

C01-PECULIARIDADES DE LA ANTICOAGULACIÓN EN EL ANCIANO

Autores: J. Oteiza Olaso; G. Tiberio López; M. Gonzalo Lázaro; Carmen Martínez Velasco, Francisco Uriz Otano

Centro de trabajo: Hospital San Juan de Dios Pamplona

- Fármacos: aunque existen varios fármacos para la anticoagulación oral derivados dicumarínicos (biscumacetato de etilo, fluindiona, femprocumon), los fármacos más utilizados en la clínica son fundamentalmente la warfarina (Acenocumarol®), de mayor uso en USA y acenocumarol (Sintrom®), de uso generalizado en nuestro país.

Su efecto anticoagulante se produce principalmente impidiendo la oxidación de la vitamina K y de esta forma la síntesis de factores de coagulación (II, VII, IX y X)

- Indicaciones principales: fibrilación auricular (FA), enfermedad tromboembólica venosa, enfermedad valvular reumática, prótesis valvulares, infarto agudo de miocardio y prevención secundaria de la cardiopatía isquémica.

- Manejo: El objetivo es conseguir un INR en los ancianos entre 2-2'5 (excepto en pacientes con prótesis metálicas, cuyo INR deberá encontrarse entre 2'5-3'5), comenzándose con 1 mg de acenocumarol y realizar controles de INR hasta ajustar dosis total semanal.

- Realidad de la ACO en el anciano: aunque la edad no es un criterio que contraindique la ACO, múltiples estudios han demostrado que si es una causa de no aplicación de este tratamiento a pesar de estar indicado. Martín D. et al. (Med Clin Barc.2004) valora que en atención primaria únicamente están anticoagulados entre el 55-78 % de los pacientes con fibrilación auricular, siendo la edad el principal motivo para no hacerlo. Blanch P. et al. (Rev. Esp. Cardiol 2003), comenta que sólo el 62% de los pacientes con FA dados de alta en un servicio de Cardiología están anticoagulados, siendo esta cifra aún menor en los mayores de 75 años. Otros estudios señalan que únicamente el 50 % de los pacientes con indicación de anticoagulación está en tratamiento con dicumarínicos. Esta situación disminuye a un 12-45 % cuando dichos pacientes superan los 80 años de edad.

Resumiendo, tener más de 75-80 años, es predictor para el hecho de no estar anticoagulado.

CONCLUSIONES:

1- Existen múltiples indicaciones para la ACO en ancianos siendo la principal la FA.

2- La edad sigue siendo según múltiples estudios un factor negativo a la hora de iniciar un tratamiento anticoagulante

3- Este tratamiento de probada eficacia, presenta en el anciano algunas peculiaridades como la valoración de algunos síndromes geriátricos antes de su indicación (fundamentalmente la polifarmacia o el riesgo de caídas); y un inicio de dosis menor, junto con rangos de INR, según algunos autores, algo menores (alrededor de ½ punto).

4- Si se tiene en cuenta estas peculiaridades, la ACO es un tratamiento eficaz que no debería de evitarse en el anciano solo por motivos de edad, si realizamos una adecuada valoración geriátrica integral.

C02-PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA EN 2005

Autores: MC Vallejo, E Valero, A Serrano, A Comín, T Omiste, M Ruiz.

Centro de trabajo: Hospital Universitario Miguel Server, Zaragoza

INTRODUCCIÓN La patología psicosomática es un aspecto infraestimado entre los pacientes de edad avanzada que ingresan en un hospital. Se halla fuertemente relacionada con el entorno social y la comorbilidad que presentan¹, así mismo se relacionan su mejoría y la mejoría clínica^{2,3}. La aparición de una alteración cognitiva o síntomas depresivos durante el ingreso hospitalario, favorece el deterioro funcional del anciano frágil⁴.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hojas de Consultas realizadas a la Unidad de Psicosomática de los pacientes ingresados durante el año 2005 en el Servicio de Medicina Interna (MI) [incluye la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI)] de nuestro hospital, recogiendo diferentes variables clínicas, los diagnósticos psiquiátricos según los criterios de la clasificación CIE 10, y los tratamientos prescritos, así como la indicación de seguimiento especializado al alta.

RESULTADOS: Se registraron un total de 137 consultas al servicio de Psicosomática (7.02% del total de ingresos), 109 en MI (7.2%) y 28 en la UEI (5.3%).

Diagnósticos psiquiátricos: En MI predominaron el Trastorno Afectivo (TA) (36,7%) y el Trastorno Mental Orgánico (TMO) (64,3%), siendo en la UEI superior el Trastorno por Sustancias (TS) (43%) (OR 5.4; IC 95% 2.1-3.6). El TA fue más frecuente en mujeres (OR:3.4; IC95% 1.34-6.88, p0.0067), mientras que el TS fue más frecuente en los varones (OR 8,4, IC95% 1.8-39.3, p 0.002). El TMO se asoció a pacientes de mayor edad ($71.6a \pm 16.8$ vs 58.2 ± 19.3 : p=0.0016) y el TS a pacientes más jóvenes (43.5 ± 14 vs 64.4 ± 18.8 ; p0.0002).

Tratamiento: En MI el tratamiento se indicó en el 75% de los casos, con más de un fármaco en el 53%, siendo la terapia más frecuente prescrita los AD (51.3%). En la UEI recibieron tratamiento el 89% de los casos, el 53.2% con más de una fármaco, siendo los más frecuentemente prescritos las Benzodiazepinas (BZD) estando éste asociado a pacientes más jóvenes.

Derivación ambulatoria especializada: El 25% de los casos fueron remitidos al alta hospitalaria a la Unidad de Salud Mental. El TA se derivó significativamente con más frecuencia (OR 1.8; IC95% 1-3.3).

CONCLUSIONES: El TA, TMO y TS fueron los diagnósticos más frecuentes en pacientes ingresados en MI. La prescripción medicamentosa fue frecuente y en múltiple, principalmente AD y BZD. El TMO se asoció a una mayor edad mientras el TS se diagnosticó en más jóvenes. La mayor parte de los casos no precisó derivación.

C03-HIDATIDOSIS CEREBRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Fernández Alamán, A. I. *; Fonseca López, C. *; Pérez Vázquez, G. *; Sanz Asín, J. M. **; Gracia Sánchez, M. P. *; Uroz del Hoyo, J.J. *
Centro de trabajo: * Servicio de Medicina Interna. ** Servicio de Neurología. H. Obispo Polanco. Teruel.

La Hidatidosis cerebral es una zoonosis producida por *Echinococcus granulosus*. Las localizaciones más habituales son la hepática, la pulmonar, la peritoneal, la renal y la ósea. La afectación cerebral es poco usual en nuestro medio y predomina en niños y adultos jóvenes, siendo más frecuente en varones que en mujeres con una proporción de 3:1.

Presentamos el caso de un varón de 43 años afecto de esta patología que debutó como cefalea persistente. El paciente no presentó afectación de otras vísceras, característica por otro lado infrecuente de la Hidatidosis cerebral.

El diagnóstico de sospecha se realizó por TC craneal, siendo la Serología para quiste hidatídico negativa.

Se le practicó al enfermo tratamiento quirúrgico del quiste cerebral cuya Anatomía Patológica confirmó la etiología por *Tenia Echinococcus* del mismo.

Es de resaltar la riqueza iconográfica de las imágenes del TC.

C04-TROMBOSIS DE VENA CAVA INFERIOR EN UNA PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICONCEPTIVOS ORALES

AUTORES: Torres, I., Fanlo, P., Arteaga M., Guimarey, X., Barberena, J.* , Redondo, M.**
Servicios de Medicina Interna, Radiología vascular Intervencionista* y Hematología **
Hospital Virgen del camino, Hospital de Navarra *, Pamplona

INTRODUCCION: La terapia anticoagulante es el tratamiento estándar de la trombosis venosa. El filtro de vena cava inferior (VCI) es una terapia adyuvante importante en estos pacientes para prevenir las complicaciones potencialmente mortales como la embolia pulmonar crónica y la HTP tromboembólica.

La trombofilia hereditaria es una tendencia genética para el tromboembolismo venoso que suele presentarse en pacientes jóvenes (menos de 50 años de edad) y es a menudo recurrente. Las causas más frecuentes de un estado de hipercoagulabilidad primario heredado son el factor V Leiden y la mutación de la protrombina, una mutación genética, que en conjunto representan entre el 50 y el 60 por ciento de los casos. Estas alteraciones genéticas pueden interactuar para aumentar el riesgo de trombosis venosa en pacientes con causas adquiridas de hipercoagulabilidad, como los anticonceptivos orales y el embarazo. Debido a su uso generalizado, los anticonceptivos orales son la causa más importante de trombosis en mujeres jóvenes. El riesgo de trombosis aumenta en un plazo de cuatro meses del inicio del tratamiento y no se ve afectado por la duración del uso; el riesgo disminuye a los niveles anteriores a los tres meses de suspensión.

Nuestra paciente presentó un episodio de trombosis venosa profunda proximal (TVP) con afectación de VCI, por lo que requirió la implantación de un filtro temporal de VCI, para la prevención de posible TEP.

MATERIAL Y METODOS: Revisión bibliográfica y de historia clínica del caso.

OBJETIVO: Descripción de un caso de Trombosis proximal con afectación de Vena Cava Inferior y colocación de un filtro de vena cava, en paciente consumidora de anticonceptivos orales.

C. CLINICO: Paciente de 18 años en tratamiento con ACOs durante 3 meses, sin antecedentes personales patológicos de interés, con historia familiar de neoplasias y TEP, que ingresa en el Sº de MI por cuadro de 48 horas de evolución de dolor lumbar izquierdo irradiado a pierna izquierda seguido de dolor e hinchazón de dicha extremidad. Había estado en tratamiento con adalgru (Paracetamol 500 mg/Tiocolchicosido 2 mg) y en reposo relativo. Refería fotosensibilidad facial con el sol. No manchas en la piel. No artralgiás, ni artritis. No síntomas respiratorios, ni digestivos. No alteraciones en el ritmo intestinal. No alteraciones oculares. No alteraciones psíquicas. Menstruaciones previas antes de ACOs normales.

EF: Peso: 63 Kg, Talla: 1,65 cm, IMC: 23 - Peso normal, TA: 110/70 mm Hg. EEII derecha tumefacta, empastada, dolorosa a la compresión poplítea y de aspecto amoratado. Se palpan pulsos periféricos simétricos, resto de exploración sin hallazgos patológicos. *ECG y RX de tórax normales.* AS: Hb 13 g/dL Hto 37,6 % , VCM: 86,6 fl , Leucocitos: 8,1 Neutrófilos: 52,6 % , Plaquetas 128, INR: 0,98, *Dímero D (Elisa): >10000.* Urea 45 mg/dL, Creatinina 0,77 mg/dL , Sodio 142 mmol/L , Potasio 4,5 mmol/L , AST 48 U/L, *VSG: 20 mm/hora (2 - 10), PCR 3,47 mg/dL (0 - 1), Anticoagulante lúpico: Negativo , Ac anti-DNA: Negativo, Ac anti-Cardiolipina: Ac anti-Cardiolipina IgG: 28 GPL (0 - 18), Ac anti-Cardiolipina IgM, Ac anti β 2 Glicoproteína, Homocisteína, β 2-Microglobulina, Apolipoproteína A, y Apolipoproteína B negativos. Hormonas tiroideas normales, Complemento C3-C4 normales, ANA Negativo, ANCAS -, Serología Hepatitis B, C negativas.* *Estudio genético de trombofilia: Mutación en heterocigosis del factor V de Leiden y de la Protrombina. Eco doppler EEII: Trombosis aguda iliofemoral izquierda. Se inicia terapia con anticoagulación con HBPM y posteriormente con Sintrom. Se realizó TC para descartar proceso abdominal causante de la trombosis, observando: Trombosis venosa profunda afectando venas femoral común, iliaca externa e iliaca primitiva izquierdas, así como vena cava inferior hasta 2 cm por encima de la bifurcación. Se decide colocación de filtro temporal de VCI, por lo que se ingresa a la UCI para realización de fibrinólisis sistémica. TAC de control: Persiste trombosis a nivel de vena femoral e ilíaca izquierda con desaparición del trombo a nivel más inferior de la vena cava. Se decide retirar el filtro.*

La evolución posterior ha sido buena, sin complicaciones. Actualmente asintomática en el último control por consultas.

CONCLUSIONES: *La utilización de la nueva generación de Anticonceptivos Orales (ACO) desempeña un papel importante en la producción de una TVP, actuando como un factor de hipercoagulabilidad independiente a la causa de trombofilia hereditaria que puede asociarse a cada paciente, sin embargo suelen ser muy frecuentemente asociados a TVP en relación con mutaciones del Factor V de Leiden, por lo tanto, ante una TVP en relación con toma de ACO, siempre hay que descartar la presencia de un estado de trombofilia hereditario asociado.*

Los Filtros de Vena Cava Inferior en pacientes con TVP proximal, son una opción terapéutica, que en combinación con la terapia anticoagulante disminuyen el riesgo de TEP.

C05- LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN EL DIAGNÓSTICO DE UNA FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO.

Autores: Inmaculada Albasa Benavente*, Lorenza Vallejo Germosen*, Miriam Faci Olmos*, Pilar Burillo Fuertes**, Eduardo Aguilar Cortés**, Ramiro Campos Rivas**

* MIR Medicina Familiar y Comunitaria.

** FEA Servicio Medicina Interna.

Centro de trabajo: Hospital de Alcañiz.

INTRODUCCION: La panarteritis nodosa es una vasculitis que afecta a vasos de mediano calibre. Su diagnóstico puede resultar complicado ya que no hay pruebas de imagen ni serológicas definitivas para el mismo. Con una adecuada exploración física puede conseguirse un diagnóstico rápido de esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisa de forma retrospectiva la historia clínica y las pruebas complementarias realizadas a nuestra paciente.

CASO CLÍNICO: Se trata de una mujer de 64 años que ingresa por fiebre de hasta 40° C de 20 días de evolución. Presenta un intenso dolor dorsal que no cede con analgésicos de tercer escalón, gran decaimiento general y astenia. A la exploración destacan: TA de 164/98, Tª de 38°C, dolor a la palpación dorsal, succión renal bilateral dudosa y 4 lesiones cutáneas en tobillos y piernas de unos 5 mm de diámetro. Se inicia el estudio de una fiebre de origen desconocido (F.O.D). Las numerosas pruebas solicitadas, tanto de laboratorio (serologías, hemocultivos, urocultivos, marcadores tumorales, autoanticuerpos, Mantoux, crioglobulinas, hormonas tiroideas,...) como de imagen (Rx, TC, RNM, gammagrafía ósea y de glándulas salivares) no son diagnósticas. Además se realiza biopsia de una de las lesiones cutáneas. El estudio anatomopatológico muestra la existencia de una vasculitis aguda del tipo poliarteritis nodosa. Tras descartar PAN grave se inicia tratamiento con prednisona.

DISCUSIÓN: En esta paciente se han realizado numerosas pruebas complementarias con un rendimiento diagnóstico muy bajo y con un elevado coste económico. Esto podría haberse evitado con una minuciosa exploración física inicial y concediendo la debida importancia a unas pequeñas lesiones cutáneas, aparentemente irrelevantes, que presentaba desde el ingreso y que, al biopsiarlas, nos dieron el diagnóstico definitivo.

CONCLUSIONES: 1) El estudio anatomopatológico de pequeñas lesiones cutáneas puede ser la clave para el diagnóstico de enfermedades en las que el resto de estudios resultan normales.
2) Una exploración física minuciosa puede ser la "prueba complementaria" más eficiente para el diagnóstico de la panarteritis nodosa.

C07- ABCESO AMEBIANO SIN PARASITOS FECALES

Autores: E. Zubillaga, J.M. Senosiain, J.M. Arrinda, J.I. Berasategi, J.Mendia
Centro de trabajo: Osakidetza. Hospital Comarcal del Bidasoa, Servicio de Medicina Interna.

Objetivos. 1) Describir las características clínicas, radiológicas y anatomopatológicas de un paciente con diagnóstico de amebiasis intestinal y absceso amebiano sin parásitos fecales. 2) Conocer la evolución de la enfermedad con el tratamiento pautado.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de la historia clínica de un paciente ingresado por amebiasis intestinal y posterior ingreso por absceso amebiano, en el año 2005.

Resultados. Varón de 52 años que consulta por diarrea subaguda sanguinolenta, con dolor abdominal y pérdida de peso. No viajes al extranjero ni otro factor epidemiológico conocido, no tratamiento habitual. Febrícula sin fiebre. Hepatomegalia no dolorosa a la exploración.

Analítica: Transaminasas y fosfatasa alcalina normales, leucocitosis sin eosinofilia.

Coprocultivo e investigación de parásitos en heces en 2 días distintos negativos. No disponibilidad de antigenemia ni de serología. Colonoscopia con biopsia: Ulceras en colon.

Anatomía Patológica: Gérmenes unicelulares; trofozoítos hematófagos de *E. histolytica*.

Tratamiento con Metronidazol i.v y luego oral 750mg/8h durante 10 días y luego Paramomicina 500mg/8h durante 10 días. Solicitud de Ecografía abdominal ambulatoria. Mal cumplimiento terapéutico.

Evolución: A las 3 semanas de finalizar tratamiento, ingresa por recidiva del dolor abdominal, fiebre y hepatomegalia dolorosa a la exploración. Analítica: Transaminasas, fosfatasa alcalina y leucocitos elevados. La Ecografía objetiva masa hepática de 11x 8,5cm compatible con Absceso amebiano. Se realiza tto. iv con metronidazol y drenaje percutáneo. Mejoría.

Conclusiones. 1- No hay siempre sospecha epidemiológica en la Amebiasis. 2- La detección de parásitos en heces no es siempre positiva; para llegar a un 90% de sensibilidad se requiere un mínimo de 3 muestras separadas. 3- Antigenemia y serología pruebas más sensibles, pero más costosas. 4- La endoscopia con biopsia ayuda en el diagnóstico de amebiasis intestinal. 5- Muy importante el buen cumplimiento terapéutico para evitar complicaciones.

C08- PACIENTE DE 77 AÑOS CON FIEBRE DE 4 DÍAS DE EVOLUCIÓN.

Autores: : ¹A. Jimeno Sáinz; ¹L. Guerrero. ²M.J. Lavilla

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Microbiología

Centro de trabajo: Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza).

Introducción: La endocarditis infecciosa, indica infección de la superficie del endocardio del corazón e implica la presencia del germen en dicha lesión. Entre los agentes responsables de la endocarditis sobre válvula nativa están los streptococcus (sobre todo S. Viridans y y staphilococcus. El S. mitis es un germen perteneciente al grupo de Streptococcus viridans, que presenta baja virulencia, aunque puede provocar bacteriemias transitorias y es el principal agente de EI subaguda. Sin embargo, nosotros presentamos un caso de EI aguda por S. mitis.

Caso clínico: Paciente de 77 años, con antecedentes de fibrilación auricular crónica, comisurotomía mitral a los 43 años, y actualmente con estenosis Mitral moderada, estenosis Aórtica ligera. Ingresó por fiebre de 38°C con escalofríos de 4 días de evolución sin otros síntomas. En la exploración física destaca: fiebre 38°C TA 95/35 presenta arritmico a 84 lpm y crepitantes bilaterales. Analítica: Leucocitos 9800(95N); plaquetas 82.000; creatinina 1.6 PCR 30 Bilirrubina 3.1 GOT 53; GPT45 GGT 128 fosfatasa alcalina 103. En el sedimento de orina existen eritrocitos 50 proteínas 25. En los hemocultivos creció Streptococcus mitis grupo S. Oralis. Ante la sospecha de Endocarditis sobre válvula nativa se inició tratamiento con Penicilina G y aminoglicosido y se solicitó una ecocardiograma transtorácica. La ecocardiograma se objetivó una imagen en válvula mitral sospechosa de endocarditis. Se solicitó ecocardiograma trasesofágica que confirmó dicha endocarditis El TAC toraco abdominal no detectó patología de base. Se completó tratamiento con evolución satisfactoria. El paciente posteriormente reconoció haber acudido al dentista una semana antes para extracción dentaria.

Discusión:... La endocarditis infecciosa no es una entidad infrecuente sobre todo en pacientes con patología cardíaca de base. En nuestro caso, aunque no existían estigmas cutáneos de endocarditis infecciosa, la presencia del germen en los hemocultivos nos hizo replantearnos esta posibilidad.

Conclusiones: recordamos que la endocarditis infecciosa no es tan infrecuente, y es una posibilidad diagnóstica a tener en cuenta en aquellos pacientes con patología cardíaca y germen compatible.

C09- USO O ABUSO DE LOS MARCADORES DE DAÑO MIOCÁRDICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA.

Autores: Salas M(a). Omatos S (a) , Aller A (b), Aguelo P(a), Villarroel M (c), Puzo J (d)
a Residente Medicina Interna, b Residente MFyC, c Sección de Cardiología, d Laboratorio de Bioquímica
Centro de trabajo: Hospital San Jorge (Huesca)

INTRODUCCIÓN: En Septiembre del 2000, la Sociedad Europea de Cardiología y el American College of Cardiology publicaron los nuevos criterios para definir SCA. Una de las cuestiones más debatidas sobre la nueva definición de SCA es el uso de marcadores de necrosis miocárdica. El objetivo de nuestro estudio es constatar qué porcentaje de solicitudes de marcadores de necrosis miocárdica estarían indicadas según las recomendaciones de las Guías de práctica Clínica y la repercusión económica que supone la inadecuada indicación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio piloto con una muestra aleatoria de 40 determinaciones de las 542 realizadas en los meses de Marzo y Abril de 2008, excluyendo las de Hemodiálisis y UCI por tener carácter pronóstico y evolutivo. Se ha utilizado como fuente de datos la historia clínica, recogiendo las variables de edad, sexo, clínica, ECG, marcadores de daño miocárdico utilizados, servicio que solicita la determinación y la indicación de la misma. Se realiza un análisis descriptivo de los datos con el programa SPSS 12.0.

RESULTADOS: Las características de los pacientes son: 67.5% varones, edad media de 71 años IC (67-77), con 34% >80 años. El 87.5% de las solicitudes provienen de Urgencias y el resto de cardiología (5%), MI (7.5%). El 69,9% IC (49,4; 79,9) de las peticiones eran inadecuadas.

CONCLUSIONES: La mayoría de las determinaciones de marcadores de daño miocárdico no estaban indicadas. Se detecta la realización a casi todos los pacientes de varios marcadores (Troponina I, mioglobina, CPK total y CPK-MB masa), hecho que multiplica los costes sin aportar información adicional en la mayoría de las ocasiones. En ningún caso la determinación de los marcadores no indicados, ha modificado el diagnóstico ni el tratamiento. El coste económico es elevado. Se calcula que, en nuestro Hospital (315 camas), el gasto mensual evitable en material (habría que sumar el gasto de personal y costes estructurales) asciende a 1900 euros. La práctica clínica habitual en la utilización de los marcadores miocárdicos en la atención al paciente agudo no se ajusta a las recomendaciones de las Guías de práctica Clínica y supone un coste evitable no despreciable, sin aportar información clínicamente útil adicional.

C10- INFECCIONES POR PSEUDOMONA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores: M.J ESQUILLOR RODRIGO,R. CABALLERO ASENSIO, T.RUBIO OBANOS, A. HERRERO LEON, Y.SALICIO BERMEJO,A.SAMPERIZ LEGARRE
Centro de trabajo: HOSPITAL REINA SOFIA DE TUDELA

INTRODUCCION: la Pseudomona aeruginosa es un bacilo Gram negativo no fermentador, que se comporta básicamente como un patógeno nosocomial oportunista, ampliamente relacionado con la infección nosocomial (urinaria, pulmonar,bacteriemia por catéter, meningitis, sepsis..),siendo muy frecuente en pacientes inmunodeprimidos. Además está implicado como patógeno en conjuntivitis, endoftalmitis, otitis , foliculitis, e infecciones respiratorias en pacientes con fibrosis quística. Se ha detectado como parte de la flora normal corporal, pero rara vez causa enfermedad en individuos sanos. Su diagnóstico se realiza mediante el cultivo.

OBJETIVO: describir el número de casos de aislamientos de Pseudomona aeruginosa y el tipo de muestra donde se aisló durante el periodo de un año en el Hospital Comarcal Reina Sofía de Tudela

MATERIAL Y METODOS: a través del Servicio de Microbiología se recogen todos los cultivos en los que se ha aislado Pseudomona aeruginosa durante el año 2007 y el tipo de muestra en la que se aisló. Además se recogen los siguientes datos de los pacientes: edad, sexo , antecedentes de EPOC o diabetes mellitus y procedencia de los pacientes (hospitalización o consultas externas/atención primaria).

RESULTADOS: de los 244 aislamientos positivos para Pseudomona aeruginosa, 166 eran de varones y el resto de mujeres, con una edad media de 75,4 años . En cuanto al tipo de muestras donde creció, 84 (34,42%) fue en esputo,62 (25,4%) en heridas sobreinfectadas, 53 en úlceras , 22 en orina, 19 en exudado ótico,9 en sangre, 6 en líquido peritoneal, 3 en aspirado bronquial,3 en exudado de un drenaje,1 en exudado interdigital, y 1 en cultivo de bilis. En cuanto a los antecedentes un 78,55% de los pacientes con cultivo de esputo positivo eran EPOC y un 72,3% de los pacientes con cultivos positivos de úlceras y heridas quirúrgicas, eran diabéticos. El 81 % de las muestras procedían de pacientes hospitalizados.

CONCLUSIONES: el cultivo de esputo fue el medio en el que con mas frecuencia se aisló Pseudomona aeruginosa, seguido de heridas y úlceras. La edad media de los pacientes era elevada, y con comorbilidad asociada e inmunosupresión (EPOC,diabetes mellitus), lo que favorece la infección y en su mayoría permanecían ingresados en el hospital (infección nosocomial)

P01- PRESENTACIÓN DE UN CASO DE INFARTO RENAL DERECHO COMO DOLOR ABDOMINAL Y DETERIORO DEL ESTADO GENERAL.

Autores: P. Fanlo Mateo¹, I. Torres Alvízar¹, A. De Pablo Cárdenas², J.L. Cebrián Lostal², A.Rivas Alonso², M. L. Abínzano Guillén¹.

Centro de trabajo: Servicios de Medicina Interna¹ y Urología². Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.

Introducción: El infarto renal se produce en el 90% de los casos por embolismo de la arteria renal. Suele afectar a pacientes con cardiopatías embolígenas (arritmias cardíacas y valvulopatía mitral). En la mitad de los casos es asintomático. Cuando existe clínica consiste en un dolor lumbar brusco, rebelde a la analgesia que en muchos casos mimetiza un cólico renal. La arteriografía renal es el gold standard y permite realizar tanto el diagnóstico de certeza como un tratamiento efectivo (trombolisis).

Objetivo: Descripción de un caso de infarto renal en paciente de 92 años con fibrilación auricular no anticoagulada.

Material y Métodos: Revisión bibliográfica y del caso.

Caso clínico: Paciente mujer de 92 años con antecedentes de HTA, DM y Fibrilación Auricular en tratamiento con digital y aspirina y aceptable calidad de vida que ingresa tras consultar en el Servicio de Urgencias de forma repetida durante 3 días consecutivos por cuadro de dolor abdominal epigástrico acompañado de vómitos y deterioro del estado general. En la exploración destacaba una pulso arrítmico con soplo sistólico en foco mitro-aórtico y dolor abdominal difuso a la palpación sin signos de irritación peritoneal con puño-percusión renal derecha positiva. El laboratorio mostraba una leucocitosis de $27 \times 10^3 / \mu\text{L}$ con desviación a la izquierda, Cr de 1,6 mg/dl y proteínas y glucosa positivas en el sedimento de orina. En la ecografía abdominal practicada de urgencia se objetivaba dilatación de la vesícula biliar en posible relación con colecistitis incipiente. Por lo que ante la persistencia de la clínica y los hallazgos ecográficos se realiza TC abdomino-pélvico evidenciando áreas no captadoras de contraste en parénquima renal derecho sugestivas de áreas isquémicas. Se realiza consulta al Sº de Urología y se decide iniciar anticoagulación primero con HBPM y posteriormente con acenocumarol. Se realiza estudio ecocardiográfico que visualiza dilatación biauricular con calcificación del anillo mitral y estenosis e insuficiencia leve de la válvula aórtica. La paciente evolucionó favorablemente comenzando la ingesta oral y quedando asintomática a las 72 horas.

Conclusiones: Se deberá sospechar un posible infarto renal en aquellos pacientes con antecedentes de cardiopatía embolígena, dolor lumbar o abdominal que no cede con analgesia habitual y ausencia de nefropatía obstructiva.

P02- PACIENTE PROCEDENTE DE CAMERÚN CON OJO ROJO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LOA-LOA.

P. Fanlo Mateo¹, R. Arnáez Solís¹, M. Echeverría Lus¹, A. De Prado Leal¹, G. Tiberio López¹, C. Pérez García¹.

Servicio de Medicina Interna¹. Hospital Virgen del Camino. Pamplona .Navarra.

Introducción

El loa-loa es un tipo de filariasis con afectación ocular. Es endémico de la zona de África occidental y central que se trasmite por medio de la mosca chrysops. Tras la inoculación en el tejido celular subcutáneo migra hacia la conjuntiva y libera filarias al torrente sanguíneo. Como clínica provoca el edema de Calabar en extremidades inferiores y molestias oculares como sensación de cuerpo extraño y picor. El diagnóstico se realiza por medio del aislamiento de microfilarias en sangre periférica y el tratamiento de elección es la dietilcarbamacina durante 21 días.

Material y Métodos: Revisión bibliográfica y de la historia clínica

Objetivo: Descripción de un caso de loasis

Descripción del caso:

Paciente varón de 28 años natural de Camerún residente en nuestro país desde hace 2 años que consulta por cuadro de ojo rojo izquierdo y sensación de cuerpo extraño de 24 horas de evolución. En la exploración se objetiva eritema subconjuntival en ojo izquierdo. En la analítica practicada resaltaba un eosinofilia del 9.9% con un recuento total de 683 eosinófilos. En la radiografía torácica no se objetivaban infiltrados. Se sospecha la existencia de una posible filaria con afectación ocular. Se solicita examen en fresco de muestras de sangre durante el día así como serología para parásitos. Se aíslan filarias en sangre periférica. El paciente persistía con sensación de cuerpo extraño móvil por lo que se realiza la extracción de la filaria ocular de forma quirúrgica. Se remiten las muestras al instituto Carlos III confirmando el diagnóstico de Loasis. Se inicia tratamiento con albendazol 200 mg/12 horas oral durante 21 días en espera de la llegada de la dietilcarbamacina además de tratamiento con esteroides y antihistmánicos. Posteriormente se realizó tratamiento con dietilcarbamacina negativizando las muestras de sangre para filarias.

Conclusiones: Ante un paciente inmigrante oriundo de África occidental y central que presente cuadro de cuerpo extraño móvil ocular y eosinofilia periférica habrá que pensar en un parásito con tropismo ocular como es el Loa-Loa.

P03- DEBUT DE SÍNDROME DE ORMOND COMO HIDROCELE Y EDEMAS

Autores: R. Arnáez Solís¹, P. Fanlo Mateo¹, M. Echeverría Lus¹, J.M. Aréjola Salinas¹, J.L. Cebrián Lostal², A. De Pablo Cárdenas².

Centro de trabajo: Servicio de Medicina Interna¹ y Servicio de Urología². Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra .

Introducción: El Síndrome de Ormond se define como la fibrosis inflamatoria retroperitoneal de etiología desconocida que normalmente produce una obstrucción de la vía urinaria. Clínicamente se suele presentar con un cuadro de dolor lumbar de intensidad variable o abdominal de localización inespecífica que en ocasiones puede asociar vómitos, náuseas, anorexia, fatiga, pérdida de peso, alteración del ritmo intestinal, oliguria y anuria. Es más frecuente en el sexo masculino y en edades comprendidas entre los 40-50 años.

Objetivo: Descripción de un paciente varón de 41 años con un síndrome de Ormond.

Método y Medios: Revisión bibliográfica y de la historia clínica.

Descripción del caso: Paciente varón de 41 años sin antecedentes de interés, que ingresa para estudio de cuadro de edemas en pubis, pene y escroto de un mes de evolución que se extendían progresivamente hasta la zona pretibial bilateral sin otra sintomatología acompañante. En la analítica general practicada se objetivó PCR 6,72 mg/dl , VSG: 87 mm/hora, creatinina: 1,4 mg/dl junto con proteinuria en el sedimento de orina. Se solicitó un TC abdominal donde se mostró un importante conglomerado adenopático retroperitoneal, con englobamiento de ambos uréteres y vasos mesentérico produciendo una hidronefrosis bilateral e importante circulación abdominopélvica colateral que planteaba el diagnóstico diferencial con posible linfoma. Se realizó un cateterismo doble J bilateral, con toma de biopsias intraoperatorias obteniéndose el diagnóstico de Fibrosis Retroperitoneal. Por lo que se inició tratamiento con corticoesteroides con mejoría tanto clínica como radiológica .

Conclusión: Ante un paciente con cuadro de edemas en extremidades inferiores e hidrocele bilateral sin otra sintomatología asociada habrá que plantearse el diagnóstico diferencial con un proceso retroperitoneal y entre ellos la fibrosis retroperitoneal o Síndrome de Ormond.

P04- DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA EN PACIENTE ONCOLÓGICO.

Autores: ¹A. Jimeno Sáinz; ²E. Polo; ³A. Barragán ¹L. Guerrero; ⁴MJ García.

²Unidad de Oncología. ³Unidad de Endocrinología. ⁴Unidad de Neurología. Servicio de Medicina Interna. Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza).

Centro de trabajo: Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza).

Introducción: Las hipoglucemias secundarias no son infrecuentes. Entre sus causas destacan los tumores (insulinoma), la insuficiencia suprarrenal, las metástasis y no podemos olvidar algunos fármacos además de los antidiabéticos orales. Presentamos un caso de hipoglucemia sintomática asociada a pregabalina. **Caso clínico:** Paciente de 77 años con antecedentes de AIT y Ca escamoso de esófago de tercio medio diseminado con afectación hepática (masa hepática de 6x4 cm en lóbulo hepático derecho) y pulmonar. En tratamiento previo al ingreso con opioides mayores, haloperidol, pregabalina (75mg/día). Ingresó por presentar episodio de desorientación y agitación nocturna. En la exploración física destacaba un paciente desorientado en tiempo y espacio no en persona, con dolores generalizados afebril sin signos meníngeos ni otra focalidad neurológica. Los datos analíticos incluyendo la determinación de iones fueron normales. El TAC craneal no mostró hallazgos patológicos. Al tercer día de su ingreso presentó disminución del nivel de conciencia (Glasgow 4) con TA 120/60 afebril y detectándose glucemia capilar de 11mg/dl. En la analítica realizada se observó glucemia de 29mg/dl. Recibió tratamiento con glucosmon IV, así como suero glucosado al 10% e ingesta de hidratos de carbono de absorción lenta tras recuperación del nivel de conciencia. Avisó de nuevo, por otro episodio de disminución del nivel de conciencia detectándose glucemia capilar de 34mg/dl. Se solicitó estudio para descartar causas de hipoglucemia secundaria y se valoró la posibilidad de que fuese secundaria al tratamiento recibido, objetivándose que la dosis de pregabalina se había aumentado a 150 mg/día esa mañana. Se suspendió pregabalina. El paciente no volvió a presentar nuevos episodios de hipoglucemia sintomática. La determinación de insulina, péptido C, cortisol y ACTH fueron normales. El paciente sufrió un episodio de broncoaspiración y falleció. **Discusión:** La pregabalina es un antiepiléptico utilizado con frecuencia en dolor neuropático, epilepsia, trastorno de ansiedad generalizada y fibromialgia. Los efectos secundarios más frecuentes incluyen somnolencia ó cefalea siendo la hipoglucemia un efecto adverso excepcional. **Conclusiones:** Consideramos interesante recordar entre las causas de hipoglucemia secundaria, aquellos fármacos que aunque no es frecuente dicha complicación si han sido descritas.

P05- DOLOR PLEURÍTICO DERECHO DE MESES DE EVOLUCIÓN.

Autores: ¹A. Jimeno Sáinz; ¹L. Guerrero; ²E. Polo; ³T. Martín.

Servicio de Medicina Interna. ²Unidad de Oncología; ³Unidad de Neumología. Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza).

Servicio de Medicina Interna. Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza).

Centro de trabajo: Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza).

Introducción: El mesotelioma maligno es una neoplasia relacionada con la exposición de amianto. El dolor torácico y la disnea son los síntomas más frecuentes. Aunque el 80% de los pacientes tiene historia de exposición al amianto, sólo el 10% de los expuestos desarrollan mesotelioma. Presentamos un caso de mesotelioma maligno después de 30 años de no exposición. **Caso clínico:** Paciente de 74 años con antecedentes de HTA, síndrome prostático, neuralgia del trigémino, litiasis renal y en contacto con amianto (compañía auxiliar de ferrocarriles) hace 30 años.. Ingresó por presentar dolor pleurítico derecho, astenia, anorexia y pérdida de peso no cuantificada así como disnea y febrícula de 4 meses de evolución. En la exploración física destacaba tª 38 °C, y hipoventilación en base derecha. Analítica: Leucocitosis con desviación izquierda VSG 51. En la Rx de tórax y en el TAC toraco-abdominal se objetivó engrosamiento pleural derecho así como alteraciones parenquimatosas de aspecto fibrocicatrical. No adenopatías. Los marcadores tumorales, estudio autoinmune así como gammagrafía ósea e Igs fueron normales. Ante la sospecha de mesotelioma se solicita biopsia pleural. Se realizó biopsia pleural de ambas hojas por videotoracoscopia siendo compatible con mesotelioma maligno. Se desestimó tratamiento quirúrgico e Inició tratamiento quimioterápico. 2 meses después ingresó en el hospital por neumonía multilocular e insuficiencia respiratoria severa y falleció. **Conclusiones:** El mesotelioma difuso es una neoplasia maligna poco frecuente que proviene de las células mesoteliales siendo la pleura la localización más habitual aunque hasta en un 10% de los casos se localiza a nivel peritoneal. En cuanto a su etiología parece ser que además de la exposición al asbesto existen otros factores asociados como virus ó alteraciones cromosómicas. Su diagnóstico además del antecedente de exposición del amianto, la clínica y pruebas de imagen es la biopsia pleural la que lo confirma. Su supervivencia es corta y las distintas opciones terapéuticas, no aportan mayor aumento de la misma. **Discusión:** Consideramos interesante valorar dicho tumor en todos los pacientes con derrame pleural de etiología no conocida sobre todo en aquellos con edad media avanzada, dolor torácico y antecedente de exposición al asbesto.

P06- PACIENTE DE 58 AÑOS CON LESIONES CUTÁNEAS EN MIEMBROS INFERIORES.

Autores: : ¹A. Jimeno Sáinz; ¹L. Guerrero; ²C. Albendea; ²M. Urdaz; ²C. Aspas.

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza).

²Residentes de Medicina de Familia y Comunitaria

Servicio de Medicina Interna. Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza).

Centro de trabajo: Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza).

Introducción: La nefropatía Ig A se caracteriza por depósitos granular difuso de IG A en el mesangio glomerular. Se conoce que hasta un 20-30% de los casos evoluciona a insuficiencia renal terminal. Sus manifestaciones clínicas varían desde afectación sólo renal o manifestaciones en otros órganos como la púrpura de Schönlein- Henoch. Presentamos un caso de nefropatía Ig A en adulto cuya primera manifestación fue una púrpura de Schönlein-Henoch

Caso clínico: Paciente de 58 años, sin antecedentes personales ni laborales de interés, que ingresa por presentar lesiones cutáneas en miembros inferiores no pruriginosas, acompañados de dolor muscular generalizado de predominio en ambos gemelos. No fiebre ni otros síntomas. En la exploración física destaca lesiones purpúricas en ambos miembros inferiores hasta tronco. Analítica: colesterol 223mg/dl; creatinina 0.9mg/dl; proteínas totales 4.9g/dl; sedimento de orina 25-50 leucocitos/campo; abundantes cilindros granulomatosos; proteinuria 9g//24h. IGA 593mg/dl (70-400) IG E 148 (33-100). El TAC torazo-abdominal fue normal. Se realizó biopsia renal cuyo diagnóstico anatomopatológico confirmó una GMN focal y segmentaria con 11% de semilunar diagnóstico de nefropatía IG A. Se inició tratamiento con bolos de metilprednisolona con mejoría clínica y analítica.

Discusión: La patogenia de la nefropatía Ig A es variada. La etiología por complejos autoinmunes es la más aceptada. Se considera que complejos de Ig A se depositan a nivel del glomérulo proliferando las células mesangiales. Se desconoce la causa que motiva dicha proliferación. La nefropatía Ig A generalmente cursa con hematuria micro ó macroscópica aunque puede manifestarse como un síndrome nefrótico, como fue este caso.

Conclusiones: La púrpura de Scholein-Henoch puede ser idiopática, pero otras veces está asociada a otras entidades entre ellas la nefropatía Ig A.

P07- SHOCK HIPOVOLÉMICO DE CAUSA INFRECUENTE

Autores: : ¹A. Jimeno Sáinz; ¹L. Guerrero; ²J. Torcal; ²A. Muñoz.

Servicio de Medicina Interna. Servicio de Cirugía.

Centro de trabajo: Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza).

Introducción: El pseudoquiste pancreático es una complicación tanto de la pancreatitis aguda (PA) como crónica que en la mayoría de las ocasiones se resuelven con tratamiento conservador. Presentamos un caso de rotura espontánea de bazo tras un episodio de pancreatitis aguda.

Caso clínico: Paciente de 42 años, con antecedentes de fumador de >1paquete/día y bebedor de 20g/día, que ingresa por dolor en hipogastrio irradiado a espalda de 6 horas de duración acompañado de vómitos biliosos. En la exploración física destaca dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo sin signos de irritación peritoneal. Analítica: Leucocitos 11300 (89 N), GOT 12; GPT 8; GGT 9 Lipasa 7240;amilasa 845 resto normal. . En el TAC abdominal se observa hepatomegalia homogénea vesícula normal y vía biliar no dilatada. Páncreas homogéneo con aumento de densidad en la grasa peripancreática y colección líquida en el hilio esplénico con pequeña cantidad de líquido peritoneal. En la ecografía abdominal no se detectan otros hallazgos. El paciente evolucionó de forma favorable clínica y analíticamente por lo que se remite a su domicilio para continuar control de forma ambulatoria. Tres meses después ingresa por dolor abdominal intenso en epigastrio ambos hipocondrios con TA 80/60 mm de Hg; frecuencia cardíaca de 120 lpm y signos de irritación peritoneal. En la analítica se objetivó un Hto 22 y en el TAC abdominal urgente se detectó hemoperitoneo así como rotura esplénica. Se realizó laparotomía de urgencia confirmando pseudoquiste roto cuya cápsula está adherida a los tejidos de vecindad con hemoperitoneo de 2500cc y rotura esplénica en el polo inferior adherido a la cápsula. La anatomía patológica de la pieza extraída no mostró anomalías en su estructura o presencia de enfermedad infiltrativa.

Discusión: De todos es bien conocida las complicaciones de las PA como las hemorragias, abscesos, pseudoquistes intraesplénicos, infartos, roturas o lesiones vasculares. Cuando el paciente está estable el tratamiento conservador es una alternativa, pero hasta un 12,5% de los casos precisan esplenectomía urgente por inestabilidad clínica como fue nuestro caso. La patogenia de la rotura esplénica en las PA es diversa, desde trombosis de la vena esplénica, adherencias periesplénicas, los pseudoquistes pancreáticos que erosionan el bazo ó tejido pancreático ectópico en el bazo. En nuestro caso parece ser que la presencia del pseudoquiste pancreático pudiera ser el responsable.

Conclusión: Consideramos interesante incluir la rotura esplénica dentro de las causas de shock hipovolémico en pacientes con antecedentes de PA.

P08- DOS CASOS RAROS DE ANEMIA POR ENFERMEDAD DE WHIPPLE

Autores: E. Zubillaga, J.M. Senosiain, J. Calvo, J.F. Capellán, E. Ceciaga
Centro de trabajo: Osakidetza. Hospital Comarcal del Bidasoa. Servicio de Medicina Interna.

Objetivos. 1) Comunicar dos casos de Anemia microcítica con el diagnóstico de Enfermedad de Whipple. 2) Conocer la evolución de la enfermedad con el tratamiento pautado.

Material y métodos. Paciente 1: 51 años, estudiado en 1992. Paciente 2: 52 años, estudiado en el 2002, por anemia. Datos obtenidos de archivos médicos. Diagnóstico por anatomía patológica.

Resultados. Antecedentes de insuficiencia venosa periférica en uno y de hiperglucemia y epilepsia en otro. Motivo de ingreso en ambos: dolores articulares migratorios de grandes y pequeñas articulaciones (y molestias abdominales con trastornos en el ritmo intestinal en el caso del paciente más joven) y anemia microcítica e hipoalbuminemia. No fiebre y sí pequeñas adenopatías. Analítica: Anemia microcítica ferropénica con poca respuesta a hierro oral, déficit de ácido fólico y hipoalbuminemia, con FR y ANA negativos en ambos. Resto normal. La Esofagogastroscoopia y el tránsito intestinal evidenciaron la presencia de pliegues engrosados en duodeno sólo en uno, la Ecografía abdominal informó de engrosamiento difuso posterior en ese mismo y en ambos, el TAC abdominal informó de poliadenopatías y retroperitoneales. El análisis anatomopatológico tomado por endoscopia en uno y por cirugía en otro, confirmaba la presencia de macrófagos con gránulos PAS positivos en las muestras tisulares con bacilos intracelulares, sin hallar células malignas. Tratamiento con penicilina benzatina i.m y estreptomina en el primero y con ceftriaxona i.v en el segundo y en ambos, el tratamiento posterior fue con trimetropin-sulfametoxazol, 1 año, con curación.

Conclusiones. Ante la existencia de analítica de malaabsorción, con anemia ferropénica o por déficit vitamínico con síntomas gastrointestinales o artralgias o pérdida de peso, sospechar la enfermedad y realizar biopsia intestinal que permita identificar macrófagos PAS positivos con bacilos intracelulares y excluir otras patologías.

P09-HIPOPOTASEMIA CRÓNICA

Autores: Orive Brea A.; Peña Somovilla J.L.; Bonilla Hernández M.; Pinilla Moraza J.; Daroca Pérez R.

Centro de trabajo: Hospital San Pedro, Logroño (La Rioja)

Mujer, 18 años de edad, que acude en el año 1996 a C. Externa de Medicina Interna, por cuadro de 3 meses de evolución de mareo inespecífico e hipopotasemia persistente.

Etiquetada en un primer momento de Sdm de Bartter, dadas las características clínicas, analíticas, de hipopotasemia mantenida, aumento de renina y de aldosterona en sangre, normomagnesemia y normocalciuria, así como normotensión arterial y ausencia de toma de diuréticos.

En el control clínico-analítico posterior, a lo largo de 12 años de seguimiento en la consulta, destaca la normomagnesemia en todo el proceso y la hipocalciuria en los últimos años de seguimiento, sospechándose entonces un Sdm de Gitelman, que se confirma finalmente en el año 2008 con estudio genético positivo para la mutación SLC12A32.

Realizamos breve revisión del caso clínico, búsqueda bibliográfica y exposición de las características clínicas, diagnóstica y terapéuticas del síndrome.

P10-100 DIAS DE ALERTA NUTRICIONAL

Autores: J. Ruiz Budría*, J. Ferrando Vela, J. J. Puente Lanzarote*, Eulalia Munilla López, W. Varona López **, C. Toyas Miazza , I. Bolinaga*, Servicio de Medicina Interna , *Laboratorio de bioquímica, **Medicina Preventiva, *** Nutricionista.**
Centro de trabajo: **Hospital Rojo Villanova . Zaragoza**

La desnutrición comprende toda situación carencial, sea causa o consecuencia de la enfermedad, de los procedimientos terapéuticos, de la hospitalización o de las complicaciones.

En la valoración del estado nutricional de los pacientes, hay que tener en cuenta tanto la anamnesis, como los parámetros antropométricos e índices y las determinaciones bioquímicas e inmunológicas.

Desde el punto de vista bioquímico, para la valoración nutricional es necesario establecer una valoración conjunta ya que ningún parámetro bioquímico aislado tiene un valor determinante y además se pueden presentar discordancias con otros datos de malnutrición debido a que pueden estar influenciados por factores tales como: actividad inflamatoria, hemoconcentración, cirrosis hepática...

Ya desde 1994 se han estudiado distintos índices pronósticos que combinan varios marcadores bioquímicos (albúmina, linfocitos totales etc.), y ya en 2002 Ulibarri y cols. presentan el método de filtro CONUT, que valora albúmina, colesterol y linfocitos totales, puntuados en tramos de valores, con este método se detecta y clasifica el riesgo de desnutrición al ingreso hospitalario.

En este estudio, valoramos los resultados de los primeros 100 días desde la puesta en marcha de este filtro en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital.

Se han realizado 1632 alertas nutricionales correspondientes a 1105 episodios, la distribución por sexos fue de un 52.5 % de varones por un 47.5 % de mujeres, y la edad osciló entre 16 y 100 años con un valor medio de 71.9 años.

La distribución de la alerta nutricional según clases fue del 8-10 % para la alerta grave, 24-25 % alerta moderada, 37-39 % alerta leve y el resto alerta nula. La estancia promedio varía desde los 16 días para la alerta grave a los 10 días para la alerta leve y nula.

P11- PARESTESIAS DISTALES E IMPOSIBILIDAD DE DEAMBULAR

Autores: : ¹A. Jimeno Sáinz; ¹L. Guerrero. ²I. Caramés; ²JA. Lardiés

¹Servicio de Medicina Interna. ² Servicio de Radiología

Centro de trabajo: Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza).

Introducción: El síndrome de Guillén-Barré es una polineuropatía prevalente en la edad adulta entre un 25-40% de todas las polineuropatías. La mitad de los casos aparecen tras un periodo de infección respiratoria pero también pueden aparecer tras una vacuna, intervención quirúrgica embarazo o picadura de insecto.

Caso clínico: Mujer de 62 años con antecedentes de asma bronquial, y diagnosticada de fibromialgia hace 3 años, que ingresa por presentar desde hace 2 meses aumento de sus mialgias, sensación de acorchamiento y debilidad a nivel distal de las 4 extremidades que fue progresivamente ascendiendo hasta incapacitarle la deambulación y manipulación de objetos. Refería días previos al inicio del cuadro infección de vías respiratorias altas. En la exploración destacaba: Consciente y orientada pares craneales normales paresia de MMSS proximal (4/5) distal (1/5), arreflexia global. Hipoestesia táctil RCP indiferentes bilateral. Analíticamente destacaba: VSG 77. La serología de lues y Borrelia fue negativa. El TAC craneal fue normal. La RNM Cervico-dorsal, y lumbo-sacra no objetivó datos de mielopatía; Se realizó PL con obtención disociación albúmina-citológica (proteínas 157mg/dl y células 2). Ante la sospecha de síndrome de Guillén-Barré se solicitó ENG/EMG y se inició tratamiento con Ig endovenosas a dosis de 0.4mg/k/día, EL ENG mostró polineuropatía sensitiva motora mixta (axonal y desmielinizante). El EMG mostró un patrón neurógeno sin actividad de denervación. Tras 5 dosis de Ig se inició tratamiento con corticoides a dosis de 1mg/k/día mejorando la paresia e inició tratamiento con rehabilitación.

Discusión: En el diagnóstico del síndrome de Guillén-Barré es esencialmente clínico pero es necesario que cumpla una serie de criterios neurofisiológicos. Sin embargo los estudios no son muy sensibles en los primeros días, y por lo tanto es necesario tomar la decisión de tratamiento de forma precoz. En el caso que presentamos, es la historia clínica, la exploración neurológica y la disociación albúminocitológica la que nos orientaron en el diagnóstico.

Conclusiones: El síndrome de Guillén –Barré no es una entidad tan infrecuente y debe ser una historia clínica la que nos motive el diagnóstico.

P12- PACIENTE CON SÍNDROME GENERAL Y DISTENSIÓN ABDOMINAL

Autores: *, Lorenza Vallejo Germosen*, Inmaculada Albesa Benavente*, Miriam Faci Olmos *
Ramiro Campos Rivas**

* MIR Medicina Familiar y Comunitaria.

** FEA Servicio Medicina Interna.

Centro de trabajo: Hospital de Alcañiz.

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células renales, representa el 3% de todas las neoplasias en el adulto.

Históricamente, entre la tercera parte y la mitad de los pacientes presentan metástasis en el momento del diagnóstico, siendo infrecuente el hallazgo de metástasis peritoneales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisa de forma retrospectiva la historia clínica y las pruebas complementarias realizadas a este paciente durante su ingreso hospitalario

CASO CLÍNICO: Varón de 71 años, refiere dolor y distensión abdominal de un mes de evolución, deposiciones líquidas, cambio del ritmo cambio del ritmo deposicional y pérdida de peso. Exploración: destaca un abdomen distendido, blando, depresible, con

Matidez cambiante, peristaltismo elevado, succusión renal negativa. Presenta marcadores tumorales CA 19.9 (824.8) y

Sangre oculta en heces positiva.

Se inicia estudio por dolor abdominal de larga evolución con marcadores tumorales elevados.

Pruebas realizadas:

TAC toracoabdominal: informa de pequeños nódulos pulmonares compatible con metástasis en abdomen, ascitis en importante cantidad e infiltrados mesentéricos, compatible con carcinomatosis peritoneal; nódulo 6*5*6 en polo superior riñón derecho sugestivo de carcinoma de células renales; adenopatías retrorenal y retroperitoneales.

Colonoscopia: pólipo de unos 25mm en unión rectosigma con aspecto de degeneración neoplásica, con anatomía patológica de adenocarcinoma de colon, nivel 3 de haggitt, moderadamente diferenciado sobre adenoma vellosos.

Líquido peritoneal: exudado con predominio de polimorfonucleares y negativo para células malignas.

Laparoscopia diagnóstica: carcinomatosis biliar afectando todo peritoneo parietal, colon transversal y curvatura mayor gástrica. Anatomía patológica positiva con infiltración de epiplón por pseudotúbulos, pseudopapilas. Vimentina positiva compatible con origen renal.

DISCUSIÓN: Se plantean dos posiciones: 1- Neoplasia de colon nivel 3 de haggitt, que no debería metastatizar, pero compatible con carcinomatosis peritoneal. 2- Neoplasia renal, que es raro que metastatice en peritoneo y que se asocia a un mal pronóstico.

El carcinoma renal puede presentar metástasis en cualquier localización. Los órganos más frecuentemente afectados son: pulmones (50-60%), ganglios linfáticos, huesos (25-50%) e hígado. Es un tumor quimio, radio y hormonorresistente, por tal razón se considera su mal pronóstico.

El tratamiento en la actualidad consiste en: inmunoterapia, radioterapia y cirugía.

Conclusiones: El carcinoma de células renales es un tumor que de forma infrecuente, puede producir una carcinomatosis peritoneal.

P13- LESIONES CUTÁNEAS EN PACIENTE DIABÉTICA

Autores: Miren Arteaga Mazuelas, Oier Ateca Barrutia, Vanesa Jarne Betrán, Jose Ingacio Elejalde Guerra, María Ruíz Castellano, María Luisa Abinzano Guillén.
Centro de trabajo: Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra

Mujer de 22 años, con DM tipo I diagnosticada un año antes, en tratamiento intensivo con buen control. Refiere aparición de lesiones cutáneas nodulares, en áreas pretibiales, sobreelevadas, eritematosas, inicialmente molestas, de dos semanas de evolución. Con tratamiento antibiótico no se modificaron. Dos semanas antes de la aparición de las lesiones había presentado una infección urinaria y cuadro respiratorio infeccioso de vías altas.

La exploración física era normal salvo las lesiones nodulares. Afebril. Mantoux negativo. Radiografía de tórax normal. Análítica general normal con FR, ANA, ANCA, ASTO, serología lues, CMV, VEB, Toxoplasma y B19 negativos. El juicio clínico fue de eritema nodoso.

El resultado de la biopsia cutánea: Piel y tejido celular subcutáneo con extensas áreas de **degeneración de colágeno en dermis media y profunda. Infiltrado inflamatorio** ligero perivascular e intersticial, formado por linfocitos, histiocitos y neutrófilos con restos nucleares. Se observan **lesiones de vasculitis** necrotizante con trombosis de la luz de arterias de mediano calibre de los septos interlobulares. Se identifican frecuentes **histiocitos epitelioides, células gigantes de tipo Langhans y algún granuloma**. Todo ello compatible con necrobiosis lipoídica.

Discusión:

La necrobiosis lipoídica es un proceso que cursa con necrosis del colágeno y se asocia a enfermedades sistémicas (fundamentalmente diabetes mellitus). Su etiopatogenia es desconocida aunque parece tener un papel importante la microangiopatía diabética y un proceso vasculítico. Histológicamente se aprecia un infiltrado inflamatorio con histiocitos en fases avanzadas (granuloma en empalizada), necrosis del colágeno y en algunas ocasiones los vasos de la dermis se observan engrosados presentando una verdadera vasculitis. Existen múltiples tratamientos con resultados dispares.

P14- HIPERTIROIDISMO SEVERO POR AMIODARONA

Autores: M. Ibarguren, M. Abellán, M. Goena, G. Zubillaga
Centro de trabajo: Hospital Donostia

INTRODUCCIÓN: La amiodarona es un antiarrítmico clase III muy eficaz pero con muchos efectos secundarios, incluida la disfunción tiroidea debido a su alto contenido en yodo y a su efecto tóxico directo sobre la glándula tiroidea. **CASO CLÍNICO** Mujer de 75 años con antecedentes de HTA, dislipemia, DM tipo 2 insulínica, marcapasos y cardiopatía isquémica y valvular. Presentaba un bocio multinodular con hipertiroidismo subclínico diagnosticado hace 5 años, sin tratamiento. Ingresó por angina inestable en relación a episodios de FA paroxística rápida. Se comenzó tratamiento con HBPM, Amiodarona (600 mg/d en pauta descendente), se aumentó dosis de betabloqueante y se realizó cirugía de revascularización coronaria. Durante el postoperatorio, la paciente comenzó con astenia, anorexia, pérdida de 12kg en 1 mes, diarreas, pérdida de voz, disminución generalizada de fuerza con atrofia muscular e imposibilidad para la marcha sin apoyo. En la analítica destacan T3-T4 elevadas con TSH frenada, Ca corregido 11,4, Ac antitiroglobulina, antiperoxidasa y TSI negativos, IL6 en el límite alto. En la Eco cervical, bocio multinodular sin hipervascularización, y en la gammagrafía el tiroides era hipocaptante. Con el diagnóstico de hipertiroidismo por Amiodarona tipo 1 se suspendió dicho fármaco tras 11 días de tratamiento, y se comenzó con Neotomizol 45 mg/d durante 10 días a pesar de lo cual persisten cifras crecientes de T4-TSH con deterioro progresivo del estado general de la paciente. Se asoció Perclorato potásico al tratamiento antitiroideo y se comenzó aporte de nutrición artificial vía oral debido a desnutrición severa, comenzando la T4 y T3 a descender, con lenta pero favorable evolución. La paciente fue trasladada a centro de media estancia para continuación de tratamiento antitiroideo y rehabilitador de la miopatía. **CONCLUSIÓN:** Las alteraciones tiroideas por Amiodarona son frecuentes e impredecibles, por lo que conviene control analítico previo al inicio y durante tratamiento aunque éste no sea prolongado. En el hipertiroidismo tipo 1 por Amiodarona hay que tener en cuenta el tiempo que tardan los antitiroideos en hacer efecto, y asociar en casos severos perclorato potásico y betabloqueantes, así como plantearse tratamientos alternativos como la tiroidectomía total o la ablación con radioyodo

P15-TUBERCULOMA DE PARTES BLANDAS

Autores: Miriam Faci (R-1), Inmaculada Albesa (R-1), Lorenza Vallejo (R-1), Suso Lasso (Adjunto MI), Eduardo Aguilar (Jefe Serv. MI)
Centro de trabajo: Hospital Comarcal de Alcañiz

Paciente remitido por el servicio de traumatología por extirpación tumoración en región medial tobillo izquierdo, que tras enviar muestras a microbiología Resultan positivas para tuberculosis; por lo que se solicita seguimiento y posterior tratamiento por el servicio de Medicina Interna.

P16-PRESCRIPCIONES INAPROPIADAS EN ANCIANOS AMBULATORIOS AL INGRESO EN MEDICINA INTERNA. CRITERIOS DE BEERS

Autores: **A. Bandrés***, **J. Ferrando Vela**, **I. Martín**, **Algora I. G^a Alvarez**, **C. Toyas Miazza**, **C. Lahoz Lasala**.

Centro de trabajo: **Servicio de Medicina Interna. Hospital Rojo Villanova. Zaragoza**

Se revisaron los tratamientos domiciliarios de un total de 415 pacientes mayores de 65 años, con un total 2998 prescripciones (7,22 prescripciones por paciente).

Tras aplicar los criterios de Beers, se detectaron 62 prescripciones inapropiadas (2% del total). Estas prescripciones afectaron a 57 pacientes, lo que supone que el 13,73% de los pacientes tenían, al menos, una prescripción inapropiada al ingreso.

Se registró prescripción de 9 de los 42 principios activos considerados como inapropiados. Entre las prescripciones inapropiadas destacan las de las benzodiacepinas de acción larga clorazepato dipotasico y diazepam (33,87% de las prescripciones), que producen sedación prolongada e incremento del riesgo de caídas y fracturas y que se afectaron al 5% de los pacientes, amiodarona (30,65% del total de prescripciones), que además de demostrar escasa eficacia en ancianos se asocia a problemas del intervalo QT y a hipertiroidismo, la prescripción de potentes anticolinérgicos como la hidroxizina (9,68% de las prescripciones) o amitriptilina (9,68% de las prescripciones) y de AINES como ketorolaco o naproxeno (8 % de las prescripciones inapropiadas), que podrían ser sustituidos por otros menos gastrolesivos.