282Y/H63D para el gen HFE de la hemocromatosis fue positiva. La ceruloplasmina, el estudio de autoinmunidad, los marcadores tumorales; así como las serologías de VEB, VHB, VHC, VIH, Brucella y Coxiella burnetti fueron negativos. Mediante ECO y TC se detectaron múltiples LOES compatibles con abscesos hepáticos. En los hemocultivos (3/3) se aisló Yersinia pseudotuberculosis. Según antibiograma se inició tratamiento con ampicilina y estreptomina desapareciendo progresivamente tanto la clínica del paciente como los abscesos hepáticos.

#### DISCUSIÓN

Nuestro paciente; desconociéndolo previamente presentaba las entidades más relacionadas con la infección por Yersinia pseudotuberculosis, como eran la diabetes y alteraciones del metabolismo del hierro como la hemocromatosis hereditaria. Aunque la linfadenitis mesentérica en niños y la gastroenteritis autolimitada son las formas más frecuentes; otras formas incluyen la ileítis terminal, las formas bacteriémicas con mortalidades  $\geq 75\%$  (especialmente en pacientes con sobrecarga de hierro), los abscesos hepáticos, esplénicos o renales, la artritis séptica, la endocarditis o el llamado síndrome de fiebre de Izumi (rash escarlatiforme, síntomas sistémicos, insuficiencia renal y aneurismas en arterias coronarias similares a la enfermedad de Kawasaki). Entre las principales secuelas se incluyen el eritema nodoso o la artritis reactiva especialmente en pacientes HLA B27 (+). A pesar de la sospecha clínica o las técnicas de imagen el cultivo microbiológico sigue siendo el gold standard, tanto de heces, como sangre, exudados de heridas o muestras postquirúrgicas. Respecto al tratamiento, en principio no está recomendado el empleo de antimicrobianos; salvo en las formas graves o enfermos inmunodeprimidos. En tal caso se deben emplear beta-lactámicos. Una pauta empírica correcta sería la asociación de aminopenicilinas (ampicilina) y aminoglucósidos.

#### CONCLUSIONES

En conclusión, ante un paciente séptico con antecedentes de diabetes o inmunosupresión; especialmente asociadas a patologías del metabolismo del hierro se debe incluir en el diagnóstico diferencial la infección por Yersinia pseudotuberculosis; ya que a pesar de su baja incidencia un diagnóstico y tratamiento precoces pueden contribuir a disminuir su elevada mortalidad.

#### **A-08** CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL DE LEÓN

*G. Gutiérrez Raso<sup>1</sup>, S. Pérez Andrada<sup>2</sup>, A. Rodríguez Rodríguez<sup>1</sup>, I. Muínelo Voces<sup>2</sup>, M. Liñán Alonso<sup>2</sup>, E. Fernández Pérez<sup>2</sup>, M. Ledo Laso<sup>2</sup>, M. López Veloso<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

#### OBJETIVOS

Identificar las características clínico y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de tuberculosis en el complejo asistencial de León en el periodo comprendido entre enero y marzo del 2008.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado a través de un protocolo de recogida de variables, extraídos de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de tbc, entre enero y marzo del 2008, en el complejo asistencial de León, en régimen hospitalario. El análisis de los resultados se realizó mediante una base de datos y a través de programa estadístico de porcentajes y medias.

#### RESULTADOS

Se diagnosticaron de infección por TBC un total de 17 pacientes, en el servicio de medicina interna (41.17%), neumología(35.3%) y en otros (23.53%). De los cuales de nacionalidad española eran (82.35%); y extranjera (17,7%); hombres (76,5%), mujeres (23.53%). La edad media: 53.88 años, con un rango entre 24-82; de ambiente rural (64.7%) y urbano (35,29%); comorbilidad: (88.23%): VIH (5.88%); tabaco (64.7%); alcohol(41.17%); diabetes (5.88); insuficiencia renal(11.76%); EPOC (11.76%); silicosis (5.88%); hepatopatía (5.88%); tumores (17.64); corticoterapia (11.76%); diagnóstico: con baar (70.59%); con cultivo (41.17%); el microorganismo mas frecuente mycobacteria tuberculosis. La localización mas frecuente, pulmonar (64.7%). Extrapulmonar mas frecuente la diseminada(17.64%), seguido de la ósea (11.76%). El tipo de tratamiento mas habitual (82.35%) inh, rfp, prz. Toxicidad aguda al tratamiento (5.88%).

#### CONCLUSIONES

La TBC sigue siendo una enfermedad prevalente en nuestro medio, y especialmente en el ámbito en el que desarrollamos nuestra especialidad, medicina interna. Conocer exhaustivamente esta patología con sus múltiples presentaciones. Tener en cuenta sus nuevos patrones, con la introducción de factores emergentes, como es la inmigración, supone un nuevo reto de vital importancia para nuestra práctica diaria.

#### **A-10** ARTRITIS INTERAPOFISARIA TRAS INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

*J. Herrero Herrero, J. García Aparicio, R. Jorge Sánchez, L. Corral Gudino, A. López Bernús, J. Martín González.*  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Los Montalvos (Salamanca).

#### RESULTADOS

Mujer de 77 años, con antecedentes personales de: hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, síndrome depresivo, osteoporosis, gonartrosis e infecciones del tracto urinario de repetición. Ingresó por malestar general, astenia y fiebre (38,5 °C) de 2 días de evolución, así como mal control metabólico de su diabetes. Manifestaba ánimo deprimido y dolores

óseos generalizados, más marcados en rodilla izquierda y región lumbar. En la exploración física destacaba el buen estado general, Tª 38,6 °C, estabilidad hemodinámica, no signos de insuficiencia cardiaca y dolor en la región lumbar baja, no irradiado, que se incrementaba a la presión sobre apófisis espinosas y a la flexo-extensión y rotación lumbar. Las exploraciones complementarias mostraron un glucemia 325 mg/dl, con osmolaridad plasmática normal, equilibrio ácido-base con pH 7,54, función renal, ionograma, perfil lipídico, proteinograma, perfil hepático, hemograma y coagulación dentro de límites normales. ECG y Rx de tórax: sin alteraciones significativas. Los hemocultivos extraídos al ingreso y el urinocultivo mostraron aislamiento de la E. coli (resistente a ciprofloxacino y sensible a betalactámicos y aminoglicósidos). Rx de columna lumbar mostró espondilolistesis L4-L5. Gammagrafía con citrato de Galio67: captación vertical a nivel lumbar baja (L4-L5) lateralizada a la izquierda. RMN lumbar: a nivel de la articulación interapofisaria L4-L5 izquierda cambios de señal y desestructuración de la misma asociado a edema de partes blandas extendido a región epidural, agujero de conjunción izquierdo y musculatura paravertebral. Se identificó una pequeña colección de 1 cm, adyacente a la articulación interapofisaria. Se concluyó el diagnóstico de ARTRITIS INTERAPOFISARIA L4-L5 IZQUIERDA POR E. Coli, CON AFECTACIÓN EPIDURAL Y DE LA MUSCULATURA PARAVERTEBRAL IZQUIERDA. Se trató con cefotaxima y gentamicina I. V. (21 días), con resolución clínica y persistiendo secuelas radiológicas.

## DISCUSIÓN

Las artritis piógenas de las articulaciones interapofisarias son extremadamente raras. En la búsqueda activa realizada tan solo hemos encontrado 34 casos descritos en la literatura y ninguno causado por E. coli (1). El germen que con más frecuencia está involucrado es el S. aureus. El diagnóstico se establece ante clínica de raquialgia, asociado a fiebre y se confirma mediante una técnica de imagen. Para el diagnóstico se emplea la Gammagrafía con citrato de Galio67 que es un método muy sensible pero poco específico y la RMN que es la técnica de elección (2). El diagnóstico etiológico se realiza mediante hemocultivos: solo es preciso punción-biopsia si estos son negativos (3). Los factores predisponentes suelen ser las situaciones de inmunocompromiso (diabetes mellitus). El 60% de los casos asocian absceso epidural, con o sin compromiso medular (4). La forma de diseminación más frecuente es la vía hematógena. El tratamiento es antibioticoterapia y descompresión quirúrgica en casos muy seleccionados (5). BIBLIOGRAFÍA: (1) Euvrard, T et al. Pathomimie révéle par une arthrite septique interapophysaire postérieure polymicrobienne: diagnostic par biopsie percutanée. Journal de Radiologie 2004;85:43-46. (2) Marson F, et al. Arthrite septique interapophysaire postérieure lombaire avec abcès épidual et des parties molles paravertébrales. Journal de radiologie 2001;82:63-66 (3) Rombauts PA, et al. Septic arthritis of a lumbar facet joint caused by Staphylococcus aureus. Spine 2000;25(13):1736-8. (4) Derouet N, et al. Septic arthritis of a lumbar facet joint. A case report. Ann Med Interne (Paris) 2001;152(4):279-82. (5) Muffolero AJ, et al. Hematogenous pyogenic facet joint infection of the subaxial cervical spine. A report of two cases and review of the literature. J Neurosurg 2001 Jul;95(1 Suppl):135-8

## A-11 TBC OSTEOARTICULAR: UN CASO, UN RETO DIAGNÓSTICO

**B. Adalia Martín<sup>1</sup>, M. Alonso Fernández<sup>2</sup>, C. Teijo Núñez<sup>2</sup>, F. Vega Rollán<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Residente de Medicina Interna, <sup>2</sup> Especialista en Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

## OBJETIVOS

Presentamos este caso de tuberculosis ósea por su difícil diagnóstico y su localización infrecuente.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer 68 años. Alergia a sulfamidas. Ingreso en julio 2006 con el diagnóstico de síndrome constitucional y fiebre autolimitada de etiología no aclarada que fue seguida en consultas de MI. Absceso a nivel de 4ª costilla izquierda drenado en julio 2007. Noviembre 2007 intervenida de una colección encapsulada en región púbica (granulomas necrotizantes, BAAR negativo). Enero 2008 ingresa por dolor en región suprapúbica, síndrome constitucional y fiebre. Exploración física: febrícula, dolor inguinal y púbico bilateral acentuado con la movilización. Eritema e inflamación en tercer dedo mano derecha, fístula costal izquierda. Resto sin hallazgos.

## RESULTADOS

Análítica: Hb 10,8; Htº 31%; VSG 23mm, hormonas tiroideas, marcadores tumorales, bioquímica y anticuerpos normales. Urocultivo positivo para E. coli. Hemocultivos negativos. Cultivo de fístula costal positivo para S. aureus. Serologías negativas. Mantoux 22mm. Rx tórax: sin alteraciones. TAC ABDOMINAL: hallazgos compatibles con focos de osteomielitis aguda o crónica con fenómenos de reactivación. RM PELVIS con Gadolinio: alteración inflamatoria de sínfisis de pubis con lesión de ambas ramas con captación de contraste en su interior y aumento de partes blandas adyacentes y dos colecciones líquidas. GAMMAGRAFÍA ÓSEA: áreas focales pélvicas de intensa reacción ósea sin signos de infección. Foco inflamatorio en uno de los dedos de la mano derecha sin reacción ósea asociada. Primero se realizó biopsia cerrada de pelvis y de tercer dedo mano derecha sin obtener datos objetivos en microbiología ni anatomía patológica, por lo que se decidió biopsia abierta pélvica con recogida de nuevas muestras en las cuales presenta granulomas necrotizantes, observándose BAAR. En el cultivo se obtiene crecimiento de BAAR con aspecto morfológico típico. Se inició tratamiento tuberculostático con 4 fármacos (isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) que ha sido bien tolerado por la paciente. En el momento del alta comienza a caminar con andador.

## DISCUSIÓN

La TBC osteoarticular es un enfermedad inflamatoria crónica del esqueleto producida por el micobacterium tuberculosis. Es la tercera forma de localización extrapulmonar, tras la pleural y la ganglionar. En los países industrializados se produce tras una diseminación hematógena desde un foco pulmonar (30%), genitourinario (20%) o desconocido (50%). Columna, caderas y rodillas son las más afectadas. Clínicamente puede presentarse de distintas formas: síndrome constitucional; fiebre, especialmente vespertina; dolor; aumento de volumen; fístulas cutáneas; contractura, atrofia muscular, claudicación. La manifestación más precoz es el dolor, que puede preceder a los signos de inflamación y a los cambios radiográficos en semanas o meses. En los casos crónicos a menudo se desarrollan abscesos fríos y fístulas. Frente a un cuadro clínico sospechoso se debe realizar: hemograma, VSG, PPD, Rx tórax,



Rx del segmento comprometido, estudio de líquido sinovial, biopsia ósea y sinovial, baciloscopia, cultivo del bacilo de Koch. Diagnóstico diferencial con enfermedades que lesionan el hueso y/o la articulación (osteomielitis, artritis infecciosas, sinovitis traumáticas). Enfermedad grave de larga evolución. Las articulaciones afectadas generalmente curan con rigidez y anquilosis. Las causas de muerte: diseminación miliar, compromiso pulmonar, caquexia, meningitis TBC y amiloidosis. El tratamiento son tuberculostáticos durante 6 o 9 meses, o bien 4 fármacos durante 6 meses. La cirugía es necesaria cuando existe inestabilidad articular grave que requiere un proceso de fusión.

#### CONCLUSIONES

La espondilitis es la forma más frecuente de TBC ósea aunque puede estar afectado cualquier hueso o articulación. Los estudios radiográficos no son concluyentes (amplia gama de alteraciones, desde edema de tejidos blandos hasta destrucción del hueso). La mayoría de los pacientes no presentan infección pulmonar concomitante. El diagnóstico definitivo se logra mediante la toma de tejido óseo por biopsia para estudio microbiológico e histopatológico. El diagnóstico es tardío.

#### A-12 ENDOCARDITIS POR PROPIONIBACTERIUM ACNES

*E. Rodríguez Beltrán<sup>1</sup>, H. Mendoza Ruiz de Zuazu<sup>1</sup>, J. Rodríguez Larios<sup>2</sup>, J. Rubio Caballero<sup>3</sup>, J. Barragán Casas<sup>1</sup>, M. Budiño<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Psiquiatría, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

#### OBJETIVOS

**INTRODUCCIÓN** El *Propionibacterium acnes* es un germen saprófito de la piel. Se trata de un bacilo Gram positivo, anaerobio que participa en la patogénesis del acné vulgar como cuadro más frecuente, siendo su hallazgo considerado contaminante de las muestras o sin significado clínico; sin embargo, también es un patógeno importante debido a su virulencia en infecciones severas. Así, se ha encontrado como patógeno principal en abscesos cerebrales, meningitis, artritis séptica, endoftalmitis, derivaciones ventrículo-peritoneales. A propósito, presentamos un caso de endocarditis sobre válvula protésica mitral, se curso subagudo, que finalmente precisó de recambio valvular.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 58 años que presenta febrícula intermitente de dos meses de evolución. Portador de doble recambio valvular, aórtica y mitral, por enfermedad reumática, estando afecto de insuficiencia tricuspídea, artrosis, degeneración discal a nivel de L3-L4, L4-L5, L5-S1 con nódulos de Schnörl, síndrome depresivo secundario a estrés laboral y apnea del sueño. Se encuentra de baja laboral desde hace tres meses debido a estrés, junto a pérdida de cinco kilos y astenia. No refiere otra sintomatología. Se decide su ingreso para estudio. Exploración física normal, salvo palidez cutánea, auscultación cardiaca con clip valvular en foco aórtico y mitral, leve soplo tricuspídeo y hepatomegalia no dolorosa. Rx de tórax; ligera cardiomegalia, clip valvulares. ECG; FA, sobrecarga de cavidades izquierdas con descenso del ST en V4 a V6 e hipertrofia ventricular izquierda. Analítica normal, salvo VSG de 36. Ecografía abdominal, hepatomegalia en el contexto de hígado de estasis. En el ETE aparecen signos de insuficiencia tricuspídea severa de causa reumática, prótesis mitral que se comporta con estenosis moderada, HTP moderada y dilatación importante de cavidades derechas. Durante su ingreso la evolución fue favorable, no presentando febrícula.

#### RESULTADOS

Se detecta crecimiento en dos hemocultivos de *P. acnes*, por lo que se decide realizar un ETE donde aparece una imagen móvil de 0,8 x 0,4 cm, que probablemente corresponda a una vegetación en la cara auricular del anillo de la prótesis mitral, y otra vegetación cercana al septo interauricular. Se repiten hemocultivos, en los cuales se vuelve a aislar *P. acnes*. Una nueva analítica muestra una PCR de 4,56 y VSG de 57. En la exploración aparecen lesiones petequiales en ambos tobillos, con aumento de la hepatomegalia. Se inicia tratamiento con ceftriaxona 2 g. / 24 h. I. V. durante seis semanas y doxiciclina 100 mg. / 12 h., negativizándose los hemocultivos pero persistiendo las vegetaciones en válvula mitral. Una vez finalizado el tratamiento, el ETE sigue mostrando las lesiones en la válvula mitral y tricuspídea, aunque parece haber una disminución de la vegetación a 0,5 cm., remitiéndose el paciente a cirugía cardiotorácica donde es sometido a triple recambio valvular (mitral, aórtica y tricuspídea) con buena evolución postquirúrgica.

#### DISCUSIÓN

La aparición de *Propionibacterium acnes* en los hemocultivos es considerado un contaminante de las muestras, pero de gran virulencia en las afecciones endocárdicas, máxime en los pacientes portadores de prótesis valvulares. El tiempo medio para detectar en hemocultivos a *Propionibacterium sp.* es de 6,4 días en medios anaerobios y 6,1 días en medios aerobios (rango de 2-15 días). Revisando la bibliografía encontramos pocos casos de endocarditis por *P. acnes*, un total de 29 casos detallados del total de 33 casos de endocarditis por *P. sp.*, siendo la afección de la válvula protésica aórtica más frecuente, seguido de la válvula mitral.

#### CONCLUSIONES

1, El crecimiento de *Propionibacterium* en hemocultivos no siempre se debe a contaminación de la muestra. 2, En la endocarditis por *P. acnes* existen pocos signos clínicos de infección, cursando de manera paucisintomática y subaguda, a pesar de su alta morbilidad y necesidad de intervención quirúrgica. 3, En los pacientes portadores de algún tipo de prótesis, la positividad en los hemocultivos para *P. acnes* es de gran importancia, así como la realización de ETE, para el correcto diagnóstico y posterior tratamiento

## A-13 FIEBRE TRAS APENDICECTOMÍA

*M. Belhassen García<sup>1</sup>, J. Pardo Lledias<sup>1</sup>, A. Carpio Pérez<sup>1</sup>, A. López Bernús<sup>2</sup>, L. Fuentes Pardo<sup>3</sup>, V. Velasco Tirado<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Los Montalvos. Carrascal de Barregas (Salamanca).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Provincial de Zamora. Zamora.

### OBJETIVOS

Es una complicación rara, siendo su incidencia desconocida. Se produce por la migración de émbolos sépticos de un proceso primario inflamatorio a nivel intrabdominal a través de las venas mesentéricas periféricas hasta la porta. Presentamos un caso de un varón de 17 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés, que comienza con un cuadro de dolor abdominal y vómitos. A las 72 horas acude al Servicio de Urgencias, siendo intervenido quirúrgicamente por sospecha de apendicitis. A los dos días es dado de alta con el diagnóstico definitivo de apendicitis flemosa. Reingresa 14 días más tarde por fiebre en picos de 39° C sin foco. Exploración física anodina. Destaca leucocitosis (13680/μL), neutrofilia (12500/μL) y PCR 11,5 mg/dL. Se solicita TAC donde muestra una pyleflebitis con trombosis en vena mesentérica superior que se extiende hasta la desembocadura de la vena esplénica, tronco principal de la porta y su rama izquierda. Áreas irregulares en el parénquima hepático con zonas de hipoperfusión. Esplenomegalia homogénea de 17 cm. Arteria hepática permeable pero con alteración del flujo y de la velocidad. Arteria mesentérica superior permeable y flujo normal. Se inicia tratamiento antibiótico con piperacilina-tazobactam, gentamicina y anticoagulante con enoxaparina. Recibimos dos hemocultivos positivos para *E. coli*. El paciente presenta buena evolución con desaparición de la fiebre a las 48 horas. Alta a las 2 semanas. En la actualidad la causa más frecuente de la pyleflebitis es la diverticulitis, aunque hay casos descritos tras pancreatitis, enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones pélvicas o apendicitis como ocurrió en nuestro paciente. Se asocia también a intervenciones quirúrgicas en pacientes con hipercoagulabilidad o neoplasias. La bacteriemia es frecuente encontrándose hasta en el 80% de los casos, siendo las enterobacterias y en especial *E. coli* la más prevalente. El diagnóstico se realiza por los hallazgos radiológicos en un paciente con un proceso inflamatorio a nivel intrabdominal. El tratamiento debe incluir una antibioterapia precoz durante un mínimo de cuatro semanas, siendo necesario en ocasiones un abordaje quirúrgico del proceso infeccioso primario. La utilidad de la anticoagulación es discutida. La mortalidad es actualmente del 50-80% a pesar de los antibióticos y de las técnicas de drenaje. En nuestro paciente dado el diagnóstico precoz presento un curso clínico muy favorable.

### CONCLUSIONES

Arteche E, Ostiz S, Miranda L, Caballero P, Jiménez López de Oñate G. Tromboflebitis séptica de la vena porta (pyleflebitis): diagnóstico y manejo a propósito de tres casos. *An Sist Navar.* 2005;28(3):417-420. Balthazar EJ, Gollapudi P. Septic Thrombophlebitis of the Mesenteric and Portal Veins: CT Imaging. *Journal of Computer Assisted Tomography.* 2000;24(5):755-760. Plemmons RM, Dooley DP, Lonfield RN. Septic thrombophlebitis of the portal vein (pylephlebitis): diagnosis and management in the modern era. *Clin Infect Dis.* 1995;21: 1114-20.

## A-14 TUBERCULOSIS MILIAR: REVISIÓN DE CASOS EN NUESTRO HOSPITAL

*R. Bejarano Espejo, M. Cuesta Lázaro, M. Moran Rodríguez, C. Pérez Tarrago, M. Blanco García, M. Martín Ordiales, A. Martín Ezquerro, C. Dueñas Gutiérrez.*

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos.

### OBJETIVOS

La Tuberculosis es una enfermedad actualmente emergente en nuestro medio, agravada en los últimos tiempos por los flujos migratorios desde zonas de especial prevalencia. Dentro de las formas de presentación de esta enfermedad se encuentra la presentación miliar, cuyo mecanismo fisiopatológico es la diseminación hematogena bien de la progresión de una infección primaria o de la reactivación de una infección previa. Presentamos la revisión de los casos de TBC miliar diagnosticados y confirmados en nuestro hospital en los últimos dos años.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los casos de tuberculosis miliar diagnosticados entre los años 2006-2007, utilizando para ello el sistema de codificación CIE-9. Se incluyeron 3 casos con confirmación microbiológica y uno de confirmación anatomopatológica.

### RESULTADOS

Se encontraron 4 casos diagnosticados de Tuberculosis Miliar de un total de 52 Tuberculosis, representando un 7,69 %. En todas ellas hubo afectación pulmonar con patrón micronodular bilateral en TACAR, con posterior confirmación microbiológica en 3 pacientes (75%) o anatomopatológica en un caso (25%). Las formas de presentación predominantes fueron: la reactivación de TBC previas con afectación osteoarticular inicial en dos casos (uno artritis de cadera y otro mal de Pott) con posterior diseminación pulmonar. En ambos casos la reactivación sucedió tras procedimientos quirúrgicos: El primero, Prótesis total por Fractura de cadera pertrocanterea, que anatomopatológicamente demostró necrosis caseosa en la pieza quirúrgica; y el segundo, un procedimiento neuroquirúrgico para tratamiento de espondilolistesis sobre mal de pott. Sólo un caso tenía inmunodepresión conocida (VIH) debutando con una afectación adenopática cervical que progresó vía diseminación hematogena a TBC miliar concomitante a una meningitis tuberculosa. El último de los casos aparece como síndrome febril a estudio, demostrándose una afectación pulmonar difusa de inicio. El diagnóstico microbiológico fue por cultivo positivo en una muestra de aspirado de médula ósea. Todos los casos tuvieron baciloscopia negativa y el 50% presentaron una prueba de Tuberculina falsamente negativa. Se trataron con triple terapia (ISONIAZINA, PIRAZINAMIDA Y RIFAMPICINA), a excepción del VIH que realizó cuádruple terapia asociando ETAMBUTOL a la pauta anterior. La mortalidad fue del 25%, al fallecer el paciente más añoso y con mayor pluripatología asociada.

## DISCUSIÓN

Teniendo presente la limitación en la interpretación que supone una serie de casos de una muestra pequeña, la presente revisión pone de manifiesto que la frecuencia de la tbc miliar respecto a todos los casos de TBC hospitalizados, es similar a la descrita en la literatura. Resulta llamativo que sólo se haya presentado un caso en HIV, donde la literatura nos indica que debería haber un número mayor. A pesar de que las guías clínicas recomiendan el uso de cuádruple terapia para el tratamiento, se sigue utilizando el uso combinado de tres drogas. En nuestra serie falleció un paciente (25%) con TBC miliar, con un EPOC severo de base, hospitalización prolongada, Sobreinfección por SARM y pseudomona, malnutrición crónica.

## CONCLUSIONES

La TBC miliar es de difícil confirmación diagnóstica, con pruebas habituales falsamente negativas. El tratamiento según las guías clínicas debe incluir 4 fármacos pero en nuestra revisión se trató al 75% con solo 3 fármacos con aceptable resultado clínico. Es posible que la resistencia a la Isoniacida y Rifampicina no sea tan alta en nuestro medio como en otros lugares donde se realizaron los estudios de la literatura consultada.

### **A-15 NEUMOTÓRAX RECIDIVANTE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TUBERCULOSIS ACTIVA** **S. Raposo García<sup>1</sup>, N. Carracedo Falagán<sup>1</sup>, M. López Veloso<sup>1</sup>, A. Moran Blanco<sup>1</sup>, J. Borrego Galán<sup>1</sup>, J. Guerra Laso<sup>1</sup>, A. Muela Molinero<sup>1</sup>, A. García Del Egado<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

<sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial de León. León.

## OBJETIVOS

En la actualidad, tanto el neumotórax como el empiema pleural tuberculosos son poco frecuentes en relación con una tuberculosis (TB) activa en una persona joven. Presentamos un caso clínico en el que ocurren ambas circunstancias.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 17 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés que ingresa por tos con expectoración verdosa y fiebre de 39°C junto con cuadro constitucional desde hace unos días y cursa sin dolor torácico. En la exploración física destaca ligera desnutrición y un soplo tubárico derecho a la auscultación pulmonar. En los estudios complementarios, resaltar Hb de 9.2 gr/dl y leucocitos de 10100 y resto de valores analíticos normales. En la radiografía de tórax aparece una imagen cavitada en hemitórax derecho. La tuberculina fue positiva y en cultivo de esputo se aisló Mycobacterium tuberculosis. Tras instaurar tratamiento con 3 fármacos (isoniacida, rifampicina y pirazinamida) presenta a las 48 horas, de forma brusca, dolor pleurítico derecho junto con aumento de la tos en relación con neumotórax subtotal. Se coloca tubo de drenaje que se retira en 15 días. En nuevo control a las 48 horas se aprecia recidiva del neumotórax junto con derrame pleural y paquipleuritis derecha. Se coloca nuevamente drenaje obteniendo abundante líquido purulento en el que crece Mycobacterium tuberculosis. Debido a la persistencia de la fiebre y del empiema se remitió a Cirugía Torácica para decorticación pleural. La evolución posterior fue favorable.

## DISCUSIÓN

La TB es una causa relativamente frecuente de neumotórax en adultos debido a retracciones en el parénquima pulmonar durante la fase de fibrosis residual. Sin embargo se considera muy rara durante la fase activa (0,6-1,4%) y se cree debida a la necrosis caseosa con formación de una fístula broncopleural o una caverna que se abre en la cavidad pleural y que al mismo tiempo podría ser la causa del empiema. El tratamiento farmacológico convencional y el drenaje suele curar la infección sin que se presenten recidivas. En la radiografía simple no es posible diferenciar el derrame pleural del empiema que debe diagnosticarse mediante toracocentesis. La falta de expansión, las loculaciones con líquido pleural y la paquipleuritis requieren toracotomía para lavar y decorticar la cavidad y el pulmón. La mortalidad del empiema tuberculoso puede llegar al 1,3%, favorecida por el fallo orgánico múltiple.

### **A-16 TUBERCULOMAS CEREBRALES**

**P. García Carbó, M. Chimeno Viñas, L. Arribas Pérez, G. García Benito, V. Vela García, E. Martínez Velado, F. Martín Cordero, L. Palomar Rodríguez.**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

## OBJETIVOS

La TB extrapulmonar se presenta en el 20% de los casos de TB pulmonar, representando la afectación del SNC el 5% de los casos. Puede presentarse en forma de meningitis, tuberculomas cerebrales o aracnoiditis espinal. La afectación del SNC en la enfermedad tuberculosa se trata de un proceso emergente en los países desarrollados debido a los tratamientos inmunodepresores y a la infección VIH. La mortalidad asociada a TB en SNC es elevada pudiendo llegar al 50-60% de los casos en pacientes inmunocomprometidos, siendo la meningitis tuberculosa la afectación de peor pronóstico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente varón de 59 años; en programa de hemodiálisis desde hace un mes por insuficiencia renal crónica secundaria a nefrolitiasis. TB renal por M. bovis en 1996 tratada adecuadamente. Hemicolecotomía derecha por enfermedad de Crohn con múltiples reintervenciones por síndromes suboclusivos. Ingresó por cuadros de pérdida de conciencia de escasos minutos de duración con recuperación espontánea sin periodo poscrítico ni movimientos tónico-clónicos. No fiebre. No focalidad neurológica. No dolor torácico ni disnea. Exploración física sin alteraciones. Exploración neurológica: consciente y orientado, funciones superiores conservadas, pupilas isocóricas normorreactivas, pares craneales normales, función motora y sensibilidad conservadas, ROT sin alteraciones,

RCP flexor bilateral, marcha normal, no disimetrías. En analítica destaca función renal: urea 104 mg/dl, creatinina 6.38 mg/dl; Elevación de ferritina y PCR como reactantes de fase aguda; anemia microcítica hipocroma; leucopenia; VSG 101. Rx de tórax sin condensaciones ni cavernas. ECG en ritmo sinusal sin alteraciones en eje ni repolarización. TAC craneal con imagen nodular hipodensa de bordes mal definidos y 10 mm de diámetro en circunvolución de cuerpo caloso derecho. RMN cerebral Se observan al menos ocho lesiones nodulares en el parénquima supratentorial, con mínimo edema perilesional aunque sin apenas efecto de masa que captan tras contraste. Los hallazgos son compatibles, dados los antecedentes del paciente con tuberculomas, sin poder descartar por completo otras causas infecciosas; resultando altamente improbable la posibilidad tumoral. Se inicia tratamiento con isoniacida, rifampicina, myambutol y amikacina presentando buena evolución.

## CONCLUSIONES

1) En la mayoría de casos se presenta como un proceso secundario a reactivación de TB antigua. En nuestro paciente el inicio de la hemodiálisis propició el desarrollo de la enfermedad. 2) En el diagnóstico de meningitis tuberculosa es fundamental el estudio del LCR y el cultivo de BAAR (gold estándar). 3) El diagnóstico en caso de tuberculomas cerebrales se realiza mediante pruebas de imagen debiendo descartarse otros procesos expansivos intracraneales. 4) El tratamiento antituberculoso debe iniciarse precozmente ante la sospecha de infección dependiendo de ello el pronóstico.

## A-17 CAVITACIÓN PULMONAR Y LESIONES CUTÁNEAS EN MUJER CAMPESTRE

*M. Belhassen García, A. Carpio Pérez, V. Velasco Tirado, J. Pardo Lledias, P. Crecente Otero F. Sanz Ortega.*  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

## OBJETIVOS

Caso: Mujer de 69 años, con antecedentes médicos de ooforectomía bilateral en el 2000 y síndrome ansioso-depresivo. La paciente tiene buena situación clínica. Una semana antes del ingreso comienza con fiebre en picos de 39 °C, dolor abdominal tipo cólico y vómitos biliosos. Presenta ritmo intestinal y heces normales. Sin referir otra clínica. Como dato epidemiológico refiere contacto con conejos silvestres, niega viajes fuera de su área rural, hábitos tóxicos, ni picaduras de insectos. En la exploración física no presenta lesiones cutáneas ni adenopatías. Destaca fiebre de 38,4° C. Abdomen doloroso de forma difusa con Murphy positivo. Crepitantes finos en ambas bases con leve disminución del murmullo en base derecha. En la analítica al ingreso señalamos hemoglobina 15,1 g/DL, leucocitos 6,95 x103/μL, neutrofilos 5,32 x103/μL, plaquetas 182 x103/μL, AST 41U/L, ALT 33 U/L y PCR>9 mg/DL. Se realiza radiografía de tórax y ecografía abdominal sin datos sugerentes de afectación biliar ni hepática. Se inicia tratamiento antibiótico con Amoxicilina-Clavulámico 2g/8 horas iv. Los análisis siguientes muestran normalidad en el perfil bioquímico, renal y coagulación. Mantiene un perfil hepático con AST 50 U/L, ALT 50 U/L y Ferritina 729 ng/ML. VSG 110 mm/1 hora. Los marcadores tumorales CEA, Alfafetoproteína, Cyfra 21.1, CA 15.3, CA 72.4 y CA 19.9 fueron normales. Los análisis de autoinmunidad muestran Anticuerpos anti-mitocondriales a título 1/80 y P ANCA + (patrón atípico, formalina negativo) resto normal. Test rápido de legionela y neumococo en orina fue negativo. PPD negativo. Los cultivos de sangre, esputo y orina resultaron reiteradamente negativos. Las serologías iniciales de Clamidia, Mycoplasma, Rickettsia, Coxiella, Yersinia, Tularemia y Brucelosis son negativas. Lues negativo. VIH, CMV, VEB, VHC, VHB, VHA también resultaron negativos. Tras cuatro días con mala evolución clínica persistiendo la fiebre se asocia Ciprofloxacino 500 mg/12 horas iv. y se solicita TAC torácico-abdominal. En dicho momento la paciente desarrolla en ambas palmas reacción cutánea dolorosa y pruriginosa, con lesiones nodulares de 1-3 cm, violáceas. La biopsia de las lesiones cutáneas presenta dermatitis mixta perivascular e intersticial secundaria. A las 72 hora del inicio del Ciprofloxacino presenta mejoría clínica con desaparición de la fiebre. En las dos semanas siguiente tiene mejoría de las lesiones cutáneas y desaparición del derrame pleural izquierdo. En la revisión clínica tras 6 semanas se observa en el TAC de control una disminución del 50% de la masa cavitada. Recibiendo en dicho momento resultado confirmatorio. ¿Cuál es su diagnóstico? Tularemia respiratoria en forma de neumonía cavitada secundaria a tularemia tífica con reacción cutánea aguda. La sospecha diagnóstica de nuestra paciente se realizó por el contexto epidemiológico, la presencia de una infección respiratoria, además la mala respuesta a betalactámicos respecto a fluoroquinolonas sugiere el diagnóstico. El diagnóstico se confirmó tras la seroconversión presentando títulos IgG de Francisella Tularensis de 1/2560. No se obtuvo ningún cultivo, dada la dificultad del cultivo. La infección por Francisella tularensis es una antropozoonosis de distribución mundial, con más de 100 especies animales involucradas en su transmisión. Tiene dos serotipos (Tipo A y B), con diferente morbi-mortalidad y distribución geográfica. Es una de las bacterias con mayor infectividad conocida, pudiendo producir enfermedad con solo 10 bacterias. La forma pulmonar tiene una incidencia escasa (7-20%), y se puede producir por vía inhalatoria o hematogena, así hasta el 31 % de las formas ulceroganglionares y el 86% de las formas tíficas se acompañan de neumonía por diseminación hematogena. La neumonía por Francisella tularensis no tiene un patrón clínico específico y cuenta con una amplia representación radiológica. Algunos autores sugieren que la combinación de infiltrado ovoide pulmonar, adenopatías hiliares y derrame pleural son indicativo de neumonía por Francisella tularensis. Las clásicas lesiones cutáneas de la tularemia se deben a las úlceras del punto de inoculación. A pesar que hasta el 35% de los pacientes presentan otro tipo lesiones cutáneas secundarias, no están lo suficientemente bien descritas. En los casos de neumonía encontramos de lesiones cutáneas hasta en el 27% de los casos, son exantemas maculopapulosos o vesículo papulosos más intensos en la zona de la lesión, eritemas nodosos (EN) y eritemas multiformes (EM) con predominio en tórax. Nuestra paciente, no tenía ninguna lesión de puerta de entrada presentando una forma de reacción cutánea aguda localiza sin características de EM ni EN en forma de dermatitis mixta perivascular e intersticial, no encontrando tampoco el clásico infiltrado de células gigantes y epiteloides formando granulomas. Actualmente las fluoroquinolonas están ocupando un lugar preponderante.

**A-18 LESIONES ESPLÉNICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO**

**M. Bajo Franco<sup>1</sup>, I. De La Iglesia Fanju<sup>2</sup>, F. Mourad<sup>1</sup>, R. Riera Hortelano<sup>1</sup>, M. Vázquez del Campo<sup>1</sup>, M. Ledo<sup>1</sup>, S. Castellanos<sup>1</sup>, J. López Caleyá<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital V. Álvarez Buylla. Mieres (Asturias).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**OBJETIVOS**

Presentamos un caso de TBC, como causa de lesiones múltiples esplénicas.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Descripción de un caso tras revisión de historia clínica.

**RESULTADOS**

Varón de 64 años, ingresa por sdr general a estudio. Medio urbano, no contacto con animales. Fumador de 100 paquetes año. Bebedor de 2 copas al día. HTA, Hipercolesterolemia. Refiere 4 meses de evolución de astenia, anorexia y pérdida de unos 15kg, (actualmente buen estado general), episodios de escalofríos y tiritonas sobre todo por la tarde, no fiebre termometrada, molestias en zona lumbar irradiado a HCI en estos meses, no relaciona con los movimientos. Afebril, buen estado general, no bocio no se palpa adenopatías axilares ni cervicales ni paratraqueales. ACP: normal. Abdomen y extremidades: normal. Hb:12.9, VCM 90.8, HCM 31.5, leucocitos 8.9 VSG 77mm. GOT, GPT, ALP, GGT, amilasa, lipasa, normal. PCR:58.1, Proteínas totales 7. Marcadores tumorales: normales. ECOGRAFÍA: Existencia de múltiples lesiones hipocogénicas, distribuidas por el parénquima esplénico, al utilizar el Doppler dichas lesiones no muestran claramente la existencia de vasos en su espesor, El bazo, mide 14cm Serologías: VHB, VHA, VHC, VIH, CMV, HS, VEB, brucelosis, lues, toxoplasma, borrelia, francisella turalensis: negativo Autoinmunidad: normal. Colonoscopia normal. Urinocultivo: Negativo. Hemocultivos: Negativos. Mantoux + 11mm, Micobacterias en orina: BAAR positivo, Ecocardiograma: sin datos de endocarditis. TAC toraco-abdominal: adenopatías axilares bilaterales, paratraqueales izquierdas y subcarinales siendo esta las de mayor tamaño superiores a 2cm. Imágenes de bullas en campo superior derecho así como imagen de aspecto cicatricial pineal. En el bazo múltiples imágenes en principio de aspecto quístico, algunas septadas que lo ocupan en su totalidad compatibles con abscesos aunque son bastante inespecíficas. PAAF de lesiones esplénicas: Material purulento. Cultivo de absceso aerobios anaerobios micobacterias: negativo. Tinción de auramina negativa. Biopsia de medula ósea negativa para malignidad. Ante la sospecha de TBC, y antes de someter al paciente a esplenectomía, se trato con antituberculostáticos desapareciendo las lesiones esplénicas.

**DISCUSIÓN**

Posibilidades diagnósticas de lesiones esplénicas: 1º **ABSCESO ESPLÉNICO**: Son infrecuentes (0,012% pacientes hospitalizados). 0,2-0,4 de las necropsias. Alta mortalidad, 40-100% Suelen ser múltiples. La endocarditis sigue siendo una causa importante. Incidencia parece haber aumentado, por la mayor prevalencia de estados de inmunosupresión. La mayoría condiciones asociadas a alteración respuesta inmune. El 80% Infección preexistente con diseminación hematogena (endocarditis, infecciones urinarias osteomielitis, apendicitis, colecistitis, diverticulitis,) o por contigüidad (neoplasia de colon o estomago, patologías ulcerosas, pancreatitis). Hemoglobinopatías, anemia ce células falciforme. Quimioterapia (leucemia). Traumatismos. Puede se único o múltiple (75%), sobre todo por embolización séptica a partir de focos infecciosos (endocardio). 15% infección de un hematoma postraumático. 10% propagación por contigüidad de foco adyacente. Los gérmenes más frecuentes: Cocos gram+ (S. Aureus y S. viridas), bacilos gram- (Salmonella spp y E. coli) y hongos (Candidas spp). Entre 30-50% son polimicrobianos. Hemocultivos + en el 70% de los abscesos múltiples y en un 14% de los solitarios. La TBC es tipo miliar con nódulos entre 0,5- 2 mm que la mayoría de las veces no se detecta con los medios habituales de imagen. La fiebre el signo más frecuente seguido de las molestias abdominales vagas en HCI. 2º **INFARTO ESPLÉNICO**, 3º **TUMORES SÓLIDOS**

**CONCLUSIONES**

El diagnostico de las lesiones esplénicas es difícil sin llegar a la esplenectomía, debemos sospechar TBC cuando no encontramos otro foco infeccioso como causa, e insistir en la búsqueda de BAAR.

**A-19 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO**

**M. Cuesta Laso, R. Bejarano Espejo, S. Molinero Abad, C. Pérez Tarrago, M. Morán Rodríguez, C. Dueñas Gutiérrez.**

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Yagüe. Burgos.

**OBJETIVOS**

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome hemofagocítico es una entidad heterogénea producido por la proliferación de los histiocitos que presentan una capacidad fagocítica aumentada sobre las células hematopoyéticas, teniendo como diana fundamental la médula ósea, aunque también pueden aparecer en hígado y bazo. Clínicamente se caracteriza por un comienzo agudo con fiebre, síntomas constitucionales, hepatoesplenomegalia, alteración en la función hepática, pancitopenia y coagulopatía, con bilirrubina indirecta y LDH aumentadas. Siendo el diagnóstico por análisis de la médula ósea. Puede ser hereditario, (denominado linfocitosis eritrofagocítica familiar), o bien ser secundario; asociado a enfermedades malignas (fundamentalmente hematológicas o durante el tratamiento de las mismas) o a procesos infecciosos.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

**CASO CLÍNICO:** Varón de 65 años sin antecedentes de interés que ingresa en el S. de Neurocirugía por cuadro de hemiparesia derecha con masa con captante de contraste en región fronto temporal izquierda en TAC de urgencia. Sospechando proceso neoplásico se inicia tratamiento con corticoides y realizando biopsia de la masa con cultivo. El cultivo es positivo para *Nocardia asteroides*, descartándose malignidad. El TAC toraco-abdomino-pélvico es normal. Con el diagnóstico definitivo de absceso cerebral por *Nocardia* se inicia tratamiento antibiótico con Cotrimoxazol e Imipenem, suspendiendo la corticoterapia. **EVOLUCIÓN:** A los 5 días de tratamiento comienza con síndrome febril y disnea por lo que es trasladado a nuestro servicio. Presenta además esplenomegalia e infiltrados pulmonares bilaterales que no respondieron a tratamiento antibiótico habitual, por lo que se decide realización de PAAF guiada por TAC, con cultivo positivo para *Aspergillus fumigatus*, asociando Voriconazol al tratamiento. Mala evolución a pesar de ello, con aparición de pancitopenia. Sospechando proceso inmunodeficiente intercurrente se realiza biopsia de médula ósea con diagnóstico de histiocitosis hemofagocítica reactiva, por lo que se inicia tratamiento con factores de crecimiento de colonias e inmunoglobulinas intravenosas, con recuperación progresiva del cuadro.

#### DISCUSIÓN

**CONCLUSIÓN Y COMENTARIO:** El Síndrome Hemofagocítico es una entidad rara que ocasionalmente se asocia a infecciones, ensombreciendo su pronóstico y favoreciendo infecciones oportunistas. Debe ser sospechado ante la mala evolución de cuadros infecciosos, con desarrollo de citopenias ya que el correcto tratamiento de las infecciones y el soporte hematológico condicionan un buen pronóstico del proceso.

#### **A-20 BACTERIEMIA SIMULTANEA POR E. COLI Y STREPTOCOCCUS ORALIS/VIRIDANS EN PACIENTE CON ALTA SOSPECHA DE NEOPLASIA DIGESTIVA**

**M. Ulla Anes, A. Marco Mur, T. Pascual Cuesta, T. Sáez Vaquero, R. Pacheco Cuadros, C. Barrasa Rodríguez, G. García Melcón, B. Viña Carregal.**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Torre. Madrid.

#### OBJETIVOS

*Streptococcus bovis* forma parte de la flora intestinal humana. Las infecciones clínicas más importantes causadas por este microorganismo son bacteriemia y endocarditis, estando la primera asociada con patologías intestinales, especialmente con enfermedades malignas como cáncer o poliposis de colon. Así mismo, se han descrito bacteriemias por otros microorganismos que forman parte de la flora intestinal (p. *E. campylobacter* sp) asociadas a patología intestinal. Describimos el caso de un paciente con alta sospecha de patología neoplásica digestiva que presentó una bacteriemia simultánea por *E. coli* y *Streptococcus Oralis/Viridans*.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

**Caso Clínico:** Varón de 90 años con antecedentes de tabaquismo leve en su juventud, portador de sonda vesical permanente, EPOC, arteriopatía periférica (by-pass aorto-bifemoral), diverticulitis de colon intervenida hacía 7 años y pancreatitis aguda litiasica resuelta sin cirugía. Ingresó por clínica respiratoria (tos, expectoración blanquecina y sensación distérmica) e incremento de su disnea de base. La exploración mostraba una disminución generalizada del murmullo vesicular con sibilancias espiratorias dispersas y alargamiento espiratorio. El hemograma puso de manifiesto 15700 leucos (82% PMN), la bioquímica mostró una colestasis disociada (GGT 342 F alcali 1213) con elevación del CEA (9,88 ng/ml), la GAB fue compatible con hipoxemia sin retención de CO<sub>2</sub> (pO<sub>2</sub> 66 mmHg), la radiología no presentaba infiltrados. La ecografía abdominal objetivó un nódulo sólido con contorno hipoecoico en lóbulo hepático izquierdo, compatible con metástasis. El urocultivo fue negativo. Los hemocultivos extraídos al ingreso en urgencias fueron positivos a *E. coli* y *Streptococcus oralis/viridans*. Se procedió a tratamiento antibiótico según antibiograma con buena respuesta. Ante la alta sospecha de neoplasia digestiva se propuso estudio endoscópico que fue rechazado por la familia.

#### DISCUSIÓN

*Streptococcus bovis* ha sido identificado como agente causal de severas infecciones humanas, incluyendo endocarditis y bacteriemias, habitualmente en individuos inmunosuprimidos y/o con lesiones en el tracto digestivo: pólipos o neoplasias. En ocasiones puede asociarse a otros microorganismos que forman parte de la flora intestinal (p. *E. Enterobacter cloacae*). Además, resulta fundamental realizar una segura identificación del microorganismo diferenciándolo de *Enterococcus* sp y *Streptococcus Viridans* para elegir la terapia antimicrobiana más apropiada. En nuestro caso, el resultado de los hemocultivos (positivos a microorganismos de la flora habitual de tracto digestivo) aconsejó descartar patología neoplásica del tubo digestivo. La ecografía abdominal objetivó una lesión metastásica hepática y el marcador tumoral CEA fue claramente positivo. Así, usando valores de CEA límites de 2,5 ug/L se describe una sensibilidad del 36% y especificidad del 87% para pacientes con cáncer colorectal Dukes A y B (nuestro paciente presentaba una cifra cuatro veces superior al punto de corte). Por tanto, aunque no disponemos de confirmación anatomopatológica, parece altamente probable el diagnóstico de Ca de colon metastásico. La negatividad del Urocultivo descartó origen genitourinario de la bacteriemia.

#### CONCLUSIONES

1.- La bacteriemia por *Streptococcus bovis* se asocia frecuentemente con patología premaligna-maligna del tracto digestivo. 2.- Bacteriemias producidas por otros microorganismos, habitualmente presentes en el tracto digestivo, podrían ser también indicativas de patología premaligna-maligna. Estas bacteriemias se producirían por mecanismos similares a los descritos en *S. bovis* (1.- La invasión de tejidos u órganos próximos al tumor. 2.- Secundarias a una siembra a distancia, a través de la bacteriemia originada en tejido tumoral necrótico). 3.- En caso de objetivar bacteriemias por gérmenes saprofitos del tracto digestivo aconsejamos descartar patología premaligna-maligna del tracto digestivo mediante las pruebas complementarias oportunas.

#### **EA-01 HIPONATREMIA SECUNDARIA A CARBAMAZEPINA**

**R. Pacheco Cuadros, M. Ulla Anes, A. Marco Mur, T. Pascual Cuesta, T. Sáez Vaquero, C. Barrasa Rodríguez, G. García Melcón, B. Viña Carregal.**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Torre. Madrid.

#### **OBJETIVOS**

Objetivos: La hiponatremia es el más frecuente de los trastornos electrolíticos; no solo acompaña a numerosas enfermedades graves, sino que por sí misma puede producir daño cerebral permanente, demencia y muerte. Numerosos fármacos (diuréticos, Levodopa, Bromocriptina, antidepressivos tricíclicos, IMAOs, ISRS, antipsicóticos, anticomiciales, etc.) han sido descritos como productores de hiponatremia, generalmente a través de un mecanismo de SIADH (1). Presentamos el caso de una paciente con hiponatremia moderada sintomática secundaria a tratamiento con Carbamazepina.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Caso clínico: Paciente mujer de 87 años con antecedentes de HTA, cardiopatía hipertensiva, esclerosis Aórtica leve, bocio multinodular normofuncionante (desestimada cirugía), incontinencia urinaria y neuralgia del trigémino. En tratamiento con Clortalidona 50 mg/día, Urotrol Neo 4mg (tolterodina), Paracetamol a demanda, Lorazepam 1mg/día y Carbamazepina 600 mg/día. Ingresa por clínica de debilidad y astenia severa de varias semanas de evolución a la que se añade clínica respiratoria inespecífica en los últimos días. La paciente se encuentra afebril (36´6°C), con TA 160/80 mmHg, FC 80 lpm y FR 16 rpm. En la exploración general destaca un bocio multinodular siendo anodino el resto (no datos de sobrecarga de volumen significativa). En las pruebas complementarias se objetiva un sodio de 125 mEq/l con Osmolaridad de 268 mOsmol/L y una función renal conservada. El estudio de función tiroidea resultó normal (TSH 0,35, T4 1,37, T3 3,27) así como el cortisol basal (15 mcg/dl). Sodio en orina >20 mEq/día. Se procedió a reposición hidroelectrolítica y suspensión del diurético tiazídico a pesar de lo cual, tras una breve mejoría, reapareció la hiponatremia. Ante esto, se procedió a la suspensión del tratamiento con Carbamazepina iniciándose Gabapentina. Así mismo, se procedió a discreta restricción de líquidos objetivándose resolución completa del cuadro y desaparición de la clínica.

#### **RESULTADOS**

Día 1 Na 125 Osmolaridad 268 Suspensión tiazida Día 3 Na 135 Osmolaridad 291 Día 7 Na 129 Osmolaridad 279 Día 10 Na 127 Osmolaridad 270 Suspensión Carbamazepina Día 14 Na 137 Osmolaridad 300

#### **DISCUSIÓN**

Discusión: La hiponatremia como resultado del uso de carbamazepina está bien descrita. La incidencia fluctúa entre el 1.8 y el 40%, dependiendo de la población estudiada. Los factores de riesgo incluyen edad mayor de 40 años, uso concomitante de medicamentos asociados a hiponatremia (en nuestro caso Clortalidona), mujeres en menstruación, alteraciones psiquiátricas, cirugía, polidipsia psicógena y género femenino. Aunque la hiponatremia severa en monoterapia es poco común, se ha descrito algún caso secundario a tratamientos conjuntos (p. E Carbamazepina- Lamotrigina-Venlafaxina, lo cual puede producir el fenómeno conocido como muerte súbita en el paciente epiléptico) (2). El tratamiento está enfocado a eliminar los factores precipitantes o abandonar por completo la terapia de carbamazepina sustituyéndola por otra terapia (en nuestro caso gabapentina).

#### **CONCLUSIONES**

Conclusiones: 1.- El tratamiento con Carbamazepina obliga a un estrecho seguimiento que incluye determinaciones periódicas de bioquímica plasmática, sobre todo si el paciente se encuentra en tratamiento concomitante con otros fármacos productores de hiponatremia (p. E diuréticos). 2.- En pacientes geriátricos, frecuentemente tratados con antidepressivos (ISRS) y neurolépticos, debe evitarse el tratamiento con Carbamazepina, siendo una buena opción los fármacos gabaérgicos (p. E Gabapentina). Bibliografía: 1.- Romero S, Pintor L, Plana T et al. SIADH due to Citalopram and Venlafaxine. Gen Hosp. Psychiatry 2007; 29(1): 81-4. 2.- A. Ruiz Ginés, S. García, García, J. A. Ruiz Ginés et al. Hiponatremia sintomática secundaria a tratamiento conjunto anticomicial y antidepressivo: ¿riesgo de muerte súbita en epilepsia?. An. Med. Interna (Madrid) v.24 n.7 Madrid jul. 2007

#### **IC-01 ANÁLISIS DE LA BASE DE DATOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA IMPLANTADA RECIENTEMENTE EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE SONSOLES. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES, MODIFICACIONES EN EL TRATAMIENTO Y UTILIZACIÓN DE CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (EUROQUOL)**

**M. Álvarez Moya<sup>1</sup>, H. Mendoza<sup>1</sup>, C. Calleja<sup>1</sup>, C. Grande<sup>1</sup>, B. Garrido<sup>2</sup>, A. Hurtado<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Informática. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de El Escorial. San Lorenzo de El Escorial (Madrid).

#### **OBJETIVOS**

Implantar una base de datos de fácil acceso para pacientes con insuficiencia cardiaca que ingresan en Medicina Interna. Utilización de escalas de grado funcional Barthel y Lawton y la parte gráfica del test de calidad de vida Euroquol Análisis de los tratamientos previos al ingreso y sus posibles modificaciones al alta.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se recogieron de forma prospectiva en pacientes mayores de 65 años ingresados por insuficiencia cardiaca sin demencia severa ni enfermedad terminal ni enfermedad psiquiátrica descompensada ni alcoholismo activo los siguiente datos: edad, sexo, estado civil, ingresos y visitas previas a urgencias en el último año, etiología de la IC, índice de Charlson, factores de riesgo vascular, grado funcional de la NYHA, estancia media, evolución, ritmo, tipo de IC, ecocardiograma, Barthel y Lawton al ingreso, Euroquol al ingreso y alta, tratamientos previos y al alta. Los datos se recogieron en una base de datos Excel y fueron analizados en SPSS 13:0.

## RESULTADOS

Durante los tres meses desde el inicio de la recogida de datos (enero 2008) se captaron 39 pacientes, el 46% viudos y el 5,1% solteros. La edad media fue de 79,9 (ds 6,3). El 52% eran mujeres. La etiología mas frecuente fue la cardiopatía hipertensiva (41%) seguida de la isquémica (18%). El 46% habían estado ingresados por IC en el año previo y el 51,3% habían estado en un servicio de urgencias. El índice de Charlson fue de 3,3 (ds 1,9). El 13% tenían EPOC, el 18% Diabetes, el 7,7% demencia leve, el 18% Insuficiencia renal y el 7,7% cáncer activo. El 85% eran hipertensos y el 31% hipercolesterolémicos. El 54% estaban en un grado funcional de la NYHA III, 31% en II, 10% en IV y el 5% en I. El 18% no habían sido fumadores y el 3% continuaban fumando. El 53% estaban en fibrilación auricular. El 62% tenían IC diastólica. Los pacientes con IC sistólica tenían una FE media del 35%. No falleció ningún paciente. El 45% fueron citados en consultas de Medicina Interna y el 12% en Cardiología. Al 25% se le realizó un ecocardiograma. La estancia media fue de 10,3 días (ds 13). Datos ingreso/alta de las prescripción de los siguientes fármacos: digital 21%/18%, furosemida 56%/59%, espirinolactona 8%/21%, otros diuréticos 15%/8%, nitritos 10,3%/10,3%, betabloqueantes 18%/26%, IECA 45%/65%, ARA-II 15,4%/10,3%, sintrom 33,3%/46%, antiagregante 18%/23%, hipolipemiente (18%/25,6%). Al ingreso presentaban un índice de Barthel de 78,5 (ds 29) y Lawton de 4,45 (ds 2,4). En la parte gráfica del Euroquol presentaban una puntuación durante el ingreso de 23 y al alta de 59,5 ( $p=0,02$ )

## DISCUSIÓN

En nuestra corta serie destaca la presencia de una comorbilidad importante (índice de Charlson de 3,3) lo cual define a nuestros pacientes como pluripatológicos. La utilización de fármacos siguiendo las recomendaciones científicas es aceptable salvo en el caso de los betabloqueantes los cuales tanto en el tratamiento previo como al alta están claramente infrautilizados. La realización de ecocardiogramas también es baja. Los pacientes tenían un aceptable grado funcional (Barthel y Lawton) pero una sensación de gravedad importante en la parte gráfica del Euroquol la cual mejoro ostensiblemente al alta.

## CONCLUSIONES

Los pacientes con insuficiencia cardiaca en nuestra serie tienen una comorbilidad importante que los definiría como pluripatológicos. La utilización de betabloqueantes sigue siendo subóptima así como la realización de ecocardiogramas. La utilización del euroquol (parte gráfica) es una herramienta eficaz para definir la afectación de la calidad de vida al ingreso y su mejoría tras la superación del episodio.

## IF-01 COLOSTASIS DISOCIADA MANTENIDA EN VARÓN JOVEN

*N. Carracedo Falagán, S. Raposo García, M. López Veloso, A. Moran Blanco, J. Guerra Laso, J. Herrera Rubio, A. Martínez González, B. Blanco Iglesias.*

Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

## OBJETIVOS

Introducción: La colangitis esclerosante primaria (CEP) es un trastorno idiopático de carácter progresivo caracterizado por la inflamación, esclerosis y obliteración de los conductos biliares intra y extrahepáticos. Es más frecuente en varones (2:1), siendo el promedio de edad en el momento del diagnóstico de 40 años, diagnosticándose cada vez con mayor frecuencia en la infancia y la adolescencia. La prevalencia en España es de 2.24 casos/1.000.000 habitantes. Se asocia hasta en un 70% a una enfermedad inflamatoria intestinal, especialmente a la colitis ulcerosa y en menor medida a otras enfermedades autoinmunes. En ocasiones es difícil de diferenciar de otros procesos formando parte de los llamados síndromes de solapamiento. El pronóstico es malo, con una supervivencia de 9-12 años tras el diagnóstico, siendo los factores predictores la edad, bilirrubina, histología y esplenomegalia.

## RESULTADOS

Caso Clínico: Se describe el caso de un varón de 18 años con antecedentes de úlcera duodenal hace 4 meses, displasia fibrosa distal en fémur izquierdo en infancia, enfermedad por arañazo de gato hace unos 3 años y mononucleosis infecciosa hace un año. Sin hábitos tóxicos. Presenta alteración en pruebas hepáticas, colostasis disociada, desde hace unos 4 meses (cuando la mononucleosis tuvo citolisis que se normalizo). En este tiempo, refiere dolor lumbar alto prácticamente continuo, que se exacerba con la ingesta y que mejoró parcialmente con el tratamiento del úlcus. En la exploración física destaca ligera hepatomegalia no dolorosa. En la analítica GOT 53, GPT 60, FA 258, GGT 156, PT 9.3 y el resto de los parámetros bioquímicos y de hemograma son normales. Las gammaglobulinas son de 2.55 (0.72 - 1.46) a expensas de IgG 2280 (650-1300). La TSH, ferritina, ceruloplasmina, alfa1 antitripsina, porfirinas y las serologías a VIH, VHC, VHB y VHA fueron negativas. La ecografía abdominal mostró discreta hepatomegalia a expensas sobre todo del lóbulo hepático izquierdo, homogénea. En el estudio inmunológico ANA 1/80 y p-ANCAS 1/80 con resto de autoanticuerpos normales. El tipaje HLA fue DQB1\*0406. Sin diagnóstico definido se decidió efectuar biopsia hepática que demostró cambios compatibles con una colangitis esclerosante primaria. Se inicio tratamiento con ácido ursodeoxicólico con buena tolerancia y mejoría en parámetros analíticos.

## DISCUSIÓN

Discusión: La CEP puede manifestarse en forma de colangitis recidivante, mientras que en otros casos aparece una colestasis progresiva (de al menos 6 meses, con mayor elevación de la FA y GGT), astenia, prurito, ictericia o dolor en hipocondrio derecho. Durante su evolución, pueden aparecer múltiples complicaciones; unas específicas de esta entidad (colangitis bacteriana, obstrucción biliar o colangiocarcinoma); otras comunes a otras formas de hepatopatía crónica (hipertensión portal con varices sangrantes, ascitis, encefalopatía hepática o insuficiencia hepática). El gold estándar en el diagnóstico viene determinado por hallazgos histológicos compatibles mediante biopsia hepática, siendo lo más característico la presencia de fibrosis concéntrica periductal de los conductos interlobulillares y septales, o fibrosis concéntrica en cáscara de cebolla, presente en al menos el 50% de los casos. La técnica colangiográfica de elección en el momento actual es la colangio-resonancia magnética que permite valorar de forma precisa la vía



biliar, sustituyendo a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. El tratamiento ha de ser sintomático y evitar las posibles complicaciones, no existiendo un tratamiento específico. El único fármaco recomendable es el ácido ursodesoxicólico a dosis de 10-20 mg/kg/día, que mejora las pruebas de función hepática sin demostrarse efectos en la supervivencia. La única opción curativa es el trasplante hepático, siendo esta entidad una indicación frecuente del mismo.

### **RV-03 VALORACIÓN DE TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON DM TIPO 2**

**I. Fernández Galante<sup>1</sup>, L. Hernando Ortiz<sup>1</sup>, M. Toledano Barrero<sup>2</sup>, M. Muñoz Moreno<sup>3</sup>, E. González Sarmiento<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Electrofisiología clínica, <sup>3</sup>Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

#### **OBJETIVOS**

Estudio de la calidad del sueño en pacientes diabéticos tipo 2. **INTRODUCCIÓN** Los trastornos del sueño incrementan el riesgo de obesidad por alteración en la regulación neuroendocrina del apetito que origina una ingesta excesiva alimentaria y una reducción del gasto energético. A su vez, la obesidad conlleva un aumento de la resistencia a la insulina, condición que incrementa el riesgo de padecer intolerancia (ITG) a la glucosa e incluso diabetes mellitus (DM). Un sueño de duración de 6 horas o menos o más de 9 horas, se asocia con una mayor prevalencia de la DM y ITG. Sin embargo poco se conoce a cerca de la calidad del sueño en diabéticos. Durante la fase no REM (estadios 2, 3 y 4) del sueño el metabolismo de la glucosa está disminuido lo que condiciona una reducción en el aporte cerebral. En cambio estos efectos se revierten durante la fase REM y estadio 1 de la fase no REM del sueño.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se estudiaron 27 pacientes con DM2, consecutivos, que acudieron a la consulta de Medicina Interna. Rellenaron un cuestionario con la escala de insomnio y el test PSQI (Pittsburg Sleep Quality Index) con su previo consentimiento. Los datos fueron recogidos de forma anónima y confidencial y se analizaron los resultados estadísticamente mediante tablas de frecuencia o porcentajes las variables cualitativas y las cuantitativas mediante la media y la desviación.

#### **RESULTADOS**

La distribución de la muestra es de 37% hombres (10) y 63% mujeres (17). La edad media en hombres es de 67,2 años +/- 6,78; mujeres 75,53 años +/- 10,75. El 68,2% están casados y el 27,3% viudos. El 29,6% de los pacientes presentaban problemas de insomnio. En el test PSQI el 54,5% tienen resultado patológico con una media de valor de 6,7 +/- 5,31. La mayoría de los pacientes (59,2%) se acuestan entre las 23:00 y las 00:00 horas. El 51,8% duermen entre 6 y 8 horas con una media de 9,37 horas +/- 13,29. El 22,2% duermen menos de 6 horas y el 30,8% de los paciente tardan más de 30 minutos en conciliar el sueño con una media de 39,26 minutos +/- 47,65. Un 37,5% de los pacientes presentan una calidad de vida algo o bastante disminuida. El 38,5% de los pacientes necesitan tomar pastillas para dormir (10) al menos 3 días por semana.

#### **CONCLUSIONES**

Los pacientes con DM2 suelen presentar importantes trastornos del sueño, como la apnea del sueño que forma parte del síndrome de insulinoresistencia. Pero existen pocos estudios sobre la calidad del mismo. En este estudio una tercera parte de los pacientes presentó problemas de insomnio que pueden repercutir sobre su control metabólico. Los pacientes diabéticos presentan una mala calidad de vida posiblemente como consecuencia de la mala calidad de sueño. **BIBLIOGRAFÍA:** Patel SR, Malhotra A, White DP, Gottlieb DJ, Hu FB. Association between reduced leep and weight gain in women. Am J Epidemiol. 2006 Nov 15;164(10):947-54. Epub 2006. Knutson K, Spiegel K, Penev P, Van Cauter E. The metabolic consequences of sleep deprivation. Sleep Medicine Reviews 2007;11:163-178.

### **V-01 UN MISTERIO MÉDICO: EL HOMBRE SIN HOMBRO**

**M. Núñez Viejo, A. Fernández Montes, A. González Torre, J. González Fernández, R. Sánchez Pérez, N. Díez Herrán.** Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

#### **OBJETIVOS**

Nuestro póster consta de un sólo caso que decidimos enviar por lo interesante e inhabitual del diagnóstico más que por su interés médico en sí.

#### **DISCUSIÓN**

La Artropatía Neuropática de Charcot es un proceso destructivo articular sin clara etiología. La etiología suele ser variada, pero en nuestro medio la neuropatía alcohólica, siringomielia y sobre todo la diabetes son las causas más frecuentes. La afectación del hombro es infrecuente y cuando ocurre se asocia a Siringomielia. Nuestro caso trata de un varón de 75 años sin antecedentes de interés que ingresa con cuadro de dos meses de evolución de dolor a nivel del hombro derecho e impotencia funcional progresiva del brazo. Añadimos una secuencia radiológica correspondiente al seguimiento en los cinco meses posteriores, donde puede verse la destrucción progresiva de la cabeza humeral derecha. En su caso, se realizó una RMN craneal y medular que mostró la existencia de una cavidad siringomiélica que se extendía desde la unión occipito-atlantoidea hasta T7. Para finalizar hacemos un análisis rápido de la etiología, sintomatología, evolución, diagnóstico diferencial y tratamiento de la Artropatía Neuropática de Charcot.

## **V-02 DETERMINACIÓN DE METAHEMOGLOBINA EN POBLACIÓN LABORAL**

**J. Goiriena de Gandarias<sup>1</sup>, G. Basoa<sup>3</sup>, M. Barranquero<sup>1</sup>, C. Portolés<sup>2</sup>, P. Lafuente<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco (Vizcaya).

<sup>2</sup>Medicina. Hospital de Levante. Benidorm (Alicante).

<sup>3</sup>Municipal. Alcalá de Henares (Guadalajara).

### **OBJETIVOS**

Determinar la prevalencia de metahemoglobina en trabajadores agrícolas y su sintomatología.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Muestra de 160 trabajadores agrícolas que manipulan productos fitosanitarios: insecticidas, fungicidas, fertilizantes, etc... a los que se hace una encuesta epidemiológica y analítica de metahemoglobina por la técnica de Evelyn y Mallo, fijándose el espectro de absorción de la metahemoglobina en 634 nm. Para evitar distorsión se usa ferrocianuro potásico. Cuando hay exceso de metahemoglobina la sangre aparece marrón. Los límites del INSTHT (VLB) y de la AGGIH (BEI) de metahemoglobina en sangre no han de superar por regla general el 1,5%. Diariamente del 0,5-3% de la hemoglobina pasa a la forma meta de forma reversible, considerando normal valores entre el 0-3%.

### **RESULTADOS**

Porcentajes de metahemoglobina en la muestra 36,3% >1%, 10,6% entre 20-45%, 3,8% entre 3-10%, 1,9% entre 10-15%, 1,9% entre 15-20%. El 2,5% de las muestras >30% metahemoglobina. Sintomatología atribuible a metahemoglobina; cianosis 4,4%, náuseas, dolor abdominal y diarrea 1,9%, taquicardia, hipotensión 1,3%, disnea 1,6%.

### **DISCUSIÓN**

Los nitritos forman metahemoglobina. El curso de su formación depende del agente causal y también su metabolización. El tiempo de desaparición varía desde 2 a 6 horas para nitrito sódico a 48-72 horas para otros agentes. Los resultados muestran asociación entre uso deficiente de agentes fitosanitarios y presencia de metahemoglobina que fue corregida tras una mejor manipulación de los productos y mejores prácticas de higiene, desapareciendo la sintomatología y las tasas elevadas de metahemoglobina.

### **CONCLUSIONES**

Se observa que el uso defectuoso de productos fitosanitarios produce tasas elevadas de metahemoglobina con sintomatología, que son eliminados tras su manipulación correcta.

## **V-03 ANÁLISIS DEL RIEGO DE PARASITACIÓN INTESTINAL EN FUNCIÓN DEL FACTOR MEDICINA Y ALIMENTACIÓN**

**J. López del Moral<sup>1</sup>, J. Goiriena de Gandarias<sup>1</sup>, C. Portolés<sup>2</sup>, M. Barranquero<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco (Vizcaya).

<sup>2</sup>Medicina. Villajoyosa (Alicante).

### **OBJETIVOS**

Evaluar el factor de riesgo de parasitosis intestinal en función del tipo de Medicina utilizado y alimentación.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Muestreo randomizado de 203 pacientes, 131 utilizan medicina convencional, edad media 28,8 ± 5,6 y 72 Medicina no convencional, edad media 31,3 años ± 4,4. De los 131 pacientes de (Med. Conv.) 15 eran vegetarianos, y de los 72 (Med. No Conv.) 12 eran vegetarianos. Se realiza encuesta epidemiológica, y toma de muestras de heces utilizando técnica de MIF-Flotación-Contraste de fases para diagnóstico de parásitos.

### **RESULTADOS**

Del total de la muestra 7,9% parasitación simple, 4,9% doble y 0,5% triple. En Medicina Convencional 6,9% parasitación y en Medicina no-convencional 9,8%. O. R. Medicina no convencional-Medicina convencional un parásito fue de 1,30 (95% CI=0,57-2,96), y la O. R. dos parásitos simultáneos fue 1,23 (95% CI=0,33-4,49). Comparando vegetarianos-no vegetarianos independientemente del tipo de medicina, los vegetarianos tenían tasas del 14,8% de parasitados frente al 6,8% los no vegetarianos, la O. R. vegetariano-no vegetariano un parásito fue de 2,73 (95% CI=1,02-7,26) y para dos parásitos O. R. de 3,02 (95% CI=0,73-12,46), la O. R. medicina no convencional-convencional excluidos vegetarianos para un parásito fue de 1,04 (95% CI=0,39-2,77) y para dos parásitos la O. R. fue de 0,76 (95% CI=0,14-4,06). Los parásitos más frecuentemente hallados en el total de la muestra fueron: G. Lamblia 3 %, T. trichuria 2,5 %, B. hominis 2%, Ent. coli 1 %, A. lumbricoides 1 %, E. vermicularis 0,5 %.

### **DISCUSIÓN**

Los resultados muestran que cuando se elimina el factor de confusión alimentación no hay diferencias significativas entre los dos tipos de Medicina. En cambio si hay diferencias significativas en relación al tipo de alimentación, el parásito G. lamblia es el que muestra mayores tasas de prevalencia, al igual que en otros estudios y las tasas halladas no son elevadas pero hay que señalar que la mayor parte de los trabajos pertenecen a niños en los que se dan, tasas más elevadas de parasitación intestinal.

### **CONCLUSIONES**

Hay asociación entre tipo de alimentación y tasas de parasitación recomendándose mejorar las medidas higiénicas en alimentos frescos tipo verduras, hortalizas.

**V-04 ACERCA DE UNA REFLEXIÓN NECESARIA SOBRE LAS ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO ÁCIDO-BASE Y SU SIGNIFICADO**

**S. Franco Hidalgo<sup>1</sup>, F. Sánchez Barranco<sup>1</sup>, J. Prieto de Paula<sup>1</sup>, J. Gómez Barquero<sup>1</sup>, J. Alonso Fernández<sup>2</sup>, J. Sánchez Navarro<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

**OBJETIVOS**

Las alteraciones del equilibrio ácido-base conciernen a todas las especialidades médicas. Aunque pueden ocurrir primariamente, en general suponen la complicación de una enfermedad preexistente. Así pues, no es infrecuente que una caracterización adecuada del trastorno ácido-base suponga el punto de partida para la identificación de la enfermedad causal a veces no sospechada hasta entonces. La frecuencia de estos trastornos, especialmente en pacientes hospitalizados, es sin duda elevada. Sin embargo, al revisar la bibliografía, no se encuentran prácticamente estudios en este sentido. El objetivo del presente trabajo ha sido conocer la incidencia de las alteraciones del equilibrio ácido-base en una muestra de 581 pacientes consecutivos a los que se les había solicitado una gasometría arterial bien desde el Servicio de Urgencias o bien desde el de Medicina Interna o de sus especialidades médicas.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio prospectivo llevado a cabo durante el mes de noviembre de 2006. Analizamos todas las gasometrías arteriales realizadas durante el período a pacientes de los Servicios de Urgencias, M. Interna y de las especialidades médicas, tanto en el ámbito ambulatorio como en el de hospitalización. Utilizamos como valores de referencia los siguientes: pH:7,37-7,44; CO<sub>3</sub>H: 22-26 mmol/l y pCO<sub>2</sub>:32-46 mmHg. En todos los casos, aparte de examinar la historia clínica, aplicamos las parejas de valores pH/pCO<sub>2</sub> a un mapa ácido-base y calculamos, por otra parte, las compensaciones renales o respiratorias derivadas de las alteraciones ácido-base primarias. Diagnosticamos una alteración ácido-base pura cuando el par de valores se situaba en su zona correspondiente. Cuando el par de valores se situaba en las zonas intermedias, y tras constatar la incoherencia de los parámetros compensatorios, diagnosticamos una alteración mixta.

**RESULTADOS**

De entre los 581 casos que se incluyeron en el estudio, 476 (81,9 %) presentaban algún trastorno ácido-base. Ateniéndonos a los casos con alteraciones, 170 de ellos (35,7 %) tenían una alcalosis metabólica; 116 (24,4 %) una alcalosis respiratoria; 56 (11,8 %) una acidosis respiratoria; 16 (3,4 %) una acidosis metabólica; y 118 (24,8 %) algún tipo de trastorno ácido-base mixto. Si nos centramos únicamente en los 118 casos con trastornos mixtos, la asociación más frecuente (66 casos —55,9 %—) fue la acidosis respiratoria con alcalosis metabólica; 45 casos (38,1 %) presentaban una alcalosis mixta; y 7 casos (5,9 %) una acidosis mixta.

**DISCUSIÓN**

En concordancia con los resultados de los escasos trabajos existentes sobre el particular, las alteraciones del equilibrio ácido base en la práctica clínica son habituales. Dentro de ellas, resulta especialmente llamativa la alta frecuencia de las alteraciones mixtas que, por sí solas, constituyeron en nuestro estudio el 20,3 % del total de gasometrías realizadas. Tan sólo la alcalosis metabólica y la alcalosis respiratoria tuvieron mayor incidencia que los trastornos mixtos. Llama la atención, finalmente, la frecuencia de la asociación de acidosis respiratoria y alcalosis metabólica, que supuso el 13,9 % de todas las anomalías detectadas. Esta asociación en pacientes con EPOC es una eventualidad frecuente y, sin ninguna duda, infradiagnosticada, a pesar de que conlleva mal pronóstico por cuanto supone un círculo vicioso que conduce a empeorar la presión arterial de oxígeno y a incrementar la hipoventilación.

**CONCLUSIONES**

La incidencia de trastornos ácido-base en nuestro trabajo es muy elevada. Las alteraciones de carácter mixto son, al tiempo que frecuentes, infradiagnosticadas, a pesar del mal pronóstico que conllevan algunas de ellas. Cabe señalar, por otra parte, que del adecuado reconocimiento de estos trastornos puede deducirse la correcta identificación de la enfermedad causal y, en consecuencia, la adopción de las medidas oportunas. Para finalizar, parece relevante insistir en que para la correcta caracterización de un trastorno ácido-base, se necesita, además del conocimiento adecuado de la clínica del paciente y de la filiación del trastorno ácido-base primario, el análisis cuidadoso de los mecanismos compensatorios, con el objeto de valorar su coherencia.

**V-05 COARTACIÓN AÓRTICA DIAGNOSTICADA A LOS 87 AÑOS**

**A. Muela Molinero, L. Quiroga Prado, S. Raposo García, A. Moran Blanco, J. Herrera Rubio, N. Carracedo Falagán, B. Blanco Iglesias, J. Santos Calderón.**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

**OBJETIVOS**

**INTRODUCCIÓN** La coartación de aorta consiste en un estrechamiento de la luz aórtica, generalmente por debajo del nacimiento de la arteria subclavia izquierda. Esta constricción impide parcialmente el flujo sanguíneo hacia la parte inferior del organismo. Es más frecuente en varones y suele observarse asociada a otras anomalías cardíacas, siendo más frecuente la aorta bicúspide. La enfermedad suele comenzar a presentar síntomas hacia los 20-30 años en forma de hipertensión arterial por lo general; sin tratamiento la supervivencia media es de unos 40-50 años. Presentamos un caso excepcional de coartación aórtica en vista de la edad de la paciente.

## RESULTADOS

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 87 años que ingresó en nuestro servicio por disnea de 4 días de evolución, junto con tos con expectoración amarillenta y fiebre de 38°C. La paciente había iniciado tratamiento antibiótico con cefuroxima de forma ambulatoria sin mejoría. Entre sus antecedentes personales únicamente destacaban ingresos previos por infecciones respiratorias y bronquitis de repetición en los últimos 5 años por lo que seguía tratamiento con budesonida y salbutamol inhalado. A la exploración física presentaba una temperatura de 38,5°C y una tensión arterial de 115/70 mmHg. A la auscultación cardiaca presentaba un soplo sistólico aórtico II/VI y a la auscultación pulmonar se apreciaban roncus y sibilancias dispersas en ambos campos pulmonares. El resto de la exploración física resultó normal. En las analíticas de rutina practicadas solamente destacaba una hiperglucemia (141 mg/dl) siendo el resto de los estudios normales. La radiografía de tórax mostraba una atelectasia laminar en base izquierda y el ECG mostraba un ritmo sinusal a 60 lpm con eje a -30° y datos de crecimiento y sobrecarga de ventrículo izquierdo. A los 5 días del ingreso la paciente presentó de forma súbita episodio de dolor interescapular, de mucha intensidad desde el inicio, con irradiación a ambos brazos, apreciando cifras de tensión arterial de 220/120 coincidiendo con el episodio. Con la sospecha de disección aórtica se realizó angioTC que descartó dicha entidad, apreciando angulación en la parte distal del cayado aórtico compatible con coartación aórtica de un diámetro de 2,6 x 1,7 cm. Tras pautar tratamiento antihipertensivo con captopril, se consiguieron normalizar las cifras tensionales, desapareciendo la clínica. Un TC helicoidal y una seriación enzimática miocárdica resultaron normales. Se realizó un ecocardiograma en el que se objetivó hipertrofia de ventrículo izquierdo moderada sin otros hallazgos. Una ecografía abdominal, determinación de hormonas tiroideas, renina, aldosterona y catecolaminas en orina resultaron de igual modo normales.

## DISCUSIÓN

**DISCUSIÓN** Habitualmente los pacientes con coartación aórtica fallecen antes de la senectud por complicaciones de esta entidad, como la insuficiencia ventricular izquierda, endocarditis, rotura o disección aórtica o hemorragia cerebral por aneurisma y rotura del polígono de Willis. Nuestro caso resulta llamativo por la edad de la paciente presentada y la falta de diagnóstico previo de HTA; de hecho tanto al ingreso, como en los primeros días en nuestro servicio la paciente mantuvo cifras tensionales normales. Posteriormente al episodio agudo la paciente continuó tratamiento con enalapril manejando cifras tensionales normales. Vista la edad de la paciente se decidió de común acuerdo con la familia no plantear tratamiento quirúrgico para su coartación aórtica. Seis meses después del alta hospitalaria la paciente no había vuelto a presentar nuevas complicaciones.

## V-06 CRISIS EPILÉPTICAS DE ETIOLOGÍA METABÓLICA.

*V. Vela García, M. Chimeno Viñas, L. Arribas Pérez, G. García Benito, P. García Carbó, E. Martínez Velado, J. Ruiz Ezquerro, F. Martín Cordero.*

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

## OBJETIVOS

Análisis de casos de crisis epilépticas de origen metabólico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de las historias clínicas de pacientes ingresados en nuestro hospital durante 3 meses con el diagnóstico de crisis epilépticas y análisis únicamente de aquellas cuya causa sea metabólica.

## RESULTADOS

Dos pacientes fueron diagnosticados durante el periodo de estudio. Caso 1: Varón de 27 años con antecedente de Diabetes Mellitus tipo I en tratamiento con Insulina que ingresa por crisis epiléptica parcial compleja con posterior generalización. En la analítica se objetivó glucemia 41; el EEG y la RM Cerebral fueron normales. Las crisis cesaron con la corrección de la hipoglucemia. Diagnóstico: Crisis epiléptica por hipoglucemia en paciente con Diabetes Mellitus tipo I. Caso 2: Varón de 66 años con antecedentes de hipotiroidismo secundario a tiroidectomía subtotal en tratamiento con levotiroxina que ingresa por convulsión generalizada compleja. En la analítica presenta: Calcio total 5.4 mg/dl, Ca iónico 0.8 mmol/l, PTH 1.7 pg/ml, Mg 1.9 mg/dl, T4libre 1.49 ng/dl, TSH 1.13 mU/ml. EEG. normal. TAC Craneal: imágenes hiperdensas en parénquima cerebeloso, núcleos de la base (principalmente en núcleos caudales a nivel frontal y en corona radiada y centros semiovoides), y, en lóbulos occipitales; imágenes sugestivas de calcificaciones en el contexto de una Enfermedad de Fahr. La crisis epiléptica no se repitió una vez corregida la hipocalcemia con calcio intravenoso. Diagnóstico: Crisis epiléptica por hipocalcemia en paciente con hipoparatiroidismo secundario a tiroidectomía subtotal, hipotiroidismo y atrogénico en tratamiento sustitutivo; Enfermedad de Fahr.

## DISCUSIÓN

Ante cualquier paciente con una crisis convulsiva se deben descartar inicialmente las causas corregibles. La ILAE (International League Against Epilepsy) define como "crisis epilépticas provocadas" o "crisis agudas sintomáticas" aquellas que ocurren en relación temporal con alteraciones agudas sistémicas, metabólicas o tóxicas, o en asociación con alteración aguda del sistema nervioso (infección, ictus, traumatismo craneal o intoxicación/retirada aguda de alcohol). Entre las causas metabólicas se deben considerar las siguientes: hipocalcemia, hiponatremia, hipernatremia, hipoglucemia, estados hiperglucémicos no cetósicos, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, alteración de las hormonas tiroideas. Por tanto, se debe solicitar: analítica completa con hemograma y bioquímica que incluya glucemia, calcio, sodio, potasio, magnesio, función hepática y renal, y, perfil tiroideo.

## CONCLUSIONES

En todo paciente que presente crisis epilépticas es fundamental realizar el despistaje de causas metabólicas dado que el tratamiento es la corrección de estas alteraciones y no la introducción de un fármaco antiepiléptico.

**V-07 MUJER CON DOLOR CRÓNICO EN FOSA ILÍACA DERECHA**

**C. Teijo Núñez, S. Álvarez Álvarez, F. Vega Rollán, S. López Nicolás.**

Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

**OBJETIVOS**

El dolor abdominal crónico tiene muchas causas y constituye un desafío médico; ya que se estima que hasta el 50% de los pacientes tienen dolor crónico de etiología incierta. Entre las posibles causas cabe destacar causas intestinales como patología apendicular, enfermedad de Crohn y procesos inflamatorios crónicos, ileitis terminal, tiftitis neutropénica, adenitis mesentérica o infecciones como *Schistosoma* o *Enterobius vermiculari*. Respecto a las causas no intestinales mencionar patología ovárica (quiste, tumores benignos,...), urológica (cólico renoureteral, hidronefrosis,...), metabólica o neurogénica. La apendicitis crónica es un cuadro que siempre es tema de discusión, debido que generalmente no es aceptado como una identidad clínica independiente.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Paciente mujer de 33 años sin antecedentes de interés que consultó por presentar dolor continuo en fosa iliaca Derecha (FID) de dos meses de evolución. El dolor cursaba en episodios de dos tres días de duración. En la exploración abdominal destacaba dolor a la palpación profunda en FID. El tacto rectal fue normal. La analítica, ECO-TAC abdominal, tránsito intestinal, colonoscopia y gammagrafía fueron normales. Ante la persistencia del dolor se realizó laparoscopia no detectándose alteraciones; así como apendicectomía que mostró un apéndice de características normales cuya luz estaba ocupada por fecalitos. Posteriormente y en control a los 6 meses la paciente permanece asintomática.

**DISCUSIÓN**

La apendicitis crónica se considera como un proceso apendicular que puede o no presentar alteraciones histológicas crónicas y cuya evolución suele ser en brotes agudos a lo largo del tiempo o clínica de dolor de forma insidiosa, que no son clínicamente equiparables a apendicitis aguda pero son responsables de dolor crónico en fosa iliaca derecha. La realización de una exhaustiva historia clínica es clave para la orientación del cuadro.

**CONCLUSIONES**

Aunque su prevalencia es baja, una vez descartadas las etiologías anteriormente citadas debe incluirse la apendicitis crónica en el diagnóstico diferencial del dolor crónico en fosa iliaca derecha, e incluso se recomienda la laparoscopia exploradora y la apendicectomía en cuadros de más de 7 días de evolución.

**V-08 SÍNDROME PULMÓN - RIÑÓN EN VARÓN DE 51 AÑOS**

**A. Corredoira Corrás<sup>1</sup>, F. Rodríguez Martín<sup>2</sup>, F. Simal Blanco<sup>2</sup>, Z. Ghais Zebian<sup>2</sup>, R. Mouzo Mirco<sup>2</sup>, J. Paniagua de la Riva<sup>2</sup>, J. Oblanca García<sup>1</sup>, A. Alonso Fernández<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

**OBJETIVOS**

Dada la baja incidencia del Síndrome pulmón -riñón y la importancia que tiene el diagnóstico y tratamiento precoz exponemos este cuadro con objeto de mantener una actitud permanente de vigilancia ante estos cuadros clínicos.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Varón de 51 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas con antecedentes personales de asma alérgico, fumador, trabajador de taller de automóviles. Acude por cuadro de hemoptisis de grado leve de una semana de evolución que ha empeorado en las últimas 12 horas motivo por el cual acude a urgencias. Durante las 36 horas de su estancia en urgencias se detecta un leve deterioro de insuficiencia renal (creatinina 1,9) con microhematuria y un agravamiento de hemoptisis, que resulta anemizante motivo por el cual es trasladado a la unidad de cuidados intensivos en situación de shock hemorrágico. En la exploración está taquicárdico y a la auscultación presenta crepitantes bilaterales e hipoventilación derecha sin otros datos de interés. En la radiografía de tórax muestra un patrón alveolar compatible con hemorragia pulmonar. Ante la sospecha de síndrome pulmón -riñón se inicia tratamiento ese mismo día con bolus de metilprednisolona tres días seguidos y al quinto día se administran 750 mgs de ciclofosfamida i. V. En el estudio inmunológico presenta unos anticuerpos antimembrana basal glomerular de 769 (normal hasta 7) y hematíes dismórficos en el sedimento urinario por lo que se diagnostica de glomerulonefritis proliferativa extracapilar tipo I: Síndrome de Goodpasture iniciándose terapia con plasmaferesis. Presenta deterioro severo de la función renal por lo que precisa tratamiento con hemodiálisis. A pesar de la terapia arriba indicada el paciente fallece por hemoptisis masiva el día 14 de su ingreso tras haber recibido ocho sesiones de plasmaferesis y estando en hemodiálisis diaria. Los niveles de anticuerpos anti membrana basal glomerular fueron descendiendo durante el tratamiento.

**DISCUSIÓN**

La precocidad del tratamiento se considera el factor pronóstico más importante junto al grado de afectación pulmonar en el Síndrome de Goodpasture, patología que en su forma completa tiene una alta mortalidad. En los últimos años el tratamiento con plasmaferesis se ha postulado como una terapia imprescindible en este tipo de pacientes junto a altas dosis de esteroides y citotóxicos.

## V-09 UTILIDAD DE LA PUNCIÓN LUMBAR EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN LA UNIDAD DE NEUROLOGÍA

**F. Sánchez-Barranco<sup>1</sup>, F. Iglesias Santa Polonia<sup>2</sup>, Á. Tejero Delgado<sup>1</sup>, F. Gutiérrez Martín<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna (Unidad de Neurología). Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

### OBJETIVOS

Valorar la utilidad clínica e indicaciones de la Punción Lumbar (P. L.) en un Hospital de Segundo Nivel en la Unidad de Neurología (U. N.).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se han valorado de forma retrospectiva todas las P. L. realizadas durante el último año en la planta de hospitalización en la U. N., a través de la historia clínica y los informes de alta registrados en dicha Unidad. Se han recogido datos sobre los diferentes grupos diagnósticos, para los cuales se ha establecido la indicación de la prueba: • Patología Infecciosa del Sistema Nervioso Central (SNC) (predominio polimorfonuclear, predominio linfocitario; punción de control). • Patología Neuromuscular degenerativa. • Patología Neurodegenerativa (Demencias). • Patología Desmielinizante. • Patología Cerebrovascular • Cuadros Confusionales. • Alteraciones en la circulación del Líquido Cefalorraquídeo (LCR). • Situaciones de aumento de Presión Intracraneal. • Diseminación Neoplásica. • Punciones blancas (entendiéndose como tal, aquellas indicadas sin que se pudiese extraer LCR).

### RESULTADOS

De un total de 607 ingresos, la punción lumbar se ha indicado en un porcentaje aproximado de 12.35 %. La indicación fundamental ha sido las enfermedades infecciosas del SNC, alcanzando un 41.33 % (un 35.48 % de éstas son punciones control). La segunda indicación ha supuesto 14.66 % para completar el estudio en enfermedades desmielinizantes. El resto de patologías no alcanzan porcentajes del 10 %: Enfermedades neurodegenerativas (8 %), síndromes confusionales (8 %), enfermedades cerebrovasculares (6.6 %), enfermedades neuromusculares degenerativas (5.3 %), alteraciones de la dinámica del LCR (6.66 %), cefaleas (4 %), y otras -oncológicos, epilépticos- (2.2 %). Un 0.33 % han supuesto punciones blancas. En casos excepcionales, se ha pospuesto la técnica, sólo en aquellos en los que su indicación no era urgente, y requerían una reversión del tratamiento anticoagulante. No se han detectado casos de contraindicación absoluta, tales como la infección local, trombopenia severa; ni casos de hipertensión intracraneal, puesto que en todos los casos se realizó una prueba de neuroimagen previa a la técnica.

### DISCUSIÓN

El LCR ha sido de ayuda diagnóstica y tratamiento de múltiples enfermedades del SNC durante más de 100 años. En 1783 Alexander Monroe introdujo el concepto de aumento de presión intracraneal y en 1891 Quincke, desarrolló la técnica de P. L. escasamente modificada desde entonces. Hace algunos decenios era uno de los escasos procedimientos diagnósticos con los que contaba el neurólogo, junto con la radiología simple craneal y de columna, mielografía, neumoencefalografía y electroencefalografía. Es una prueba que conlleva cierto riesgo (dolor lumbar, cefalea postpunción, parestesias de miembros inferiores, parálisis transitoria de los pares craneales, hemorragias espinales, infección postpunción y herniación cerebral y medular), pero permite en muchos casos aumentar nuestra seguridad diagnóstica, realizar un amplio diagnóstico diferencial y en muchos casos proporcionar una medida terapéutica.

### CONCLUSIONES

A día de hoy, una prueba tan histórica como extendida en la actualidad como la P. L., debe incluirse en el protocolo de uso común (aunque no rutinario) dentro del arsenal de pruebas complementarias en la práctica diaria tanto neurológica como del internista, para garantizar los diagnósticos, excluir un gran número de etiologías y tener alguna información complementaria sobre las diferentes etiologías a las que nos enfrentamos.

## V-10 PTOSIS PALPEBRAL EN VARONES DE EDAD MEDIA: PROCESO DIAGNÓSTICO

**F. Sánchez-Barranco Vallejo<sup>1</sup>, F. Iglesias Santa Polonia<sup>2</sup>, S. Franco Hidalgo<sup>1</sup>, J. Gómez Barquero<sup>1</sup>, A. Alba Rojo<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna (Unidad de Neurología). Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

### OBJETIVOS

Determinar el proceso diagnóstico básico, al alcance de cualquier médico especialista en medicina interna, para enfocar el resto de estudios complementarios.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha revisado de forma retrospectiva en el último año, los pacientes de edad media (40-60 años) remitidos a consultas externas de neurología, cuya sintoma/signo fundamental es la ptosis palpebral uni/bilateral de lenta evolución. Se han excluido otras causas por su aparición aguda/subaguda, ser consideradas un síntoma o signo secundario, valoradas en consultas de oftalmología y/o medicina interna. El proceso diagnóstico ha incluido en todos los casos: • Anamnesis. • Exploración con maniobras de fatigabilidad muscular. • Analítica sanguínea: enzimas musculares, perfil tiroideo, Acs antiReceptor de Acetilcolina. • En algunos casos ha sido preciso: estudio neurofisiológico, TAC Torácico, RMN Cerebral y Orbitaria, Biopsia muscular y estudio de cadena respiratoria, estudios genéticos.

## RESULTADOS

El grupo estudio no alcanza el 0,5% de todas las consultas externas de Neurología. Sin embargo, se han seleccionado varios casos, que aportan un amplio diagnóstico diferencial, unos por su frecuencia, otros por ser altamente excepcionales y particulares. En conjunto los casos más frecuentes han sido por pseudoptosis secundaria a un blefarospasmo (CASO 1). Dentro de las ptosis reales, la más frecuente ha sido la causa senil o por traumatismo/cirugía (CASO 2) y secundaria a patología tiroidea (CASO 3). Entre las causas neurológicas, la causa más frecuente es la Miastenia Gravis (CASO 4); también se han documentado dos casos de distrofia oculofaríngea (CASO 5), un caso de distrofia miotónica de Steinert (previamente diagnosticado) (CASO 6) y como caso excepcional, que aunque presentaba una clínica más florida, se ha incluido una mitocondriopatía MELAS-like por alteración del complejo II de la cadena respiratoria (CASO 7).

## DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial de la ptosis palpebral con fatigabilidad en pacientes de mediana edad ha sido muy amplio, representado por los casos seleccionados. La prevalencia de estos casos es baja, no superando los 20 casos por 100000 habitantes, siendo el más frecuente el blefarospasmo (probablemente el más infradiagnosticado) y dentro de las causas clásicamente neurológicas, destaca la miastenia gravis con una prevalencia estimada en 1 caso por 100000 habitantes. Estos datos coinciden con los registrados en nuestra consulta de neurología. Dentro de los estudios complementarios, una extracción sanguínea con estudio de enzimas musculares, perfil tiroideo y anticuerpos anti receptor de acetilcolina es básico para iniciar el estudio de este proceso.

## CONCLUSIONES

La ptosis palpebral debe considerarse no sólo como un signo aislado, sino también como parte de un amplio espectro de enfermedades sistémicas.

### V-11 SÍNDROME DE POEMS: CASO CLÍNICO

**A. Molina Carranza, N. Viana, N. Mendes Silva, J. Silva, J. Alves Moura.**

Servicio de Medicina Interna. Hospitais da Universidade de Coimbra. Portugal.

## OBJETIVOS

1. Evidenciar las principales características clínicas para el diagnóstico 2. Determinar los exámenes complementares más relevantes para un diagnóstico precoz 3. Orientación terapéutica

## MATERIAL Y MÉTODOS

Recogida de información a través de consulta de libros de referencia, de las orientaciones internacionales e búsqueda bibliográfica de artículos publicados en los últimos 5 años.

## RESULTADOS

El síndrome de POEMS (Polineuropatía, Organomegalia, Endocrinopatía, Proteína M monoclonal y cambios en la piel), es un desorden multisistémico incluido dentro de las discrasias de las células plasmáticas. Los autores presentan el caso de un varón de 49 años con una polineuropatía sensitivo-motora desmielinizante ascendente y una gammapatía monoclonal Ig A lambda. El Medulograma mostraba un 4% de plasmocitos, un 3% con fenotipo diferente de las células plasmáticas normales, asociado a inversión de la relación kapa/lambda. El PET-CT reveló una lesión osteoesclerótica hipercaptante única en la pala iliaca izquierda. El estudio hormonal evidenció un hipotiroidismo subclínico. A nivel cutáneo destacaba una hipertricose, hiperpigmentación y engrosamiento cutáneo más acentuado en las extremidades. Inició tratamiento con corticoides y posteriormente con ciclos mensuales de Inmunoglobulinas iv, junto con ventilación no invasiva e tratamiento físico-rehabilitador.

## DISCUSIÓN

\* Diagnósticos diferenciales \* Pruebas diagnósticas \* El síndrome de POEMS es tratable? \* Cuales son los factores pronósticos

## CONCLUSIONES

Ante una pérdida de fuerzas que afecta a la parte distal es necesario descartar siempre la presencia de neoplasia oculta. Dada las características clínicas y la evolución posterior del paciente, se puede concluir que se trata de una enfermedad multisistémica, de evolución crónica, donde predomina el compromiso del sistema nervioso periférico de tipo desmielinizante, asociado a anomalía endocrinológica que compromete la función tiroidea, un aumento de la Ig A lambda, hepatoesplenomegalia e cambios en la piel. Por lo tanto, el paciente reúne los cinco criterios que definen un síndrome de POEMS. El pronóstico depende de la diversidad del compromiso sistémico, de la invalidez progresiva con infecciones intercurrentes secundarias y la sobrecarga de líquidos con insuficiencia cardiorrespiratoria. El uso de plasmaféresis o inmunoglobulina iv ha dado resultados desalentadores.

### V-12 NEOPLASIAS APENDICULARES, TUMORES CON FRECUENCIA OLVIDADOS

**A. Muela Molinero, L. Quiroga Prado, J. Borrego Galán, J. Herrera Rubio, M. López Veloso, A. Morán Blanco, A. Martínez González, J. Santos Calderón.**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

## OBJETIVOS

**INTRODUCCIÓN** Los tumores primarios de apéndice son neoplasias poco frecuentes que representan menos de 1% de las neoplasias gastrointestinales. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades Oncológicas, se clasifican en 5 categorías: colónico, mucinoso, células en anillo de sexo, adenocarcinoides y carcinoides, siendo la más frecuente la variante mucinosa. Su presentación clínica más habitual es en forma de apendicitis aguda. Presentamos un caso observado en nuestro servicio

## MATERIAL Y MÉTODOS

**CASO CLÍNICO** Varón de 81 años que ingresó en nuestro servicio por disnea y tos seca de 3 días de evolución. Entre sus antecedentes personales destacaban EPOC moderado e insuficiencia renal crónica avanzada de etiología incierta. A la exploración el paciente se encontraba afebril, con una tensión arterial de 140/80 mmHg y una saturación basal del 90%. La auscultación cardiaca era rítmica a 80 lpm y al auscultación pulmonar presentaba hipoventilación en bases. Entre las pruebas complementarias destacaba leucocitosis (18900) con neutrofilia asociada (84%), así como insuficiencia renal con urea de 201 mgs/dl y creatinina de 5,1 mgs/dl (similar a las cifras que manejaba habitualmente. El resto de las analíticas, así como el ECG fueron normales. La radiografía de tórax únicamente mostraba datos de atropamiento aéreo y paquipleuritis basal derecha. Inicialmente se trató con broncodilatadores y corticoides sistémicos para su reagudización bronquial, con buena evolución en este sentido. A los 7 días del ingreso comenzó con dolor abdominal en fosa iliaca derecha. A la exploración se apreciaba dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha sin datos de irritación peritoneal, así como sensación de masa de unos 4 cm mal delimitada en dicha zona. Se practicó una ecografía abdominal que demostró la presencia de una masa en fosa iliaca derecha de aproximadamente 6 cm de diámetro máximo con zonas de baja ecogeneidad y abundantes cantidades de moco. Se realizaron una TC abdominal y una colonoscopia (incompleta, llegando hasta ángulo hepático) que no aportaron más información. Se decidió practicar una PAAF de la lesión guiada por ecografía obteniendo abundante cantidad de moco con células displásicas sugerentes de carcinoma mal diferenciado. Ante estos datos el paciente fue trasladado al servicio de Cirugía General, siendo finalmente intervenido, encontrando una masa apendicular de unos 5 cm con abundantes cantidades de moco repartidas por todo el intestino grueso. La histología de dicha tumoración correspondió con adenocarcinoma apendicular mucinoso.

## DISCUSIÓN

**DISCUSIÓN** El adenocarcinoma mucinoso apendicular es un tumor poco frecuente con predominio en el sexo masculino, apareciendo por lo general entre los 50 y los 70 años. Clásicamente se sugirió que tenían un crecimiento lento y eran muy lentos en metastatizar, pudiendo derivar de adenomas apendiculares. Sin embargo recientemente se piensa que son tumores con una actividad biológica similar a los tumores colónicos no mucinosos, presentando frecuentemente metástasis al diagnóstico así como altas tasas de recurrencia. La presentación clínica más frecuente es como apendicitis aguda, aunque también puede presentarse en forma de dolor abdominal o masa palpable. En algunas ocasiones el tumor es asintomático, siendo diagnosticado en el transcurso de exploraciones digestivas por otro motivo. La perforación de estos tumores suele originar un pseudomixoma peritoneal, debiéndose excluir en el caso de mujeres un posible tumor ovárico como causa de dicha entidad. El tratamiento de elección es la hemicolectomía derecha; debe evitarse la resección por vía laparoscópica ya que puede asociarse a diseminación peritoneal. El tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia mejora la supervivencia de los pacientes. Nuestro paciente sin embargo presentó a las 96 horas de la intervención episodio de shock séptico refractario falleciendo horas más tarde.

## V-13 QUILOTÓRAX ESPONTÁNEO ASOCIADO A PEQUEÑO ESFUERZO FÍSICO

**J. García Aparicio, J. Herrero Herrero, L. Corral Gudino, R. Jorge Sánchez, J. Martín González, A. López Bernús.**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Los Montalvos (Salamanca).

## RESULTADOS

Mujer de 74 años alérgica a contrastes yodados, sin antecedentes de interés, con vida basal independiente y activa, que consultó por dolor brusco de características pleuríticas en hemitórax derecho, que comenzó al agacharse para recoger un objeto del suelo; con tratamiento analgésico (Paracetamol) el dolor no cedió y pasadas 48 horas asoció disnea de moderados esfuerzos. La exploración física general fue normal, no se palpaban adenopatías en territorios accesibles, Sat O2 basal: 88%, mama derecha hipoplásica, sin que se palparan nódulos y abolición del murmullo vesicular en base derecha, disminución de las vibraciones vocales y matidez a la percusión. El hemograma, bioquímica básica, coagulación y ECG no revelaron alteraciones. La Rx de tórax mostró derrame pleural derecho. Se realizó toracocentesis que dio salida a un líquido lechoso compatible bioquímicamente con el diagnóstico de quilotórax: TG: > 575 mg/dl; Col: 77 mg/dl; Gluc: 92 mg/dl; pH: 7,52; LDH: 270 uu/l; Prot: 4,2 g/l; Recuento celular: 272 células (Pmnn: 25 %; Mononucleadas: 75 %); ADA: negativo. BAAR: negativo. Cultivo: negativo. Citometría de flujo: sin evidencia de infiltración ni monoclonalidad. Estudio citológico: negativo paracélulas malignas. TAC tóraco-abdominal sin contraste: derrame pleural bilateral, de mayor cuantía en el lado derecho. No adenopatías. Mamografía y ecografía mamaria: asimetría mamaria con involución grasa de la mama derecha. Se adoptó actitud conservadora. A las tres semanas el quilotórax se había resuelto espontáneamente.

## DISCUSIÓN

Los quilotórax suponen el 3% de los derrames pleurales en los adultos. El 50% son espontáneos, secundarios a tumores extendidos (linfomas) y el 25% tras cirugía y traumatismos. Solo un pequeño porcentaje se consideran idiopáticos (al descartar otras posibilidades). Dentro de este grupo se engloban los quilotórax espontáneos secundarios a pequeños traumatismos (ejercicio físico, movimientos bruscos o traumatismos por el cinturón de seguridad de los automóviles) El tratamiento va encaminado al mantenimiento del paciente evitando la desnutrición y deshidratación, aunque se contemplan pleurodesis, derivaciones pleuroperitoneales, ligadura del conducto torácico o embolizaciones del mismo. **BIBLIOGRAFÍA:** (1) Bydel B, Neumann DR, Kim BY. Lymphoscintigraphy using Tc 99m filtered sulfur colloid in chylothorax. J Nucl Med Technol 2001;29:24-25 (2) Agrawal V, Doelken P, Sahn SA. Seat Belt-Induced Chylothorax. A cause of idiopathic chylothorax. Chest 2007; 132:690-692 (3) Nair SK, Hayward PM. Aetiology and management of chylothorax in adults. Eur J Cardiothorac Surg 2007;32:362-369.



#### **V-14 FIEBRE NO ES SINÓNIMO DE INFECCIÓN**

*A. Muela Molinero, A. Moran Blanco, J. Guerra Laso, N. Carracedo Falagán, S. Raposo García, B. Blanco Iglesias, B. Ballesteros del Río, A. Martínez González.*

Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

#### **OBJETIVOS**

**INTRODUCCIÓN** El diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) resulta complicado en muchas ocasiones, no en vano esta entidad también se denomina "la gran enmascaradora", ya que muchas enfermedades pueden simular un TEP y en otras ocasiones el TEP se acompaña de otras entidades como la insuficiencia cardiaca. Aunque el síntoma más frecuente del TEP es la disnea y el signo más habitual la taquipnea, la fiebre de bajo grado es uno de los llamados signos clásicos, que no debemos olvidar puede aparecer en esta entidad.

#### **RESULTADOS**

**CASO CLÍNICO 1** Paciente de 62 años intervenido de herniorrafia inguinal 4 días antes del ingreso, sin otros antecedentes de interés, que ingresó por cuadro de 24 horas de evolución consistente en dolor torácico submamario izquierdo de características pleuríticas junto con fiebre de 38°C. A la exploración física el paciente presentaba febrícula (37,7°C) e insuficiencia respiratoria (saturación por pulsioxímetro del 85%). Se encontraba taquipneico (28 rpm). A la auscultación pulmonar destacaba discreta hipoventilación en base izquierda. En el servicio de Urgencias se practicó una radiografía de tórax que resultó normal, un ECG en el que se apreciaba ritmo sinusal a 110 lpm y una bioquímica y hemograma en el que destacaba una leucocitosis (17500) con desviación izquierda. Con el diagnóstico de infección respiratoria fue ingresado en nuestro servicio. Al ser evaluado por el equipo de guardia se realizó gasometría que demostró una pO<sub>2</sub> de 54 con pCO<sub>2</sub> de 29 y dímero D que resultó elevado (1728). Ante estos hallazgos se practicó un TC helicoidal protocolo TEP que confirmó TEP izquierdo. **CASO CLÍNICO 2** Paciente de 88 años que es derivada a urgencias por fiebre y deterioro del estado general. Entre sus antecedentes personales destacaba demencia senil evolucionada, vida cama-sillón totalmente dependiente para actividades básicas de la vida diaria, HTA con cardiopatía hipertensiva secundaria e ingresos previos por ICC. La paciente fue remitida desde su residencia por cuadro de 3 días de evolución consistente en fiebre de 38°C y deterioro general con negativa a la ingesta en las últimas horas. A la exploración la paciente se encontraba febril, deshidratada y desconectada del medio. Destacaba en la exploración taquicardia a 110 lpm con soplo sistólico mitral 2/6, hipoventilación en ambos campos pulmonares y edema duro con fóvea en miembro inferior derecho hasta rodilla. La analítica de urgencias demostró una leucocitosis con desviación izquierda e insuficiencia renal moderada posiblemente prerrenal (Urea 175 mg/dl y Creatinina 1,5 mg/dl). Se realizó radiografía de tórax que resultó normal y ECG en el que se objetivaba ritmo sinusal a 115 lpm con bloqueo de rama derecha. Se practicó un sistemático de orina con leucocituria y bacteriuria. Con el diagnóstico de presunción de infección urinaria ingresó en nuestro servicio, pero tras ser reevaluada por el internista de guardia se decidió practicar un TC helicoidal protocolo TEP que confirmó TEP bilateral y TVP poplítea derecha. **CASO CLÍNICO 3** Paciente de 75 años que acude a Urgencias por disnea de 24 horas de evolución y tos seca. Entre sus antecedentes personales únicamente destacaba HTA con cardiopatía secundaria e ingresos previos por insuficiencia cardiaca. A la exploración la paciente presentaba fiebre de 38,5°C y un soplo sistólico aórtico 2/6 a la auscultación cardiaca siendo el resto de la exploración normal. En las analíticas destacaba un proBNP de 1720 mg/dl y una insuficiencia respiratoria parcial (pO<sub>2</sub> 55; pCO<sub>2</sub> 31; Sat 88%; pH 7,32; SBC 26). La radiografía y el ECG resultaron normales. En Urgencias se interpretó el cuadro como compatible con infección respiratoria e insuficiencia cardiaca. Tras ser reevaluada en planta, se realizó un dímero D con el resultado de 3744 ng/ml, lo que llevó a practicar un TC protocolo TEP que confirmó un TEP derecho.

#### **DISCUSIÓN**

**DISCUSIÓN** Aunque la fiebre suele orientar a la presencia de un proceso infeccioso, es preciso recordar que existen multitud de entidades no infecciosas causantes de fiebre; algunas de ellas como el TEP, de especial importancia, dada la gravedad y potencial mortalidad de esta enfermedad. Todos los pacientes presentados fueron ingresados desde Urgencias por sospecha de procesos infecciosos, pero el diagnóstico fue reconducido confirmándose un TEP. En todos los casos tras pautar tratamiento correcto se resolvieron todos los síntomas (incluido la fiebre).

#### **V-15 ¿MENIERE BILATERAL? NO, ES UNA SIRINGOMIELIA**

*A. Muela Molinero, J. Borrego Galán, A. Martínez González, M. López Veloso, J. Guerra Laso, J. Herrera Rubio, B. Ballesteros Del Río, J. Santos Calderón.*

Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

#### **OBJETIVOS**

**INTRODUCCIÓN** Lairingomielia es una expansión cavitaria de la médula espinal a nivel cervical que produce una mielopatía progresiva; en más de la mitad de los casos se debe a una malformación de Chiari tipo 1 en la que se produce un descenso de las amígdalas cerebelosas a través del agujero occipital y de ahí al conducto raquídeo del cuello. Puede ser asintomático durante muchos años, presentando por lo general síntomas vestibulares no específicos durante varios años hasta conseguir llegar al diagnóstico.

#### **RESULTADOS**

**CASO CLÍNICO** Mujer de 74 años que ingresa por vértigos de repetición. Entre sus antecedentes personales destacaban HTA con cardiopatía hipertensiva secundaria y un diagnóstico de síndrome de Meniere bilateral de unos 20 años de evolución en seguimiento por ORL y del que se encontraba pendiente de intervención quirúrgica. La paciente había ingresado 6 meses antes en otro servicio de Medicina Interna por cuadro idéntico al actual, realizándose ecocardiograma, Holter ECG, TC CEREBRAL, nueva reevaluación por ORL y múltiples estudios analíticos, detectándose una fibrilación auricular paroxística, manteniendo el resto de los diagnósticos, iniciando tratamiento anticoagulante y digitalico. La paciente ingresa de nuevo por persistencia de los episodios vertiginosos, autolimitados,

de unos minutos de duración, precedidos de dolor punzante a nivel cervical, sin cortejo vegetativo ni otra clínica asociada, con posterior sensación de debilidad generalizada. La exploración física a su ingreso resultó rigurosamente normal. Los estudios analíticos, el ECG y la radiografía de tórax también fueron normales. Ante la persistencia de esta clínica atípica se decidió realizar RMN craneal y cervical, objetivando descenso de las amígdalas cerebelosas con morfología puntiaguda de la malformación de Chiari tipo I, con compromiso del espacio del foramen magno, así como una cavidad siringomiélica de 4 cm de longitud y 3 mm de diámetro a nivel de C2-C3.

## DISCUSIÓN

DISCUSIÓN El cuadro clásico de la siringomielia es el de un síndrome medular central con disociación sensitiva y debilidad arrefléxica en extremidades superiores. Aunque el vértigo aislado no constituye una de las manifestaciones clínicas habituales de la malformación de Chiari, es preciso tener en cuenta esta entidad en el diagnóstico. Mas aún en nuestro caso la paciente había sido diagnosticada de un síndrome de Meniere bilateral, un diagnóstico de exclusión. La paciente presentada fue remitida al servicio de Neurocirugía siendo intervenida 6 semanas después sin incidencias. Tras 2 años de seguimiento la paciente se mantiene completamente asintomática.

## V-16 MASA MEDIASTÍNICA Y DIARREA

**M. López Veloso, N. Carracedo Falagán, S. Raposo García, A. Morán Blanco, J. Guerra Laso, J. Herrera Rubio, A. Martínez González, J. Santos Calderón.**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

## CONCLUSIONES

Título: Mujer de 86 años con masa mediastínica y diarrea. Autores: López Veloso M; Carracedo Falagán N; Raposo García N; Morán Blanco A, Guerra Laso J; Blanco Iglesias B; Martínez González AL; Herrera Rubio JA; Santos Calderón JA. Lugar: Complejo Asistencial de León (Edificio Monte San Isidro). Introducción: El timoma es el tumor más frecuente del mediastino anterior en los adultos, principalmente en mayores de 40 años. En su mayoría son benignos (75%). El componente epitelial es el predominante. La diferencia entre malignidad y benignidad no viene dada por la histología sino por la invasión macroscópica. Caso: Mujer de 86 años con antecedentes de litiasis biliar a tratamiento con omeprazol. Presenta desde hace 15 días diarrea profusa, tanto diurna como nocturna, sin productos patológicos. Acompañado de dolor abdominal difuso. En la anamnesis por aparatos llama la atención episodios repetidos de bronquitis que remiten con antibioterapia. Se trata de una paciente asténica, con una exploración anodina salvo la presencia de un dolor abdominal difuso a la palpación, sin defensa ni otras alteraciones. En los estudios complementarios presenta 2700 leucocitos (1300 segmentados, 1100 linfocitos, 200 monocitos), LDH 833, proteínas totales 6, Albúmina 3.1, Gammaglobulinas 0.29. En la radiografía de tórax y TAC se observa masa mediastínica, en compartimento anterior, de bordes bien definidos. Presenta déficit de inmunoglobulinas, inversión del cociente CD4/CD8 y ausencia de linfocitos B. Discusión: El timoma se asocia a multitud de síndromes paraneoplásicos, entre ellos el Síndrome de Good (como ocurre en nuestra paciente). Este síndrome fue descrito por primera vez en 1954, se trata de una inmunodeficiencia primaria muy poco frecuente (0,2% en la serie de Baumgart KW et al), que predomina en mujeres de edad avanzada. Se caracteriza por la presencia de infecciones bacterianas frecuentes y diarrea grave, deficiencia de linfocitos B circulantes e inversión del cociente CD4/CD8. En nuestra paciente, se realizó el diagnóstico de confirmación a través de una biopsia percutánea. El tratamiento del timoma es la resección quirúrgica y el de la inmunodeficiencia la administración periódica de inmunoglobulinas, a dosis de 400 mg/Kg., reduciendo el número de procesos infecciosos.

## V-17 UNA CABEZA VACÍA

**M. López Veloso, S. Raposo García, N. Carracedo Falagán, A. Morán Blanco, J. Guerra Laso, A. Muela Molinero, J. Borrego Galán, L. Quiroga Prado.**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Título: "Una cabeza vacía". Autores: López Veloso M; Raposo García S; Carracedo Falagán N; Morán Blanco A; Guerra Laso J; Muela Molinero A; Borrego Galán JC; Quiroga Prado L. Lugar: Complejo Asistencial de León (Edificio Monte San Isidro). Introducción: Las esquizocefalias son anomalías estructurales del cerebro, caracterizadas por fisuras congénitas que se extienden en el hemisferio cerebral desde la superficie piamadre hasta el ventrículo lateral, y revestidas por sustancia gris cortical. Se ha observado que la esquizocefalia unilateral es más frecuente que las fisuras bilaterales. Las ubicaciones más frecuentes son los lóbulos frontal y parietal, 70% de los casos particularmente en áreas adyacentes a la fisura central. Caso: Varón de 45 años con alcoholismo crónico a tratamiento deshabitador en último año con naltrexona 50 mg/día. Presenta desde hace tres meses alteración en conducta y comportamiento con episodios de desorientación, mareos de características inespecíficas y trastorno de la marcha. Además astenia y anorexia. En TAC craneal sin contraste se evidencia una lesión quística en región temporal izquierda que sugiere un quiste aracnoideo. Se le retira la medicación y al cabo de unos días mejora notablemente de la sintomatología con exploración sistémica y neurológica normales (minimalmente de 29). En estudios complementarios los valores hematométricos son normales con VSG a la primera hora de 7 segundos y en bioquímica destacar GOT 43 U/L (0-37), GPT 73 U/L (0-40), FA 448 U/L (80-258), GGT 118 U/L (10-50) y colesterol 234 mg/dl. Hormonas tiroideas normales. ECG y radiografía de tórax sin hallazgos. La RNM craneal muestra una gran hendidura esquizocefálica de labio abierto y lesiones inespecíficas a nivel de lóbulo frontal y opérculo temporal derechos, con prominencia de ventrículos laterales y tercer ventrículo, sin hidrocefalia y atrofia cortical. Discusión: Yakovlev y Wadsworth describieron casos de esquizocefalia como fisuras de labio cerrado, en las cuales las paredes de las fisuras están en contacto entre sí, y fisuras de labio abierto en las cuales las paredes están separadas y está llena de líquido cerebroespinal. También puede estar subdividida en unilateral o bilateral. Las fisuras abiertas han sido clasificadas como pequeñas, medianas o grandes, según su extensión. Las

manifestaciones clínicas, dependen fundamentalmente del tipo de esquizocefalia. Las unilaterales de labio cerrado se manifiestan generalmente a través de convulsiones o daño motriz, mientras que los pacientes con fisuras bilaterales por lo general presentan en la temprana infancia hipotonía severa y retraso en el desarrollo. Las habilidades cognitivas y del lenguaje también se ven afectadas en diversa medida, según el tipo de esquizocefalia. El nivel de funcionamiento de la inteligencia está inversamente relacionado con la cantidad de tejido cerebral involucrado. La epilepsia es una presentación muy común y en muchos casos no puede ser tratada con antiepilépticos. Los registros electroencefalográficos interictales revelan anomalías epileptiformes focales. Con frecuencia, la epilepsia focal está asociada a la esquizocefalia y puede ser el síntoma de presentación y no afecta al desarrollo neurológico ni dificulta la vida cotidiana. En cuanto a nuestro paciente no ha presentado manifestaciones a lo largo de su vida, siendo un hallazgo casual.

#### **V-18 RESOLUCIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN PACIENTE CON HISTIOCITOSIS X PULMONAR**

**J. Pardo Lledías, M. Belhassen García, A. Carpio Pérez, V. Velasco Tirado.**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

##### **OBJETIVOS**

**CASO CLÍNICO** Varón de 35 años con diagnóstico reciente de histiocitosis X pulmonar. Comienza sin traumatismo previo con dolor a punta de dedo a nivel del 6º arco costal derecho. Se realiza radiografía de tórax donde no se observa ninguna lesión ósea. Se solicita gammagrafía ósea con 99mTc-HMDP que muestra un depósito patológico homogéneo a nivel del sexto arco costal anterior derecho, compatible con afectación ósea de la Histiocitosis X. Tras seis meses de abstinencia tabáquica, el paciente presenta desaparición del dolor óseo y mejoría de la clínica respiratoria, con evolución favorable de las lesiones pulmonares en la tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) y con resolución de la captación patológica en la gammagrafía ósea. La Histiocitosis X pulmonar puede dar afectación ósea en un 4-20% de los casos, fundamentalmente en mandíbula, cráneo y costillas (1). La gammagrafía ósea con 99mTc-HMDP es más sensible que la radiología convencional en la detección de pequeñas lesiones (2) y permite como ocurrió en nuestro caso, un correcto seguimiento de estas lesiones (3). Constatando en este caso que la abstinencia tabáquica no solo mejora la afectación pulmonar sino que consigue la resolución de la lesión costal.

##### **CONCLUSIONES**

**BIBLIOGRAFÍA** (1) Abellán Martínez MC, Méndez MP, Sánchez GF, Hernández MJ, Sánchez MT, Romero ME. [Pulmonary histiocytosis X. Report of a case and review of the literature]. *An Med Interna* 2002; 19(1):16-18. (2) Fuertes CS, Fuster PD, Setoain P, X, González BJ, Mateos Fernández JJ, Paredes BP et al. [Usefulness of bone scintigraphy for staging in a case of histiocytosis of the temporal bone]. *Rev Esp Med Nucl* 2005; 24(1):45-47. (3) Hervás I, Bello P, Fernández JM, González-Cabezas P, Flores D, Torres MJ et al. [Bone scintigraphy and somatostatin receptor scintigraphy in pediatric patients with bone involvement in Langerhans cell histiocytosis]. *Rev Esp Med Nucl* 2003; 22(6):367-375.

#### **V-21 VARÓN DE 74 AÑOS CON SÍNDROME GENERAL Y NÓDULOS PULMONARES**

**N. Carracedo Falagán, M. López Veloso, S. Raposo García, A. Morán Blanco, J. Guerra Laso, A. Muela Molinero, J. Santos Calderón, J. Borrego Galán.**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

##### **DISCUSIÓN**

**TÍTULO:** Varón de 74 años con síndrome general y nódulos pulmonares. **AUTOR:** Carracedo Falagán N; López Veloso M; Raposo García S; Morán Blanco A; Guerra Laso JM; Muela Molinero A; Santos Calderón JA; Quiroga Prado L; Borrego Galán JC. **LUGAR de TRABAJO:** Complejo Asistencial de León (Edificio Monte San Isidro). **INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune crónica, descrita desde 1933 por el oftalmólogo Henrik Sjögren. Predomina en mujeres de mediana edad (9:1) y tiene una prevalencia del 0.5-1%. Se caracteriza por la infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas, dando como manifestación principal sequedad ocular y bucal; en un tercio de los pacientes se asocian manifestaciones extraglandulares y en un pequeño porcentaje linfomas malignos. Se clasifica como SS primario al que se presenta de forma aislada y secundario si se asocia a otras enfermedades autoinmunes. **CASO:** Se describe el caso de un varón de 74 años con antecedentes de hipercolesterolemia, estenosis mitral reumática intervenida, fibrilación auricular crónica y úlcus gastroduodenal, en tratamiento habitual con acenocumarol y digital. Presenta desde hace 6 meses un cuadro de astenia, anorexia y pérdida de 15 Kg. de peso con exploración anodina salvo soplos sistólico III/VI y diastólico II/VI en foco mitral. Analíticamente cabe destacar la presencia de una Hb de 9.5 gr/dl, VCM 101, Reticulocitos 2.4%, frotis normal, serie férrica, vitamina B12 y ácido fólico normales. En radiografía de tórax se evidencian imágenes pseudonodulares mal definidas en base pulmonar derecha que se confirman mediante TAC, sobre los que se practica PAAF, sin evidenciar malignidad y microbiología negativa para aerobios, anaerobios, hongos y Ziehl-Neelsen. Se anemiza sin evidencia de sangrado y con test de Coombs directo positivo, haptoglobina indetectable y LDH de 331. Además ANAs a título de 1/2560 y Ac anti-Ro y anti-La positivos. Se llega al diagnóstico de anemia hemolítica autoinmune, nódulos pulmonares sin evidencia de tumor primario y autoinmunidad positiva para ANAs, Anti-Ro y Anti-La sin criterios para el diagnóstico de SS, LES u otro proceso autoinmune. Se pauta prednisona a dosis de 40 mg/día y cuando se revisa al mes en consulta externa, la anemia había mejorado, los nódulos pulmonares habían desaparecido y el paciente refiere xeroftalmia y xerostomía que no relataba previamente. Ante la sospecha de SS, se realiza gammagrafía de glándulas salivales que es compatible con desestructuración del tejido glandular y Test de Schirmer positivo. **DISCUSIÓN:** La afectación pulmonar en el SS se presenta en el 14% e incluye vías aéreas y/o afectación intersticial difusa, siendo ésta la más frecuente, en forma de patrón reticular o nodular. El tipo de anemia típicamente relacionada con el SS es la de trastornos crónicos. En el 22-47 % hay test de Coombs positivo, aunque la hemólisis franca es poco común, existen casos descritos. La etiología es idiopática, sin poder descartar la presencia de anticuerpos antieritrocito como causa de hemólisis mediante la expresión anómala de Ag Ro y La en la membrana celular debido a la intervención de factores exógenos tales como, radiaciones ultravioleta

o determinados virus. Ambos procesos, responden adecuadamente al tratamiento corticoide. El diagnóstico de SS primario se establece en función de una serie de criterios aceptados internacionalmente que incluyen la presencia de síntomas y signos oculares y salivales así como la demostración objetiva de daño en las mismas y presencia de anticuerpos anti-Ro/SS-A y/o La/SS-B. El tratamiento es sintomático, utilizando lágrimas artificiales junto con una adecuada hidratación e higiene bucal empleando antisépticos orales, pudiendo emplearse estimulantes de las secreciones tales como la pilocarpina.

## V-22 LA ASTENIA QUE CANSA

*S. Raposo García, N. Carracedo Falagán, M. López Veloso, A. Moran Blanco, J. Guerra Laso, L. Martínez González, B. Blanco Iglesias, J. Borrego Galán.*

Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

### OBJETIVOS

La hepatitis autoinmune es una entidad poco frecuente. En la actualidad, se estima una incidencia en el norte de Europa entre 0,8-1,9 casos/100000 habitantes. Se presenta un caso de una mujer de mediana edad con hepatitis autoinmune.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y artrosis. Presenta en últimos 4 meses astenia llamativa, con apetito conservado y ganancia de peso. Edemas en pies desde hace 7 días. La paciente refiere astenia desde hace varios años no tan acusada como ahora. No ha modificado su tratamiento habitual. A la exploración resaltar ictericia mucocutánea y discretos edemas en pies. La analítica convencional muestra una VSG de 57, actividad de protrombina 61%, GOT 1167, GPT 1083, FA 472, GGT 534, BT 11, BD 9.18, LDH 1000 y CK 437. En la ecografía abdominal litiasis biliar con colédoco de calibre normal. Las serologías víricas, TSH, cortisol, porfirinas, ceruloplasmina, cupremia y alfa1 antitripsina son normales. Las gammaglobulinas 3.05 (0.72-1.46) con IgG de 3039. La serie férrica mostró Fe 288, transferrina 225 y ferritina 1343. En el estudio inmunológico los ANAS son de 1/640 con Anti-músculo liso de 1/640 y resto negativos. En la biopsia hepática se ve intenso infiltrado inflamatorio de células plasmáticas, neutrófilos, linfocitos y eosinófilos con hiperplasia de conductos biliares y puentes de fibrosis ocasionales. Con diagnóstico de hepatitis autoinmune tipo I se inicia tratamiento esteroide con muy buena respuesta.

### DISCUSIÓN

La hepatitis autoinmune, de la cual existen 2 tipos, de causa desconocida, aunque se la ha relacionado con factores medioambientales, genéticos e inmunológicos. Aparece sobre todo en mujeres de mediana edad. De curso clínico fluctuante y comparte rasgos con otras enfermedades autoinmunes. La sintomatología es inespecífica, aunque la astenia se encuentra en un elevado número de pacientes. El diagnóstico tras descartar otras posibilidades, se basa en la clínica, la anatomía patológica, un aumento de las transaminasas, fosfatasa alcalina, bilirrubina, globulinas en suero (Ig G), y la presencia de autoanticuerpos circulantes (ANA y anti-músculo liso en el caso de la tipo 1), El tratamiento se realiza con prednisona acompañada o no de azatioprina, en muchas ocasiones de forma crónica. El trasplante hepático se realiza en casos refractarios. La remisión es del 65% a los 18 meses.

## V-23 HEMORRAGIAS CEREBRALES MÚLTIPLES

*S. Raposo García, M. López Veloso, N. Carracedo Falagán, A. Moran Blanco, J. Borrego Galán, J. Guerra Laso, J. Santos Calderón, J. Herrera Rubio.*

Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

### OBJETIVOS

Los cavernomas cerebrales son lesiones poco habituales que aparecen con una frecuencia aproximada del 0,4 al 0,8%, no habiendo diferencias en cuanto a sexos. Presentamos el caso de una mujer con cavernomas cerebrales múltiples.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, fibrilación auricular crónica, insuficiencia cardiaca y AIT hace 5 años. Presenta un episodio de pérdida de conocimiento con caída al suelo y traumatismo facial. Recuperación posterior total. A la exploración TA 200/110. Hematomas faciales. Pares craneales normales. La auscultación cardiaca presenta ruidos arrítmicos a 100 lpm con soplo sistólico en foco mitral II/VI. La analítica convencional muestra un INR de 2,21, colesterol total 252 y triglicéridos 223, siendo el resto normal. En el ecocardiograma hay insuficiencia aórtica y mitral moderadas. En el TAC craneal se observan dos hemorragias, una de < de 1 cm en protuberancia y la mayor de 2,5 cm en lóbulo parietal derecho. Se realiza nuevo TAC sin contraste a los 4 días, no existiendo cambios respecto a este. En la RM craneal se observan lesiones subcorticales en lóbulo parietal derecho y protuberancia con comportamiento característico de los cavernomas, lesiones puntiformes en protuberancia y hemisferio cerebeloso izdo. sugerentes de lesiones hemorrágicas crónicas y otros focos sugerentes también de cavernomas múltiples.

### DISCUSIÓN

Los cavernomas son hamartomas vasculares benignos de aspecto mamelonado. Hasta en un 30-50% hay asociación familiar, con herencia autosómica dominante y penetrancia incompleta (especialmente en cavernomas múltiples). La tendencia a presentar hemorragia determina los síntomas: entre un 75-80% de los cavernomas se localizan en la región supratentorial asociados a crisis convulsivas crónicas. Menos frecuentemente déficit neurológico focal en lesiones infratentoriales. El diagnóstico de elección es la RNM por su alta sensibilidad y especificidad, superando sustancialmente a la TC o la angiografía. El tratamiento es la resección de las lesiones sintomáticas o el tratamiento conservador en caso de contraindicación. La radiocirugía no ha demostrado ser efectiva en esta patología, puesto que no elimina el riesgo de sangrado y añade morbilidad por la radiación.

**V-24 DISFAGIA DE 2 MESES DE EVOLUCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO**

**M. Bajo Franco<sup>1</sup>, I. De la Iglesia Fanjul<sup>2</sup>, F. Mourad<sup>1</sup>, R. Riera Hortelano<sup>1</sup>, M. Vázquez del Campo<sup>1</sup>, J. López Caleyá<sup>3</sup>, S. Castellanos Viñas<sup>1</sup>, M. Ledo<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital V. Álvarez Buylla. Mieres (Asturias).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**OBJETIVOS**

Presentar un caso de disfagia de 2 meses de evolución secundario a gran hematoma endotorácico, asociado a ruptura de aorta torácica descendente.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Descripción del caso tras revisión de historia clínica

**RESULTADOS**

Varón de 80 años de edad, HTA., ACVA isquémico de la ACM. Estenosis de carótida interna izquierda de 70-80%. Cardiopatía isquémica. SDR mieloproliferativo tipo trombocitemia esencial. Fumador importante de 3 paquetes día, bebedor moderado. EPOC, Fibrilación auricular crónica. tratamiento: seguril, hydrea, sintrom y digoxina Refiere cuadro de disfagia progresiva de 2 meses de evolución, tanto para sólidos como líquidos, progresiva, así como pérdida de peso, unos 10-15kg, no pérdida de apetito, Refiere sensación de stop al paso del bolo alimenticio a nivel esternal 1/3 superior. Episodios de regurgitación de alimentos no digeridos, algún episodio de tos y sialorrea en los últimos días. No tiene dificultad para iniciar la deglución. Exploración: caquéctico, no lesiones en cavidad bucal. AC: Arrítmico a 80 lpm sin soplos. AP: mvc, algún roncus diseminado. Abd y extremidades sin interés. Pruebas complementarias: HB 17.1, VCM: 106.2, HCM: 35.9, leucocitos: 17.0 plaquetas 843.0. PCR: 15.5. Proteinograma: normal. RX: cardiomegalia global, redistribución vascular, imagen de condensación en LM (edema agudo), desplazamiento ligero de traquea a la derecha, calcificación del botón aórtico. Marcadores tumorales normales. ECOGRAFÍA ABDOMINAL: Hígado, vía biliar riñones y bazo tamaño normal no masas intrabdominales. GASTROSCOPIA: En esófago: desde Killian a 24 cm normal. A 24cm aparece una masa que hace protusión en la luz del esófago, haciendo estenosis a lo largo de 8cm debajo de la masa aparece una zona erosionada que parece una fístula. TAC torácico: Enfisema centrolobulillar y paraseptal sobre todo en campos superiores. Grandes bullas apicales en ápex derecho, cicatrices en vértice y base izquierdos. Gran masa ligeramente hipodensa, algo heterogénea de bordes bien delimitados situada en la región carinal que desciende hasta la base del tórax, comprime y desplaza estructuras cardíacas adyacentes, bronquios y esófago fundamentalmente, y parece corresponder a un hematoma por rotura aórtica contenida, observándose paso de contraste al mismo, de un tamaño algo axial oblicuo de 6,4cm por 11cm en eje longitudinal. El paciente se sometió a cirugía vascular colocándose endoprotesis.,

**DISCUSIÓN**

7-10% de mayores de 50 años tienen disfagia. ULCERAS PENETRANTES DE AORTA (UAP): Entidad clínica especial descrita en 1986. Es una complicación que acontece en pacientes de: Edad avanzada. Historia de arterioesclerosis avanzada. HTA. Dislipemia. Las lesiones consisten en una ulceración de la íntima con rotura de la lámina elástica interna, penetración de la capa media. Se asocian a: disección aórtica, formación de aneurismas saculares y fusiformes rotura 10-40%. También se puede asociar a hematoma intramural dentro de la propia pared arterial. La valoración meticulosa con técnicas de imagen es vital para identificar el diámetro como la profundidad de las úlceras, una anchura >2cm y una profundidad de >1cm, podría ser criterio de intervención y evitar la ruptura y muerte. La UAP en la aorta ascendente y cayado aórtico sufren disección y ruptura aórtica en el 52%, más alta mortalidad 52% comparado con las UAP de aorta descendente (12% disección y 5% ruptura), mortalidad 14%. La mayoría de estas úlceras se diagnostican por casualidad al realizar una prueba de imagen, sólo de forma excepcional se acompañan de sangrado de pared. El diagnóstico de la úlcera penetrante se realiza: angiografía y TAC con contraste, la ecografía transesofágica..

**CONCLUSIONES**

Ante un varón con disfagia y factores de riesgo cardiovascular debemos sospechar ruptura de UAP y formación de hematoma endotorácico como causa rara de disfagia.





XXII



**S&H**  
MEDICAL  
SCIENCE  
CONGRESS

**Secretaría Técnica:**  
**S&H Medical Science Congress**  
c/ Espronceda, 27, 1º A y Ático. 28003 Madrid  
Tfno.: 91 535 71 83 • Fax: 91 181 76 16  
e-mail: [congresos@shmedical.es](mailto:congresos@shmedical.es)