

# COMUNICACIONES ORALES

## PROGRAMA DE USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS (PROA) EN UN HOSPITAL DE TAMAÑO MEDIO

García-Rodríguez JF, Bardán-García B, Peña-Rodríguez MF, Álvarez-Díaz H, Mariño-Callejo A, Sesma-Sánchez P.

MEDICINA INTERNA, UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. FARMACIA Y MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

**OBJETIVOS:** Evaluar el impacto de un PROA sobre la prescripción de Meropenem durante 2 años, hospital de 350 camas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** En 2014 se constituyó un grupo multidisciplinar que revisó y consensó guías locales de tratamiento antibiótico. En enero/2015 pusieron en marcha medidas de asesoramiento al prescriptor. Mediante un aplicativo informático identificaron cada día los pacientes que iniciaron tratamiento con Meropenem. En todos ellos se revisó la información clínica-microbiológica y se realizaron recomendaciones respecto al tratamiento antibiótico (personalmente al prescriptor o en la historia clínica electrónica). Se recogió información de forma prospectiva y protocolizada entre 15/01/15 y 31/12/16: tipo de infección, lugar de adquisición, situación clínica del paciente, justificación de la prescripción, aceptación de la intervención, días de tratamiento antibiótico, evolución, efectos adversos, días de estancia, reingresos, costes del tratamiento. Se revisaron de forma retrospectiva, como comparador, las prescripciones de Meropenem de los últimos 4 meses del 2014. La repercusión sobre el consumo de antibióticos se realizó comparando las DDD/100 estancias/día durante los años 2013-2016; la repercusión sobre el coste durante 2015-2016 en base a la diferencia de PVL entre el tratamiento con Meropenem y el antimicrobiano propuesto, cuando éste fue aceptado.

**RESULTADOS:** En los 4 últimos meses de 2014 iniciaron tratamiento con Meropenem 150 pacientes; en 2015-2016 lo hicieron 592, en los que las principales localizaciones de la infección fueron: urinaria 199, respiratoria 119, herida quirúrgica 79. Adquisición nosocomial 40,9%, asociada a cuidados sociosanitarios 39,9%, extrahospitalaria 19,3%. De los 592 tratamientos, 325 se consideraron justificados y en 267 sin una causa justificada se realizaron intervenciones sobre la prescripción: en 217 se aceptó la intervención, en 50 no. No hubo diferencias significativas entre los casos con intervención aceptada (cambio de antibiótico) y los casos con intervención no aceptada (continuación con Meropenem) en: muerte por infección (11 vs 5), reingreso (10 vs 3), efectos adversos (21 vs 3), diarrea por *C. difficile* (3 vs 1). Fueron significativas ( $p < 0,05$ ) las diferencias en: duración de tratamiento antibiótico (10,9±9,8 vs 15±8,7), coste medio del tratamiento antibiótico (95,5±205,3 € vs 231,4±559,3), días de estancia hospitalaria (17,7±16,5 vs 28,9±25,2). La indicación de tratamiento justificado con Meropenem mejoró: 44,7%/2014 a 60,9%/2016,  $p < 0,001$ . Se produjo un descenso del 30,9% en el consumo de Meropenem. El ahorro estimado fue 983.260,95 € (85.660,95 en antibióticos y 897.600 en 1.700 días de estancia potencialmente evitadas).

**CONCLUSIONES:** Mejoró la prescripción y disminuyó el consumo de Meropenem. La aceptación de la intervención conllevó un descenso en los días de tratamiento antibiótico, del coste del tratamiento y de los días de estancia, sin impacto negativo en la seguridad del paciente.

## ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CONSULTA DE CRÓNICOS DEL SERVICIO DE M. INTERNA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE FERROL (2013-2015)

Jorge Sánchez RJ, Caínzos Romero T, Gómez Buela I, Sánchez Trigo S, Sardina Ferreiro R, Bouzas Cernadas G.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE FERROL (CHUF)

**INTRODUCCIÓN:** La asistencia sanitaria a los pacientes crónicos se ha convertido en los últimos años en un tema de prioridad para los distintos sistemas de salud, poniendo de manifiesto la necesidad de modificar los modelos asistenciales para dar satisfacción a las elevadas necesidades de estos pacientes sin comprometer la sostenibilidad del sistema. Hasta la fecha, no existe un modelo único que trate de dar respuesta a este problema.

**OBJETIVO:** Describir el perfil de pacientes, la intensidad asistencial registrada y el pronóstico de los enfermos atendidos en las consultas de crónicos del Servicio de M. Interna del CHUF entre los años 2013 y 2015.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se registraron todos los pacientes atendidos en la consulta de crónicos del CHUF entre el 1/1/2013 y el 31/12/2015. Además de los datos epidemiológicos básicos se registraron: la clasificación de patologías de Ollero, la estratificación del Sergas de 31/12/2013, los índices de Barthel y de Lawton-Brody, las consultas en primaria, PACs, urgencias, consultas de crónicos y de otras especialidades médicas, ingresos hospitalarios, días de estancia y fallecidos (CMBD y Caron). Respecto de los ingresos se registraron los diagnósticos principales al alta.

Se registraron 1042 pacientes, con un promedio de mujeres del 54%, con una edad media de 81,7 años (22-99), con un tiempo medio de seguimiento de 424 días. El 6% de los pacientes nuevos procedía de primaria y un 11% de otras especialidades, siendo el principal proveedor de estas Cardiología. El 45% de los pacientes pertenecía al estrato 3, y el 39% al 2 (datos Sergas). La mediana de patologías según Ollero fue de 3 (0-6), siendo la cardiaca la más prevalente, con un 64%, seguida de la renal (35%) y la respiratoria (24%). Al final del período, se habían registrado 319 fallecimientos (mortalidad del 30,9%). Respecto de la discapacidad, el Barthel medio fue de 67,9 puntos, con un 36% de pacientes por debajo de 60. Las mujeres tenían de media 10 puntos menos en el Barthel que los hombres. Respecto de las actividades instrumentales, la media fue de 3,1 y de 2,5 puntos para hombres y mujeres respectivamente, lo que implica que el 62% de los varones y el 81% de las mujeres tenía al menos una discapacidad instrumental moderada. En cuanto a las tasas de frecuentación por paciente y 100 días de seguimiento los resultados fueron: 3,8 visitas al MAP, 0,38 al PAC, 0,50 a Urgencias, 1,48 a crónicos, 0,61 a otras consultas médicas, 0,23 ingresos médicos y 2,4 días de estancia. Un 42,5% de los pacientes ingresó al menos una vez, con una mortalidad hospitalaria del 18%. La principal causa de ingreso fue la insuficiencia cardíaca seguida por la EPOC agudizada.

**CONCLUSIONES:** El perfil del paciente atendido en crónicos del CHUF es de un paciente añoso, de predominio femenino, con discapacidad moderada, altamente complejo, con elevada frecuentación del sistema en todos sus recursos asistenciales, y con una elevada mortalidad.

## ESTUDIO DE LA FRECUENTACIÓN AL SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS PACIENTES EN SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA DE CRÓNICOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL (CHUF)

Jorge Sánchez RJ, Sardina Ferreiro, Gómez Buela I, Sánchez Trigo S, Caínzos Romero T, Bouzas Cernadas G. MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE FERROL (CHUF)

**INTRODUCCIÓN:** Desde la consulta de crónicos se interna dar una respuesta ágil a las necesidades de estos pacientes que evite las visitas al servicio de urgencias (SU) e ingresos no programados. Sin embargo, una de las carencias de la consulta para este objetivo es su horario de funcionamiento, de lunes viernes en horario de mañana, lo que dificulta una atención "no programada" en la consulta para intentar resolver estas crisis de necesidad.

**OBJETIVO:** Analizar la frecuentación a urgencias de los pacientes en seguimiento en crónicos del 4/12/2016 y el 3/3/2017, su perfil clínico, los horarios de frecuentación, el perfil del profesional asistente requerido y el resultado de dicha asistencia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Diariamente, se recibe un correo desde el servicio de informática los datos de los pacientes atendidos en crónicos en los últimos 12 meses que han acudido el día anterior al SU, junto con el servicio responsable del alta. De estos pacientes se recogieron los datos epidemiológicos básicos, su clasificación de patologías de Ollero, los índices de Barthel y Lawton Brody, la fecha de último contacto con la consulta de crónicos, el problema principal de seguimiento, el motivo de visita a urgencias, el diagnóstico al alta y el destino (domicilio o ingreso).

**RESULTADOS:** A finales de 2016, había activos en la consulta cerca de 900 pacientes. 135 acudieron al menos una vez al SU (15%), moda 1 (1-4). Un 23% acudió al SU en más de una ocasión. Se registraron 178 visitas al SU. El 72% de los pacientes procedía de la zona urbana (Ferrol, Narón, Neda y Fene). Un 43,8% de los pacientes acudió al SU por la mañana (8 a 15 h), un 37,6% por la tarde (15 a 22h) y un 18% por la noche (de 22 a 8 h). 68 eran mujeres y 67 varones. La edad media fue de 84,7 a. El Barthel medio de los pacientes fue de 70,6. El promedio de categorías (Ollero) fue de 2,2. El 74,9% de los pacientes tenían patología cardíaca, el 45,9% renal y el 25,9% respiratoria. El T medio desde el último contacto con crónicos hasta la visita al SU fue de 61 días (0-362). La principal causa de consulta fue la disnea (37,6%), seguido por el TCE (6,2%), dolor abdominal (5,6%) o torácico (3,4%). El 56,7% de las visitas acabaron valoradas por la guardia de M. Interna y un 7,3% necesitaron de otro especialista. El dx al alta fue de inf. respiratoria (18,5%), ICC (17,4%), TCE (3,4%), ITU (3,4%) y EPOC (2,8%). 88 vistas acabaron en ingreso (50%). El % de ingresos de las visitas según el turno fue de 48%, 47,7% y 58% para mañana, tarde o noche respectivamente. Por procedencia el 49% de los residentes en la zona urbana ingresó frente al 54,2% de los procedentes de la zona rural. Del total de ingresos el 28,4% fue por bronquitis aguda, el 19,3% por ICC y el 6,8% por neumonía.

**CONCLUSIONES:** Sería interesante poder comprobar si un incremento del horario de funcionamiento de la consulta y el hospital de día permite disminuir la frecuentación y los ingresos de los pacientes crónicos.

## IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN AMBULATORIA A LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Pedrosa Fraga C, Pombo Vide B, Piñeiro Fernández JC, López Reboiro M, Matesanz Fernández M. MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCIUS AUGUSTI

**INTRODUCCIÓN:** Las últimas guías de Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV) recomiendan el tratamiento ambulatorio de los pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) de bajo riesgo. Se ha demostrado que el tratamiento extrahospitalario de la TVP es seguro y eficaz, por lo que cada vez es más frecuente la implantación de protocolos que intentan seleccionar a los pacientes candidatos a este tratamiento, realizándose su seguimiento en Hospitales de Día multidisciplinarios.

**OBJETIVO:** Analizar las características de los pacientes con TVP de bajo riesgo atendidos en el Hospital de Día de nuestro servicio, si se ha seguido el protocolo establecido y si el tratamiento pautado fue el adecuado.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de TVP de bajo riesgo en Urgencias del HULA, que fueron remitidos al Hospital de Día entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016. El diagnóstico de TVP se realizó mediante Eco-Doppler. Se analizaron los datos epidemiológicos, clínicos, evolutivos y terapéuticos. El análisis estadístico se realizó con SPSS22.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 38 pacientes, 34 tenían ETV (26 TVP, 7 TVP y TEP, 1 tromboflebitis). El 53% fueron mujeres y la edad media fue de 65,53 ± 17,2 años. El IMC fue de 31,29 ± 5,73. El 58,8% de los pacientes presentaba varices. El 8,8% tenía antecedentes familiares de ETV y el 20,6% historia personal de ETV (4 TVP y 1 TEP). Se registraron 29 (85,3%) pacientes con TVP proximal y 4 (11,8%) con TVP distal. El 20,6% presentaban también TEP (3 pacientes PESI 0 y 4 pacientes PESI 1). El 44,1% fueron diagnosticados de TVP idiopática y el 55,9% de TVP secundaria; entre estos últimos el 65% tenía antecedentes de inmovilización, el 15% de tratamiento hormonal, el 15% de cirugía reciente y el 5% de viaje de larga duración. El protocolo se aplicó correctamente a 28 (82,4%) pacientes. De los pacientes que no siguieron el protocolo 4 presentaban un TEP con PESI mayor o igual a 1 (uno de ellos con flegmasia cerúlea dolens y hemorragia reciente) y 4 no presentaban TVP. Ingresaron el 17,6% (6 TEP). Todos los pacientes fueron tratados desde el Servicio de Urgencias con heparina de bajo peso molecular (HBPM) en la fase inicial. El 17,6% no recibieron tratamiento ajustado por peso. El 70,6% (24 pacientes) completó el tratamiento con HBPM, el 23,5% (8 pacientes) con anti-vitamina K (AVK) y el 5,9% (2 pacientes) con nuevos anticoagulantes (ACODS). La duración de la anticoagulación fue de 6 meses en el 55,8% (19), 3 meses en el 32,35% (11) e indefinida en el 11,76% (4). Falleció solo un paciente durante el seguimiento a largo plazo (ictus hemorrágico).

**CONCLUSIÓN:** La correcta adecuación al protocolo de atención ambulatoria a la TVP de bajo riesgo en nuestro centro, ha conseguido disminuir el número de ingresos hospitalarios, estableciéndose un tratamiento correcto, eficaz y con una muy baja tasa de complicaciones.

## ESCLEROSIS TUBEROSA EN NUESTRA ÁREA SANITARIA

Isorna M, Arévalo A, Rivera S, Verdeal R, Naveira A, Barbagelata C, Vares M, Piñeiro P, Llinares D, Rodríguez A, Freire S.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL A CORUÑA

**OBJETIVOS:** Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes adultos con esclerosis tuberosa (ET) del área sanitaria de A Coruña.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes; 18 años con ET posible o definida en nuestro área sanitaria entre los años 1999-2016. La búsqueda se efectuó a través del servicio de codificación, incluyendo posteriormente familiares de casos índice. Se recogieron variables demográficas, clínicas y de morbi-mortalidad obtenidas de su historia clínica. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 20.

**RESULTADOS:** Se identificaron 32 casos, 34,4% (11) varones, mediana de edad 40,6 años (rango 19-66, IQR 30,2-52,7), el 81,3% (26) con ET definida y el 18,8% (6) con ET posible. Aproximadamente en la mitad de los casos existía historia familiar. Sólo en 3 se realizó test genético, identificando mutaciones en TSC2, una patogénica y 2 de significado incierto. En ningún paciente fue posible analizar todas las variables por no estar reflejadas en la historia clínica o por falta de estudios. Las manifestaciones clínicas se expresan como porcentajes válidos. 90% presentaron angiofibromas, 55% fibromas ungueales, 22% máculas hipomelánicas y 21% placas de Shagreen. El 75% presentaron displasia cortical y el mismo porcentaje nódulos subependimarios (NSE), 73% epilepsia y 14% astrocitoma subependimario de células gigantes. En 11 la patología neuropsiquiátrica condicionó algún grado de dependencia. El 60% desarrolló angiomiolipomas (AML) y el 23% quistes renales múltiples. Dos pacientes presentaron linfangioleiomiomatosis y 4 rabiomiomas cardíacos. Se objetivó patología oftalmológica en 3 pacientes. Dos pacientes recibieron tratamiento con inhibidores de la m-TOR sistémicos. Aproximadamente la mitad realizaron láser CO2. Del grupo de pacientes con angiomiolipomas 17,2% precisaron tratamiento invasivo: 6,9% embolización, 3,4% resección parcial y 6,9% nefrectomía. Presentaron complicaciones renales 6 pacientes: 3 sangrado de AML y 3 trasplante renal (1 desarrolló carcinoma renal). Fallecieron 9,4% (3) pacientes. La causa del fallecimiento estuvo relacionada directamente con la enfermedad solo uno de los casos (status epiléptico).

**DISCUSIÓN:** La afectación más frecuente fue la cutánea en forma de angiofibromas, seguida de la afectación neurológica y de la renal, con angiomiolipomas en aproximadamente la mitad de los casos. Cerca del 20% de los pacientes presentaron complicaciones graves relacionadas con la afectación renal. Aproximadamente 1/3 presentaron trastornos neuropsiquiátricos que condicionan un cierto grado de dependencia.

**CONCLUSIONES:** A pesar de tratarse de una enfermedad rara, la ET es relativamente frecuente en nuestra área, existiendo casos familiares en la mitad de los pacientes. Se pone de manifiesto la importante morbilidad de esta enfermedad, lo que requiere un abordaje integral y multidisciplinar que debería corresponder al médico internista.

## UVEÍTIS DE ORIGEN TUBERCULOSO

Barcia L (1), Chouza A (1), Cortés E (2), Parafita A (3), García JC (1), Calviño L (1), Fernández-Cid C (3), Anibarro L (1)

(1) UNIDAD DE TUBERCULOSIS, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, (2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, (3) SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA (1,3). HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL, MADRID

**INTRODUCCIÓN:** El diagnóstico de uveítis de origen tuberculoso (TBU) es impreciso y se basa habitualmente en una combinación de hallazgos en la exploración oftalmológica, estudios clínicos analíticos y radiológicos. La evolución y los factores pronósticos no son bien conocidos, especialmente en países con baja y media prevalencia de enfermedad tuberculosa (TB).

**OBJETIVO:** Realizar una descripción de los pacientes diagnosticados de TBU y analizar las variables asociadas al pronóstico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión de historias de todos los pacientes remitidos a la Unidad de Tuberculosis desde 2006 con diagnóstico presuntivo de TBU. Se realizó un análisis univariado y de regresión logística binaria para conocer los factores asociados al pronóstico tras el tratamiento, tanto en la agudeza visual como en la escala inflamatoria oftalmológica SUN (Standard Uveitis Nomenclature: valores entre 0 que indica ausencia de inflamación y 4 máxima inflamación).

**RESULTADOS:** Se identificaron 39 pacientes, de los que 15 se excluyeron para el análisis (9 por historia clínica incompleta, y otros 6 porque una vez revisada la historia clínica se consideró un diagnóstico etiológico alternativo distinto a la TB). Finalmente se incluyeron 24 enfermos con 40 ojos afectados. El 62% eran varones, la edad media fue 48;10,6 años. 16 enfermos presentaban uveítis bilateral. Solo 1 enfermo presentaba leucocitosis en el momento del diagnóstico y en el 82,6% la VSG era normal (<25 mm/h). La mediana de duración de síntomas hasta el inicio de tratamiento fue de 12 semanas (rango intercuartil: 3-24 semanas). El síntoma más frecuente fue la disminución de la agudeza visual en el 87,5% de los enfermos. La localización más frecuente fue la uveítis posterior (72,9% de los ojos). 5 pacientes presentaron paunveítis. En ninguno el diagnóstico de TBU fue definitivo. Evolución: Se realizó seguimiento a 23 enfermos durante una media de 41 meses (rango:9-124) después de la finalización del tratamiento. En todos se objetivó inactivación la uveítis a la exploración oftalmológica (valor SUN=0 ó cicatrización de las lesiones coroidales), aunque en hubo recidiva. En el 62,5% de pacientes se objetivó mejoría de la agudeza visual y ausencia de recurrencia, aunque solo en el 39,1% la agudeza visual final fue igual a la unidad en ambos ojos. En el análisis por ojos, se objetivó mejoría en el 74,5%, aunque solo en el 56,4% la recuperación fue total. La ausencia de mejoría se relacionó con la duración de los síntomas  $\geq 24$  semanas ( $p=0,017$ ). La falta de recuperación total se relacionó con la duración de los síntomas ( $p=0,004$ ) y la presencia de coroiditis serpiginosa ( $p=0,048$ ).

**CONCLUSIONES:** La uveítis de etiología TB puede provocar alteraciones irreversibles en la agudeza visual, especialmente en pacientes con demora diagnóstica prolongada. Es necesaria una adecuada coordinación entre los servicios de Oftalmología y los responsables del manejo de la TB para lograr un mejor pronóstico visual.

## EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN PONTEVEDRA ¿SIGNOS DE ALARMA?

Cordovés I (1,2), Pena A (1), Barcia L (1), Chouza A (1), Encabo A (1), Álvarez MI (1) García JC (1), Luis Anibarro L (1).

(1) UNIDAD DE TUBERCULOSIS, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, (2) FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA, (1) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA, (2) FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA

**INTRODUCCIÓN:** La implementación en 1996 del Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis (PGTB) consiguió reducir de manera significativa la incidencia de esta enfermedad, que estaba históricamente entre las más altas en Europa Occidental. El desarrollo del Programa había logrado unos altos niveles de reconocimiento a nivel nacional e internacional.

**OBJETIVO:** Evaluar la incidencia de TB en el área sanitaria de Pontevedra y Salnés desde la instauración del PGTB en 1996 hasta 2015. Objetivo secundario: analizar las características diferenciadoras de TB entre pacientes con coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) respecto los no coinfectados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis de datos globales del PGTB en donde desde 1996 se realiza una búsqueda activa de casos, incluyendo los no declarados. Se analizaron las características clínicas, radiológicas, las variables asociadas al riesgo de enfermar y la situación final de los enfermos. Las cifras de población empleadas para calcular las tasas de incidencia se obtuvieron del Padrón Municipal de habitantes de Galicia, consultadas a través de la página web del Instituto Galego de Estadística. El análisis estadístico se realizó mediante las pruebas de chi cuadrado para la comparación de variables cualitativas y estudio de regresión lineal con R2 para el análisis de tendencias temporales.

**RESULTADOS:** En el periodo de estudio se diagnosticaron 2545 casos, de los que el 92,2% fueron casos iniciales. La localización fue exclusivamente pulmonar en el 56,1% de los enfermos; extrapulmonar en el 35,9% y en ambas en el 8,1%. La prevalencia de resistencia a isoniacida en casos nunca tratados fue del 2,75%. En 17 pacientes el antibiograma demostró multiresistencia (10 casos iniciales, y 7 previamente tratados). En el 6,3% de pacientes existía coinfección VIH. Los pacientes con VIH presentaban varias características diferenciadoras respecto a los no coinfectados, como fueron la mayor prevalencia de afectación extrapulmonar (60,5% vs 42,8%;  $p<0,001$ ), ausencia de cavitación en la Rx tórax (82,7% vs 63,2%;  $p<0,001$ ) y una peor situación final (32,9% con situación final no satisfactoria vs 7,9%;  $p<0,001$ ). Se pasó de una incidencia de 75,6 casos/100.000 habitantes en el año 1996 a 30,2 casos/100.000 en 2015 ( $R2=0,879$ ;  $p<0,0001$ ). Sin embargo al analizar la evolución en los últimos 6 años (2010-2015) el descenso no es significativo ( $R2=0,53$ ;  $p=0,66$ ). En el análisis de incidencia por grupos etarios se aprecia un patrón de picos en edades media de la vida, sugestivos de un control deficiente de la enfermedad (gráfico).

**CONCLUSIONES:** El estancamiento en el descenso de la incidencia de TB en los últimos años y el patrón de incidencia por grupos etarios pueden ser indicadores precoces de un posible mal control de la TB.

## TASAS DE INCIDENCIA DE INGRESOS ASOCIADOS A SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA EN ESPAÑA: ANÁLISIS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS 1999-2010

Gómez-Méndez R (1) (a), Monte-Secades R (1) (a), Ventura-Valcárcel P (1) (b), Rabuñal-Rey R (1) (a), Guerrero-Sande H (1) (a), Chamorro-Fernández AJ (1) (c), Pértega-Díaz S (2) (d)

(1) MEDICINA INTERNA; (2) SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA. (A) HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCAS AUGUSTI, LUGO; (B) HOSPITAL DA COSTA, BURELA (LUGO); (C) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA; (D) COMPLEJO UNIVERSITARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA.

**INTRODUCCIÓN:** Las últimas encuestas sobre el uso de alcohol en España registran un descenso en la cantidad consumida en los últimos años. Sin embargo, no existen datos acerca de la incidencia de ingresos asociados a síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) ni sobre evolución en los últimos años.

**OBJETIVOS:** analizar las características, tasas de incidencia y tendencia evolutiva de los ingresos hospitalarios en hospitales públicos españoles asociados SAA.

**MATERIAL Y MÉTODO:** análisis de la base de datos del CMDB de hospitales públicos españoles de los ingresos hospitalarios con síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) (CIE9-MC 291.81)/ Delirio por abstinencia alcohólica (CIE9-MC 291.0)/ Alucinosis por abstinencia alcohólica (CIE9-MC 291.3), entre los años 1999 y 2010.

**RESULTADOS:** Se registraron 56.395 ingresos asociados a SAA. Edad media 50,9 años (DE 12,5) y 88% hombres. El servicio de ingreso más frecuente fue Medicina Interna (24,9%). La estancia media global fue 12,6 días (DE 14,4) y la mortalidad 4,7%. El 62,6% desarrollaron SAA durante un ingreso por otro motivo, en su mayoría por patologías relacionadas con el alcohol. Los diagnósticos secundarios en pacientes que ingresaron por SAA tenían relación directa o indirecta con el consumo de alcohol en más de la mitad de los casos. La tasa de incidencia de ingresos en España asociados a SAA se mantuvo estable entre 1999-2010 con un ligero descenso en los 3 últimos años del periodo. Las Comunidades con mayor incidencia fueron Canarias, Baleares y Galicia.

**CONCLUSIONES:** la incidencia de ingresos asociados a SAA en hospitales públicos españoles se ha mantenido estable con pequeñas modificaciones en el periodo 1999-2010. Existen diferencias en la incidencia de ingresos asociados a SAA entre las diferentes Comunidades autónomas.

**PALABRAS CLAVE:** síndrome de abstinencia alcohólica, incidencia, epidemiología.

## ESCLEROSIS TUBEROSA ¿SE SIGUEN LAS RECOMENDACIONES INTERNACIONALES?

Rivera García S (1), Isorna Porto M (2), Arévalo Gómez A (1), González Vigo V (1), Suárez Fuentetaja R (1), Piñeiro Parga P (1)

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. A CORUÑA (A CORUÑA). HOSPITAL DA BARBANZA, RIBEIRA. LA CORUÑA

**OBJETIVOS:** Analizar si el seguimiento de pacientes adultos con complejo esclerosis tuberosa (CET) del área sanitaria de A Coruña se realiza de acuerdo con las recomendaciones internacionales (Conferencia de consenso Internacional sobre complejo esclerosis tuberosa 2012).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con CET del Área Sanitaria de A Coruña entre los años 1999-2015. Se incluyen pacientes con diagnóstico de CET posible o definida y edad  $\geq 18$  años. Para cada caso se recogieron variables demográficas, clínicas y de morbi-mortalidad. El análisis se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 20.

**RESULTADOS:** Se identificaron 32 casos de CET, 34,4% (11) varones, la mediana de edad 40,6 años (rango 19-66, IQR 30,2-52,7). El 18,8% (6) CET posible. Se realizó estudio genético en 3 pacientes con CET definida y en ninguno con CET posible. El 87,5% de los pacientes tenían algún estudio de neuroimagen. En el 68,7% de los pacientes consta algún estudio de imagen abdominal. En ninguno de los 16 casos con criterios para despistaje de linfangiomiomatosis (LAM) se había realizado TC de alta resolución, (TACAR) pruebas de función respiratoria (PFR) ni test de la marcha. De los 2 casos con LAM conocida ambos tenían TACAR, pero solo uno de ellos PFR y test de la marcha. Solo el 37,5% habían sido valorados por oftalmología. **DISCUSIÓN** El CET es una enfermedad neurocutánea con herencia autosómica dominante, afectación multiorgánica y complicaciones graves. Existen a nivel internacional diferentes documentos de consenso sobre la valoración y seguimiento de estos pacientes. En nuestra serie aproximadamente el 10% de pacientes carecía de estudio de neuroimagen recomendado y menos de la mitad habían realizado la prueba de elección (RM). Solo el 68,7% tenían prueba de imagen abdominal por lo que la afectación renal era desconocida en cerca de 1/3 de los pacientes. Además la mayoría de casos no se realizó en estudio de elección (RM abdominal). Algo más del 60% de pacientes nunca realizaron valoración oftalmológica. En ninguno de los pacientes candidatos a descartar afectación pulmonar habían solicitado los estudios pertinentes.

**CONCLUSIONES:** Por su naturaleza multisistémica con complicaciones graves, el CET requiere de una valoración global del paciente. - A raíz de este estudio se realizó un protocolo estandarizado en nuestro centro para el manejo óptimo de estos pacientes.

## TÍTULO: ANÁLISIS DE RIESGO CARDIOVASCULAR, EMBÓLICO, Y HEMORRÁGICO EN UNA COHORTE DE 101 PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ANTIVITAMINA K Y HEMORRAGIA INTRACRANEAL ESPONTÁNEA

*Encabo González AM (1), Paz Martínez C (2), Martínez Reglero C (3), Ríos Prego M (1), Alves Pereira ED (1), Brea Aparicio R (1), Velo García A (1), Chouza Piñeiro A (1), Barcia Sixto L (1), San Luis González A (2), Nogueira Fariña J (4), Rodríguez Álvarez JR (5), García García JC (1), Núñez Fernández MJ (1)*

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, (2) SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO, (3) UNIDAD DE METODOLOGÍA Y ESTADÍSTICA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GALICIA SUR, (4) SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, (5) SERVICIO DE NEUROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA.

**INTRODUCCIÓN:** La hemorragia intracraneal espontánea (HICE) asociada a tratamiento con antivitaminas K (AVK) es una complicación infrecuente, diagnosticándose entre 7-10 veces más en los pacientes con AVK, respecto los que no reciben dicho tratamiento. Se caracteriza por una elevada morbi-mortalidad. Existen trabajos epidemiológicos sobre la HICE asociada a AVK, sin embargo desconocemos su repercusión en nuestra área sanitaria.

**OBJETIVOS:** Conocer los factores de riesgo cardiovascular, riesgo embólico, sangrado y los relacionados con la mortalidad en los pacientes que sufren una HICE asociada a AVK.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de cohortes, observacional retrospectivo. Criterios de inclusión: Pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra con diagnóstico HICE asociada a AVK, entre 1 enero de 2010 y 31 de diciembre de 2015. Criterios de exclusión: Pacientes con HICE que no reciben tratamiento alguno, o que que toman exclusivamente antiagregantes plaquetarios; pacientes con HICE tratados con AVK, en el seno de un proceso neoplásico intracraneal; Pacientes HICE tratados con AVK, en los que la hemorragia intracraneal es secundaria a traumatismo local o malformación arteriovenosa. Variables a estudiar: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (Sociedad Europea de Hipertensión), riesgo embólico (CHA2DS2-VASC), riesgo de hemorragia (HAS-BLED), INR en el momento de la HICE, características clínicas, radiológicas, y tratamiento administrado en el momento agudo para revertir la anticoagulación.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 101 pacientes (53 hombres), con una edad media global de 80 años. Fallecieron en el hospital 45 (44%). Los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes fueron la edad (99%), HTA (89%) y el sexo masculino (52%). La indicación de tratamiento con AVK fue por fibrilación auricular no valvular (86%), enfermedad tromboembólica (6%) y fibrilación auricular valvular (5%). La media de CHA2DS2-VASC en los pacientes con FANV fue de 4'4 (ds: 1'5). La media de HAS-BLED del total fue 3 (ds:1). En el análisis univariante de mortalidad, la existencia de ACV previo, HICE múltiple, hemorragia intraventricular, hemorragia subaracnoidea, Glasgow grave y tiempo de demora elevado a la hora de realizar el TAC craneal diagnóstico, alcanzan significación estadística. En el análisis multivariante, sólo la presencia de hemorragia múltiple se relaciona con la mortalidad, siendo el Glasgow un factor en contra de la mortalidad.

**CONCLUSIONES:** Encontramos una elevada mortalidad en los pacientes con HICE asociada a AVK (44%). Los pacientes son mayoritariamente ancianos, anticoagulados por FANV, con alto riesgo cardiovascular, embólico y de sangrado. Un índice de Glasgow elevado en el momento del diagnóstico indica buen pronóstico, al contrario que la existencia de hemorragias múltiples que se relaciona con elevada mortalidad.

## ¿ EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES QUE SUFREN UNA HEMORRAGIA INTRACRANEAL ESPONTÁNEA ASOCIADA A TRATAMIENTO CON ANTIVITAMINA K, SEGÚN EL NÚMERO Y LA LOCALIZACIÓN ANATÓMICA?

*Chouza Piñeiro A (1), Paz Martínez C (2), Martínez Reglero C (3), Encabo González AM (1), Ríos Prego M (1), Alves Pereira ED (1), Brea Aparicio R (1), Velo García A (1), Barcia Sixto L (1), San Luis González A (2), Nogueira Fariña J (4), Rodríguez Álvarez JR (5), Anibarro García L (1), Núñez Fernández MJ (1),*

1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, (2) SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO, (3) UNIDAD DE METODOLOGÍA Y ESTADÍSTICA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GALICIA SUR, (4) SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, (5) SERVICIO DE NEUROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA.

**INTRODUCCIÓN:** La hemorragia intracraneal espontánea (HICE) puede clasificarse según su localización en: lobar, profunda, posterior, intraventricular, subaracnoidea y subdural. Es conocido el diferente pronóstico según la localización y el número de hemorragias intracraneales agudas.

**OBJETIVOS:** Conocer las características de un grupo poblacional con HICE tratado con antivitaminas K (AVK), en función del número de hemorragias y de la localización de las mismas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de cohortes, observacional retrospectivo. Criterios de inclusión: Pacientes ingresados en nuestro centro con diagnóstico de HICE asociada a AVK, entre 1 enero de 2010 y 31 de diciembre de 2015. Criterios de exclusión: pacientes con HICE tratados con AVK, en el seno de un proceso neoplásico intracraneal; Pacientes con HICE tratados con AVK, con antecedente de traumatismo local o malformación arteriovenosa. Definiciones: HICE única: hemorragia en una sola localización anatómica. HICE múltiple: hemorragias agudas simultáneas en varias localizaciones intracraneales.

**RESULTADOS:** En el primer análisis se comparan 53 HICE única, frente 48 HICE múltiple. No existen diferencias en sexo, edad, patologías con indicación de anticoagulación, factores de RCV (salvo cardiopatía isquémica más frecuente en HICE múltiple), CHA2DS2-VASC, HAS-BLED, anemia, INR en el momento del diagnóstico. Se evidencian diferencias significativas a favor de HICE múltiple en: ingreso en UCI, h. intraventricular, h. subaracnoidea, h. ganglios basales, Glasgow grave, tiempo de demora en la realización de TAC, y mortalidad; a favor de HICE única: mayor tratamiento con AINES-AAG, h. cerebelosa, mayor estancia hospitalaria y Glasgow leve. En el segundo análisis se comparan 36 h. lobares frente 29 h. profundas. Tampoco existen diferencias en sexo, patologías con indicación de anticoagulación, factores de RCV (salvo dislipemia y diabetes, más frecuentes en h. profunda), CHA2DS2-VASC, HAS-BLED, INR en el momento del diagnóstico. Fue significativo, la mayor edad, presencia de HICE múltiple, demencia y anemia, en las h. lobares. En las h. profundas se evidenció más ingresos en UCI, e HICE única. No hubo diferencias entre ambas localizaciones anatómicas en: índice de Glasgow, demora diagnóstica, estancia hospitalaria y mortalidad.

**CONCLUSIONES:** La comparación entre HICE única e HICE múltiple demuestra que existen diferencias importantes en mortalidad, ingreso en UCI, estancia hospitalaria, Glasgow grave, y localizaciones como h. intraventricular y subaracnoidea, todos ellos parámetros más frecuentes en HICE múltiple. Las HICE lobares afectan a pacientes más ancianos, con demencia, anemia, y suelen comportarse como HICE múltiples. Mientras los pacientes con HICE profundas, tienen FRCV (diabetes y dislipemia), ingresan más en UCI y se comportan como HICE única.

## PATRONES TEMPORALES DE INGRESOS ASOCIADOS A SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA EN EL PERÍODO 1999-2010

*Gómez- Méndez R, Suárez-Gil R, María Romay-Lema E, García-Trincado B, Rabuñal-Rey R, Monte-Sacades R.*

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI, LUGO (ESPAÑA)

**INTRODUCCIÓN:** Existen pocos datos acerca de la distribución temporal de los ingresos asociados a síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) en España.

**OBJETIVOS:** analizar los patrones temporales de ingresos asociados a SAA.

**MATERIAL Y MÉTODO:** análisis de la base de datos del CMDB de hospitales públicos españoles de los ingresos hospitalarios con síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) (CIE9-MC 291.81)/ Delirio por abstinencia alcohólica (CIE9-MC 291.0)/ Alucinosis por abstinencia alcohólica (CIE9-MC 291.3), entre los años 1999 y 2010. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, fecha de ingreso y estado al alta, mes del año en el que se produce el ingreso, número de ingresos anual, motivo de ingreso, tomando como referencia los datos censales del INE. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS.

**RESULTADOS:** Se registraron 56.395 ingresos asociados a SAA. Edad media 50,9 años (DE 12,5) y 88% hombres. El servicio de ingreso más frecuente fue Medicina Interna (24,9%). La estancia media global fue 12,6 días (DE 14,4) y la mortalidad 4,7%. El número de ingresos anuales osciló entre un mínimo de 3768 en 1999 y un máximo de 4777 en 2008. Los meses con un mayor número de ingresos fueron Junio (9%), Julio (9%) y Agosto (9%), agrupándose en esos 3 meses el 27% del total de ingresos. El 62,6% desarrollaron SAA durante un ingreso por otro motivo.

**CONCLUSIONES:** existen diferencias en la distribución temporal de ingresos a lo largo del año asociados a SAA en España.

## UTILIDAD DEL PUNTO DE CORTE DE DIMEROS D AJUSTADOS POR EDAD EN LA POBLACIÓN GENERAL Y ONCOLÓGICA CON DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

*Barbagelata C, Llinares D, Piñeiro P, Verdeal R, Vares M, Rodríguez A, Arevalo A, Freire S.*

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA

**INTRODUCCIÓN:** Se ha demostrado la elevación en la cifra de Dímeros D (DD) con la edad; en los últimos años se viene proponiendo el valor de los DD ajustados por edad (10 por edad para > 50 años) para el diagnóstico de Tromboembolismo pulmonar (TEP) ajustado a las escalas de probabilidad clínica en lugar del punto de corte DD standard (estudio ADJUST-PE). La prevalencia de enfermedad tromboembólica aumenta con la edad por lo que algunos autores sugieren que este aumento en el punto de corte puede aumentar de forma inaceptable el número de eventos no diagnosticados. Las escalas de predicción clínica y los DD son menos útiles en población con cáncer por lo que algunos autores han sugerido la mayor utilidad del uso del punto de corte de DD ajustados por edad.

**OBJETIVO:** Comparar el punto de corte estándar de DD con el ajustado por edad en la población general y oncológica diagnosticada de TEP en el Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC) en 2016.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes mayores de 60 años diagnosticados de TEP en nuestro centro entre enero y diciembre de 2016, comparando el uso de punto de corte de DD estándar con el ajustado por edad y valorando la escala de probabilidad clínica de Wells dicotómica y la escala de Khorana en pacientes con cáncer. Se excluyeron aquellos pacientes a los que no se les habían realizado DD. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS24.

**RESULTADOS:** Entre Enero y Diciembre de 2016 ingresaron con diagnóstico de TEP en el CHUAC 199 pacientes. Se excluyeron 49 al no tener realizados DD, presentando la mitad de éstos cáncer. Se incluyeron 150 pacientes en el estudio, siendo el 53% hombres y el 47 % mujeres;

la edad media fue de 76 años (rango 60-93 años). El evento fue bilateral en el 65%; siendo el 26% segmentarios y el 4,7% subsegmentarios. El 14% se presentaron con inestabilidad hemodinámica, siendo el PESIs mayor o igual a 1 en el 74%. Respecto a la escala de Wells, el 51% tenían una puntuación  $\leq 4$  (TEP improbable). El 22% tenían cáncer, por orden de frecuencia pulmón, colon, próstata y mama; 53% no metastásico. Utilizando el punto de corte estándar el 100% de los pacientes presentaban DD elevados, al modificarlo por la edad 2 casos no hubieran sido diagnosticados (1,3% de falsos negativos), uno de ellos con cáncer. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las cifras medias de DD en la población con y sin cáncer. Respecto a la puntuación en la escala de Khorana fue de riesgo intermedio en el 60% y de riesgo alto en el 9%.

**CONCLUSIONES:** 1. En nuestra serie utilizando el punto de corte de DD por edad encontramos un 1,3% de falsos negativos respecto al punto de corte estándar. 2. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las cifras medias de DD en la población con y sin cáncer. 3. La escala de Khorana valoró a la mayor parte de los pacientes con cáncer y TEP como de bajo e intermedio riesgo.

## PSEUDO-OBSTRUCCIÓN INTESTINAL AGUDA EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA

González Vázquez L, Alonso Parada M, Valle Feijoo ML, Estévez Moreiras S (1), Bermúdez Sanjurjo JR, De la Fuente Aguado J.

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

**INTRODUCCIÓN:** se define íleo como la interrupción de la progresión distal del contenido intestinal. Puede ser obstructivo u oclusión intestinal, o íleo paralítico (IP) o pseudo-obstrucción intestinal. Ésta se divide en crónica y aguda, siendo el síndrome de Ogilvie o pseudoobstrucción colónica aguda (POCA) una forma de afectación predominantemente colónica. El término íleo paralítico se reserva para la afectación de intestino delgado y colon.

**OBJETIVOS:** describir la etiología, formas de presentación, alteraciones analíticas asociadas, tratamiento y evolución de pacientes diagnosticados de pseudo-obstrucción intestinal aguda (tanto Ogilvie como íleo paralítico) en nuestro servicio entre enero del 2012 y diciembre del 2016.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio retrospectivo, descriptivo de todos los casos diagnosticados durante ese periodo.

**RESULTADOS:** tuvimos 48 casos (34 de IP y 14 de POCA) en 42 pacientes; 25 (60%) hombres; edad media 79,4 (15-98). Motivos de ingreso: infecciones en 20 (41,6%), íleo paralítico en 12 (25%), insuficiencia cardíaca en 6 (12,5%), patología gastrointestinal en 5 (10,4%), traumatismo en 2 (4%) y miscelánea en 3. Charlson medio: 3,31. Antecedentes: enf. neurológicas en 34 (70,8%): demencia en 16 (38%), Parkinson en 6 (14,2%), y otras con disminución de movilidad en 12 (26%). Cirugía reciente de rodilla en uno y tres con íleo previo. Fármacos: ingesta de opiáceos en 8 (19%), antiparkinsonianos en 6 (12,5%), neurolépticos en 12 (25%), otros con acción sobre el SNC en 9 (18,7%), anticolinérgicos en 12 (25%). Alteraciones hidroelectrolíticas (AH) en 26 (54%) pacientes: hipokaliemia en 11 (23%), hiperkalemia en 5 (10%), hiponatremia en 10 (21%), hipernatremia en 4 (8,3%), hipomagnesemia en 9 (19%). En 7 (14,5%) de ellos, había una combinación de dos o más alteraciones hidroelectrolíticas (AH). No se determinó el magnesio en 33 (69%) casos. Síntomas más frecuentes: dolor abdominal en 41 (97%), distensión en 36 (75%), nauseas en 12 (25%), vómitos en 21 (43%), estreñimiento en 20 (42%), diarrea en 10 (21%). Exploración: 42 (90%) timpanismo, 8 (19%) disminución de ruidos, 9 (21%) aumento de ruidos y en 9 (21%) estaban ausentes. Solo se realizó TAC abdominal en el 50% de los pacientes. Tratamiento: además de la dieta y los sueros, a 13 (27%) se les colocó una SNG, a 15 (31%) una sonda rectal, enemas a 22 (46%), laxantes en 15 (31%), metoclopramida en 18 (37%), y neostigmina 4 pacientes. Ninguno precisó cirugía y la media de días hasta la resolución fue 4 (1-16). Fallecieron 11 (23%), la mayoría por complicaciones cardiopulmonares (90%) y uno por hemorragia digestiva.

**CONCLUSIONES:** El perfil de enfermo con pseudo-obstrucción intestinal aguda en un servicio médico es un paciente de edad avanzada, con enfermedad neurológica, multipatológico, e ingresado por un proceso infeccioso agudo. Las AH son muy frecuentes, y no debemos olvidar la valoración de los niveles de magnesio. El tratamiento médico es efectivo, y la necesidad de cirugía es excepcional.

## PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD DE FABRY EN PACIENTES CON ANGIOQUERATOMA

Casteleiro Deus N, Hermida Ameijeiras A, González Quintela A.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Fabry es una patología con herencia recesiva ligada a X causada por un déficit en la actividad de la enzima  $\alpha$ -galactosidasa A. Clínicamente, presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas, siendo una de las principales el angioqueratoma, una lesión cutánea que aparece a edades tempranas de la enfermedad como una pápula única o múltiple con un color rojo-violáceo. Esta lesión no es patognomónica de la enfermedad de Fabry, ya que puede aparecer en otros pacientes de forma idiopática o asociada a otras etiologías.

**OBJETIVOS:** El principal objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de la enfermedad de Fabry en pacientes con diagnóstico anatómico-patológico confirmado de angioqueratoma en el área sanitaria de Santiago de Compostela.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se consultaron las bases del servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago para la obtención de la muestra de pacientes con angioqueratoma confirmado mediante biopsia. A aquellos pacientes que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado por escrito, se les extrajo una muestra de sangre seca para que, posteriormente, fuese analizada para determinar la actividad de la enzima  $\alpha$ -Galactosidasa A en los varones y la secuenciación del gen GLA, que codifica la enzima  $\alpha$ -Galactosidasa A, en las mujeres.

**RESULTADOS:** Del periodo de tiempo comprendido entre el 1 de Enero de 1993 y el 31 de Diciembre de 2013 se obtuvo una muestra inicial de 43 pacientes con angioqueratoma confirmado mediante biopsia. De esta muestra inicial, fueron 25 los pacientes que aceptaron participar en el estudio. 1 de los 25 pacientes de la muestra a estudio presentó enfermedad de Fabry, determinándose así una prevalencia de la enfermedad de Fabry en pacientes diagnosticados de angioqueratoma mediante biopsia del 4%.

**CONCLUSIONES:** La presencia de angioqueratomas en pacientes que acuden a nuestras consultas debe ponernos en alerta sobre la posible presencia de enfermedad de Fabry. La prevalencia de enfermedad de Fabry en pacientes con angioqueratoma obtenida en el estudio es lo suficientemente significativa como para plantear establecer un screening de la enfermedad en los pacientes con este tipo de lesiones cutáneas.

## ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE CRÓNICOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE FERROL (CHUF)

Jorge Sánchez RJ, Bouza Cernadas G, Gómez Buela I, Sánchez Trigo S, Sardina Ferreiro R, Cainzos Romero T.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE FERROL (CHUF)

**INTRODUCCIÓN:** La caracterización de los pacientes crónicos y pluripatológicos es muy compleja. La calidad de vida (CV) es un parámetro subjetivo que puede ser útil no solo para este fin, sino también como indicador de resultado en salud.

**OBJETIVOS:** Analizar la calidad de vida de los pacientes atendidos en la consulta del CHUF y su relación con la patología subyacente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se aplicó el cuestionario EQ 5D 5L a todos los pacientes atendidos presencialmente en la consulta de crónicos entre el 7/12/2016 y el 12/4/2017. Se estratificó la muestra en tres grupos de edad: < 75 años, entre 75 y 84, y > 85. Además de los datos epidemiológicos básicos se recogieron los índices Barthel (IB), de Lawton Brody (LW) y la clasificación de patologías de Ollero.

**RESULTADOS:** Se recogieron datos de 290 pacientes (147 mujeres, 143 hombres), con una edad media de 83 años (8,3% < 75, 46,6% > 85). El IB medio fue de 75,9 y el LW 3,2. El promedio de patologías fue de 1,9. El % de pacientes de cada categoría fue: A 69%, B 41%, C 23,8%, D 2,1%, E 22,1%, F 10,7%, G 15,9%, H 6,6%. El índice de CV (I EQ) fue de 31,6 y la Escala Visual Analógica (EVA) 51,6, en ambos casos menor en las mujeres. Respecto de la edad, el I EQ fue menor en el grupo > 85 a (22,8). No hubo diferencias en la EVA. Por dominios, las actividades instrumentales puntuó peor (3,8) y la depresión la que más bajo (2,0). No refirieron problemas en movilidad un 6,2% de los pacientes, para las actividades básicas un 22,8%, para las instrumentales un 6,6%, dolor o malestar un 26,6% y depresión un 38,6%. Por grupos de edad, hubo diferencias en movilidad y actividades básicas (> 85 frente > 75) e instrumentales (> 85 frente al resto). Por último, respecto de patologías, sólo los grupos G y H mostraron un peor I EQ y el H también una peor EVA.

**CONCLUSIONES:** Se pone de manifiesto una mala calidad de vida global de los pacientes en seguimiento en la consulta de crónicos del CHUF, donde los grupos más añosos y las mujeres muestran una peor calidad de vida. La dimensión más afectada es la de actividades instrumentales. Por patologías, la anemia y la osteoartritis muestran una afectación de la CV que no se aprecia en otras patologías.

## COEXISTENCIA DE SARCOIDOSIS Y CÁNCER: PATRONES DE ASOCIACIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES MULTICÉNTRICA DEL SUR DE EUROPA

Pérez-Alvarez R (1), Fraile G (2), Gómez De La Torre R (3), López Dupla M (4), Bueno Juana E (5), Alguacil A (6), Chara-Fernández J (7), Escobedo Palau J (8), Rascón J (9), García Morillo JS (10), en representación del Registro SARCOGEAS-SEMI.

MEDICINA INTERNA, (1) HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO, VIGO; (2) HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL, MADRID; (3) HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, OVIEDO; (4) HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII, TARRAGONA; (5) HOSPITAL CLÍNICO, ZARAGOZA; (6) HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD, TOLEDO; (7) HOSPITAL JOSEF TRUETA, GIRONA; (8) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, ZARAGOZA; (9) HOSPITAL SON ESPASES, MALLORCA; (10) HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

**INTRODUCCIÓN:** La sarcoidosis es una enfermedad autoinmune con riesgo elevado de complicaciones neoplásicas, principalmente neoplasias hematológicas

**OBJETIVOS:** Se pretende evaluar la asociación temporal entre el diagnóstico de neoplasia y sarcoidosis en una gran cohorte de pacientes españoles afectados de sarcoidosis

**MATERIAL Y MÉTODOS:** En Enero de 2016, el Grupo de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (GEAS-SEMI) creó un registro nacional (SARCOGEAS) de pacientes con Sarcoidosis, diagnosticada según los criterios de la American Thoracic Society/ European Respiratory Society/ World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG) de 1999. La afectación orgánica fue determinada retrospectivamente según la valoración de 2014 de la WASOG. El diagnóstico de neoplasia fue realizado antes y después del diagnóstico de Sarcoidosis. La neoplasia hematológica fue clasificada según la WHO de 2008.

**RESULTADOS:** La cohorte incluyó 1082 pacientes (82% con diagnóstico histológico confirmado) siendo 618 (57,4%) mujeres y con una edad media global al diagnóstico de 47 años. Se demostró asociación con neoplasia en 135 (13%) pacientes que desarrollaron 140 tumores (cinco enfermos presentaron dos neoplasias), con 110 tumores sólidos (78%) y 30 hematológicos (22%). Las neoplasias más frecuentes fueron cáncer de mama (n=18), linfomas (n=16), cáncer de piel no melanoma (n=15), adenocarcinoma de colon (n=15), cáncer de pulmón (n=10) y adenocarcinoma de próstata (n=10). La asociación con neoplasia fue más frecuente en pacientes nacidos en España (97% frente al 86% de pacientes sin neoplasia, p<0,001), en pacientes de mayor edad (edad media de 55,4 años frente a 46,1 años, p<0,001) y cuando existía afectación de médula ósea (14% frente a 4%, p<0,001). Estas variables fueron confirmadas como independientes mediante estudios de regresión logística (OR 4,06, CI 95%, 1,65-13,50; OR 1,03, CI 95%, 1,02-1,04 y OR 3,64, CI 95%, 1,93-6,70 respectivamente). Cuando el diagnóstico de Sarcoidosis fue posterior al de cáncer, dicho diagnóstico se hizo más frecuentemente de forma incidental (20% frente a 4%, p=0,011) y presentó una menor afectación ocular (35% frente a 16%, p=0,016) que cuando se hizo previamente al desarrollo del tumor. Los enfermos con neoplasia hematológica tenían una mayor frecuencia de afectación extraganglionar (13% versus 1%, p=0,009) y de médula ósea (33% versus)%, p=0,002) que los enfermos que desarrollaron tumores sólidos.

**CONCLUSIONES:** Casi el 80% de los pacientes con Sarcoidosis y cáncer desarrollan tumores sólidos, mientras que el 20% presentan neoplasias hematológicas. Los pacientes de mayor edad y los nacidos en España son los que presentan mayor riesgo de desarrollar tumores. La Sarcoidosis

asintomática fue más frecuente en los enfermos con historia tumoral previa. La asociación con neoplasias hematológicas fue más frecuente en la Sarcoidosis extraganglionar y cuando existía afectación de médula ósea.

## USO DE IBP EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Fernandez Gonzalez R, Lorenzo Viczaya AM, Barreiro Rivas A, Latorre Díez A, Gonzalez Noya A, Lopez Mato P, Jimenez Martinez JL.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO OURENSE

**INTRODUCCIÓN:** La prescripción de inhibidores de la bomba de protones (IBP) ha incrementado en los últimos años. Esto es debido a que se les ha asignado la etiqueta de "protectores gástricos", efecto que tienen únicamente en relación al daño gastrointestinal producido por antiinflamatorios no esteroideos (AINE), siendo en muchos casos su utilización innecesaria e inapropiada.

**OBJETIVO:** Analizar la prevalencia, adecuación y complicaciones del uso de IBP en nuestro medio.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se recogieron los datos de los informes de alta de una semana en Medicina Interna. Considerándose indicación de IBP con fines terapéuticos la úlcera por H. Pylori, esofagitis por reflujo, úlcera y esofagitis pépticas; con fines profilácticos están indicados en pacientes con antecedentes de úlcera duodenal, gástrica o erosiones por AINES que cumplan uno o más de los siguientes: edad >60 años, tratamiento con corticoides, anticoagulación oral o enfermedad sistémica grave.

**RESULTADOS:** Se recogieron los datos de 129 pacientes. De ellos, 71 (55%) fueron mujeres y 58 (45%) varones, con una media de edad de 82 años. Al ingreso declararon realizar tratamiento con IBP 83 pacientes (64%), con una proporción muy similar entre hombres y mujeres (64% y 65% respectivamente), con una media de edad de 80,5 años (siendo de 82,2 años en aquellos sin IBP). El fármaco más empleado fue Omeprazol 20mg (57%). De los pacientes tratados con IBP al ingreso tenían indicación 8 (10%) siendo todos ellos en régimen de profilaxis. Durante el ingreso recibieron IBP 112 pacientes (87%). Tras el ingreso, fueron retirados a 8 pacientes por no indicación. Parece haber una relación entre el uso de IBP y déficits nutricionales como ferropenia e hipovitaminosis B12, así como mayor proporción de uso de IBP en pacientes ingresados por neumonía (59%). Únicamente se atribuyó al alta una complicación por uso de IBP, tras descartarse otras causas, siendo esta una encefalopatía comicialógena y una arritmia cardíaca secundarias a una hipomagnesemia severa.

**CONCLUSIONES:** Los IBP presentan un uso muy extendido en nuestro medio, siendo éste muy similar al observado en trabajos en otros centros. Se trata de un grupo farmacológico no exento de complicaciones. Cada vez surgen más trabajos que reflejan este hecho, ya que se ha asociado con un mayor riesgo de neumonía, infección por Clostridium Difficile, aumento de riesgo de fractura, déficit de vitB12, hierro y magnesio. Debe realizarse un uso juicioso de estos fármacos y evitar su prescripción sin indicación, así como suspender su uso en aquellos casos donde no esté indicado y realizar controles analíticos para detectar posibles complicaciones.

## ANÁLISIS DE LOS CASOS DE ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA EN UN AÑO EN LA PROVINCIA DE OURENSE

Lorenzo Viczaya AM, González Noya A, Fernández González R, Latorre Díez A, Barreiro Rivas A, López Mato P.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE

**INTRODUCCIÓN:** La aspergilosis pulmonar invasiva (API) junto con la aspergilosis crónica pulmonar y la aspergilosis broncopulmonar alérgica, constituyen las formas clínicas de aspergilosis. El *Aspergillus fumigatus*-complex es el agente etiológico más frecuente, independientemente de la forma clínica y la afección de base del paciente. La API es la forma más grave de aspergilosis pulmonar y es más frecuente en pacientes con inmunodepresión grave (secundaria a procesos linfoproliferativos bajo tratamiento quimioterápico, trasplantes, neoplasias sólidas y neutropenia). El incremento de los diferentes tratamientos inmunosupresores y el mayor uso de corticoides en pacientes con enfermedad obstructiva crónica han condicionado un incremento de la API en los últimos años. El Voriconazol y la anfotericina liposomal constituyen la base del tratamiento de las aspergilosis. Siendo posaconazol, itraconazol, caspofungina; alternativas eficaces. El pronóstico depende de la forma clínica y las características del huésped, aunque las formas invasivas diseminadas, tienen peor pronóstico.

**OBJETIVO:** Conocer la epidemiología de Aspergilosis pulmonar invasiva en la provincia de Ourense de Enero a Diciembre de 2016, así como las características clínicas de los pacientes, el manejo terapéutico y la evolución tras el mismo.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo retrospectivo donde se ha analizado la incidencia de API a lo largo de 1 año en la provincia de Ourense. Se recogieron y analizaron los datos de 52 pacientes, a través de las muestras con cultivos positivos (un total de 54). Los datos fueron aportados por el Servicio de Microbiología y Documentación Clínica.

**RESULTADOS:** Durante el año 2016 se obtuvieron un total de 54 muestras positivas para *Aspergillus*, pertenecientes a 52 pacientes. De ellos, 4 pacientes presentaron API, siendo el 100% varones con una edad media de 54 años. El 75% de los pacientes estaban inmunodeprimidos. Uno de ellos presentaba leucemia mieloide aguda y neutropenia; otro paciente estaba bajo tratamiento inmunosupresor tras haber recibido un trasplante bipulmonar y otro, tratamiento corticoideo prolongado; todos ellos presentaban patología broncopulmonar crónica. El factor de riesgo detectado en el paciente sin antecedente de inmunosupresión, fue coinfección bacteriana y ventilación mecánica no invasiva y necesidad de intubación orotraqueal. El 100% de los casos recibieron tratamiento de primera elección con Voriconazol. La evolución fue favorable en el 75% de los casos, falleciendo el que presentaba más factores de riesgo y peor situación clínica.

**CONCLUSIONES:** Obtuvimos datos similares en cuanto a la presencia de factores de riesgo en aquellos pacientes que desarrollaron API, de acuerdo con las series de casos publicadas anteriormente. El manejo terapéutico se realizó de acuerdo con las guías clínicas, presentando en la mayoría de los casos (75%), una evolución favorable.

## FACTORES DE COMORBILIDAD ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA IDIOPÁTICA. ESTUDIO ETVGA

Piñeiro Fernández JC (1), Matesanz Fernández M (1), Pombo Vide B (1), Díaz Peromingo JA (2), Barbagelata López C (3), Puerta Louro R (4), Núñez Fernández M (5), Fernández Bouza E (6), Jiménez Martínez JL (7), Monte Secades R (1).

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI. (2) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO SANTIAGO. (3) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. (4) HOSPITAL POVISA. (5) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PONTEVEDRA. (6) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO FERROL. (7) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO OURENSE. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) idiopática supone un reto diagnóstico en la práctica clínica y representa el 25-45% de los casos de ETE. No se han conseguido definir los factores de riesgo asociados, la duración de la anticoagulación, ni los factores que predicen la recurrencia o la duración del tratamiento, a medio y a largo plazo.

**OBJETIVO:** Estudiar los factores de comorbilidad y epidemiológicos asociados a la ETEV idiopática. Análisis de la evolución clínica y el tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio multicéntrico, observacional y prospectivo en servicios de Medicina Interna de Galicia, de pacientes diagnosticados de ETEV idiopática desde Septiembre de 2015. Se han registrado datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, evolutivos y terapéuticos. Se analizaron las variables basales y después de 3, 6 y 12 meses de seguimiento. El análisis estadístico se realizó con SPSS 22.

**RESULTADOS:** Se registraron 141 pacientes. El 58,9% fueron hombres. Las principales características clínicas y epidemiológicas al diagnóstico se muestran en la Tabla 1. La localización de la ETEV fue: TVP proximal en 92 (65,2%) pacientes [17 (12%) con embolia pulmonar (EP) asociada y 7 (5%) con TVP distal], TVP distal en 17 (12%) pacientes [2 (1,4%) con EP asociada] y EP aislada en 32 (22,7%) pacientes. Han completado el seguimiento 96 (68,1%) pacientes a los 3 meses, 81 (57,4%) a los 6 meses y 44 (31,2%) a los 12 meses. Se realizó un estudio de trombofilia a 50 (35,4%) pacientes, fue positivo en el 12,7%: 5 heterocigosis para el factor V Leyden, 4 anticoagulante lúpico positivo, 2 hiperhomocisteinemia, 1 déficit de antitrombina y 1 heterocigosis para el gen de la Protrombina (G20210A). Todos fueron tratados inicialmente con HBPM s.c, excepto 2 (1,4%) pacientes (1 AVK y 1 Rivaroxaban). Se conocen los datos del tratamiento de 104 (73,6%) pacientes, 65 (62,5%) lo han finalizado [con una duración media de 178 (DS 79,6) días] y 27 (26%) mantienen anticoagulación indefinida (24 AVK, 2 Rivaroxaban, 1 Apixaban). Se han registrado 3 casos de hemorragias mayores relacionadas con el tratamiento, 4 hemorragias menores y 1 alergia a HBPM. Se realizó eco-doppler de control a 65 (46,1%) pacientes, 27 (41,5%) presentaron trombos residual. A 12 meses de seguimiento no hay recurrencias. Desarrollaron síndrome posttrombótico 32 (34%) de 94 pacientes valorados, todos de grado leve-moderado (escala de Villalta). Durante el seguimiento se detectaron 6 (4,3%) tumores (3 malignos y 3 lesiones premalignas) y 2 (1,4%) casos de enfermedad inflamatoria. Han fallecido 2 (1,4%) pacientes, 1 por hemorragia intracranial y 1 por cáncer de pulmón.

**CONCLUSIÓN:** El perfil del paciente con ETEV idiopática en nuestra comunidad es un varón, no anciano, con poca comorbilidad y tasas bajas de complicaciones durante el tratamiento. La presencia de trombos residual y el desarrollo de síndrome posttrombótico fueron significativas. La tasa de recurrencias a 12 meses es baja.

## ENQUISA A RESIDENTES DE 5º AÑO: ANÁLISE DE DATOS A NIVEL GALEGO DENDE O PUNTO DE VISTA LABORAL

López-Reboiro ML, Macía-Rodríguez C, Gonzalez-Munera A, Moreno-Díaz J, Demelo-Rodríguez P, Martín-Iglesias D, Muñoz-Muñoz C, Ortiz-Lauradó G, Tolmos-Estefanía M, Salgado-Ordoñez F.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI

**INTRODUCCIÓN:** De todos es sabido que un dos períodos que máis estrés e indefensión provoca nos residentes é o final da residencia, non só polo mero feito do cambio que implica se non das incertidumes que xeral, pero realmente non coñecemos dunha forma obxectiva esta situación.

**OBJETIVOS:** Describir as características laborais durante a residencia - Describir as características laborais previstas para o final da residencia

**MATERIAL E MÉTODOS:** Trátase dun estudio descriptivo, multicéntrico a nivel nacional, cunha poboación diana que son os residentes no seu último ano de formación. Neste poster o que imo facer é un análise dun subgrupo que se corresponde cos residentes formados en Galicia. O método de selección foi a través das redes sociais da SEMI (Facebook e Twitter) e polo rexistro de correos electrónicos dos socios da Sociedade Española de Medicina Interna. A todos eles enviámoslles a información para acceder a enquisa e como cubrila. Os datos foron recollidos e analizados no programa informático Microsoft Excel.

**RESULTADOS:** Dos 194 participantes a nivel nacional, 9 correspondían a residentes que se formaron en Galicia. A maioría dos residentes galegos enquisados teñen menos de 30 anos (78%) e son predominantemente mulleres (56%). Dentro dos aspectos máis negativos da residencia resalta que o 89% dos residentes tiveron que facer de substituto dun médico adxunto nalguna ocasión dentro das súas rotacións, e o 44% cree que non foi suficientemente supervisado. O seguinte punto que máis preocupa ós residentes é a precariedade laboral ó finalizar a residencia (67%), a pesar que o 75% deles xa teñen unha saída laboral no momento da realización da enquisa (Contrato de Internista 60% e Contrato a Guardias (40%). Do 25% restante que non ten saída laboral as opcións das que dispoñen son apuntarse á bolsa de emprego (20%), emigrar (20%), búsqueda activa (20%) ou realizar un master (20%). Outro punto que se evalúa negativamente é o número de gardas que realizan (no 22% dos enquisados) e a falta de descanso despois das mesmas (67%). A pesar de todo isto o 100% dos residentes enquisados repetirían a especialidade de Medicina Interna e o 78% recomendaríalla a un amigo o centro no que se formou para facer a residencia.

**CONCLUSIONES:** Os residentes durante o seu período formativo realizan unha importante actividade asistencial, posiblemente con sobrecarga de traballo e de responsabilidade; pero todos voltarían a facer a Residencia de Medicina Interna - A perspectiva laboral é un dos puntos máis preocupantes, pero a maioría consegue traballo ó finalizar a formación.

## PREVALENCIA DE HEPATOCARCINOMA EN PACIENTES CON VHC TRATADOS CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

García Alén D, Trigás Ferrín M, Pastor de Celis E, Lorenzo Álvarez JM.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

**INTRODUCCIÓN:** A partir de la utilización de los antivirales de acción directa (AAD) en el tratamiento de pacientes con infección por VHC, se han publicado en el último año varios artículos en los que se describe un aumento de la prevalencia de hepatocarcinoma (HCC) en estos pacientes.

**OBJETIVOS:** Hemos realizado un estudio descriptivo de nuestros pacientes con hepatitis C tratados con ADD para valorar la prevalencia de HCC, así como sus características evolutivas.

**METODOLOGÍA:** Revisión de datos clínicos a través del programa IANUS y análisis estadístico con el programa SPSS.

**RESULTADOS:** Entre abril de 2015 y abril de 2017 hemos tratado a 226 pacientes con ADD. El 45% de ellos con fibrosis avanzada (F4/F5). De estos pacientes, 7 (6.8%) presentaron HCC, con una media de edad de 67.7 años (53-78 años). En 4 de los pacientes (57%) el diagnóstico se realizó antes del inicio del tratamiento antiviral y en 3 pacientes (43%), el diagnóstico fue posterior (tiempo medio hasta el diagnóstico 303 días). El 85.7% de los casos de HCC se encontraban en estadio A de la clasificación BCLC. Un 85.7% recibieron tratamiento loco regional con radiofrecuencia/alcoholización y 1 paciente (14%) quimioembolización. Cuando valoramos la evolución, 3 pacientes (43%) presentaron datos de recidiva en el TAC, 1 paciente en el primer mes y 2 pacientes a los tres meses. En dos de estos pacientes se realizó retratamiento con quimioembolización. Del total de pacientes con HCC, 2 pacientes (28.6%) fallecieron, siendo sólo uno de ellos consecuencia directa del tumor.

**CONCLUSIÓN:** En nuestra serie, la prevalencia de HCC es similar a la reflejada en otras series con tratamiento con ADD. No hemos tenido ningún caso en pacientes sin fibrosis avanzada. Aunque el bajo número de casos no permite establecer conclusiones definitivas, sí sugiere una evolución más agresiva, dado que pese a ser diagnosticados en estadio precoz, un 43% sufrieron recaídas tempranas.

## COLONIZACIÓN RECTAL: FACTOR PRONÓSTICO EN INFECCIONES URINARIAS POR EB-BLEES

Lamas JL (1), Álvarez J (1), Sanjurjo A (1), González L (1), Bermúdez JR (1), Cavero J (2), De Salamanca E (2), Rodríguez I (3), Fernández M (3), De la Fuente J (1),(1) MEDICINA INTERNA, (2) MEDICINA PREVENTIVA, (3) MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL POVISA

**INTRODUCCIÓN:** La infección por Enterobacterias multiresistentes nos un problema de gran relevancia en la actualidad. Se ha observado que la colonización intestinal por dichos microorganismos es un factor de riesgo para el posterior desarrollo de infecciones clínicas y un factor asociado a mayor mortalidad.

**OBJETIVO:** Evaluar si la presencia de colonización rectal concomitante por Enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEEs) es un factor de mal pronóstico en la evolución de los pacientes ingresados con infección del tracto urinario (ITU) por dichos microorganismos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo y observacional. Utilizando las bases de datos del servicio de Microbiología y de Medicina Preventiva de nuestro hospital, identificamos a los pacientes ingresados entre el 1 de Enero de 2010 y el 30 de Junio de 2016 diagnosticados de ITU por Enterobacterias productoras de BLEEs, incluyendo únicamente aquellos en los que se realizó cultivo de exudado rectal. Se excluyeron los episodios repetidos para un mismo paciente. Se creó una base de datos con diversas variables demográficas, clínicas y analíticas, incluyendo la presencia de exudado rectal positivo para la misma Enterobacteria causante de la ITU. El resultado principal analizado fue la reinfección por la misma Enterobacteria o muerte por cualquier causa en los 90 días desde el diagnóstico. Para el análisis de las variables dicotómicas se utilizó el test de Chi cuadrado o test exacto de Fisher bilateral según necesidad. El análisis multivariante se realizó mediante regresión de Cox.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 39 pacientes en el estudio. El 53% fueron hombres y la mediana de edad fue de 77 años. El 92,3% de las infecciones fueron nosocomiales o asociadas a cuidados sanitarios. El microorganismo más frecuente fue *K. pneumoniae* (51%), seguido de *E. coli* (30%). El 59% de los pacientes presentaron cultivos de exudado rectal positivos para el mismo patógeno causante de la ITU. La mortalidad por cualquier causa a los 90 días fue del 33%. El 25% de los pacientes presentaron una nueva ITU por el mismo patógeno a los 90 días del diagnóstico. Los factores asociados a evolución desfavorable (reinfección o muerte a los 90 días) en el estudio univariante fueron: antecedente de tratamiento con un antibiótico de la familia de las penicilinas en los 3 meses previos ( $P=0,01$ ), infección clínica previa por la misma enterobacteria ( $P=0,02$ ) y presencia de exudado rectal positivo en el momento del diagnóstico de la infección urinaria por la misma Enterobacteria ( $P=0,01$ ). En el estudio multivariante el único factor asociado independientemente a evolución desfavorable fue la presencia de colonización rectal ( $P<0,01$ ).

**CONCLUSIÓN:** En los pacientes hospitalizados con ITU por Enterobacterias productoras de BLEEs, la presencia de colonización rectal por el mismo patógeno es un factor de riesgo independiente para una evolución clínica desfavorable en los primeros 90 días tras el diagnóstico.

## FRACASO ORGÁNICO PRODUCIDO POR SARCOIDOSIS. CARACTERIZACIÓN Y FACTORES PREDICTIVOS EN UNA GRAN SERIE DE PACIENTES DEL SUR DE EUROPA

Pérez-Alvarez R (1), Tolosa Vilella C (2), Fonseca Aizpuru E (3), Bonet M (4), Faro N (5), De La Red Bellvis G (6), Calvo Begerueta E (7), Soler Ferrer C (8), Peral Gutiérrez De Caballos E (9), Gómez Cerezo JF (10), en representación del Registro SARCOGEAS-SEMI.

MEDICINA INTERNA. (1) HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO, VIGO; (2) HOSPITAL PARC TAULÍ, SABADELL; (3) HOSPITAL DE CABUEÑES, GIJÓN; (4) ALTHAIA, XARXA ASSISTENCIAL DE MANRESA; (5) HOSPITAL CLÍNICO SAN CECILIO, GRANADA; (6) HOSPITAL ESPERIT SANT, SANTA COLOMA DE GRAMANET; (7) HOSPITAL GENERAL SAN JORGE, HUESCA; (8) HOSPITAL DE SANTA CATERINA, GIRONA; (9) HOSPITAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA; (10) HOSPITAL SANTA SOFÍA, SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES

**INTRODUCCIÓN:** La Sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa de etiología desconocida y con un curso clínico y pronóstico muy variable que oscila entre cuadros asintomáticos y de buen pronóstico y otros con enfermedad muy florida y desarrollo de insuficiencias orgánicas que conllevan pronósticos infaustos a pesar del tratamiento

**OBJETIVOS:** Caracterizar los principales hallazgos epidemiológicos, clínicos y radiológicos en la presentación de la Sarcoidosis y que se asociaron al desarrollo de fracaso orgánico en una gran cohorte de pacientes españoles.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** En Enero de 2017 estaban incluidos en el registro nacional español de Sarcoidosis (SARCOGEAS-SEMI) 1082 pacientes diagnosticados según los criterios de la American Thoracic Society/European Respiratory Society/World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG) de 1999. La afectación orgánica se estableció según los criterios de la WASOG de 2014 y el desarrollo de fracaso orgánico se valoró al final del seguimiento. **RESULTADOS:** En la cohorte estaban incluidos 618 mujeres (57%) y 464 hombres (43%) con una edad media al diagnóstico de 47.2+-15.5 años; 965 pacientes eran blancos según la clasificación étnica de la FDA. Después de un seguimiento medio de 81.8 meses, 90 (8%) de los enfermos desarrollaron un fracaso orgánico. Los más frecuentes fueron Insuficiencia respiratoria ( $n=56$ ), Insuficiencia renal crónica ( $n=13$ ), Insuficiencia cardíaca ( $n=8$ ) y Cirrosis hepática ( $n=3$ ). Se asociaron con un riesgo aumentado de desarrollar fracaso orgánico en el momento del diagnóstico, en el análisis univariado: haber nacido en España ( $p=0.008$ ), superior edad media en el inicio de la enfermedad ( $p<0.001$ ) y estadios radiológicos III/IV  $8p<0.001$ . También la afectación esplénica ( $p=0.015$ ), renal ( $p=0.001$ ), cardíaca ( $p=0.028$ ), de médula ósea ( $p=0.003$ ), la hipercalcemia ( $p=0.018$ ) y el uso de corticoides ( $p<0.0019$ ) están asociados con el fracaso orgánico, mientras que la afectación cutánea tiene menor riesgo ( $p=0.029$ ). El análisis multivariado identifica a la edad en el diagnóstico (OR 1.05, CI 95% 1.03-1.07), los estadios radiológicos III/IV (OR 3.12, CI 95% 1.74-5.55) y el uso de corticoides como variables independientes en el desarrollo de fracaso orgánico.

**CONCLUSIONES:** Casi el 10% de los pacientes diagnosticados de Sarcoidosis desarrollan insuficiencia orgánica terminal, de las cuales dos tercios corresponden a Insuficiencia respiratoria seguida de Insuficiencia renal (15%) y cardíaca (9%). Los pacientes de mayor edad y los que presentan un estadio radiológico más avanzado tienen un riesgo mayor de desarrollar fracaso orgánico al final del seguimiento.

## ABSCESES HEPATICOS EN EL AREA SANITARIA DE FERROL 2012-2016

Fernández Bouza E, García Alén D, Bravo Blázquez I, Dalama López T, Martul Pego E, Montero González MD, Sesma Sánchez P.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

**INTRODUCCIÓN:** los abscesos hepáticos bacterianos tienen una incidencia de 2.3/100.000 habitantes/año en países desarrollados con mortalidad entre 6-19%. Su etiología más frecuente es biliar y los géneros Gram - los más comunes. El pilar del tratamiento es antibiótico y el drenaje invasivo suele precisarse en los de mayor tamaño.

**OBJETIVO:** conocer las características epidemiológicas y evolutivas de pacientes ingresados en el área sanitaria de Ferrol con abscesos hepáticos en los últimos 5 años.

**METODOLOGÍA:** revisión retrospectiva de historias clínicas de enfermos con este diagnóstico ingresados entre 2012 y 2016. Análisis de datos con programa SPSS.

**RESULTADOS:** Ingresaron 38 pacientes. Incidencia 3.8/100 000 habitantes/año. Ratio hombre: mujer 1:1,1. Edad media 72 años (47-94, SD 12). Ingresaron en servicios médicos 55% (21) y 44% (17) en Cirugía. Debutaron con fiebre 65% (25), dolor abdominal 55% (21) e ictericia 10% (4). El método diagnóstico fue TAC en 81% (31), ecografía en 44% (17) y colangioRNM 5% (2). Los abscesos fueron únicos en 52% (20) y múltiples en 47% (18). El tamaño medio del absceso mayor fue 5 cm (SD2.7). Hubo crecimiento bacteriológico en sangre en 47%, pus 39% (15), otros 5% (2) y negativo en 30% (11). El 22% de las bacteriemias fueron polimicrobianas. En sangre crecieron Gram - en 66% (12), Gram + en 38% (7) y anaerobios en 11% (2). En pus crecieron Gram - en 46% (7), Gram + en 40% (6) y anaerobios 20% (3). El 100% de pacientes recibieron tratamiento antibiótico; el más usado fue piperacilina-tazobactam en el 55% (21), seguido de carbenapem en 42% (16), amoxicilina-calvulánico en 36% (14) y vancomicina en 28% (11). La causa subyacente más frecuente fue colecistitis en 39% (15), diseminación hematogena en 18% (7), cirugía local previa en 18% (7), litiasis biliar 15% (6), metástasis hepáticas 10% (4) y otras 23% (9). El 47% (18) de enfermos precisaron manejo invasivo, que fue drenaje percutáneo en 55% (10) y laparotomía en 44% (8). La duración del tratamiento antibiótico fue en servicios médicos de 31 días (3-60, SD 14.7) y en Cirugía 27 días (7-70, SD 16.5), sin diferencia estadísticamente significativa en la duración entre servicios ( $p=0.458$ , IC 95%). El tamaño medio del absceso mayor en pacientes que recibieron tratamiento médico fue de 4cm (SD 2) y en los que precisaron tratamiento invasivo fue de 6.2cm (SD2.9). Hubo diferencia estadísticamente significativa en el tamaño del absceso entre los sometidos a tratamiento invasivo y los manejados con medidas médicas ( $p=0.01$ , IC 95%). La mortalidad fue del 23% (9), en 3 casos debida a absceso y en 6 a otras causas.

**CONCLUSIONES:** esta es una patología infrecuente, potencialmente mortal y con clínica inespecífica, lo que requiere alto índice de sospecha. En nuestro centro la etiología y la microbiología son similares a las descritas en la literatura. La mortalidad es ligeramente más elevada, en relación con la presencia de neoplasias en estadio avanzado.

## ¿COMO SE DIAGNOSTICA LA SARCOIDOSIS EN ESPAÑA? CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO EN 1082 PACIENTES

Pérez-Alvarez R (1), Cruz-Caparrós G (2), Pérez Guerrero P (3), Rodríguez Fernández S (4), Pinilla B (5), Gato Díez A (6), Akasbi M (7), Robles A (8), Ojeda I (9), Vives MJ (10), en representación del Registro SARCOGEAS-SEMI.

MEDICINA INTERNA. (1) HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO, VIGO; (2) HOSPITAL DE PONIENTE, ALMERÍA; (3) HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR, CÁDIZ; (4) HOSPITAL DE BARBANZA, A CORUÑA; (5) HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN, MADRID; (6) CH GENERAL UNIVERSITARIO, ALBACETE; (7) HOSPITAL INFANTA LEONOR, MADRID; (8) HOSPITAL LA PAZ, MADRID; (9) HOSPITAL VALLE DEL GUADIATO, CÓRDOBA; (10) PARC SANITARI SAN JOAN DE DEU, SAN BOI DE LLOBREGAT

**INTRODUCCIÓN:** La Sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa de etiología desconocida y con un curso clínico y pronóstico muy variable que oscila entre cuadros asintomáticos y de buen pronóstico y otros con enfermedad muy florida y desarrollo de complicaciones que requieren tratamientos agresivos **OBJETIVOS:** Caracterizar los principales hallazgos clínicos, epidemiológicos y radiológicos en el momento del diagnóstico en una gran cohorte de pacientes españoles

**MATERIAL Y MÉTODOS:** En Enero de 2017 estaban incluidos en el registro nacional español de Sarcoidosis (SARCOGEAS-SEM) 1082 pacientes diagnosticados según los criterios de la American Thoracic Society/European Respiratory Society/World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG) de 1999. La afectación orgánica se estableció según los criterios de la WASOG de 2014 de forma retrospectiva. La clasificación étnica se definió según los criterios de la FDA. La asociación con neoplasia y la causa de muerte fueron valoradas al final del seguimiento.

**RESULTADOS:** La cohorte estaba constituida por 1082 pacientes (confirmados mediante biopsia el 82%), incluyendo 618 (57%) mujeres y 464 (43%) hombres con una edad media en el momento del diagnóstico de 47.2±15.5 años. Ciento cuarenta (13%) nacieron fuera de España. Fueron clasificados como blancos, según la FDA, 965 (89%) pacientes; 30 (3%) negros afroamericanos y 18 (2%) como asiáticos. La afectación torácica estaba presente en el momento inicial en 979 (90%) casos, incluyendo 437 (40%) en estadio I, 374 (35%) en estadios II, 123 (11%) en estadio III y 26 (2%) en estadio IV. Según la clasificación de la WASOG, la afectación extratorácica inicial más frecuente fue la cutánea en 385 (83%) casos, adenopatías extratorácicas en 218 (20%), afectación hepática en 151 (14%) y oftalmológica en 118 (11%) pacientes. Manifestaciones potencialmente letales aparecieron con una frecuencia, generalmente inferiores al 10% (afectación neurológica en el 7% (77 casos), renal en el 5% y cardíaca en el 2%). El tratamiento más frecuente en el momento de diagnóstico fueron los corticoides en 637 casos (59%), inmunosupresores en 84 (8%), principalmente metotrexato en 63 enfermos y azatioprina en 35) y biológicos en 15 (1% de los enfermos). Después de un seguimiento medio de 81.8 meses fallecieron 103 (9.5%) pacientes.

**CONCLUSIONES:** Presentamos una de las mayores series de Sarcoidosis recogidas fuera de Norteamérica y compuesta por pacientes blancos en el 90% de los casos. La presentación clínica está dominada por las adenopatías intra y extratorácicas y las lesiones cutáneas, con una menor afectación extratorácica y un requerimiento inferior de tratamientos inmunosupresores y biológicos que los casos referidos en Estados Unidos o Japón.

## ENFERMEDAD DE BEHÇET: DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO

*Estévez M, Argibay A, Lorenzo R, Freire R, Fernández-Martín J, Gimena B, Vazquez-Triñanes C, Rivera A.*  
UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS Y TROMBOSIS (ASYT).  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Behçet (EB) es una enfermedad crónica inflamatoria multisistémica. Existe una amplia variación en las características clínicas entre los diferentes grupos geográficos afectados por la EB.

**OBJETIVOS:** Determinar las características demográficas y clínicas de la EB en nuestra área sanitaria.  
**MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes con EB (según criterios internacionales de EB) diagnosticados y seguidos en el complejo Hospitalario Universitario de Vigo, desde 1994 hasta 2016. Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo. Se recogieron datos demográficos, clínicos, de tratamiento y evolutivos. Su análisis se llevó a cabo con SPSS 22.0.

**RESULTADOS:** Nuestra serie está constituida por 26 mujeres y 25 varones. La edad media en el inicio de la enfermedad fue de 33±11.95 años (11-62). Se objetivaron úlceras orales y genitales en el 100% y 84.3% respectivamente y lesiones cutáneas en el 88.2% de los pacientes. La afectación ocular ocurrió en el 35.3%, el daño neurológico en el 39.2% y el gastrointestinal en el 29.4%. (Las áreas con mayor afectación fueron el colon y el intestino delgado). Se presentó enfermedad vascular en el 33% de los casos. El Test de Patergia fue realizado en 18 pacientes (35.29%) y 10 (55.5%) de los mismos fueron positivos. El HLA B51 fue estudiado en sólo 13 pacientes (25.5%) de los cuales 8 (61.5%), resultaron positivos. El 62.7% de los pacientes no presentaban factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), 27.4% eran fumadores, 7.8% Hipertensos, y el 3.9% presentaron Diabetes y Dislipemia. Los FRCV no se relacionaron con eventos trombóticos ( $p > 0.05$ ). Con respecto a la influencia del género, solamente la pseudofoliculitis fue significativamente más frecuente en hombres ( $p < 0.001$ ). Se observó una tendencia de mayor prevalencia de la enfermedad ocular y elevación de la VSG/PCR en suero en hombres, así como de anemia en mujeres, lo cual, sin embargo, no se tradujo en valores estadísticamente significativos. El tratamiento consistió en el uso de Corticoides (92.2%), Colchicina (68.6%) y otros agentes inmunosupresores (35.3%). Durante el curso de la enfermedad, el 78.4% de los pacientes desarrollaron un brote de enfermedad, el 45.1% iniciaron o cambiaron de agente inmunosupresor y el 19.6% usaron fármacos biológicos. La mayoría de nuestros pacientes (92.1%) fueron ingresados y esto constituye un sesgo evidente. Fallecieron dos pacientes en el seguimiento, pero solamente uno en relación con EB (Hemorragia digestiva alta y convulsiones).

**CONCLUSIÓN:** Nuestra serie presenta algunos aspectos destacables especialmente la alta frecuencia de lesiones gastrointestinales y afectación neurológica. Los FRCV no parecen jugar un papel en el desarrollo de eventos tromboembólicos. Nuestros resultados confirman la variación étnica y geográfica de la expresión de esta enfermedad.

## ENQUISA A RESIDENTES DE 5º AÑO: ANÁLISE DE DATOS A NIVEL GALEGO DENDE O PUNTO DE VISTA FORMATIVO

*Macía-Rodríguez C, López-Reboiro ML, Gonzalez-Munera A, Moreno-Díaz J, Demelo-Rodríguez P, Martín-Iglesias D, Muñoz-Muñoz C, Ortiz-Lauradó G, Tolmos-Estefanía M, Salgado-Ordoñez F.*  
MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

**INTRODUCCIÓN:** Dende o punto de vista histórico o sistema de formación MIR demostrou a súa eficacia, pero despois de tantos anos de funcionamento, coñecemos o grao de satisfacción, os puntos fracos e os fortes que lle ven os propios residentes formados neste sistema? Esta enquisa dirixida ós residentes no último ano de formación pódennos dar luz e facer crítica sobre este sistema.

**OBJETIVOS:** Evaluar a impresión dos residentes sobre ás súas rotacións. - Evaluar o papel investigador/publicador dos propios residentes

**MATERIAL E MÉTODOS:** Trátase dun estudio descriptivo, multicéntrico a nivel nacional, cunha poboación diana que son os residentes no seu último ano de formación. Neste poster o que imo facer é un análise dun subgrupo que se corresponde cos residentes formados en Galicia. O método de selección foi a través das redes sociais da SEMI (Facebook e Twitter) e polo rexistro de correos electrónicos dos socios da Sociedade Española de Medicina Interna. A todos eles enviámoslles a información para acceder a enquisa e como cubrila. Os datos foron recollidos e analizados no programa informático Microsoft Excel.

**RESULTADOS:** Dos 194 participantes a nivel nacional, 9 correspondían a residentes que se formaron en Galicia. A maioría dos residentes galegos enquisados teñen menos de 30 anos (78%) e hai una discreta maioría de mulleres (56%). O 89% dos residentes refiren que o aspecto máis positivo da residencia é a adquisición de novos coñecementos e incluso o 22% deles refire que 5 anos de residencia se lles fai pouco. Sen embargo teñen a impresión de ter un exceso de tempo dedicado ós paciente pluripatolóxicos (33%), á rotación en consultas externas (22%) e á súa formación en urxencias (22%); mentres que perciben un déficit de formación na área de enfermidades minoritarias (78%), risco cardiovascular (78%) e ecografía clínica (56%). Para completar a súa formación o 100% dos nosos residentes realizaron rotacións externas ó seu centro pero só o 11% ó extranxeiro. - Só o 56% dos participantes consideran importante publicar, o 13% ten menos de 5 artigos publicados en revistas nacionais e o 75% non publicou en revistas internacionais. O 89% dos nosos residentes non ten, nin está a facer a tese doctoral. Sen embargo o 89% asistiu a >5 congresos e enviou máis de 10 comunicacións o 55%. E só o 55% dos residentes participaron en proxectos de investigación financiados.

**CONCLUSIONES:** Evalúase áreas con exceso de tempo dedicado durante a formación como os paciente pluripatolóxicos e outra con déficit como as enfermidades minoritarias, pero complementábase con rotacións externas. - Temos un déficit á hora de publicar é investigar, e centrámosnos en áreas de menor rendemento académico, participando moitos en comunicacións a congresos que non acaban revertendo en publicacións a revistas.

## MANEJO DEL SACUBITRIL/VALSARTÁN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA (ICC) PLURIPATOLÓGICOS COMPLEJOS DE EDAD AVANZADA

*García Trincado B, Piñeiro Fernández JC, Guerrero Sande H, Chaos González P, Cerqueiro González JM.*  
MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI (LUGO)

**INTRODUCCIÓN:** Las últimas Guías Europeas de Insuficiencia Cardíaca recomiendan el uso de Sacubitril/Valsartán en pacientes con ICC sintomática (NYHA II-IV), FEVI  $\leq$  35% y un tratamiento previo optimizado, con un nivel de evidencia IB. Existe la necesidad, debido al aumento en la esperanza de vida y a la pirámide poblacional envejecida, de conocer datos sobre la eficacia y la tolerabilidad del fármaco los pacientes con edad avanzada.

**OBJETIVOS:** Analizar el perfil de seguridad en la titulación de Sacubitril/Valsartán en una población anciana con ICC y pluripatología.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo y observacional de los pacientes tratados con Sacubitril/Valsartán seleccionados en la consulta monográfica de ICC del Hospital Universitario Lucus Augusti, desde Septiembre de 2016 hasta la actualidad. Se analizaron durante el seguimiento: la tolerancia según las cifras de tensión arterial y los principales parámetros analíticos (función renal, ionograma, NTproBNP).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 12 pacientes (el seguimiento más antiguo es desde septiembre de 2016 y el más reciente desde abril de 2017). Todos fueron varones, con una edad media de 81 ± 17 años. Se observó una elevada comorbilidad: DM el 41.6%, ERC moderada el 58.3% y EPOC el 23.1%. El índice de Charlson medio fue de 5 ± 1.73. Durante la titulación del fármaco se han alcanzado: dosis máximas (200 mg) en 3 (25%) pacientes, dosis intermedias (100mg) en 3 (25%) y dosis bajas (50 mg) en 5 (41.6%). Los motivos que llevaron a la detención en la progresión de la titulación fueron: la hipotensión en 3 (37.5%) casos, el deterioro de la función renal en 1 (12.5%) caso y dolor limitante en los miembros inferiores en 1 (12,5%) caso. Ningún paciente tuvo hiperpotasemia. Se suspendió el fármaco en 1 (12.5%) paciente, por hipotensión arterial mantenida. Finalmente, tras el análisis de los resultados obtenidos y la corrección progresiva de las limitaciones terapéuticas, se obtiene una tolerancia al fármaco con su prescripción activa en 11 (91,66 %) pacientes. Como indicadores de la eficacia del fármaco se utilizaron: la TAS, con una reducción media de 4,67 mmHg; la función renal reflejada con un leve deterioro medio del filtrado glomerular de 7,47 ml/min, y el NTproBNP, que aumentó 2924 pg/ml con respecto al valor basal al inicio del estudio.

**CONCLUSIONES:** Un control óptimo de la tensión arterial y la función renal durante la titulación del Sacubitril/Valsartán en pacientes ancianos y pluripatológicos, puede conseguir altas tasas de tolerancia, mejorando los parámetros hemodinámicos, sin complicaciones graves y con escasos abandonos terapéuticos, a pesar de requerir habitualmente dosis bajas del fármaco. El NT-proBNP sigue siendo el biomarcador de referencia para la respuesta clínica, pero su realización durante descompensaciones agudas puede suponer un factor de confusión. El Sacubitril/Valsartán puede ser una opción válida y segura en pacientes seleccionados con ICC avanzada.

## SARCOIDOSIS EN EL ÁREA DE VIGO. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE 253 PACIENTES

*Pérez González A, Pérez Pallisé E, Alvarez Pérez V, Rodríguez Ferreira L, Diéguez Pena P, Val Domínguez N, Baroja Basanta AL, Suárez Varela MM, Vilas Pío B, Pérez Alvarez R.*  
MEDICINA INTERNA. ALVARO CUNQUEIRO. VIGO

**INTRODUCCIÓN:** La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida y cuya incidencia acumulada se estima en España en 1,36 por 100.000 personas-año. En su desarrollo se conjugan multitud de factores (infecciones, exposición a determinados antígenos, genoma, inmunidad etc), que conducen a la aparición de un proceso inflamatorio que afecta fundamentalmente a los pulmones, pero también a ganglios, hígado, articulaciones etc. El curso clínico y el pronóstico son variables, y se relacionan con la forma de inicio y la extensión de la enfermedad.

**OBJETIVOS:** Analizar las características clínicas, radiológicas y evolutivas durante largo tiempo de seguimiento de una gran cohorte de pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se revisan, de forma retrospectiva, las historias clínicas de 253 pacientes del área de Vigo diagnosticados de Sarcoidosis según los criterios de la American Thoracic Society/ European Respiratory Society/ World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG).

**RESULTADOS:** Se recogieron un total de 253 pacientes, 135 hombres (53.4%) y 118 mujeres (46.6%) con una edad media al diagnóstico de 47±16 años. 12 pacientes (4,7%) se encontraban asintomáticos. La afectación más frecuente al inicio de la enfermedad fue la respiratoria (n=236,

93,3%), seguida de la cutánea (n=89, 35,2%), las adenopatías periféricas (n=41, 16,2%), y la hepática (n=40, 15,8%). Se hizo estudio radiológico en todos los pacientes, incluyendo tomografía computarizada (TC) en 228 (90,1%). Se obtuvo confirmación histológica en 196 pacientes (77,5%). Se recogieron 172 muestras de ECA, con una media de 70,8 U/l (rango 8-52 U/l). Al diagnóstico se realizó estadije pulmonar, siendo mayoritarios los estadios I (n=114, 45,1%) y II (n=83, 32,8%). Los estadios III (n=31; 12,3%) y IV (n=8, 3,2%) fueron menos frecuentes. No presentaban afectación pulmonar 17 pacientes (6,7%). Fueron tratados con esteroides 205 enfermos (81%), con inmunosupresores 28 (11,1%) y con tratamientos biológicos 6 (2,4%). Después de un seguimiento medio de 88 meses habían 52 pacientes (20,6%). La causa más frecuente de muerte fueron los procesos infecciosos (n=20; 38%), seguido del cáncer (n=8) y de la enfermedad pulmonar grave (n=8). La mortalidad fue significativamente mayor en los pacientes en estadio III y IV. En este último, el 75% de los pacientes había fallecido al final del periodo de seguimiento.

**CONCLUSIONES:** La sarcoidosis es una enfermedad poco frecuente, con alta afinidad por el sistema respiratorio, aunque con posibilidad de dañar cualquier sistema. El diagnóstico se apoya fundamentalmente en una muestra histológica. El tratamiento se basó fundamentalmente en los esteroides, aunque parte de los pacientes precisaron inmunosupresores o fármacos biológicos. La mortalidad a largo plazo es elevada (20%)

## ¿CUÁL ES EL PESO DE LA MEDICINA INTERNA EN LA HOSPITALIZACIÓN?

Iriguez Vázquez I, Matesanz Fernández M, García Trincado B, Casariego Vales E.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI

**INTRODUCCIÓN:** El papel del los distintos Servicios Médicos en el área de hospitalización en España es poco conocido. Además, existen datos indirectos que sugieren que los patrones de ingreso y las cargas de trabajo se están modificando.

**OBJETIVOS:** Determinar el peso del Servicio de Medicina Interna en la hospitalización del área médica de un hospital general y su evolución el tiempo

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Estudio de la totalidad de los ingresos hospitalarios en todos los servicios del área médica del Hospital Lucus Augusti de Lugo (antes Complejo Xeral-Calde) entre los años 2000 y 2015. La fuente de datos es el CMBD hospitalario de cada año en estudio. Todas las variables originales y las secundarias derivadas han sido evaluadas por los investigadores con un análisis de concordancia previo. Para cada servicio se analizan: número de ingresos, carga de cronicidad complejidad de los pacientes (medido por número de patologías y el índice CIRS), estancia hospitalaria y mortalidad. Los resultados se presentan desglosados por años naturales. En la comparación de proporciones se ha utilizado el test chi-cuadrado (o chi-cuadrado de tendencia según necesidad). En la comparación múltiple de medias se ha utilizado el análisis de la varianza.

**RESULTADOS:** Se incluyen un total de 170.798 pacientes. De ellos, el Servicio de Medicina Interna se responsabilizó de 51.557 (30,2%), Cardiología de 20.927 (12,2%), Geriatria de 20.661 (12,1%) (y Neumología de 20.585 (12,0%). Ninguno del resto de los Servicios alcanzó el 10% del total. Los servicios con mayor cronicidad y complejidad fueron Geriatria (CIRS 14,09), Medicina Interna (12,22) y Nefrología (11,95). Las mayores estancias, las mayores proporciones de mortalidad, se produjeron en Cuidados Paliativos (14,87 días y 74%, respectivamente), Hematología (14,08 y 12,6%) y Geriatria (11,39 y 14,7%). Las diferencias con Medicina Interna (10,22 y 8,9%, respectivamente) fueron estadísticamente significativas. En la evolución temporal se aprecia un paulatino incremento de los ingresos a cargo de Medicina Interna y Geriatria (36,2% y 12,1% en 2015) y una concomitante reducción de los asignados a servicios de especialidades médicas como Cardiología, Neumología o Oncología (10,3%, 7,5% y 5% en 2015).

**CONCLUSIONES:** La hospitalización en el área médica se concentra, de manera paulatina, en los servicios más generalistas, Medicina Interna y Geriatria. La tendencia temporal sugiere claramente que Medicina Interna seguirá incrementando su papel en hospitalización en los próximos años. Por ello es imprescindible adecuar los servicios a la nueva realidad, tanto en cuanto a su tamaño como a sus funciones.

## CARACTERÍSTICAS Y PATRÓN TEMPORAL DE REINGRESOS DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR HOSPITALIZADOS EN SERVICIOS MÉDICOS

Iriguez Vázquez I, Matesanz Fernández M, Romay Lema EM, García Trincado B, Casariego Vales E.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI

**INTRODUCCIÓN:** La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más frecuente. Afecta al 1-2% de la población general y su prevalencia está claramente relacionada con la edad. En el ámbito hospitalario, afecta hasta el 30-35 % de los ingresados en Servicios de Medicina Interna. Dada su frecuencia y el grupo de edad al que afecta, lo habitual es que se presente asociada a otras patologías. Por todo ello, es importante conocer las características de los pacientes con FA en el ámbito hospitalario y su comportamiento en los sucesivos ingresos.

**OBJETIVO:** Conocer las características de los pacientes con fibrilación auricular (FA) en el ámbito hospitalario y su comportamiento en los sucesivos ingresos.

**MÉTODO:** Estudio retrospectivo de cohortes con la totalidad de los ingresos hospitalarios entre el 1 de Enero de 2000 y el 31 de Diciembre de 2013. La fuente de información fue el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) del centro.

**RESULTADOS:** Se registraron 149.271 ingresos hospitalarios correspondientes a 66.286 pacientes. De ellos, 12.513 (18,87%) presentaban FA, lo que supone 25.870 (17,30%) ingresos. Los pacientes con FA tuvieron más porcentaje de mujeres (49,7 vs 44,3%; p<0.0001), mayor edad [78.34 (DS 10.2) años vs. 67.08 (DS 17.89); p<0.0001], más patologías crónicas [4.24 (DS 2.07) vs. 2.87 (DS 1.95); p<0.001], estancia hospitalaria más prolongada [12.48 (DS 12.48) vs. 10.6 (DS 19.9) días; p<0.0001] y una elevada tasa de reingresos [2,98 (DS 2,75) vs 2,08 (DS 2,28); p<0.001] con un acortamiento progresivo del tiempo entre ingresos. El servicio de Medicina Interna asumió la atención de más de la mitad de los enfermos con FA. Los diagnósticos secundarios más frecuentes asociados fueron: EPOC, ictus, ICC, cardiopatía isquémica, otras enfermedades del aparato respiratorio e hipertensión arterial.

**CONCLUSIONES:** La FA se presenta en pacientes de alta complejidad, ingresados mayoritariamente en servicios de medicina interna y se asocia a una elevada tasa de reingresos. Es preciso definir clústers asociados a FA que permitan un enfoque global de estos pacientes.

## USO DE COMBINACIONES FIJAS EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA. MUCHO CAMINO POR RECORRER

Domínguez Erquicia P, Montes-Santiago J, Rey Domínguez G.

MEDICINA INTERNA. EOXI. VIGO.

**INTRODUCCIÓN:** La simplificación de tratamientos farmacológicos para pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) con a menudo gran comorbilidad y polifarmacia, debe constituir un objetivo prioritario para conseguir una adherencia adecuada.

**OBJETIVOS:** Se compara la utilización de combinaciones de fármacos eficaces en el tratamiento de la IC entre pacientes ingresados en un Servicio de Medicina interna y su evolución entre los años 2000, 2006 y 2014.

**MÉTODOS:** Se analizan las características de una cohorte de 53 (2002), 51 (2006) y 60 (2014) pacientes aleatoriamente elegidos entre los hospitalizados con diagnóstico principal de IC (Código diagnóstico 428.0, CIE-MC9). En 2014 la IC constituyó el 7,4% de todas las altas hospitalarias en pacientes médicos. La mediana de seguimiento fue de 24 meses. La descripción de datos se refiere a 2014 y la comparación se realiza entre 2006 y 2014, con las referencias pertinentes a 2002. Se indica con \*cuando p<0,05.

**RESULTADOS:** Los datos demográficos y cardíacos en 2014 fueron: edad  $\pm$  SD (79  $\pm$  8), mujeres (52%); etiología: isquémica (20%), hipertensiva (83%), valvulopatía (31%); Grado III-IV NYHA (95%\*); Fracción eyección ventrículo izdo. (FEVI)>45% (62%); fibrilación auricular (FA) (75%\*). Comorbilidades importantes fueron: diabetes mellitus (36%); EPOC (20%), enfermedad renal crónica (38%), deterioro cognitivo/demencia (31%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 7% y la probabilidad de supervivencia al cabo de 12 y 24 meses fue de 0,68 y 0,54. El uso de fármacos fue: diuréticos (82%), inhibidores del enzima convertidor de angiotensina (IECA)/antagonistas del receptor de angiotensina (ARAII) (43%\*), betabloqueantes (BB) (50%), espironolactona (47%\*) y anticoagulantes orales (ACO) (65%\*). La media de fármacos usados por paciente fue de  $9 \pm 3$  y el uso de combinaciones fue del 3%.

**DISCUSIÓN:** Entre 2006 y 2014 hay aumento en uso de BB (35 a 50%), espironolactona (27 a 47%) y ACO (25 a 65%). Se encontraban anticoagulados el 87% de pacientes con FA. En general, se ha producido sustancial aumento con respecto a 2002, mejorando la supervivencia hospitalaria pero no a 12 y 48 meses. Sin embargo, en 2014 hay disminución en empleo de IECA/ARA II (de 90 a 43%), sin clara justificación, aunque puede estar relacionado con la mayor edad (79 vs. 78) y aumento de pacientes con FEVI >45% (62 vs. 50%). Además, el exiguo uso de combinaciones se reduce aún más (de 6 a 3%) (en todos los casos IECA+diurético). En cambio, hubo incremento en el número total de medicamentos por paciente (de 7 a 9).

**CONCLUSIONES:** El uso de combinaciones fijas con efectividad en IC fue muy bajo. Está demostrado que la supervivencia en IC depende de la adecuación de tratamientos a las Guías de Práctica clínica. La adherencia se reduce de forma sustancial al incrementar la cantidad de fármacos y dosis. Por tanto, debe hacerse un esfuerzo en la simplificación de terapias. Esto constituye un campo con claras perspectivas de mejora.

## VACUNACION ANTIGRIPIAL EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA. PROGRESAMOS, PERO ¿LO HACEMOS ADECUADAMENTE?

Domínguez Erquicia P, Montes-Santiago J, Rey Domínguez G.

MEDICINA INTERNA. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. EOXI VIGO

**INTRODUCCIÓN:** La vacunación antigripal anual constituye una de las medidas más eficientes para disminuir los reingresos y disminuir la mortalidad, no sólo de pacientes con enfermedades respiratorias, sino también de aquellos con enfermedades cardiovasculares y, particularmente, insuficiencia cardíaca (IC).

**OBJETIVOS:** Examinar la cumplimentación en la historia clínica electrónica de la cobertura vacunal de pacientes ingresados por IC, y valorar las recomendaciones al alta sobre tal tema en los informes de alta de una muestra significativa de pacientes ingresados en un Servicio de Medicina interna en 2014.

**MÉTODOS:** Se analizaron los informes de alta y la historia electrónica IANUS de una muestra aleatoria de 60 pacientes ingresados en un Servicio de Medicina interna, en 2014, con un diagnóstico principal al alta de IC (Código diagnóstico 428.0, CIE-MC9). En los informes de alta se cuantificó la referencia explícita a la conveniencia de vacunación anual y en IANUS se investigó en todos sus apartados dicha referencia, principalmente Atención Primaria.

**RESULTADOS:** La edad (media  $\pm$  DS) fue 78,8  $\pm$  8,7 años. (Todos >65 años). Comorbilidades importantes fueron diabetes mellitus (DM) (36%), EPOC (20%), enfermedad renal crónica (38%), deterioro cognitivo/demencia (31%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 7%. De los 60 pacientes, en 41 (68%) se había administrado vacunación; 20 (33%) no la habían recibido y en 7 (12%) no pudo hallarse constancia de tal actuación. Por comparación la cobertura vacunal de la temporada 2014 en Galicia en >65 años fue de 52,4%. No se alcanzó el objetivo deseado de >65% (aunque la cobertura fue del 54,3% en 2015). La cobertura en la EOXI de Vigo fue la más baja de Galicia (47,7%) (alcanzando al 50,7% en 2015). [Consellería de Sanidade. Venres epidemiolóxico 03/05/2015; 4 (14)]. Sólo en 7% (4/60) de informes de alta se hizo alusión clara a tal recomendación vacunal.

**DISCUSIÓN:** Aunque la cobertura vacunal en los pacientes con IC es superior a la del resto de personas >65 años, teniendo en cuenta que en dicha entidad es conveniente una cobertura próxima al 100%, y la coexistencia, además de la edad, de otras comorbilidades que también aconsejan tal nivel de cobertura (EPOC, DM, etc.), tales hallazgos indican que en este asunto debe producirse una mejora sustancial. También en lo referente a lo referente a no omitir tan importante dato en la historia electrónica (actual>10%) o informes de alta.

**CONCLUSIONES:** Diversos estudios han demostrado que la vacunación antigripal puede disminuir hasta en un 29% la mortalidad por IC (Kopel E et al. Eur J Heart Fail. 2014; 16:264). Dicha medida constituye por ello el método más sencillo y efectivo para mejorar la supervivencia de estos pacientes. Por ello se recomienda en la totalidad de Guías Clínicas sobre IC. Se precisa intensificar esfuerzos de cumplimentación y educación de pacientes y profesionales para que dicha medida pueda ser implementada de forma más eficaz.



## ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA INVASIVA VERSUS CONSERVADORA EN EL MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DE ST EN PACIENTES $\geq$ 80 AÑOS

Naveiras A, Ferreiro X, Seoane B, Clavero E, Rodríguez-Osorio I, Nicolás R, Penado S, Ramos V, De la Iglesia F.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome coronario agudo sin elevación de ST (SCASEST) es causa frecuente de morbimortalidad e ingreso en el paciente muy anciano. Su manejo óptimo es controvertido dada la escasa representación de estos pacientes en los ensayos clínicos en los que se basan las guías de práctica clínica.

**OBJETIVOS:** Comparar estrategia invasiva vs conservadora en el manejo del SCASEST en pacientes  $\geq$ 80 años en práctica clínica habitual.

**MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, de todos los pacientes  $\geq$ 80 años que ingresaron en el centro con diagnóstico de SCASEST en 2014 y 2015. Se excluyeron aquellos en situación terminal según criterios de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. El objetivo primario fue la combinación de muerte por cualquier causa, nuevo evento coronario agudo o reingreso. Se realizó un estudio comparativo entre el grupo de pacientes que se sometieron a cateterismo y el grupo conservador y se utilizó regresión de Cox para evaluar las variables asociadas al evento calculándose los Hazard Ratios (HR).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 347 enfermos de los que 11 cumplían criterios de exclusión. Los 336 incluidos se siguieron durante 26 meses (5-32). La estancia hospitalaria media fue 8,98 días. Las características basales de ambos grupos se describen en la tabla. En el grupo de estrategia invasiva, 70 (43,5%) pacientes presentaban enfermedad de tronco o tres vasos, 36 (22,4%) dos vasos y 40 (24,8%) un vaso; en 15 (9,3%) no se objetivaron estenosis significativas. Se realizó revascularización percutánea en 110 (68,9%) y quirúrgica en 6 (3,7%). Respecto a las complicaciones del procedimiento, hubo 9 (5,6%) casos de nefropatía por contraste, 3 (1,9%) de ictus y 10 (6,2%) de complicaciones locales menores. No existieron diferencias en tratamiento antiagregante al ingreso aunque sí al alta, con 90,7% vs 76,4% ( $P<0,001$ ) para AAS, 69,9% vs 22,3,8% ( $P<0,001$ ) para antagonistas del receptor ADP y 62,3% vs 14,2% ( $P<0,001$ ) para doble antiagregación. A pesar de ello, no hubo diferencias en la tasa de eventos hemorrágicos durante el seguimiento (7,5% vs 12%,  $P=0,162$ ). El grupo con intervencionismo coronario presentó menor mortalidad que el conservador (28,0% vs 54,9%,  $p<0,001$ ) y menor incidencia de evento combinado (59,6% vs 83,4%,  $p<0,001$ ). En el análisis de Cox la realización de cateterismo (HR=0,56; IC95%: 0,42-0,75) y el uso de doble antiagregación (HR=0,67; IC95%: 0,51-0,88) se asociaron de manera independiente a menor incidencia de evento, mientras que a mayor índice de Charlson mayor incidencia (HR=1,16; 1,09-1,24), sin existir asociación para la edad ni el sexo.

**CONCLUSIONES:** La estrategia invasiva resultó superior respecto a la conservadora en pacientes de  $\geq$ 80 años para la reducción del evento combinado de muerte, reingreso y nuevo evento coronario, independientemente de la edad y las comorbilidades basales, en práctica clínica habitual. No existieron diferencias en la tasa de complicaciones hemorrágicas.

## FACTORES PRONÓSTICOS Y ALTERACIONES ANALÍTICAS EN LOS PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNÓSTICO DE GRIPE DURANTE LA TEMPORADA 2015-2016

Vázquez Agra N (1), Campaña Castro D (2), Novo Veleiro I (1), González Quintela A (1).

(1) MEDICINA INTERNA. (2) ESTUDIANTE DE MEDICINA (UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA). COMPLEJO HOSPITALARIO CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**INTRODUCCIÓN:** La infección por el virus de la gripe suele ser un proceso clínico autolimitado que se asocia a incremento de morbimortalidad en grupos poblacionales vulnerables. Además, las alteraciones analíticas en los pacientes con gripe son comunes en la práctica clínica pero, a diferencia de aquellas relacionadas con otros procesos virales (Por ejemplo, familia virus Herpes), los resultados de los estudios sobre el tema son discrepantes.

**OBJETIVOS:** El objetivo del estudio es analizar las alteraciones en el hemograma y la bioquímica hepática durante la infección por gripe e investigar la relación entre dichos resultados, la cepa aislada y variables asociadas a mal pronóstico (estancias prolongadas (> 5 días), ingreso en UCI y mortalidad).

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Estudio transversal retrospectivo en el que se incluyeron 258 pacientes que ingresaron en nuestro hospital con el diagnóstico de gripe entre el 1 de enero y el 31 de Junio (2016). Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y microbiológicas. Se realizó un análisis descriptivo y analítico univariante para identificar factores asociados a alteraciones analíticas y tipo de cepa aislada, así como comparar la distribución de las diferentes variables en relación a las categorías pronósticas de ingreso en UCI, tiempo de estancia hospitalaria y mortalidad.

**RESULTADOS:** Análisis Descriptivo N=258. Sexo (varón):51,2%. Edad (años) (mediana (Mj)):67,0 Desviación estándar (SD):16,7. Comorbilidades: Patología pulmonar crónica 32,2%. Diabetes:20,5%. Factores de riesgo: HTA. 48,1%. Dislipemia: 42,2%. Ex/fumadores: 31,4%. Ingreso en UCI: 8,5%. Mortalidad: 8,1%. Contagio nosocomial: 10,1%. Gripe A (AH1N1): 81,8%. No-A\*: 17,2%. Estancia y síntomas (días) (M+SD): 8±15,2 y 4±3,7. Análisis Univariante. Alteraciones analíticas (Pp<0,05). Leucopenia\* y neutropenia\* se asociaron a pacientes menores de 60 años. El grupo hepatopatía crónica presentó mayor leucopenia. La hipertransaminemia\* se asoció a varones y ex/fumadores. Leucopenia e hipertransaminemia mostraron asociación. Análisis univariante: Cepas virales (Pp<0,05). La infección No-A se asoció con el grupo de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. Análisis univariante: Factores pronósticos (Pp<0,05). La estancia prolongada, el ingreso en UCI y la mortalidad se asociaron a hipertransaminemia. La linfopenia fue más frecuente en pacientes fallecidos.

**CONCLUSIONES:** Las alteraciones analíticas fueron más frecuentes en los grupos de peor pronóstico aunque sólo se alcanzó significación estadística para hipertransaminemia, predominando en pacientes jóvenes y varones. La infección No-A se asoció a mayor insuficiencia cardíaca crónica.

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

Mejide H (1), Porteiro J (1), Serrano J (1), Gonzalez-Vilariño V (2), Carrero J (2), Trobajo J (2), Gonzalez I (2), Asensio P (1).

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

(2) SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL QUIRÓNSALUD A CORUÑA.

**INTRODUCCIÓN:** La cirugía ortopédica protésica mejora sustancialmente la calidad de vida de los pacientes sometidos a intervención, disminuyendo los síntomas y la necesidad de polifarmacia y restaurando la funcionalidad e independencia; sin embargo no está exenta de complicaciones. La anemia perioperatoria es frecuente en estos pacientes y la optimización previa a la intervención y las medidas de ahorro transfusionales se han relacionado con una disminución de la morbimortalidad. El objetivo del presente estudio fue evaluar el ahorro transfusional que supone la utilización de ácido tranexámico (AT) de manera protocolizada en pacientes sometidos a artroplastia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional de cohortes retrospectivo llevado a cabo en el Hospital Quirónsalud A Coruña. En el seno del programa de Internista de Proceso Quirúrgico/Asistencia compartida se recogieron los pacientes sometidos de manera electiva a artroplastia de cadera o rodilla en un periodo de 15 meses. Se dividió el estudio en dos periodos, antes y después de la implantación del protocolo de uso de ácido tranexámico (infusión de 4 amp de 20cc de AT vía tópica por redón en el momento del cierre de la herida permanenciando cerrado 30 minutos). Se analizó la tasa de transfusión, la estancia media y el ahorro estimado de costes y las complicaciones derivadas. Se realizó un análisis descriptivo utilizando el paquete estadístico SPSS 16.0.

**RESULTADOS:** Se reclutaron un total de 161 pacientes, 70% mujeres, con una edad media de 71  $\pm$  8,1 años. El 54% tenían un Índice de Charlson >2, el 82% un riesgo anestésico ASA >2 y el 65% tenían algún grado de dependencia funcional (Escala Cruz Roja >2). Un 68% de los pacientes tomaban 4 o más fármacos. Por tipo de cirugía se distribuyeron en 91 artroplastias rodilla y 70 de cadera. La comparación por periodos mostró una reducción de la tasa de transfusión significativa (60% vs 18%,  $p<0,0001$ ), una disminución de la media de concentrados de hematies utilizados (1,27 vs 0,42,  $p<0,01$ ), una reducción de la estancia media hospitalaria (6,38 vs 5,68,  $p<0,05$ ) y una reducción de la media de costes estimados en medicación por paciente (95,57€ vs 79,56€,  $p<0,01$ ). No hubo diferencias significativas en las características demográficas y clínicas entre los dos grupos. No hubo complicaciones derivadas del uso de AT.

**CONCLUSIONES:** 1- El perfil de paciente que se somete a una artroplastia es una mujer de edad avanzada, con elevada comorbilidad y polifarmacia. 2- El uso de ácido tranexámico se confirma como una estrategia ahorradora de sangre con las implicaciones que eso conlleva en términos de reducción de estancia media, costes y complicaciones derivadas. 3- No se constataron efectos adversos derivados de su utilización.

## MANEJO DE PACIENTES CON ANEMIA SECUNDARIA A MALFORMACIONES VASCULARES DIGESTIVAS EN HOSPITAL DE DÍA

Páez Guillán EM (1), García Villafranca A (1), Maciá Rodríguez C (1), Alende Castro V (1), Marques Afonso AT (1), Vázquez Agra N (1), Novo Veleiro I (1), Pose Reino A (1), González Quintela A (1)

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

**INTRODUCCIÓN:** La anemia ferropénica, que afecta al 6% de la población, es uno de los principales problemas del internista; puede deberse a diversas etiologías; como las malformaciones vasculares gastrointestinales, principal causa de sangrado oculto en ancianos.

**OBJETIVOS:** Analizar las características de pacientes con anemia secundaria a angiodisplasias o ectasia vascular gástrica, atendidos en Hospital de Día, diferenciando entre los diferentes tratamientos e identificando factores asociados a morbimortalidad y necesidades transfusionales y asistenciales.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo en el cual fueron incluidos pacientes con anemia secundaria a malformaciones vasculares gastrointestinales tratados en Hospital de Día de Medicina Interna, entre el 01/01/2012 y el 31/12/2016. Fueron distribuidos en dos grupos según hubiesen recibido o no octreotido. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y analíticas, y se realizó un análisis descriptivo y univariante.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 23 pacientes que corresponden al 8.74% de los pacientes seguidos por anemia; 11 de los cuales en el brazo correspondiente a octreotido. Un 56.5% fueron varones. La edad media fue de 78 años y el nivel medio de hemoglobina de 8.3 g/dl. Un 60.8% de los pacientes presentaron angiodisplasias, un 26.1% ectasia gástrica y 13.1% sangrado digestivo de origen oscuro. El 21.7% fueron derivados de planta y otro tanto de consultas de Medicina Interna; un 13% de otras consultas, un 17.4% de Urgencias y un 13% de Atención Primaria. Como comorbilidades presentaron: HTA (82.6%), FA (56.5%), insuficiencia cardíaca (56.5%) e insuficiencia renal crónica (39.1%). Un 87% recibió IBP, un 39.1%, antiagregantes, un 30.4% anticoagulantes, otro 30.4% heparina de bajo peso molecular, un 21.7% corticoides y un 17.4% AINE's. El 65.2% recibió al menos una trasfusión sanguínea en su seguimiento, el 60.9% fue tratado con hierro sacarosa y el 43.5% con hierro carboximaltosa, y el 73.9% recibió hierro oral. Cuatro pacientes recibieron además talidomida, tres de ellos en el brazo de octreotido. La mortalidad fue del 34.8% (esta cifra baja al 27.3% en los pacientes tratados con octreotido) y la mejoría media del nivel de hemoglobina fue de 2.07 g/dl (2.58 g/dl en el grupo de octreotido). El número de ingresos, de trasfusiones y de asistencias a Urgencias un año después del inicio del tratamiento descendió en un 43.5%, 39.1% y 52.2% de pacientes, cifras que suben al 54.5%, 45.5% y 54.5% en el caso del octreotido, objetivándose mejoría también en los pacientes tratados con hierro carboximaltosa.

**CONCLUSIONES:** Las malformaciones vasculares gastrointestinales son causa importante de anemia en ancianos. El octreotido ha demostrado mejoría en la mortalidad y en los niveles de hemoglobina, y se ha relacionado con disminución en la demanda sanitaria, lo que repercute positivamente en la calidad de vida y en el ahorro sanitario. El hierro carboximaltosa también ha mostrado datos favorables.

## INCIDENCIA DE LINFOMAS EN PACIENTES VIH EN PERIODO 1993-2014

Mejide H (1, 2), Castro-Iglesias A (1, 3), Rodríguez-Osorio I (1, 3), Balliñas J (1, 3), Trinidad A (4), Pedreira J (1), Mena A (1, 3).

(1) GRUPO DE VIROLOGÍA CLÍNICA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE A CORUÑA (INIBIC)-COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA (CHUAC), SERGAS. (2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL QUIRONSALUD A CORUÑA. (3) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, UNIDAD DE VIH Y HEPATITIS. CHUAC. (4) FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD SANTIAGO DE COMPOSTELA. CHUAC

**ANTECEDENTES/OBJETIVOS:** La introducción del tratamiento antirretroviral ha aumentado la supervivencia de los pacientes con infección por VIH, por lo que se ha observado un cambio de tendencia en la incidencia y en los tipos de cáncer en esta población. La coinfección VIH/VHC podría jugar un papel en la carcinogénesis debido a la inflamación relacionada con el virus de hepatitis C (VHC). En este contexto se evaluó la incidencia de linfomas en pacientes mono infectados VIH y coinfectados VIH/VHC y se compararon las diferencias entre ellos y con la población general.

**MÉTODOS:** Se incluyeron de forma retrospectiva todos los episodios de linfoma en pacientes VIH en seguimiento clínico en un hospital terciario en el periodo 1993-2014. El método de selección fue la revisión retrospectiva de la historia clínica mediante el Servicio de Codificación. Se recogieron características epidemiológicas, demográficas, clínicas e inmunovirológicas. El seguimiento de los pacientes fue realizado hasta la última visita regular a las consultas, muerte o pérdida de seguimiento. La incidencia de linfomas fue evaluada y comparada entre los pacientes mono y coinfectados. Se utilizó la herramienta GLOBOCAN para calcular la incidencia estandarizada respecto a la población general.

**RESULTADOS:** Cohorte de 2318 pacientes (37% coinfectados VIH/VHC) que contribuyeron a 27086 pacientes-año de seguimiento. Se identificaron un total de 63 linfomas; 37 (2,5% [IC95%:1,8-3,5]) en VIH mono infectados y 27 (3,1% [IC95%:2,2-4,6]) en VIH/VHC, sin diferencias entre ambos grupos (OR:1,25, IC 95%:0,76-2,97). De todos los linfomas, 59 eran LNH (83,8% VIH vs 66,6% VIH/VHC) y 15 LH (16,2% VIH vs 33,3% VIH/VHC). La incidencia de LNH en población general es 13,1 casos/100000 habitantes, mientras que en VIH es 217,6 y en VIH/VHC 143,1/100000 habitantes. Por otro lado, la incidencia de LH en población general es 2,5 casos/100000 habitantes, en VIH 41,9 y en VIH/VHC 71,8 casos/100000 habitantes. Respecto a los pacientes VIH mono infectados, el 64,9% desarrollaron el linfoma al diagnóstico de VIH o en el primer año desde el mismo, frente a un 25,9% en los coinfectados VIH/VHC. Así, tan sólo el 18,9% recibían TARGA en el momento del diagnóstico del linfoma vs 66,7% en coinfectados ( $p<0,001$ ). La mediana del recuento de CD4/uL en el momento del diagnóstico fue de 36 (10-212) en mono infectados vs 198 (24-608) en coinfectados ( $p<0,001$ ).

**CONCLUSIONES:** 1- La incidencia de linfomas (tanto LH como LNH) en población VIH mono infectada y VIH/VHC coinfectada sigue siendo mucho mayor que la esperada en la población general. 2- A pesar del buen control inmuno-virológico del VIH, en los pacientes coinfectados VIH/VHC se observa una incidencia cruda de linfomas mayor en los años sucesivos al diagnóstico, que puede deberse al papel oncogénico del VHC o a la inflamación persistente. 3- Es destacable la alta incidencia de LH en pacientes coinfectados VIH/VHC, mayor que en VIH mono infectados.

## ANÁLISIS DE LAS COMUNICACIONES PRESENTADAS A LA REUNIÓN ORDINARIA DE LA SOGAMI 2013-2016: ¿CUÁNTAS HAN SIDO PUBLICADAS EN REVISTAS CIENTÍFICAS?

Suárez Gil R, Gomez Mendez R, Pedrosa Fraga C, García Trincado B, Rabuñal Rey R, Monte Secades R. (1) MEDICINA INTERNA, HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI

**RESUMEN:** La elaboración de una comunicación a un congreso implica la revisión de decenas de historias clínicas para realizar una base de datos, su análisis y la exposición de resultados. Esto conlleva un esfuerzo notable cuya distribución y características no se han analizado en conjunto en lo que respecta al congreso ordinario de la SOGAMI. Por otra parte, ¿Cuántos de estos trabajos finalizan con su presentación en el congreso? ¿Cuántos son publicados?

**OBJETIVOS:** Estudiar las características de las comunicaciones al congreso de la SOGAMI de los últimos 4 años, y analizar cuántas se han publicado en revistas médicas.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Revisión de las comunicaciones presentadas en los congresos de la SOGAMI de 2013 a 2016, obtenidas de la revista Galicia Clínica. Se han analizado variables como: año del congreso, comunicación oral o póster, hospital del primer firmante, uni/multicéntrico, tema y tipo de trabajo. Para comprobar su publicación se realizó una búsqueda en Pubmed, Dialnet y en Galicia Clínica usando al menos el primer autor, el último y palabras clave. Se excluyeron del análisis las comunicaciones de un solo caso. Para el análisis estadístico se usó el programa SPSS.

**RESULTADOS:** De los 313 trabajos revisados, se han excluido 118 por tratarse de comunicaciones de un único caso. De las 212 restantes, el 24,1% fueron comunicaciones orales y un 75,9% pósters. La distribución por hospitales fue: CHUAC 35 (16,5%), POVISA 32 (15,1%), HULA 25 (11,8%), CHUJI 25 (11,8%), CHUF 22 (10,4%), CHUS 21 (9,9%), CHOU 18 (8,5%), CHOP 16 (7,5%) y otros 18 (8,5%). El 94,3% fueron unicéntricos y el 88,7% retrospectivos. El tipo de estudio más frecuente fue el descriptivo longitudinal con  $n>10$  casos (75%), seguido por el transversal (11,3%) y el descriptivo con  $n<10$  casos (8%). Con respecto al contenido de los estudios 76 (35,8%) trataban sobre enfermedades infecciosas, 27 (12,7%) e. tromboembólica, 21 (9,9%) autoinmunes, 13 (6,1%) cardiovascular e IC, 10 (4,7%) Alcohol, 9 (4,2%) pluripatológicos y edad avanzada, 8 (3,8%) endocrinología y DM, 4 (1,9%) neurología y 44 (20,6%) otros temas. Se publicaron un total de 12 trabajos (5,7%), 7 (58,3%) en revistas internacionales y 5 (41,7%) en nacionales. De ellos 7 (58,3%) habían sido comunicaciones orales y 5 (41,7%) tipo póster. Las publicaciones por hospitales fueron: CHUAC 5 (41,7%), HULA 3 (25%), CHUS 2 (16,7%), CHOU 1 (8,3%) y POVISA 1 (8,3%). Tiempo hasta la publicación: 4 (33,3%) se publicaron en el 1º año tras la comunicación en el congreso, 5 (41,7%) durante el 2º año y 3 (25%) durante el 3º año. Las variables relacionadas ( $p<0,05$ ) con la probabilidad de que la comunicación fuera publicada fueron: estudio multicéntrico y comunicación oral.

**CONCLUSIONES:** El perfil de las comunicaciones es un estudio descriptivo retrospectivo procedente de un hospital de más de 500 camas. El porcentaje que se publica en revistas científicas es bajo y la demora prolongada, con más posibilidades en el caso de comunicaciones orales o estudios multicéntricos.

## ANÁLISIS DE LAS RECURRENCIAS DE INFECCIONES POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Marques Afonso AT (1), Paez Guillan E (1), García Villafranca A (1), Vidal Vázquez M (1), Vázquez N (1), Pernas H (1), Alende V (1), Maciá Rodríguez C (1); Novo Veleiro I (2).

(1) MÉDICO RESIDENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL CHUS. (2) MÉDICO ADJUNTO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL CHUS; MEDICINA INTERNA. CHUS

**INTRODUCCIÓN:** Se ha observado un aumento en las infecciones colónicas producidas por una bacteria asociada al uso de antibióticos, el Clostridium Difficile (CD).

**OBJETIVO:** Comparar los casos de infección por CD recurrentes con casos no recurrentes, analizar factores asociados a ambos y analizar una potencial relación entre el tipo de antibioterapia recibida y el desarrollo de infecciones por CD recurrentes.

**MÉTODOS:** Estudio analítico de caso y control retrospectivo, longitudinal y observacional de comparación de infecciones por CD recurrente y no recurrente en pacientes que han ingresado en servicio de Medicina Interna de CHUS que han sido diagnosticados de infección por CD, entre enero de 2014 a diciembre de 2016. Variables dependientes: recurrencia, tiempo hasta recurrencia y fallecimiento durante el ingreso. Variables independientes: socio-demográficas, epidemiológicas, clínicas, tratamiento utilizado, entre otras. Fuente: base de datos de codificación e historia clínica (IANUS). Análisis estadístico: Estadísticos básicos de centralización, análisis de relación con test Chi-cuadrado, T-Student, Mann-Whitney y curvas de Kaplan-Meier ( $p<0,05$  considerado estadísticamente significativo).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 50 casos correspondientes a 39 sujetos, edad media  $77\pm 13$  años. Número de tipos de antibióticos durante el año previo al desarrollo de infección:  $5,66 \pm 3,6$ . La última pauta antibiótica antes del inicio de los síntomas más utilizada ha sido con penicilinas más inhibidores de beta lactamasas (32%). El tratamiento utilizado más frecuente en la primera infección ha sido Metronidazol (66%). Se han detectado 15 infecciones recurrentes (30%). La mediana de tiempo hasta recurrencia ha sido de 11 [6:28] días. Mortalidad durante el ingreso ha sido de 8% (4 casos). La variable que ha presentado relación estadísticamente significativa con la presencia de recurrencias ha sido: antecedente de neoplasia. En la curva de Kaplan-Meier que relaciona tratamiento utilizado en primera infección y tiempo hasta recurrencia, no se observó resultado estadísticamente significativo. Las variables que han presentado relación estadísticamente significativa con mortalidad durante el mismo ingreso han sido: Índice Charlson; clínica diarrea, dolor abdominal, rectorragia, presencia de criterios de gravedad; dilatación intestinal; otros diagnósticos como insuficiencia cardíaca y endocarditis.

**CONCLUSIONES:** Se ha observado una gran prevalencia de recurrencias. No se ha obtenido una relación estadísticamente significativa entre terapia antibiótica utilizada previamente y desarrollo de recurrencias, tampoco entre el tratamiento utilizado en la primoinfección y tiempo hasta recurrencia. Se ha observado relación estadísticamente significativa entre fallecimientos durante el ingreso y comorbilidades, criterios de gravedad (dilatación intestinal, presencia de clínica de diarrea, dolor abdominal, rectorragia) y otros diagnósticos como insuficiencia cardíaca y endocarditis.

## HOSPITALIZACIÓN POR EVENTOS SIDA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL PERIODO 1993-2013

Mejide H (1, 2), Castro-Iglesias A (1, 3), Rodríguez-Osorio I (1, 3), Balliñas J (1, 3), Gutiérrez V (4), Pedreira J (1), Mena A (1, 3).

(1) GRUPO DE VIROLOGÍA CLÍNICA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE A CORUÑA (INIBIC)-COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA (CHUAC), SERGAS. (2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL QUIRONSALUD A CORUÑA. (3) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, UNIDAD DE VIH Y HEPATITIS. CHUAC. (4) FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD SANTIAGO DE COMPOSTELA. CHUAC

**INTRODUCCIÓN:** La introducción del TARGA y las características del paciente VIH han modificado el perfil de las hospitalizaciones en esta población en los últimos años. A pesar de la mejora en el cuidado de estos pacientes, todavía existe una significativa proporción de diagnóstico tardío, y por tanto de eventos definitivos de SIDA. El objetivo del presente estudio es analizar los ingresos por eventos SIDA de nuestra área asistencial en un periodo de 21 años.

**MATERIAL Y METODOS:** Se recogieron los ingresos de pacientes VIH en el CHUAC entre 1993-2013, mediante codificación CIE-9. Se analizaron las características clínicas, el motivo de ingreso y la mortalidad durante el ingreso. Se compararon las hospitalizaciones por eventos definitivos y no definitivos de SIDA en dos periodos (1993-2002 y 2003-2013). Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y las cuantitativas como media  $\pm$  SD o mediana (IQR). Se realizó un análisis de regresión de joinpoint de tendencia temporal. Se utilizó el paquete SPSS 19.0.

**RESULTADOS:** 2.498 pacientes infectados por VIH fueron seguidos durante el periodo de estudio, con una contribución de 22.901 pacientes-año (PA). Se registraron 6.917 ingresos, correspondiendo a 1.937 pacientes. De los hospitalizados, el 75% fueron hombres, la edad media fue  $36,4 \pm 10,6$  años y el 37,2% eran coinfectados VIH/VHC. La tasa de hospitalización mostró una reducción desde 30,7/100 pacientes (IC al 95%: 27,7-33,8) en 1993 hasta 19,9/100 pacientes (17,7-22,2) en 2013 ( $P<0,001$ ). Desde 1993 hasta 2013, se puede observar como la incidencia de hospitalizaciones por eventos SIDA disminuye significativamente a lo largo del tiempo, a diferencia de la incidencia por evento NO SIDA que se mantiene estable. En el cálculo de la tasa de incidencia de hospitalizaciones, a partir del año 1997 se evidencia un importante descenso de hospitalizaciones SIDA, 5,2% (1,1%-7,1%) anual ( $P<0,001$ ). En 614 casos (55,6%) de los 1104 pacientes que ingresaron al menos una vez por evento SIDA, el diagnóstico de VIH se realizó durante el propio ingreso por el evento SIDA. Las causas más frecuentes de ingreso fueron infecciones oportunistas y neoplasias definitivas de SIDA. La mortalidad hospitalaria global fue del 6,5% (IC95%: 6,0-7,1). La mortalidad por ingresos SIDA fue del 13,4% frente al 4,5% en los ingresos NO SIDA ( $P<0,001$ ).

**CONCLUSIONES:** 1- La tasa de hospitalización global y de eventos SIDA disminuyó a lo largo del periodo de estudio. 2- El análisis joinpoint estable un punto de corte en 1997 en relación con la instauración del TARGA; a partir de ahí se reduce la hospitalización por evento SIDA un 5% anual; la tasa de eventos NO SIDA se mantiene estable. 3- La hospitalización por evento SIDA presenta una elevada mortalidad, triplicando en nuestra serie a la mortalidad por ingreso NO SIDA. 4- Los diagnósticos tardíos todavía suponen un importante problema de salud pública; en el estudio el 55% se diagnosticaron con un proceso SIDA.

## CARACTERÍSTICAS INMUNOLÓGICAS, REPUESTA AL TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO DE LA COLANGITIS BILIAR PRIMARIA EN UNA COHORTE DE 85 PACIENTES SEGUIDOS EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE HEPATOLOGÍA

Sopeña B, Otero E, Tomás S, Alende Sixto R, Carballo I, García Villafranca A, Páez E, González-Quintela A. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. CONSULTA DE HEPATOLOGÍA Y CONSULTA DE INMUNO PATOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. CHUS. FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**INTRODUCCIÓN:** La Colangitis Biliar Primaria (CBP) es una enfermedad grave, en la que el adecuado tratamiento puede evitar la evolución a la cirrosis hepática y otras complicaciones sistémicas. A pesar de ello, es una entidad poco sintomática y escasamente conocida lo que explica el retraso diagnóstico desde que se inician las alteraciones analíticas, y posteriormente hasta que se empieza el tratamiento.

**OBJETIVO:** Describir las características demográficas, analíticas, inmunológicas y de respuesta al tratamiento en una cohorte pacientes con CBP.

**PACIENTES Y MÉTODO:** Se han estudiado los pacientes con CBP diagnosticados en nuestro Servicio desde el año 1994, de los que constaba seguimiento y datos clínicos suficientes. El diagnóstico de CBP se realizó en base a: la presencia de elevación persistente de los enzimas de colostasis con anticuerpos mitocodriales positivos (AMA) (Título > 1/40) y/o biopsia hepática diagnóstica.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 85 pacientes con CBP de los cuales 78 fueron mujeres (relación mujer:hombre: 11:1) con una edad media al diagnóstico de 54 años (rango: 23-84 años). El seguimiento medio fue de 108 meses (Rango: 15-286 meses). La IgM estaba elevada en el 71% de los pacientes (54/76). Los ANA fueron positivos en 59/85 (69%) de los pacientes y los AMA fueron positivos en el 78% (66/85). Entre las CBP-AMA negativo el 53% tenían otros anticuerpos sugestivos: 7 anti-centrónimo, 2 AMA-2, y 1 anti-sp-100. Se le hizo biopsia hepática a 72 pacientes (88%), siendo diagnóstica en el 68%. En 22 pacientes (26%) se diagnosticó un cuadro de solapamiento: CBP + hepatitis autoinmune. Los pacientes con CBP fueron tratados sólo con ácido ursodesoxicólico (UDC) presentando respuesta completa 42%, respuesta parcial 50% y no respuesta 6 (8%). Sólo 3% de los pacientes con respuesta completa y un 13% de los que respondieron parcialmente evolucionaron a cirrosis hepática, con un tiempo seguimiento similar en ambos grupos (105 vs 113 meses). De los 6 pacientes que no respondieron, 5 desarrollaron cirrosis hepática. De los 13 pacientes con cirrosis 7 (54%) ya tenían datos clínicos o histológicos de cirrosis en la evaluación inicial. No se encontró mayor frecuencia de evolución a cirrosis en las formas de solapamiento que en la CBP pura (14% vs 15%). De los 79 pacientes en que no se perdió el seguimiento fallecieron 8 (10%), 5 de los cuales lo fueron por complicaciones de su CBP evolucionada. Se diagnosticó hepatocarcinoma en 2 pacientes y han precisado trasplante hepático otras 2.

**CONCLUSIONES:** La mayoría de las pacientes con CBP tienen un perfil de anticuerpos sugestiva y niveles altos de IgM. Las formas de solapamiento supusieron el 26% de los casos y no tuvieron peor un pronóstico que la CBP pura. Parece que el efecto beneficioso del Ursodesoxicólico, se mantiene en los pacientes que toman el tratamiento, aunque hagan respuesta bioquímica parcial.

## ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA PREVIA A LA IMPLANTACIÓN DE UN PROA

Suarez Gil R (1), Gomez Mendez R (1), López Álvarez MJ (2), García Pais MJ (2), Rabañal Rey R (2), Corredoira Sánchez J (2).

(1) MEDICINA INTERNA. (2) INFECCIOSAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO LLUCAS AUGUSTI

**INTRODUCCIÓN:** Los Programas de Optimización de Antimicrobianos (PROA) son programas de calidad asistencial que tienen como objetivo mejorar los resultados clínicos a través de la mejora de la calidad de prescripción de antimicrobianos. Previamente a su implantación es imperativo conocer la situación del hospital en cuanto al tratamiento antibiótico para así determinar las medidas más eficaces a adoptar.

**OBJETIVO:** Análisis de la calidad de la prescripción de antimicrobianos en nuestro centro.

**MÉTODO:** Corte transversal de un día de todos los servicios médicos y quirúrgicos de nuestro centro excepto Urgencias, Observación, UCI, Pediatría y Psiquiatría. Se revisaron las historias clínicas, identificando a los pacientes con terapia antimicrobiana. Se recogieron datos demográficos, motivo de la prescripción (profilaxis, tratamiento empírico/dirigido u otra), mecanismo de adquisición de la infección (comunitaria/nosocomial), origen de la misma, gravedad (sepsis/no sepsis y criterios de McCabe) y antibióticos prescritos, valorándose su adecuación.

**RESULTADOS:** Se analizaron 403 pacientes, 246 (61%) pertenecientes a servicios médicos y 157 (39%) a servicios quirúrgicos. Recibían tratamiento antibiótico 195 pacientes (48,4%), 32 (16,4%) por profilaxis y el resto por distintas patologías. La infección fue de adquisición comunitaria en 116 (59,5%) y nosocomial en 45 (23,1%). Se especificó la indicación del tratamiento en 138 (78%) y únicamente en 41 (21%) era tratamiento dirigido. Con respecto a la justificación del tratamiento 99 (61%) se basaban en el síndrome clínico, 40 (25%) en la microbiología, 19 (11%) en las circunstancias clínicas específicas y 5 (3%) en la gravedad. De los 195 pacientes con prescripción de antimicrobianos, se estimó que 97 (49,7%) eran inadecuados, 62 (52,1%) en servicios médicos y 35 (46,1%) en servicios quirúrgicos. Las causas de inadecuación fueron: Tratamiento innecesario (41), Duración excesiva (29), Tratamiento adecuado pero no recomendado (22), Tratamiento inadecuado (16), vía de administración incorrecta (16) y dosis incorrecta (9). En 33 pacientes estaban prescritos dos o más antibióticos, valorándose como inadecuado en 20 (60,6%), la causa más frecuente fue que uno de ellos era innecesario. En 42 pacientes la duración del tratamiento fue mayor de 10 días, valorándose como inadecuado en 29 (69%).

**CONCLUSIÓN:** La mitad de pacientes de nuestro centro tenían una prescripción antibiótica, de los cuales la mitad son inadecuados. Debemos implementar medidas que mejoren la calidad de la prescripción antibiótica en nuestro centro

## FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONCENTRACIÓN SÉRICA DE MARCADORES HORMONALES E INFLAMATORIOS TRAS EL PERIODO DE GUARDIA

Alende V, Maciá C, García Villagrabca A, Páez E, Beceiro C, Carballo I, Vázquez N, Pernas H, Figueira B, González Quintela A.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

**INTRODUCCIÓN:** Las guardias son una parte importante del programa de formación de los residentes. En los últimos años, numerosos estudios e investigaciones sugieren que los largos periodos de guardia derivan en consecuencias en su propia salud así como la seguridad del paciente. No hay estudios previos centrándose en las variaciones hormonales e inflamatorias producidas en los periodos de guardia.

**OBJETIVO:** Investigar potenciales cambios en marcadores inflamatorios y variaciones hormonales en médicos internos residentes tras la realización de una guardia.

**MÉTODOS:** Estudio realizado en el Hospital Universitario de Santiago de Compostela. Se incluyeron 39 médicos internos residentes (30 mujeres y 9 hombres), con una edad comprendida entre 25 y 35 años. Se extrajeron muestras sanguíneas en dos periodos de tiempo: la mañana previa al inicio de la guardia y la mañana posterior a la finalización de la misma. Se realizaron las siguientes determinaciones analíticas: hemograma, coagulación, bioquímica básica, marcadores inflamatorios (VSG, PCR, fibrinógeno, haptoglobina, ferritina, transferrina, complemento, TNF-alpha, IL6, IL8 e IL2R) y hormonas (cortisol, TSH, testosterona, y 25-hidroxi-vitamina D. Todos los participantes realizaron un cuestionario acerca de la calidad laboral, estrés laboral y evaluación del periodo de guardia. El estudio ha sido probado por el Comité ético.

**RESULTADOS:** En todos los participantes se detectó déficit de 25-hidroxi-vitamin-D. En el análisis de muestras apareadas se obtuvieron los siguientes resultados: descenso moderado de las cifras de hemoglobina (P=0.001), colesterol sérico (P=0.003) y la fracción C4 del complemento (P=0.005), así como un aumento en los valores de TSH (P<0.001). Los niveles de testosterona mostraron una tendencia a disminuir en varones (P=0.05) sin alcanzar la significación estadística. No se encontró asociación entre estos cambios y la calidad laboral, situaciones estresantes durante la guardia ni horas de descanso respetado.

**CONCLUSIONES:** Los niveles bajos de vitamina D en los médicos internos residentes pueden estar en relación con las jornadas prolongadas de trabajo hospitalario. Durante la guardia se constata un descenso en la fracción C4 del complemento así como cambios hormonales. Los médicos internos residentes varones presentan descensos en los niveles de testosterona tras un periodo de guardia.

## EFFECTIVIDAD DE LA COMBINACIÓN SOFOSBUVIR/LEDIPASVIR DURANTE 8 SEMANAS COMPARADO CON 12 SEMANAS EN PACIENTES SELECCIONADOS CON INFECCIÓN POR VHC

Álvarez Otero J (1), Fernández Fernández F (1), Lamas Ferreiro JL (1), Camba Estévez M (1), Arca Blanco A (1), González Portela C (2), Vázquez López S (2), de la Fuente Aguado J (1).

(1) MEDICINA INTERNA, (2) DIGESTIVO. HOSPITAL POVISA

**INTRODUCCIÓN:** El tratamiento con agentes antivirales directos (AAD) de la hepatitis crónica por VHC ha demostrado tasas elevadas de curación y excelente seguridad. Se han comunicado datos con pautas de duración reducida con la combinación sofosbuvir/ledipasvir (SOF/LDV) en pacientes no tratados previamente, no cirróticos y con carga viral VHC < 6 millones UI/ml.

**OBJETIVOS:** El objetivo de este trabajo fue evaluar la respuesta viral sostenida de SOF/LDV administrado durante 8 semanas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes no cirróticos y naive que habían recibido tratamiento con SOF/LDV durante 8 y 12 semanas y se evaluó la tasa de respuesta viral sostenida en ambos grupos. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 21. Para la comparación de las variables dicotómicas se utilizó el test de Chi cuadrado o el test de Fisher según necesidad y para las variables cuantitativas se utilizó la T de student o el test de la U de Mann Whitney.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 53 pacientes, con edad media de 53 años y predominio de varones (79,2%). La carga viral basal media fue de 2437086 UI/ml. Treinta y cuatro pacientes presentaban genotipo 1a, once 1b y el resto genotipo mixta o desconocido. De los pacientes en los que se solicitó la IL28, el 15,1% era CC, el 35,8% CT y el 9,4% TT. El 66% eran mono infectados y el 34% presentaban infección por VIH concomitante. El 77,4 presentaban un grado de fibrosis F2, el 20,4% F3 y el 1,9% F0 o F1. En el 79,2% de los pacientes se realizó tratamiento durante 8 semanas y en el 20,8% durante 12 semanas. El 100% de los pacientes que recibieron tratamiento durante 12 semanas presentaron respuesta viral sostenida comparado con el 92,9% de los que recibieron tratamiento 8 semanas, sin diferencias significativas. No se demostraron factores relacionados con fracaso terapéutico.

**CONCLUSIONES:** El tratamiento con SOF/LDV durante 8 semanas es eficaz en la práctica clínica real en pacientes adecuadamente seleccionados.

## ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS A LA COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

Sopeña B, Otero E, Tomás S, Alende Sixto R, Carballo I, Alende Castro V, González-Quintela A.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. CONSULTA DE HEPATOLOGÍA Y CONSULTA DE INMUNO PATOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. CHUS. FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

**INTRODUCCIÓN:** La Colangitis Biliar Primaria (CBP) es una enfermedad autoinmune y su asociación con otras enfermedades autoinmunes (EAS), tanto hepáticas como extrahepáticas, es bien conocida. Sin embargo, en la práctica muchas de estas EAS asociadas a la CBP quedan sin diagnosticar, bien por un conocimiento insuficiente, bien por la excesiva parcelación de la práctica clínica.

**OBJETIVO:** Detectar las EAS que con mayor frecuencia se asocian a la CBP en nuestro medio, y cuya presencia debe ser evaluada en cada paciente.

**PACIENTES Y MÉTODO:** Pacientes vivos diagnosticados de CBP y seguidos en la Consulta de Hepatología que fueron reevaluados prospectivamente en la Consulta de Inmuno Patología para realizar una anamnesis dirigida al diagnóstico de EAS.

**RESULTADOS:** Desde Septiembre de 2015 se estudiaron 52 pacientes con CBP de los cuales 45 eran mujeres. Se realizó biopsia hepática en 44 (85%). Se solicitó IgG4 sérica en 33 pacientes (sin corticoides) siendo normal en todas ellas, el valor más elevado fue 101 mg/dL. Tras la evaluación dirigida se encontraron otras EAS en 37 pacientes (71%). El fenómeno de Raynaud en 24 pacientes (46%) de los cuales 16 tenían esclerodactilia. Se realizó capilaroscopia en 7 mostrando hallazgos de esclerodermia (ESP) el todos ellos. Finalmente 13 pacientes cumplían criterios de ESP definida y fueron diagnosticados de Síndrome de Reynolds (CBP + ESP) 11 de ellos con anticuerpos anticentrónimo positivos. Referían síndrome seco 19 pacientes de los cuales 8 eran anti-centrónimo +, 7 tenían anti-

Ro y uno anti-La, otros 7 factor reumatoide +. El síndrome de Sjögren fue confirmado en 11 casos y la biopsia de glándula salivar fue positiva en los 4 en que se realizó. Se diagnosticó tiroiditis autoinmune (alteraciones funcionales tiroideas con anti-TPO+) en 9 pacientes. Otras EAS diagnosticadas fueron: hepatitis autoinmune en 10 pacientes, polimialgia reumática (en 2), psoriasis (en 2), vasculitis cutánea, enfermedad celíaca, vitíleo, enfermedad de Gaves y PTL.

**CONCLUSIONES:** La presencia de otras enfermedades autoinmunes fue frecuente en nuestros pacientes con colangitis biliar primaria (71%). Las enfermas con CBP deberían ser interrogadas acerca del fenómeno de Raynaud y del síndrome seco, sobre todo cuando presentan anticuerpos anti-centrómero positivos. También es frecuente la tiroiditis autoinmune. No hemos encontrado ningún caso con niveles séricos elevados de IgG4.

## ¿SOMOS LOS MÉDICOS RESPONSABLES DE QUE SE CONSUMAN INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) SIN INDICACIÓN?

Gondar Barcala T, Cid Gómez D, Páramo de la Vega M, Fernández Castro I, Maroto Piñeiro F, De La Fuente Aguado J.

MEDICINA INTERNA. POVISA SA

**INTRODUCCIÓN:** El uso inadecuado de fármacos, además de efectos secundarios e interacciones innecesarias supone un gasto farmacéutico añadido. Entre los fármacos con una prescripción frecuente e indicaciones muy específicas se encuentran los inhibidores de la bomba de protones (IBP). Es una labor importante por parte del médico adecuar la prescripción y retirada de los IBP ajustándose a las indicaciones actuales de su utilización.

**OBJETIVOS:** Comprobar el grado de adecuación del tratamiento con IBP siguiendo las indicaciones actuales para su empleo en los pacientes ingresados en el servicio de M. Interna del hospital Povisa en un periodo determinado.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión de la historia clínica e informes de los pacientes ingresados en nuestro servicio entre el 20 y 26 de marzo de 2017. Selección de pacientes que tomaban algún IBP al ingreso y comprobación de la adecuación del mantenimiento de IBP al alta hospitalaria según las recomendaciones actuales en gastroprotección.

**RESULTADOS:** Ingresaron 116 pacientes. Cuarenta y siete (40,5%) tomaban algún IBP antes del ingreso. De ellos, consumían AINEs 15 pacientes y el 100% presentaba algún factor de riesgo alto de sufrir reacciones adversas gastrointestinales. Los factores para la indicación de gastroprotección con IBP en los 15 consumidores de AINEs eran los siguientes de forma desglosada: presencia de comorbilidad grave en 13 pacientes (86,7%); (11 por hipertensión arterial, 9 por enfermedad cardiovascular, 6 por diabetes mellitus y 3 por insuficiencia renal crónica); edad superior a 65 años 11 pacientes (73,3%); uso concomitante de fármacos que aumenta el riesgo de complicaciones gastrointestinales en 9 pacientes (60,0%); historia previa de úlcus con o sin hemorragia digestiva en 2 pacientes (13,3%) y necesidad de uso prolongado de AINE en las dosis máximas recomendadas en otros 2 pacientes (13,3%). Treinta y dos pacientes que tenían pautado un IBP no tomaba AINEs, de ellos, 4 padecían enfermedad por reflujo gastroesofágico y 2 tenían antecedentes de hemorragia digestiva alta. Por tanto, 26 pacientes (55,3%) consumían IBP sin indicación alguna, ni por profilaxis ni por patología que requiriese dicho tratamiento. De estos 26 pacientes, 2 fallecieron durante el ingreso hospitalario, en otros 2 el IBP se mantuvo al alta al añadir a su tratamiento habitual un AINE y presentar algún factor de "alto riesgo" por el cual su uso de forma profiláctica estaba indicado y tan sólo en 1 paciente el IBP incorrectamente prescrito se suspendió al alta. En 21 pacientes (80,8%) que tomaban IBP sin indicación alguna, la prescripción de IBP se mantuvo al alta.

**CONCLUSIONES:** Existe un alto porcentaje de pacientes en los que se mantiene la prescripción de IBP sin indicación tras una hospitalización médica lo que sugiere un alto grado de responsabilidad por nuestra parte en el uso inadecuado de IBPs.

## INCIDENCIA Y FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A REACCIONES ADVERSAS A TUBERCULOSTÁTICOS EN EL ÁREA SANITARIA DE LUGO EN EL PERÍODO 2014-2016

Gómez-Méndez R (1), Iglesias-López JC (2), Suárez-Gil R (1), López-Álvarez MJ (3), García-Pais MJ (3), Corredoira-Sánchez J (3), Penas-Truque A (4), Rabuñal-Rey R (3).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA; (2) GRADO EN MEDICINA, USC; (3) UNIDAD DE INFECCIOSOS;

(4) UNIDAD DE TUBERCULOSIS. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCAS AUGUSTI, LUGO (ESPAÑA)

**INTRODUCCIÓN:** Los tuberculostáticos, al igual que cualquier otro fármaco, no están exentos de reacciones adversas, algunas de ellas frecuentes y potencialmente graves. Estos pueden traducirse en incremento de las resistencias, cambio de fármacos o suspensión del tratamiento y aumento de la morbimortalidad con el subsiguiente incremento del coste sanitario. Además, puede suponer la primera causa de abandono del tratamiento

**OBJETIVOS:** Determinar la incidencia de reacciones adversas a fármacos tuberculostáticos y los factores clínicos asociados a estas en nuestra población.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Diseño observacional, retrospectivo. Se seleccionarán los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que han recibido tratamiento tuberculostático controlado en la EOXI de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos en el período 2014-2016. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y evolutivas. Se definió reacción adversa grave como la que precisa suspensión/cambio de tratamiento y/u hospitalización. No se consideró reacción adversa hiperuricemia por pirazinamida, a menos que ocasionara gota.

**RESULTADOS:** Se registraron 145 casos de tuberculosis (TB). La edad media fue de 57,9 años, el 60,7% eran hombres. El servicio de seguimiento más frecuente fue la Unidad de Tuberculosis. El 22,9% tenían un índice de Charlson  $\geq 3$  puntos. El 49% estaban polimedicados, un 23% presentaba alguna inmunosupresión (esteroides, inmunosupresores, neoplasia, etc). El 40,7% de los casos era TB extrapulmonar, más de la mitad de localización ganglionar. El bacilo aislado con mayor frecuencia fue el *Mycobacterium Tuberculosis* (92,3%). La pauta de tratamiento más frecuente fue la clásica (2HRZE+4HR). Hubo un 3,4% de recidivas y la mortalidad fue del 9,7% (14 pacientes). Presentaron alguna reacción adversa el 55,2% de los pacientes; la reacción adversa más frecuente fue la hepatotoxicidad (32,2%). El fármaco que se asoció con mayor frecuencia a reacciones adversas es la rifampicina (29%). El 21% presentaron reacciones adversas graves. Se modificó el tratamiento en el 16,8% de los casos y precisaron hospitalización el 1,5%. Las siguientes variables

se asociaron significativamente a reacción adversa grave: edad  $\geq 70$ , diabetes, inmunosupresión (de cualquier tipo), polifarmacia, tratamiento esteroideo y fármacos inmunosupresores. Las variables independientes identificadas en el análisis multivariante fueron: edad; 70 (OR 3,1; IC 95% 1,3-7,4), sexo masculino (OR 0,4; IC 95% 0,2-1,1) e inmunosupresión (OR 11,5; IC 95% 2,8-46,8).

**CONCLUSIONES:** Las reacciones adversas a tuberculostáticos son relativamente frecuentes. Existen variables clínicas y epidemiológicas que permiten identificar a pacientes con riesgo de reacciones graves.

## AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRETINA (TTR): UTILIDAD DE LA GAMMAGRAFÍA TC-DPD

Fernandez Rial JA, Cerqueiro JM, Piñeiro Fernandez JC, Freire Uceira L, Nogueira Seoane Z, Mateos Colino A.

MEDICINA INTERNA. LUCAS AUGUSTI

**INTRODUCCIÓN:** De los 30 tipos de sustancia amiloide, solo 3 producen cardiopatía: AA o secundaria, AL o primaria y por transtiretina (TTR) mutada o nativa (wild-type). Cada subtipo tiene evolución, tratamiento y pronóstico diferente. Por eso, es importante establecer el subtipo, principalmente entre AL y TTR que son las más frecuentes. Sin embargo, el proceso diagnóstico es complejo, con pruebas invasivas que demuestren el depósito del material amiloide. La amiloidosis TTR nativa o amiloidosis cardiaca senil, está infradiagnosticada. La gammagrafía ósea con Tc-DPD, en pacientes con sospecha de amiloidosis cardiaca a los que se descartó la presencia de cadenas ligeras y paraproteína monoclonal en suero y orina mostró una especificidad y VPP del 100% (PPV CI 99-100%) en una cohorte de 1217 pacientes, para amiloidosis TTR1,2. Su uso en el proceso diagnóstico se está generalizando aunque todavía es escaso. Hemos utilizado la gammagrafía con Tc-DPD en el proceso diagnóstico de 5 pacientes con sospecha de amiloidosis cardiaca.

**OBJETIVOS:** Conocer las características de los pacientes con diagnóstico de amiloidosis cardiaca por transtiretina diagnosticada por gammagrafía Tc-DPD.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Recogida de datos demográficos, clínicos y diagnóstico de los 5 pacientes con amiloidosis cardiaca sometidos a gammagrafía Tc-DPD durante el proceso diagnóstico. Análisis descriptivo de la muestra.

**RESULTADOS:** Los 5 pacientes fueron varones, edad media 84 años (79a-87a). 4 eran hipertensos. La clínica cardiaca fue IC (disnea) en todos los pacientes. Sólo 1 con STC bilateral. Ninguno con polineuropatía periférica. El retraso entre el inicio de la clínica y la realización de la gammagrafía fue de 4 años (1a-7a). Todos tenían diagnóstico cardiológico previo: 1, Mp Hipertrofica; 4, Cp hipertensiva. Sólo 1 caso con voltaje bajo en el EKG. La HVI estaba presente en grado moderado en 1 paciente y en los otros 4 en grado severo. En 1 paciente era de predominio septal, en el resto, concéntrica. 3 pacientes presentaban el patrón típico granular hiperrefringente. Todos tenían un patrón transmital restrictivo. 4 pacientes tenían la FEVI preservada. En 3 pacientes se realizó RM cardiaca con mismo resultado, realce tardío difuso-heterogéneo de gadolinio. La gammagrafía Tc-DPD mostró en los 5 pacientes hipercaptación intensa biventricular sugestiva de depósito de transtiretina. En todos se descartó paraproteína monoclonal en suero/orina y la presencia de cadenas ligeras. Ninguno se sometió a métodos invasivos.

**CONCLUSIONES:** La gammagrafía Tc-DPD permite orientar el subtipo de amiloidosis cardiaca, facilita el diagnóstico y puede evitar la realización de procedimientos invasivos y de RM. En varones, >80 años con IC y Cp hipertensiva si presentan HIV moderada o severa con/sin patrón granular hiperrefringente debemos vigilar la coexistencia de amiloidosis TTR. Las ideas clásicas de bajo voltaje en EKG y el STC son poco frecuentes.

## AFECTACIÓN RENAL EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET, NEFROPATIA IGA

Estévez M, Argibay A, Fachal C, Gómez J, Soto A, Freire M, Vázquez-Triñanes C, Gimena B, Fernández-Martín J, Rivera A.

UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS Y TROMBOSIS (ASYT) Y DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Behçet (EB) es un proceso sistémico de etiología desconocida y con heterogéneas manifestaciones clínicas, incluyendo afectación renal, mucocutánea, ocular, articular, neurológica, vascular y gastrointestinal. La afectación renal es menos frecuente y a menudo menos severa que en otros tipos de vasculitis.

**OBJETIVOS:** Determinar la afectación renal en nuestra serie de pacientes con EB y describir sus características clínicas.

**MÉTODOS:** Fueron incluidos un total de 51 pacientes. Todos ellos cumplían los criterios internacionales de EB. Se Revisaron informes médicos y los resultados de pruebas realizadas para determinar la implicación renal en esta enfermedad.

**RESULTADOS:** Solamente se objetivó un paciente con afectación renal, suponiendo un 2% de los 51 pacientes con EB totales. Se trata de un paciente de 60 años que fue ingresado en el hospital con un cuadro consistente en: Fiebre, Astenia, Eritema Nodoso y Pseudofoliculitis. Como antecedentes destacaba una trombosis con extensión desde vena Poplítea a Femoral en la pierna izquierda, 6 meses antes. Durante su estancia hospitalaria el paciente desarrolló aftas orales y dolorosas aftas escrotales. Análiticamente destacaba leucocitosis, insuficiencia renal aguda (Creatinina en suero de 2.5mg/dl) elevación de PCR y VSG. En el sedimento de orina presentaba hematuria. En el TAC de abdomen se observó la trombosis previamente descrita e infartos hepáticos. Al tercer día de hospitalización el paciente presentó un episodio de rectorragia necesitando transfusiones sanguíneas. La realización de endoscopias alta y baja del tracto gastrointestinal reveló la presencia de ulceraciones en Ileon terminal. Los hallazgos histopatológicos fueron inespecíficos, sugestivos de afectación gastrointestinal por EB. El Paciente, fue diagnosticado de Brote severo de EB. Se combinaron pulsos de Metilprednisolona IV, corticoides orales y Azatioprina. La función renal mejoró tras iniciar este tratamiento. No obstante ante la repetición de los episodios de rectorragia, se realizó un AngioTAC, donde se objetiva vasculitis de pequeño vaso en la región distal del yeyuno. Se inició Infliximab. Se obtuvo entonces, un cese de los episodios de sangrado intestinal y síntomas generales, así como una excelente evolución de las aftas tanto orales como genitales y de las erupciones cutáneas. La biopsia renal fue compatible con Nefropatía por IgA. La hematuria e insuficiencia renal desaparecieron y permanecieron inactivas a los 6 meses de seguimiento.

**CONCLUSIONES:** El daño renal es relativamente infrecuente en pacientes con EB. Amiloidosis y Nefropatía IgA es lo más frecuente. Existe gran controversia en el tratamiento. Se debería realizar de manera rutinaria la búsqueda de enfermedad renal en la EB con la realización de sedimento urinario, niveles de creatinina en suero y pruebas de imagen.

## GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEITIS: REVISIÓN DE CASOS ENTRE 2000-2015 EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE (CHUO)

Latorre Díez A, Fernández González R, Lorenzo Vizzaya AM, Barreiro Rivas A, González Noya A, López Mato P.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE

**INTRODUCCIÓN:** La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA, antiguamente conocida como Síndrome de Churg Strauss) es una vasculitis, asociada a la presencia de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA). Se caracteriza por la presencia de asma, rinitis y eosinofilia, afecta a pulmón, nervios periféricos, piel y, menos frecuentemente corazón, riñón, SNC y tubo digestivo. Histológicamente presenta infiltración tisular de eosinófilos, granulomas y vasculitis necrotizante de vasos de pequeño y mediano calibre. Existen diferentes criterios diagnósticos, los más utilizados son los de la American College of Rheumatology (ACR) y los de Lanham. El tratamiento de inicio son los corticoides sistémicos, con planteamiento posterior de otros inmunosupresores según clínica y gravedad por la escala FFS (Five-Factors score).

**OBJETIVOS:** Conocer las características epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de GEPA en el área sanitaria de Ourense en el período entre enero 2000 y diciembre 2015; su diagnóstico, actitud terapéutica y evolución.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo que recoge los pacientes con el diagnóstico de GEPA en Ourense.

**RESULTADOS:** Entre 01/2000-12/2015 se diagnosticaron 5 casos, 3 de ellos eran hombres (60%) y 2 mujeres (40%). Con una edad media al diagnóstico de 60 años [38-72 años]. Cumplían criterios de Lanham (60%) 3 de los 5 pacientes y 5 cumplían criterios diagnósticos de la ACR (100%). Clínicamente todos los pacientes presentaban asma (100%), 2 sinusitis (40%), 4 poliposis nasal (80%). Presentaban infiltrados pulmonares 4 de los pacientes (80%), 2 (40%) afectación cutánea y sólo uno de los pacientes presentaba afectación renal (20%). En cuanto a las pruebas de laboratorio, todos presentaban eosinofilia con una mediana de 7300 eosinófilos/L [4000-15200cel/l]. Presentaban ANCAS positivos todos, 4 de ellos (80%) con patrón perinuclear y 1 de ellos (20%) patrón citoplasmático. En lo referente al tratamiento en todos los pacientes se inició corticoterapia a dosis de 1mg/kg/día. En uno de los casos se inició conjuntamente tratamiento con ciclofosfamida. Actualmente 3 de los pacientes continúan seguimiento en consultas externas: 2 de ellos actualmente en remisión con prednisona a dosis de 5mg/día y otro de los pacientes en remisión con 5mg de prednisona + azatioprina 100/día. Uno de los pacientes falleció por sepsis respiratoria y se perdió seguimiento del otro paciente.

**CONCLUSIONES:** La GEPA es una vasculitis primaria sistémica infrecuente, afecta por igual a ambos sexos pero en nuestra serie observamos una mayor afectación de hombres (60%) frente a mujeres (40%). En general responde rápidamente al manejo con glucocorticoides, en nuestra población sólo un paciente necesitó ciclofosfamida para inducción de la remisión. Para mantenimiento de la remisión, 2 de los casos son tratados con prednisona a dosis de 5 mg/día y otro mantiene remisión con 5mg de prednisona+azatioprina 100/día. Uno de los pacientes falleció por sepsis respiratoria y se perdió seguimiento del otro paciente.

# COMUNICACIONES PÓSTER

## NEFROPATÍA POR IGA. ¿EN QUÉ PUNTO NOS ENCONTRAMOS?

Rodríguez Ferreira LM, Sousa Domínguez A, Rivera Gallego A, Diéguez Pena P, Baroja Basanta AL, Val Domínguez N, Freire Dapena MC, Argibay Filgueira AB.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

**INTRODUCCIÓN:** La Nefropatía por IgA es la glomerulonefritis más común en adultos en países desarrollados. Es una enfermedad inmunomediada con depósitos de IgA en el mesangio glomerular, seguido de glomerulonefritis mesangioproliferativa. Aunque se han descrito correlaciones genéticas, cerca del 90% de los casos son esporádicos. Es más frecuente en varones entre 20-39 años. Suele ser oligosintomática en forma de hematuria episódica y deterioro de la función renal en algunos pacientes. Se necesita biopsia renal para corroborar el diagnóstico. El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas y prevenir o retrasar la ERC.

**OBJETIVOS:** Descripción del caso clínico de un paciente diagnosticado de Nefropatía por IgA y revisión de la literatura (JPTODATE).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión retrospectiva de la historia clínica y búsqueda en la literatura.

**RESULTADOS:** Varón de 72 años, con antecedentes de HTA, cirrosis hepática alcohólica y enfermedad pulmonar intersticial difusa no estudiada, que acude por astenia, disnea de moderados esfuerzos, aumento de perímetro abdominal y edemas en miembros inferiores. En la analítica destaca deterioro de la función renal (Cr 4mg/dL) con proteinuria en rango no nefrótico y hematuria. Autoinmunidad, incluyendo ANCA y AMBG negativa. Franco empeoramiento de la función renal en días posteriores (Cr >8mg/dL) con oligoanuria y edemas en miembros inferiores. Sospechando una glomerulonefritis membranoproliferativa, se inician corticoides a altas dosis (3 bolos de 500mg/día durante 3 días, posteriormente vía oral a dosis de 0.5mg/kg/día) y se solicita biopsia renal que confirma la sospecha clínica: Glomerulonefritis proliferativa mesangial con proliferación endocapilar (5 de 15 glomérulos) y extracapilar en un glomérulo, con depósitos de IgA y C3 compatible con Nefropatía por IgA. El paciente falleció por fallo multiorgánico en relación con infección respiratoria por VHS-1. Revisando la literatura, la manifestación más frecuente es la hematuria micro/macros cópica recurrente con o sin proteinuria y posible deterioro de la función renal. La evolución es variable. Como factores de mal pronóstico: inicio a edad avanzada, HTA, severidad de la proteinuria, duración de los síntomas... El tratamiento más utilizado son IECAs, ARA2 e inmunosupresores. Hasta el 30% de los pacientes puede evolucionar a ERC, generalmente con progresión lenta. **DISCUSIÓN:** El objetivo del tratamiento es el alivio sintomático y retraso de ERC. Sin embargo, el tratamiento óptimo todavía es incierto. Los esteroides pueden reducir la progresión a nefropatía y la necesidad de diálisis/trasplante. Se necesitan más estudios para tener seguridad sobre beneficio/riesgo de los esteroides y para identificar qué pacientes podrían beneficiarse más con el tratamiento.

**CONCLUSIONES:** La forma de presentación clínica de nuestro paciente (fracaso renal agudo grave), es excepcional en la Nefropatía por IgA. Mala evolución clínica con escasa respuesta a tratamiento esteroideo.

## ESPOROTRICOSIS LINFOCUTÁNEA RECIDIVANTE

Dalama López T, García Rodríguez JF, García Alén D, Bravo Blázquez I, Martul Pego E, Montero González MD, Fernández Bouza E, Sesma Sánchez P.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

**INTRODUCCIÓN:** La infección por Sporothrix spp es muy infrecuente en nuestro medio. Se presenta un caso de una paciente con infección recidivante por Sporothrix schenckii.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 81 años que consulta en Dermatología en noviembre de 2012 por presencia de úlceras pruriginosas, en brazo derecho, de 5 meses de evolución, tras roce con ramas de árbol. Inicialmente, dadas las características de las lesiones (imagen 1), se orientó como pioderma gangrenoso. Tras la realización de biopsia, se confirmó infiltración inflamatoria aguda y crónica en relación con cuerpo extraño y crecimiento de Sporothrix schenckii en el cultivo de hongos. Se trató durante 1 mes con itraconazol oral (100mg/12h) y pomada de beclometasona con mejoría, pero tras 6 meses recidivó. Se confirmó la recaída de la infección fúngica mediante biopsia. Se volvió a tratar con itraconazol, a la misma dosis, durante 6.5 meses. Mejoró de forma lenta, sin llegar a desaparecer de forma completa las lesiones. Se realizó otra biopsia cutánea y volvió a crecer Sporothrix schenckii. Se realizó una pauta de tratamiento con terbinafina durante 8 meses, y al no mejorar se remitió a la Unidad de Enfermedades Infecciosas para valorar otras alternativas. Se decidió volver a tratar con itraconazol a dosis de 200mg/12h (administrado con bebidas de cola) durante 7 meses. Mejoró de forma lenta hasta quedar unas lesiones residuales de pequeño tamaño, se realizó exéresis de las mismas y el cultivo resultó negativo. Tras un año de seguimiento la paciente está curada, sin recaídas.

**DISCUSIÓN:** La esporotricosis es una infección subaguda y crónica, producida por un hongo dimórfico, Sporothrix schenckii. Se trata de una micosis frecuente en países con climas tropicales, y en aumento en nuestro medio en los últimos años. Afecta generalmente a tejido cutáneo y subcutáneo. Se relacionan con el desarrollo de esporotricosis determinadas profesiones: jardineros, floristas, agricultores e incluso carpinteros. La forma más frecuente de contagio cutáneo es por la inoculación traumática, apareciendo entonces el chancro esporotricótico. Existen cuatro formas clínicas: linfocutánea, cutánea fija, diseminada y extracutánea. La forma linfocutánea es la más frecuente, pues supone hasta el 75% de todos los casos de esporotricosis. Se caracteriza por presentar una primera lesión papulosa o nodular indurada, y a los pocos días varios nódulos siguiendo el trayecto linfático. El diagnóstico definitivo se obtiene mediante el cultivo del hongo en biopsia del tejido afectado. El tratamiento de primera elección para las formas cutáneas, es el itraconazol durante 3-6 meses, siendo de segunda línea el fluconazol.

**CONCLUSIONES:** La esporotricosis es una infección micótica en aumento, que se debe sospechar ante la presencia de lesiones cutáneas con las características descritas. Para su diagnóstico precoz es fundamental realizar una buena anamnesis.

## BACTERIEMIA POR ACTINOMYCES NEUII EN RELACIÓN CON ABSCESO PROSTÁTICO

Dalama López T, García Rodríguez JF, García Alén D, Bravo Blázquez I, Martul Pego E, Montero González MD, Fernández Bouza E, Sesma Sánchez P.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

**INTRODUCCIÓN:** Actinomyces spp es excepcional que produzca bacteriemia.

**CASO CLÍNICO:** Entre 1990 y 2016 se han seguido de forma prospectiva en nuestro hospital 5.294 bacteriemias y sólo se aisló 1 caso de bacteriemia por Actinomyces neuii. Paciente de 52 años, diabético y bebedor moderado, que ingresa en UCI por cuadro de shock séptico de probable origen urinario. Al ingreso presentaba sedimento urinario con 15-20 leucocitos por campo, sin clínica urinaria clara. En 2 extracciones de hemocultivos se aisló Actinomyces neuii. El urocultivo resultó negativo (muestra recogida después de haberse iniciado el tratamiento antibiótico). Se realizó un TC abdominal en el que se observó una masa pélvica en región prostática y vesículas seminales heterogénea (Imagen 1), compatible con prostatitis con áreas abscesificadas o neoplasia de próstata con áreas necróticas. Se inició tratamiento de forma empírica con Meropenem y se desescaló después a tratamiento con amoxicilina-clavulánico durante 6 semanas. En un TC abdominal de control realizada al final del tratamiento la lesión había evolucionado de forma muy favorable, persistiendo engrosamiento en cara anterior del recto de 22mm. Se realizó recto-sigmoidoscopia que permitió visualizar una lesión submucosa a dicho nivel, que en la biopsia resultó ser un pólipo hiperplásico.

**DISCUSIÓN:** Las bacterias del género Actinomyces son bacterias anaerobias filamentosas gram positivas que generalmente colonizan cavidad oral y tracto gastrointestinal, pero adquieren patogenicidad en tejidos lesionados o necróticos. La actinomicosis es una infección poco frecuente, aproximadamente un 80% de los casos son causados por Actinomyces israelii. Actinomyces neuii es menos frecuente. El área cervicofacial es la más frecuentemente afectada, seguida de la abdominal y la torácica. Es de 2 a 4 veces más frecuente en hombres que en mujeres. Son factores predisponentes a actinomicosis abdominal la cirugía reciente, la perforación visceral y las neoplasias, también se asoció con el uso de DIU. Se presenta generalmente como un absceso bien definido. El diagnóstico se basa en la identificación del germen en cultivos, preferentemente de pus. Independientemente de la especie debe ser tratada con antibioterapia durante un período de tiempo prolongado (2-6 semanas por vía intravenosa, seguido de 6-12 meses de terapia oral) con penicilina o amoxicilina. Como alternativas figuran doxiciclina, eritromicina o clindamicina.

**CONCLUSIONES:** La actinomicosis es una infección poco frecuente que no suele asociarse con bacteriemia. La presencia de Actinomyces neuii en hemocultivos debería conllevar a la búsqueda de abscesos ocultos.

## FIEBRE Y LESIONES ESPLÉNICAS EN RELACIÓN CON ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO

Martul Pego E, García Rodríguez JF, García Alén D, Bravo Blázquez I, Dalama López T, Montero González MD, Fernández Bouza E, Sesma Sánchez P.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad por arañazo de gato es poco frecuente, pero debe sospecharse en pacientes con fiebre sin foco que tienen animales domésticos.

**CASO CLÍNICO:** Varón de 53 años con antecedente de resección anterior de recto por adenocarcinoma rectal. Presentó fiebre sin foco, hasta 38,5°C con tiritera, días aislados, durante 2 semanas. El episodio se autolimitó sin tratamiento y el paciente quedó asintomático. En un TAC de control solicitado por Oncología, realizado un mes después, se objetivó en el bazo múltiples lesiones hipodensas subcentimétricas, por lo que se remite a UEIN con sospecha de embolismos sépticos. El paciente tenía gatos y refería haber sufrido, antes del cuadro febril, arañazos y mordedura en una mano con erupción local, sin celulitis. En la exploración física sólo presentaba lesiones residuales de arañazos y mordedura en mano izda, sin adenopatías. Se realizó analítica completa, cuyo único hallazgo fue hipercolesterolemia, hemocultivos fueron negativos, un ETT sin evidenciar vegetaciones y una colonoscopia normal. La serología de Bartonella Henselae fue IgG positivo (1:640), IgM positivo (1:200), confirmando enfermedad por arañazo de gato. Se optó por seguimiento clínico sin tratamiento antibiótico. El paciente siguió asintomático y a los 6 meses se repitieron estudios: serología mostró negativización de IgM para Bartonella Henselae y el TAC resolución completa de las lesiones esplénicas.

**DISCUSIÓN:** La enfermedad por arañazo de gato es una de las causas más frecuentes de adenopatía regional autolimitada en niños y adultos. Suele producirse por Bartonella henselae, aunque puede ser secundaria a otras especies de Bartonella. Principalmente afecta a hombres menores de 20 años. Es frecuente la presencia de una pápula roja en el sitio de inoculación, que puede preceder 10 a 14 días a la linfadenopatía. Clínicamente suele presentarse con una linfadenopatía regional habitualmente dolorosa que se resuelve en unos 4 meses, a veces acompañada de fiebre de semanas a meses de evolución que comienza en relación a un arañazo de gato. En un 4-15% de los pacientes puede diseminarse y comprometer hígado, bazo, ojos, corazón o SNC. El diagnóstico serológico de elección es la determinación de IgG mediante inmunofluorescencia, cuyos títulos serán iguales o mayores a 1:256. El TAC abdominal típicamente mostrará múltiples lesiones dispersas en el hígado y/o bazo que, si se biopsian, mostrarían granulomas necrotizantes. El cultivo es de muy baja sensibilidad, dado que es un microorganismo muy difícil de aislar en tejidos. La mayoría de los pacientes inmunocompetentes tienen resolución de los síntomas sin terapia antibiótica específica. En caso de precisarse tratamiento se emplearía Azitromicina, y en intolerancia: Claritromicina, Rifampicina, TMP-SMX o Ciprofloxacino.

**CONCLUSIÓN:** El paciente presentó enfermedad por arañazo de gato con afectación esplénica, sin adenopatías. La enfermedad se autolimitó sin tratamiento antibiótico.

## DERMATOMIOSITIS Y EPID SECUNDARIA A ANTI-MELANOMA-DIFFERENTIATION-ASSOCIATED GENE 5: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

Cainzos-Romero T, Sánchez-Trigo S, Lijó-Carballeda C, García-Alén D, Vázquez-Vigo R, Garrido-Sanjuan JA, Sesma-Sánchez P.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO FERROL

**INTRODUCCIÓN:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MI) son un grupo de enfermedades autoinmunes y sistémicas. Cursan con debilidad muscular y pueden asociarse a manifestaciones

extramusculares. La dermatomiositis (DM) presenta distintos fenotipos clínicos que se relacionan con anticuerpos específicos. Puede asociarse a neoplasias. Destacan formas amiópáticas o hipomiópáticas, en las que se ha descrito una afectación pulmonar rápidamente progresiva asociada a los anticuerpos anti-Melanoma-Differentiation-Associated gene 5 (MDA5).

**OBJETIVOS:** Describir 2 casos clínicos con DM y afectación pulmonar con anti-MDA 5.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Revisión de datos clínicos a través del programa IANUS.

**RESULTADOS:** Presentamos 2 casos clínicos de DM, con EPID y anti-MDA 5. El primer caso es una mujer de 48 años con pápulas de gottron, dermatitis violácea-eritematosas en zonas fotoexpuestas y debilidad muscular. Sin síndrome general. Enzimas musculares normales y anti-MDA 5 positivo. ENMG patológico y biopsia cutánea compatibles. La capillaroscopia presenta patrón esclerodermiforme. El screening paraneoplásico fue negativo. Presenta EPID con disminución de la difusión. Iniciamos prednisona, azatioprina e hidrocortisona, con mejoría clínica cutánea y muscular pero evolución tórpida a nivel pulmonar. Se inicia tratamiento con inmunoglobulinas, alcanzando remisión parcial de la EPID. El segundo caso clínico es un hombre de 42 años, con pápulas de gottron, eritema heliotropo y dermatitis violácea-eritematosas, sin debilidad muscular, ni síndrome general, enzimas musculares normales y anti-MDA 5 positivo. La capillaroscopia presenta patrón esclerodermiforme y biopsia cutánea compatible. ENMG normal y screening paraneoplásico negativo. Presenta EPID y la difusión levemente disminuida. Iniciamos tratamiento con prednisona, azatioprina e hidrocortisona, alcanzando remisión clínica completa. La prevalencia de la EPID varía entre un 19-40%. Se engloba en 2 grandes síndromes: Síndrome antisintetasa y neuropatía intersticial asociada a anti-MDA5. Ésta última se ha descrito en pacientes con DM amiópática, y se caracteriza por una EPID rápidamente progresiva. Las MI son enfermedades poco frecuentes, prácticamente no hay estudios aleatorizados y controlados que permitan unas recomendaciones terapéuticas basadas en guías clínicas fiables. El objetivo del tratamiento es la mejoría de las manifestaciones clínicas. Los pilares del tratamiento son los corticoides y los inmunosupresores. La supervivencia global de los pacientes con MI tratados a los 10 años es del 75%. Los factores que se asocian a mal pronóstico: existencia de neoplasia, manifestaciones extrapulmonares graves (EPID) y mayor tiempo de evolución previo al diagnóstico.

**CONCLUSIONES:** Señalar la importancia de los autoanticuerpos para definir fenotipos clínicos, que marcan el seguimiento y la agresividad terapéutica. Necesidad de establecer guías clínicas diagnóstico-terapéuticas fiables.

## EXOSTOSIS CLAVICULAR ATRAUMÁTICA COMO CAUSA DE SÍNDROME DEL ESTRECHO TORÁCICO CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ASOCIADA

Cabaleiro Castro L (1), Durán Vila D (2), Pérez Batallón A (2), Rodríguez García JC (1), García García JC (1), Anibarro García L (1), Núñez Fernández MJ (1)

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. (2) SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA.

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome del estrecho torácico (SET) asociada a trombosis venosa profunda (TVP) de miembro superior, es una patología poco frecuente pero de gran importancia, ya que afecta a personas jóvenes y sanas mayoritariamente; y donde el síndrome post-trombótico puede ser una complicación. El tratamiento a día de hoy no está estandarizado y va desde un manejo con tratamiento anticoagulante, fibrinolítico, hasta la intervención quirúrgica en algunos casos. El diagnóstico se basa en los hallazgos compatibles tras la realización de pruebas radiológicas. En ocasiones se objetivan anomalías anatómicas que implican modificaciones en el tratamiento quirúrgico. Se han documentado como causa de SET originada en la clavícula: exostosis post-fractura y tumores. Presentamos un caso de SET con manifestación de TVP de miembro superior secundaria a exostosis no traumática de clavícula.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 30 años sin antecedentes de interés, no fumadora ni tomadora de anticonceptivos. Acude a nuestro hospital por tumefacción, hormigueo, y disminución de la fuerza en MSD. Refiere sobreesfuerzos en dicha extremidad. A la exploración física destaca MSD con aumento de temperatura local, eritematoso y de mayor de diámetro con respecto al lado contralateral. Resto de la exploración sin hallazgos significativos. Las pruebas de laboratorio no muestran alteraciones, salvo Dímero-D de 918 ngr/ml. Se realiza Eco-Doppler que demuestra trombosis venosa en vena cefálica derecha y subclavia ipsilateral. La Tomografía Axial Computarizada (TAC) pone en evidencia una pequeña protuberancia ósea en borde inferior del 1/3 medial de clavícula derecha, estrechando el paso de la vena subclavia derecha. Se realiza flebografía que en posición neutra y a nivel de la vena subclavia, se visualiza irregularidad parietal, con pequeños defectos de repleción en el segmento corto proximal, con colaterales venosas; en abducción forzada se demuestra oclusión completa de la vena subclavia. Con el diagnóstico de TVP de miembro superior, la paciente recibe tratamiento con HBPM y Acenocumarol. Tras realización de pruebas complementarias se solicita tratamiento quirúrgico. (Se documenta con extenso material iconográfico).

**CONCLUSIONES:** La prevalencia del SET es del 30% de los casos de TVP en miembro superior, con una edad media entre los 20-40 años, y relacionada con actividades de esfuerzo. La ecografía Doppler debe ser la primera prueba, pero el TAC y la RNM son adecuados para confirmar el diagnóstico en casos dudosos. El tratamiento es controvertido, documentándose tratamiento anticoagulante, trombólisis guiada con catéter, así como resección de la primera costilla y liberación escalénica ante la sospecha de atrapamiento de la vena subclavia. La existencia de patología en la clavícula que provoca el SET, es muy excepcional, pero puede hacer modificar el planteamiento quirúrgico genérico por otro más específico.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA TUMORAL PULMONAR (MTTP)

González Vigo V, Gómez Longueira P, Castro Paredes B.

S<sup>o</sup> MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA.

**INTRODUCCIÓN:** La MTTP es una entidad clínica excepcional pero de pronóstico infausto, sobre la que existen pocas referencias en la literatura. La 1ª se remonta a 1937 de la mano Brill y Robertson y bajo el nombre de cor pulmonale subagudo. En 1990 von Herbay estableció el término con el que se conoce hoy en día. Es una forma rara de embolismo pulmonar tumoral en la que pequeños émbolos de células tumorales inducen una proliferación fibrocelular de la íntima de arterias pulmonares de pequeño calibre.

**OBJETIVOS:** Dar a conocer esta entidad infrecuente pero de importante relevancia en el diagnóstico diferencial de disnea en paciente oncológico dado su fatalidad.

**MÉTODOS:** Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

**RESULTADOS:** Varón de 83 años con ERC 3a y adenoca. de próstata Gleason IX a tto hormonal. Acude por cuadro de 2 meses de evolución de tos irritativa y disnea progresiva. Presentaba taquipnea superficial e hipoxemia. EF era normal salvo por leves crepitantes gruesos pulmonares. Analítica: Hb 11.2, L 11.880, 80.4% N, plaquetas 48,000. Coagulación normal. DD>10000. Creatinina 1.26, iones en rango. Rx Tórax y angioTC: patrón retículo nodulillar bilateral difuso, sin TEP. En su evolución: anemia progresiva, mayor trombopenia, LDH 1409, manteniendo FR estable y perfil hepatobiliar normal, con desarrollo de coagulopatía, con consumo de fibrinógeno, DD>10.000 y TP alargado. El frotis de SP mostró esquistocitos, siendo compatible con anemia microangiopática. Posterior aumento desproporcionado de disnea, con insuficiencia respiratoria grave, siendo finalmente éxitus.

**CONCLUSIONES:** Las células neoplásicas en la luz vascular puede producir una obstrucción mecánica per se y/o estimular, por lesión del endotelio, la cascada de la coagulación tanto local como sistémica, con desarrollo de microangiopatía trombótica (anemia hemolítica y trombopenia), liberación de factores inflamatorios (incluido VGEF) que provocan alteraciones en la pared vascular con depósitos de fibrina y fibrosis de la íntima, proliferación miointimal que progresivamente ocluye la luz de los vasos con remodelación de la microcirculación pulmonar, genera aumento de las resistencias y finalmente ocasiona hipertensión pulmonar subaguda. Es un cuadro clínico excepcional (0,9 al 3% en pacientes con tumores malignos, sobre todo tumores sólidos de origen gástrico, seguido de pulmón y próstata). A pesar de su rareza debe tenerse en cuenta siempre que nos encontremos ante un paciente oncológico que desarrolle insuficiencia respiratoria rápidamente progresiva, dado la fatalidad del cuadro (diagnóstico antemortem solo en el 6% de los casos). Debe sospecharse en paciente con antecedente de cáncer (previo o activo) pero también preceder al tumor, y con cuadro de disnea progresiva, tos seca, insuficiencia respiratoria, desarrollo de hipertensión pulmonar y microangiopatía trombótica. No tiene tratamiento específico (solo de soporte), siendo imprescindible distinguirla de una posible PTT.

## GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez Longueira P, González Vigo V, Guillén Blanco C, Verdeal Dacal R, Cerezales Calviño A, Pérez Piñeiro A. MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA

**INTRODUCCIÓN:** La Gastroenteritis eosinofílica (GE) es una enfermedad poco frecuente y de causa desconocida caracterizada por la infiltración eosinófila de la pared del tracto gastrointestinal de una forma parcheada. Las manifestaciones clínicas dependerán de la capa de la pared comprometida (por orden de frecuencia: mucosa, muscular o serosa) y del segmento digestivo infiltrado, predominando la afectación en estómago e intestino delgado.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

**RESULTADOS:** Mujer de 37 años sin antecedentes personales de interés que consulta por dolor pleurítico en costado derecho y disnea de una semana de evolución. Además, molestias epigástricas y distensión abdominal progresiva. No alteración del hábito intestinal, ni náuseas, ni vómitos. No fiebre. No síndrome general asociado. En la exploración física, hipofonesis en base pulmonar derecha y semiología ascítica. En las pruebas complementarias, destaca en la analítica leucocitosis (15000) con eosinofilia (27%) y CPK de 10172 y radiografía de tórax con derrame pleural derecho. Se completó estudio con Tc tóraco-abdomino-pélvico que mostró derrame pleural bilateral, ascitis masiva y tracto gastrointestinal difusamente engrosado con realce en diana de su pared en relación con edema. En el líquido peritoneal 3243 leucocitos a expensas de eosinófilos (84%). Se realizó entonces gastroscopia con toma de biopsias que confirmaron la sospecha de gastroenteritis eosinofílica, iniciándose corticoides a 30 mg/día con excelente respuesta clínica y analítica, sin complicaciones en el seguimiento posterior a pesar de la reducción progresiva del tratamiento hasta su suspensión.

**CONCLUSIONES:** La GE es difícil de diagnosticar por la inespecificidad de los síntomas y los hallazgos endoscópicos. Además, la eosinofilia periférica puede no estar presente hasta en un 20-30% de los casos, lo que hace que sólo el estudio histológico sea concluyente en ausencia de otra causa identificable de eosinofilia. Es imprescindible descartar otras enfermedades entre las que se incluyen el síndrome hipereosinófilo idiopático, parasitosis intestinales, linfomas y alergias alimentarias. El tratamiento de elección son los corticoides por vía oral a 0,5-1 mg/kg durante 2 semanas con posterior descenso progresivo y remisión en la mayoría de los pacientes. En algunos casos es necesario el tratamiento de mantenimiento con dosis bajas de corticoides, pudiendo ser útil el uso de budesonida por sus menores efectos adversos. En casos refractarios, puede valorarse el uso de inmunosupresores como la azatioprina. Salvo los casos que requieren cirugía urgente por obstrucción intestinal, en general tiene un buen pronóstico con buena respuesta al tratamiento médico.

## PIONERAS DE LA MEDICINA EN GALICIA: LAS HERMANAS FERNÁNDEZ DE LA VEGA Y OLIMPIA VALENCIA

González Vázquez Laura (1), Gómez Fuentes, Montserrat (2).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PUVISA, VIGO.

(2) BIBLIOTECA XERAL DE LA USC, LICENCIADA EN XEOGRAFÍA E HISTORIA.

**INTRODUCCIÓN:** actualmente, el 70% de los estudiantes de medicina en la Universidad de Santiago de Compostela (USC) son mujeres. Sin embargo, no fue hasta el año 1913 cuando las dos primeras estudiantes accedieron a realizar los estudios de medicina en Galicia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** breves biografías de las tres primeras mujeres licenciadas en Medicina en la USC.

**RESULTADOS:** Hermanas Fernández de la Vega Lombán: las gemelas Jimena y Elisa nacieron el 3 de junio de 1895 en Vegadeo, Asturias. Cursaron la carrera entre 1913 y 1918. Jimena fue Premio Extraordinario y ambas se trasladaron a Madrid para realizar el doctorado. Elisa Fernández de la Vega: tras defender su tesis titulada "Flatogenia del asma anafiláctica alimenticio", se especializó en Pediatría y será profesora Ayudante de Clases Prácticas en Sevilla entre 1925-1930. Se trasladó después a Zaragoza donde continuará como profesora Ayudante en Anatomía y Técnica, además de ejercer como pediatra. Fallece en 1933 de una neumonía. Jimena Fernández de la Vega: defiende su tesis "Estudio de la vagotonía infantil por medio del examen hematológico" y se

interesa de forma especial por la genética. Efectuó estancias en diversos países europeos becada por la Junta para la Ampliación de Estudios (JAE) realizando estudios de herencia mendeliana aplicados al ámbito clínico. Publica numerosos artículos, traduce del alemán el libro "Herencia y constitución" y firma un capítulo en el Manual de Patología General que dirigió el doctor Nvoa Santos titulado "La herencia biológica del hombre". Desde 1933 dirige la "Sección de Genética y Constitución de la Facultad de Medicina de Madrid". Durante la Guerra Civil se trasladó a Santiago y trabajó en el hospital de san Caetano. En 1945, oposita al Cuerpo de Baños y obtiene plaza en el Balneario de Guitiriz. Falleció en 1984 en Santiago de Compostela a los 84 años. Olimpia Valencia: nació el 14 de diciembre de 1898 en Baltar (Ourense). Inició los estudios de Medicina en 1919, licenciándose en 1925 con premio extraordinario. Se trasladó después a Madrid y preparó su tesis titulada "La colestesterinemia en la sangre en relación con la anestesia quirúrgica". En 1928 regresa a Vigo como "Especialista en enfermedades de la mujer". Participó en la fundación de la Academia Médico Quirúrgica de Vigo en 1930, y fue una de las fundadoras de la Alianza Francesa. Hasta pasados los ochenta años siguió consultando por las tardes en la calle del Príncipe nº 11, en Vigo, donde falleció en 1987.

**CONCLUSIONES:** las tres primeras estudiantes de Medicina en Galicia fueron extraordinariamente brillantes. Jimena fue la pionera de la genética humana en España, con una amplia formación en el extranjero y un claro afán de transmitir sus conocimientos a través de sus numerosas publicaciones en revistas y libros. Merecen un mayor reconocimiento tanto en el ámbito universitario como en el social, por su importante papel en abrir caminos que previamente habían estado vedados para las mujeres.

## EFICACIA DEL CANAKINUMAB EN LA ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO REFRACTARIA

Diéguez Pena P, Fernández Martín JJ, Val Domínguez N, Rodríguez Ferreña L, Baroja Basanta AL, Suárez Varela MM, Pérez González A, Estévez Gil M.

CENTRO DE TRABAJO (SERVICIO Y HOSPITAL): SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUV)

**INTRODUCCIÓN:** Descrita por primera vez en niños por George Still en 1896 y posteriormente por Bywaters, quien, bajo el nombre de "Enfermedad de Still del Adulto" describió una serie de 14 pacientes adultos que presentaban síntomas similares a los de la artritis idiopática juvenil y que no cumplían los criterios de artritis reumatoide. Se trata de un proceso autoinflamatorio poco frecuente, con una incidencia de 0.4-1.6 casos/100000 habitantes/año, que cursa con fiebre alta intermitente, artritis y rash asalmonado evanescente, con aumento de reactantes de fase aguda.

**OBJETIVOS:** Describir el caso clínico de una paciente diagnosticada de esta enfermedad y tratada en segunda línea con Canakinumab.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión retrospectiva de la historia clínica de nuestra paciente y revisión de la literatura.

**DESARROLLO:** Mujer de 54 años con cuadro de fiebre intermitente de 6 semanas de evolución y exantema maculopapuloso evanescente concurrente que mostraba afectación pulmonar y hepática al ingreso y presentaba marcada hiperferritinemia en las pruebas analíticas. Cumpliendo los criterios de Yamaguchi (fiebre > 39°, rash cutáneo evanescente, leucocitosis marcada, hepatomegalia, esplenomegalia, aumento de las transaminasas y LDH, ANA y FR negativos) es diagnosticada de enfermedad de Still del adulto. Durante su ingreso recibió bolos de metilprednisolona durante 3 días y posteriormente corticoides orales (60mg), inmunoglobulinas iv (0.4g/kg) y Tacrolimus con pobre respuesta, por lo que se asoció Anakinra (100mg/día), con importante mejoría durante los primeros meses de seguimiento, siendo posible disminuir dosis de corticoides hasta 7.5mg/día. A los 10 meses de seguimiento, la paciente presentó una recaída, presentado nuevamente fiebre, artalgias, rash cutáneo, odinofagia, elevación de reactantes de fase y alteración de las enzimas hepáticas; además, presentaba lesiones cutáneas reactivas a la administración de Anakinra; precisando nuevamente bolos de metilprednisolona para el control sintomático. Se decidió cambiar de fármaco biológico, iniciándose Canakinumab a dosis de 150mg cada 4 semanas, con mejoría progresiva de su sintomatología, pudiendo suspenderse Tacrolimus y disminución progresiva de corticoides. En la actualidad continúa tratamiento en nuestro Hospital de día sin efectos adversos.

**CONCLUSIONES:** El Canakinumab es un anticuerpo monoclonal humano frente a la IL-1 beta que ha demostrado su utilidad en el tratamiento de la artritis idiopática juvenil y cuyo uso se ha extendido a numerosos procesos autoinflamatorios. Según los datos disponibles en la literatura, Canakinumab podría emplearse en la enfermedad de Still del adulto como alternativa a Anakinra en aquellos pacientes resistentes o que no toleran la inyección subcutánea diaria.

## CRYPTOSPORIDIOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodríguez Atanes O, Suárez Varela M, Lima Rodríguez O, Diéguez Pena P, Vilas Pío B, Rodríguez Ferreira L, Baroja Basanta A, Val Domínguez N, Pérez González A, Rada Soto M, Crespo Casal M.

CENTRO DE TRABAJO (SERVICIO Y HOSPITAL): MEDICINA INTERNA. EOXI VIGO

**INTRODUCCIÓN:** La cryptosporidiosis (CPD) es una enfermedad parasitaria de declaración obligatoria y poco frecuente en nuestro medio producida por el coccidio del género *Cryptosporidium*. Las principales especies responsables son *C. hominis* y *C. parvum*. La transmisión es fecal-oral, por contacto directo o contaminación hídrica, siendo esta última la más importante. El cuadro clínico se caracteriza por diarrea acuosa que puede acompañarse de dolor abdominal, pérdida de apetito y peso, febrícula, náuseas y vómitos, aunque la infección asintomática es frecuente. En individuos sanos hay una recuperación completa en 2-3 semanas aunque puede llegar a durar hasta 6 semanas. En individuos inmunodeprimidos puede presentar una duración más prolongada y presentar afectación extraintestinal (colangiitis esclerosante primaria, estenosis papilar, pancreatitis...). En pacientes inmunocomprometidos por infección VIH, el TARGA es el tratamiento de elección. En pacientes inmunocompetentes aunque no existe un tratamiento idóneo el fármaco de elección es la Nitazoxanida.

**OBJETIVOS:** Descripción de un caso clínico de una paciente con síndrome diarreico por *Cryptosporidium* tratada con Nitazoxanida y revisión breve de la literatura.

**MÉTODOS:** Seguimiento prospectivo de nuestra paciente y búsqueda relacionada en PUBMED.

**DESARROLLO:** Mujer de 23 años, destacando entre sus antecedentes personales, obesidad mórbida, historia de síndrome ansioso depresivo, asma bronquial extrínseco y migrañas, que presenta cuadro de 4 semanas de evolución de diarrea acuosa, de hasta 8 deposiciones diarias, con fiebre de predominio vespertino diaria y pérdida de peso de hasta 10Kg. En una analítica completa con autoinmunidad no se evidenciaron alteraciones significativas. La colonoscopia fue normal.

En el examen de heces se aisló *Cryptosporidium* sp. En las demás pruebas complementarias realizadas se ha descartado la presencia de inmunosupresión y no presentó contacto con aguas contaminadas. Tras iniciar tratamiento con Nitazoxanida durante tres días, la paciente mejoró de forma favorable con curación completa.

**CONCLUSIONES:** En los últimos años la prevalencia de CPD está aumentado debido al aumento de sensibilidad por las técnicas mediante PCR. Aunque es una causa poco frecuente en paciente inmunocompetentes, debemos incluir la CPD dentro del diagnóstico diferencial de diarrea crónica, sobre todo una vez descartado otras causas más frecuentes.

## SÍNDROME DE GLEICH: UN CASO RARO DE EOSINOFILIA Y ANGIOEDEMA

Lijó-Carballeda C (1), Cainzos-Romero T (1), Sánchez-Trigo S, Mella-Pérez C (2), Dalama-López T (2), Vázquez-Vigo R (2), Bravo-Blázquez I (2), Sesma-Sánchez P (1)

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA-UNIDAD DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS

(2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

**INTRODUCCIÓN:** La eosinofilia en sangre periférica se asocia a múltiples enfermedades, desde infecciones parasitarias gastrointestinales a vasculitis y síndromes hipereosinofílicos. Presentamos un Síndrome de Gleich, que se define como una enfermedad caracterizada por episodios recurrentes de angioedema acompañados de fiebre y eosinofilia.

**OBJETIVOS:** Describir un caso clínico de eosinofilia y angioedema.

**METODOLOGÍA:** Revisión de los datos clínicos obtenidos a través del programa IANUS (informes y cursos clínicos, laboratorio, anatomía patológica, farmacia).

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 54 años en la que destacaban como antecedentes personales sobrepeso, dislipemia y un episodio de trombosis venosa profunda derecha un año antes. Estaba a tratamiento con estatínas, acenocumarol y desde unos meses antes recibía corticoides, con los que le mejoraba el cuadro. Refería episodios recurrentes de edema en ambas piernas desde hacía dos años, que se asociaban a fiebre, aumento de 3-5 kg de peso. Entre los brotes estaba asintomática. Análiticamente destacaba leucocitosis (20000/mm<sup>3</sup>) con eosinofilia (7400/mm<sup>3</sup>- 30%). Destacaba una IgE de 450 UI/ml. No se encontraron alteraciones en el proteinograma, ni en la bioquímica, incluyendo triptasa sérica. Se realizó estudio autoinmune, negativo, incluyendo ANA, ENAS, ANCAS, ACAS, AMAS y FR. El estudio microbiológico también fue negativo, incluyendo parásitos en heces y serologías de VHB, VHC, VIH, LÚES, Toxoplasma, Histoplasma, Criptococo, Amebas y Strongiloides estercolarias. Se realizó TAC torácico, sin alteraciones relevantes. Valorada en Alergología, sin identificar causante. Tras haber descartado las causas secundarias de eosinofilia se realizó biopsia de médula ósea, para estudio de variantes mieloproliferativas, con un aumento en el porcentaje de eosinófilos con respecto al resto de la celularidad (25-30%), sin otros hallazgos. Se realizó una biopsia cutánea que mostró dermatitis crónica perivascular, compatible con angioedema y estudio genético incluyendo los genes PDGFRA, PDGFB y FGFR1, sin alteraciones. Se solicitaron las poblaciones linfocitarias, encontrándose CD-4 elevado. La determinación de IL-5 fue normal (extraída con corticoides). Dentro de las variantes del Síndrome Hipereosinofílico está el Síndrome de Gleich, que se etiqueta como una enfermedad rara, con 50 casos descritos en la literatura en el momento actual. Se define clínicamente como angioedema acompañado de fiebre, aumento de peso y se asocia con trombosis por activación plaquetaria. En las pruebas complementarias destaca leucocitosis con eosinofilia, elevación de IgE o IgM e IL-5 y la biopsia cutánea que muestra edema en dermis con infiltración de eosinófilos. La base del tratamiento son los corticoides, en caso de refractariedad se podría valorar tratamiento con anticuerpos contra IL-5 o Interferón alfa como segunda opción.

**CONCLUSIONES:** Señalar la importancia del diagnóstico diferencial exhaustivo en pacientes con eosinofilia.

## LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE

Bravo Blázquez I (1), García Alén D (1), Dalama López T (1), Martul Pego E (1), Montero González M (1), Fernández Alonso D (2), Fernández Bouza E (1), Lijó Carballeda C (1), Sesma Sánchez P (1).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

(2) SERVICIO DE RADIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

**INTRODUCCIÓN:** Descripción de un caso de LPR.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 84 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad renal crónica estadio 4 de causa vascular, que consulta tras haber sufrido un episodio de crisis comicial generalizada. Sus familiares relataban bradipsiquia y desorientación en las 48 horas previas. A su llegada a Urgencias se documentó PA 150/90mmHg, tendencia al sueño, habla farfullante y ausencia de respuesta a órdenes sencillas. En este contexto, la paciente sufrió un nuevo episodio de crisis comicial generalizada, que se autolimitó en pocos segundos. Los análisis de sangre y la TC craneal no mostraron datos de interés. Ante el cuadro descrito, la paciente fue hospitalizada, detectándose durante el ingreso cifras tensionales muy elevadas. Se realizó un EEG en el que se evidenció una actividad cerebral lenta y desorganizada, compatible con encefalopatía. También se realizó una RM cerebral, en la que se observaron lesiones en la sustancia blanca de las regiones posteriores del cerebro, sugestivas de LPR. Durante la hospitalización, se realizó un ajuste progresivo del tratamiento antihipertensivo, hasta que se consiguió un adecuado control tensional. De manera paralela, el cuadro clínico se fue solucionando progresivamente, alcanzándose finalmente la resolución completa del mismo.

**DISCUSIÓN:** La LPR es un síndrome clínico-radiológico, de etiología heterogénea. Su base fisiopatológica la constituye el edema cerebral vasogénico causado por una pérdida en la integridad de la barrera hemato-encefálica, la cual puede ocurrir por dos circunstancias fundamentales: aumento brusco de la perfusión cerebral o daño endotelial directo por diferentes agentes nocivos. Así, las causas con las que más frecuentemente se asocia este síndrome son la hipertensión arterial, la eclampsia, los agentes quimioterápicos y las enfermedades autoinmunes. En relación con la clínica del mismo, las crisis comiciales son el síntoma más frecuente; sin embargo, la instauración del cuadro suele ser progresiva en 24-48 horas, durante las cuales predominan síntomas tales como cefalea, alteración del nivel de consciencia o alteraciones visuales. El diagnóstico definitivo se realiza por RM cerebral, en la que se visualizan lesiones simétricas que afectan especialmente a la sustancia blanca de las regiones cerebrales posteriores. Estas lesiones son característicamente hiperintensas en T2 y FLAIR, no restringen en ADC y captan contraste. El tratamiento de esta patología no es universal, ya que debe ir encaminado a eliminar el agente causal de cada caso

concreto. En general, una vez eliminada la causa desencadenante, su pronóstico es bueno, con un escaso porcentaje de recurrencias y de secuelas neurológicas.

**CONCLUSIONES:** La LPR constituye un síndrome atribuible a múltiples causas que debe ser reconocido precozmente, ya que el tratamiento temprano del mismo, garantiza un pronóstico favorable en la mayoría de los casos.

## TUBERCULOSIS PERITONEAL

Bravo Blázquez I (1), García Alén D (1), Dalama López T (1), Martul Pego E (1), Montero González M (1), Fernández Alonso D (2), García-Rodríguez JF (1), Lijó Carballeda C (1), Sesma Sánchez P (1).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

(2) SERVICIO DE RADIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

**INTRODUCCIÓN:** Descripción de un caso de peritonitis tuberculosa.

**CASO CLÍNICO:** Varón de 79 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y esferocitosis hereditaria, que consulta por aumento progresivo del perímetro abdominal de dos meses de evolución. No reconocía síndrome general, fiebre, ni otros síntomas por aparatos. En la exploración física se apreciaba una ascitis moderada, sin otros hallazgos reseñables. Los análisis de sangre iniciales mostraban como hallazgos destacables: Hb 9.2mg/dL, albúmina 3.1 mg/dL y PCR 88.6mg/L. La radiografía de tórax resultó normal. Aportaba una ecografía abdominal reciente, en la que se describía: vena porta aumentada de calibre con hígado de características normales, esplenomegalia homogénea y ascitis moderada. Ante la sospecha inicial de trombosis esplenoportal, se solicitó una TC abdominal, que descartó dicho diagnóstico, mostrando sin embargo un realce peritoneal patológico. Se solicitaron posteriormente marcadores tumorales, entre los que destacaba un CA125 de 237U/mL (0-30), siendo el resto negativos. Seguidamente se realizó una paracentesis diagnóstica, de la que se obtuvo un líquido con características de exudado monofonuclear, con ADA elevado (62.4UI/L). Las baciloscopias, la citología y los cultivos convencionales del líquido ascítico, fueron negativos. El Mantoux y el booster también lo fueron. Finalmente, se realizó una biopsia peritoneal eco-guiada, en la que se observaron granulomas no necrotizantes. Durante la hospitalización, el paciente desarrolló empeoramiento del estado general y síndrome febril vespertino, por lo que se inició empíricamente tratamiento tuberculostático (HZE), alcanzándose defervescencia y mejoría del estado general. Varias semanas después, se detectó el crecimiento de M tuberculosis en líquido ascítico.

**DISCUSIÓN:** En los países industrializados, hemos asistido a un descenso significativo en el número de casos de tuberculosis. Sin embargo, este descenso ha sido porcentualmente menor en lo que a las formas de tuberculosis extrapulmonar se refiere. La tuberculosis peritoneal representa en torno al 1% del total de casos de enfermedad tuberculosa extrapulmonar y suele resultar de la reactivación de un foco peritoneal latente, sembrado por vía hematológica desde un foco pulmonar. Su clínica es en general insidiosa e inespecífica. La ascitis, el dolor abdominal y la fiebre, constituyen sus síntomas más frecuentes. El diagnóstico es complejo y en la mayoría de los casos suelen ser precisos exámenes de laboratorio, pruebas de imagen, estudios microbiológicos y análisis anatomopatológicos. Su tratamiento es idéntico al de la tuberculosis pulmonar y su mortalidad ronda entre un 8 y un 50%.

**CONCLUSIONES:** La tuberculosis peritoneal es una entidad de diagnóstico complejo, en la cual el inicio precoz del tratamiento tiene una gran implicación pronóstica. Por este motivo, debe ser sospechada en todo paciente con un cuadro clínico compatible con la misma.

## SPHINGOBACTERIUM MULTIVORUM. UNA BACTERIA ATÍPICA EN UN LUGAR ATÍPICO, CASO CLÍNICO

Pemas Pardavila H, Vallejo Alonso AM, Novo Veleiro I, Navarro de la Cruz D, Pérez del Molino Bernal ML, González Quintela A.

CENTRO DE TRABAJO (SERVICIO Y HOSPITAL): MEDICINA INTERNA, MICROBIOLOGÍA CLÍNICA. CHUS

**INTRODUCCIÓN:** En los últimos años se reportaron nuevos casos de infección producidos por una bacteria que se creía inocua para el ser humano. En este documento queremos mostrar un caso de patogenicidad por la misma

**OBJETIVOS:** Aclarar las características infecciosas del patógeno descrito.

**CASO CLÍNICO:** Se trata de una mujer de 75 años con historia clínica previa de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Fibrilación Auricular Paroxística, Cardiopatía Isquémica, hipotiroidismo por tiroidectomía y Artritis Reumatoide. La paciente ingresó en dos ocasiones en el servicio de Medicina Interna durante el mismo año por patología infecciosa que presentó evolución favorable con tratamiento antibiótico. Lo remarcable de ambos ingresos es que se describe la presencia de una pequeña úlcera de decúbito en región sacra. Tras el alta de la paciente, se realiza un estrecho seguimiento en las consultas de Medicina Interna donde se objetiva un deterioro de la propia úlcera con dolor como principal sintoma y la presencia de abundantes esfacelos con olor intenso y desagradable. Se realiza cultivo de exudado siendo positivo para *Sphingobacterium multivorum*.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** La muestra de exudado de úlcera sacra se recogió en un hisopo de algodón transportado en medio Amies. En el procesamiento se realizó tinción Gram, siembra en Columbia y Chocolate 37°C en atmósfera enriquecida con CO<sub>2</sub>, Sabouraud y Schaedler 37°C en anaerobiosis y caldo tioglicolato 37°C. La identificación a nivel de especie se realizó por espectrometría de masas (MALDI-TOF MS, Bruker) y paneles de MicroScanWalkaway plus System, sistema automatizado mediante el cual también se realizó el antibiograma.

**RESULTADOS:** Se observó crecimiento de colonias color amarillo brillantes. La identificación de estas colonias se realizó mediante espectrometría de masas. El antibiograma presentó sensibilidad a Minociclina, Ciprofloxacino, Levofloxacino y resistencia a todos los demás antibióticos estudiados. Iniciamos tratamiento con quinolonas (ciprofloxacino) con mejoría tanto de los síntomas como del aspecto de la úlcera presentando en los subsiguientes controles cultivos negativos y resolución prácticamente completa de la lesión

**DISCUSIÓN:** *Sphingobacterium multivorum* es un bacilo aerobio gramnegativo, no fermentador de la glucosa y productor de catalasa, no de oxidasa. Las especies de *Sphingobacterium* son de manera intrínseca resistentes a muchos antibióticos empleados con frecuencia y pueden crecer en algunas soluciones antisépticas y desinfectantes.

**CONCLUSIÓN:** Existe gran variedad de microorganismos ambientales que se cree que no presentan actividad patógena en seres humanos pero que en realidad sí que pueden producir multitud de entidades clínicas. La caracterización de las muestras biológicas es esencial para definir el diagnóstico de una entidad y guiar el tratamiento subsiguiente. Además, la obtención del antibiograma es muy útil en el abordaje de los patógenos desconocidos.



## PENFIGOIDE BULLOSO EN PACIENTE CON NEOPLASIA OCULTA DE MAMA ¿CAUSALIDAD O CASUALIDAD?

Lima Rodríguez O, Suarez Varela M, Rodríguez Atanes O, Soto Peleteiro A, Estevez Gil M, Vázquez-Triñanes C.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

**INTRODUCCIÓN:** El penfigoide bulloso (PB) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la presencia de ampollas subepidérmicas, ocasionando la separación de la dermis y la epidermis. Su incidencia es de 4 a 22 casos por millón de habitantes por año, la mayoría en individuos mayores de 60 años. Su etiología no está del todo definida.

**OBJETIVOS:** Descripción del caso clínico de una paciente con una neoplasia oculta de mama y lesiones cutáneas compatibles con PB. Discusión sobre la posible relación de causalidad entre el PB y las neoplasias; revisión de la literatura.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión retrospectiva de la historia clínica y búsqueda en la literatura.

**RESULTADOS:** Mujer de 80 años, jubilada, hipertensa, con dislipemia e hipotiroidismo primario, consultó por astenia, anorexia y pérdida de 4kg en dos meses. A la exploración física, lesiones cutáneas costrosas, de base eritematosa de centímetros de diámetro, que alternaban con lesiones vesículo-eritematosas de distribución generalizada en tronco y extremidades, respetando mucosas, palmas y plantas, con signo de Nikolsky negativo. Se palpó adenopatía axilar derecha de unos 3cm y 2 nódulos en mama derecha, sin otros hallazgos. En las pruebas de laboratorio GOT 105, GPT 188, LDH de 620, ferritina 774, PCR 47, ANA y serologías negativas. El punch mostró una dermatitis ampollosa subcutánea, sin infiltración por eosinófilos, compatible con PB; la inmunohistoquímica permitió confirmar la sospecha. En la mamografía: 3 nódulos espiculados y biopsia con resultado de carcinoma ductal infiltrante. Se trató con corticoide tópico, con normalización de la analítica, presentando todavía lesiones cutáneas residuales que se resolvieron definitivamente tras la mastectomía.

**DISCUSIÓN:** La etiología del PB no está completamente filiada, factores genéticos y exposición ambiental a fármacos o infecciones se consideran factores contribuyentes. En la literatura no encontramos unanimidad respecto a si existe o no una relación causal PB-cáncer, pero en nuestro caso hay una relación temporal clara. The Journal of Dermatology publicó una revisión que concluye que hay cierta asociación por curso paralelo; de 40 casos de cáncer+PB, en 5 de los 7 tumores hematológicos y en 11 de los 33 tumores sólidos, la remisión de la clínica cutánea se obtuvo al remitir la neoplasia. En cuanto al cáncer de mama, la mayoría de los casos recogidos en las publicaciones se trata de pacientes de avanzada edad, en la que ésta actúa como factor de riesgo de ambas patologías. Ong et al en un estudio basado en el registro nacional inglés, no demuestra asociación entre cáncer de mama y PB, en la cohorte de cáncer 2.873.720 (Cáncer de mama observados 71; esperados 90), en la cohorte de PB 4.720 (Cáncer de mama observados 39; esperados 44).

**CONCLUSIONES:** Dada la evidencia, no podemos demostrar asociación causal, ni un aumento de prevalencia de neoplasia en pacientes con PB, por lo que se desaconseja un despistaje oncológico de rutina.

## PROCTITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: UNA CAUSA INFRECUENTE DE DIARREA CRÓNICA

Maroto Piñeiro F, Dorrego MA, Valente de Sousa L, Lamas Ferreira JL, Cid Gómez D, de la Fuente Aguado J. MEDICINA INTERNA. POLICLÍNICO DE VIGO S.A. (POVISA)

**INTRODUCCIÓN:** La colitis-proctitis por citomegalovirus (CMV) es una entidad poco frecuente en pacientes inmunodeprimidos, generalmente asociada al VIH-SIDA, y cuya incidencia ha disminuido enormemente desde la disponibilidad de la terapia antiretroviral de alta eficacia. Los casos reportados en pacientes inmunocompetentes no son abundantes y la comprensión de esta patología en enfermos sin factores predisponentes es escasa, y suele estar asociada con reactivación de una infección latente.

**OBJETIVOS:** Realizar un resumen de las evidencias actuales en lo referente a la colitis por CMV relacionándola con la clínica del caso expuesto, dada su baja incidencia, con la finalidad de dar más a conocer esta entidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Exposición de un caso clínico diagnosticado en nuestro centro con exposición posterior de un resumen de la evidencia encontrada en la literatura sobre el tema.

**EXPOSICIÓN DEL CASO (RESUMIDA):** Paciente varón de 90 años de edad que ingresa en el Servicio de Medicina Interna de nuestro centro por cuadro de diarrea líquida mucosa, en ocasiones con restos hemáticos, de un mes de evolución con dolor abdominal tipo cólico que cedía con las deposiciones y síndrome constitucional. Entre los antecedentes personales destacaba una anemia aguda en 2012 que se puso en relación con un probable sangrado digestivo que no llegó a evidenciarse claramente. Al ingreso los parámetros analíticos de hemograma y bioquímica eran normales así como la exploración física. Se realizó coprocultivo, toxina de *Clostridium difficile* en heces y aglutinación para salmonella que fueron negativas. Se llevó a cabo además una endoscopia digestiva baja en la que se vieron imágenes de afectación completa de la mucosa rectal de aspecto pseudopolipoides, con estenosis parcial, falta de distensibilidad y fibrina. La anatomía patológica mostró la presencia de células grandes con inclusiones de etiología vírica muy sugestivas de infección por citomegalovirus. Con estos datos se llegó al diagnóstico de colitis por CMV y se inició tratamiento con Valganciclovir oral con buena respuesta.

**RESUMEN TEÓRICO (SINTETIZADO):** El papel de las infecciones órgano-específicas por CMV en pacientes inmunocompetentes es menos conocido que en inmunodeprimidos, siendo la colitis-proctitis una de las afectaciones más frecuentes que cursa con cuadros de diarrea (en ocasiones sanguinolenta), dolor abdominal y síndrome constitucional. En este tipo de pacientes su aparición suele ser fruto de la reactivación de una infección latente. El Gold Standard para el diagnóstico es la toma de biopsias por colonoscopia con la visualización de inclusiones intranucleares en la anatomía patológica.

**CONCLUSIONES:** La colitis por CMV en pacientes inmunocompetentes debe tenerse en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial en enfermos con clínica compatible en los que se hayan descartado causas más frecuentes, en especial en pacientes mayores y con comorbilidades asociadas.

## HENRY MATISSE Y M.C. ESCHER: ARTISTAS GENIALES UNIDOS POR EL AMOR A LA ALHAMBRA Y ANIMOSOS SUPERVIVIENTES DE UN CÁNCER ABDOMINAL

Montes-Santiago J.

MEDICINA INTERNA. EOXI. VIGO.

**INTRODUCCIÓN:** Matisse y Escher son reconocidos por sus geniales aportaciones a la Historia del Arte.

**OBJETIVOS:** Se examinan dos elementos comunes en su vida que determinaron decisivamente ambas trayectorias artísticas: la visita a La Alhambra de Granada y su padecimiento de un cáncer abdominal.

**MÉTODOS:** Estudio patobiográfico de 2 eminentes artistas plásticos.

**RESULTADOS:** Henry Matisse (1869-1954). A los 20 años, tras la convalecencia de una apendicitis, deja la Abogacía para convertirse en artista. A principios del S. XX crea, junto con Derain, Braque y Dufy, el "fauvismo", caracterizado por sencillez de formas y colores expresivos. Se establece en Montparnasse, junto a Picasso, Apollinaire, etc. y es miembro fundamental de las Vanguardias parisinas. En 1908 viaja por Andalucía y La Alhambra, y luego Marruecos, y su obra se llena de motivos orientales (odaliscas, jarrones). Tras esto crea una de sus obras más impactantes: "La Danza". Sigue después una época de clasicismo y simplificación estética. En 1941 es intervenido por el famoso Dr. Leriche de un cáncer abdominal. El posoperatorio es tormentoso, incluyendo la infección de la herida y un embolismo pulmonar. Muy debilitado, precisa de férulas especiales. En la larga convalecencia desarrolla una nueva forma de arte, con collages de papel, que plasma en sus libros "Jazz" y "Circo", y más tarde, en los "Desnudos azules" (1952). Al fin de su vida trabaja en las vidrieras de la Capilla del Rosario (Vence). Fallece de un ataque cardíaco a los 84 años. Mauritius Cornelius (M.C.) Escher (1898-1972). Nació en Leenwarden (Países Bajos), siendo pésimo estudiante, excepto en dibujo. Comienza estudios de Arquitectura, pero los abandona para aprender xilografía con S. Jessurun de Mesquita. Desde 1922 pasa grandes temporadas en Italia, cuyos edificios costeros serán motivo recurrente en su obra. En 1936 visita por segunda vez España y le deslumbra la Mezquita de Córdoba y La Alhambra, cuyos patrones geométricos de sus mosaicos tendrán una influencia decisiva. A partir de 1951 su obra comienza a valorarse y está repartida mundialmente. En 1962 es intervenido de un cáncer intestinal (con reintervenciones en 1964 y 1970). Tales dolencias no impiden que siga trabajando, hasta realizar 448 litografías y xilografías, y más de 2000 dibujos y bocetos. Pasa sus últimos años, enfermo, en una Residencia para artistas. Existe un museo dedicado a su obra en La Haya.

**CONCLUSIONES:** La visita a La Alhambra supuso para Matisse y Escher un cambio fundamental en su biografía artística. En Matisse, por la introducción de nuevos motivos y luminosidad. En Escher porque la fascinación por los mosaicos moriscos le lleva a desarrollar su original obra geométrica. Así mismo, el cáncer abdominal supuso una inflexión vital fundamental, pero ambos lucharon valerosamente por superarlo. Así hallaron nuevos caminos de expresión plástica, reconocidos universalmente como muestras de su genio.

## MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS DEL LUPUS, ENFERMEDAD DE BEHCET, SÍNDROME DE SJÖGREN Y ARTRITIS REUMATOIDE. RESUMEN A PARTIR DE 4 CASOS CLÍNICOS.

Rodríguez Constenla I, Maroto Piñeiro F, Pato Pato A, Cimas Hernando I, Puy Núñez A, Lorenzo González JR, de la Fuente Aguado J.

NEUROLOGÍA Y MEDICINA INTERNA. HOSPITAL POLICLÍNICO DE VIGO S.A. (POVISA)

**INTRODUCCIÓN:** Las manifestaciones de carácter neurológico son una parte importante de muchas enfermedades sistémicas, sobre todo de índole autoinmune o conectivopatías. En muchas ocasiones la afectación neurológica de estas entidades puede ser variada o suponer la forma de debut de algunas de ellas. Es por esto que el diagnóstico de sospecha de las mismas puede recaer únicamente en los signos o síntomas derivados de la afectación del sistema nervioso central o periférico. Además, la aparición de patología neurológica en el contexto de pacientes con estas enfermedades de base, puede suponer un reto diagnóstico a la hora de establecer si son entidades a parte o tienen relación con el proceso patológico ya conocido. Por estos motivos consideramos de interés el análisis de algunas de las enfermedades autoinmunes más frecuentes en el contexto de cuatro casos clínicos que se dieron en nuestro servicio.

**OBJETIVOS:** Resumir las últimas evidencias presentes en la literatura acerca de las manifestaciones neurológicas de la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, la enfermedad de Behcet y el síndrome de Sjögren ejemplificándolas a partir de 4 casos clínicos.

**EXPOSICIÓN:** de los casos Exponemos los siguientes casos clínicos acompañados de un breve resumen de las manifestaciones neurológicas de cada patología: -Paciente con artritis reumatoide que consultó por clínica de parestias con diagnóstico de polineuropatía sensitivo-motora. -Paciente con Enfermedad de Behcet con leucopatía y crisis comiciales. -Paciente con Sdre. de Sjögren que consultó por diplopía horizontal por neuropatía VI par craneal. -Paciente con Lupus eritematoso sistémico diagnosticada tras haber presentado ictus isquémico en relación de sdr antífosfolipio no conocido previamente.

## SARCOIDOSIS: AFECTACIÓN CUTÁNEA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL

García Poutón N, Sánchez Conde P, Iglesias Río F, Utrera Fernández E, Álvarez Otero J, Gondra Barcala T, Fernández Castro I, Maroto Piñeiro F.

MEDICINA INTERNA. NEUMOLOGÍA POVISA

**INTRODUCCIÓN:** La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica granulomatosa de etiología desconocida que se presenta en el 90% de los casos con afectación pulmonar. Entre las distintas manifestaciones extrapulmonares, la afectación cutánea está descrita en el 25-35% de los casos, y puede presentarse como manifestación inicial de la enfermedad.

**OBJETIVO:** Presentación de un caso de sarcoidosis cutánea como primera manifestación de la enfermedad en un varón de 31 años. Descripción del caso y revisión de la literatura

**MATERIAL Y MÉTODO:** Descripción de un caso de sarcoidosis cutánea, ganglionar y pulmonar, y revisión de la literatura.

**RESULTADOS:** Varón de 31 años, que presenta lesiones cutáneas eritemato-parduzcas, algunas descamativas en frente, brazos, piernas y parte anterior de tronco de 2 años de evolución que no mejoraron con tratamiento antibiótico y corticoideo tópico; además también tiene una adenopatía inguinal izquierda palpable, no dolorosa, de igual tiempo de evolución. Entre sus antecedentes destaca su profesión en el mantenimiento de calderas industriales y la práctica de remo en modalidad olímpica. Se realizó biopsia cutánea que evidencia granulomas no necrotizantes por lo que ante sospecha de sarcoidosis cutánea se decide completar estudio. La TC tóraco-abdominal es sugestiva de sarcoidosis pulmonar estadio IV con adenopatías retroperitoneales, ilíacas e inguinales bilaterales. Se realiza broncoscopia con extracción de muestras bronquiales en las que se objetivan granulomas no necrotizantes compatibles con granulomas sarcoidesos. Las pruebas funcionales respiratorias muestran patrón obstructivo grado leve y alteración leve de la difusión. La gammagrafía con Galio muestra captación a nivel supra e infradiaphragmático, así como en glándulas parótidas. Se solicita perfil de autoinmunidad que resulta normal, y tras descartar infección tuberculosa, se diagnostica al paciente de sarcoidosis con afectación cutánea, ganglionar y pulmonar (estadio IV) y se inicia tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg/kg/día.

**CONCLUSIÓN:** La sarcoidosis cutánea constituye un desafío diagnóstico para el especialista ya que puede ser un síntoma precoz de una probable afectación sistémica asintomática, como ocurre en nuestro caso. Puede manifestarse con distintas morfologías, algunas específicas y otras no específicas de sarcoidosis, por lo que la biopsia y el estudio histopatológico son fundamentales para su diagnóstico.

## PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO MIGRATORIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Fernández Castro I, Utrera Pérez EB, de la Fuente Aguado J.  
MEDICINA INTERNA. POLICLÍNICO POVISA

**INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA:** El pseudoquiste pancreático es una complicación frecuente de la pancreatitis. Sin embargo, la migración de los mismos es un hallazgo poco frecuente. Nuestro objetivo es presentar un caso clínico de pseudoquistes pancreáticos con emigración pélvica, mostrar imágenes y realizar una pequeña revisión del tema. Para ello, realizamos una búsqueda bibliográfica en pubmed con las palabras clave "pseudoquiste" "pancreático" "migratorio".

**DESARROLLO:** Mujer de 52 años que consulta por fiebre y dolor abdominal de predominio en fosa ilíaca izquierda. Refería antecedentes de consumo excesivo de alcohol con episodio de pancreatitis aguda hacía diez años. En la exploración física tenía dolor en fosa ilíaca izquierda con defensa. La analítica mostró leucocitosis con neutrofilia, VSG, amilasa y lipasa elevadas. La TC abdomen evidenció datos de pancreatitis crónica con pseudoquiste y enfermedad inflamatoria pélvica bilateral complicada con absceso en el espacio de Retzius. Con este diagnóstico se realizó un drenaje externo del absceso, con alto contenido en amilasa. La RM informó de colecciones pélvicas en el espacio de Retzius, adyacentes al músculo psoas ilíaco, sobre la cresta ilíaca y retroperitoneal izquierda adyacente al páncreas con pequeña extensión al músculo psoas, hallazgos compatibles con pseudoquistes pancreáticos con emigración a pelvis. La paciente tuvo buena evolución clínica con manejo exclusivamente conservador. La presencia de pseudoquistes pancreáticos múltiples es muy infrecuente en la pancreatitis, habiendo sido descritos especialmente secundarios a pancreatitis crónica de origen enólico. La migración es excepcional, y se han reportado casos con localizaciones diversas: paracólica, pelvis, cuello, escroto, mediastino... Se diagnostican por técnicas de imagen, siendo la PAAF necesaria para dar un diagnóstico definitivo y diferenciarlos de otras colecciones, debido a que los pseudoquistes presentan un alto contenido en amilasa. El tratamiento recomendado es conservador, siendo necesario el drenaje en casos complicados debido a una tórpida evolución o gran tamaño que comprometa o pueda comprometer estructuras adyacentes.

**CONCLUSIONES:** La migración de pseudoquistes pancreáticos es un hallazgo infrecuente que se debe sospechar en caso de pruebas de imagen que pudieran ser compatibles en paciente con pancreatitis, especialmente si es de etiología enólica. El tratamiento recomendado es conservador salvo complicaciones de los mismos.

## TROMBO FLOTANTE AÓRTICO EN PACIENTE CON TROMBOCITEMIA ESENCIAL: UN RETO TERAPÉUTICO

García Poutón N, Lamas Ferreiro JL, Puerta Louro R, Álvarez Otero J, Gondar Barcala T, Fernández Castro I, Maroto Piñeiro F.  
MEDICINA INTERNA. POVISA

**INTRODUCCIÓN:** Los trombos flotantes de aorta son una patología vascular grave, ocasionalmente asociados a estados protrombóticos, siendo su principal causa la arteriosclerótica. La trombocitemia esencial se caracteriza por presentar complicaciones hemorrágicas y microtrombóticas, considerándose inusual la presencia de trombos en aorta.

**OBJETIVO:** Presentación de un caso de trombo de aorta flotante con embolismos espléncos, hepáticos y renales con diagnóstico simultáneo de trombocitemia esencial e incidir en la complejidad de su manejo clínico

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Descripción del caso de un varón de 83 años que debuta con embolismos periféricos secundarios a dos trombos flotantes de aorta con diagnóstico concomitante de trombocitemia esencial. Se aportan imágenes y se realiza revisión de la literatura. Resultados Varón de 83 años con antecedentes de HTA, enfermedad vascular periférica (bypass fémoro-poplíteo), adenocarcinoma de colon intervenido y tumor vesical en remisión completa. Acudió por dolor en costado izquierdo alterante al lado contralateral y febrícula. El hemograma era normal salvo trombocitosis y leucocitosis leve. La radiografía de tórax mostraba un infiltrado en base izquierda por lo que se diagnostica de neumonía y se inicia levofloxacino. Tras tres días de ingreso se observó una disminución brusca del filtrado glomerular por lo que se solicitó TC abdominal sin contraste que mostró imágenes sugestivas de infartos renales, hepáticos y espléncos. Los hemocultivos fueron negativos y tras la realización de ETT normal, se solicita ETE que evidenció un trombo flotante en aorta torácica descendente. El angiograma muestra trombos flotantes en aorta torácica y abdominal. El paciente tuvo que ser intervenido de urgencia por isquemia aguda del miembro inferior izquierdo que resultó en amputación supracondílea. Ante la evidencia de trombocitosis se solicitó la mutación JAK2 que fue positiva confirmando el diagnóstico de trombocitemia esencial. Se decidió tratamiento médico, asociándose anticoagulación con HBPM al tratamiento con aspirina

e hidroxirea, modificándose posteriormente por HNF debido a complicaciones hemorrágicas digestivas, con disminución del tamaño del trombo y normalización de las cifras de plaquetas. El paciente es dado de alta con acenocumarol e hidroxirea tras valoración de riesgo/beneficio, evidenciándose resolución del trombo a los 3 meses y sin presencia de nuevas complicaciones. Conclusión La formación de trombos aórticos flotantes en pacientes con trombocitemia esencial es poco frecuente, siendo su manejo controvertido, ya que a día de hoy no existen guías clínicas que establezcan una estrategia terapéutica. Es una asociación potencialmente letal, con frecuentes complicaciones trombóticas y hemorrágicas. El nuestro es un caso singular, con múltiples comorbilidades por lo que se desestimó tratamiento quirúrgico, obteniendo buenos resultados con tratamiento médico.

## ENFERMEDAD DISEMINADA POR CITOMEGALOVIRUS (CMV) EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

González Vigo V, Gómez Longueira P, Bascansa Pous I, Martínez Quintanilla M, Hermida Romero T.  
S<sup>o</sup> MEDICINA INTERNA. S<sup>o</sup> DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia de infección por CMV es muy elevada (90% de la población está infectada en países subdesarrollados frente al 60% en países desarrollados). En inmunocompetentes la infección suele cursar de manera asintomática, sintomatología leve o causar un síndrome mononucleósico. Los cuadros más graves se dan en pacientes inmunodeprimidos, en los que se comporta como patógeno oportunista causando enfermedad, secuelas graves e incluso muerte

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

**MÉTODOS:** Descripción de caso clínico y revisión de bibliografía

**RESULTADOS:** Varón de 67 años, exfumador, con bronquitis crónica, diabetes, HTA, con IC con FE deprimida de etiología isquémica y portador de DAI en prevención 2<sup>a</sup> tras ingreso por TV sostenida el año anterior, revertida con Amiodarona que se mantuvo al alta. Consulta por disnea y tos seca de 2 semanas de evolución. En las PC destaca insuficiencia respiratoria, leucocitosis e infiltrados pulmonares bilaterales en la Rx. Se realizó Tc torácico que objetivó afectación alveolo-intersticial difusa bilateral de predominio en lóbulos superiores compatible con edema agudo de pulmón y/o toxicidad de amiodarona sin poder descartar patología infecciosa. Por sospecha de neumonitis por Amiodarona se suspende la misma y se inicia corticoides a dosis de 1mg/kg. También se inicia antibioterapia empírica. Buena evolución clínica y radiológica, pudiendo ser alta a las 3 semanas con tratamiento corticoideo en pauta descendente. Pero el paciente reingresa a los 20 días en UCI por Scaesest tipo IAM no Q e insuficiencia respiratoria en el contexto de descompensación de insuficiencia cardíaca y neumoapatía crónica. Tras su estabilización, se trasladó a MI, dónde sufre deterioro clínico progresivo, aumento del trabajo respiratorio, desasosiego, y episodios de desorientación. En esta situación, se decidió instaurar medidas de confort siendo éxitos días más tarde. En la necropsia se objetivó daño alveolar y pulmonar importante por CMV en forma de neumonía aguda. También se demostró la presencia de CMV en intestino e hígado, lo que es consistente con una infección diseminada por CMV.

**CONCLUSIONES:** Una gran diversidad de agentes infecciosos puede afectar a pacientes que usan corticoides en dosis inmunosupresoras. Existe una dosis umbral diaria de prednisona o equivalente sobre la cual emergen infecciones oportunistas, siendo el nivel de inmunosupresión más alto en el caso de Pneumocystis jirovecii o CMV. Este riesgo aparece cuando se ha acumulado una dosis de 700 mg equivalente de prednisona o cuando toma crónica de >10mg diario. Esta dosis umbral puede ser menor (10 mg/día) cuando concurren otros inmunosupresores o comorbilidades. Los pacientes con corticoterapia que presentan infección por CMV lo hacen en los primeros 60 días del inicio de terapia inmunosupresora y con altas dosis diarias de prednisona (60 mg/día).

## TUMORES SINCRÓNICOS NO RELACIONADOS

Fernández Castro I, Utrera Pérez EB, Gondar Barcala T, García Poutón N, Maroto Piñeiro F, de la Fuente Aguado J.  
MEDICINA INTERNA. POLICLÍNICO POVISA

**OBJETIVO:** Nuestro objetivo consiste en presentar un caso clínico poco convencional de una paciente con dos tumores sincrónicos no relacionados a nivel de tórax y abdomen, y realizar una revisión bibliográfica de las características de los mismos y casos relacionados publicados

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Para ello, realizamos una búsqueda bibliográfica en pubmed con las palabras clave "leiomioma" "tumor fibroso solitario" "tumor fibroso solitario pleura" "tumores sincrónicos pleura útero" y redactamos una revisión de las características de los mismos.

**DESARROLLO:** Nuestra paciente es una mujer de 60 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a nuestro centro por cuadro de unos quince días de evolución de tos con expectoración blanquecina, disnea progresiva hasta hacerse de reposo e intolerancia al decúbito. Había estado a tratamiento con levofloxacino la semana previa sin mejoría. En la exploración estaba normotensa y afebril, con buen estado general. La auscultación pulmonar detectaba por una disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho, y en el abdomen se palpaba una masa pétreo que ocupaba toda la cavidad abdominal, no dolorosa a la palpación. Resto de la exploración sin hallazgos. Analíticamente, el hemograma y la bioquímica no mostraban alteraciones y en la gasometría arterial se objetivó una insuficiencia respiratoria global. Se solicitaron, en primer lugar, una radiografía de tórax en la que se apreciaba una masa que ocupa la totalidad del hemitórax derecho y provoca un desplazamiento del mediastino hacia la izquierda. Con estos hallazgos, se solicita un TAC tóraco-abdominal que es informado como grandes masas ocupando el hemitórax derecho y el abdomen, heterogéneas, sugestivas de sarcomas. Se realizaron biopsias de ambas masas, con resultados, de la masa pulmonar, de tumor fibroso solitario de pleura y, de la masa abdominal, de leiomioma. Ante estos resultados, se realiza resonancia magnética para estudio de la masa del tórax, que informan como tumor fibroso solitario pleural gigante, con criterios de malignidad, y se remite a los servicios de Cirugía Torácica y Ginecología para abordaje quirúrgico. El tumor fibroso solitario de pleura y el leiomioma uterino son dos tumores independientes, con orígenes diferentes y ninguna relación entre ambos. No hay ningún artículo publicado en que figure un caso similar o que relaciones ambas entidades. El diagnóstico de sospecha se realiza por pruebas de imagen siendo necesaria la anatomía patológica compatible para obtener el definitivo. El pronóstico en ambos casos es bueno, si bien es cierto que el tumor fibroso solitario puede tener un comportamiento maligno y un mayor riesgo de recurrencia.

## TIROIDES ECTÓPICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fernández Castro I, Boente Varela R, Trigo Barros C, Wanipa Sierra W, de La Fuente Aguado J. MEDICINA INTERNA, ENDOCRINOLOGÍA. POLICLÍNICO POVISA

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El tiroides ectópico es una patología poco frecuente, que puede tener diversas presentaciones y localizaciones. Nuestro objetivo es presentar un caso de localización cervical y mediastínica, y realizar una revisión de la literatura y casos publicados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Para ello, realizamos una búsqueda bibliográfica con las palabras clave "tiroides" "ectópico" y "ectopia" en pubmed.

**DESARROLLO:** Paciente varón de 60 años que es remitido a consultas externas de endocrinología por hallazgo incidental de bocio endotorácico en ecodoppler carotídeo. El paciente se encuentra asintomático, sin clínica compresiva o atragantamientos, y la exploración es completamente normal, siendo el tiroides de consistencia homogénea. Se solicita analítica de función tiroidea, que es normal, y una ecografía tiroidea donde describen un bocio multinodular sin componente endotorácico y adenopatías laterocervicales izquierdas patológicas, recomendando TC. Ante estos hallazgos se realiza PAAF de las adenopatías cuyo resultado es de material fibrinohemático inadecuado para diagnóstico, sin identificar fondo de ganglio linfático, y se realiza TAC cuello y tórax donde describen adenopatías de tamaño patológico laterocervicales y en mediastino superior. Ante la sospecha de un linfoma se completa estudio por parte de hematología, siendo todos los resultados anodinos, y se realiza biopsia de adenopatía, con resultado de tejido tiroideo con patrón folicular sin imágenes sospechosas de malignidad. Además, se solicitó gammagrafía tiroidea, mostrando captación en tres focos extratiroideos laterocervicales y mediastínicos. Tras revisar de nuevo la imagen se hallan múltiples nódulos laterocervicales y mediastínicos que, en relación a los resultados anatomopatológicos, se interpretan con tejido tiroideo ectópico. Dado que el paciente está asintomático y no hay datos de malignidad, se decide conjuntamente manejo conservador y vigilancia. El tiroides ectópico consiste en tejido tiroideo funcionante encontrado en alguna otra localización diferente a la localización anatómica clásica de la glándula tiroidea. La epidemiología es desconocida, debido a que la mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos. Con respecto a la localización, la más frecuente es el tiroides lingual (90%), seguido de pared de quiste de conducto tirogloso, habiéndose descrito otras localizaciones (área submandibular, laringe, tráquea, mediastino, esófago, corazón o diafragma). Clínicamente la mayoría de los pacientes están eutiroides, pero hasta en 1/3 de los casos pueden presentar hipotiroidismo. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen y anatomía patológica, y el tratamiento es conservador salvo complicaciones o malignización.

**CONCLUSIÓN:** Se debe sospechar la presencia de tiroides ectópico es caso de imágenes compatibles en pacientes asintomáticos y descartando otras patologías más frecuentes.

## ROTURA ESPLÉNICA ESPONTÁNEA EN UN PACIENTE CON MALARIA

García Poutón N, Sánchez Conde P, Maroto Piñeiro F, González González L, Fernández Fernández F, Paz Ferrín JM, Álvarez Otero J, Gondar Barcala T, Fernández Castro I. MEDICINA INTERNA. POVISA

**INTRODUCCIÓN:** La rotura espontánea de bazo es una entidad poco común, considerada una complicación rara de enfermedades infecciosas. El paludismo es una de las entidades en las que se muestra con más frecuencia. Aunque históricamente, el tratamiento era la esplenectomía, actualmente se aboga por una actitud más conservadora con una vigilancia estrecha.

**OBJETIVO:** Presentación del caso de una rotura contenida de bazo espontánea como complicación grave en un paciente con malaria

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Descripción del caso de un varón de 46 años con malaria reciente por Plasmodium falciparum que presenta derrame pleural izquierdo progresivo en relación con rotura esplénica. Se aportan imágenes y se realiza revisión de la literatura.

**RESULTADOS:** Varón de 46 años residente en Gabón (África central) que tras presentar un episodio de malaria en mayo de 2016, ingresó en enero de 2017 por nuevo cuadro de malaria grave (requirió ingreso en UCI) por Plasmodium falciparum tratada de forma intravenosa con quinina y doxiciclina. Tras el alta hospitalaria se objetivó, derrame pleural izquierdo de moderada cuantía, por lo que se realizó toracocentesis diagnóstica obteniéndose líquido pleural compatible con exudado linfocitario con ADA normal, cultivos (aerobio, anaerobios y BK-Lowenstein) negativos y citología sin evidencia de células atípicas. Se realizó TC tórax-abdominal que evidenció una colección esplénica (10x6x6 cm) heterogénea sugestiva de hematoma en evolución/rotura contenida de bazo y derrame pleural izquierdo que ocupaba la mitad de la cavidad torácica, moderadamente loculado, probablemente secundario. El paciente estaba estable hemodinámicamente, pero debido a que su intención era regresar a África, con imposibilidad para realizar seguimiento estrecho del hematoma esplénico, se decide realización de esplenectomía. En la misma intervención se realizó videotoracoscopia exploradora con biopsia pleural que mostró tejido pleural con inflamación crónica e hiperplasia mesotelial reactiva.

**CONCLUSIÓN:** La incidencia de rotura esplénica espontánea en el paludismo oscila entre el 0-2%. Es una patología potencialmente letal donde el diagnóstico y tratamiento precoz juegan un papel crucial, por lo que se debe sospechar en pacientes con dolor abdominal izquierdo y signos de shock hipovolémico, que sin embargo, estaban ausentes en el caso de nuestro paciente. El tratamiento puede ser conservador o quirúrgico dependiendo de las condiciones generales del paciente.

## Normas de publicación Galicia Clínica

Galicia Clínica es la revista oficial de la Sociedad Gallega de Medicina Interna (SOGAMI). Se publican 4 números al año, simultáneamente en papel y en [www.galiciaclinica.info](http://www.galiciaclinica.info), incluyéndose en el segundo de ellos las comunicaciones enviadas a la correspondiente Reunión Ordinaria de la SOGAMI.

GALICIA CLÍNICA evaluará para su publicación trabajos médicos relacionados preferentemente con la Medicina Interna y sus subespecialidades, y/o con problemas médicos prevalentes en la Comunidad Autónoma de Galicia. Se admitirán para evaluación trabajos en castellano, gallego, inglés y portugués.

Para el envío de originales se ha habilitado un formulario en la página web [www.galiciaclinica.info](http://www.galiciaclinica.info). El sistema confirmará la entrega y permitirá consultar el estado del manuscrito. No se aceptarán originales enviados por otros métodos.

El comité editorial, eventualmente con la ayuda de revisores externos, evaluará los trabajos enviados decidiendo si procede su publicación, si es necesario realizar correcciones o si se desestima la publicación. Una vez aceptado, se enviarán al autor las pruebas de imprenta para la corrección de posibles erratas.

Los trabajos reunirán los requisitos de uniformidad habituales en revistas biomédicas. Dichos requisitos se pueden consultar en "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, Updated April 2010", disponible en <http://www.icmje.org>. Se recomienda encarecidamente leer en especial la sección "Preparing a Manuscript for Submission to a Biomedical Journal" ([http://www.icmje.org/manuscript\\_1\\_prepare.html](http://www.icmje.org/manuscript_1_prepare.html)) y seguir fielmente sus indicaciones a la hora de redactar el trabajo a enviar.

Se recomienda el empleo de los programas más habituales de edición de texto (Ej., Word) tanto para el texto como para las tablas.

Dado que la mayoría de las páginas se imprimen en blanco y negro, se aconseja evitar en tablas y figuras en la medida de lo posible el uso de colores o tramas que no tengan el adecuado contraste para su identificación.

Las figuras o imágenes se enviarán en archivo aparte, como archivo de imagen (jpeg o similar) o como PDF con una resolución de 300 ppp, a tamaño de impresión definitivo.

La revista presenta las siguientes secciones:

### Editoriales

Habitualmente encargados por la dirección de la revista. Su extensión máxima será de 8 páginas de 30 líneas y se admitirá una figura o una tabla y quince citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de dos.

### Originales

Trabajos de investigación sobre cualquier aspecto médico. La estructura general de los trabajos será la tradicional: Título: en el idioma original y en inglés, Resumen y Abstract en inglés, Palabras clave y Key words (que deben corresponder a los medical subjects headings -MESH- del Index Medicus), Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión, Bibliografía

La extensión máxima recomendada del texto es de 20 páginas de 30 líneas, a las que se podrán añadir 5 figuras y 5 tablas, y un máximo de 30 citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de ocho.

### Originales breves

Trabajos de investigación que por sus características no precisan un mayor espacio. Estructura similar a la de los originales. Su extensión máxima será de 10 páginas de 30 líneas, 3 figuras, 3 tablas y 20 citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de seis.

### Revisiones

Habitualmente encargadas por la dirección de la revista. La extensión máxima recomendada del texto es de 30 páginas de 30 líneas, a las que se podrán añadir 6 figuras y 6 tablas, y un máximo de 50 citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de tres.

### Preguntas clínicas

En esta sección se tratará de responder de forma concreta y sucinta a preguntas clínicas concretas que, bien han motivado una controversia, o cuestionan actitudes arraigadas en la práctica diaria. La extensión máxima será de 6 páginas de 30 líneas, dos figuras y dos tablas y 15 citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de dos.

### Notas clínicas

Descripción de casos clínicos de excepcional interés. Constarán de una breve introducción, caso clínico, y discusión correspondiente. Su extensión máxima será de 6 páginas, 2 figuras y dos tablas y 15 citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de cuatro.

### Cartas al director

Comentarios, opiniones u observaciones sobre los diversos trabajos publicados con anterioridad en la revista. La extensión máxima será de 4 páginas de 30 líneas y se admitirá una figura o una tabla y diez citas bibliográficas.

El número máximo de firmantes será de dos.

### Imágenes médicas

Imágenes curiosas, insólitas o demostrativas. Se acompañarán con un texto breve, como máximo 1 página de 30 líneas, en el que se explique el caso clínico, con una breve discusión acerca de la importancia de la imagen.

El número máximo de firmantes será de dos.

### Resúmenes de Tesis doctorales

Elaborados por el autor, describirán el trabajo realizado; su extensión máxima será de 2 páginas de 30 líneas. Debe incluirse un apéndice con los datos correspondientes a Universidad, departamento, director de la tesis y fecha de presentación.

### Otros

La dirección de la revista considerará para su publicación cualquier artículo relacionado con la medicina en cualquier aspecto, aunque no se incluya exactamente dentro de los supuestos anteriores. En este caso se recomienda antes de su envío contactar con la dirección para acordar las características del mismo.

En el caso de que los trabajos enviados incluyan imágenes, figuras, tablas o textos sometidos a copyright, será responsabilidad de los autores la obtención de los permisos necesarios para su publicación.

Todas las opiniones o afirmaciones expresadas en los artículos corresponden a los autores de los mismos. Tanto el comité editorial como la SOGAMI declinan cualquier responsabilidad a este respecto.

Los trabajos publicados serán propiedad de GALICIA CLÍNICA, cediendo los autores todos los derechos a la misma.