

Ilustre Colegio Oficial de
Médicos de Teruel



Atalaya

MÉDICA TUROLENSE

2015

Nº 7



Presidente: Ismael Sánchez Hernández

Vicepresidente: Jesús Ángel Martínez Burgui

Atalaya Medica Turolense es el nombre de la cabecera de la revista que edita el Colegio Oficial de Médicos de Teruel. Esta revista servirá también para publicar aquellos temas que en cada momento interesen o preocupen a la profesión médica: Documentos de ética y deontología, observaciones o recomendaciones sobre aspectos asistenciales, legislación, convocatoria de premios, concursos, temas de interés médico actual, actividades colegiales, etc.

Se trata de una publicación de carácter semestral, abierta a todos los Médicos Colegiados en Teruel.

Comité Editorial:

Director: Jesús Ángel Martínez Burgui

Subdirector: Jesús Sánchez Padilla

Vocales del Colegio de Médicos de Teruel:

Sonia Sebastián Checa

Pedro I. Bono Lamarca

Beatriz Sanchís Yago

Agustín Galve Royo

Miguel Nassif Torbey

Comité Científico:

Coordinador: Jesús Ángel Martínez Burgui

José Manuel Sanz Asín (Servicio de Neurología del Hospital Obispo Polanco)

Clemente Millán Giner (Atención Primaria de Alcañiz)

Antonio Martínez Oviedo (Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco)

Carlos Izquierdo Clemente (Atención Primaria de Zaragoza)

Francisco Rodilla Calvelo (Servicio de Farmacología del Hospital Obispo Polanco)

Vicente Estopiñán García (Servicio de Endocrinología del Hospital obispo Polanco)

Rafael Saenz Guallar (Atención Primaria de Alcañiz)

José Enrique Ruiz Laiglesia (Servicio de Nefrología del Hospital Clínico)

Juan Carlos Cobeta García (Servicio de Reumatología del Hospital Miguel Servet)

Juan Antonio Domingo Morera (Servicio de Neumología del Hospital Miguel Servet)

Ivan Ulises Fernández-Bedoya Korón (Servicio de Radiodiagnostico del Hospital Obispo Polanco)

Joaquín Velilla Moliner (Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet)

Enrique Alonso Formento (Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet)

Ana Cristina Utrillas Martínez (Servicio de Cir. General y Aparato Digestivo del Hospital Obispo Polanco)

DISEÑO y MAQUETACIÓN: M.A. Cano

Edita: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Teruel

Depósito Legal TE-131-2013

ISSN 2254-2671

Indexada en LATINDEX - Folio 24152

SUMARIO

Colaboración científica

Fray Luis de Granada y Juan de Arfe. Anatomistas del Renacimiento. F. Valle

5

Revisión científica

Mordedura por víboras. A. Martínez / M^a J. Borrueal / L.J. Floria / M^a T. Espallargas / I. Burgués

9

Originales

Nuevos tratamientos en la Esclerosis Múltiple. A. González / L. Jarauta / J. Borrás / V. Caballero / F. Rodilla

Tratamiento de la Hepatitis C en la era de los nuevos antivirales. A. González / E. Garza / V. Caballero / F. Rodilla

Influencia de la vacunación antirrotaviral en la prevención de casos de gastroenteritis aguda en niños nacidos en el Sector Teruel entre los años 2011-2012. Á. Domingo

15

Notas Clínicas

Doctor, ¿otra apendicitis?. M^a J. Borrueal / A. Martínez / A. Arturo Moreno / V. Estabén

Leishmaniasis visceral en pediatría. Revisión de nuestra casuística. T. Díaz / P. Sanz / V. Caballero / L. García / N. Martín / C. Castaño

Intoxicación con dosis inusualmente altas de Paracetamol. A. Díaz de Tuesta / L. Usieto / J. Velilla / D. Lahoz

Detección casual de un paraganglioma familiar en un niño afecto de acalasia. V. Caballero / P. Sanz / A. González / T. Ojuel

Estadío final de una enferma con CIA tipo Ostium Primum sin tratamiento quirúrgico. T. Ojuel / V. Caballero / M^a C. Valdovinos

Colgajo libre de músculo gracilis para reparación de eminencia tenar en paciente electrocutado. M^a P. Muniesa / M^a T. Espallargas / L. Javier Floría

Obstrucción completa de la carótida interna diagnosticada por oftalmólogo. María Pastor / T. Perales / N. Navarro

Cefalea hípica secundaria a malformación arteriovenosa cerebral. M. León / W. Pita / V. Suárez / C. Iannuzzelli

Enfisema periorbitario tras sonarse la nariz. C. Blanco / F. Roderó / F. J. Esteban / T. Díaz

37

Diagnóstico por imagen

Sepsis meningocócica. E. C. López / I. Coscollar / C. Castaño

Luxación temporomandibular bilateral secundaria a crisis comicial. E. C. López / V. Estabén / C. López

Tendón Peroneo accesorio en corredera retromaleolar: Conflicto de espacio. A propósito de un caso. M. P. Muniesa / M. Guillén / J. M. Villalba

Calcificación en "palomitas de maíz": Signo patognomónico de Hamartoma. T. Díaz / C. López / A. Martínez

77

Celebraciones y eventos

Cursos impartidos

Celebración del Día de la Patrona

81

ESTADÍO FINAL DE UNA ENFERMA CON CIA TIPO OSTIUM PRIMUN SIN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Dra. Tania Ojuel Gros¹ / Dra. Victoria Caballero Pérez² / Dra. M^a Concepción Valdovinos Mahave³

¹ F.E.A Medicina Intensiva.Hospital Obispo Polanco. Teruel

² F.E.A Pediatría. Hospital Obispo Polanco. Teruel

³ F.E.A Medicina Intensiva.Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

Queremos presentar el estadio final de una enferma de 61 años, diagnosticada de comunicación interauricular (CIA) tipo ostium primun a los 48 años. La CIA es la cardiopatía congénita más frecuente en el adulto. Los mínimos hallazgos tanto en la exploración física como en los síntomas durante las primeras 2 - 3 décadas de la vida contribuyen a un diagnóstico tardío de la enfermedad. El tratamiento precoz con cierre percutáneo o quirúrgico del defecto anatómico cuando todavía no hay evolución a complicaciones irreversibles, garantiza mejores resultados que el tratamiento médico a largo plazo. La enferma se negó a cualquier tipo de tratamiento invasivo desde el momento de diagnóstico. Mantiene durante años una aceptable clase funcional y finalmente fallece por insuficiencia cardiaca (IC) derecha.

PALABRAS CLAVE

comunicación interauricular, cardiopatía congénita, cierre percutáneo, cierre quirúrgico.

ABSTRACT

We want to present the end stage of a 61 years old woman who was diagnosed of atrial septal defect (ASD) when she was 48 years old. ASD is the most common congenital heart disease in adulthood. The subtle physical examination findings and often minimal symptoms during the 2-3 first decades contribute a delay in diagnosis until adulthood. The early transcatheter or surgery closure is recommended before the irreversible complications appear because it has better results than non invasive treatment. The patient refuse any invasive treatment since she was diagnosed. Nevertheless she keep an acceptable NYHA functional class. She finally died because of right heart failure.

KEY WORDS

atrial septal defect, congenital heart disease, transcatheter closure, surgical closure

INTRODUCCIÓN

La comunicación interauricular (CIA) es la cardiopatía congénita acianótica más frecuente en el adulto. Predomina en sexo femenino. Consiste en una comunicación entre las aurículas. Esta es normal en la vida fetal. Tras el nacimiento, los cambios de presión en la circulación provocan su cierre progresivo. En la CIA tipo ostium primun no se produce este cierre y existe un defecto en la parte baja del tabique interauricular. De este modo pasa la sangre desde la cavidad de mayor presión o AI, a la cavidad de menor presión o AD. Se mezcla sangre oxigenada con sangre sin oxigenar. Esto genera un flujo de sangre extra para el pulmón y cavidades derechas que progresivamente se irán sobrecargando dando

lugar a alteraciones como: dilatación de cavidades cardiacas con la consecuente facilidad para iniciar arritmias, embolismos e hipertensión pulmonar (HTPul).

El diagnóstico es por sospecha clínica o hallazgo casual a través de signos como soplos, arritmia auricular, cardiomegalia, BRD o síntomas como disnea, palpitaciones. Suele darse en la 2^a-3^a décadas de la vida.

En la fase final de la enfermedad se produce la situación de Eisenmenger. Es una inversión de flujo de cavidades derechas a izquierdas por equiparación de presión de la presión arterial pulmonar con la sistémica con la consecuente hipoxemia y cianosis.

El tratamiento de elección es su cierre por cateterismo percutáneo mediante un dispositivo ocluser, siendo la cirugía cardiaca la segunda opción. En adultos la indicación para cierre anatómico precoz es una presión sistólica en arteria pulmonar ≤ 70 mmHg y una relación entre gasto pulmonar y sistémico $\geq 1,7$ l/min.

ANTECEDENTES PERSONALES

Sin alergias medicamentosas conocidas.

Sd. Ansioso depresivo. Hipotiroidismo subclínico.

En 2001 con 48 años se diagnostica por primera vez de CIA tipo ostium primun cuando ingresa por palpitaciones. El ECG muestra ritmo de fibriloflutter, bloqueo de rama derecha (BRD) y hemibloqueo anterosuperior izquierdo (HBASI). La ecocardiografía transtorácica (ETT) describe CIA tipo ostium primum, VI pequeño sin hipertrofia y buena contractilidad global, IM moderada, cavidades derechas dilatadas e HTPulmonar 53 mmHg. Se propone estudio angiográfico en vistas a orientar tratamiento, pero la enferma se niega. Se inicia entonces tratamiento médico sintomático con el cual mejora y se le da de alta. Durante el ingreso es valorada por psiquiatría por sd. de ansiedad. Unos meses después, se realiza intervención quirúrgica con laminectomía D4 - D7 por angioliopoma benigno. Sufre hemorragia en postoperatorio que le provoca una paraplejía residual. No queda reflejado en la historia clínica porque la paciente accede a una intervención de columna, siendo que niega actitud invasiva para valoración de la cardiopatía, ni tampoco porque no se realiza un estudio preoperatorio más completo por el riesgo anestésico. Creemos que al ser dicha intervención en otro hospital, se pierde la información al no estar informatizadas las historias clínicas en aquel momento.

En 2005 ingresa en M. Interna con diagnóstico de bronquitis aguda y es valorada de nuevo por psiquiatría por exacerbación de su trastorno ansioso depresivo. Es dada de alta por evolución favorable.

La paciente no cumple seguimiento en consultas de cardiología durante los años previos y no consta en historia el motivo. Suponemos que

no acude por estar asintomática

En 2014 vuelve a ingresar en M. Interna por IC descompensada. La ETT describe ya derrame pericárdico aunque sin compromiso hemodinámico, severa dilatación de ambas aurículas que ya se comportan como cavidad única con importante reflujo a través de válvula mitral y tricúspide e importante dilatación del VD e HTPulmonar con PSP 110 mmHg. A pesar de estos datos, no consta en la historia que se propusiera de nuevo estudio hemodinámico y de nuevo una vez compensada con medicación la enferma es dada de alta.

DESCRIPCIÓN

Motivo de ingreso en UCI: Mujer de 61 años. Ingresa en febrero 2015 procedente de planta de M. Interna por disminución de nivel de conciencia secundario a insuficiencia respiratoria global.

Historia actual: Presenta clínica de infección respiratoria de vías altas de unos 10 días de evolución en tratamiento ambulatorio con cefditoreno. Acude a urgencias hospitalarias por aumentar disnea y mantener febrícula 37,7°. Se observa taquipnea, HTA: 120/70 mmHg y SatO₂ 91% basal.

EF: Glasgow 10. Pupilas medias y reactivas. Discreta cianosis acral con palidez cutánea. Caquexia. Taquipnea basal. Ingurgitación yugular +. AC: Tonos arrítmicos con soplo pansistólico. AR: Roncus y crepitantes dispersos. ABD. Blando, depresible, sin dolor y sin megalias. EEl: frías, aunque con pulsos conservados y edemas que dejan fóvea.

Pruebas complementarias al ingreso:

Gases arteria: ph 7,33. pO₂ 59 mmHg. pCO₂ 63 mmHg. HCO₃ 33,2mmol/L. Bioquímica: Glucosa 114 mg/dl. Urea 45,7 mg/dl. Creat. 0,6 mg/dl. Na 141 mEq/L. K 4,6 mEq/L. GOT 46 IU/L. LDH 760 IU/L. PCR 58 mg/L. PCT < 0,5 ng/ml. Hemograma: Leucocitos 11250. Neutrófilos 77%. Hg 15,7 g/dL. Hto 48%. Plaquetas 131000. Coagulación: TP 18,4 seg. AP 48%. INR 1,68. TTPa 44 seg.

Radiografía tórax: Cardiomegalia de predominio derecho más derrame pericárdico. Botón aórtico calcificado. Aumento de calibre de hilios y vasos pulmonares centrales con descenso de

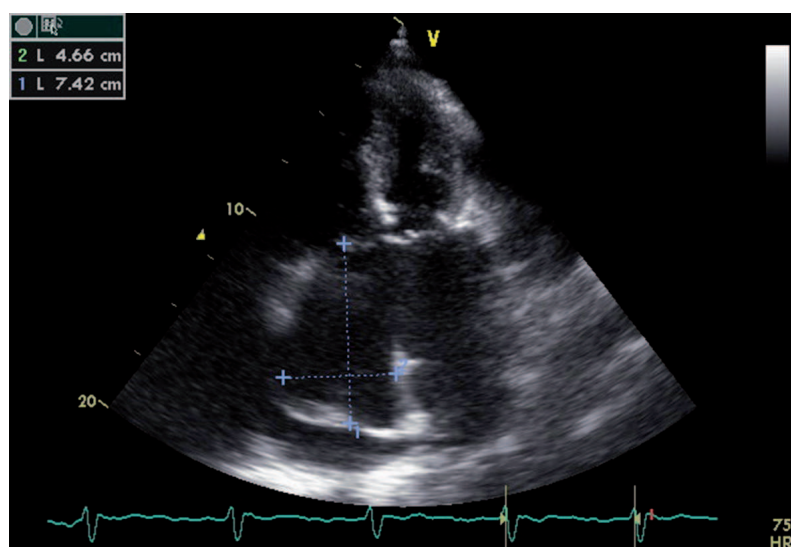
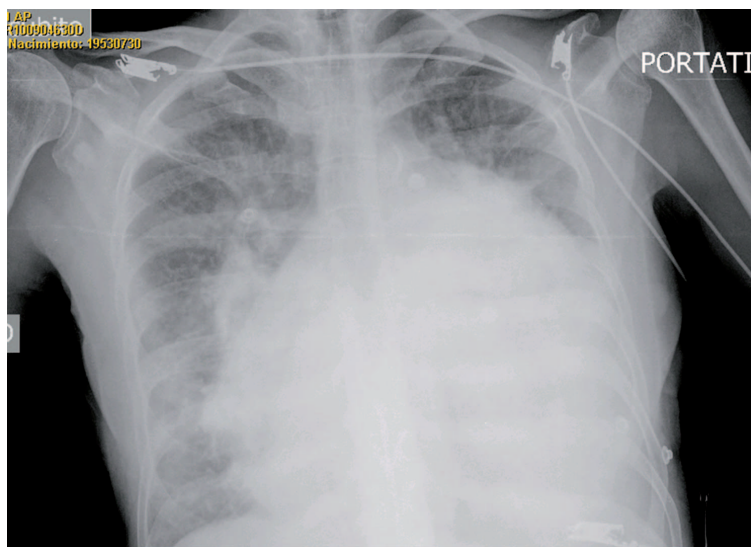


Fig. 1. Imagen en árbol podado. Solución de continuidad, severa dilatación biauricular.

vascularización en la periferia pulmonar (imagen en árbol podado) (Fig. 1).

ECG: FA a 68 lpm, bloqueo bifascicular con BRD y hemibloqueo de la subdivisión anterior izquierda. Desviación extrema del eje.

ETT: CIA tipo Ostium Primum. Solución de continuidad amplia del septo interauricular a nivel basal y medio. Severa dilatación biauricular que se comporta como cavidad única, ver figura 1. Cavidad ventricular izquierda con DTD 25 mm. VD con DTD 25 mm, hipertrófico 12 mm y ligeramente hipocontráctil. No se detecta cleft mitral ni tricuspídeo (Fig. 2). VI que colapsa en sístole y con hipertrofia concéntrica moderada (S y PP 16 mm). Movimiento anómalo del septo interventricular probablemente en relación a sobrecarga derecha (Fig. 2). Buena contractilidad global con función sistólica conservada. Fibrosis de los velos valvulares de la válvula mitral con insuficiencia mitral grado II. Válvula aórtica normal. Insuficiencia pulmonar grado I. Hipertensión pulmonar severa. PAP 109 mmHg. Gte VD – AD 95 mmHg. Cava inferior dilatada. Derrame pericárdico anterior, posterior y lateral sin colapso de cavidades.

Microbiología: Antígeno de legionella y pneumococo en orina; ambos negativos. PCR virus gripe A negativo. Urocultivo negativo.

DIAGNÓSTICO

Insuficiencia respiratoria global secundaria

a infección respiratoria vías altas

IC descompensada

Hipertensión pulmonar severa

CIA tipo Ostium Primum evolucionada. Situación de Eisenmenger

Derrame pericárdico crónico severo sin colapso de cavidades.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

La paciente precisó ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en modo BiPAP por hipoxemia e hipercapnia. Fue mejorando lentamente la sintomatología, recuperando nivel de consciencia con GCS 15 y optimizando discretamente la mecánica respiratoria. Sin embargo no se llega a corregir la insuficiencia respiratoria. Permanece con SatO₂ de 89 - 92% con FiO₂ 40% y pCO₂ de 70 mmHg durante la VMNI. Permaneció afebril y con función hemodinámica estable. Precisó de un manejo fino de diuréticos a dosis bajas y fluidoterapia para control de insuficiencia cardiaca derecha. Se inicia destete de VMNI tras más de 72h de tratamiento, por úlceras faciales y poco beneficio terapéutico. Dada la hipoxemia mantenida y evolución a situación de Eisenmenger, se comenta la irreversibilidad del cuadro con la familia y servicio de cardiología decidiendo alta a planta para tratamiento paliativo.

Fallece en abril de 2015.

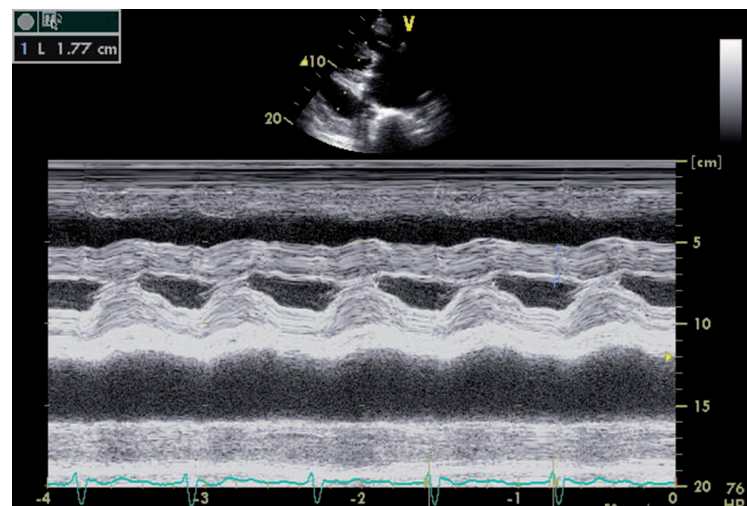
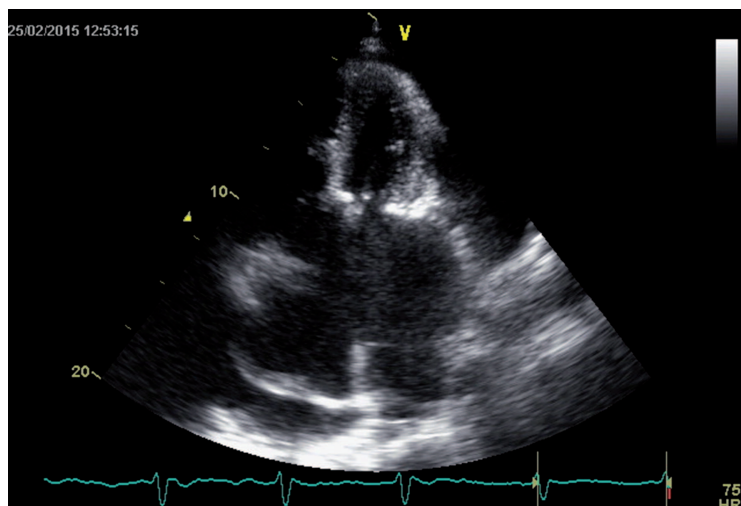


Fig. 2. Disminución de tamaño ventricular con colapso de VI en sístole e hipertrofia concéntrica moderada (S y PP 16 mm). Movimiento anómalo del septo interventricular en relación a sobrecarga derecha.

DISCUSIÓN

El interés de este caso nos parece que radica en dar conocer la evolución a estadio final de una cardiopatía congénita como la CIA tipo ostium primun. Hoy en día es una rareza gracias al tratamiento precoz de cierre del septo con clara evidencia en bibliografía revisada de aumento de supervivencia y mejoría de la calidad de vida. Nuestra enferma desde el principio rechazó cualquier tipo de tratamiento invasivo en lo que a su cardiopatía congénita respecta. Sin embargo si que se sometió a una cirugía de columna. Al no existir referencias a ello en la historia clínica deducimos que no se hizo un abordaje correcto de la patología cardíaca. Quizás no se explicó de una manera correcta la enfermedad ni tampoco se explicó con detalle las opciones de tratamiento. También pensamos que no se tuvo en cuenta el trastorno ansioso depresivo que tenía la enferma, el cual pudo interferir en la manera de afrontar la enfermedad cardíaca. A lo mejor hubiese hecho falta la ayuda del psiquiatra para orientar

y ayudar en la decisión terapéutica.

Por otro lado la enferma presenta dificultad en la valoración de su grado de disnea e IC. Además de la paraplejía y el trastorno ansioso – depresivo, hay que tener en cuenta que los síntomas derivados de la enfermedad cardíaca no siempre guardan una relación paralela con la severidad de la misma. La NYHA es una clasificación funcional de los enfermos con IC. Se basa en las limitaciones que los síntomas cardíacos provocan en la actividad física del paciente. Por tanto es una estimación subjetiva de su rendimiento y reserva funcional. Para confirmar su validez, se compara con medidas más objetivas de la capacidad funcional del individuo es decir; la máxima función fisiológica que es capaz de realizar. Las más utilizadas son la distancia recorrida en el test del paseo de los 6 minutos y el consumo máximo de O₂ (pVO₂) durante una prueba de esfuerzo, que en el caso de nuestra enferma no se pueden realizar.