



SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA
MADRID-CASTILLA
LA MANCHA

**XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD
DE MEDICINA INTERNA DE
MADRID-CASTILLA LA MANCHA
(SOMIMACA)**

14 y 15 de Junio 2019
Hotel Convento Sta. Clara
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

**Libro de Comunicaciones,
Casos Clínicos y TFG**



XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

COMUNICACIONES ORALES

ENFERMEDADES AUTOINMUNES (EA)

- EA-1. ESCLEROSIS SISTÉMICA: FORMAS DE PRESENTACIÓN, COMORBILIDADES Y TRATAMIENTO AL DIAGNÓSTICO. ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO 6

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (EC)

- EC-1. IMPACTO DEL TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA Y TRATADOS CON ACENOCUMAROL 8

ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EI)

- EI-1. EXPERIENCIA EN EL USO DE CEFTOLOZANO-TAZOBACTAM Y CEFTAZIDIMA AVIBACTAM EN LA GERENCIA DE ÁREA INTEGRADA DE ALBACETE 10
- EI-2. OPORTUNIDADES PERDIDAS EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA INFECCIÓN POR VIH EN EL CHU DE ALBACETE 12
- EI-3. EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PROGRAMA DE ASESORAMIENTO ANTIMICROBIANO EN EL MOMENTO DE DESABASTECIMIENTO DE PIPERACILINA-TAZOBACTAM EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 14
- EI-4. CLOSTRIDIODES DIFFICILE, TRATAMIENTO Y RECURRENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 16
- EI-5. SIMPLIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL A BITERAPIA EN EL HGUCR 18
- EI-6. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS INFECCIONES INVASIVAS POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN EL ÁREA SANITARIA MANCHA CENTRO EN LOS 11 ÚLTIMOS AÑOS 20

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ETV)

ETV-1. FILTRO DE VENA CAVA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	22
---	----

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (PP)

PP-1. DESNUTRICIÓN: EL ESQUELETO SIGUE DENTRO DEL ARMARIO	24
PP-2. USO Y ABUSO DE GLUCOCORTICOIDES EN EL INVIERNO	26
PP-3. PESO DE UNA UNIDAD DE PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (UPCC) EN LA ACTIVIDAD AMBULATORIA DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	28

VARIOS (V)

V-1. VITAMINA D E INERCIA TERAPÉUTICA EN MEDICINA INTERNA	29
V-2. FRACTURAS VERTEBRALES EN MEDICINA INTERNA	31
V-3. SÍNDROME DE WUNDERLICH. REVISIÓN DE TRES CASOS EN MEDICINA INTERNA	33
V-4. POLISINOVITIS EDEMATOSA BENIGNA DEL ANCIANO O SÍNDROME RS3PE: ANÁLISIS DESCRIPTIVO A PROPÓSITO DE SIETE CASOS	35
V-5. FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROME DE BURNOUT EN ESPECIALISTAS DE MEDICINA INTERNA	37
V-6. SITUACIÓN LABORAL DE LOS JÓVENES INTERNISTAS (JI) DE MADRID Y CASTILLA-LA MANCHA	39
V-7. MEDICINA INTERNA, EL EJE DE LA HOSPITALIZACIÓN	41

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

- V-8. ¿CÓMO SON NUESTROS PACIENTES CON ESTANCIAS PROLONGADAS? 43
- V-9. ¿SOMOS COMO NOS CORRESPONDE? 44

CASOS CLÍNICOS

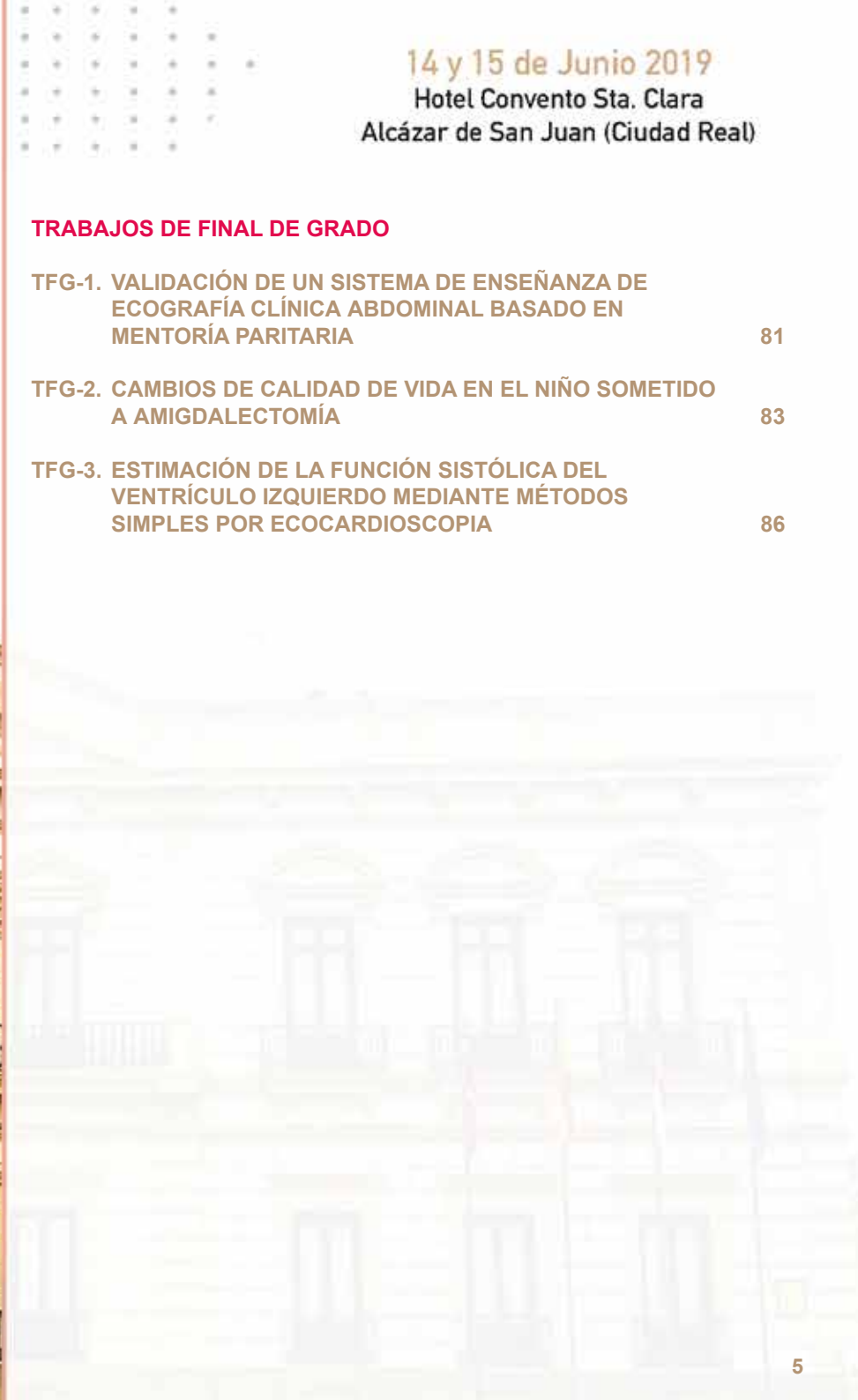
- CC-1. INSUFICIENCIA CARDIACA ¿REFRACTARIA? 46
- CC-2. POLISEROSITIS Y AFECTACIÓN RENAL EN UN PACIENTE DE 85 AÑOS, A PROPÓSITO DE UN CASO 48
- CC-3. DESENMASCARANDO LO IDIOPÁTICO 50
- CC-4. TELL ME WHAT YOU ARE HIDING 52
- CC-5. EDEMA AGUDO DE PULMÓN: NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE 55
- CC-6. ¿END O CARDITIS?, UNA SERIE DE CATASTRÓFICAS DESDICHAS 58
- CC-7. CORRE EIKENELLA, CORRE 61
- CC-8. ¿DE DÓNDE VIENES? NO ESTÁ CLARO 63
- CC-9. PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN VARÓN DE 47 AÑOS 66
- CC-10. LEISHMANIASIS VISCERAL 67
- CC-11. SCHWANNOMA EN PACIENTE CON MUTACIÓN SDHA 71
- CC-12. TODO UN DOLOR DE CABEZA 75
- CC-13. AMILOIDOSIS SECUNDARIA CON AFECTACIÓN MULTIORGÁNICA 79



14 y 15 de Junio 2019
Hotel Convento Sta. Clara
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

TRABAJOS DE FINAL DE GRADO

TFG-1. VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE ENSEÑANZA DE ECOGRAFÍA CLÍNICA ABDOMINAL BASADO EN MENTORÍA PARITARIA	81
TFG-2. CAMBIOS DE CALIDAD DE VIDA EN EL NIÑO SOMETIDO A AMIGDALECTOMÍA	83
TFG-3. ESTIMACIÓN DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO MEDIANTE MÉTODOS SIMPLES POR ECOCARDIOSCOPIA	86



XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

COMUNICACIONES ORALES

ENFERMEDADES AUTOINMUNES (EA)

EA-1. ESCLEROSIS SISTÉMICA: FORMAS DE PRESENTACIÓN, COMORBILIDADES Y TRATAMIENTO AL DIAGNÓSTICO. ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO

V. Serrano Romero de Ávila⁽¹⁾, R. Estévez González⁽¹⁾,
P. Redondo Galán⁽¹⁾, A. Legua Caparachini⁽¹⁾,
V. Gómez Caverzaschi⁽¹⁾, P. Gómez Pedraza⁽¹⁾, Á. Nieto González⁽¹⁾
⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

OBJETIVOS

Describir las principales características de los pacientes, forma de presentación, clínica, comorbilidades y tratamiento recibido de los pacientes con esclerosis sistémica al diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, utilizando la historia clínica digitalizada. Los pacientes han sido seleccionados durante el mes de marzo en una consulta monográfica de esclerosis sistémica.

RESULTADOS

El 90% de los pacientes son mujeres, una mediana de edad de 59,5 años. La prevalencia de HTA es del 26,7%, el 33% presentaban dislipemia, un 6,7% son diabéticos y el 23,6,3% fumadores. El 73,3% presentó una forma sistémica limitada, el 23,3% una forma sistémica difusa y el 3,3% sin esclerodermia. El Raynaud estaba en el 90%, el 50% tenía telangiectasias, un 23,3% presentaba calcinosis y el 20% úlceras al diagnóstico. Todos los pacientes tuvieron ANA+, el 16,7% anti-Scl70 y el 43,3% presentaron anticuerpos anticentrómeros. El 6,7% tenía afectación renal y uno debutó con una crisis renal. Un 13,3% tenía hipertensión pulmonar, el 23,3% presentó EPID, un 36,7% con afectación esofágica y un 13,3% miopatía. Los principales tratamientos empleados fueron AINES (36,7%), Prednisona (63,3%), Hidroxicloroquina (13,3%), Metrotexate (50%) y otros inmunosupresores (6,6%). Hasta el 36,6% recibieron varios tratamientos.

DISCUSIÓN

La esclerosis sistémica es una enfermedad autoinmune que provoca una disfunción vascular y una fibrosis de piel y órganos internos. Es una entidad muy heterogénea, su afectación clínica y hallazgos de laboratorio. En nuestra muestra, principalmente se produce en mujeres de edad media, con una forma de presentación principalmente sistémica limitada y una clínica heterogénea con una alta prevalencia, ya conocida, de ANA+. Las comorbilidades asociadas



a la enfermedad son variables al diagnóstico y elevada morbimortalidad. El tratamiento principal es la prednisona. Las principales limitaciones son metodológicas, al ser retrospectivo con algunos pacientes de larga evolución se ha perdido información, además de la evolución de los criterios diagnósticos y de la búsqueda de diferentes comorbilidades.

CONCLUSIONES

La esclerosis sistémica se produce principalmente en mujeres de edad media. La afectación es heterogénea, así como la forma de presentación. El tratamiento inicial más empleado fue la prednisona. Las comorbilidades con mayor morbimortalidad están presentes en baja prevalencia al diagnóstico.



XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (EC)

EC-1. IMPACTO DEL TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA Y TRATADOS CON ACENOCUMAROL

C. Cano de Luque⁽¹⁾, R. Martín Sánchez⁽¹⁾, A. Calvo Elías⁽¹⁾,
E. Dubón Peralta⁽¹⁾, C. Chocrón Benbunan⁽¹⁾, X. Rivas Regaira⁽¹⁾,
E. Calvo Manuel⁽¹⁾, M. Méndez Bailón⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

OBJETIVOS

Generalmente, los pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) presentan múltiples comorbilidades y se encuentran polimedicados. Una de ellas es la fibrilación auricular, que requieren de anticoagulación oral para la prevención de trombosis.

Evaluar el impacto de la labilidad del INR, definida como porcentaje de tiempo en rango terapéutico inferior al 60% en los últimos 6 meses (TTR<60%), en pacientes diagnosticados de IC que han presentado algún efecto adverso secundario a anticoagulación con Acenocumarol.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un retrospectivo y transversal que incluye a 272 pacientes ingresados en el Hospital Clínico San Carlos entre enero de 2014 y julio de 2018. Todos ellos presentaron los diagnósticos de IC y de evento adverso por anticoagulación oral con acenocumarol (sobredosificación, infradosificación, hemorragia). Posteriormente, se dividieron en dos grupos en función de si presentaban TTR<60% o no. Se recogieron variables clínicas (CHADSVASC, HASBLED), analíticas (INR, hemoglobina, filtrado glomerular según fórmula de CKD-EPI), terapéuticas (suspender anticoagulación, vitamina K, transfusión de hemáties) y pronósticas (estancia media, reingreso a los 30 días y mortalidad) que fueron comparadas entre ambos grupos.

RESULTADOS

La edad media fue de 82 años y el 56% de los pacientes eran mujeres. Aquellos pacientes con TTR<60% tuvieron una puntuación más alta tanto en CHADVASC (4,79 vs 4,6; p=0.215) como en HASBLED (4,05 vs 2,55; p<0.0001), además de presentar mayores valores de INR en el momento del evento (5,97 vs 5,2; p<0.05), menores de hemoglobina (11,71 vs 12,31 mg/dl; p<0,05) y del filtrado glomerular (48,98 vs 50,49ml/min; p=0.546).

Destaca también un aumento de la estancia media (9,84 vs 8,64 días; p=0,26), tasa de reingreso a los 30 días (12,44% vs 7,77% p<0,05), y mortalidad (5% vs 2% p=0,1). Al alta, la anticoagulación con acenocumarol se mantuvo en el 52.6% de los pacientes con TTR<60%.

14 y 15 de Junio 2019
Hotel Convento Sta. Clara
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

CONCLUSIONES

En este registro de pacientes, el TTR<60% se asoció a menor valor de hemoglobina, mayor riesgo de sangrado, INR en el momento del evento y tasa de reingreso precoz. Además, se mantuvo el tratamiento con Acenocumarol al alta en más de la mitad de los pacientes que presentaron TTR<60%. Se debería considerar el cambio a anticoagulantes de acción directa en estos pacientes.



XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EI)

EI-1. EXPERIENCIA EN EL USO DE CEFTOLOZANO-TAZOBACTAM Y CEFTAZIDIMA AVIBACTAM EN LA GERENCIA DE ÁREA INTEGRADA DE ALBACETE

M. Avilés Martínez⁽¹⁾, J. Gómez Garrido⁽¹⁾, J. Blanch Sancho⁽¹⁾,
C. García Gómez⁽²⁾, L. García Aragonés⁽¹⁾, C. Rosa Felipe⁽¹⁾,
G. Rodríguez Sánchez⁽¹⁾, M. Bouchakour⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna, ⁽²⁾Farmacia Hospitalaria. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

OBJETIVOS

Evaluar el uso de Ceftolozano-Tazobactam (CTZ) y Ceftazidima-Avibactam (CZA) en pacientes con infecciones por Bacilos gram negativos multirresistentes (BGNM) en la Gerencia de Área Integrada de Albacete.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han revisado los pacientes a los que se prescribieron CTZ o CZA en el Hospital de Albacete durante los años 2018-2019. Mediante la historia clínica electrónica se han obtenido las siguientes variables: factores de riesgo para bacterias multirresistentes (BMR), foco de infección, tipo de bacteria, antibiograma y respuesta clínica.

RESULTADOS

Se han documentado 3 pacientes a los que se prescribió CZA y 6 pacientes CTZ. Todos ellos tenían >2 factores de riesgo para BMR, 8 habían recibido tratamiento antibiótico previo, 2 eran EPOC, 3 tenían cáncer, 1 hemodiálisis, 3 recibían inmunosupresores, 5 eran diabéticos y 2 habían ingresado en los últimos 3 meses. Entre las bacterias aisladas, 6 *Pseudomonas aeruginosa* (PA) y 3 KP. Se aislaron 2 *Klebsiella pneumoniae* (KP) resistentes a Carbapenemasas Oxa-48, 1 KP BLEA. En cuanto al foco infeccioso, 4 eran respiratorio, 1 abdominal, 1 pielonefritis aguda, 1 fractura abierta sobreinfectada, 1 infección intravascular y 1 úlcera pie diabético, 2 de los casos fueron bacteriemias. Ninguno de ellos presentó efectos secundarios relacionados con la antibioterapia, 7 de ellos la evolución fue satisfactoria con curación y 2 de ellos éxitus.

DISCUSIÓN

Los nuevos antibióticos Betalactámicos + inhibidores de las Betalactamasas son un complemento válido en el arsenal terapéutico frente a BGNM: CTZ especialmente enfocado a tratamiento frente a PA incluyendo productoras de Beta-lactamasa BLEA y CZA añade el plus de tratamiento frente a BGM productoras de Carbapenemasas sobre todo KPC, OXA-48, sin actividad frente a Metallo-Beta-Lactamasa. En nuestra serie todos los pacientes

14 y 15 de Junio 2019
Hotel Convento Sta. Clara
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

tenían > 2 factores de riesgo para bacterias resistentes, además con focos infecciosos distintos al abdominal y urinario. La evolución fue satisfactoria en la mayoría de ellos. A pesar de la poca experiencia de uso en nuestro Hospital estos 2 antibióticos se han utilizado de manera satisfactoria en BGNM siendo estos efectivos, seguros y con buena tolerancia.



XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

EI-2. OPORTUNIDADES PERDIDAS EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA INFECCIÓN POR VIH EN EL CHU DE ALBACETE

M. Trinidad Pereira⁽¹⁾, C. Campayo Escolano⁽¹⁾, F. Lucas Galán⁽³⁾,
C. Martínez Antolinos⁽⁴⁾, S. Piqueras Sánchez⁽⁴⁾, E. Martínez Alfaro⁽²⁾
*(1)Medicina Interna, (3)Medicina Familiar y Comunitaria,
(4)Nefrología, (2)Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario
Universitario de Albacete*

OBJETIVOS

En 2014 la OMS establece los objetivos 90-90-90 para 2020 en el VIH (90% de los pacientes diagnosticados; de estos, 90% tratados; y de estos 90% con carga viral indetectable). El éxito cumpliendo estos objetivos supone que los pacientes no tienen capacidad de transmisión viral. En España el reto está centrado en el primer escalón, ya que la tasa de diagnósticos es aproximadamente del 80%, mientras que los otros dos objetivos se superan el 90%. El estudio se centra en analizar la tasa de oportunidades perdidas en el diagnóstico precoz de la infección por VIH en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Primero se definió el concepto de oportunidad perdida (OP) para el diagnóstico de VIH: Cualquier contacto del paciente con un facultativo del sistema público, en el que manifieste signos/síntomas evidentes de una enfermedad relacionada con el VIH, y al que no se le haya solicitado una serología para VIH, o haya sido remitido al especialista de referencia. Se usó el programa Mambrino XXI para recoger los datos de 59 pacientes diagnosticados entre 2013-2019, revisando su historia clínica en busca de OP. Posteriormente usamos el programa IBM SPSS para el análisis estadístico.

RESULTADOS

El 89.83% eran españoles, siendo el 94.9% hombres. El grupo de riesgo más predominante fue la población homo/bisexual (61.01%), seguido de la heterosexual (28.8%). Un 73.3% se diagnosticaron con estadio A, 11.86% con B, y 13.56% con C. El 62.7% (37 pacientes) tuvieron al menos una OP, registrándose un total de 102. De estas, 84 (82.3%) fueron en Atención primaria, 6 (5%) en Urgencias, 11 (10.7%) en Consultas externas, y 1 (0.9%) en Hospitalización. De los pacientes diagnosticados en estadio SIDA, el 62.5% había presentado al menos una OP.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio ponen en evidencia las altas tasas de diagnóstico tardío de la infección por VIH en nuestro medio, siendo aún el mayor reto el diagnóstico precoz, tanto por sus implicaciones en el pronóstico, como en la transmisión de la infección.



14 y 15 de Junio 2019
Hotel Convento Sta. Clara
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

CONCLUSIONES

Es fundamental concienciar a los facultativos para que ante signos, síntomas o dolencias relacionadas con la infección por VIH soliciten una serología o remitan al especialista de referencia.



XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

EI-3. EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PROGRAMA DE ASESORAMIENTO ANTIMICROBIANO EN EL MOMENTO DE DESABASTECIMIENTO DE PIPERACILINA-TAZOBACTAM EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Escribano Ocon⁽¹⁾, F. González Gasca⁽¹⁾, A. García Pérez⁽¹⁾,
R. Cejas Fernández⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real

OBJETIVOS

Conocer el impacto de la evaluación de indicación de piperacilina-tazobactam en el marco del Programa de Asesoramiento de Antimicrobianos del Hospital General Universitario de Ciudad Real durante el periodo de desabastecimiento de 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron de manera prospectiva las intervenciones efectuadas en pacientes de Cuidados Intensivos, Reanimación, Urgencias y hospitalización salvo Pediatría, durante dos periodos de desabastecimiento de piperacilina-tazobactam: de abril a junio y del 10 al 17 de agosto de 2018. Se evaluó la indicación al inicio del tratamiento siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Sanidad. Se recogieron variables demográficas, clínicas, antibioterapia previa, antecedente de microorganismos multirresistentes, solicitud de cultivo adecuado, foco de infección, indicación adecuada de piperacilina-tazobactam, recomendación realizada, tratamiento propuesto, aceptación, curación, mortalidad bruta 30 días. Asimismo, se evaluó el impacto en consumo comparado con el mismo periodo del año anterior.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 126 pacientes, perteneciendo a Cuidados Críticos el 29% (n=37). La mediana diaria de tratamientos nuevos de piperacilina-tazobactam evaluados fue de 2 (rango 0-6). El 75% (n=86) había recibido antibioterapia en el mes previo, el 16% (n=20) tenía antecedente de microorganismos multirresistentes y el 35% (n=44) presentaban una comorbilidad alta (Charlson abreviado ≥ 3).

La curación clínica fue del 85% (n=103) y la mortalidad a 30 días del 21% (n=27). Entre los pacientes cuyos facultativos aceptaron o rechazaron las recomendaciones de modificación de tratamiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en curación clínica (86% (30/35) vs 56% (5/9); $p=0,068$) y mortalidad a 30 días (22% (8/36) vs 30% (3/10); $p=0,68$). El consumo de piperacilina-tazobactam, se redujo un 58,6% (7,24 vs 3 DDD/100 estancias) en los 4 meses de seguimiento. El consumo de carbapenémicos aumentó un 6,1% (2,61 vs 2,77 DDD/100 estancias) en el mismo periodo.



14 y 15 de Junio 2019
Hotel Convento Sta. Clara
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

CONCLUSIONES

La intervención del grupo PASA sobre la prescripción de piperacilina-tazobactam ha sido mayoritariamente aceptada, eficiente, neutra en los resultados clínicos (curación y mortalidad) y mínimo desplazamiento a carbapenémicos.



XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

EI-4. CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE, TRATAMIENTO Y RECURRENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Casado Delgado⁽¹⁾, M. Cartas Verdugo⁽¹⁾, D. Lara Doblás⁽¹⁾,
I. Espinosa Monroy⁽¹⁾, P. Miján Caño⁽¹⁾, M. Franco Huerta⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital General la Mancha Centro. Alcázar de
San Juan (Ciudad Real)

OBJETIVOS

Las últimas recomendaciones en el tratamiento de la infección por Clostridioides difficile (CDI) de las guías actualizadas en febrero de 2018, excluyen el metronidazol, situando a la vancomicina y fidaxomicina como primera elección.

Nuestro objetivo ha sido comprobar si este cambio se había relacionado con una disminución de la recurrencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de casos. Se incluyeron pacientes con síndrome diarreico y diagnóstico de C. Difficile mediante el algoritmo: detección de glutamato deshidrogenasa y toxinas A/B mediante enzimoimmunoanálisis, seguido de PCR.

Periodo comprendido: desde junio de 2015 a marzo de 2019.

Se recogieron múltiples variables clínicas y pautas de tratamiento, si hubo o no recurrencia, el tratamiento de las mismas, o éxitos atribuible.

Se comparó pautas de tratamiento y recurrencia de las infecciones previas a 2018 respecto a las posteriores. Análisis de datos mediante SPSS V. 18.

RESULTADOS

Se incluyeron 95 pacientes con edad media de 76.5 años.

En el primer periodo (2015- 2018) el tratamiento del episodio inicial fue metronidazol (80,4%) frente al 13.0% tratado con vancomicina. En el segundo periodo, el 40.8% fueron tratados con metronidazol frente al 44.9% tratados con vancomicina, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Respecto a las recurrencias, se aprecia una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.049$). Tasas de 19.6% en el primer periodo frente al 6.1% en el segundo.

En cuanto al exitus atribuible a CDI no hubo diferencias significativas.

DISCUSIÓN

El tratamiento está justificado en pacientes con manifestaciones típicas (diarrea aguda) sin explicación alternativa y análisis de laboratorio de diagnóstico positivo. Según la evidencia, los antibióticos en el episodio inicial de la CDI no severa incluyen vancomicina oral o fidaxomicina oral 10 días.

En nuestro estudio, el uso de metronidazol se podría relacionar con mayor porcentaje de recurrencia respecto al tratamiento con vancomicina.

14 y 15 de Junio 2019
Hotel Convento Sta. Clara
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

A pesar de las recomendaciones, persiste en porcentaje no desdeñable el tratamiento de primera línea con metronidazol, por lo que desde el grupo PROA se está trabajando para difundir estos cambios en el tratamiento.



XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

EI-5. SIMPLIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL A BITERAPIA EN EL HGUCR

A. García Pérez⁽¹⁾, F. González Gasca⁽¹⁾, R. Pérez Serrano⁽²⁾,
L. Porras Leal⁽¹⁾, V. Areas del Águila⁽²⁾, J. Gijón Rodríguez⁽¹⁾,
A. Escribano Ocón⁽¹⁾, I. Domínguez Osorio⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna, ⁽²⁾Farmacia. Hospital General de Ciudad Real.
Ciudad Real

OBJETIVOS

Analizar la prescripción, la efectividad y la seguridad de los regímenes de tratamiento antirretroviral (TAR) con biterapia (TARBI) utilizados en los pacientes con VIH en el Hospital General de Ciudad Real tras la formación de un grupo de trabajo multidisciplinar (GTM) para la optimización del tratamiento frente al VIH compuesto por especialistas de Farmacia y de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que abarca desde marzo 2016 hasta marzo 2019. Se analizó el cambio a TARBI desde pautas con triple terapia en pacientes con carga viral (CV) suprimida. Se estudiaron variables demográficas, TAR previo, composición del TARBI y si éste había sido consensuado por el GTM. La efectividad se cuantificó comparando valores de carga viral, CD4 y CD4/CD8 previos a TARBI con los valores a las 12-24 semanas (postTARBI1) y posteriormente a las 25-48 semanas (postTARBI2) tras el cambio. La seguridad se valoró cuantificando las suspensiones de TARBI por efectos adversos. Se utilizó la t student para el análisis de efectividad de TARBI.

RESULTADOS

Se prescribió TARBI en el 23,7% (n=53) del total de pacientes con TAR, siendo consensuado por GMT el 90,5% de las simplificaciones. Las pautas más frecuentes fueron: lamivudina+darunavir/cobicistac (3TC+DRV/c) 50.9% y lamivudina+dolutegravir (3TC+DTG) 35.8%.

En el 81,25% de los pacientes con TARBI se disponía de postTARBI1 y en el 62,5% de postTARBI2.

La CV permaneció indetectable en todos los pacientes y en ningún paciente se suspendió el TARBI. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medias de CD4 ni en CD4/CD8 en el postTARBI1 (656.8±291.1 vs 692,1±372,2 células/μl (p=0,453); 0,78±0,39 vs 0,76±0,36 (p=0,738)) ni en el postTARBI2 (623.3±308 vs 727.8±336 células/μl) (p=0,114); 0,78 ±0,42 vs 0,72±0,32 (p= 0,464)).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en CD4 ni en CD4/CD8 entre los dos regímenes TARBI mayoritarios.

14 y 15 de Junio 2019
Hotel Convento Sta. Clara
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

CONCLUSIONES

La prescripción de biterapia en pacientes VIH es mayoritariamente consensuada por el grupo de trabajo. La efectividad del tratamiento antirretroviral se mantuvo con el cambio a biterapia a 48 semanas, sin encontrarse diferencias en función de la pauta consensuada. No se ha interrumpido ningún tratamiento por falta de efectividad, tolerancia y/o efectos adversos.



XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

EI-6. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS INFECCIONES INVASIVAS POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN EL ÁREA SANITARIA MANCHA CENTRO EN LOS 11 ÚLTIMOS AÑOS

C. Casado Delgado⁽¹⁾, D. Lara Doblas⁽¹⁾, M. Cartas Verdugo⁽¹⁾,
M. Huertas Vaquero⁽²⁾, J. Gaitán Pitera⁽²⁾, M. Asencio Egea⁽²⁾,
R. Carranza González⁽²⁾, Ó. Herráez Carrera⁽²⁾

⁽¹⁾Medicina Interna, ⁽²⁾Microbiología. Hospital General la Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

OBJETIVOS

La listeriosis invasiva se manifiesta como una bacteriemia o meningoencefalitis secundaria a una bacteriemia, con una elevada mortalidad. El tracto gastrointestinal es la puerta de entrada en la mayoría de los casos. Son especialmente susceptibles a esta infección las embarazadas y los pacientes de edad avanzada o con patología de base.

El objetivo de este estudio fue conocer las características clínicas y epidemiológicas de la infección por *Listeria monocytogenes* en el Hospital General La Mancha Centro en un periodo de 11 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de las infecciones invasivas por *L. monocytogenes* diagnosticadas microbiológicamente durante el periodo 2008-2018. La identificación del microorganismo se realizó mediante el sistema Api Coryne y desde 2016 con Vitek MS. Estudio de sensibilidad mediante E-test.

RESULTADOS

Se identificaron 20 pacientes con aislamiento de *L. monocytogenes* en distintas muestras clínicas. La edad media fue de 56,5 años. El 55% fueron mujeres. Un 35% presentaron tumores de órgano sólido, 15% fueron embarazadas, 10% tuvieron cirrosis hepática y un 5% eran pacientes hematológicos con mieloma múltiple.

El 75% de los casos desarrollaron bacteriemia. Hubo 3 embarazadas diagnosticadas de corioamnionitis, en las que se aisló el microorganismo en placenta, dos de ellas sufrieron abortos y ninguna falleció. Dos de los pacientes (10%) cursaron con meningoencefalitis, en ambos casos con cultivo positivo de Líquido Ceforraquídeo. La mortalidad global fue del 25%. Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre 88,2 %, dolor abdominal 37,5% y diarrea 27,7%.

Todas las cepas mostraron sensibilidad a ampicilina y gentamicina, siendo 4 de ellas resistentes a cotrimoxazol. El 52,9% de los pacientes fueron tratados con ampicilina y gentamicina. Un total de 4 pacientes no recibieron tratamiento.



14 y 15 de Junio 2019
Hotel Convento Sta. Clara
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

DISCUSIÓN

Hallamos un aumento de casos de listeriosis invasiva en los tres últimos años (65% de los pacientes).

La mitad de los pacientes tenía más de 60 años y un 35% presentó tumores de órgano sólido como factor de riesgo.



XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ETV)

ETV-1. FILTRO DE VENA CAVA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Amodeo Oblitas⁽¹⁾, L. Ordieres Ortega⁽¹⁾, S. Moragón Ledesma⁽¹⁾,
L. Abarca Casas⁽¹⁾, I. García Fernández- Bravo⁽¹⁾,
J. del Toro Cervera⁽¹⁾, F. Galeano Valle⁽¹⁾, P. Demelo Rodríguez⁽¹⁾

⁽¹⁾Unidad de Enfermedad Tromboembólica. Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

OBJETIVOS

Realizar un análisis descriptivo de la población con enfermedad tromboembólica venosa (ETV) que ha precisado colocación de filtro de vena cava (FVC) en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionaron los pacientes con ETV que requirieron colocación de FVC en un hospital de tercer nivel. Se recogieron los datos demográficos, clínicos y de evolución y se realizó un análisis descriptivo.

RESULTADOS

De un total de 1956 pacientes, 57 pacientes (2,9%) requirieron colocación de FVC. La edad media fue de 68,8 años, con leve predominio de varones. Un 50,9% eran hipertensos, 14% diabéticos, 10% fumadores activos y 4,6% presentaban dislipemia. El 5,3% había presentado enfermedad cerebrovascular o cardiopatía isquémica, el 36,8% presentaban cáncer activo y el 1,8% arteriopatía periférica (tabla 1).

Los principales motivos de colocación de FVC fueron hemorragia durante la anticoagulación (35,1%) y alto riesgo de sangrado (31,6%). El 50,9% de los FVC fueron permanentes y el 49,1% temporales, de los cuales se recuperaron el 53,6%. El 19,3% presentaron complicaciones, especialmente trombosis de la vena cava inferior.

DISCUSIÓN

La colocación de FVC podría ser útil en pacientes con ETV en los que la anticoagulación está contraindicada. En nuestra muestra, la mayoría de ellos se colocaron en pacientes con sangrado reciente o alto riesgo hemorrágico. Es importante remarcar que en prácticamente la mitad de los pacientes con FVC temporal estos no se retiran, convirtiéndose en permanentes. Es necesario realizar un seguimiento estrecho de los pacientes con FVC temporal, para realizar su retirada precoz cuando desaparezca el motivo que causó su indicación, y evitar así aumentar el riesgo de efectos adversos secundarios al filtro y la necesidad de prolongar la anticoagulación.



CONCLUSIONES

La anticoagulación es el tratamiento esencial de la ETV. Sin embargo, algunas circunstancias contraindican su utilización. En esos casos, la colocación de un FVC podría ser útil para prevenir la migración del trombo de la circulación distal hacia la pulmonar. No obstante, resulta marcada la falta de evidencia disponible acerca de sus posibles beneficios. Nuevos estudios prospectivos aleatorizados son necesarios para ampliar el conocimiento disponible sobre esta técnica.

Tabla 1. Características demográficas de la población a estudio: n=57.

Edad	68,84 años (+/- 13,66)
Sexo femenino	24 (42,1%)
Hipertensión arterial	29 (50,9%)
Diabetes mellitus	8 (14%)
Hemorragia grave en mes previo	19 (33,3%)
Cirugía reciente	11 (19,3%)
Plaquetopenia <50.000	2 (3,5%)
Enfermedad tromboembólica venosa	EP con/sin TVP: 31 (54,4%) Sólo TVP: 26 (45,6%)

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (PP)

PP-1. DESNUTRICIÓN: EL ESQUELETO SIGUE DENTRO DEL ARMARIO

M. Galindo Andúgar⁽¹⁾, D. Lara Doblas⁽¹⁾, I. Espinosa Monroy⁽¹⁾,
P. Miján Caño⁽¹⁾, C. Notario Dongil⁽²⁾, A. Martín Castillo⁽¹⁾,
M. Sánchez López⁽¹⁾, C. Casado Delgado⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna, ⁽²⁾Farmacia. Hospital General la Mancha Centro.
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

OBJETIVOS

Estimar el grado de desnutrición en los pacientes que ingresan en nuestro servicio y su inclusión en el informe de alta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Criterio de inclusión: estar ingresado a nuestro cargo el 19 de enero de 2019. Se estimó el grado de dependencia mediante índice de Barthel. Se utilizó el MNA (Mini Nutritional Assignment) como método de cribado del riesgo de desnutrición, el índice de Braden para evaluar el riesgo de úlceras por presión (UPP), y el índice de Downton para el riesgo de caídas. Análisis con PASW Statistics 18.

RESULTADOS

Se incluyeron 115 pacientes, con edad media de 84 años (37-100), y estancia media de 11 días (2-62), con 65 mujeres (56,5%). 30 de ellos estaban ya institucionalizados (26%); fallecieron 17 pacientes (17%). Los antecedentes personales más frecuentes fueron la hipertensión arterial en 84 pacientes (73%) y diabetes en 47 (41%), seguidos de fibrilación auricular en 38 (33%), deterioro cognitivo en 35 (30%), dislipemia y enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 33 (28,7%). El motivo de ingreso más frecuente fue el infeccioso en 86 pacientes. Los resultados del índice de Barthel fueron: independientes o dependencia leve 49 (42,6%), moderada 19 (16,5%), grave 14 (12%) y total 33 (29%). Al aplicar el MNA se obtuvieron 54 pacientes con riesgo de malnutrición (47%) y 23 pacientes desnutridos (20%), siendo normal en 38 (33%). El riesgo de UPP fue bajo en la mayoría (76, 65%). El índice de Downton mostró un alto riesgo de caídas en 35 (30,4%). Se apreció desnutrición en 48 pacientes (42%), siendo incluido como diagnóstico en 12 informes de alta (11%). La desnutrición se relacionó de forma estadísticamente significativa con mayor dependencia (Barthel), MNA desfavorable, mayor riesgo de UPP y mayor mortalidad. La desnutrición se asoció con el deterioro cognitivo con significación estadística ($p < 0,001$).



14 y 15 de Junio 2019
Hotel Convento Sta. Clara
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

DISCUSIÓN

El estudio se realizó durante la epidemia de gripe, por lo que el porcentaje de pacientes con mayor comorbilidad y dependencia fue elevado, lo que se correlaciona directamente con la desnutrición.

CONCLUSIONES

La inclusión de desnutrición en los diagnósticos es menor de lo deseable; de hacerlo ayudaría a estimar con mayor exactitud el grado de complejidad.



XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

PP-2. USO Y ABUSO DE GLUCOCORTICOIDES EN EL INVIERNO

P. Miján Caño⁽¹⁾, I. Espinosa Monroy⁽¹⁾, D. Lara Doblás⁽¹⁾,
M. Galindo Andúgar⁽¹⁾, C. Notario Dongil⁽²⁾, M. Cartas Verdugo⁽¹⁾,
J. Barberá Farré⁽¹⁾, A. Martín Castillo⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna, ⁽²⁾Farmacía. Hospital General la Mancha Centro.
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

OBJETIVOS

Estimar la frecuencia de uso de glucocorticoides en pacientes ingresados durante la campaña de invierno en nuestro hospital, y ver si existe diferencia de utilización en los ingresos por enfermedad pulmonar obstructiva reagudizada (EPOC).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Criterio de inclusión: estar ingresado a nuestro cargo el 19 de enero de 2019. Se revisaron: Historia Clínica, antecedentes personales, parámetros de laboratorio, diagnóstico durante ingreso y al alta, destino final. Se revisó el tratamiento previo al ingreso, durante el mismo y tras el alta. Análisis estadístico con PASW Statistics 18.

RESULTADOS

Se incluyeron 115 pacientes, con edad media de 84 años (mínimo 37 y máximo 100), y estancia media de 11 días (rango entre 2 y 62), con 65 mujeres (56,5%). 30 de ellos estaban ya institucionalizados (26%); fallecieron 17 pacientes (17%). En cuanto a los antecedentes personales, los más frecuentes fueron hipertensión arterial en 84 pacientes (73%) y diabetes en 47 (41%), seguidos de fibrilación auricular en 38 (33%), deterioro cognitivo en 35 (30%), dislipemia y enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 33 (28,7%). El motivo de ingreso más frecuente fue el infeccioso en 86 pacientes (destacando 64 infecciones de vías respiratorias bajas/neumonía y 14 infecciones urinarias), seguido de la insuficiencia cardíaca en 19.

Los 33 pacientes EPOC ingresaron por infección respiratoria (incluyendo neumonías) 20 de 33 (61%). En el resto de pacientes (82), este diagnóstico se vio en el 52,7%. Recibieron corticoides el 67% de pacientes con EPOC y el 41% de pacientes sin EPOC, con diferencia estadísticamente significativa ($p=0,014$). Las dosis recibidas fueron mayores en el primer grupo.

DISCUSIÓN

El estudio se realizó durante la epidemia de gripe, lo que justifica el elevado número de pacientes mayores, pluripatológicos, y el porcentaje de ingresos por infecciones respiratorias. En el grupo de pacientes EPOC hay más diagnósticos de infección de vías respiratorias bajas/neumonías.



14 y 15 de Junio 2019
Hotel Convento Sta. Clara
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

CONCLUSIONES

El uso de glucocorticoides en pacientes ingresados por infección respiratoria durante el invierno es relativamente frecuente en nuestro hospital superando los 2/3 en EPOC.



XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

PP-3. PESO DE UNA UNIDAD DE PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (UPCC) EN LA ACTIVIDAD AMBULATORIA DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

L. Cabeza Osorio⁽¹⁾, V. Vento⁽¹⁾, J. Torres Morales⁽²⁾,
M. Regalón Martín⁽²⁾, N. Torres Yebes⁽¹⁾, A. Martín Hermida⁽¹⁾,
M. Álvarez Bartolomé⁽³⁾, R. Serrano Heranz⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna, ⁽²⁾Enfermería, Continuidad Asistencial,
⁽³⁾Dirección Médica. Hospital del Henares. Coslada (Madrid)

OBJETIVOS

La UPCC del Hospital Universitario del Henares, abrió sus puertas en abril de 2017, se pueden estudiar diferentes parámetros para ver el impacto de esta unidad en la actividad de Medicina Interna, en el presente trabajo nos proponemos estudiar el peso que supone esta unidad en el seno de la actividad ambulatoria (consultas externas y hospital de día médico)

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se incluyeron los pacientes valorados en consulta externa (CCEE), hospital de día durante los años 2016-2017 y 2018 y por la UPCC.

RESULTADOS

En los estudiados se objetiva un crecimiento de la actividad en CCEE por parte del servicio pasando de 5.054 consultas en 2016 hasta 6294 en 2018, lo que supone un crecimiento del 24,53%. Entre ambos periodos el índice de consultas sucesivas/primeras consultas se mantuvo por debajo de 3 (2.89 en 2016 y 2.88 en 2018). En el caso concreto de la UPCC vemos que en el año 2017 se llevaron a cabo un total de 286 consultas y en 2018 un total de 1.286. Si comparamos el peso de actividad de la UPCC dentro de toda la actividad de consultas, vemos que en 2017 represento un 5.5% de la actividad, mientras que en 2018 esta actividad supuso un 20.4%.

En relación con el hospital de día médico, se objetiva un crecimiento muy similar puesto que existe un importante crecimiento de la actividad, con 419 sesiones en 2016 con un índice de sesiones/día de 1,7, mientras que en 2018, se objetiva un aumento a 589 sesiones (crecimiento del 40,5%) y con un índice de sesiones/ día de 2,4.

DISCUSIÓN

La UPCC supone una nueva actividad dentro de la cartera de servicio, siendo esta progresivamente creciente y con cada vez más peso específico.

En todos los parámetros estudiados destaca un crecimiento marcado que se ve acrecentado desde la apertura de la UPCC, resulta importante considerar que la apertura de esta unidad no es el único factor que puede influir de forma significativa en este sentido.



VARIOS (V)

V-1. VITAMINA D E INERCIA TERAPÉUTICA EN MEDICINA INTERNA

I. Espinosa Monroy⁽¹⁾, P. Miján Caño⁽¹⁾, C. Notario Dongil⁽²⁾,
M. Galindo Andúgar⁽¹⁾, D. Lara Doblas⁽¹⁾, M. Sánchez López⁽¹⁾,
C. Casado Delgado⁽¹⁾, A. Escalera Zalvide⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna, ⁽²⁾Farmacia. Hospital General la Mancha
Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

OBJETIVOS

Estimar los niveles de vitamina D en los pacientes ingresados y evaluar el porcentaje de pacientes con hipovitaminosis D que reciben tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado en nuestro hospital, considerando como criterio de inclusión estar ingresado a nuestro cargo el 19 de enero de 2019. Se estimó el grado de dependencia mediante índice de Barthel. Se utilizó el MNA (Mini Nutritional Assigment) como cribado de desnutrición. Para la vitamina D se utilizó 25-hidroxi-colecalciferol, siendo normal > 30 ng/mL, insuficiencia entre 10 y 30 ng/mL y deficiencia <. Análisis con PASW Statistics 18.

RESULTADOS

Se incluyeron 115 pacientes, con edad media de 84 años (mínimo 37 y máximo 100), y estancia media de 11 días (rango entre 2 y 62), con 65 mujeres (56,5%). 30 de ellos estaban ya institucionalizados (26%); fallecieron 17 pacientes (17%). En cuanto a los antecedentes personales, los más frecuentes fueron hipertensión arterial en 84 pacientes (73%) y diabetes en 47 (41%). El motivo de ingreso más frecuente fue el infeccioso en 86 pacientes (destacando 64 infecciones de vías respiratorias bajas/neumonía y 14 infecciones urinarias), seguido de la insuficiencia cardíaca en 19. Los resultados del índice de Barthel fueron: independientes o dependencia leve 49 (42,6%), dependencia moderada 19 (16,5%), dependencia grave 14 (12%) y total 33 (29%). MNA mostró 54 pacientes con riesgo de malnutrición (47%), 23 desnutridos (20%), normal en 38 (33%).

Se disponía de niveles de vitamina D en 91 pacientes, con cifras por debajo de 30 en 74 (80%), con una media de 14 ng/mL (mínimo de 3 y máximo de 91). Se incluyó el diagnóstico de hipovitaminosis D en 17 de los 74 (siendo menor del 26% en los pacientes con niveles <10 ng/mL. Si excluimos los pacientes fallecidos con déficit de vitamina D (13 en total), se trataron 22 de los 61 pacientes.

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

DISCUSIÓN

La prevalencia de desnutrición conlleva que los niveles de vitamina D sean bajos. Existe una escasa conciencia sobre su importancia en nuestro servicio.

CONCLUSIONES

El déficit de vitamina D está infradiagnosticado e infratratado.



V-2. FRACTURAS VERTEBRALES EN MEDICINA INTERNA

D. Lara Doblas⁽¹⁾, I. Espinosa Monroy⁽¹⁾, P. Miján Caño⁽¹⁾,
C. Notario Dongil⁽²⁾, M. Galindo Andúgar⁽¹⁾, M. Cartas Verdugo⁽¹⁾,
A. Martín Castillo⁽¹⁾, A. Escalera Zalvide⁽¹⁾
*⁽¹⁾Medicina Interna, ⁽²⁾Farmacia. Hospital General la Mancha
Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)*

OBJETIVOS

Estimar la prevalencia de fracturas vertebrales no diagnosticadas en pacientes ingresados a nuestro cargo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado en nuestro hospital, considerando como criterio de inclusión estar ingresado a nuestro cargo el 19 de enero de 2019. Se revisó la radiología (Rx) de los pacientes a través del programa Ykonos (con imágenes digitalizadas disponibles desde 2002), especialmente Rx columna, Rx tórax y Rx abdomen en caso de disponer de ella/s. Análisis con PASW Statistics 18.

RESULTADOS

Se incluyeron 115 pacientes (101 en M. Interna y 14 en Geriátrica), con edad media de 84 años (mínimo 37 y máximo 100), y estancia media de 11 días (rango entre 2 y 62), con un porcentaje ligeramente superior de mujeres (65, 56,5%). 30 de ellos estaban ya institucionalizados (26%); fallecieron 17 pacientes (17%). Tenían fracturas previas conocidas 23 (20%), con fractura de cadera en 13 casos, y vertebrales en 3, y osteoporosis conocida y tratada en 9 (8%). Cuando se revisó la Rx disponible, se encontraron fracturas vertebrales en 46 pacientes (40%), siendo más frecuente la lumbar en 23 (50%) seguida de la dorsal en 15 (33%) y con 8 pacientes con ambas (17%). En 27 pacientes se encontró una sola fractura (60%), en 13 se apreciaron dos fracturas vertebrales (29%), con 3 casos de 3 fracturas, y sólo 1 paciente con 4 fracturas y 1 paciente con hasta 5. De los pacientes con fracturas previas conocidas, la mitad asociaban fracturas vertebrales visibles en la Rx, no reflejadas en los antecedentes personales (6 de los 13 pacientes con fractura de cadera, y 3 de los 7 pacientes con otros tipos de fracturas).

DISCUSIÓN

La gran mayoría de fracturas vertebrales pasaron desapercibidas (sólo reflejadas en el informe de ingreso en 3 casos). Una de las dificultades añadidas es el escaso diagnóstico (y por tanto de tratamiento) de la osteoporosis. Tener una fractura previa es un gran predictor de fracturas sucesivas, y se debería descartar la presencia de fracturas asociadas, especialmente de las vertebrales.

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

CONCLUSIONES

Las fracturas vertebrales pasan desapercibidas en gran medida, incluso en pacientes con diagnóstico de osteoporosis, y/o con otro tipo de fracturas conocidas.



V-3. SÍNDROME DE WUNDERLICH. REVISIÓN DE TRES CASOS EN MEDICINA INTERNA

Á. Nieto González⁽¹⁾, P. Gómez Pedraza⁽¹⁾, N. Sánchez Cano⁽¹⁾,
A. Legua Caparachini⁽¹⁾, B. Álvarez Hernández⁽²⁾,
A. Alguacil Muñoz⁽¹⁾, I. Jiménez Velasco⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo

⁽²⁾Facultad de Medicina. Universidad de Lleida. Lleida

OBJETIVOS

Describir las características clínicas de 3 casos de Síndrome de Wunderlich (sangrado retroperitoneal espontáneo) atendidos en el servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Toledo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos las historias clínicas de 14 pacientes con hematoma retroperitoneal hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Toledo desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2018. Todos los pacientes fueron diagnosticados por TAC abdominopélvico. Aquellos pacientes cuya presentación estaba asociada a cirugías, trauma, aneurismas aórticos rotos o terapia anticoagulante fueron excluidos. Tres casos cumplieron los criterios de Síndrome de Wunderlich con seguimiento durante 1 año para valorar la morbimortalidad.

RESULTADOS

2 de los pacientes eran varones y 1 mujer. La edad media fue de 71 años (82, 61, 72). Los 3 pacientes eran hipertensos y 2 obesos. 1 de los pacientes presentó un inhibidor de la antitrombina, los otros 2 fueron idiopáticos. Los pacientes solo tenían dolor abdominal sin el resto de la triada de Lenk. En 2 pacientes se realizó embolización selectiva del vaso responsable y en 1 el manejo fue conservador. 1 de los pacientes presentó un Tromboembolismo pulmonar simultáneo. Ninguno de los pacientes falleció en el año siguiente al diagnóstico.

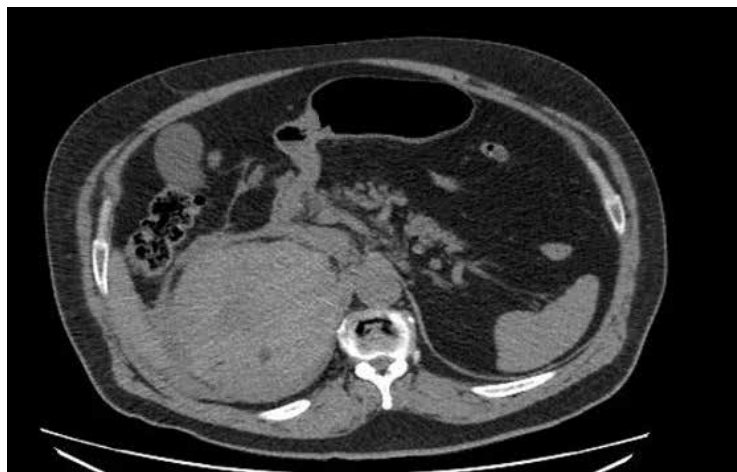
DISCUSIÓN

El Síndrome de Wunderlich es una condición rara y potencialmente fatal, caracterizada por sangrado retroperitoneal agudo, espontáneo, confinado al espacio retroperitoneal. La principal etiología son los tumores renales como el angiomiolipoma, seguida de las idiopáticas y las alteraciones de la coagulación. La sospecha clínica se basa en la triada de Lenk (Dolor abdominal, masa palpable y hematuria), característica pero poco frecuente en debut. EL TAC abdominopélvico es la prueba diagnóstica de elección y el tratamiento consiste en medidas de soporte y embolización.

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

CONCLUSIONES

Ningún paciente presentó la triada completa de Lenk que orientase el diagnóstico clínico. El diagnóstico se basa en el TAC. El tratamiento con medidas de soporte y embolización mejora el pronóstico potencialmente fatal.



Hematoma retroperitoneal derecho de gran tamaño con signos radiológicos de sangrado activo arterial

Fig. 1

V-4. **POLISINOVITIS EDEMATOSA BENIGNA DEL ANCIANO
O SÍNDROME RS3PE: ANÁLISIS DESCRIPTIVO
A PROPÓSITO DE SIETE CASOS**

P. Gómez Pedraza⁽¹⁾, A. Alguacil Muñoz⁽¹⁾, Á. Nieto González⁽¹⁾,
A. Castro Luna⁽²⁾, M. Redondo Galán⁽¹⁾, Á. Legua Caparachini⁽¹⁾,
M. Toledano Sierra⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna, ⁽²⁾Endocrinología y Nutrición. Hospital Virgen
de la Salud. Toledo

OBJETIVOS

El RS3PE (remitting seronegative symetrical synovitis with pitting edema) es una entidad rara, poco valorada, de etiología desconocida, que ocasiona un importante deterioro funcional. Nuestro objetivo es realizar un análisis descriptivo sobre su forma de presentación y respuesta al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionaron los pacientes con diagnóstico de RS3PE entre 2008-2018 en el servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

RESULTADOS

Se revisaron siete pacientes con el diagnóstico de RS3PE, todos ellos fueron varones con edad media de 79 años (69-92 años). Dos de ellos (28, 57%) tenían antecedente de adenocarcinoma de sigma y linfoma marginal esplénico. Todos presentaban dolor en cinturas con sensación de rigidez articular y dolor en manos, metacarpofalángicas o tobillos. A la exploración destaca en todos ellos presencia de edema marcado en región dorsal de manos o pies con fóvea (Fig. 1). La PCR media fue 87,14 mg/dL y la VSG 83,71 mm. El 100% presentaron valores negativos de FR, CCP y ANA. La mitad siguieron tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) sin mejoría. El 100% respondieron favorablemente al tratamiento con dosis bajas de corticoides con resolución de la sintomatología y recuperación funcional.

DISCUSIÓN

El síndrome RS3PE es una enfermedad poco frecuente que en ocasiones es confundida con otras artritis seronegativas, como la polimialgia reumática o con la artritis reumatoide del anciano. A veces puede presentarse como fenómeno paraneoplásico asociado a neoplasias sólidas.

Como refleja nuestro estudio, es propio de varones ancianos con poliartritis simétrica no erosiva asociada a tenosinovitis de flexores y extensores de manos y pies que motiva intenso edema local con fóvea. Se asocia a afectación de cinturas que motiva importante deterioro funcional. En el estudio destaca la elevación de reactantes de fase aguda con FR, CCP y ANA negativos. Un dato relevante de esta enfermedad es la ausencia de mejora con AINES y clara mejoría con corticoides.

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

CONCLUSIONES

- El síndrome RS3PE afecta a varones ancianos y cursa con tenosinovitis que ocasiona el característico edema con fovea en manos y pies.
- Cursa con importante deterioro funcional y buena respuesta a esteroides a dosis bajas.



Característico edema con fovea en región dorsal de manos.

Fig. 1

V-5. FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROME DE BURNOUT EN ESPECIALISTAS DE MEDICINA INTERNA

A. González-Munera⁽¹⁾, C. Macía-Rodríguez⁽²⁾, D. Martín-Iglesias⁽³⁾, J. Moreno-Díaz⁽⁴⁾, G. Ortiz-Llauradó⁽⁵⁾, A. Montañó-Martínez⁽⁶⁾, C. Muñoz-Muñoz⁽⁷⁾, M. López-Reboiro⁽⁸⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

⁽²⁾Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra)

⁽³⁾Medicina Interna. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo (Vizcaya)

⁽⁴⁾Medicina Interna. Hospital de Barbastro. Barbastro (Huesca)

⁽⁵⁾Medicina Interna. Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona)

⁽⁶⁾Medicina Interna. Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba)

⁽⁷⁾Medicina Interna. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

⁽⁸⁾Medicina Interna. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos (Lugo)

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de Sd Burnout en los especialistas de Medicina Interna (MI) de Madrid y Castilla-La Mancha y qué factores se asocian con su desarrollo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta sobre la situación laboral a los internistas de España. Se realizó un estudio descriptivo de los especialistas que trabajan en Madrid y Castilla-La Mancha así como un análisis univariante y multivariante para determinar qué factores se asocian con el desarrollo de Síndrome de Burnout.

RESULTADOS

Contestaron la encuesta 934 Médicos Especialistas en MI, de los cuales 160 (17,4%) trabajan en la Comunidad de Madrid y 30 (3,3%) en Castilla-La Mancha. 60,5% mujeres, edad media de 40,6 años. 40,6% de los encuestados presenta Síndrome de Burnout. El desarrollo de síndrome de Burnout se relacionó de forma significativa con edad más joven, contratos simultáneos en diferentes hospitales, falta de cumplimiento de los horarios establecidos, con no tener sensación de progresar en el trabajo y con el mal ambiente laboral. Además aquellos profesionales con síndrome de Burnout no elegirían otra vez MI y se habían planteado con más frecuencia presentarse nuevamente al MIR para cambiar de especialidad, irse a trabajar al extranjero, cambiar de trabajo o dedicarse a algo diferente a la medicina. Tras realizar un estudio multivariante el desarrollo de síndrome de Burnout se relacionó de forma independiente con la edad, con la sensación de no poder progresar en el puesto de trabajo y con la falta de cumplimiento de los horarios laborales.

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

DISCUSIÓN

En estudios previos se ha observado una prevalencia de síndrome de Burnout de un 30-50%, relacionándose con el número de horas trabajadas, la falta de liderazgo y de reconocimiento personal en el trabajo. Es importante identificar el problema para evitar que dicha situación pueda interferir en la atención a los pacientes.

CONCLUSIONES

Un 40% de los especialistas de MI de Madrid y Castilla-La Mancha presentan Síndrome de Burnout. Este se relacionó de forma independiente con edad más joven, con la sensación de no poder progresar en el puesto de trabajo y con la falta de cumplimiento de los horarios laborales.



**V-6. SITUACIÓN LABORAL DE LOS JÓVENES INTERNISTAS (JI)
DE MADRID Y CASTILLA-LA MANCHA**

A. González-Munera⁽¹⁾, C. Macía-Rodríguez⁽²⁾, D. Martín-Iglesias⁽³⁾,
M. López-Reboiro⁽⁴⁾, C. Muñoz-Muñoz⁽⁵⁾, A. Montaña-Martínez⁽⁶⁾,
G. Ortiz-Llauradó⁽⁷⁾, J. Moreno-Díaz⁽⁸⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Madrid

⁽²⁾Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra)

⁽³⁾Medicina Interna. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo (Vizcaya)

⁽⁴⁾Medicina Interna. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de
Lemos (Lugo)

⁽⁵⁾Medicina Interna. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del
Vallès (Barcelona)

⁽⁶⁾Medicina Interna. Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba)

⁽⁷⁾Medicina Interna. Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona)

⁽⁸⁾Medicina Interna. Hospital de Barbastro. Barbastro (Huesca)

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es conocer la situación laboral de los médicos especialistas durante los primeros 5 años de desarrollo profesional en Madrid y Castilla-La Mancha.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta a los Especialistas de Medicina Interna de España sobre sus condiciones laborales. Se realizó un estudio descriptivo de los JI que trabajan en Madrid y Castilla-La Mancha.

RESULTADOS

Contestaron 154 internistas de Madrid y Castilla-La Mancha, de los cuales 70 (45,5%) eran JI, 68,6% mujeres. 17 (24,3%) tiene hijos y 12,9% de estos no ha podido disfrutar el permiso por maternidad/paternidad. 75,7% no ha estado ningún mes en situación de desempleo. 71,4% ha firmado dos o más contratos en el último año. 52,9% tiene un contrato inferior a 6 meses, 43,3% de ellos inferior a 3 meses. 51,4% se ven obligados al pluriempleo. La mayoría trabaja en una planta de hospitalización (45,7%), 17,1% tiene un contrato de guardias. 78,6% trabaja en un centro público. La mayor parte de los jóvenes trabajan en centros de tercer nivel (64,3%) y 11,4% en centros de primer nivel. En 58,6% de los casos no se respetan los horarios establecidos en el contrato y en 27,1% no se respetan las libranzas de guardia. 12,9% no ha tenido vacaciones remuneradas durante el último año. 57,1% de los JI no tiene sensación de poder progresar en su trabajo y 74,3% no cree suficiente el sueldo que gana. 48,6% de los JI sufre Sd Burnout. 68,6% volvería a elegir Medicina Interna pero 71,4% se ha planteado volver a presentarse al MIR

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

para cambiar de especialidad, 74,3% en irse a trabajar al extranjero y 70% cambiar de profesión y dedicarse a algo diferente a la medicina.

DISCUSIÓN

A pesar de que nuestra especialidad tiene tasas muy bajas de desempleo, la mayoría de contratos de los JI conllevan una precariedad importante. Esto condiciona que más de la mitad de nuestros Jóvenes se hayan planteado cambiar de especialidad, de profesión o emigrar, a pesar de mantener su interés por la medicina interna.

CONCLUSIONES

A pesar de que nuestra especialidad tiene tasas de desempleo muy bajas, la situación laboral de los Jóvenes Internistas es precaria.



V-7. MEDICINA INTERNA, EL EJE DE LA HOSPITALIZACIÓN

L. Cabeza Osorio⁽¹⁾, N. Torres Yebes⁽¹⁾, A. Martín Hermida⁽¹⁾,
J. Ballano Rodríguez-Solís⁽¹⁾, M. Sánchez Robledo⁽¹⁾, V. Vento⁽¹⁾,
M. Álvarez Bartolomé⁽²⁾, R. Serrano Heranz⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna, ⁽²⁾Dirección Médica. Hospital del Henares.
Coslada (Madrid)

OBJETIVOS

La Medicina Interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, sobre todo a los problemas clínicos de los pacientes que pasan por el hospital. En el “Estudio de un millón de altas hospitalarias en Medicina Interna”, se expone que 1 de cada 6 pacientes ingresados en un hospital es atendido por un internista. El presente estudio pretende presentar el crecimiento y peso de nuestra especialidad en un hospital de primer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes dados de alta, en el hospital Universitario del Henares durante los años 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018 por parte de cualquier servicio médico.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 25.750 altas durante los 5 años, siguiendo la distribución que se muestra en la tabla 1. Medicina Interna ha ido creciendo de forma anual en el número total de altas, desde las 2243 de 2014 hasta las 3124 del 2018, lo que supone un crecimiento de más del 39% en los 5 años estudiados, mientras que el crecimiento de los ingresos a nivel global del hospital estuvo en el 34%, dato que refrenda el peso progresivamente mayor que está tomando la Medicina Interna dentro del ámbito hospitalario.

Por otro lado el peso de Medicina Interna dentro de las altas totales del área médica ha sido superior al 50% en todo el periodo con un mínimo del 50,56% en 2014 y el máximo en el 2019 con un 52,44% de la hospitalización global. La segunda especialidad con mayor peso en cuanto a ingresos se refiere es geriatría que no llega a representar un 10%

CONCLUSIONES

La Medicina Interna, por su versatilidad, debe ser el eje vertebrador de la actividad asistencial en el hospital, asumiendo mayoritariamente los ingresos y por lo tanto las altas. Este modelo es perfectamente asumible, ya que como hemos mostrado, en nuestro centro, existe un peso específico muy importante de nuestro servicio que se además está creciendo año tras año, a un ritmo mayor que el resto de especialidades médicas y que el propio hospital en su conjunto.

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

Tabla 1. Evolución de las altas por servicio

Total altas	2014	2015	2016	2017	2018
Cardiología	271	270	289	305	312
Digestivo	416	449	486	473	530
Neurología	277	238	261	270	261
Geriatría	468	482	561	567	588
Neumología	380	468	437	465	540
Nefrología	141	184	151	175	189
Medicina Interna	2243	2357	2679	2865	3124

V-8. ¿CÓMO SON NUESTROS PACIENTES CON ESTANCIAS PROLONGADAS?

V. Vento⁽¹⁾, L. Cabeza Osorio⁽¹⁾, N. Torres Yebes⁽¹⁾,
A. Martín Hermida⁽¹⁾, J. Ballano Rodríguez-Solís⁽¹⁾,
M. Sánchez Robledo⁽¹⁾, J. Pestaña⁽¹⁾, R. Serrano Heranz⁽¹⁾
(1) Medicina Interna. Hospital del Henares. Coslada (Madrid)

OBJETIVOS

La Medicina Interna es una especialidad mayoritariamente hospitalista, por lo tanto las estancias prolongadas generan efectos negativos, por lo que es importante conocer las características de los mismos. En el siguiente estudio pretendemos ver la evolución de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se incluyeron 11948 pacientes ingresados a nuestro cargo del durante los años 2013-2017. Del total de estos pacientes estudiamos el subgrupo con estancias superiores a 30 días, concretamente variables epidemiológicas junto con parámetros de gestión clínica.

RESULTADOS

En el periodo estudiado se han revisado un total de 11948 pacientes con la siguiente distribución: 2013: 1804 pacientes, 2014: 2243 pacientes, 2015: 2357 altas, 2016: 2679 pacientes y en 2017: 2865 ingresos, crecimiento total en este periodo del 58.8 %. De este total de altas se encontraron 335 paciente con estancias prolongadas que corresponden el 2.80%. De las altas con estancias prolongadas desglosamos los pacientes por edad, dividiéndolo en grupos de <25 años: 2 pacientes, entre 26-50 años: 23 pacientes, 51-75 años: 115 pacientes , 76-85 años: 119 pacientes. >85 años siendo 76 pacientes; en cuanto a división por sexo, eran 180 hombres y 155 mujeres. Motivos de altas: 58 fallecimientos que representan el 17,31%; traslados que se realizaron a otros centros sanitarios: 38 pacientes, representando el 11,34%, y la mayor proporción corresponde a las alta domiciliaria: 239 pacientes que corresponden al 71,24% del total de altas; A su vez del total de altas los que requirieron ingreso en la UCI fueron 72 pacientes (21,49%). También se estudió la necesidad de reingresos en los primeros 31 días posterior al alta, siendo necesario en 70 pacientes (20,89%).

CONCLUSIONES

En el estudio realizado, lo que destaca es el crecimiento de ingresos reportados en este periodo, siendo del 58.8%, presentando un porcentaje bajo de estancias prolongadas en dicho periodo con el 2.80%; de estos el 71,24% resultaron en altas médicas. La población más susceptible a ingresos prolongados corresponde al grupo etario comprendido entre los 51-85 años con un total de 234 pacientes siendo el 69,85% del total.

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

V-9. ¿SOMOS COMO NOS CORRESPONDE?

N. Torres Yebes⁽¹⁾, L. Cabeza Osorio⁽¹⁾, V. Vento⁽¹⁾,
M. Sánchez Robledo⁽¹⁾, J. Ballano Rodríguez- Solís⁽¹⁾,
A. Martín Hermida⁽¹⁾, M. Álvarez Bartolomé⁽²⁾, R. Serrano Heranz⁽¹⁾
*⁽¹⁾Medicina Interna, ⁽²⁾Dirección Médica. Hospital del Henares.
Coslada (Madrid)*

OBJETIVOS

El informe RECALMIN (recursos y Calidad de Medicina Interna), realizado por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y el IMAS (Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria) presenta como una de sus funciones analizar, mediante una encuesta dirigida a los responsables, los recursos, actividad y calidad de las unidades asistenciales de Medicina Interna. En el presente estudio pretendemos comparar nuestra actividad dentro del servicio respecto a los resultados obtenidos en el estudio RECALMIN.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se incluyeron los datos de los años 2015 2016-2017 y 2018 relacionados con la actividad clínica por parte de nuestro servicio y se compararon RECALMIN (anexo 5: Unidades Medicina Interna tipo 2: hospitales de 200 a 500 camas).

RESULTADOS

El Hospital Universitario del Henares cuenta con un número de camas que en el año 2015 fue de 212 camas y llegó a las 234 camas en el 2018. En relación al número de altas, comparando con la mediana nos encontramos un 2% por debajo de lo esperado en el año 2018, no obstante en 2015 esta diferencia era del 26%, lo que implica un importante acercamiento. En este sentido, el ratio de altas por Médico Internista/año en 2018 nos encontramos por encima de los datos de RECALMIN por 25 altas por internista. La interconsulta ha sufrido una importante evolución puesto que hemos pasado de 401 en 2015, inferior a las 511 esperadas, hasta un total de 538 interconsultas en 2018. El resultado en consultas externas es muy similar puesto que en los primeros años estamos por debajo de lo esperable y desde 2017 se supera la mediana de RECALMIN. En sesiones del Hospital de Día, pese al crecimiento progresivo (mayor al 90%), seguimos por debajo de la mediana en un 4,7%.

DISCUSIÓN

Aunque progresivamente nos vamos acercando, o incluso superando, a los parámetros del estudio RECALMIN en algunos casos seguimos por debajo de la mediana; en parte relacionamos este hecho con que nuestro hospital, pese a ser considerado como clase II, nuestro centro presenta marcadas diferencias con otros incluidos en este mismo nivel (Hospital Severo-Ochoa, Fundación Alcorcón, Hospital Fuenlabrada).



14 y 15 de Junio 2019
Hotel Convento Sta. Clara
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

Tabla 1. Comparativa Hospital del Henares vs Recalmin

	Nº de altas	Nº altas por MI/año	Nº Interconsultas	Primeras consultas	Consultas sucesivas	sucesivas/ primeras	Hospital de Día
2015	2357	196.4	401	1228	3623	2.95	309
2016	2679	223.7	430	1300	3756	2.89	419
2017	2865	237.7	485	1436	3714	2.59	461
2018	3124	260.5	538	1645	4.739	2.88	589
RECALMIN	3186	234	511	1331	4093	2.9	618

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

CASOS CLÍNICOS

CC-1. INSUFICIENCIA CARDIACA ¿REFRACTARIA?

A. Roa Ballesteros⁽¹⁾, A. Silva Asiain⁽¹⁾, C. Salazar Mosteiro,
B. Torres Ceballos⁽¹⁾, A. Blanco Jarava⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora Del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

CASO

Mujer de 87 años que ingresa por cuadro de dos semanas de evolución de disnea progresiva hasta hacerse a mínimos esfuerzos y ortopnea con intolerancia al decúbito. Tos no productiva. No se ha termometrado, no sensación distérmica. Refiere aumento de edemas en miembros inferiores.

ANTECEDENTES PERSONALES

No Reacciones alérgicas medicamentosas HTA, DM tipo 2 y dislipemia.

Hipotiroidismo en tratamiento

Infección del tracto urinario de repetición.

Hipoacusia. Portadora de prótesis auditiva desde 2010.

Síndrome depresivo en seguimiento por Psiquiatría. Trastorno distímico.

En seguimiento en consultas de Reumatología desde abril de 2016 por polimialgia reumática. Actualmente sin tratamiento.

Enfermedad de Parkinson en seguimiento por Neurología.

Adenocarcinoma mucinoso de colon pT2N0M0 bien diferenciado, en remisión completa. Hemicolectomía derecha en abril/2016. Seguimiento activo en Oncología.

Anemia ferropénica, en tratamiento con hierro oral.

TRATAMIENTO ACTUAL

Amlodipino 10 mg, metformina/sitagliptina 50/1000mg, simvastatina 40mg, levotiroxina 25mg, benserazida/levodopa 200/50mg, venlafaxina 225mg, mianserina 30mg, Rivotril 0.5m, quetiapina 50 mg, omeprazol 20 mg, metamizol, paracetamol.

SITUACIÓN BASAL

ECOG 1. Viuda. Vive con un hijo y ayuda domiciliaria. No deterioro cognitivo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Glucemia 198 mg. T° 36°C, TA 148/86, FC 59. Sato2 99%. REG, afebril, FR 18 rpm. Normoperfundida. No IY. No rigidez de nuca. AC: RC rítmicos. Roce pericárdico. AP: abolición del mv hasta campos medios. Abdomen: blando, depresible, RHA+. No dolor a la palpación. No masas ni visceromegalia. MMII: edemas con fóvea hasta raíz de miembros, no signos de TVP. Pulsos conservados.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS URGENCIAS

Hemograma: Leucocitos 9700 (90%Neutrofilos). Hb 9,1. VCM 81. Plaquetas 605.000.

EC: Actividad de protrombina 57%. INR 1,5. Fibrinogeno 665.

Bq: Creatinina 2,4. Urea 99. K 4,6. PCR 263. ProBNP 7870. Troponina <0,01.

SO: Piuria. Bacteriuria. Nitritos negativos.

Rx de tórax: Decúbito. Cardiomegalia. Aumento hilar bilateral vascular.

Derrame pleural bilateral. ECG: Ritmo sinusal a 65 lpm.

La paciente ingresa con los diagnósticos de insuficiencia cardiaca congestiva, infección de tracto urinario, insuficiencia renal no conocida y anemia ya conocida.

Al ingreso se inicia tratamiento diurético intravenoso y antibioterapia empírica con ceftriaxona.

PRUEBAS REALIZADAS INICIALMENTE EN PLANTA

Hg: Leucocitos 8800. Hb 10,9. plaquetas 238000.

EC: VSG 20. Resto normal.

Bq: Creatinina 1,9. Urea 54. Albumina 2. Proteínas totales 5,6. PCR 124. Na 134. K 3,5. Ca 8,6.

Conut 11. AST 37. GGT 20. ALT 67. LDH 464. Col 128. TG 248. Fólico >20. Vitamina B12 635.

TSH 13. PTH 54. T4 0,9. Proteinograma: elevación en Gamma de aspecto policlonal. IgG 1700. IgA 555.

SOH negativo.

Orina: Índice Alb/Cr 557.

Orina 24 h: Proteínas 875 mg/24 h. UC: E.coli polisensible.

Eco abdominal: sin hallazgos.

Rx de tórax: cardiomegalia. Aumento hilar bilateral vascular. Derrame pleural bilateral hasta campos medios (empeoramiento respecto rx de urgencias).

ETT 07/01: FEVI conservada. Derrame pericárdico moderado circunferencial siendo severo a nivel anterior sin datos ecocardiográficos de compromiso hemodinámico.

A pesar del tratamiento establecido persisten los edemas en miembros, disnea de reposo y ortopnea.

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

CC-2. POLISEROSITIS Y AFECTACIÓN RENAL EN UN PACIENTE DE 85 AÑOS, A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Roa Ballesteros⁽¹⁾, A. Silva Asiain⁽¹⁾, B. Torres Ceballos⁽¹⁾,
C. Salazar Moreiro⁽¹⁾, A. Ochoa Ramirez⁽¹⁾, A. Blanco Jarava⁽¹⁾,
M. De Vicente Collado⁽¹⁾

*⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de
la Reina (Toledo)*

OBJETIVOS

Presentamos un caso de lupus eritematoso sistémico de inicio tardío que debuta con poliserositis y afectación renal

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de mujer de 87 años con antecedente de. Polimialgia reumática (ANA 1/ 640). Acude por cuadro de dolor torácico y disnea de mínimos esfuerzos en la Exploración física destacaba roce pericardico y abolición del MV. Deterioro de la función renal y Proteinuria. Eco: derrame pericárdico severo. TC: Derrame pleural/pericardico y Exudado en LP.

RESULTADOS

Refiere cuadro de dos meses de dolor articular inflamatorio en manos y pérdida de peso. Antinucleares 1/160 patrón moteado-homogéneo. Anti U1 RNP y ANTI Sm .Complemento disminuido. Por tanto se considera como diagnóstico: LES tardío. Iniciamos tratamiento corticoideo y con Micofenolato mofetil. Con adecuada respuesta progresiva.

DISCUSIÓN

El lupus de inicio tardío, es aquel que inicia después de los 65 años. Cursa con características, presentación y progresión diferentes. Puede asociarse con diagnósticos como PR, AR. El principal diagnóstico diferencial es con LES inducido por fármacos (afectación y pulmonar, anticuerpos anti-dsDNA negativo y complemento normal).

CONCLUSIONES

El LES de inicio tardío cursa con clínica es insidiosa, atípica, siendo de difícil diagnóstico. Las manifestaciones más frecuentes son serositis y síntomas secos.



14 y 15 de Junio 2019
Hotel Convento Sta. Clara
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)



Fig. 1



XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

CC-3. DESENMASCARANDO LO IDIOPÁTICO

L. Salazar Mosteiro⁽¹⁾, B. Torres Ceballos⁽¹⁾, A. Silva Asiain⁽¹⁾,
A. Roa Ballesteros⁽¹⁾, Á. Ochoa Ramirez⁽¹⁾, A. Blanco Jarava⁽¹⁾,
M. De Vicente Collado⁽¹⁾, A. Muñoz Ruiz⁽¹⁾

*(1)Medicina Interna. Hospital Ntra. Sra. Del Prado. Talavera de la
Reina (Toledo)*

OBJETIVOS

Describir el caso de un varón de 66 años con antecedentes de tabaquismo activo, valorado en consulta de Medicina Interna por dolor abdominal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 66 años que refería cuadro de 6 meses de evolución de dolor abdominal en mesogastrio. Asociaba astenia, hiporexia y pérdida de peso de 5 kg. En la exploración física destacaba dolor a la palpación profunda en mesogastrio. Aportaba analítica en la que destacaba anemia microcítica hipocrómica con hemoglobina de 11.7 g/dl y deterioro de función renal con creatinina de 1.5 mg/dl; ecografía abdominal normal. Se solicitaron pruebas complementarias.

RESULTADOS

En proteinograma elevación policlonal en gamma y aumento de IgG: 1670 mg/dl. En TC toracoabdominal se halló tejido con densidad de partes blandas que rodean de forma irregular aorta distal y segmento proximal de iliacas (Fig. 1). Esto orientó hacia el diagnóstico de una posible fibrosis retroperitoneal. Se amplió el estudio para esclarecer la etiología. Días después, consultó por dolor abdominal intenso y anuria. Presentaba fracaso renal agudo con creatinina de 8 mg/dl, acidosis metabólica e hiperpotasemia moderada. En la ecografía abdominal, dilatación pielocalicial grado II bilateral. Se colocó un catéter doble J bilateral. Ante la sospecha clínica, se inició prednisona 1 mg/kg/día. La función renal se normalizó y el dolor desapareció.

DISCUSIÓN

En el diagnóstico diferencial de masa retroperitoneal y afectación renal deben incluirse linfomas, sarcomas, tumores desmoides, pseudotumor inflamatorio, tuberculosis, fibrosis retroperitoneal. La fibrosis retroperitoneal se relaciona con tabaco, asbesto, poliangeítis microscópica, granulomatosis con poliangeítis, infiltración por células plasmáticas productoras de IgG4, fármacos y neoplasias. En nuestro estudio dirigido, se obtuvieron niveles aumentados de IgG4 (478 mg/dl). Se estableció el diagnóstico de enfermedad relacionada con IgG4 probable (compromiso de órgano y elevados niveles séricos de IgG4, sin confirmación histológica). Se inició descenso de corticoides asociando metotrexato, con excelente evolución. Para evaluar respuesta y descartar otras afectaciones se realizó PET-TC hallando mínima lesión de 1-2 mm (Fig. 2).



CONCLUSIONES

La enfermedad relacionada con IgG4 afecta a cualquier órgano. En nuestro caso constituyó la causa de la fibrosis retroperitoneal y fracaso renal agudo obstructivo.

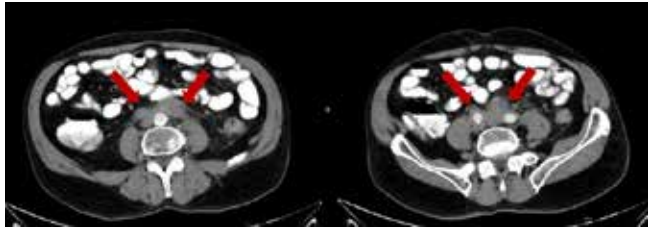


Fig. 1

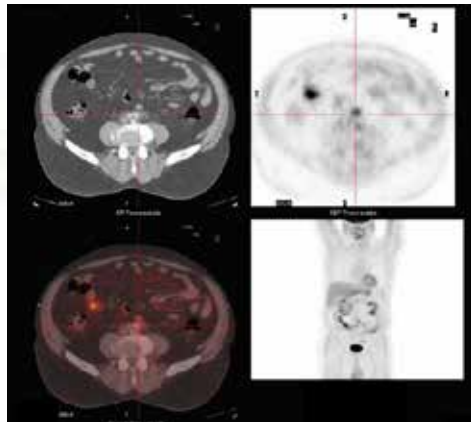


Fig. 2

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

CC-4. TELL ME WHAT YOU ARE HIDING

S. Moragón Ledesma⁽¹⁾, L. C. Abarca Casa⁽¹⁾,
S. Castañeda Pérez⁽¹⁾

*⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio
Marañón. Madrid*

CASO CLÍNICO

Varón de 65 años, natural de Italia y residente en Australia, actualmente en España realizando turismo. Como único antecedente médico conocido, vitiligo en cara dorsal de ambas manos y ambos pies, sin antecedentes familiares o quirúrgicos de interés. Niega toma habitual de fármacos más allá de eventual tratamiento sintomático con ibuprofeno. También niega tabaquismo, afirmando toma ocasional de vino en los fines de semana negando consumo excesivo. Sin deterioro cognitivo evidente, mostrándose independiente para todas las actividades de la vida diaria. Niega reacciones adversas medicamentosas conocidas.

Acude al servicio de urgencias porque tras un viaje de 35 horas sentado en un avión refiere sensación disneica súbita con aumento de diámetro de ambos miembros inferiores. Afirma haber usado medias de compresión durante el trayecto. A la exploración física se evidencia discreto tinte icterico en piel y mucosa subconjuntival. Se muestra taquicárdico a 115 latidos por minuto, y taquipneico a una frecuencia de 27 respiraciones por minuto, manteniendo saturaciones en torno al 97% respirando aire ambiente. A la palpación abdominal se halla hepatomegalia de aproximadamente tres reverses. En ambos miembros inferiores se observa la presencia de edemas con fóvea que se extienden en dirección caudal desde ambas rodillas. No se identifica aumento de la temperatura local en ambas extremidades ni se palpa la presencia de cordón venoso. Signo de Hommans bilateralmente negativo.

Ante la sospecha clínica, se instaura anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y se realiza angio-TC de arterias pulmonares donde se identifican defectos de repleción en la arteria del lóbulo superior derecho. No se observan datos de sobrecarga en cavidades derechas. Análíticamente destaca plaquetopenia de 11500/ μ l; alteración de la hemostasia con tiempo de protrombina de 20.9 segundos, INR espontáneo de 1.89. Además, aumento de enzimas de citolisis (ALT: 372 U/L; AST: 390 U/L) y de colestasis (Bilirrubina: 8.6 mg/dl; fosfatasa alcalina: 144 U/L; GGT: 173 U/L). Discreta desnutrición proteino-calórica (proteínas: 6 g/dL; albúmina: 2.8 g/dL) con función renal conservada (creatinina: 0.89 mg/dL; filtrado glomerular: >60 mL/min/1.73m²) e iones en rango (sodio: 144 mmol/L; potasio: 3.7 mmol/L). Dímero D de 419 ng/mL y Nt-proBNP de 767 ng/L. Se realiza ecografía abdominal donde se observa un hígado aumentado de tamaño, con importante distorsión de



la arquitectura y presencia de líquido libre perihepático. Se decide ampliar estudio de imagen con tomografía computerizada abdominal donde se evidencian signos de hepatopatía crónica. El ECG muestra un ritmo sinusal sin signos de sobrecarga de cavidades derechas. Ecocardioscopia normal con buena fracción de eyección y sin dilatación de cavidades. Por todo lo citado se decide ingreso en planta de Medicina Interna para filiación etiológica y optimización de tratamiento anticoagulante. Asimismo, se inicia tratamiento depleitivo con furosemida intravenosa.

Se decide ampliar el estudio analítico que muestra perfil lipídico normal (colesterol: 79 mg/dL; colesterol HDL: 43 mg/dL; colesterol LDL: 84 mg/dL), perfil férrico en rango a excepción de aumento de ferritina como reactante de fase aguda (ferritina: 899 µg/L; transferrina: 202 mg/dL; índice de saturación de transferrina: 43%; receptor soluble de transferrina: 2.91 mg/dL). En el proteinograma se identifica disminución de la fracción de albúmina y aumento de la fracción gamma. La serología de VHB, VHC, VIH y el screening treponémico resultan negativos. Normalidad en los valores de ceruloplasmina (29 mg/dL), α -1-antitripsina (147 mg/dL) y cupremia (124 µg/dL). En el estudio de autoinmunidad destacan únicamente anticuerpos antinucleares positivos con resto del panel negativo.

Se realiza endoscopia de tracto digestivo superior donde se evidencian cordones venosos esofágicos desde tercio medio hasta cardias, sin signos endoscópicos de complicación. Por ello, se instaura terapia betabloqueante con propranolol hasta máxima tolerancia, que se alcanza a los 40mg/día, presentando episodios de hipotensión sintomática al intentar escalada de dosis. Se decide realizar una biopsia hepática que se informa como compatible con hepatitis de origen autoinmune en fase inicial de cirrosis.

Tras dos semanas de tratamiento depleitivo con Furosemida y terapia corticoidea en pauta descendente, el paciente se muestra hemodinámicamente estable y afebril, permaneciendo eupneico en reposo sin oxígeno con saturaciones en torno al 98%. A la exploración física muestra murmullo vesicular conservado en todos los campos pulmonares, con ritmo cardiaco regular sin soplos ni extratonos. En las extremidades inferiores no se observan edemas ni signos de trombosis venosa profunda, con pulsos pedios conservados y simétricos. En el control radiológico con radiografía de tórax no se observan alteraciones de carácter agudo. El ECG muestra ritmo sinusal sin alteraciones. Se realiza ecografía abdominal que descarta la presencia de líquido libre y la presencia de lesiones ocupantes de espacio.

Ante la estabilidad clínica y hemodinámica se decide tratamiento ambulatorio con prednisolona de mantenimiento, citándose en consultas externas de aparato digestivo para control analítico estrecho y ecografía posterior reglada. Además, se mantiene la terapia profiláctica de sangrado de varices

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

con propranolol. En cuanto a la terapia anticoagulante, se introduce el acenocumarol previamente a la alta médica, con buen control de INR en los controles hemostáticos realizados durante su estancia hospitalaria tras la administración del fármaco.



CC-5. EDEMA AGUDO DE PULMÓN: NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE

V. Mato Jimeno⁽¹⁾, A. García García⁽¹⁾, C. M. Amodeo Oblitas⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una mujer de 73 años con antecedentes relevantes de fibrilación auricular, anticoagulada con acenocumarol, portadora de marcapasos, valvulopatía reumática (prótesis mecánica mitral, estenosis aórtica moderada, insuficiencia tricuspídea moderada), infección crónica por el Virus de la Hepatitis B, e hipotiroidismo autoinmune.

Acudió a Urgencias directamente por Cuarto de Shock derivada desde el Hospital de Día de Alergología tras prueba de provocación con hidroclorotiazida, por episodio agudo de disnea, asociando hipotensión (TAS 70-80 mmHg), taquicardia (FC en torno a 180lpm) y desaturación (SatO2 65% basal), con clínica congestiva e importante trabajo respiratorio. Asociaba además pico febril aislado de 37.8 °C. No se evidenciaba lesiones cutáneas ni signos de angioedema. Se decidió traslado a Área de Alta Dependencia para inicio de Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI) modo BiPAP, con necesidad además de soporte vasoactivo con Noradrenalina. Se tomaron cultivos microbiológicos y se inició antibioterapia empírica de amplio espectro con meropenem.

En la anamnesis, no refería disnea, ni dolor torácico en días previos ni otros síntomas de índole cardiológica, tampoco relataba clínica catarral o infecciosa asociada salvo ligera sensación distérmica vespertina sin fiebre termometrada, aunque si había estado en contacto con familiares con infección respiratoria vírica.

En las pruebas complementarias realizadas en urgencias presentaba leucopenia grave de 700 (300 neu y 300 linf), que evolucionó posteriormente a 800 leucocitos (600 neu y 200 linf). Se solicitó frotis, que mostraba neutrófilos con vacuolización citoplasmática y granulación tóxica, sugestivo de proceso reactivo. Plaquetas y hematíes sin alteraciones. Se objetivó así mismo elevación de marcadores cardíacos con Nt-Pro BNP máximo de 2686 ng/dl, así como leve elevación de reactantes de fase aguda con PCR de 5.4 mg/dl. En radiografía de tórax presentaba derrame pleural bilateral, signos de redistribución vascular, sin imagen de consolidaciones.

Revisando la historia de la paciente, había presentado tanto en 2001 como en 2009 episodios de clínica similar (mareo, disnea, hipotensión) en relación con toma de amiloride/hidroclorotiazida primero y valsartán/hidroclorotiazida en la segunda ocasión.

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

La paciente evolucionó rápidamente de forma favorable de los síntomas congestivos tras el soporte vasoactivo y el uso de diuréticos a dosis altas con retirada de VMNI de forma precoz. Posteriormente en planta la evolución es muy favorable con recuperación de los valores hematológicos y Nt-proBNP normalizado, sin presentar nuevos picos febriles tras retirada de antibioterapia empírica con meropenem y con recuperación completa de la clínica congestiva.

Los hemocultivos y urocultivos resultaron negativos y se realizó además un ecocardiograma donde no se evidencian alteraciones en la fracción de eyección ni cambios en la función valvular con respecto a previos.

Por tanto, la paciente presenta un cuadro de aparición brusca secundario a la provocación con hidroclorotiazida de edema agudo de pulmón no cardiogénico e hipotensión con necesidad de VMNI y drogas vasoactivas, y pico febril aislado sin aislamientos microbiológicos ni datos sugestivos de infección activa y leucopenia con neutropenia transitoria.

DISCUSIÓN

Existen poco casos publicados de edema agudo de pulmón no cardiogénico causado por hidroclorotiazida. Dada la rareza de esta presentación clínica, su diagnóstico es complicado y suele ocurrir en las reexposiciones al fármaco y además puede confundirse clínicamente con un shock séptico o un síndrome de distrés respiratorio secundario a neumonía. Este cuadro está considerado una reacción adversa idiosincrásica cuyos mecanismos patogénicos permanecen por el momento desconocidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. GAMBOA ET AL. Hydrochlorothiazide-induced acute non-cardiogenic pulmonary edema. En: *J Invest Allergol Clin Immunol* 2005; Vol 15 (4): 299-301.
2. JARA CHINARRO ET AL. Edema agudo de pulmón no cardiogénico secundario a hidroclorotiazida. *Arch Bronconeumol* 2003; 39 (2): 91-3.
3. FRIERSON ET AL. Hydrochlorothiazide-induced pulmonary edema with severe acute myocardial dysfunction. *Clin. Cardiol.* Vol. 18, February 1995.
4. KANE, ELLIOT COHEN. *Life-threatening idiopathic reaction to hydrochlorothiazide treated with veno-venous extracorporeal membrane oxygenation.* *Perfusion.* 2018 May; 33(4):320-322.
5. JANSSON ET AL. Recurrent hydrochlorothiazide-induced acute respiratory distress syndrome treated with extracorporeal membrane oxygenation. En: *J Emerg Med.* 2018 Dec; 55(6):836-840.
6. BERNAL, PATARCA. Hydrochlorothiazide-induced pulmonary edema and associated immunologic changes. En: *Ann Pharmacother.* 1999 Feb; 33(2):172-4.



14 y 15 de Junio 2019
Hotel Convento Sta. Clara
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

7. VEREDA ET AL. Immunological studies in a case of hydrochlorothiazide-induced pulmonary edema. En: *J Invest Allergol Clin Immunol* 2005; Vol 15 (4):297-298.



XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

CC-6. ¿END O CARDITIS?, UNA SERIE DE CATASTRÓFICAS DESDICHAS

L. C. Abarca Casas⁽¹⁾, S. Castañeda Pérez⁽¹⁾,
S. Moragón Ledesma⁽¹⁾

*⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio
Marañón. Madrid*

CASO CLÍNICO

Mujer de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril, fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol, EPOC fenotipo bronquitis crónica, SAOS con CPAP nocturna. Insuficiencia cardíaca crónica con FEVI preservada. Dada de alta recientemente tras seis semana de antibioterapia intrahospitalaria intravenosa por *Enterococcus faecium*. Deterioro cognitivo leve secuela de ictus isquémico previo hace 10 años, por lo que se encuentra en tratamiento antiagregante con clopidogrel. Funcionalmente dependiente de su marido para algunas de las actividades básicas de la vida diaria. Fumadora de un paquete y medio de tabaco diario. Sin reacciones adversas medicamentosas conocidas.

Acude a urgencias por pico febril termometrado de 38°C asociado a aumento de ortopnea y episodios de disnea paroxística nocturna. También refiere molestias en hipocondrio izquierdo que difícilmente calman con analgesia convencional. A la exploración física destaca ingurgitación yugular con inclinación a 45° con reflejo hepatoyugular positivo. Edemas con fóvea que se extienden en dirección caudal desde mitad inferior de ambos muslos. A la auscultación, crepitantes bibasales y en hemitórax derecho hasta campos medios. Ritmo cardíaco irregular con soplo sistólico II/IV. Analíticamente destaca leucocitosis con neutrofilia con elevación de reactantes de fase aguda (hemoglobina: 11.5 g/dL; leucocitos 19000/μL; plaquetas 157000/μL; fibrinógeno: 844 mg/dL; proteína C reactiva 12.3 mg/dL). Además, sobredosificación de acenocumarol e incremento relevante en las cifras de Nt-proBNP (INR: 5.4; Nt-proBNP: 14520 ng/L). En la radiografía de tórax se evidencia derrame pulmonar derecho con discreto pinzamiento de seno costofrénico izquierdo. En ECG se muestra un ritmo de fibrilación auricular con respuesta ventricular conservada aproximadamente a 84 latidos por minutos. Se realiza un ecocardiograma transtorácico donde destaca un engrosamiento de la unión mitro-aórtica compatible con recurrencia de endocarditis. Ante dichos hallazgos, se decide ingreso en planta de medicina interna para profundización del estudio y optimización del tratamiento.

Se contacta con el servicio de cirugía cardíaca, quien desestima a la paciente para manejo quirúrgico de la endocarditis debido a su comorbilidad y elevado riesgo. Asimismo, se administra tratamiento depletivo con Furosemida. Se



realiza un ecocardiograma transesofágico donde se evidencia la presencia de una verruga, y un PET-TAC donde se observa captación de localización mitro-aórtica y múltiples focos a nivel esplénico, compatibles con émbolos sépticos de endocarditis. Se aísla *Enterococo faecium* en los hemocultivos extraídos en el servicio de urgencias. Por ello, se decide iniciar tratamiento intravenoso con Ampicilina y Ceftriaxona por seis semanas.

Durante su estancia en planta de hospitalización, la paciente presenta tres episodios de desaturación sintomática nocturna en relación con mala tolerancia a la CPAP. Es valorada por el equipo de soporte ventilatorio y, además, la paciente abandona su hábito tabáquico, mostrando buena evolución sin recurrencia de los episodios. Por otra parte, los estudios analíticos denotan un control deficiente de los valores de INR, por lo que se decide suspender el acenocumarol e introducir heparina de bajo peso molecular. Sin embargo, la paciente presenta importantes equimosis en los sitios de punción, por lo que se decide iniciar anticoagulación con Apixaban. Además, en el curso del tratamiento depletivo se registra alcalosis metabólica e hipopotasemia leve en una de las gasometrías realizadas (pH: 7.51; pO₂: 54mmHg; pCO₂: 26mmHg; bicarbonato: 40; sodio: 139 mmol/L; potasio 2.8 mmol/L), por lo que se disminuye la dosis diaria de furosemda y se administra cloruro potásico, con posterior normalización gasométrica y bioquímica. Se realizan estudios endoscópicos que descartan malignidad. La tercera semana de tratamiento antibiótico intravenoso, se registra un nuevo pico febril de 39°C asociado a clínica miccional. Se recoge urocultivo donde se aísla *Pseudomona pútrida*, por lo que se amplía cobertura antibiótica durante una semana a ampicilina, imipenem y tobramicina, con posteriores urocultivos de control estériles.

Al finalizar el tratamiento antibiótico, la paciente se muestra hemodinámicamente estable y afebril. A la exploración queda mínima ingurgitación yugular residual a 45° con reflujo hepatoyugular negativo. Persiste el soplo sistólico y el murmullo vesicular está conservado en todos los campos pulmonares. La paciente no muestra edemas en miembros inferiores. Analíticamente se observa disminución significativa de las cifras de Nt-proBNP, con normalidad de los valores del hemograma (hemoglobina: 11.3 g/dL; leucocitos: 9400/μL; plaquetas 189000/μL; Nt-proBNP:254 ng/L). No se observan alteraciones en la homeostasia ni exteorización de sangrado evidente tras la introducción de Apixaban (INR: 0.92). Radiológicamente desaparece la imagen de derrame pleural derecho, con ambos senos costofrénicos libres de líquido. En PET-TC de control se observa disminución de la captación de la unión mitro-aórtica y de los embolismos esplénicos, con menor número de focos con respecto al estudio previo.

Ante estabilidad clínica y finalización de tratamiento antibiótico intravenoso se decide alta médica hospitalaria de la paciente con citación en consultas de

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

enfermedades infecciosas para planteamiento de tratamiento antibiótico oral a largo plazo. Además, control analítico estricto de parámetros de hemostasia y ecocardiografía reglada.



CC-7. CORRE EIKENELLA, CORRE

S. Castañeda Pérez⁽¹⁾, S. Moragón Ledesma⁽¹⁾,
L. C. Abarca Casas⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio
Marañón. Madrid

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón de 68 años, con antecedentes EPOC, hipertensión arterial y carcinoma epidermoide de laringe, tratado con quimio y radioterapia, actualmente en remisión completa hace once años. Consulta en otro centro desde el que es remitido por cervicalgia limitante de larga evolución, junto con deterioro del estado general y fiebre, aportando RM cervical en la que se evidencia masa de partes blandas epidural anterior a nivel C2-C3-C4 que condiciona estenosis del canal raquídeo, sin signos de mielopatía cervical. Analíticamente el cuadro se acompaña de leucocitosis con elevación de reactantes de fase aguda. Se avisa a Oncología Radioterápica quienes desestiman radioterapia de urgencia dado el riesgo existente de afectación medular que pudiese condicionar una posterior tetraplejía ya que la zona ya había sido irradiada con anterioridad. Tras valoración inicial en Urgencias, el paciente ingresa en el Servicio de Medicina Interna para control del dolor y filiación diagnóstica, barajando como primer objetivo despistaje de proceso tumoral primario, no pudiendo descartar afectación metastásica de un tumor primario no conocido. Por otra parte, se planteaba la fiebre sin foco esclarecido, que fue tratada en un primer momento de manera empírica con antibioterapia de amplio espectro (piperacilina-tazobactam). En planta, se solicita un TC-body, en el cual no se encuentran datos de tumor primario que pudiese haber dado esas imágenes en la columna cervical, por otro lado, la masa de partes blandas en dicha imagen es informada por radiología como osteonecrosis, con áreas de hematoma/inflamación compatibles con proceso infeccioso activo. No se considera realizar una biopsia ósea por el riesgo que implica la localización de las lesiones. Nos comunicamos telefónicamente con el Hospital del que viene el paciente, que nos confirman el aislamiento en hemocultivos extraídos en dicho centro de *Ekinella corrodens*, y se adapta el tratamiento al antibiograma (cambio de Piperacilina-Tazibactam a Ciprofloxacino). Por otra parte, desde el día de su llegada, el paciente había aquejado dolor ocular y periocular derecho, sin dolor con los movimientos oculares, con visión borrosa y discromatopsia por lo que se solicita un fondo de ojo, en el que se cataloga de papilitis, barajando en primer lugar etiología infecciosa/parainfecciosa. Se amplía el estudio con autoinmunidad, cuyos resultados son negativos. En una RMN nuclear realizada a los dos días, no se evidencian datos de inflamación del nervio óptico, así como lesiones

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

cerebrales, por lo que finalmente se decide seguimiento en consultas externas de Oftalmología. Tras completar dos semanas de tratamiento intravenoso, con hemocultivos de control negativos realizados durante el ingreso así como ecocardiograma transtorácico (imposibilidad de transesofágico por afectación cervical) sin signos en imagen sugestivos de vegetaciones que harían plantear una endocarditis secundaria a la bacteriemia. Ante la buena evolución del paciente, que permanece afebril durante su estancia en planta, con adecuado control del dolor, indicamos al alta ciprofloxacino oral (en función de antibiograma), con posterior seguimiento en consultas.



CC-8. ¿DE DÓNDE VIENES? NO ESTÁ CLARO

S. Moragón Ledesma⁽¹⁾, S. Castañeda Pérez⁽¹⁾,
L.C. Abarca Casas⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna, Hospital General Universitario Gregorio
Marañón. Madrid

CASO CLÍNICO

Varón de 54 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia controladas con dieta, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina, y espondilitis anquilosante en tratamiento analgésico con indometacina, con buen control hasta el momento. Niega hábitos tóxicos y alergias medicamentosas conocidas. Antecedente quirúrgico de colocación de placas y tornillos por fractura de Chance en cuerpo vertebral de L2. En seguimiento en consultas por sintomatología constitucional de 2 meses de evolución, habiendo sido realizado un scanner pendiente de informe por parte de radiología.

Acude a urgencias por intensificación de dolor lumbar a pesar de tratamiento con AINEs. A la anamnesis niega sensación distérmica u otra clínica sistémica más allá de los síntomas constitucionales por los que está en estudio. A la exploración física destaca limitación del espectro de movimientos de la cintura pélvica, con aumento de dolor a la espinopresión lumbar. Análíticamente destaca anemia microcítica hipocrómica con trombocitosis y leucocitosis con neutrofilia, asociando importante elevación de reactantes de fase aguda (hemoglobina: 8.1 g/dL; leucocitos: 17250/μL; plaquetas: 718000/μL; fibrinógeno: >1000 mg/dL; PCR: 23 mg/dL). La función renal se encuentra conservada (creatinina: 0.98 mg/dL; filtrado glomerular estimado > 60 ml/min/1.73m²) y los iones en rango normal (sodio: 136 mmol/L; potasio: 4.9 mmol/L). Radiológicamente no se observan alteraciones pleuroparenquimatosas de carácter agudo, visualizándose material de osteosíntesis en región lumbar secundario a intervención previa. En el electrocardiograma se objetiva taquicardia sinusal a 110 latidos por minuto sin otras alteraciones. Se revisa el scanner solicitado desde consultas donde se observan imágenes sugestivas de proceso neoplásico con voluminosas adenopatías de localización cervical derecha, hilio-mediastínicas y retroperitoneales, con afectación difusa de sigma, estómago con engrosamiento de pared, cuerpo vertebral de L4 y renal bilateral, con probable afectación difusa de parénquima pulmonar.

Durante su estancia en urgencias el paciente se mantiene hemodinámicamente estable y afebril, con mal control del dolor lumbar a pesar de analgesia pautada. Se administran dos concentrados de hematíes que condicionan aumento de dos puntos en la hemoglobina con respecto a su llegada. Se decide por tanto hospitalización para optimización de tratamiento analgésico y estudio de los hallazgos de las pruebas de imagen.

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

En planta de medicina interna el paciente afirma un fuerte dolor lumbar a pesar de la administración de fármacos del primer escalón analgésico de la OMS, precisando drogas del segundo y tercer nivel. Se contacta con la unidad del dolor de nuestro centro ante un dolor de posible causa multifactorial (espondilitis anquilosante, afectación de cuerpo vertebral de L4, presencia de voluminosas adenopatías de localización retroperitoneal), por lo que se introduce al tratamiento amitriptilina y cloruro mórfico, consiguiéndose un adecuado control.

Se amplía el estudio analítico con normalidad del perfil vitamínico (vitamina B12: 433 ng/L; folato: 8 µg/L; 25-hidroxi-vitamina D: 9.4 µg/L) y tiroideo (TSH: 0.39 mUI/L). Se observan datos de ferropenia (hierro: 13 µg/dL; ferritina: 2104 µg/L; transferrina: 170 mg/dL; índice de saturación de transferrina: 6%; receptor soluble de transferrina: 1.56 mg/L) y el proteinograma es compatible en el contexto de inflamación sistémica (proteínas: 7,2 g/dL; albúmina: 3,6 g/dL; fracción de albúmina: 30.2%; fracción alfa 1: 11.9%; fracción alfa 2: 19.7%; fracción beta 1 %; fracción beta 2: 9.8%; fracción gamma: 21.3%; índice albúmina/globulinas: 0.4). Marcadores tumorales elevados de forma difusa e inespecífica (alfa-fetoproteína: 1.3 µg/L; CA- 125: 102 U/mL; CA-19.9: 39 U/mL; CYFRA 21.2: 2.2 µg/L; PSA: 0.14 µg/L; β2-microglobulina: 3.6 mg/L; βhCG: <2.3 UI/L). Se objetiva de nuevo anemia en el hemograma, con descenso de las cifras de plaquetas y leucocitos (hemoglobina: 9.3 g/dL; VCM: 81.5 fL; HCM 25.6 pg; leucocitos: 15800/µL ; plaquetas: 616000/µL). Se decide realizar nueva transfusión con buena rentabilidad y se solicitan estudios endoscópicos.

En la endoscopia digestiva alta se observa engrosamiento de pliegues gástricos sin otras alteraciones. Se toman biopsias de esófago, estómago y duodeno que resultan negativas para malignidad. Colonoscopia con hallazgo de divertículos colónicos sin signos de complicación. Se procede a la toma de biopsias de adenopatía cervical derecha pero la muestra recibida en el laboratorio es insuficiente, llevándose a cabo biopsia excisional del ganglio completo. Se realizan técnicas de inmunohistoquímica, siendo la muestra informada como metástasis ganglionar linfática por un carcinoma de morfología y perfil inmunohistoquímico compatible con origen primario renal de tipo células claras (CD10 positivo; RCC positivo; PAX8 positivo; CK7: negativo; CK20: negativo; TTF: negativo; napsina A: negativo; S100: negativo; tiroglobulina: negativo; c-kit: negativo; CD30 negativo). Se descarta proceso linfoproliferativo.

El paciente es presentado en Comité de tumores para manejo multidisciplinar del proceso oncológico. Se revisan técnicas de imagen posteriormente a hallazgos anatomopatológicos y se considera necesaria la toma de biopsia guiada por TC de una lesión que parece depender del riñón derecho,



aunque no impresiona de depender del parénquima y cuyas características radiológicas no se corresponden con las típicas del carcinoma renal de células claras. Al analizar la muestra, es informada como lesión infiltrada por un carcinoma pobremente diferenciado con perfil inmunohistoquímico y morfológico compatible con carcinoma de células claras. Por tanto, se diagnostica de carcinoma de células claras estadio IV y se inicia tratamiento oncológico. (¿)

Asimismo, durante el ingreso se registra un pico febril de 38.5°C asociado a aparición de tos seca no productiva. Radiológicamente aparece un infiltrado en base pulmonar derecha. Por tanto, se extraen hemocultivos y se inicia tratamiento con Piperacilina-Tazobactam ante el diagnóstico de neumonía de origen nosocomial. El paciente se mantiene hemodinámicamente estable y afebril desde el inicio de la antibioterapia, que se suspende a la semana.

Durante este periodo, el paciente realiza un movimiento de hiperextensión de columna, refiriendo escuchar un chasquido asociado a fuerte dolor en la región lumbar. Radiológicamente se observa fractura patológica de L4, por lo que es valorado por Traumatología para programación de intervención quirúrgica. No obstante, el paciente vuelve a realizar un pico febril asociado desaturación sintomática. A la exploración el paciente cumple criterios de sepsis según la escala qSOFA (frecuencia respiratoria: 25 rpm; TA: 85/46 mmHg). Es nuevamente cubierto con antibioterapia empírica de amplio espectro, con mala evolución resultando en el fallecimiento del paciente.

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

CC-9. PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN VARÓN DE 47 AÑOS

A. Cortés Troncoso⁽¹⁾, D. Lourdo⁽¹⁾, I. Casado López⁽¹⁾,
M. Mateos González⁽¹⁾, J. Villanueva Martínez⁽¹⁾,
J. Torres Macho⁽¹⁾, G. Garcia De Casasola⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Parla (Madrid)

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 47 años bebedor habitual (10.5 UBE a la semana), ex consumidor de cocaína (2014), sin otros antecedentes personales ni familiares de interés. Ningún tipo de tratamiento activo. Acudió a urgencias por astenia, disnea de grandes esfuerzos de 3 meses de evolución asociada a ortopnea y disnea paroxística nocturna en los últimos días, sin edema de extremidades inferiores ni oliguria. Sin otras síntomas de interés.

Exploración física: TA 137/89 mmHg, FC 74 lpm, SatO₂ basal 93% basal, afebril. Presión venosa yugular normal. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos, sin soplos. Auscultación pulmonar: algunos crepitantes en ambas bases pulmonares. Abdomen normal. Extremidades sin edemas. Se realizó una analítica sanguínea con hemograma, estudio de coagulación y bioquímica, destacando como único hallazgo relevante un proBNP de 1301 pg/ml. En la radiografía de tórax se observaron signos de redistribución vascular, sin derrame pleural. El ECG presentaba un ritmo sinusal con un bloqueo completo de rama izquierda y alteraciones secundarias de la repolarización. En la ecografía pulmonar se objetivaron múltiples líneas B en ambos campos pulmonares además de derrame pleural leve izquierdo compatible con congestión pulmonar. En la ecocardiografía destacaba una miocardiopatía dilatada con función sistólica severamente y una insuficiencia aórtica moderada-severa.

Durante el ingreso se completó el estudio con un ecocardiograma reglado en el cual, a parte de las alteraciones anteriormente descritas, se observó una válvula aórtica anómala (parcialmente bicúspide) con insuficiencia severa. El estudio analítico con seriólogías de virus hepatotropos, VIH, sífilis y hormonas tiroideas fue negativo. La coronariografía no visualizó alteraciones a nivel coronario. El estudio lipídico destacaba hipercolesterolemia. Con tratamiento diurético, betabloqueantes, inhibidores de la aldosterona y estatinas, el paciente mejoró clínicamente. Posteriormente se procedió a la corrección quirúrgica de la valvulopatía aórtica.



CC-10. LEISHMANIASIS VISCERAL

M. I. Espinosa Monroy⁽¹⁾, P. Miján Caño⁽¹⁾, M. Cartas Verdugo⁽¹⁾,
C. Casado Delgado⁽¹⁾, D. M. Lara Doblas⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, Hospital General La Mancha Centro.
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

INTRODUCCIÓN

Leishmaniasis visceral (LV) también conocida como kala-azar es una enfermedad causada por parásitos del complejo *Leishmania donovani*. Estos parásitos se pueden dividir taxonómica y geográficamente en dos grupos: *L. donovani* predominantemente en el este de África y sudeste asiático y *L. infantum*, siendo esta más frecuente en el área mediterránea, oeste de Asia y este de Pakistán y Brasil.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 65 años, en seguimiento por Reumatología por polimialgia reumática desde 2004 en tratamiento corticoideo y metotrexato como ahorrador de corticoide, con mala tolerancia a éste, osteopenia por densitometría con posterior fractura humeral derecha, hiperparatiroidismo normocalcémico con déficit de vitamina D. Valorada por Digestivo en 2017 por síndrome de intestino irritable tipo diarrea. Resección intestinal en Hospital de Roma en julio 2018 por hernia inguinal incarcerada con resección de 10-15 cm de íleon proximal. Valoración posterior por Digestivo en octubre 2018, por presentar dolor abdominal e hiporexia. Se completó estudio con gastroscopia, que mostraba gastritis antral con H. Pylori negativo, colonoscopia sin hallazgos y TAC que informaba de bazo moderadamente agrandado (135 mm) homogéneo sin otros hallazgos significativos.

En tratamiento con zanamivir 6 mg 1-0-0, metotrexato 2.5 mg (2-0-2) los domingos, (actualmente no lo toma), acfol 2.5 mg (0- 0-1) los lunes, omeprazol, carbocal D diario, delius amp bebible mensual, pontalsic cada 12 horas si dolor.

Acude a Urgencias por presentar desde hace aproximadamente un año coincidiendo con un viaje a Venecia, dolor abdominal consistente en sensación precoz de plenitud gástrica que le dificulta la ingesta, por lo que ha ido desarrollando miedo a la misma, con ingestas cada vez más limitadas y pérdida de unos 20 kg en el último año. En las últimas semanas presenta astenia cada vez más intensa que le impide la deambulación, con sudoración profusa de predominio nocturno. No fiebre termometrada ni sensación distérmica. No artralgias ni artritis. No lesiones cutáneas. Último viaje a Venecia y Roma hace aproximadamente un año. Tiene un perro en casa desde hace varios años, sano y correctamente vacunado.

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

A la exploración inicial BEG, afebril, PA 114/76, bien hidratada y perfundida. Delgada. ACP: sin alteración. Abdomen: Blando, depresible, no dolor a la palpación. No palpación de masas o visceromegalias palpables. EEII: No edema ni signos de TVP. Pulsos pedios presentes y simétricos.

En análisis en Urgencias destaca Hb 9,5. VCM 83,8. Leucocitos 2.500 (1.200N).

Plaquetas 115.000. Bilirrubina 3,4.

Bilirrubina directa 0,9.

En las primeras horas del ingreso desarrolla síndrome febril de 40°C con importante tiritona, hipotensión y MEG, por lo que se inicia cobertura antibiótica empírica con piperacilina/tazobactam en espera de resultado de cultivos (que finalmente son negativos). Se solicita análisis de control que muestra empeoramiento de pancitopenia con anemia hasta Hb 7,3. Leucocitos 1.600. Neutrófilos 700. Plaquetas 58.000. Morfología: No celularidad inmadura. Anisocitosis moderada e hipocromía leve, se observan neutrófilos con hiposegmentación y trombopenia confirmada. LDH 694. Proteinograma con aumento de porcentaje gamma de 29% (10-18) sin apreciarse pico monoclonal. Autoinmunidad negativa para antimúsculo liso, antimitocondriales, anticélulas parietales gástricas, antitransglutaminasa y ANA. TSH normal. La serología es negativa para VIH, VHB, VHC, Brucella, Chlamydia pneumoniae, Legionella, Mycoplasma, Coxiella burnetti y Parvovirus.

Se solicita ecografía abdominal que informa de esplenomegalia homogénea (151 X 88 mm) y posterior TAC toracoabdominopélvico que objetiva severa esplenomegalia homogénea de 18 cm de diámetro máximo, sin apreciarse adenopatías patológicas. Informan de derrame pleural bilateral, que se halla en contexto de ICC secundaria a aporte extra de fluidos en contexto de fiebre e hipotensión. Se realiza ETT posterior que es normal y radiografía de tórax de control sin hallazgo.

Ante los hallazgos de pancitopenia, fiebre, esplenomegalia, pérdida de peso y sudoración nocturna, se obliga a descartar proceso linfoproliferativo además de enfermedades infecciosas de presentación atípica. Se comenta el caso con Hematología y se realiza biopsia de médula ósea en cresta ilíaca. En la muestra de hematología informan de buena representación y correcta maduración de las tres líneas sin rasgos displásicos significativos, sin observarse signos de infiltración por linfoma, parásitos, hemofagocitosis ni metástasis. Inmunofenotipo: sin patología linfomatosa. En Anatomía Patológica informan de: ligera hiper celularidad con maduración adecuada de series. No fibrosis. De forma dispersa se identifican estructuras basófilas puntiformes intracitoplasmáticas (macrófagos) con morfología concordante con Leishmanias. Tras el hallazgo, se inicia tratamiento con anfotericina B iv hasta completar 20 días, puesto que presentó leucopenia y picos febriles de



forma tardía una vez iniciado el tratamiento. Los corticoides se suspendieron durante el ingreso. Además fue necesaria la transfusión de concentrados de hematies y FSC-G por neutropenia grave durante la estancia hospitalaria. La paciente presenta mejoría clínica, sin fiebre sin astenia ni dolor abdominal, y analítica con mejoría de anemia hasta Hb 9,5. Leucocitos 4.000.

Neutrófilos 1.800. Plaquetas 180.000 y normalización de Bb. Ecografía abdominal de control similar a previa sin nuevos hallazgos. Es dada de alta con su tratamiento habitual salvo el zamene que se suspende.

DISCUSIÓN

Cerca de 200.000 casos fueron reportados por la OMS en 2015, cifra infraestimada, sobre todo en el continente africano. La transmisión es considerada zoonótica siendo el mayor reservorio el perro doméstico. Es transmitida por moscas de arena que incluyen más de diez especies del género flebótomo.

En Europa, tan sólo 1 de cada 30 pacientes con infección por LV posee manifestaciones clínicas, permaneciendo el resto asintomáticos. El patrón clínico más característico es el conocido como kala-azar. Con un periodo de incubación de pocas semanas a años, la clínica predominante es inespecífica (malestar, fiebre, pérdida de peso, esplenomegalia, disconfort abdominal...), subaguda y con lenta progresión. En fases avanzadas puede aparecer caquexia, hipoalbuminemia y edema. En la analítica nos encontraremos hallazgos también poco específicos como citopenias, fallo renal o hipergammaglobulinemia. La anemia suele ser normocítica y normocrómica y es resultado de supresión de la actividad de la médula ósea por ocupación de los parásitos, hemólisis e hiperesplenismo. Una anemia severa al igual que una ictericia franca empeora el pronóstico.

El diagnóstico definitivo de LV requiere una demostración del parásito en frotis o cultivo. La aspiración de médula ósea es el método diagnóstico de elección y el más seguro. Otra opción es la aspiración esplénica con un riesgo no despreciable de hemorragia y perforación visceral. La serología (IFI y ELISA) es útil cuando la histopatología no sea concluyente o en regiones endémicas con acceso limitado a pruebas diagnósticas más específicas. La infección por LV estimula una intensa activación policlonal de células B permitiendo una producción amplia de anticuerpos.

En ausencia de tratamiento, la tasa de mortalidad supera el 90%. La elección del fármaco va a depender del coste, la disponibilidad y las resistencias existentes en distintas áreas geográficas. La identificación de la especie no será necesaria para esta decisión. En nuestra zona, la anfotericina liposomal será el fármaco de elección, siendo su alternativa terapéutica la miltefosina.

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

BIBLIOGRAFÍA

1. CARYN BERN. *Visceral leishmaniasis: Clinical manifestations and diagnosis*. Peter F Weller (Ed). Uptodate (2019).
2. CARYN BERN. *Visceral leishmaniasis: Treatment*. Peter F Weller (Ed). Uptodate (2019).
3. CARYN BERN. *Visceral leishmaniasis: Epidemiology and control*. Peter F Weller (Ed). Uptodate (2019).



CC-11. SCHWANNOMA EN PACIENTE CON MUTACIÓN SDHA

M. Cartas Verdugo⁽¹⁾, D. M. Lara Doblas⁽¹⁾, C. Casado Delgado⁽¹⁾,
P. Miján Caño⁽¹⁾, M. I. Espinosa Monroy⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro.
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

INTRODUCCIÓN

El schwannoma (neurilemoma) es un tumor neurogénico benigno de lento crecimiento que se origina en la vaina de Schwann de los nervios periféricos. Afecta por igual a ambos sexos y predomina en la tercera y cuarta década de la vida. En la mayoría de las ocasiones, son asintomáticos y su diagnóstico se realiza de forma accidental por pruebas de imagen. La escisión quirúrgica radial mediante toracotomía o videotoracosopia (VATS) es el tratamiento de elección, siendo su recurrencia muy poco frecuente y con un excelente pronóstico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 63 años, sin alergias conocidas. No hábitos tóxicos. Como único antecedente de interés, dislipemia en tratamiento con simvastatina. No HTA ni DM. Niega antecedentes quirúrgicos. Situación basal: IABVD. Trabaja en una cooperativa de ajos.

Como antecedentes familiares a destacar, tiene una sobrina con paraganglioma mediastínico y mutación SDHA. Hija con hiperplasia suprarrenal congénica (mutación 21-OH), otra hija con mutación SDHA. Hermana con mutación SDHA asintomática. Otros dos hermanos sanos.

Es derivada desde atención primaria a la consulta de neumología por presentar en el último año cuadros frecuentes de bronquitis con hiperreactividad bronquial.

La paciente refiere en el último año, al menos cuatro episodios con tos y escasa expectoración, y autoescucha de sibilantes en alguna ocasión siendo tratada desde atención primaria con broncodilatadores, corticoides y antibioterapia. Actualmente asintomática, niega dolor torácico o disnea. No ha presentado tos en las últimas semanas.

A la exploración física, BEG, eupneica en reposo y afebril. SatO₂ 97% basal. Consciente y orientada en las tres esferas. Normocoloreada, normohidratada y normoperfundida. A la AC: tonos rítmicos con buena frecuencia sin escucha de soplos. AP: MVC sin ruidos añadidos. ABD: blando y depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni megalias. EEII sin edema ni signos de TVP.

Como primeras pruebas complementarias se solicitó una radiografía simple de tórax y una espirometría que mostraron los siguientes hallazgos: Espirometría (15/12/2015): FVC 67.9 %; FEV₁ 75 %; FEV₁/FVC 75.

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

TBD POSITIVO. DLCO 88%.

Rx tórax (15/012/2015): elevación diafragmática derecha anterior. Imagen de aumento de densidad retrocardíaco, dudoso en lateral.

Análisis: Hb 14.4, leucocitos 5700, Neutrófilos 3.3%, plaquetas 257000, Creatinina 0.80, glucosa 97, colesterol total 169, GOT 21, GPT 14, Hb glicada 5.8, Na 142, K 4.0. Cromogranina dentro de límites normales. Niveles de metanefrinas y catecolaminas plasmáticas y en orina de 24 horas dentro de rango de la normalidad.

Ante el hallazgo en Rx tórax se amplió estudio con TAC tórax que fue informado como tumoración redondeada, heterogénea, con zonas internas hipodensas, de localización paravertebral en LII, de aprox. 5.3 x 4.7 cm, que asocia un aumento de densidad alrededor en probable relación con neumonitis secundaria. Engrosamiento peribroncovascular basal izq. No nódulos ni otras masas pulmonares. No semiología radiológica de derrame pleural. Adenopatía calcificada mediastínica en cadena prevascular. No adenopatías mediastínicas, hiliares o axilares de tamaño significativo.

Se solicitó PET-TC en el que se describió una tumoración paravertebral izquierda desde D8-D10 con SUVmax 7.1, que mide 4.9 x 4 x 5.8 cm.

Se derivó a la paciente a Cirugía torácica del Hospital de Albacete donde se realizó extirpación de la de la masa mediante VATS, enviando la pieza quirúrgica para estudio anatomopatológico en el que se obtuvo el diagnóstico definitivo de schwannoma (células fusiformes con límites citoplasmáticos mal definidos, núcleos ovals, ondulados, agrupados en haces. En la periferia está delimitada por una cápsula de tejido conectivo. Las células mostraron positividad para la proteína S-100).


Ante los antecedentes familiares de la paciente y el diagnóstico definitivo, se solicitó estudio genético en el que se confirmó que la paciente era portadora de la mutación c.1754G>A/p.R585Q en SDHA.

DISCUSIÓN

Los tumores neurogénicos representan el 19-39% de todos los tumores mediastínicos y se desarrollan a partir de nervios periféricos, ganglios simpáticos y parasimpáticos y restos embrionarios del tubo neural. Son más frecuentes en el compartimento posterior del mediastino (90%).

El schwannoma, o también conocido como neurilemoma es un tumor neurogénico, encapsulado y de lento crecimiento que se origina en la vaina de Schwann de los nervios periféricos. Frecuentemente son tumores benignos, únicos que miden generalmente menos de 5 cm y esporádicos aunque pueden aparecer relacionados, generalmente como múltiples schwannomas, como parte de la Neurofibromatosis tipo 2 o schwannomatosis, en cuyo caso suelen tener curso más agresivo y de carácter más maligno. Afecta por igual a ambos sexos y predomina en la tercera y cuarta década de la vida. Su localización





más frecuente es en cabeza y cuello, superficies flexoras de las extremidades y con menor frecuencia en el mediastino y retroperitoneo. La mayoría de los tumores neurogénicos intratorácicos se originan en el mediastino posterior. Generalmente es asintomático y se descubre en las pruebas de imagen de forma incidental. En caso de presentar síntomas, estos son por compresión de estructuras adyacentes, pudiendo aparecer dolor torácico, tos, disnea y ocasionalmente síndrome de vena cava, síndrome de Horner o síndrome de Pancoast. En cuanto al diagnóstico, se debe realizar preferentemente una RM o TAC que aporta información sobre la localización, tamaño y compromiso de estructuras próximas. Radiológicamente son prácticamente indistinguibles con los neurofibromas con los que se debe hacer el principal diagnóstico diferencial. En las pruebas de imagen se describen como tumores bien delimitados presentado en raras ocasiones calcificaciones, si bien no existen características radiológicas específicas ni patognomónicas. En ocasiones, la ecografía puede ser útil si se demuestra continuidad de la lesión con un nervio, se muestra como una masa sólida hipocogénica, a veces heterogénea, vascularizada y bien definida. Dado su pleomorfismo, el uso de la PAAF no aporta datos concluyentes para el diagnóstico. La extirpación quirúrgica completa mediante toracotomía o videotoracosopia (pudiendo estar contraindicada esta última en tumores mayores de 6 cm), con márgenes negativos es el único tratamiento definitivo para este tipo de tumor.

El diagnóstico definitivo vendrá dado por el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica que muestra tumores bien encapsulados formados por células fusiformes con núcleos alargados. Es característica la combinación de áreas hiper celulares (patrón Antoni tipo A) e hipocelular (Antoni tipo B) y es típica la presencia de necrosis, hemorragia y degeneración quística. En la inmunohistoquímica es frecuente la positividad de la proteína S-100, marcador del tejido derivado de la cresta neural. El pronóstico de los schwannomas benignos es favorable y la complicación más frecuente es la recurrencia local que aparece en aproximadamente el 5-10%.

Respecto a la mutación genética que presenta la paciente y familiares se han descrito distintas mutaciones en los genes que codifican diferentes subunidades del complejo de enzimas SDH, que se han relacionado con el feocromocitoma y paraganglioma hereditario. Dichos genes son *SDHA*, *SDHB*, *SDHC*, y *SDHD* que codifican las cuatro subunidades (A, B, C, D) de la enzima mitocondrial SDH. Un quinto gen nuclear, *SDHAF2* (también conocido como *SDH5*), codifica una proteína que se requiere para la aromatización de la subunidad SDHA. En conjunto, éstos son conocidos como los genes *SDHx*, y se cree que funcionan como genes supresores de tumores. Se han descrito cinco síndromes de paraganglioma hereditarios *SDHx* con diferentes mutaciones en cada tipo. Todas ellas presentan una herencia autosómica

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

dominante (AD) y penetrancia variable. *En cuanto a la mutación en el gen SDHA de nuestro caso, aparece en el síndrome paraganglioma 5 (PLG5). Mutaciones en el gen SDHA explican en torno al 3% de los casos de F/PGL aparentemente esporádicos y los portadores de dicha mutación pueden desarrollar dichos tumores en cualquier localización.*

BIBLIOGRAFÍA

1. MENAL MUÑOZ P, GARCÍA TIRADO FJ, RIVAS DE ANDRÉS JJ. *Arch Bronconeumol.* 2011 Jul;47(7):374- 5.
2. GARCÍA MARÍN A, MARTÍN GIL J, BERNARDOS GARCÍA LE ET AL. *Cir Esp.* 2011 Nov;89(9):627-8
3. SARA MUÑOZ CH. *Revista Chilena de Radiología.* Vol. 9 N° 3, año 2003; 124-136
4. ROSENOVA IVANOVA R, DE MINGO ALEMANY C, MORENO MACIÁ F, ET AL. *Rev Esp Endocrinol Pediatr* 2018; Volumen 9. Edición 1
5. NELLY BURNICHON, JEAN-JACQUES BRIÈRE, ROSSELLA LIBÉ ET AL. *Hum Mol Genet.* 2010 Aug 1; 19(15): 3011–3020.
6. JAMES M GILCHRIST, JOHN E DONAHUE. *Peripheral nerve tumors.* En: JEREMY M. SHEFNER, ROBERT MAKI (Ed.), UpToDate (2019).
7. *Cáncer Hereditario.* 3ª Edición. Sociedad española de Oncología médica (SEOM). Módulo III, Aspectos clínicos de la predisposición hereditaria a tumores endocrinos y neuroendocrinos. ISBN: 978-84-09-10462-8



CC-12. TODO UN DOLOR DE CABEZA

C. Casado Delgado⁽¹⁾, D. M. Lara Doblas⁽¹⁾, M. Cartas Verdugo⁽¹⁾,
M. I. Espinosa Monroy⁽¹⁾, P. Miján Caño⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, Hospital General La Mancha Centro.
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 80 años que consulta por cefalea, náuseas y sensación de giro de objetos. Como antecedentes personales de interés presentaba intolerancia a tramadol, hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva, dislipemia, enfermedad renal crónica estadio 3 de probable causa multifactorial, broncopatía crónica con bronquiectasias desde 2005 e hiperreactividad bronquial. Había tenido varios ingresos hospitalarios por neumonía adquirida en la comunidad. Artritis reumatoide de larga evolución con necesidad de tratamiento inmunomodulador, modificado en múltiples ocasiones por intolerancia o falta de respuesta. Actualmente en tratamiento con esteroides y metotrexate (Mtx). Inmunodeficiencia común leve con IgA normal. Anemia macrocítica leve probablemente multifactorial. Neuropatía óptica isquémica anterior de ojo izquierdo que cursó con amaurosis en junio de 2018 con desarrollo posterior de hemorragias en astilla que se asoció a patología glaucomatosa o proceso inflamatorio.

La paciente ingresó el mes previo por cefalea, náuseas y sensación de giro de objetos. En la exploración física no presentaba focalidad neurológica asociada. Se le realizó estudio mediante análisis, pruebas de imagen, que incluyeron TAC craneal y abdominal, y endoscopias, estas última descartaron el origen digestivo del cuadro. Valorada por Otorrinolaringología se eliminó la sospecha de que la causa de la sensación de giro de objeto y náuseas fuera otológica. Con los resultados del TAC cerebral que revelaban leucoencefalopatía e infartos lacunares, y ocupación prácticamente completa del seno frontal izquierdo, se orientó la sinusitis como causa de la cefalea, iniciándose tratamiento empírico con levofloxacino y siendo alta a domicilio.

A las 72 horas tras el alta, reingresa por empeoramiento de la clínica. En esta ocasión, además de la cefalea, presentaba desorientación temporoespacial y disminución del nivel de conciencia. Se había mantenido afebril. Se encontraba con regular estado general, alerta, aunque bradipsíquica. Habla disártrica, anisocoria (conocida) y un facial gestual derecho. Además disimetría en la maniobra dedo nariz derecha (izquierda no valorable) y un reflejo cutáneo plantar flexor. Respecto a las pruebas complementarias, el análisis a su ingreso destacaba una anemia normocítica normocrómica, leucocitos $8700 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ con 7000 neutrófilos. Plaquetas y coagulación dentro de valores normales, urea 78 mg/dl y creatinina 1,50 mg/dl con

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

electrolitos sin alteraciones, hiperglucemia e 169 mg/dl, GOT y GPT dentro de rango, PCR 2.8 mg/dl. La gasometría venosa era anodina al igual que el sedimento de orina. Además, se solicitó nuevo TAC cerebral que mostraba como diferencia respecto a los previos, marcado edema de pedúnculos cerebelosos. También se realizó punción lumbar con estudio bioquímico, citológico y microbiológico, el cual confirmó datos de irritación meníngea con hiperproteíorraquia, pleocitosis mononuclear y consumo de glucosa. Siendo la citología y microbiología negativa. Se realiza PCR múltiple, (FilmArray®) con resultado positivo para *Listeria monocytogenes*. En este momento se inicia tratamiento con ampicilina y gentamicina, asociado a corticoides para mejorar la permeabilidad de la barrera hematoencefálica. Posteriormente se realizó RMN cerebral evidenciándose signos de encefalitis frontobasal y frontoparietal derecha, cerebritis/romboencefalitis inespecífica, con probables microabscesos milimétricos supra e infratentoriales de predominio cerebeloso, compatible con la sospecha establecida. Siendo la situación clínica inicial comprometida, tras comenzar la antibioterapia, presentó una excelente evolución clínica, con normalización del nivel de conciencia. Como complicación leve inicial se objetivó una disfagia a líquidos transitoria, que finalmente recuperó. La paciente cumplió una semana con gentamicina IV y 6 semanas tratamiento con ampicilina IV. Previo al alta, se comprobó la buena evolución radiológica del proceso con RM de control. Respecto al tratamiento inmunomodulador de la paciente se suspendió el metotrexate y se mantuvieron los esteroides. En las revisiones sucesivas en consulta de Medicina Interna presentó muy buena evolución clínica encontrándose en su situación basal.

DISCUSIÓN

Listeria monocytogenes causa infección más frecuente en niños < 1mes y adultos > 50 años, en la mujer embarazada, en situaciones de depresión de la inmunidad celular (tratamiento con corticoides, trasplante de un órgano, sida, neoplasia hematológica o terapia anti- TNF), en situaciones de sobrecarga de hierro (hemocromatosis) y en la cirrosis hepática. El periodo de incubación va desde 1 a 70 días. A grande rasgos, la infección puede cursar en forma de gastroenteritis febril (más frecuente), infección localizada (cutánea, endoftalmítis, artritis o endocarditis entre otras) o enfermedad invasiva. La manifestación del sistema nervioso central más común es la meningoencefalitis. La cerebritis, que con poca frecuencia progresa hacia un absceso cerebral, y la rombencefalitis (encefalitis del tronco cerebral) son menos comunes. La meningoencefalitis varía desde una enfermedad leve con fiebre y cambios en el estado mental hasta un curso fulminante con coma. La mayoría de los adultos con esta afectación tienen una enfermedad subaguda, con especial interés en que asociado a



parálisis de nervios craneales, pleocitosis linfocítica, aumento de la proteína del líquido cefalorraquídeo (LCR) y bajo nivel de glucosa puede simular una meningitis tuberculosa o micótica. Los síndromes de meningitis y cerebritis pueden ocurrir en el mismo paciente. La presentación clínica de la cerebritis varía desde fiebre y dolor de cabeza hasta hemiplejía, que se asemeja a un derrame cerebral. La rombencefalitis a menudo sigue un curso bifásico, que comienza con cefalea, fiebre, náuseas y vómitos, seguida en varios días de parálisis de los nervios craneales, ataxia, temblor y otros signos cerebelosos, disminución de la conciencia y posiblemente convulsiones y hemiparesia desarrollando casi la mitad de pacientes insuficiencia respiratoria. El diagnóstico diferencial de la rombencefalitis incluye una gama de enfermedades infecciosas y no infecciosas [30]. Respecto al diagnóstico, el análisis del líquido cefalorraquídeo muestra una pleocitosis, que va del 100% polimorfonucleares al 100% de células mononucleares. La listeria es la única causa de meningitis bacteriana (no tuberculosa) en la que se puede observar un número considerable de linfocitos (> 25 por ciento) en el recuento diferencial de LCR en ausencia de terapia con antibióticos, además de hiperproteínorraquia y consumo de glucosa. En la tinción de Gram del LCR, puede confundirse con un estreptococo, un enterococo o un difterioide, por lo que el aislamiento de un difterioide debe alertar sobre que en realidad se trate de una Listeria. La imagen de resonancia magnética (RM) es más sensible que la tomografía computarizada (TC) para la detección de lesiones de Listeria en el cerebelo, el tronco cerebral y la corteza. Se recomienda la RM con contraste en todos los pacientes con meningitis listerial, pacientes con bacteriemia listerial y signos o síntomas del sistema nervioso central, y pacientes con sospecha de listeriosis intracraneal. En cuanto al tratamiento consiste en ampicilina 200/300 mg/kg/día sola o asociada a gentamicina 5- 7 mg/kg/día (durante la primera semana) en caso de infección del SNC, endocarditis o existencia de inmunodepresión. Dos semanas de tratamiento en caso de bacteriemia aislada, 3 semanas en meningitis, de 4 a 6 semanas en la endocarditis y más de 6 semanas en caso de rombencefalitis, abscesos cerebrales o focalidad neurológica (probables microabscesos).

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

BIBLIOGRAFÍA

1. CHARLIER C, PERRODEAU É, LECLERCQ A, ET AL. Características clínicas y factores pronósticos de la listeriosis: el estudio prospectivo nacional de cohorte MONALISA. En: *Lancet Infect Dis* 2017; 17: 510.
2. J. MENSA, J.M. GATELL, J.E. GARCÍA- SÁNCHEZ, E. LETANG, E. LÓPEZ- SUÑÉ, F. MARCO. Tratamiento de las infecciones producidas por microorganismos específicos. En: *Guía de terapéutica antimicrobiana*. 27ª edición. Barcelona: Antares; 2017. 281- 556.
3. LORBER B. Listeria monocytogenes. En: *Principios y Práctica de Enfermedades Infecciosas*, 7ª ed, Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (Eds), Churchill Livingstone, Philadelphia 2010. p.2707.
4. LORBER B. Listeriosis. En: *Clin Infect Dis* 1997; 24: 1.
5. MYLONAKIS E, HOHMANN EL, CALDERWOOD SB. Infección del sistema nervioso central con Listeria monocytogenes. Experiencia de 33 años en un hospital general y revisión de 776 episodios de la literatura. En: *Medicina* (Baltimore) 1998; 77: 313.
6. LAVETTER A, LEEDOM JM, MATHIES AW JR, ET AL. Meningitis due to Listeria monocytogenes. A review of 25 cases. En: *N Engl J Med* 1971; 285:598.
7. MORAGAS M, MARTÍNEZ-YÉLAMOS S, MAJÓS C, ET AL. Rhombencephalitis: a series of 97 patients. En: *Medicine* (Baltimore) 2011; 90:256.
8. CHARLIER C, POIRÉE S, DELAVAUD C, ET AL. Imagenología de la neurolisteriosis humana: estudio prospectivo de 71 casos. En: *Clin Infect Dis* 2018; 67: 1419.



CC-13. AMILOIDOSIS SECUNDARIA CON AFECTACIÓN MULTIORGÁNICA

A. Castelo Loureiro⁽²⁾, C. Díaz Pedroche⁽¹⁾, J. González Olmedo⁽¹⁾
*(²Oncología médica, (¹Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de
Octubre. Madrid)*

OBJETIVOS

Nos parece relevante este caso, por su excepcionalidad y la necesidad de transmitir la importancia de sospechar esta patología para poder tratarla y prevenirla.

RESULTADOS

Mujer de 71 años, con antecedente de infección tuberculosa tratada a los 15 años de edad. Presenta secuelas de cavidades apicales bilaterales y bronquiectasias, sobre este sustrato la paciente ha desarrollado infecciones recidivantes.

Acudió con saciedad precoz, dispepsia crónica, alteraciones del tránsito intestinal y síndrome constitucional con pérdida de 10 kg en seis meses. Se realizaron estudios endoscópicos y biopsias gastrointestinales sin hallazgos. Analíticamente presentó un fracaso renal agudo con proteinuria no nefrótica y anemia normocítica normocrómica arregenerativa. Se sospechó amiloidosis, por lo que se realizaron tinciones para amiloide (rojo congo y tioflavina), con resultado positivo. Posteriormente los estudios inmuno-histoquímicos revelaron positividad para amiloide AA, lo que confirmó el diagnóstico de Amiloidosis secundaria. La paciente desarrolló una colecistitis litiasica perforada, que evolucionó favorablemente con tratamiento conservador. Además sufrió una retención urinaria, que tras el sondaje comenzó a sangrar de forma intensa. Preciso tres resecciones transuretrales (RTU) hemostáticas, sondaje vesical con lavados continuos y transfusión de diez concentrados de hemáties. Se descartó la presencia de déficit de factores de la coagulación y se realizó biopsia vesical, que confirmó la presencia de amiloide AA, probando la afectación vesical de la amiloidosis. Se decidió iniciar Dimetilsulfóxido (DMSO) en lavados intravesicales y con ello se consiguió un buen control del sangrado. Se completó el estudio realizando tinciones de amiloide en biopsia de médula ósea en las que se confirmó infiltración medular.

DISCUSIÓN

Se han reportado veinte casos de amiloidosis secundaria en la literatura médica. La presentación más frecuente es la hematuria de difícil control, cediendo en algunos de los casos con DMSO. Se han propuesto como posibles desencadenantes las infecciones y las instrumentaciones urinarias. Se han descrito algunos casos de colecistitis perforada por afectación de amiloide AA. En el presente caso no fue posible demostrar causalidad.

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

CONCLUSIONES

Es importante sospechar amiloidosis secundaria, la proteinuria es un buen screening y su aplicación es útil para prevenir la enfermedad en sus fases más precoces.



TRABAJOS DE FINAL DE GRADO

TFG-1. VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE ENSEÑANZA DE ECOGRAFÍA CLÍNICA ABDOMINAL BASADO EN MENTORÍA PARITARIA

C. García de Casasola⁽¹⁾, D. Lourdo⁽²⁾, A. Martín Hernández⁽¹⁾,
M. del Río Rodríguez⁽¹⁾, A. Cortés Troncoso⁽²⁾,
G. García de Casasola⁽²⁾

⁽¹⁾Facultad de Medicina. Universidad San Pablo CEU. Hospital de Madrid-Montepíncipe. Boadilla del Monte (Madrid)

⁽²⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Parla (Madrid)

OBJETIVOS

Validar un sistema de enseñanza de ecografía clínica abdominal básica basado en “mentoría paritaria” en el que los alumnos son formadores de sus propios compañeros. Este sistema ha sido diseñado en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y adaptado a los alumnos de medicina de la Universidad San Pablo CEU (USP-CEU).

MATERIAL Y MÉTODOS

Médicos expertos en ecografía clínica forman a tres alumnos de medicina de USP-CEU (curso teórico online y 15 horas de prácticas en la que se realizan al menos 20 estudios ecográficos abdominales básicos por alumno). Tras ser evaluados, cada uno de esos tres alumnos será el mentor de otros cinco compañeros (n = 15 alumnos) e impartirán el mismo sistema de enseñanza recibido. Finalmente, a los 15 alumnos mentorizados se les realiza un examen práctico (examinador externo independiente con modelo no conocido por los alumnos).

RESULTADOS

Las puntuaciones obtenidas por los alumnos en cada una de las 17 estructuras examinadas (escala de 1 a 3) las convertimos a una escala decimal, de forma que 17 puntos se corresponden con un 0 y 51 puntos con un 10 (Tabla 1).

La puntuación máxima obtenida fue 10 puntos y la mínima de 7,94. La puntuación media obtenida ha sido $9,20 \pm 0,82$ y la mediana fue de 9,41. Ningún alumno obtuvo una puntuación inferior a 7 y sólo 2 alumnos (13,3%) inferior a 8. Obtuvieron la máxima puntuación 6 alumnos (40%).

No objetivamos diferencias significativas entre las notas globales de los alumnos del CEU con respecto a los alumnos de la UCM ($p = 0,327$).

Con respecto a la identificación de estructuras, solo detectamos diferencias significativas con respecto a la visualización del bazo y de la vesícula ($p < 0,001$ y $p = 0,04$, respectivamente).

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

CONCLUSIONES

El sistema basado en mentoría paritaria ha permitido alcanzar una adecuada formación a los alumnos participantes en un periodo de tiempo corto.

El sistema de enseñanza de ecografía clínica basado en mentoría paritaria es eficaz y podría ser implantado en cualquier universidad.

Tabla 1. Calificaciones globales obtenidas por los alumnos del CEU

Nota	Frecuencia absoluta (% frecuencia relativa)	Frecuencia acumulada (%)
7,9	2 (13,3)	13,3
8,2	1 (6,7)	20
8,5	2 (13,3)	33,3
8,8	2 (13,3)	46,7
9,4	1 (6,7)	53,3
9,7	1 (6,7)	60
10	6 (40)	100

TFG-2. CAMBIOS DE CALIDAD DE VIDA EN EL NIÑO SOMETIDO A AMIGDALECTOMÍA

C. Gómez-Pardo Torres⁽¹⁾, D. Hernández Calvín⁽²⁾

(1)Estudiante de Medicina, (2)Otorrinolaringología. Hospital Quirón Madrid. Pozuelo de Alarcón (Madrid)

OBJETIVOS

Principal: conocer si la amigdalectomía mejora la calidad de vida en los niños intervenidos.

Secundarios: conocer si la amigdalectomía provoca cambios antropométricos en niños amigdalectomizados a corto plazo. Conocer la evolución de las variables comparadas:

- Grado de calidad de vida prequirúrgica vs grado de calidad de vida postquirúrgica.
- Puntuación calidad de vida prequirúrgica vs puntuación calidad de vida postquirúrgica.
- Peso prequirúrgico vs peso postquirúrgico.
- IMC prequirúrgico vs IMC postquirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, analítico y longitudinal.

Población: 42 pacientes: 21 niños y 21 niñas de 3 a 8 años diagnosticados de Síndrome Apnea/Hipoapnea. Variables principales: Calidad de vida (QoL), peso corporal, talla, Índice de Masa Corporal.

Recogida de datos: Cuestionario de calidad de vida OSA-18.

Los datos fueron recogidos antes de la intervención quirúrgica y a los 3 meses posteriores.

RESULTADOS

Se obtuvo preoperatoriamente un 50% de pacientes con calidad de vida leve según cuestionario, 33,33% grado moderado y 16,67% grado grave, obteniéndose el 100% de los pacientes con grado leve postoperatoriamente. Igualmente, se partió con 11,9% de pacientes en estado de delgadez, 54,76% en normopeso, 9,52% con sobrepeso y 23,81% con obesidad que evolucionaron a 4,76% con delgadez, 47,62% en normopeso, 23'81% con sobrepeso y 23,81% con obesidad tres meses después. La edad de media de la muestra fue de 5 años.

DISCUSIÓN

Hay una mejoría de la calidad de vida de los pacientes que padecen SAHS al tratarles con amigdalectomía, ya que el 100% de los pacientes reducen su puntuación en el cuestionario OSA18, pasando a ser clasificados como leves en todos los casos.

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

En cuanto a las variables antropométricas, se ve a los 3 meses de la intervención un aumento de las medias de peso corporal así como en la talla y en el IMC. A los 3 meses de la cirugía disminuyeron los pacientes con delgadez y normopeso ambos en 7.14%, incrementándose el número de pacientes con sobrepeso en un 14.29% y manteniéndose el número de pacientes con obesidad.

CONCLUSIONES

La realización de amigdalectomía en niños que padecían Síndrome de Apnea/Hipopnea del Sueño mejora la calidad de vida y aumenta la ganancia pondero-estatural de éstos.

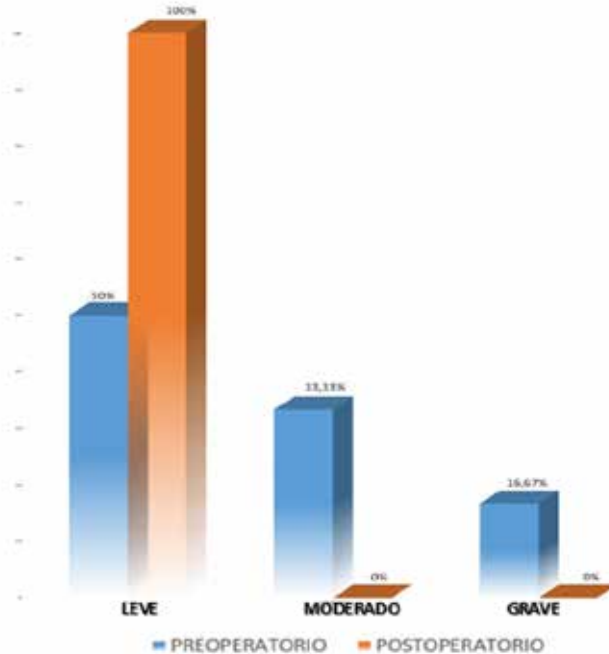
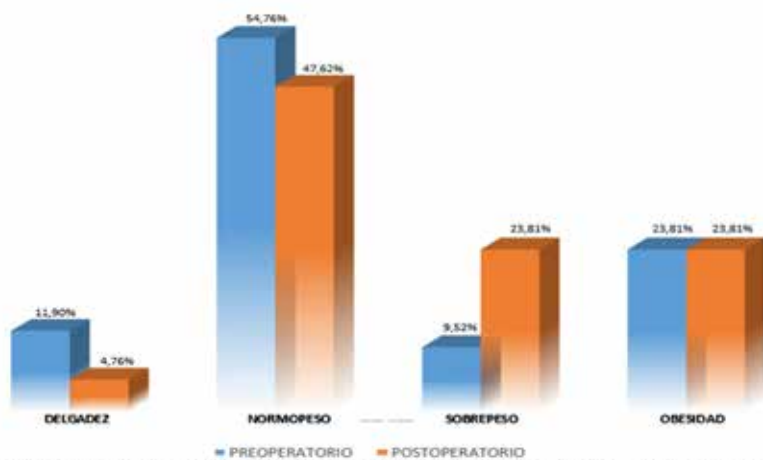


Gráfico 1. Comparativa de grados de calidad de vida antes y 3 meses después de la amigdalectomía.

Fig. 1

14 y 15 de Junio 2019
Hotel Convento Sta. Clara
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)



Gráfica 2. Evolución del IMC de los resultados preoperatorios comparados con los resultados postoperatorios (3 meses después de la amigdalectomía).

Fig. 2

XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)

TFG-3. ESTIMACIÓN DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO MEDIANTE MÉTODOS SIMPLES POR ECOCARDIOSCOPIA

D. Lourdo⁽¹⁾, A. Pérez Pérez⁽²⁾, C. Resino Sánchez⁽²⁾,
S. Manzano Varela⁽²⁾, A. Cortés Troncoso⁽¹⁾, R. González Davia⁽³⁾,
J. Blanco Cabello⁽⁴⁾, G. García de Casasola⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽³⁾Servicio de Cardiología,
⁽⁴⁾Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Infanta Cristina. Parla
Madrid

⁽²⁾Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid

OBJETIVOS

Valorar la fiabilidad del desplazamiento vertical del anillo mitral (MAPSE) , distancia E-tabique (punto e) y fracción de acortamiento-método Teicholtz realizada por médicos no cardiólogos para estimar la función sistólica del ventrículo izquierdo (FEVI).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo, de tipo transversal en el que se incluyen pacientes con edad > 18 años e indicación de cardiiorresonancia.

A todos los enfermos se les realiza antes de la cardiiorresonancia:

- 1.Ecocardioscopia por parte de un médico no cardiólogo para cuantificar el MAPSE, el punto E, la fracción de acortamiento- método Teicholtz
- 2.Ecocardiograma reglado por un cardiólogo experto para cuantificar la FEVI mediante el método SIMPSON Los ecocardiogramas reglados son realizados por un cardiólogo experimentados (ecógrafo PHILIPS iE33).

Las ecocardioscopias son realizadas un médico no cardiólogo con formación en ecocardioscopia (realización de 150 ecografías supervisadas; ecógrafo portátil Esaote MyLab Alpha).

Los estudios ecográficos deberán ser ejecutados de forma independiente por los investigadores antes de la realización de la cardio-resonancia. Ninguno de ellos tendrá acceso a la historia clínica del paciente y no deberá conocer la indicación de cardiiorresonancia ni los resultados de estudios ecocardiográficos previos.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 16 pacientes, con edad media 47.5 años; siendo un 75% varones.

La estimación de la FEVI tanto por método Teichholz como por fracción de eortamiento, en correlación con los resultados obtenidos por cardio-RM, presentó un coeficiente de correlación de Spearman mejor al comparar los resultados obtenidos por ecocardiografía reglada que en ecocardioscopia.

Sin embargo, las mediciones del punto e y el mapse estimado en la pared



lateral del VI por ecocardiografía, presentaron mejor correlación (negativa en el caso del punto e) que la obtenida por ecocardiografía reglada (tabla 1) La FEVI obtenida por método Simpson por parte del servicio de cardiología, presentó una correlación excelente con los resultados de la cardio RM (0.927, p0.0001).

CONCLUSIONES

Aunque el método más fiable para estimar la FEVI mediante ecocardiografía transtorácica es el método Simpson, el MAPSE y el punto E constituyen dos buenas alternativas y muy sencillas de realizar.

Tabla 1. Coeficientes de correlación Spearman de los diferentes métodos para estimar la FEVI

Ecocardiografía reglada punto E vs cardio-RM	- 0,53 (p=0,03)
Ecocardiografía punto E vs cardio-RM	- 0,69 (p=0,003)
Ecocardiografía reglada MAPSE vs cardio-RM	0,49 (p = 0,06)
Ecocardiografía MAPSE vs cardio-RM	0,56 (p = 0,023)

**XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA
INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA
(SOMIMACA)**





14 y 15 de Junio 2019
Hotel Convento Sta. Clara
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)



© 2019 Obra: **Libro de Comunicaciones, Casos Clínicos y TFG
XVI Congreso de la Sociedad de Medicina Interna
de Madrid-Castilla La Mancha (SOMIMACA)**

Editado por: S&H Medical Science Congress, S.L.

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio mecánico o electrónico sin la debida autorización por escrito del editor.

ISBN: 978-84-09-13086-3



SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA
**MADRID-CASTILLA
LA MANCHA**

S&H
MEDICAL
SCIENCE
CONGRESS

S&H Medical Science Congress, S.L.

C/ Espronceda, 27 - Entreplanta. 28003 Madrid

Tfno.: 91 535 71 83 • Fax: 91 535 70 52

E-mail: congresos@shmedical.es

Página Web: www.shmedical.es